




Programa de Pós-Graduação em
Antropologia • UFPA



Carlos Lourenço de Almeida Filho

**O confronto entre conhecimentos Canela e ocidentais no âmbito do
*corpo forte***

Dissertação de Mestrado

Belém, Pará

2016



Carlos Lourenço de Almeida Filho

**O confronto entre conhecimentos Canela e ocidentais no âmbito do
*corpo forte***

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Antropologia pela Universidade Federal do Pará. Orientadora: da Prof^a. Dra Edna Ferreira Alencar.

Belém, Pará

2016

Carlos Lourenço de Almeida Filho

**O confronto entre conhecimentos Canela e ocidentais no âmbito do
*corpo forte***

Dissertação de Mestrado

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Beatriz de Almeida Matos (UFPA)

Examinador externo

Prof.^a Dra. Claudia Leonor López Garcés (Museu Emílio Goeldi)

Examinador externo

Prof.^a Dra. Érica Quinaglia Silva (UFPA)

Examinador interno

Prof. Dr. Flavio Bezerra Barros (UFPA)

Examinador interno suplente

Prof.^a Dra. Edna Ferreira Alencar

Orientadora

Agradecimentos

Agradeço a todos que estiveram ligados direta ou indiretamente à realização desta dissertação e, principalmente, à minha trajetória profissional e de vida.

Aos meus pais Carlos Lourenço e Helenice Verde que mesmo longe, estiveram ao meu lado e sempre apoiando as minhas escolhas. Sou grato a minha companheira Gabriela que nos momentos mais difíceis estava ao meu lado e nunca deixou que eu desistisse. A nossa filha Maria Flor e ao Clóvis Wagner e Mariana Maturity.

Aos amigos Anderson, Karine, Rose, Nelma, Robson, professor Flávio Leonel, Professor Fabiano, Marcelo e Elizabete que foram de fundamental importância neste árduo caminho do mestrado, ajudando nas discussões e principalmente apoiando e me dando forças para continuar.

Quero agradecer aos companheiros do Grupo de pesquisa “Estado Multicultural e Políticas Públicas” e aos professores do PPGA. A minha orientadora Edna Alencar, sou muito grato por todo o apoio e por acreditar em mim e no nosso trabalho, apesar da difícil batalhada esteve sempre ao meu lado! A minha segunda mãe, professora Beta, pelas reflexões e ensinamentos em nossos momentos de reunião ou nas nossas conversas, pela paciência e confiança de me orientar durante a graduação e também no mestrado.

Ao povo Canela, meus pais indígenas Jaldo e Daiana. A Jonaton Junior, Pedro e Renan por sua hospitalidade e debates sobre a questão indígena e sobre os Canela que foram muito importantes para a construção desta dissertação.

A todos da minha família que sempre me deram apoio para que esse ciclo começasse.

Resumo

Esta dissertação analisa a construção da noção de saúde e doença pelos Canela. Este povo falante de língua classificada no tronco linguístico jê, vive, atualmente, na aldeia Escalvado. A partir do estabelecimento do contato com o mundo não indígena o surgimento de problemas que afetam diretamente a construção do que denominam de *corpo forte* (Amorim Oliveira 2008), implicou na necessidade da introdução de serviços biomédicos por meio de políticas governamentais elaboradas para atender os povos indígenas. Essas políticas indigenistas de saúde foram sendo reformuladas ao longo do tempo, contudo ainda não atendem as necessidades dos povos indígenas. A análise está baseada em pesquisa empírica junto a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) que atua no Polo-Base de Barra do Corda, observando a forma de transmissão, assimilação e a significação de conceitos e práticas do sistema ocidental de saúde e qual os resultados deste processo. Este Polo, situado na cidade de Barra do Corda - MA, atua como referência ao atendimento de média e alta complexidade do povo Canela, uma zona de contato onde ocorrem confrontos, oposições e conflitos entre dois modelos distintos de se pensar a questão da saúde que ocorre por meio da intermedialidade. Os atendimentos efetuados no Pólo-Base só levam em consideração os saberes biomédicos, pois o conhecimento adquirido sobre as práticas de cura Canela não é suficiente para possibilitar a utilização destas práticas de forma segura e responsável.

Palavras-Chave: Canela, Conhecimentos Tradicionais, Saúde Indígena, Intermedialidade.

Abstract

This dissertation analyzes the construction of the concept of health and diseases by the Canela people. This people, who is classified as speakers of jê linguistic branch, lives nowadays in Escalvado village. Since the establishment of contact with the non-indigenous world, the beginning of problems that directly affect the construction of what they denominate “strong body” (Amorim Oliveira, 2008), implied the necessity for the introduction of biomedical services by government policies elaborated to support indigenous people. This indigenous policies of health were formulated through time, however still not attend the needs of indigenous people. The analyzes is based in an empiric research with the Multidisciplinary Team of Indigenous Health that acts at Polo-Base of Barra do Corda, observing the way/shape/form of transmission, assimilation and the meaning of concepts and practices of the western health system and what are the results of this process. This polo, based in Barra da Corda - MA, acts as reference of high and middle complex health support of Canela people. It is a contact zone, where there are clashes, opposition and conflits between two different models of thinking health, that works through intermedicality. The health support effectuated in Polo-Base only considers the biomedical knowledge, because the knowledge acquired about the healing practices in Canela isn't enough to enable the use of these practices in a safe and responsible way.

Key-words: Canela, Traditional Knowledge, Indigenous Health, intermedicality

Lista de Figuras

Figura 1 – Mapa de localização da aldeia Escalvado	30
Figura 2 - Croqui da Aldeia Escalvado	33
Figura 3 – Mapa da área de abrangência do DSEI Maranhão	70

Lista de Quadros

Quadro 1 – Polos-Base no Maranhão/ 2000	79
---	----

Lista de Abreviações

CASAI	Casas de Saúde Indígena
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COSAI	Coordenação de Saúde do Índio
CISI	Comissão Intersetorial de Saúde do Índio
CNSI	Conferência Nacional de Saúde Indígena
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde indígena
ESAI	Equipes de Saúde do Índio
EVS	Equipes Volantes de Saúde
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
MS	Ministério da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PAB	Procedimentos de Atenção Básica
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SUS	Sistema Único de Saúde
SPI	Sistema de Proteção ao Índio
SasiSUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UDSI	Unidades Diferenciadas de Saúde Indígena

Sumário

Introdução.....	10
1. O <i>corpo forte</i> : Construindo o Ser Canela.....	29
1.1. <i>Corpo forte e corpo fraco</i> - A representação Canela sobre a saúde e doença.....	36
1.2. Resguardando o corpo forte.....	41
1.3. O Contato interétnico e as doenças de branco	51
2. A construção e implementação da política indigenista de saúde.....	55
2.1. Políticas/agentes de atenção à saúde x agentes/saberes e práticas de atenção à saúde Canela	62
2.2. O DSEI Maranhão.....	69
2.3. Controle social na saúde indígena e o (não) lugar dos saberes e práticas indígenas	75
3. A busca do povo Canela por serviços de atenção à saúde que respeite seus saberes e práticas	77
3.1. Estruturação do serviço de atenção à saúde indígena e o não reconhecimento da diversidade étnica	79
3.2. Posto de saúde Canela.....	84
3.3. O Pólo-Base de Barra do Corda	89
3.4. Classificação das doenças e o atendimento no Pólo-Base.....	96
3.5. Sistemas em conflito: uma zona de tensão entre dois saberes e práticas	103
Conclusão.....	108
Referências	112
Legislação citada.....	112
Bibliografia citada	113

Introdução

No final da década de 1990 foram implementados os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), modelo de atendimento aos povos indígenas, que se insere no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao DSEI cabe formular e administrar os programas específicos de atenção primária nas terras indígenas e estabelecer uma rede de referência com os municípios, hospitais e outras instituições para a provisão de serviço específico, dentro e fora das terras indígenas.

No processo de formulação e implementação do modelo de DSEI, chamou-me atenção a construção dos aspectos relacionados à forma como os Canelas constroem o que seria equivalente ao que denominamos saúde e doença. Queria compreender, nesse contexto, como se dá a transmissão de conceitos e práticas do sistema ocidental de saúde e qual tem sido os resultados deste processo. O objetivo é compreender como se dá a interação da biomedicina com as concepções Canela referentes ao *corpo forte* e *corpo fraco* (Amorim Oliveira 2008) e suas técnicas de cura.

Esta atenção à saúde diferenciada de acordo com Marina Novo (2008) gera conflitos de interesses com os povos indígenas que reivindicam o acesso aos serviços de atenção à saúde com qualidade, e que as especificidades sejam garantidas. Neste sentido busco compreender como se estabelece a relação, entre os profissionais da Equipe Multidisciplinar de Saúde indígena (EMSI)¹, no que se refere ao respeito às especificidades socioculturais, principalmente aos conhecimentos Canela.

As ações do DSEI deverão ser voltadas à articulação dos sistemas tradicionais indígenas de atendimento à saúde, como forma de reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas e para o respeito aos seus conhecimentos sobre o que denominamos saúde e doença. Ao longo do tempo de contato que venho tendo com os Canelas, construí algumas questões motivadas pelas observações que pude realizar. Como essas ações, de fundamental importância para a construção e implementação de um modelo de atenção à saúde, são

1 Os DSEI devem contar com a participação de profissionais de diversas áreas, que constituem a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI). Essa equipe deverá ser composta por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, contando com a participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas e outros especialistas e técnicos considerados necessários. (PINASPI 2002:157)

postas em prática com o objetivo de contemplar as especificidades do subsistema? Como o diálogo entre as práticas de saúde tradicionais e ocidentais se efetiva entre os profissionais de saúde e os usuários?

Tomando como referência essas perguntas, direcionei essa dissertação para a análise da estrutura de atendimento que se efetiva no Pólo-Base na cidade de Barra do Corda/MA, que antes atendia somente ao povo Canela, mas após a transferência dos serviços de atenção à saúde indígena da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) para o Ministério da Saúde (MS), voltou a atender aos Canela, *Tentehar/Guajajara* e *Apaniekra*. O foco de atenção da dissertação será a relação com o povo Canela, mas como veremos no decorrer da dissertação, a convivência forçada entre etnias diferentes pode ocasionar ou potencializar processos de adoecimento.

Os Canelas possuem concepções e formas próprias de tratamento e cura de doenças. O estabelecimento do contato com o mundo não-indígena favoreceu novos hábitos de convivência, de alimentação e o surgimento de problemas e enfermidades, das quais não tinham noção e não podem curar. Essas novas enfermidades afetam diretamente as noções sobre a construção do “corpo forte”, o que implicou na necessidade da introdução de serviços ocidentais de atenção à saúde, respaldada em políticas indigenistas de saúde, na aldeia Escalvado.

A categoria “doença de branco”, para se referir às doenças de origem externa ao povo Canela, decorrentes do contato interétnico, deve ser analisada como parte integrante do sistema etiológico da sociedade, como um fato que causa o desequilíbrio do sistema tradicional de atenção à saúde. Como afirma Dominique Gallois em seu artigo sobre os *Waiãpi*:

De fato, cada sociedade possui um conjunto de explicações etiológicas que passa por constantes transformações que permitem abarcar a totalidade das doenças conhecidas pelo grupo; este conjunto forma sistema e inclui não só os diagnósticos como os tratamentos de cura e prevenção que, por sua vez, se relacionam com determinada organização social e um conjunto de valores culturais; a relação entre o sistema etiológico e os demais aspectos sócio-culturais depende, por sua vez, do conjunto de crenças sobre as causas da doença, que perpetuamente se atualiza através de novas experiências patológicas. Este sistema de representações constitui, enfim, o quadro de

referência básico no qual deve ser compreendido o sistema etiológico que vigora no presente da sociedade estudada (Gallois 1991:179).

O Pólo-Base é um espaço de atenção à saúde indígena fora da vida habitual da aldeia, que se localiza no município de Barra do Corda. De acordo com a política de atenção à saúde indígena este local é referência para os casos que forem considerados de médio e alta complexidade, neste sentido, procuro mostrar as dificuldades e conflitos resultantes da relação intercultural e as diferentes concepções acerca das noções de corpo, saúde e doença que se estabelecem, com ênfase no papel da EMSI e nas diferentes percepções, dos Canelas e dos profissionais indígenas e não-indígenas que fazem parte da equipe, acerca de sua atuação e funções.

Os Canela, em seu cotidiano, realizam práticas e elaboram noções particulares sobre a formação do corpo e sua proteção, com a finalidade de evitar doenças, tornando-o um corpo forte. Tais noções estão presentes nas regras sociais, são reforçadas nos rituais, na forma de resguardos e restrições que regulam a passagem de jovens para a vida adulta, que implica na mudança de papéis sociais. A quebra dessas regras resulta em um corpo fraco, que na concepção ocidental seria um corpo doente.

Conforme afirma Gersem Luciano (2006), o estado de saúde e doença para os povos indígenas está diretamente ligado ao tipo de relação individual e coletiva que se estabelece entre as pessoas e desta com a natureza. O indivíduo pode ser a causa direta ou indireta, de sua própria doença devido a um comportamento considerado socialmente desviante ou por uma transgressão às regras culturais. O autor mostra que a partir desta relação existem duas maneiras de se contrair doença: por provocação de pessoas (feitas) e por provocação da natureza (reação).

Isto é muito importante, porque para os povos indígenas não existe doença natural, biológica ou hereditária. Ela é sempre adquirida, provocada e merecida moral e espiritualmente. A saúde sim é natural, pois é a própria vida, uma dádiva da natureza, mas cuja manutenção depende de permanente vigilância e cuidado contra os espíritos maus da natureza. A doença, portanto, é o resultado da luta interna da natureza entre os espíritos “bons” e os espíritos “maus” (Santos 2006:175).

Dominique Buchillet (1991) mostra que toda desordem e toda doença precisa ser explicada. A autora afirma que nas sociedades tradicionais, a interpretação de uma desordem corporal, biológica, está sempre ligada à quebra das regras sociais e culturais, a uma

organização social, religiosa ou simbólica específica. Segundo a autora, “a causalidade exógena à doença não implica necessariamente na passividade do paciente frente a sua doença” (Buchillet 1991:26).

Maria Loyola no artigo “Estudo das relações entre os saberes tradicionais de saúde e o saber ocidental de saúde”, chama atenção que estamos lidando com conhecimentos e práticas que são passadas de geração a geração, mas que tendem a desaparecer com a difusão e a extensão da medicina oficial (1991:125). Assumir o ponto de vista da medicina oficial em renúncia aos conhecimentos e práticas tradicionais é ignorar que estes conhecimentos são responsáveis pela cura de numerosas doenças que a medicina ocidental não consegue sanar e explicar.

François Laplantine (2010) afirma que é necessário que as pesquisas se voltem também para o doente, tornando-se um polo de conhecimento, e que o foco deixe de ser exclusivamente a doença objetiva, como é conhecido pela medicina ocidental e da cura constatada, debruçando-se mais sobre a ideia dos que curam dos que são curados e da própria construção da doença.

Para Everardo Nunes (2000) os estudos sobre percepção, atitudes, conhecimento, crença e representações são importantes para uma compreensão do processo saúde-doença, pois ele é estudado com base nas experiências vivenciadas pelas pessoas. As concepções de corpo e de doença passam a ser vistas como variações qualitativas dos fenômenos fisiológicos correspondentes. Desta feita, é preciso não fazer da doença e da saúde princípios distintos, entidades que disputam uma à outra, pois o exagero, a desproporção, a desarmonia dos fenômenos normais, constituem o estado doentio (Nunes 2000:219).

Nos serviços de atenção à saúde de povos indígenas a doença não pode ser tratada como algo individual, deve ser entendida como algo social e cultural, e os aspectos naturais e socioculturais do corpo humano devem ser entendidos de forma integrativa.

Quando falamos em saúde, não podemos nos referir apenas ao individual, sempre encontraremos as influências do social, por mais que as concepções da saúde no seu “nascimento” tenham desejado desconectar o corpo humano do cultural e do social, por defenderem que o início e o fim de uma doença ocorriam no próprio corpo do indivíduo e, através do isolamento e tratamento do mesmo, chegar-se-ia ao fim de um mal (Vieira 2004:48).

Os estudos sobre saúde e doença relacionados aos povos indígenas, de acordo com Buchillet (1991), tem o seu fundamento antropológico na abordagem das representações e práticas ligadas à doença e seu tratamento. A interpretação da doença é inscrita na totalidade de seu quadro sócio-cultural de referência.

A doença não é, neste caso, pensada – e nem pode ser analisada - fora de seu suporte (o indivíduo, na sua singularidade pessoal e social) e fora de seu contexto, ou seja, não somente as conjunturas específicas (pessoais, históricas, etc.) que presidem à aparição de uma doença, como também as representações do mundo natural e das forças que o regem, as representações da pessoa e, por fim, as modalidades de relação entre mundo humano, mundo natural e mundo sobrenatural (Buchillet 1991:25).

Assim, cada povo indígena desenvolve conhecimentos, práticas e instituições particulares associados à visão de mundo, a essas experiências que se denomina sistema de atenção à saúde. Para Esther Langdon e Flávio Wiik (2010:178):

O sistema de atenção à saúde engloba todos os componentes presentes em uma sociedade relacionados à saúde, incluindo os conhecimentos sobre as origens, causas e tratamentos das enfermidades, as técnicas terapêuticas, seus praticantes, os papéis, padrões e agentes em ação nesse “cenário”. A esses são somadas as relações de poder e as instituições dedicadas à manutenção ou restauração do “estado de saúde”. Esse sistema é amparado por esquemas de símbolos que se expressam através das práticas, interações e instituições; todos condizentes com a cultura geral do grupo, que, por sua vez, servem para definir, classificar e explicar os fenômenos percebidos e classificados como “doença”.

As classificações, tanto quanto os conceitos de saúde e doença, não são universais e muitas vezes sua diversidade não é reconhecida pelos profissionais da saúde que atuam nos serviços de atenção à saúde indígena. Conforme mostra Dominique Buchillet (2004:60), as percepções dos índios acerca da situação de saúde e das causas eventuais de sua melhora ou piora podem não coincidir com aquelas classificadas pelos profissionais da medicina. Além das concepções divergentes referentes à saúde, doença e cura, estes profissionais podem se preocupar com uma doença não categorizada como doença pelo povo, não reconhecida como sendo de competência da medicina ocidental ou, ainda, não percebida como problema prioritário de saúde em um povo específico.

As classificações das doenças são organizadas segundo critérios próprios de cada povo indígena, e guiam os sintomas e práticas terapêuticas. De acordo com Langdon e Wiik

(2010:179) o *sistema cultural de saúde* ressalta a dimensão simbólica e oferece teorias etiológicas de acordo com a visão de mundo de cada grupo, que apontam causas múltiplas para as enfermidades, ou seja, as causas “místicas” da doença, frequentemente, combinam-se com as “não místicas” e podem indicar mais que um tipo de tratamento necessário.

Jean Langdon (1991), em seu estudo com os índios Sinbondoy e Siona, mostra que as práticas terapêuticas “místicas” se referem a uma ordem de explicações da doença que não é aceita pela medicina ocidental, em contra partida, a autora mostra que em um ritual de cura o xamã dá a possibilidades de escolha de outros procedimentos para o tratamento.

O xamã executa, um rito de cura com o paciente e com os membros de sua família. Depois, ele informa aos participantes o que ele descobriu nas suas viagens pelo mundo espiritual, dá um prognóstico, indica se curou a causa última e recomenda um tratamento para curar os sintomas da doença. Ele mesmo pode executar este tratamento, mas o paciente pode também recorrer a outros métodos terapêuticos (Langdon 1991:213).

No entanto Nádia Silveira (2004) mostra um tratamento de tolerância dos profissionais não-indígenas de saúde em relação ao xamanismo causando uma certa depreciação aos conhecimentos tradicionais de saúde, pois as terapias xamânicas tendem a ser avaliadas como misticismo ineficaz, cujos resultados, quando constatados, são tidos como efeito psicossomático (Silveira 2004:121).

Podemos perceber entre os Canelas estas práticas para manter a saúde e/ou enfrentar episódios de enfraquecimento do corpo, pois eles podem procurar um curador para curar o corpo físico e outro para curar o corpo ou estado espiritual. No caso dos Canelas, o *cai*², é um especialista, tem o papel de investigar e classificar as causas das doenças e dimensionar se o caso é de sua competência ou de outro curador para assim realizar as práticas terapêuticas específicas àquela enfermidade. Quando o Canela já está doente, procura o *cai* e as plantas terapêuticas.

Os Canela se organizam coletivamente e a manutenção diária da produção e reprodução da vida envolve técnicas de meios materiais, que são também simbólicos, para compreender e desenvolver práticas curativas e de restabelecimento do corpo em resposta às experiências ou episódios de doença e infortúnios, podendo ser por meio de atividades

2 Curador ou Xamã.

individuais ou coletivas. Dentre as práticas, que visam a manutenção do “corpo forte” está a evitação de contatos com substâncias poluentes, como ocorre quando as mulheres estão nos períodos de resguardo ou em outras situações onde há risco de contaminação por fluidos corporais que afetam o indivíduo e o grupo.

Na cosmologia Canela as causas apontadas para as enfermidades estão associadas ao sistema simbólico. Algumas estão relacionadas à relação com os *mekarõ*³ e outras situações onde ocorre a quebra de resguardos diversos. Dentre estas últimas, estariam aquelas relativos às práticas que favorecem a formação do corpo e sua proteção, como a evitação de relações sexuais inadequadas e o resguardo alimentar ou realização de trabalho durante o período da couvade.

Assim o *corpo forte* é alcançado por meio dos resguardos e das restrições, que o modelam através do que pode ser ingerido ou não, e das formas de comportamento permitidas. Para Anthony Seeger et al (1979:04), o corpo ocupa uma posição central na visão que as sociedades têm da natureza do ser humano. É o instrumento, atividade, que articula significações sociais e cosmológicas, uma matriz de símbolos e um objeto de pensamento.

Mary Douglas explicita que as práticas ligadas ao cuidado do corpo e da saúde consistem em métodos de proteção evitando substâncias poluentes, práticas que podemos encontrar entre o povo Canela. De acordo com Mary Douglas (s.d) a ordem da sociedade é mantida devido aos perigos, que substituem os castigos humanos e ameaçam os transgressores, logo, “as noções de poluição vêm, assim, em auxílio do castigo concreto que a sociedade exige” (Douglas s/d:158).

Este modelamento do corpo Marcel Mauss (2003) define como técnica do corpo, um ato tradicional e eficaz, pois segue parâmetros culturalmente estabelecido e o objetivo para atingir uma finalidade é obtido. Segundo o autor, o corpo é considerado o primeiro e o mais natural instrumento do homem. “Ou, mais exatamente, sem falar de instrumento: o primeiro e o mais natural objeto técnico, e ao mesmo tempo meio técnico, do homem, é seu corpo” (Mauss 2003:407).

Para Seeger et al a noção de corpo parece reproduzir o dualismo entre esfera doméstica (periferia da aldeia) e a esfera público-cerimonial (centro da aldeia) (Seeger et al

3 Espíritos.

1979:11). De tal modo o corpo Canela assim como os Jê parece seguir da mesma forma, são aspectos internos, ligados ao sangue e ao sêmen, à reprodução física; e aspectos externos, ligados ao nome, aos papéis públicos e ao cerimonial, ao mundo social. Tais aspectos são expressos na pintura, na ornamentação corporal, nas canções e na fabricação do corpo dos adolescentes durante o ciclo ritual, baseado em uma reclusão social.

De acordo com Eduardo Viveiros de Castro (1987), para fabricar o corpo é necessário que o indivíduo seja submetido a processos intencionais e periódicos de fabricação, pois o *corpo forte* depende de uma adesão adequada do indivíduo às regras ditadas pela tecnologia do corpo na reclusão.

A tecnologia da elaboração do corpo em reclusão se exerce por meio de intervenções sobre os canais de contato entre o corpo e o mundo. Trata-se da manipulação de algumas substâncias que, devendo ou não entrar/sair do corpo, colaboram para o seu crescimento e fortalecimento: sangue, sêmen, alimentos, eméticos vegetais, tabaco. (Viveiros de Castro 1987:45-46)

Para realizar a pesquisa que deu origem a esta dissertação me utilizei de métodos e técnicas de pesquisa que vão desde a observação direta dos trabalhos da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), passando pela realização de entrevistas diretas informais e formais com estes agentes de atendimento à saúde que atuam no DSEI de Barra do Corda e com Canelas que estavam em Barra do Corda para consultas e/ou exames, além da análise de documentos coletados no DSEI de Barra do Corda e SESAI. Foram realizadas 18 entrevistas, nove com indígenas: quatro fazem parte da EMSI (assistente social, odontólogo e 2 técnicos de enfermagem) e cinco são pacientes (4 homens e uma mulher); um médico; cinco técnicas de enfermagem; duas enfermeiras e uma assistente social.

Acho necessário dar atenção ao fato de que nas pesquisas de campo por mais que os nossos interlocutores nos tenham permitido fazer entrevistas algumas vezes sem restrições, certamente relaciona-se à confiança que eles têm em nossa pesquisa, porém, compreendo que em algumas ocasiões mesmo quando nos é permitido a gravação das entrevistas, não significa que os nomes reais podem ser levados a público, por causar constrangimentos e evitar polêmicas.

Concordando com Carlos Caroso (2004), ao nos confrontarmos com esse dilema, a maneira de lidarmos é, sobretudo, por meio da proteção da identidade dos indivíduos,

fazendo o uso de nomes fictícios buscando disfarçar nomes verdadeiros. Neste sentido faço opção pela utilização de nomes fictícios dos profissionais da EMSI.

Fiz uso dos autores que estudaram a questão indígena, tomando como foco de análise os povos Timbira, mais especificamente, o povo Canela, como o antropólogo William Crocker, que há mais de cinquenta anos faz pesquisa entre os Canela, Maria Elisa Ladeira (1982), Gilberto Azanha (1984), Oliveira (2002, 2006) e Kowalski (2008). Os temas desses estudos versaram sobre mitologia, a estrutura social e o parentesco, para contextualizar a história do povo Canela. São estudos de grande contribuição para o entendimento de como a sociedade Canela se configura e, no caso desta dissertação, fornecem subsídios para a compreensão da concepção de saúde e doença.

As abordagens de Panet (2010) também se tornam essenciais, principalmente o enfoque sobre o processo de fabricação cultural do corpo e à construção social da Pessoa Canela. Buscando um diálogo com o campo da saúde indígena temos os trabalhos de Libório (2000) que analisa os procedimentos de cura desenvolvidos por profissionais de saúde e curadores e a classificação, do povo Canela, das “doenças de índio” e “doenças de branco”.

O trabalho de Amorim Oliveira (2008) é de suma importância para o entendimento sobre a construção do *corpo forte*, a partir da noção de corporeidade, os ritos de iniciação são entendidos como um processo de fabricação do corpo. Com base neste processo de fabricação do corpo, Rolande (2013) analisa os rituais como momentos privilegiados de instituição/consagração do *corpo forte* e a ornamentação como parte do processo de fabricação do corpo Canela.

Estes estudos serviram de base para o entendimento da organização do Pólo-Base de Barra do Corda, um espaço de contato entre os saberes e técnicas ocidentais de saúde e os saberes e técnicas de saúde Canela. O acompanhamento dos trabalhos da EMSI permitiu que pudesse observar e colher alguns relatos sobre a visão que eles têm do povo atendido no Pólo-Base. Tratando-se de um espaço de fronteira, uma zona de contato onde ocorrem confrontos, oposições e conflitos entre dois modelos distintos de se pensar a questão da saúde, pretendo compreender a relação entre os profissionais que fazem a atenção à saúde que ocorre por meio da intermedicalidade, como definido por Maj-Lis Foller (2004).

Contexto da pesquisa

Os Canela, juntamente com os *Apaniekrá*, *Krikati*, *Pukobiê*, *Krepu'Kateyêe* e os *Krahô*, são classificados como Timbira Orientais localizadas geograficamente no estado do Maranhão e Tocantins, respectivamente. Fazem parte do conjunto de povos que formavam aquilo que Nimuendajú (1944) denominou de “Pais Timbira”. Estes povos foram classificados por Rodrigues (ano) como falantes de língua da família linguística Jê do tronco linguístico Macro-Jê. Nimuendajú classificou os Jê Timbira em dois grupos: os Timbira Ocidentais, dos quais os *Apinayê* fazem parte, e os Timbira Orientais que estão situados ao leste do Estado do Pará, nordeste do Estado do Tocantins e Centro Oeste do Estado do Maranhão.

Segundo Nimuendajú (1944:08), o termo Timbira refere-se às ligas ornamentais que estes usavam amarradas nas canelas, nos braços, no pescoço e na testa. Etmologicamente seria “composto do verbo tí = amarrar + o passivo píra cujo p- inicial, regularmente depois de um nasal, se transforma em mb-. Timbira significa então ‘os amarrados’” (Libório 1998:36). Ornamentos utilizados ainda hoje pelos Canela, principalmente em festividades e reuniões (Sá 2009:65).

A denominação Canela, também conhecidos como *Ramkokamekra*, é adotada pelo resultado de uma reunião de outros povos, entre os quais: *Ràm-kô-kämmë-kra* ou *Mëmöl-tüm-re*, *Irom-catêjê*, os *Xoo-kãm-më-kra*, *Carë-kãm-më-kra*, *Apaniekrá*, e *Crô-re-kãm mehkra* (Crocker 2009). Faço uso da designação Canela, outorgada pelos não índios, para não privilegiar nenhuma das autodenominações, escolha também feita pelo antropólogo William Crocker.

O presente trabalho foi construído a partir de experiência de pesquisa que vem sendo desenvolvida desde minha graduação em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), que proporcionou contato com o povo Canela, que possibilitou a elaboração de minha monografia de conclusão de curso de graduação⁴.

Durante a graduação fui bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), desenvolvendo o projeto de pesquisa “Políticas Públicas de Saúde e Povos Indígenas” vinculado ao grupo “Estado multicultural e políticas públicas” da UFMA,

4 Almeida Filho, C. L. 2010. Políticas indigenistas de saúde e os saberes tradicionais canela. Monografia. Curso de Ciências Sociais. Universidade Federal do Maranhão, São Luís.

coordenado pela professora Dra. Elizabeth Maria Beserra Coelho. Esta pesquisa teve como foco de atenção o povo Canela, analisando as políticas de atenção à saúde dos povos indígenas e como ela se aplica aos Canela e dialoga com os saberes e práticas tradicionais de cura e manutenção do corpo.

Minhas idas à aldeia Escalvado ocorreram, então, no âmbito do curso de capacitação de professores indígenas e não-indígenas da escola da aldeia Escalvado, do povo Canela. O curso é promovido pelo projeto *Wokrô*, em uma parceria entre a Organização Não-Governamental (ONG) Timbira Foundation e a Interamerican Foundation, com colaboração do grupo de pesquisa “Estado multicultural e políticas públicas”. Foram realizados três módulos do projeto e pude estar presente em dois deles, na qualidade de monitor.

Durante a graduação tive acesso a uma ampla literatura sobre a diversidade de povos e suas especificidades e a oportunidade de acesso à aldeia Escalvado para iniciar minha pesquisa de campo junto ao povo Canela. Desde o começo da minha graduação em Ciências Sociais, a disciplina de antropologia sempre me chamou muita atenção, especialmente a Etnologia Indígena.

Em 2008, tive a minha primeira experiência profissional participando como pesquisador, da elaboração do diagnóstico de políticas públicas de promoção e igualdade Étnico-Racial junto aos povos indígenas da família linguística Jê, no Maranhão. Foram realizadas reuniões com os povos *Krikati e Pukobiê* em suas aldeias, com o objetivo de levantar dados sobre a cultura, modo de vida, religião, festas e rituais. As reuniões eram abertas para as comunidades e continham também a participação de lideranças, professores e Agentes Indígenas de Saúde.

Em 2010 participei, também na categoria de pesquisador, na construção do diagnóstico de acesso ao serviço e ao pagamento dos benefícios feitos pelo Ministério da Previdência Social, analisando as políticas públicas de previdência e assistência social junto aos povos indígenas da região Norte e Nordeste do Brasil. A pesquisa sobre as “Políticas Previdenciárias e as Populações Indígenas”⁵ foi pensada em dois grupos de povos indígenas

5 O Ministério da Previdência Social (MPS) contratou, em agosto de 2010, uma empresa para realização de uma pesquisa antropológica e ensaio fotográfico, coordenado pelo Prof. Dr. Adalberto Luiz Rizzo de Oliveira, visando à elaboração de diagnóstico sobre o perfil dos povos indígenas das regiões Norte e Nordeste, com o objetivo de subsidiar políticas que ampliem a proteção social desses povos, especialmente no sistema previdenciário.

com diferentes realidades de contato com a sociedade nacional e tive a oportunidade de conhecer e realizar esta pesquisa com o povo *Tiryó*, localizado no Parque Indígena de Tumucumaque, na fronteira entre o Brasil (Norte do Estado do Pará) e o Suriname e, com povo *Sateré-Mawé*, que vive na Terra Indígena Andirá-Marau, no Estado do Amazonas.

O reconhecimento das diversas realidades socioculturais por parte da sociedade nacional e, principalmente, entre os profissionais de saúde, de acordo com as políticas de saúde destinadas aos povos indígenas, é condição de acesso da população indígena aos serviços de saúde.

A primeira vez que participei da capacitação para professores como monitor, foi durante o 2º módulo da capacitação promovido pelo projeto *Wokrô*, que versou sobre *Estudos de linguagem*, ministrado por Antonio Santana⁶, em novembro de 2007. Os participantes da capacitação, professores indígenas e não-indígenas, técnicos de enfermagem e os Agentes Indígenas de Saúde (AIS), discutiram (principalmente os indígenas) a escrita de algumas palavras que eles consideravam estar incorretas, assim como uma possível mudança das palavras segundo a sua própria classificação dos sons da linguagem⁷.

Na aldeia Escalvado, participei de uma reunião que ocorreu no pátio da aldeia, onde apresentamos à comunidade as razões de nossa estada e como seria feita a escolha da minha família para o ritual de nomeação. No ritual de nomeação Canela o não-índio é escolhido por alguma família que irá adotá-lo como membro, e este receberá um nome. Se for do sexo feminino, será escolhido por uma das irmãs do pai e se for do sexo masculino, por um dos irmãos da mãe.

Depois de escolhido, o nome é cantado por um velho no pátio. Cantar o nome em voz alta é importante para que os ancestrais escutem e deem proteção ao novo membro da família (Panet 2010). Nessa reunião foi decidida minha nomeação e a “adoção” por uma família da aldeia Escalvado, a família de Jaldo Canela, que era professor da escola da aldeia

6 Doutorando do programa de linguística da University of Texas em Austin.

7 Na ocasião foram expostos os problemas em relação à linguagem, como a variação que algumas palavras sofrem no modo de falar dos mais jovens e dos mais velhos e, também, algumas palavras que os mais novos não sabem falar. Foram expostas algumas situações em que os *Canela* utilizavam o português e a língua Canela. Como: Língua *Canela*: casa, pátio, dúvida na escola e com as crianças (alfabetização e 1º série) e o Português: em negociações e no hospital. No momento em que ocorria a aula ouve uma votação, entre os professores indígenas que participavam da capacitação naquele momento, de qual seria a melhor escrita da palavra *palkyj*. As palavras foram: *palkyj*; *pààlkwu’j* e *palkwy’j*.

A palavra escolhida como “a mais correta”, segundo os *Canela* seria *palkwy’j*.

Escalvado. Durante o ritual, o meu corpo foi pintado com traços vermelhos de urucum e foram preparados alimentos, pela minha família, para o *berubu*⁸, que é comido apenas pelos velhos do pátio, conhecidos como *Prokhâmmã*⁹.

Na ocasião não pude estabelecer contatos mais intensos com os moradores da aldeia, pois as aulas aconteceram de forma intensiva, nos quatro dias de capacitação. Mas, no intervalo das aulas, tentava conversar com os professores e com os agentes de saúde indígena que também estavam participando da capacitação e, sempre ao final das aulas, conforme me permitiam ou convidavam, retornava à aldeia para conversar com o meu pai indígena (*inxu*).

Na segunda ida a aldeia Escalvado durante o 3º Módulo, que ocorreu entre os dias 17 e 28 de dezembro de 2007, intitulado de *Pintura Corporal*, mediado por Josinelma Rolande¹⁰ foi possível ter um contato maior com os Canela. O curso proporcionou aulas mais dinâmicas, a partir da formação de pequenos grupos compostos por pessoas indígenas e não-indígenas. Os grupos deveriam pesquisar na aldeia algumas informações como: nome de pintura, características da planta ou animal que dá nome a pintura, material utilizado e quem pode utilizar a pintura. Josinelma Rolande também pediu que os grupos trouxessem informações sobre músicas que os Canela cantavam e sobre as cestarias produzidas na aldeia. O exercício possibilitou-me maior contato com os conhecimentos Canela.

Certa noite, observei a chegada de uma mulher Canela ao Posto de Saúde pedindo a presença das técnicas em enfermagem em sua casa, pois havia uma criança, sua neta, que não estava se sentindo muito bem¹¹. Tive a oportunidade de acompanhar o atendimento, pois como estava pesquisando sobre a relação entre as técnicas de enfermagem e os Agentes Indígenas de Saúde no atendimento à saúde Canela, esta era uma grande oportunidade de ver como o atendimento era realizado. Quando chegamos a casa ao ouvir a conversa das técnicas com a Canela, tive a informação de que a criança estava desnutrida devido aos

8 O berubu é uma espécie de um grande bolo redondo e achatado, que pode medir até 1m de diâmetro. É feito com massa de mandioca, milho e inhame em que acrescentados pedaços de carne cortada em fatias finas. Em seguida, esta preparação é envolta em folhas de bananeira e amarrada com cordas de imbirá. Este toma a forma de uma bolacha. Depois de fazer um buraco no solo e colocar o bolo no interior, fecha-se o buraco por cima do qual serão colocadas pedras incandescentes, aquecidas no fogo. O berubu é cozido debaixo do chão, abaixo do fogo. Depois de trinta ou quarenta minutos de cozimento está pronto para comer (Panet, 2003, p. 30).

9 Conselho de homens idosos.

10 Arte-Educadora e Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Maranhão.

11 Nesta ocasião, o último dia da segunda etapa da capacitação, estávamos eu, Nelma Roland e duas técnicas de enfermagem conversando no posto de saúde da aldeia Escalvado.

sintomas de vômito e diarreia. As técnicas deixaram um vidro de soro fisiológico e informaram o modo de uso para a mãe hidratar a criança. Orientaram que, caso não houvesse melhoras, no dia seguinte ela deveria levar a criança ao posto de saúde. No entanto, antes de sairmos, uma Canela disse que passaria uma planta no corpo da menina, planta esta que havia curado sua filha e sua neta quando apresentaram os mesmos sintomas. As técnicas em enfermagem concordaram que fosse feito o procedimento informado.

Assim, o acompanhamento do atendimento me fez refletir sobre o comportamento dos profissionais que fazem a atenção ao povo Canela, como o atendimento é realizado e como é compreendido por eles e, também, sobre a possibilidade de existência de um diálogo entre o tratamento biomédico e os saberes e práticas Canela.

Após quase dois anos de ausência, voltei a ter contato com o povo Canela em 2010, quando estive em Barra do Corda para observar a rotina de atendimento médico no sub pólo *Ramkokamekra*, instância da FUNASA que prestava atendimento à saúde desse povo. Na ocasião eu estava somente como pesquisador, não mais como colaborador do projeto *Wokrô*, buscando dados para a minha monografia de graduação. Logo no primeiro dia desta etapa de trabalho de campo o local estava movimentado e tive uma experiência totalmente diferente daquela em que passei na aldeia. Sentei-me em uma sala do sub pólo, parecida com uma recepção, para entrevistar alguns funcionários que ali trabalhavam, mas minha presença logo chamou a atenção dos índios que me rodearam e perguntaram o que eu estava fazendo e de onde era.

Como eu estava pesquisando sobre a “saúde” Canela, o interesse pela minha presença aumentou e eles prontamente relatavam a situação e o que precisavam¹². Tive a impressão de que eles me viam como um agente capaz de solucionar seus problemas, como se houvesse a

12 Os Canela pedem dinheiro para comprar comida, fumo, roupa, miçangas e, quando está na época de festa, pedem bois, algo que já havia percebido em minha primeira ida à aldeia, ainda mais quando estamos no papel de pesquisador. A minha condição financeira de pesquisador não permitia comprar um boi, mas levava presentes para os meus “parentes” e fumo para dar a alguns poucos Canela.

Essa atitude Canela pode ser analisada considerando as representações que fazem sobre a relação com os não-índigenas, expressas, por exemplo, no mito do Awkhê. Esse mito Timbira pressupõe que seu herói, Awkhê, os conduzirá à situação de dominantes, invertendo as relações ora existentes entre índios e brancos.

Por outro lado, os Canela há mais de cinquenta anos se relacionam com o pesquisador William Crocker que costuma presentear-los sempre que vai à aldeia, com várias cabeças de gado. Seus informantes são pagos pelos registros feitos, com o equivalente ao dobro do que costuma ser pago na região pelo trabalho na roça. Ver: Coelho, E. M. B. 2009. “Rememorando meio século de pesquisa: A trajetória de William Crocker entre os Ramkokamekra”. Revista Pós ciências Sociais/Universidade Federal do Maranhão, programa de pós-graduação em Ciências Sociais, v.6, n.11, 2009. 164p. São Luís: EDUFMA.

existência de uma clara demanda ‘nativa’ por auxílio político – enquanto tradutor/divulgador cultural – e para que esse auxílio possa trazer benefícios financeiros ao grupo em questão, o qual o antropólogo é constrangido a suprir, exigindo algo que vai além de nossa presumidamente imparcial observação participante (Castro 2008:81). Uma Canela, mostrando as condições precárias do Pólo-Base, comentou: *“Olha a nossa situação: os índios todos no chão! Como podem deixar os índios assim? A gente não merece isso”*.

A pesquisa realizada no sub pólo, foi mais produtiva. As minhas conversas com os índios estavam mais fluidas, podendo conversar sobre problemas que estavam acontecendo, principalmente em relação à saúde e como se dava a mediação entre os sistemas ocidental e tradicional de atenção à saúde.

Quando ingressei em 2012, no programa de Pós-Graduação em Antropologia Social pela Universidade Federal do Pará, para realizar o curso de mestrado, dei continuidade aos estudos sobre os sistemas de atenção à saúde do povo Canela. Diferentemente das duas primeiras visitas a aldeia, quando além de pesquisador eu estava como colaborador de um projeto, agora eu estava somente como pesquisador. A minha recepção, como esperado, foi diferente, apesar de ter conversado com alguns Canela que estavam no posto da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), antes da minha ida à aldeia.

A pesquisa de campo se deu em três momentos. A primeira ocorreu entre 02 de agosto a 10 setembro, a segunda entre o dia 20 de setembro a 05 de outubro, ambas em 2013; e em 2015 realizei a pesquisa entre os dias 26 de outubro a 10 de novembro. Entre as minhas idas à aldeia dos Canela ocorreu um episódio (que descrevo a seguir) que me afetou como pesquisador, assim como marcou minha vida pessoal.

No dia 14 de agosto, depois de ter me organizado e resolvido questões de hospedagem, resolvi ir para a aldeia do povo Canela. Saí às 3h da manhã de Barra do Corda, em direção a aldeia Escalvado, em um carro fretado do Canela Raimar, que faz a linha Barra do Corda – Escalvado, três vezes por semana. A distância da cidade de Barra do Corda até a aldeia é de aproximadamente 78 km, sendo a estrada de chão batido com várias “costelas de vaca”¹³. A viagem se torna cansativa e demorada. Como o carro era velho e tinha vários Canela

13 Assim são chamadas as irregularidades, em forma de várias pequenas elevações, que são comuns em estradas de terra batida ou piçarra que ocasionam trepidação no veículo.

viajando em sua carroceria, tornou-se ainda mais demorada. Enquanto o tempo normal de viagem é de aproximadamente três horas, demoramos cerca de sete horas, chegando a aldeia só às 10h da manhã.

Chegando à aldeia dirigi-me ao posto de saúde onde ficaria hospedado, sendo recebido pelos AIS. Lá me perguntaram sobre o motivo da minha visita e quem eu era. Me apresentei e expliquei meus objetivos, mas os Canela manifestaram descontentamento em relação a outros pesquisadores que estiveram na aldeia e isso talvez explique uma certa resistência com a minha presença. Mas como é costume Canela, esperei a reunião no pátio para poder falar da minha pesquisa e saber se aceitariam ou não a minha permanência na aldeia para poder realizar a pesquisa.

Passei o dia conversando com as técnicas de enfermagem e enfermeiras com o intuito de já ir estreitando os laços de amizade e começar a pesquisa. Mas, elas não estavam se sentindo muito à vontade com a minha presença, já que não sabiam da minha ida a aldeia e que eu iria me hospedar no posto de saúde. Apesar do coordenador do Pólo-Base de Barra do Corda, ter autorizado a minha estada no posto, elas não haviam sido comunicadas, pois os meios de comunicação com a aldeia não estavam funcionando. Mas me aceitaram no posto, com a condição de que eu só começasse a minha pesquisa depois de ser apresentado no pátio.

Ao final da tarde segui em direção a aldeia para a reunião. Lá, observei o cacique dialogar, em língua Canela, com os demais homens da aldeia a fim de apresentar os últimos informes da aldeia e também explicar sobre a minha presença em seu território. Fiquei sentado no semicírculo, junto aos outros homens e ao lado do meu *inxu*¹⁴, esperando o cacique me chamar para, assim, poder falar sobre a minha pesquisa e pedir autorização para realizá-la. A pedido do cacique fui ao centro do pátio e falei sobre o motivo da minha presença na aldeia Escalvado. Tentei falar de minhas duas idas à aldeia enquanto participante da capacitação para professores indígenas e não-indígenas, tentando mostrar que era uma forma de retorno. Mas, eles mostraram-se irredutíveis e pediram para eu me retirar, pois possuíam questões mais importantes para resolver. Agradei, retirei-me do pátio e fui para o posto de saúde.

14 Pai.

Em um momento da tarde em que eu estava no posto, fui procurado pelo vice-cacique, que é da *K`yjcátêjê*, metade oposta à que pertence o cacique, *Harankatêjê*, e este me disse que era pra eu ficar tranquilo, que se dependesse dele, eu iria ficar e fazer a minha pesquisa. Porém, a metade *K`yjcátêjê* a qual o Cacique pertence é mais forte que a do vice-cacique, logo a sua influência é maior. Ao longo dos anos surgiu o cargo de vice-cacique para amenizar possíveis desavenças na aldeia e equilibrar o poder entre as metades.

Durante a ida do pátio para o posto de saúde, fui conversando com o meu *inxu*, que é professor, e ele me disse que não concordava com a decisão do cacique, mas não podia fazer nada, pois ele já havia tido atritos com o cacique e não queria dar mais motivos para desentendimentos, já que o conselho não havia concordado com a minha permanência na aldeia.

Voltei para Barra do Corda às 21h do mesmo dia, em um veículo de propriedade da empresa contratada pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), para fazer o transporte dos funcionários da EMSI e os pacientes que vão para o Pólo-Base. Neste dia o carro estava indo para Barra do Corda transportando, além de mim, as enfermeiras, a técnica de enfermagem e dois pacientes, dentro do carro e, na carroceria, estavam os seus acompanhantes.

É importante ressaltar que em 1980 Maria Helena Barata, que realizava pesquisa entre os *Pukobye*, envolveu-se em uma disputa política que acabou resultando em sua expulsão da aldeia por aquele povo. Barata (1993) apresenta-nos seu “drama” a partir do contexto das relações estabelecidas entre indígenas e não-indígenas no interior do Maranhão, assim como a posição do antropólogo perante uma situação de conflito interétnico.

A partir dessa experiência a autora mostra que é com a manifestação pública do conflito que todas as contradições implícitas tendem a se tornar visíveis. Isto funcionaria tanto nos “conflitos em que há um envolvimento direto de representantes dos grupos etnicamente distintos; como ao nível das relações intratribais ou entre grupos e indivíduos, conflitos estes acarretados, em grande parte, por um processo de mudança extremamente acelerado como consequência do contato com a sociedade dominante” (Barata 1993:35).

O fator determinante destas situações dramáticas é o processo, cada vez mais agudo de pressão estabelecido pela sociedade nacional através de seus segmentos que, dentre

vários fatores, determinou a extinção de outras aldeias, fazendo com que seus habitantes se reunissem em uma única aldeia. Assim, a população de cada aldeia originária ocupa um espaço definido no círculo da nova aldeia, compondo-se como facções políticas na disputa pelo poder. Barata (1993) acredita que essa reunião contribuiu para o agravamento da situação de crise, ocasionando constantes discordâncias entre o Capitão e o Vice-Capitão, a sucessão na chefia e os discursos da grande maioria dos *Pukobyê*.

Percebi esse tipo de disputa pelo poder entre os Canela após conversas com o vice-cacique e com vários Canelas, tanto na aldeia como em Barra do Corda, em que me diziam que eu poderia ficar na aldeia e fazer a pesquisa, pois isso nunca tinha acontecido com os antropólogos que já estiveram na aldeia para realizar as suas pesquisas. Esta atitude dos Canela desculpando-se comigo, indicava uma situação que Turner sugere ser um aspecto de toda sociedade, o conflito:

Conflict seems to bring fundamental aspects of society, normally overlaid by the customs and habits of daily intercourse, into frightening prominence. People have to take sides in terms of deeply entrenched moral imperatives and constraints, often against their own personal preferences. Choice is overborne by duty (Turner 1975: 35).

Assim, cheguei na aldeia Escalvado em um momento inadequado, pois haviam alguns Canela que estavam descontentes com as ações do cacique, e atribuindo a ele a culpa por essa situação. Acrescentavam que ele sairia, pois não era um bom chefe.

Depois desta experiência, como já estava em Barra do Corda e já havia conversado com alguns funcionários, assim como com o chefe do Pólo-Base, por quem fui muito bem recebido, a continuidade da pesquisa não teve problemas, nem minha presença como pesquisador no Pólo-Base trouxe complicações. Em Barra do Corda alojei-me na casa de um amigo que, embora ficasse um pouco distante do Pólo-Base, por questões financeiras era a opção viável, e me deslocava todos os dias de moto taxi até o Pólo-Base

Uma estratégia de pesquisa que adotei foi perguntar aos Canela, que estavam no Pólo-Base para receber atendimento, sobre os seus sintomas, se já tinham realizado a consulta com o médico e, depois, questionava as técnicas em enfermagem sobre o atendimento, assim como sobre os procedimentos para os encaminhamentos de exames e consultas. Buscava entender a relação entre as técnicas de enfermagem e os pacientes indígenas e como aquelas

lidavam com um contexto étnico-cultural específico, já que o Pólo-Base atendia aos povos *Apaniekra* e *Guajajara*.

Como em vários momentos não podia participar das consultas, com médicos ou dentistas, a observação e as conversas informais foram as formas de fazer etnografia. As conversas não foram gravadas a pedido de alguns funcionários não-indígenas, mas foram registradas no caderno de campo. Ficava observando como se realizavam os atendimentos com o objetivo de esquematizar uma rotina de atenção à saúde ao povo Canela. E buscava dialogar com os Canela sobre sua percepção e entendimento desse processo, a fim de entendê-los como agentes desse processo.

Os resultados da pesquisa estão organizados em três partes. Na primeira apresento as concepções de saúde e doença presentes na política indigenista de atenção à saúde e as construídas pelos Canela. A concepção, saberes e práticas do “corpo forte” Canela é então analisada como equivalente a nossa concepção de saúde e envolve tabus, resguardos, cumprimento de regras sociais que são reforçadas nos rituais de iniciação, nas relações sexuais, no parto e na pintura corporal.

Na segunda parte faço uma breve reconstituição histórica dos contatos Canela com outros povos e com o mundo não indígena que culminaram na introdução do serviço ocidental de atenção à saúde. Apresento os atendimentos realizados pelo SPI e como a política de saúde indígena foi sendo reformulada ao longo do tempo; sobre a criação do DSEI até a criação da SESAI e como se apresenta a participação indígena nesses espaços.

Na última parte, faço uma descrição do atendimento médico na aldeia Escalvado e como se deu o processo de implementação e estruturação do Pólo-Base de Barra do Corda. Descrevo a rotina da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) e os atendimentos a saúde do povo Canela no Pólo-Base, buscando compreender a relação entre os modelos ocidental e os saberes e práticas do modelo tradicional Canela de atenção à saúde.

Capítulo 1

O corpo forte: Construindo o Ser Canela

1. O corpo forte: Construindo o Ser Canela

O povo Canela da aldeia Escalvado, vive na Terra Indígena Kanela, a cerca de 70 km sul-sudeste da sede do município de Barra do Corda, no estado do Maranhão. Atualmente a terra indígena Canela encontra-se dentro dos limites do novo município de Fernando Falcão, antiga vila Jenipapo dos Resplandes. A terra indígena, a leste da bacia amazônica e a oeste da caatinga do nordeste, possui 125.212 hectares, demarcados entre 1971 e 1983 e encontra-se homologada e registrada¹⁵.

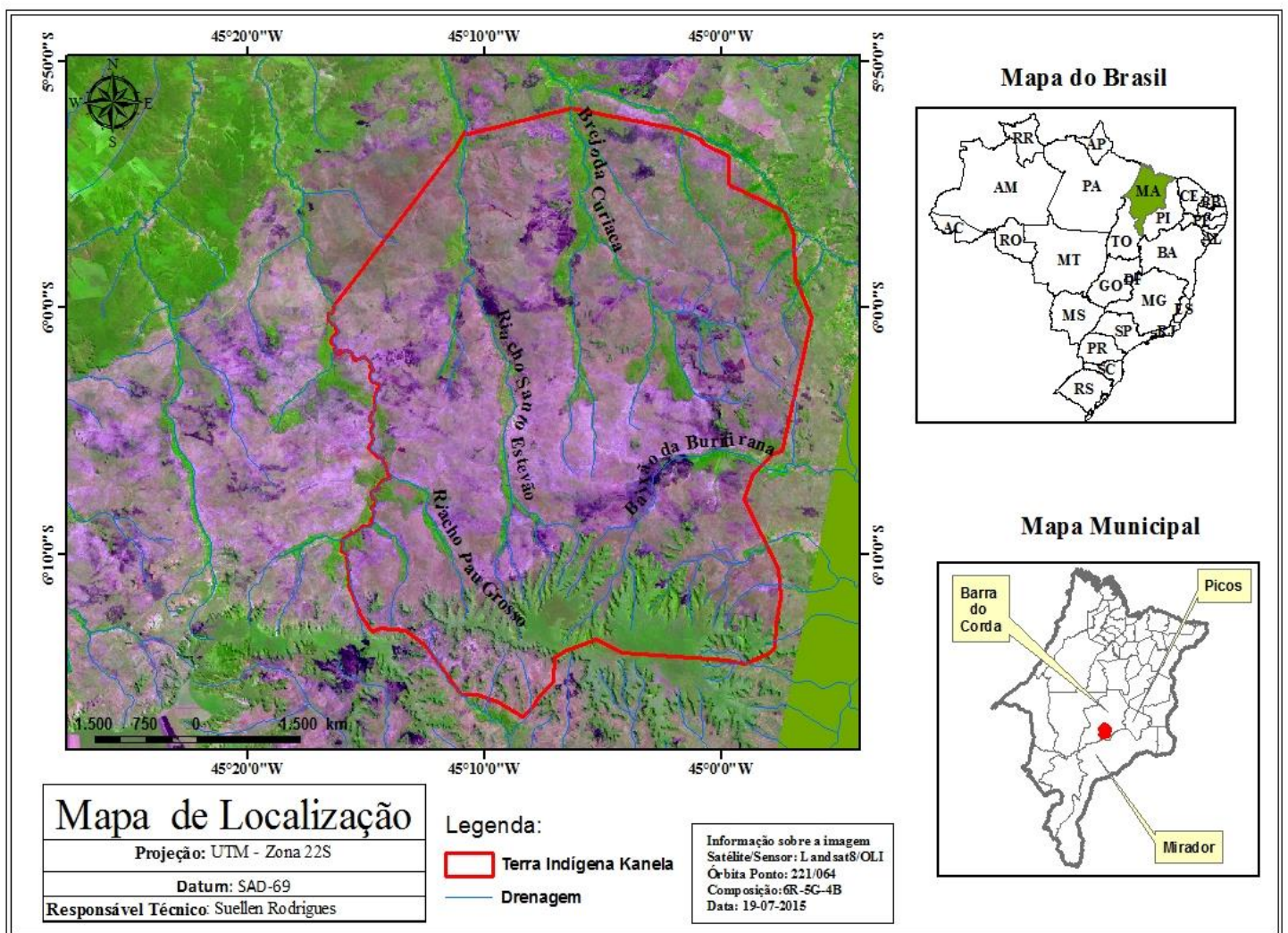


Figura 1 – Mapa da localização da aldeia Escalvado

Atualmente os Canela agrupam remanescentes de cinco povos dos Timbira Orientais, sendo os *Ramkokamekra*, descendentes dos *Kapiekran* (como eram conhecidos até 1820), o maior contingente dentre elas. O nome Canela era a denominação utilizada pelos sertanejos para os *Apanyekrá* e os *Kenkateye*, que foram massacrados e dispersos em 1913. O grupo *Ramkokamekra* atualmente se autodenomina com o nome português *Canela*. *Ramkokamekra* significa "índios do arvoredo de almécega". Usam o termo *Mehim* para se referir aos Timbira Orientais (Crocker e Watanabe 2002). Em contextos de alteridade, o termo *Mehim* se opõe a *Cupê*, que designa o não-índio, o estrangeiro e, ainda, *Pruhim*, que significa 'outra carne' (Panet 2010), usado para designar outras identidades indígenas não Timbira, notadamente os *Tentehar/Guajajara*, que são da família linguística Tupi-Guarani, com os quais os Canela possuem relações históricas de conflito¹⁶.

O povo indígena com o qual foi desenvolvida esta pesquisa conserva alguns elementos já observados por Nimuendajú, em sua estada entre os atuais Canela, no início do século XX. Os Canelas estruturam-se em sistemas de metades exogâmicas matrilineares, pela descendência, e matrilocal pela residência (Nimuendaju 2001; Sá 2009) e em sociedades cerimoniais. As metades mais evidentes se sentam em lados opostos no pátio de acordo com a posição do sol, a metade do oeste, *Haracateye*, senta-se no lado do sol poente e a do leste, *Khoikateye*, senta-se no lado do nascer do sol (Almeida 2009).

Conforme mostra Nimuendajú (1944, 2001), os indivíduos são qualificados segundo a sua descendência em linha materna, logo, os homens tornam-se membros de tais metades por intermédio de nomes recebidos de um irmão ou do primo paralelo de sua mãe. Segundo (Nimuendajú, 2001, p.154) Os homens se organizam da seguinte maneira:

16 Um relato de Andreas Kowalski (2008:84), pode ajudar a explicar a relação desarmônica entre os povos Canela e *tenethar/Guajajara*, que permanece até hoje.

Em 13 de março de 1901, indígenas Guajajara de 20 aldeias atacaram, sob o comando do cacique Cauré Imana – também conhecido como João Coboré – o convento dos capuchinhos e mataram cinco missionários, oito irmãs da congregação e a maioria dos funcionários não-indígenas. Seu objetivo foi libertar os alunos indígenas da escola monástica, que em sua opinião, haviam sido sequestrados pelos missionários, e por um termo à presença dos capuchinhos, percebidos como invasores. Ainda durante a destruição dos prédios pelos índios, a notícia chegou ao posto militar de Barra do Corda, de onde foi enviado um comando para combater os índios rebeldes. Como resposta militar não foi imediata, recrutou-se entre os *Ramkokamekrá*, inimigos dos Guajajara, uma tropa auxiliar de 40 combatentes, chefiada por Delfino Kukaipó. Ela associou-se aos soldados, expulsando então os Guajajara de Alto Alegre, que se retiraram para as suas aldeias.

1 Meninos cuja iniciação ainda não começou. Os maiores deles se reúnem em uma classe de idade não oficial.

2 Os moços e homens, divididos em quatro classes de idade.

3 Conselho

Os meninos que ainda não começaram a iniciação e não tem uma definição do seu papel social dentro da comunidade, vão aos poucos constituindo um grupo não oficial. Os jovens e adultos já iniciados são divididos nos grupos *Harankatêjê-K`yjcatêjê* e *Cààmahkra* (filhos do pátio) e *Ahtycmahkra* (filhos do fundo das casas). Os *Harankatêjê* e os *K`yjcatêjê* são formados a partir das idades. Já os *Cààmahkra* e os *Ahtyc mahkra* se associam com a nomeação determinada pelo irmão da mãe de Ego (Panet 2010:184).

O conselho (*Prokhâmmã*) é formado por homens mais idosos da metade *Harankatêjê* e tem a função de aconselhar todos da aldeia, bem como planejar e conduzir extensas festividades. Cabem também a ele as decisões mais importantes da aldeia. É o conselho quem escolhe o Cacique que irá gerenciar as relações dentro da aldeia e as relações e problemas externos à aldeia entre não-indígenas que vivem na circunvizinhança, ou entre os Canela e os órgãos governamentais (FUNAI, SESAI, SEDUC) ou não-governamentais, como também, entre eles e as outras etnias.

Os Canela dividem o ano em dois períodos de festas como mostra Nimuendajú (2001:156):

O primeiro começa com o início da colheita de milho e se estende até o momento em que o sete-estrela [Plêiades] torna-se visível no céu ocidental depois do pôr-do-sol. Em seguida começa o segundo período ritual, que dura novamente até a próxima colheita do milho. O primeiro período quase coincide com a época da seca e chama-se *Vu/te*; o segundo corresponde mais ou menos à época das chuvas, *Meipimrák*.

O termo *Wé?té* é utilizado pelos Canela para designar o período de festividades que ocorrem na estação seca, são eles: *Khêêntúwayê*, *Pepyê*, *Pepkahàk*, *Tepyalkhuesa* e *Kukhrútrehò* (Almeida, 2009). Nestes rituais são escolhidas duas *Wé?té*, através do conselho *Prokhâmmã*, cada uma representando uma das metades e, em suas casas maternas, se reúnem as classes de idade, onde as meninas servem comida e dançam. Como demonstra Nimuendajú:

As classes de idade orientais são entretidas na casa da Vu/té do oeste, as classes de idade ocidentais na casa das Vu/té do leste. As casas maternas das Vu/té ficam sempre, aproximadamente, uma defronte da outra (2001:157).

As casas de palha de palmeira ou pau-a-pique são construídas em torno de um grande caminho circular, com aproximadamente 300 metros de diâmetro, incluídos os pequenos quintais atrás de cada casa. Uma praça com aproximadamente 75 metros de diâmetro fica no centro e, como raios da circunferência, saem caminhos do pátio central para cada casa. Atrás da maioria das casas localizam-se outras, da mesma família, formando uma segunda fileira e, às vezes, casas mais distantes iniciam uma terceira fileira.

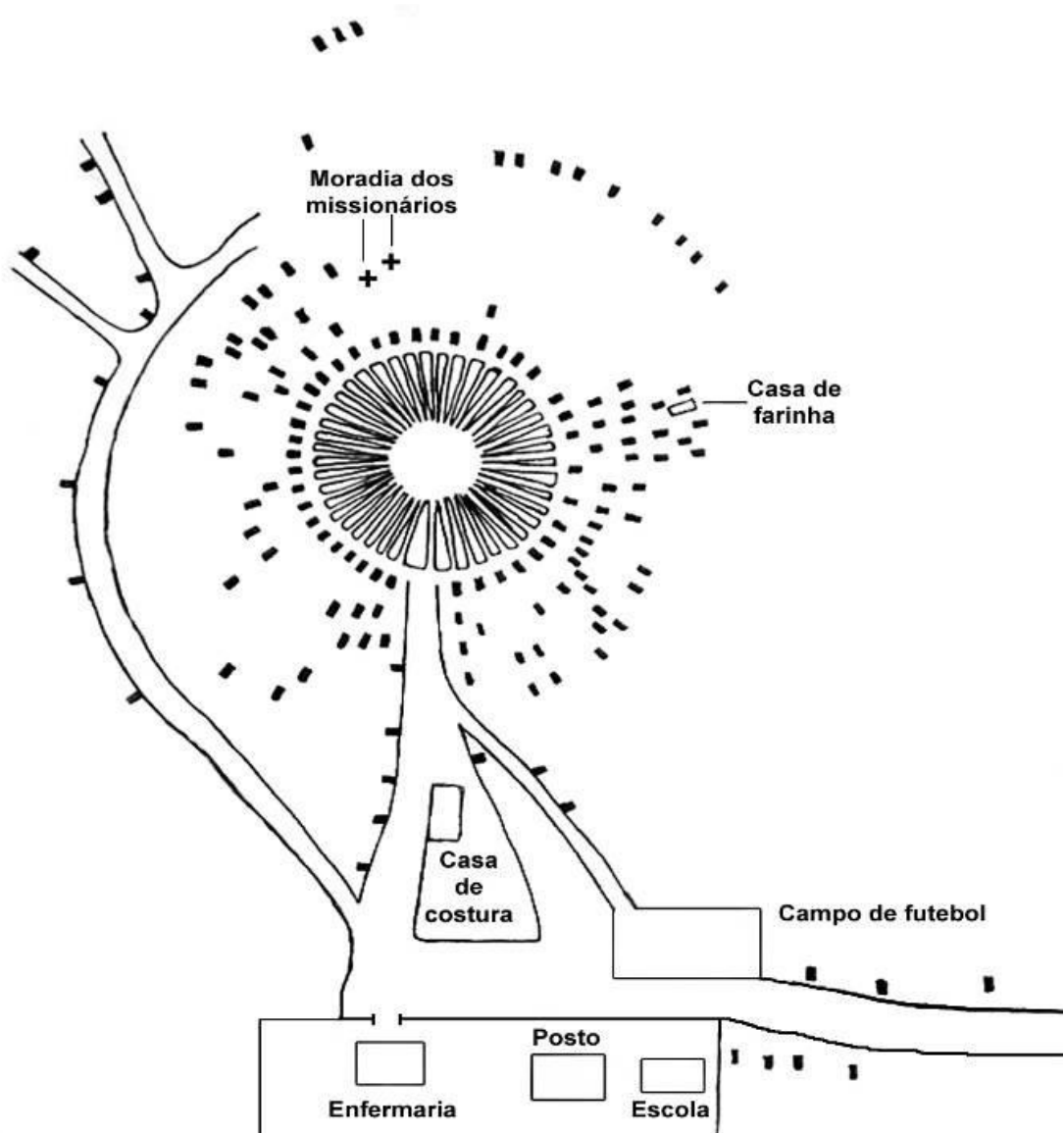


Figura 2 - Croqui da Aldeia Escalvado. Arte: Josinelma Rolande, 2006.

O Canela é um povo de agricultores e caçadores-coletores, com uma preferência para a caça, pois a carne vermelha é o alimento por excelência. Cada família costuma ter uma roça, onde plantam principalmente mandioca, feijão, arroz e milho. Possuem também uma pequena quantidade de bois. A caça é uma atividade exclusivamente masculina. Ela pode ser realizada individualmente ou em grupos. Rose Panet (2003) mostra que a caça é feita em duas ocasiões, a primeira é uma caça diária para suprir necessidades alimentícias cotidianas e a segunda envolve a preparação de grandes festivais, que exigem um grande acúmulo de alimentos. Durante a caça coletiva os homens saem mais cedo, cada um com uma arma, que pode ser um rifle, espingarda ou arco e flechas. A caça é compartilhada pelos homens no centro da aldeia e distribuída para as mulheres da comunidade.

Segundo Panet (2003) a divisão do trabalho não é estritamente sexual. Homens e mulheres podem cuidar de crianças, mesmo que seja uma tarefa principalmente feminina. No entanto, a preparação dos alimentos é exclusiva das mulheres. Homens e mulheres trabalham juntos nos jardins. A coleta de ovos e frutos são partilhados entre as mulheres e as crianças.

Em relação aos hábitos durante as refeições, os Canela estão acostumados a comer em horários específicos e, às vezes, fazem três refeições ao dia. Em geral, a primeira refeição, ao acordar pela manhã, é um beiju¹⁷, com um pouco de café. Para o almoço, muitas vezes a alimentação consiste em arroz, feijão, carne ou peixe pequeno, por vezes, com legumes. O mesmo prato é repetido à noite, exceto se não houver nada para comer no dia seguinte. Entre os seus alimentos principais está o que chamam de *berubu*, uma comida tradicional, preparada durante rituais ou ocasiões especiais.

O povo Canela tem sofrido uma forte interferência por parte dos contatos com a sociedade nacional, que eram mínimos até cerca de 1940, tanto com outros povos indígenas, como com o mundo não indígena. Este tema será aprofundado na segunda parte, mas podemos perceber que os Canela têm procurado reaver a autonomia de suas atividades produtivas e manter sua vitalidade cultural.

O primeiro contato do povo Canela com o mundo não indígena é explicado no mito da *Moça-estrela (Catsêdi kwj)* colhido por Willian Crocker (1978). Segundo esse mito, no tempo em que eram o único povo no mundo, depois do *Pùt* (Sol) e *Putwrè* (Lua), os Canela comiam

17 Feita da goma de tapioca e ao ser espalhada em uma chapa aquecida, coagula-se e vira um tipo de panqueca.

pau podre e carne seca ao sol e não conheciam horticultura nem frutas silvestres comestíveis (Crocker 1978:06). Em visita aos Canela, *Catsêdi kwj*, lhes teria ensinado a identificar frutos silvestres, horticultura, a comer alimentos cozidos, e levado alimentos contendo substâncias poluidoras. Após esse contato muitos destes índios, que tinham “grande sabedoria”, acabaram perdendo esta capacidade.

Durante o primeiro período de pré-pacificação — em que só comiam pau podre e carne seca ao sol não contaminável, muitos indivíduos tinham grande “sabedoria” (=sabido = amyiyaꞤkhre-pey = auto mostrar-bem = se autoconhecer = sabido) e assim podiam conversar com os animais selvagens e até mesmo transformarem-se em animais, retornando à forma humana. Depois de um grande incêndio numa floresta seca, os animais perderam a capacidade de falar. Similarmente, após um período de universais desastres, os Canelas perderam sua genérica “sabedoria”, perda que também se verificou quando passaram a consumir, cada vez mais, alimentos contendo substâncias poluidoras, introduzidos pela Moça-estrela, e carne cozida ao fogo. Desde então, a posse das qualidades mágicas se foi restringindo a específicos indivíduos (geralmente homens), os quais, durante a adolescência, tiveram suficiente força de vontade para se resguardarem (tabus; “resguardos” = *aykri*) dos contaminantes que incluíam todas as carnes, sangue menstrual e alguns frutos e raízes (Crocker 1978:06).

Estas qualidades mágicas foram se restringindo a indivíduos específicos que, na adolescência, respeitaram alguns tabus alimentícios e tornaram-se curandeiros-feiticeiros e eram os únicos que podiam se comunicar com os animais, os espíritos e o sobrenatural, ou adquiriam alguns poderes sobrenaturais que eram utilizados tanto na guerra como no campo da liderança política (Crocker 1978:07). Essa mudança no mundo Canela, decorrente do contato com o mundo não indígena, representado no mito pela *Moça-estrela*, teria provocado no ser Canela o que chamamos de doença, causando não só debilidades no corpo, mas também a perda de qualidades mágicas que eram do domínio de todos (Almeida Filho e Coelho 2010:53).

1.1. *Corpo forte e corpo fraco* - A representação Canela sobre a saúde e doença

Os Canela possuem uma forma própria de conceber o que nós denominamos saúde e doença. A expressão êmica, *corpo forte*, pode ser aproximada da nossa concepção de saúde. O *corpo forte* se constrói a partir da observação/obediência do indivíduo a um conjunto de regras e tabus, que devem ser seguidos com o objetivo de manter o corpo fortificado e livre de substâncias poluentes.

Giovana Tempesta (2010) observou entre os *Wapichana* e os *Macuxi*, uma prática semelhante a preocupação com os resguardos, restrições e o cuidado com as substâncias corporais, consideradas como poluidoras, que comprometem o processo de construção do corpo indígena.

Estas são as coordenadas simbólicas gerais de uma espécie de economia política do sangue e outras substâncias corporais pautada por ideias mais amplas sobre o cosmos. Tal economia política serve à regulação das entradas e das saídas, no corpo humano, de sangue, sêmen, gordura, fezes, urina, suor e lágrimas, e zela pela manutenção da substância vital nos limites do corpo, enfim, pela manutenção da pessoa nos limites da condição humana. Tem-se, pois, que a “saúde” para os *Wapichana* e os *Macuxi* manifesta-se sob a forma de um corpo forte, belo, corado, ágil, desenvolvido, capaz de desempenhar as funções adequadas à idade, ao gênero e ao status social da pessoa; trata-se, assim, de um corpo “em processo”. A esta noção de corpo, concebida pelos indígenas como diferente do corpo dos não-índios, corresponde uma noção de saúde que focaliza a regulamentação ou o controle do fluxo de substâncias. (Tempesta 2010:138)

Entre os Canelas, a manutenção do *corpo forte* é um processo de intermitência constante. É necessário rigor de comportamento e o cumprimento das regras sociais que lhes são impostas, pois o não cumprimento desses tabus ocasionaria a poluição do corpo, tornando-se um *corpo fraco* (Amorim Oliveira 2008).

Desde a gravidez o Canela já é cercado de cuidados para a construção do *corpo forte*. O resguardo da mulher grávida permitirá aos recém-nascidos chegarem ao mundo com mais resistência às doenças. Para tanto os pais procuram comer alimentos que acreditam ser bons para os seus filhos e, por isso, não devem ingerir várias comidas de origem animal ou

consideradas remosas¹⁸. A dieta alimentar permite ao Canela não incorporar substâncias que desencadeariam consequências prejudiciais aos seus filhos. A ingestão da carne de certos animais pode fazer com que o bebê que está sendo gestado adquira hábitos ou outras características do animal caso seja consumido durante a gravidez. Como mostra Panet (2010:75):

Evitam carne do bicho preguiça (*Bradypus tridactylus*) para que não haja risco de transferências das qualidades animais e para que, por exemplo, a criança não nasça mole e preguiçosa. Carnes escuras também são evitadas sob o risco de afetar a saúde da criança.

O esperma tem uma importante função durante a gestação, pois os Canela acreditam em uma concepção progressiva do corpo da criança. O produto da ejaculação masculina é concebido como substância nutriente que deve cumprir sua função e evitar ser jogado fora. O sêmen, *hiiro* ou *kriakwa*, durante a gestação, alimenta o feto. De acordo com Panet (2010), o corpo da mãe serve de receptáculo deste alimento e para guardar o feto.

Conforme Marcela Souza (2004), os Canelas acreditam que o sangue da mulher mistura-se com o de seus parceiros através do sêmen, ao entrar em contato no ato sexual, torna-se similar ao deles. O marido e a esposa convivem intimamente trocando constantemente fluidos corporais por meio do sexo e do contato com o suor um do outro. Depois de algum tempo eles “passam a ter o seu “sangue equivalente”, a ponto de deverem obedecer a restrições um pelo outro em caso de doença” (Souza 2004:45).

As relações sexuais mantidas com outros parceiros sexuais, de preferência socialmente aceitos, completarão o corpo do bebê, ou seja, quando uma mulher se relaciona sexualmente com vários homens durante a gravidez, o esperma destes homens participa na construção do corpo do bebê, por esse motivo, quando a criança nasce, a paternidade é compartilhada. Conforme afirma Crocker (2009:93):

Os Canelas acreditam que uma vez que a mulher esteja grávida, qualquer sêmen adicionado ao seu útero durante a gravidez se torna parte biológica do feto. Então, as crianças geralmente têm uma mãe, mas vários pais “contribuintes”, ou “co-pais”. A expressão canela é “outros pais” (*mě hum nō*: plural pai outro).

¹⁸ Corruptela de reima ou reuma, que significa algo que ofende, que agride, que faz mal, que provoca incômodo fisiológico no organismo.

Ainda de acordo com esse autor, as mulheres Canela procurarão homens fortes e bonitos com qualidades de caçadores, líderes e fortes corredores de tora para praticarem sexo durante a gravidez, acreditando que estas características serão transmitidas para a criança através do sêmen. No entanto, as suas escolhas são limitadas aos homens que prometem manter alto nível de restrições pós-parto contra comida e sexo poluentes, para que a criança cresça forte (Crocker 2009:93).

A fabricação de sangue da criança já nascida, que entre os Canela é uma produção compartilhada entre os genitores, está associada à ingestão de alimentos moles ou líquidos, enquanto que a consistência do corpo associa-se à ingestão de alimentos duros.

O parto geralmente acontece sobre esteiras que servem para aparar o sangue e, também, como bandeja para transportar a placenta até o buraco onde será enterrada. A placenta, *ihkyhti*, nasce com o bebê e, imediatamente após o nascimento, será separada da criança, marcando para sempre o lugar do seu nascimento e a matrilocalidade. O enterro da placenta garante proteção ao recém-nascido.

Na descrição de um parto Canela, realizada por Panet (2010), durante o nascimento da criança apenas as mulheres participam desse evento.

Neste nascimento éramos duas a ajudar a parturiente. Eu apoiava as costas, enquanto *inxé-ca* se preparava para receber a criança e dispensar-lhe os primeiros cuidados. A placenta ficou retida e depois de algumas tentativas de mulheres que chegaram depois do nascimento, o *ihkyhti*, como é chamada a placenta, finalmente 'nasceu' sendo enterrada na casa materna, em um buraco feito alguns dias antes do nascimento, no interior do recinto em que a mulher dorme com o seu marido e onde a criança iria nascer (Panet 2010:81).

O nascimento é um momento cansativo para a criança, por isso, há uma preocupação com o descanso do recém-nascido. Os Canela previnem e evitam todo motivo que faça a criança chorar, pois o choro é particularmente perigoso, podendo provocar sua morte. O choro *enfraquece* a criança e põe em risco a permanência de seu princípio vital, do seu *caxwyn*. As preocupações com o nascimento e os primeiros momentos de vida do novo corpo são acompanhados de resguardos alimentares, dos comportamentos exigidos aos pais e por práticas preventivas que vão desde a pintura corporal com urucum, até o uso de folhas de fumo espalhadas por seu corpo, contra os espíritos dos mortos, para que garantam a saúde do nascido.

De acordo com Panet (2010) a mãe cortará o cabelo de seu filho nas primeiras semanas de nascido, e removerá também todos os pelos do seu rosto, cílios e sobrancelhas. Fibras secas de palmeiras enroladas entre si serão amarradas em seus punhos e suas pernas, para evitar que o espírito, *caxwyn*, que ainda não está totalmente firme, saia do corpo do recém-nascido em uma crise de soluço. Para evitar o soluço, um pedaço bem pequeno da esteira onde dorme a mãe será colocado sobre a cabeça da criança, para que ela pare de soluçar (Panet 2010:83).

Outro cuidado com o corpo da criança está associado à pintura. Segundo Josinelma Rolande (2013) pintura é uma atividade prioritariamente feminina, cabendo às mulheres pintar seus maridos e os filhos solteiros. A mãe não pode tocar no corpo do filho depois que se casa, considerada uma atitude vergonhosa para mãe e filho, cabendo à esposa pintar o próprio marido. Para os Canela, a pintura contribui na construção do corpo dos jovens, para que eles se tornem bons corredores de tora ou bons caçadores. Às meninas só são permitidas pintar um *mentuwa* (rapaz) antes do período menstrual, pois uma mulher menstruada ao tocar o corpo do rapaz causa o seu enfraquecimento. Geralmente um *mentuwa* é pintado por sua avó (Rolande 2013:32).

Ainda de acordo com autora, os Canela que estão de resguardo, seja por conta de doença, ou mulheres paridas, assim como seus respectivos maridos, são pintadas com pequenos traços semelhantes às pintas de onças. Estes traços, por mais que sejam passados ligeiramente com os dedos, indicam que quem está de resguardo não pode receber uma pintura mais elaborada, mas indica proteção.

A pintura acelera o crescimento e protege os *ahkraré* (meninos pequenos) de doenças. De acordo com Rolande (2013) a pintura é fundamental na construção do corpo, especialmente enquanto ainda são *ahkraré* e *mekupryré* (meninas pequenas), quando normalmente é executada de forma rápida, porém obedecendo aos padrões de pintura que lhes competem. Mas é a pintura corporal do filho, realizada com frequência pela mãe, que fabricará um corpo saudável.

A pintura corporal ajuda a manter a ordem e o bem-estar, principalmente quando padrões de pintura são utilizados de acordo com a classe de idade e o sexo de cada indivíduo. Para o *mentuwa* (jovem) ter permissão de utilizar uma determinada pintura, é necessário passar

pelos rituais *Ketuwejê* e *Pepjê*, pois durante esses rituais são construídos os corpos de corredor, guerreiro, trabalhador, pajé e caçador.

Apesar de uma definição homogênea do que é possível comer durante a couvade e o respeito às regras comportamentais, as consequências das infrações alimentares ocasionam dois tipos diferentes de consequências: ou a criança fica fraca, adoece e morre, ou o mal recai sobre os pais, que ficam fracos e adoecem. Esta relação entre pais e filhos perdura para além da couvade, ou seja, continuam durante o crescimento do filho. Como afirma Panet, quando a criança adoece porque as práticas preventivas foram ineficazes, há duas possibilidades de recurso: os remédios alopáticos que podem pegar no posto de saúde, ou as curas xamânicas com o *cai* “especialista” em doenças infantis. Como podemos perceber neste relato de Panet:

Por várias vezes, durante meu trabalho de campo, acompanhei pacientes infantis na consulta com o curandeiro. Numa ocasião, acompanhei *Payhu*, que foi consultar o curandeiro Antônio Gato. *Taribic*. Seu filho, estava com diarreia, segundo ela, há um mês, e com sangue nas fezes e muito magrinho *ih.hi.re*.

Uma criança menor, de nome *Kengapré* foi atendida em primeiro lugar. Sua mãe o despiu do pano branco que o cobria. Antônio Gato tocou-lhe a barriga e de dentro tirou uma pedrinha branca. Depois, saiu da casa, foi até uma planta, falou com ela e depois voltou pra repetir o mesmo procedimento. Foram várias idas e vindas, entrando e saindo da casa, tocando a barriga da criança e saindo. Depois começou a soprar a barriga do menino, fez umas perguntas para sua mãe, deu uns conselhos e concluiu que ele não tinha nada. A mãe pagou a consulta com uma panela.

Com *Taribic* o procedimento foi parecido. A conversa com a mãe foi mais longa. Em *Taribic* foi detectado um problema: ele havia comido carne de bichopreguiça e rabo de tatu. Não podia. Criança pequena, segundo o *cai*, ‘tem de ficar sem comer essas coisas’ (Panet 2010:88-89).

As crianças nascem com pouco sangue e pouco conhecimento, logo o *caxwyn* está fragilmente conectado aos seus corpos e elas podem facilmente ficar doentes e morrer. A conexão com os espíritos aumenta gradativamente com o aumento nos níveis de sangue, por meio da alimentação e da incorporação de nomes. Porém, o contato com os fluidos corporais como fezes, urina ou o sangue do recém-nascido são poluentes e perigosos e pode afetar os seus parentes consanguíneos.

1.2. Resguardando o corpo forte

Os resguardos são onipresentes na vida dos Canela, sejam eles de abstenção das atividades laborais, da prática sexual ou da ingestão alimentar. Durante a couvade, o resguardo alimentar consiste em evitar todos os alimentos gordurosos ou muito temperados como: porco, veado e carnes muito salgadas. A alimentação ideal para o resguardo são, basicamente, a mandioca e o arroz. Os pais evitam a ingestão de carne pesada, que tenha muito sangue e muita gordura, o trabalho na roça e a caça, impedindo qualquer contaminação para o filho (Panet 2010:87).

O regime alimentar é acompanhado de um isolamento social, uma reclusão que esconde os genitores do olhar dos outros membros da comunidade. Do nascimento da criança até a queda do umbigo, os cônjuges têm que cumprir algumas restrições como não poder tomar banho no brejo, não participar da vida social da aldeia e evitar contato com pessoas que não sejam parentes próximos. Só depois da queda do umbigo os pais podem voltar a circular pela aldeia e a participar das atividades cotidianas e das reuniões do pátio, mas aos homens ainda fica proibida a realização de atividades que exijam muito esforço físico, como correr com tora e manter relações sexuais.

Os Canela possuem um conjunto de ciclos rituais baseados na família extensa, nos quais participam a parentela das linhas matri e patrilateral, embora a primeira tenha papel dominante. Os ritos de passagem durante a adolescência também consistem na perfuração de orelha, entre os meninos e reclusão para as meninas, por ocasião da primeira menstruação.

De acordo com Panet (2010:69), dentre os fluídos corporais femininos, a menstruação é percebida como substância mais importante, pois ela inaugura o processo fisiológico que coloca o corpo feminino dentro do processo físico da reprodução.

A pessoa em sua integridade, homem ou mulher, existe devido a combinação do princípio corporal, *him*¹⁹, e do princípio vital, *caxwyn*²⁰. O *him* desaparece com a morte e o *caxwyn* é o espírito, energia vital que alimenta o *him*. O *caxwyn* não desaparece, mas transforma-se com a morte em *karõ* (alma) (Panet 2010:69).

19 Os Canela costumam se denominar em relação à alteridade usando a palavra *Mehim* (minha carne), ou como também gostam de dizer, 'índio próprio' (Panet 2010:69).

20 Espírito e/ou nome.

Sobre o *karõ*, Panet afirma que:

O *Karõ* por sua vez, transforma-se em animais silvestres como a paca, o veado, depois migra para o corpo dos pássaros e por último vira uma pedra, como se os *mekarõs*, morressem várias vezes e a cada morte transformam-se até o desaparecimento completo de sua essência de ser vivo. De pessoa passa a incorporar um animal que se transformará a cada morte sucessiva em um animal menor até chegar à condição de um mineral (2010:69).

Há uma percepção Canela de dois tipos de sangue feminino, o *karõ* e o *caprô*. O *karõ* é o sangue bom, não poluente, e que constrói o corpo do filho. O *caprô* é considerado poluente, é o sangue menstrual ou o sangue que sai pela *ih.hê kre* (vagina) durante o parto (Panet 2010:79). Os homens possuem apenas um tipo de sangue, que é considerado não poluente e responsável pela formação do corpo do filho.

Em seu trabalho sobre os *Krahó*, Júlio Melatti (1978:92) mostra que não é a saída da alma do corpo que faz um homem morrer, mas o fato de seu *karõ* aceitar alimento oferecido pelas almas dos mortos.

Ao morrer, a alma humana vaga por algum tempo (ou vai para uma aldeia dos mortos, situada a oeste) até que se transforma num animal de grande ou médio porte; quando esse animal morre, transforma-se num animal inferior; quando este outro morre, transforma-se em cupinzeiro ou toco de pau. Quando o fogo queima esse cupinzeiro ou toco, o aniquilamento é completo. Não é a saída da alma do corpo que faz um homem morrer, mas o fato de sua alma aceitar alimento das almas dos mortos ou também, segundo um informante, aceitar relações sexuais com elas.

Os rituais de iniciação masculinos Canela, simbolizam e demarcam a passagem da fase infantil para a fase adulta. Aprende-se a ser forte, corajoso e a enfrentar todo tipo de situação. Estes rituais estão voltados à construção da solidariedade do grupo e ao desenvolvimento pessoal no intuito de proteger o corpo para que ele não se contamine por substâncias poluentes e, assim, possa reagir aos *mekaron* (espíritos)²¹que podem enfraquecê-lo, via feitiços e enfermidades.

Os iniciados passam por rituais nos quais o corpo é construído e fortalecido por meio dos resguardos sexuais e alimentares e do aprendizado dos costumes tradicionais (Oliveira,

21 Os *mekaron* são considerados, pelo povo Canela, fonte de grande poluição.

2008). Para isso os iniciantes são colocados em situações de risco, que fazem parte do aprendizado e do amadurecimento do ser Canela.

Utilizo a definição de Arnold Van Gennep (2011) e Victor Turner (1974:116) para os ritos de iniciação, como sendo “ritos que acompanham toda mudança de lugar, estado, posição social de idade”, considerada uma mudança social obrigatória. Para Van Gennep (2011), os ritos de passagem são caracterizados por três fases: separação, margem e agregação. Na primeira fase há a separação dos indivíduos a serem iniciados, do restante do grupo social, em um local de reclusão. No período de liminaridade, os indivíduos ainda não estão situados em nenhum local determinado na sociedade, mas sim num período de transição. Possuem características ambíguas e podem ser representadas como se nada possuíssem.

Turner (1974) destaca o sentido coletivo desses momentos de passagem, no período liminar a sociedade assume um estado denominado como *communitas*, caracterizado por um “‘comitatus’ não estruturado, ou rudimentarmente estruturado e relativamente indiferenciado, uma comunidade, ou mesmo comunhão, de indivíduos iguais que se submetem em conjunto à autoridade geral dos anciões rituais” (Turner 1974:119). A terceira fase é reagregação ou reincorporação à vida em sociedade. Na etapa denominada de liminaridade, entendo que o povo Canela se mostra como uma sociedade num estado de renovação que acaba por reforçar ainda mais as distinções e os papéis sociais.

O ciclo de ritos de passagem entre os Canela, são realizados em três ritos distintos: *Khêêtúwayê*, *Pepyê* e *Pepkahàk* e são sequenciados e alternados entre as metades cerimoniais, *Kóikateye* e *Harãkateye*, possuindo espaços e tempos diferenciados com média de três meses entre um ritual e outro. Os rituais acontecem na época do verão e, segundo Crocker:

These three festivals parallel each other in many ways: the first (*Khêêtúwayê*) emphasizes prepubertal security relationships; the second (*Pepyê*) focuses on postpubertal life challenges; and the third (*Pepkahàk*) clarifies and sanctifies various adult roles (1982:148).

Os ritos se configuram como fabricação do ser Canela, instituem e fortalecem corpos, especificamente masculinos, nestes rituais são construídos os corpos de corredor, guerreiro, trabalhador, pajé e caçador (Oliveira Amorim 2008).

O ciclo de rituais inicia-se com a criança, na idade entre cinco e seis anos, no *Khêétúwayê* (que significa jovem), enfatizando a sociabilidade. Os reclusos do *Kêétúwayê* ficam em casas construídas especialmente para ficarem isolados, por até dois meses. Os jovens que serão iniciados dormem com os outros reclusos, alimentam-se coletivamente e saem diariamente da casa de reclusão para cantar no pátio da aldeia. Durante o período de reclusão, diariamente, os reclusos e também suas parentas se posicionam para cantar e dançar. Uma *Pinxwyj* (amiga formal) ou parenta de cada *Kêétúwayê* se posiciona às suas costas, formando uma linha paralela.

Os meninos tomam banho de manhã cedo e à tarde no pátio da aldeia como parte do processo de construção do corpo Canela. Os banhos são dados por suas parentas (mãe, irmã, tia ou prima), com o intuito de que os corpos dos reclusos cresçam rapidamente e se tornarem fortes (Oliveira Amorim 2008). A presença de parentes do sexo feminino serve como agente protetor e ameniza os impactos que possam sofrer, tornando-se elemento de socialização, solidariedade, fortalecimento de laços sociais e a construção do *corpo forte*, como afirma Crocker (1982: 150):

irmã ajuda irmão, tio ajuda sobrinhos nos seus tempos de perigo potencial e a pintura de urucum e a pena de arara possuem uma magia defensiva contra almas. Todos esses arranjos funcionam como proteção contra o desconhecido.

Os meninos *Khêétúwayê* estão aprendendo a viver um para o outro, para trabalhar e cooperar juntos, e para o povo como um todo, ao invés de apenas a si mesmos, em uma idade muito precoce. É muito importante para os meninos não iniciados e indisciplinados viajarem em grupos quando estão longe da aldeia, pois quando andam sozinhos eles estão susceptíveis de ser perseguidos ou feridos e até mesmo mortos por fantasmas.

Para evitar a contaminação de seus corpos através de substâncias poluentes, durante o *Khêétúwayê*, os meninos devem estar pintados com tinta de urucum, pois a semente desse fruto solta uma tinta vermelha utilizada para a proteção e manutenção do corpo forte.

De acordo com Oliveira Amorim (2008), o contato com a alma dos mortos (*mekaron*), na época do isolamento do *Kêétúwayê* e do *Pepyê*, torna-os “escolhidos” para serem *cai*(pajé). O corpo deve estar livre de poluição, pois aí sim estará apto para poder se comunicar com os *mekaron* (Oliveira Amorim 2008:47).

No *Pepyê*, que significa guerreiro, os iniciados dos quinze aos vinte anos, concentram-se nos desafios enfrentados na vida pós-puberdade, que incluem restrições alimentares e sexuais. As reclusões coletivas são substituídas por reclusões individuais, o que torna este rito mais rigoroso, uma vez que os reclusos passam, em média, de dois a quatro meses em seus quartos de reclusão, sem serem vistos (Rolande 2013:72).

Os jovens têm que cumprir uma série de restrições visando a construção dos corpos dos rapazes, pois acreditam que as precauções recomendadas são necessárias por considerarem que os reclusos encontram-se vulneráveis a qualquer tipo de ameaça.

Os reclusos não podem ficar com os corpos expostos ao sol ou a lua, exceto quando estão bem cobertos por panos ou esteiras. Não podem pisar em galhos ou folhas secas. Devem evitar ser vistos por pessoas da aldeia, para não se expor a “mau olhado”. Não podem falar com mulheres que acabaram de ter relações sexuais e nem mesmo com familiares.

A ingestão de alimentos, considerada pelos Canela como forma mais eficaz de assimilação de substâncias poluentes, ou seja, alimentos que podem interferir no estado de saúde, devem ser evitados nesse processo de construção do *corpo forte*, que é, ao mesmo tempo, a construção do corpo de um caçador, xamã, corredor ou guerreiro.

Nesse período as corridas de tora são diárias, como forma de criar resistência corporal nos reclusos, e os alimentos ingeridos deverão contribuir para a proteção e resistência desses corpos. Durante a corrida, se os reclusos se mostrarem muito cansados ou outra situação que demonstre um *corpo fraco*, isso indica a transgressão de alguma regra.

Uma rigorosa restrição alimentar é imposta aos reclusos, que devem evitar alimentos que possuam poluentes, como a maioria das carnes, alguns vegetais e alguns alimentos da roça, que prejudiquem a construção do *corpo forte*. Produtos alimentícios que não são puros podem impedir que estes jovens venham a se tornar, futuramente, um caçador ou um *xamã*. Em outros tempos, os Canela diriam que estes alimentos impediriam de se tornarem guerreiros. Os Canela acreditam que medidas de proteção contra os poluentes, através de ervas medicinais, eliminam os venenos já acumuladas no corpo, que impedem um jovem de desenvolver a “força esperada de um adulto respeitado”, como mostra Crocker (1982:151-152):

To attain these cultural goals, it is necessary to enter into quite a different existence, one in which the individual becomes ultra-sensitive to the perils of life and therefore must take unusual precautions to avoid these dangers. At the same time, however, in this other existence, the individual, through his ultrasensitivity, has the means to grow very rapidly in strength, ability, knowledge, and perception, aided by continual bathing, eating only “pure” foods, and listening to his uncles. In this condition of “purity,” he may even be visited by ghosts and become a shaman. The Cinnamon people firmly believe that it is only through carrying out extreme protective measures against these potential “pollutants” and through drinking herbal medicines daily to eliminate the poisons already accumulated in the body, that a youth can ever develop the expected strength of a respected adult. If a person happens to be weak and lazy, they usually say he must not have completed his post-pubertal restrictions very well. If a hunter returns without game, they say he could not have undertaken sufficient restrictions and drunk sufficient medicines during the preceding days. If a shaman has difficulty curing a patient, they suspect this highly sensitive man must have failed to maintain his relative state of purity. All skills, except singing and dancing, are acquired through maintaining strict food and sex restrictions and through drinking certain purifying medicines.

Quando os jovens estão quase prontos para sair da reclusão, o tio materno vem ao quarto do interno para ver como está o desenvolvimento do sobrinho. Essa inspeção é realizada para verificar se os jovens já estão grandes e fortes o suficiente para deixar seus *ihkréré*²², pois os reclusos não devem sair de seus quartos e se expor à luz do sol²³. Rolande (2013) afirma que

Quanto mais clara for a cor da pele de um *pepjê*, mais forte é o indício do cumprimento das regras de reclusão estabelecidas. A clareza da pele, bem como a magreza de um recluso e o crescimento dos cabelos são indicativos de que têm resistido à reclusão e às severas restrições alimentares.

O *Pepyê* leva os jovens a desenvolver habilidades necessárias para que possam lidar com o seu meio. Passam por situações de provações e restrições no intuito dos jovens se tornarem adultos respeitados

22 Quartos pequenos.

23 Quando um dos jovens apresenta-se gordo e com a pele muito clara seu tio trata-o com hostilidade indagando se está preparado para enfrentar a vida no cerrado e lutar como guerreiro contra os inimigos. Caso o jovem não responda afirmativamente, é empurrado por seu tio para dentro de sua casa para mais um período de “gestação” (Crocker, 1982, p.152).

O terceiro ritual, o *Pepkáhák*, enfatiza e esclarece os papéis desempenhados na vida adulta e exalta a importância dos amigos formais. Todos os iniciados de diferentes classes de idade, 20 anos ou mais, ficarão internados juntos, em uma cabana a cerca de 150 metros de distância da aldeia. Eles devem permanecer juntos como uma unidade, realizando serviços para a comunidade sob as ordens de um eleito pelos *Pro-Khãmmã*.

No *Pepkáhák*, os reclusos devem empreender trabalhos que servem para toda a aldeia como caçar, plantar, fazer roça, entre outros. Pegam comida nas casas fora do círculo da aldeia, na parte periférica onde se situam as casas das mulheres de sua família e, quando retornam à cabana, os alimentos arrecadados são divididos. Os iniciados devem executar essas tarefas com perfeição, caso contrário, sofrerão grande vergonha social. Nesse ritual os reclusos são adultos e devem ser responsáveis por si e mostrar que estão aptos a cumprir os ideais de um homem Canela. Os perigos que os cercam não são almas ou desafios pessoais que causam poluição, mas as vespas e o frio da noite. A proteção é alcançada através dos cânticos entoados por suas irmãs ou tias, do uso da tinta de urucum e da pena de Arara, das restrições alimentares e sexuais, do uso de plantas e medicamentos. No *Pepkáhák*, a ajuda vem, em grande parte, dos amigos formais (Crocker 1982).

No encerramento do *Pepkahàk*, são entoadas músicas que começam a ser cantadas em volume muito baixo, aumentando lentamente de volume, em ritmos diferentes. Quando os iniciados do *Pepkahàk* erguem-se, as canções assumem volume tão alto que todas as pessoas da aldeia podem ouvi-las bem (Crocker 1990). Os homens cantam e as mulheres são levadas a harmonizar em várias partes. Os iniciados cantam a noite inteira, acompanhados pelos Amigos Formais²⁴, que fazem um círculo ao redor destes com panos e com o próprio corpo para protegê-los de algum resfriado devido à frieza da noite no cerrado.

Agnaldo Libório (2000:96) descreve o processo de iniciação para se tornar um *cai* (curador). O curador tem a responsabilidade de investigar as causas que debilitaram o enfermo, classificar a doença e dimensionar se o caso é de competência dele ou de outro

24 Esta relação social, definida nos rituais de iniciação masculina, é caracterizado pelo respeito e solidariedade entre duas pessoas que não tem parentesco. Como define Crocker: Sendo um Canela, seu amigo formal primário decora seu corpo para ocasiões cerimoniais e pinta seu cadáver quando você morre, enquanto seus amigos formais secundários não têm papéis cerimoniais prescritos em relação a você, embora possam ter vários outros de sentido geral. Seu amigo formal primário é assim considerado porque você passou por um ritual especial para criar esse status especial (Crocker, 2009, p.90).

curador para, posteriormente, realizar as práticas terapêuticas específicas àquela enfermidade. O tratamento para picadas de cobras, por exemplo, é competência exclusiva do curador que se dispuser ao tempo máximo de resguardo, mas existem curadores que curam quebra de tabu e outros que curam dores de órgãos internos e tuberculose. O curador tem um papel muito importante em redirecionar o processo de construção do *corpo forte* que estava sendo ameaçado de enfraquecimento.

O *cai* pode consultar as almas dos mortos quando precisam saber qual restrição sexual ou alimentar foi quebrada por um indivíduo e onde, em seu corpo, a poluição resultante se encontra. O *cai* pode, também, procurar as almas dos mortos quando precisam saber que restrição sexual ou alimentar foi quebrada e a localização da poluição, resultante da quebra, no corpo do indivíduo. Pode-se saber se um certo *cai* “lançou feitiço (huutsùù) de doença sobre uma vítima (cliente do *xamã*), e que tipo de feitiço foi” (Crocker 2009:123).

O iniciando a *cai* também passa por um período de abstinência sexual e alimentar.

No período de resguardo, a dieta do iniciando a *curador* é basicamente de tubérculos (amendoim, batata), cereais (milho, arroz cozido e frio) e farinha de mandioca seca, abstendo-se de carnes de quaisquer tipo. Durante a dieta pouca água é ingerida e as refeições são realizadas duas vezes ao dia. O longo processo de abstinência alimentar, expresso nas proibições do consumo de carne e outros alimentos considerados por eles como “pesados”, é um forte determinante para caracterizar o aspecto emagrecido do curador. A abstinência sexual, no período do resguardo, envolve desde a proibição de conversa com o sexo oposto até o ato sexual propriamente dito. O objetivo do resguardo é purificar o corpo fortalecendo o espírito (*karõ*), para facilitar a interlocução com o mundo dos mortos (Libório 2000: 94-95).

Quando um iniciando ingere algum alimento considerado poluente ele poderá transmiti-lo, com os fluidos sexuais, para as suas parceiras. Por esse motivo, é preciso evitar comidas poluentes e relações sexuais com indivíduos que fazem sexo com frequência, que estão na adolescência, ou com menos de trinta anos.

Segundo Libório (2000), durante o período de resguardo o jovem *cai* adquire conhecimentos que possibilitam o diagnóstico das enfermidades. Todo o processo de iniciação é acompanhado por um curador idoso, geralmente do mesmo grupo matrilinear, que auxilia o iniciando no conhecimento fitoterápico.

Se uma alma dos mortos²⁵ decide fazer do jovem Canela um iniciante a *cai*, ele o visita sob forma de um animal ou humana, com o intuito de oferecer instruções sobre como evitar cada vez mais os poluentes, aumentando gradativamente a purificação do corpo. Essas instruções, caso sejam executadas, permitirão outras visitas. Se o jovem cumpre as restrições de maneira satisfatória, a alma lhe dará poderes que carregará em seu corpo, em geral na axila esquerda. O *cai* usará esses poderes por conta própria, mas poderá chamar a alma para obter informações que lhe serão úteis. De acordo com Crocker (2009), as mulheres dificilmente se tornam *cai*, pois acredita-se que elas raramente possuem força e persistência para manter restrições suficientemente fortes contra poluentes para atrair as almas dos mortos.

O resguardo possibilita a condição de lidar com as doenças, classificando-as e identificando suas causas a fim de desenvolver terapias apropriadas para cada enfermidade. Para os Canela, quanto maior for o tempo de resguardo, mais poder de cura terá o *cai*. O iniciando que decide prolongar o processo de aprendizagem, terá condições de tratar um número maior de enfermidades. Após passar o período do resguardo, o pretense *cai* é apresentado à comunidade pelo seu tio materno no pátio da aldeia e, assim, estará pronto para atuar como *cai*.

Durante o tratamento das diferentes enfermidades que causaram o corpo fraco e de acordo com sua especialidade, os diferentes *cai* utilizam-se da fitoterapia como forma de proceder o restabelecimento da saúde. Neste processo, ervas são utilizadas das mais diferentes formas, em chás, banhos, esfregaços sobre a parte do corpo enfermo, infusões, etc. (Libório 2000).

Libório (2000) mostra que para os Canelas nem todas as doenças requerem o atendimento médico-hospitalar em primeira instância. Inicialmente, precisam passar pela avaliação do *cai*, pois a noção de doença para este povo está baseada numa relação intrínseca entre corpo e alma. As causas são atribuídas às manifestações dos espíritos dos animais e/ou parentes mortos, que precisam ser contidos para que o paciente seja curado (Libório

25 Segundo Crocker (2009), "O mundo das almas dos mortos e dos espíritos é apenas um dos outros mundos Canelas (sic). Com exceção dele, os outros mundos existem quase completamente no passado. Eles são habitados por heróis da sua cultura, mais bem retratados em mitos sobre a criação, estórias de guerras e contos sobre as origens dos festivais" (Crocker 2009:122).

2000:103). Energias estranhas podem ocasionar a ausência do *Karõ* e, em consequência, um corpo debilitado, doente.

A classificação das doenças é definida pela influência de elementos externos ao corpo que podem ser classificados em endógenos e exógenos, doença de branco ou doença de índio. As causas de caráter endógeno são remetidas a elementos internos ao grupo como, relacionadas aos desrespeitos as regras sociais: feitiçaria, acidentes, quebra de regras, tabus e de comportamento. Neste caso, o processo de restabelecimento da saúde envolve a cura das partes física e espiritual, ou seja, uma intervenção biomédica que vise somente o corpo, poderá não ter efeitos satisfatórios. É preciso que seja identificada a ocorrência de uma anormalidade que precisa ser tratada, a quebra de um equilíbrio que precisa ser restabelecido (Cruz 2007).

As causas exógenas caracterizam-se por doenças de origem externas ao povo Canela, decorrentes do contato interétnico, como gripes, tuberculose, DST, etc. Os problemas sociais decorrentes da existência de conflito interétnico, como esbulho de suas terras; exploração indevida, por parte dos neo-brasileiros, dos recursos ambientais de suas terras e ameaças (Libório 2000:101), são causas para o enfraquecimento do corpo Canela.

A manutenção do *corpo forte* Canela depende da harmonia desta relação, pois no momento em que ocorre um desequilíbrio, sendo ele de causa endógena ou exógena, de ordem espiritual ou de outras situações, como invasões de terra ou massacres, o *Karõ* fica propício a se afastar do corpo, tornando-o fraco. Nessas situações o *cai*, de acordo com sua especialidade, deve diagnosticar o caso, procurando compreender a causa do enfraquecimento do corpo, para poder iniciar o ritual de cura. Os rituais de cura ocorrem sempre que um indivíduo doente não se recupera com os chás, banhos e esfregaços (Libório 2000:103).

Estes rituais podem ocorrer tanto nas causas endógenas como nas doenças exógenas. Quando o *cai* percebe que se trata de “doença de branco” e requer cuidados hospitalares, ele recomenda os procedimentos terapêuticos da biomedicina. Libório (2000) ressalva que, para qualquer causa, é necessário proceder a cura espiritual do enfermo e não somente o corpo.

Os Canela conseguem dissociar e diagnosticar as doenças advindas do contato, as quais denominam “doenças de branco”, entendendo que estas necessitam da intervenção da

biomedicina. Os problemas de saúde diagnosticados como “doenças de branco” serão tratadas com remédios industrializados, porém, os especialistas Canela são sempre procurados para intervir no reestabelecimento espiritual do corpo. Como mostra Dominique Gallois, as sociedades podem construir uma concepção múltipla das doenças:

[...] como na maioria dos sistemas médicos, inclusive o nosso – raramente se imputa a doença a uma única explicação. Em função disso, é normal que os diagnósticos sobre um mesmo caso – proferidos por determinadas pessoas em momentos específicos – apresentem uma grande variação, que pode ser analisada nos termos da noção de pluralidade causal (Gallois 1991:178)

Uma situação em que é possível perceber a resignificação na apropriação dos bens e serviços refere-se ao uso dos medicamentos, em que as terapias simbólicas não oferecem soluções imediatas às doenças surgidas do contato interétnico. Porém a legitimação da biomedicina não implica no desaparecimento do trabalho do *cai*, pois, o mesmo continua exercendo seu papel, diagnosticando a doença e tratando conforme as concepções Canela.

1.3. O Contato interétnico e as doenças de branco

Quando os não-indígenas apareceram pela primeira vez em uma aldeia Canela, os povos *Ramkokamekrá*, *Apanyekrá* e *Kenkateyê* habitavam o sul do Maranhão. Depois de os *Kenkateyê* terem sido atacados e dizimados, em 1913, pelo latifundiário Raymundo Arruda, os sobreviventes associaram-se, em parte, aos *Ramkokamekrá*, aos *Apanyekrá* e aos *Krahó*.

De acordo com Crocker (2009), Nimuendajú tinha grande preocupação com as longas rupturas como a que dividiu o povo *Canela* entre os anos de 1903 e 1913, pois eram muito prejudiciais para a sua moral e a autossuficiência econômica.

Um exemplo desta divisão ocorreu em 1935, quando os Canela tiveram que abandonar a aldeia do Ponto, no Santo Estêvão, pois a varíola havia se espalhado e matado o principal chefe (*Haktokot*). Seu sucessor dividiu a aldeia levando parte para Brejo dos Bois e parte para Brejo da Pomba. Como Nimuendajú tinha grande prestígio, conseguiu convocá-los para realizar um Festival dos Peixes em uma nova aldeia no Brejo da Raposa, a meio caminho entre os dois brejos. Em 1939, eles voltaram para a aldeia do Ponto (Crocker 2009: 38).

No fim do século XIX, já familiarizados com o mundo não-indígena, *seis* homens Canela foram escolhidos para frequentar, pela primeira vez, uma escola agrícola que era agregada a um convento, nas proximidades da cidade de Barra do Corda. Os missionários capuchinhos tinham assumido a tarefa de integrar os índios à população rural da região por meio do trabalho missionário, do tratamento de pessoas doentes e da transmissão de técnicas agrícolas (Kowalski 2008).

Em 1941 foi fundado um posto indígena pelo Serviço de Proteção aos Índios (SPI), com residências permanentes de encarregados e suas famílias. Em 1956, ocorreu uma mudança na política do SPI, que passou de uma postura paternalista para uma cobrança de autossuficiência indígena e, após esta mudança, os Canela continuaram a receber remédios gratuitamente, mas deveriam comprar outros suprimentos com os ganhos da venda de seus produtos agrícolas.

Em 1963, houve o Movimento Messiânico²⁶ que fez com que os Canela acreditassem que estavam prestes a se cumprir a predição de seu herói cultural *Awkhê*. Uma mulher grávida, chamada Maria Castelo Kee-khwëi, ao trabalhar na roça ouviu uma voz que, vinda do seu ventre, lhe dizia ser *Awkhê* e que salvaria o seu povo. Essa voz lhe pedia que avisasse e preparasse toda a aldeia para recebê-lo. A profecia de Kee-khwëi era que *Awkhê* poria fim ao mundo governado por civilizados. Os não-indígenas passariam a viver como índios nas matas, caçando com arco-e-flecha e os Canela viveriam como não-índios, em suas cidades. A líder messiânica criou novas regras sociais, exigindo danças, festas e cantoria no pátio por longas horas, quebra da estrutura de parentesco e dos tabus foram, pois não se consideravam mais índios e iriam se transformar em não-índios.

Iniciou-se, então, uma forte onda de roubo de gado das propriedades de fazendeiros locais para prover as festas que ocorriam constantemente. Kee-khwëi renunciou, também, que se os civilizados atacassem a aldeia apareceriam lagos para evitar seu avanço, incêndios iriam consumi-los e suas balas seriam desviadas pelos poderes de *Awkhê*. Diante disso, começaram os conflitos que culminaram na invasão da aldeia por fazendeiros e pistoleiros contratados que incendiaram a aldeia do ponto e a mataram vários Canelas. Kee-khwëi foi considerada uma mentirosa, e o movimento, uma decepção.

26 Sobre o Movimento Messiânico Canela ver: Crocker, 2009; Oliveira, 2006; Silva Junior, 2006.

O Sistema de Proteção ao Índio (SPI), na época, teve que intervir para resolver a situação, providenciando a mudança, em segurança, de toda a população da Aldeia do Ponto para a Aldeia Sardinha, dos índios Tentehar Guajajara. Como esta estava localizada em outro tipo de ambiente, vegetação de floresta, e os Canela estavam acostumados a uma região de cerrado, não conseguiram se adaptar.

De acordo com Crocker, durante o período de “exílio” os Canela estavam desmoralizados e muitos preferiam não fazer nada. A caça e a plantação, por dar trabalho para preparar a roça, não foram bem sucedidas e os Canela passavam fome e dependiam das doações do SPI. Muitas crianças morreram de doenças, especialmente de disenteria, e muitas outras pessoas mais velhas morreram precocemente, de tuberculose e outras doenças (Crocker 2009:43-44). Nesse sentido, as condições a que o povo Canela foi submetido influenciaram diretamente na construção do corpo fraco, pois foram impossibilitados de ter uma vida socialmente harmônica. O corpo fraco é fruto do sofrimento vivenciado por esse povo.

Os Canela só puderam voltar em 1966, quando já estava apaziguado o conflito. Ao retornar as suas terras de cerrado, não mais voltaram para a sua antiga aldeia e fizeram a sua nova aldeia onde hoje está localizada a Aldeia Escalvado²⁷. Em 1968 chegam a aldeia Escalvado para estudar a sua língua, o casal de missionários Jack e Josephine Popjes, que permaneceu até 1990 e redigiu alguns trabalhos etnológicos no idioma escrito Canela-*Krahô*, textos estes fundamentais do cristianismo que serviam para a conversão dos Canela à fé cristã. Foram 40 bíblias e escritos com recomendações para evitar doenças por meio de maiores cuidados higiênicos (Kowalski 2008).

Em 1974 foi construído o posto da FUNAI na aldeia do Ponto, que era operado por um chefe, uma enfermeira e uma professora. Neste ano ocorreu uma epidemia de tuberculose, que os funcionários do posto da FUNAI conseguiram conter com uma campanha de vacinação maciça. A partir deste acontecimento, os Canela tiveram contato com um tratamento farmacológico não-indígena, considerado como tratamento complementar, demandado para tratar doenças exógenas.

27 Em 1966, veio a “permissão” para de retorno a área para aqueles que o desejassem. Em 1968, veio a determinação para que todos fossem levados de volta a sua terra. Durante os anos de 1969 e 1970, refizeram a aldeia Escalvado (Silva Junior 2006).

Kowalski (2008) apresenta o caso do indígena Raimundo *Pijat*, que foi escolhido pelo Conselho dos Idosos e por Jakob Mehringer, no início dos anos 1990, para fazer um curso de técnico em odontologia na Alemanha, no âmbito de um programa de ajuda aos Canela²⁸. Entre os anos de 1994 e 1996, viajou duas vezes à Alemanha para realizar cursos de treinamento com duração de três meses. Como era o único Canela técnico em odontologia na comunidade, *Pijat* trabalhou inicialmente no laboratório odontológico da Aldeia do Ponto e, a partir de 1996, na Casa dos Índios Canela, em Barra do Corda. Segundo Kowalski (2008), como *Pijat* possuía um acesso exclusivo ao apoio financeiro, ele teria recusado compartilhar seus novos conhecimentos com outras pessoas. *Pijat* acabou trabalhando ocasionalmente como especialista na restauração de próteses dentárias quebradas.

O que podemos perceber a partir destes relatos é que o contato do povo Canela com o mundo não indígena favoreceu o surgimento de problemas que afetaram diretamente o equilíbrio da aldeia e a construção do *corpo forte*. Na tentativa de sanar esses problemas foram introduzidos modelos de atenção à saúde indígena na aldeia Canela, respaldados em políticas indigenistas de saúde, como veremos a seguir.

28 “Organização de cooperação para o desenvolvimento que fomenta, desde a sua fundação, em 1961, em toda a América Latina, mas preponderantemente no Brasil, projetos sociais de organização parceiras menores, não-governamentais, que não podem contar com lobismo próprio. Em primeiro plano está sempre a melhoria das condições de vida de idosos, doentes, deficientes, crianças e mulheres” (Kowalski 2008:97-98).

Capítulo 2

**A construção e implementação da política
indigenista de saúde**

2. A construção e implementação da política indigenista de saúde

Buscando compreender a construção e implementação das políticas de atenção à saúde indígena, procuro distinguir saúde indigenista de saúde indígena. de acordo com Katiane Cruz (2007), **saúde indígena** consiste nas formas de identificação, explicação, tratamento e prevenção do fenômeno saúde/doença definidas no âmbito das culturas dos povos indígenas (Cruz 2007). É uma prática de saúde onde é possível acionar saberes e práticas culturais associados ao bem estar do corpo, à concepção do corpo forte que inclui o uso de plantas medicinais, a ação do *cai* e de espíritos, rituais, cosmologia e prática de resguardos de diversas naturezas. Esses saberes são parte da memória coletiva que corrobora com a reafirmação da identidade. **Saúde indigenista** refere-se aos serviços e ações formuladas e implementadas com base nas concepções relativas ao processo saúde/doença da sociedade nacional direcionadas aos povos indígenas (Cruz & Coelho 2012).

De acordo com Elizabeth Coelho (2008), a elaboração de políticas indigenistas pós constituição de 1988 ocorre no contexto de reconhecimento da pluralidade e respeito à diversidade étnica, contrapondo-se ao viés assimilacionista em que sempre estiveram pautadas as ações do Estado direcionadas aos povos indígenas. Da mesma forma ocorre com as políticas de saúde indigenistas, que são elaboradas e construídas a partir da referência do Estado e sugere uma ação específica no atendimento à saúde dos povos indígenas, mas na prática o que se tem observado é a desconsideração de conhecimentos indígenas.

Libório (2000) afirma que a sobrevivência étnica e física dos povos indígenas, tornou-se um problema após o contato com a sociedade nacional. Os efeitos devastadores das epidemias que foram introduzidas nestas aldeias provocaram o que se pode denominar de etnocídio. Os primeiros atendimentos à saúde, oriundos da sociedade não indígena, foram inseridos no cotidiano dos povos indígenas com o objetivo de proceder ao controle das doenças.

A inserção de agentes mórbidos entre as diversas nações ameríndias, devido ao contato com as sociedades europeia e/ou africana, transcorreu de duas formas: a contaminação não intencional e a intencional (Libório 2000:75).

A contaminação epidêmica não intencional pode resultar de simples contato que poderá evoluir para um etnocídio, sem que o portador da doença tivesse a intenção de fazê-

lo. A intencional ocorre com o intuito de provocar a morte dos indivíduos indígenas que estariam vulneráveis a tais doenças. Esta forma de contaminação epidêmica consciente caracteriza-se pelo extermínio intencional de povos indígenas que resistem ao esbulho de suas terras. Segundo Libório, este tipo de procedimento ocorreu no Maranhão com alguns povos Timbira aos quais “foram ofertadas roupas previamente contaminadas com vírus da varíola, provocando uma epidemia que alcançou aldeias no estado de Goiás” (Libório 2000:76).

O mesmo autor aponta que a execução de procedimentos médicos curativos entre populações indígenas do Brasil ficou, inicialmente, a cargo das missões religiosas que, de alguma forma, estavam presentes no cotidiano desses povos, diagnosticando e curando enfermidades contraídas por ocasião do contato. Contudo, as formas de tratamento utilizadas pelos missionários diferiam dos procedimentos de cura tradicionais desenvolvidos pelos povos indígenas. Logo, as práticas tradicionais de cura por meio de rituais xamânicos entre os Canela, por exemplo, foram rechaçadas.

As atividades missionárias desempenhadas por instituições cristãs tinham como premissa a crença de que certos costumes indígenas possuíam “essência pecaminosa”, incompatível com a teologia e a ética cristã. Assim, recomendavam a eliminação destes costumes e a punição daqueles que insistissem em praticá-los (Libório 2000:79).

A partir de 1755, o Estado brasileiro passou a desenvolver ações específicas junto aos povos indígenas com a instituição do Diretório dos Índios, que nomeava diretores em cada aldeia com o objetivo de integrá-los à sociedade nacional, pois segundo este órgão, os povos indígenas não tinham capacidade de se governarem. Em 1845 as ações indigenistas passam a ser desenvolvidas pelo Regimento das Missões, com o mesmo propósito integracionista.

Em 1910 o governo brasileiro criou o Serviço de Proteção ao Índio (SPI), tendo também como objetivo a incorporação dos povos indígenas à sociedade nacional e utilizando a perspectiva evolucionista como parâmetro para caracterizar esses povos como inferiores, e em processo de evolução.

A criação do SPI não apresentou, na prática, o desenvolvimento de políticas de saúde que demonstrassem a preocupação em desempenhar uma medicina preventiva e curativa. Muito menos foi realizado um mapeamento epidemiológico das áreas indígenas, a fim de viabilizar o controle do crescimento de morbidade e mortalidade

em áreas indígenas. Suas ações foram limitadas ao controle de surtos epidêmicos (Libório 2000:83).

Com a substituição do SPI pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), em 1967, iniciaram-se as primeiras tentativas de realizar ações sistemáticas de saúde em áreas indígenas. A FUNAI realizava o atendimento à saúde dos povos indígenas em nível local, nas aldeias, através da atuação de profissionais da saúde, auxiliares ou atendentes de enfermagem, das Equipes Volantes de Saúde (EVS) e de índios, como monitores. Havia também espaços destinados ao alojamento de índios que precisavam de atendimentos fora da aldeia chamadas de Unidades Diferenciadas de Saúde Indígena (UDSI), mais conhecidas como “casa do índio” (Libório 2000).

As EVS desenvolviam ações multidisciplinares, que deveriam ser periódicas, em áreas indígenas, contando basicamente com os serviços de médicos, auxiliares ou atendentes de enfermagem e odontólogos, que aplicavam vacinas e faziam a supervisão do trabalho do pessoal de saúde local²⁹. Contudo, estas equipes não dispunham de conhecimentos sobre os povos indígenas que possibilitasse uma atenção diferenciada, de acordo com as especificidades culturais dos diversos povos indígenas.

O desenvolvimento dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas estava sob a responsabilidade do Ministério da Justiça, ao qual a FUNAI está subordinada. Com o entendimento de que estas ações são, por intermédio do SUS, de responsabilidade do Ministério da Saúde, o Estado, Organizações Governamentais, Organizações Não Governamentais e representantes indígenas passaram a estudar propostas que garantissem que estas ações fossem realizadas de forma específica com os povos indígenas.

Em 1986, realizou-se a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena³⁰ aprovada pela VII Conferência Nacional de Saúde, que aprovou algumas diretrizes para o desenvolvimento dos Procedimentos de Atenção Básica (PAB) à saúde indígena. Dentre essas diretrizes estavam respeitar as especificidades étnicas, enfatizar a importância e garantia da participação de representantes indígenas na formulação de políticas e na execução das ações de serviços de saúde, e criar uma agência específica à saúde indígena no âmbito do Ministério da Saúde. Esta Conferência estabeleceu bases para a criação de um modelo específico para a

29 O pessoal de saúde local na época era um atendente de enfermagem.

30 I Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/1cnsi.pdf>
Acessado em 28/06/2016

atenção à saúde dos povos indígenas, Subsistema de Atenção à Saúde (SIASI-SUS) onde foi proposto a

[...] estruturação de um modelo de atenção diferenciada, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, como forma de garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo às necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações (PNASPI 2002:08).

Em 1991, foi criado um setor vinculado à FUNASA, denominado Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), que no âmbito do Ministério da Saúde passou a coordenar, em cooperação com a FUNAI, os projetos e ações de saúde através das Equipes de Saúde do Índio (ESAI). Na esfera local, as equipes implementam as atividades de acordo com o estabelecido pelo Decreto Presidencial nº. 23, de 04/02/91. O decreto transfere para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação e execução da política de saúde indígena, sugerindo a criação de um modelo diferenciado, os Distritos Sanitários, de natureza especial, para executar as ações. Conforme aponta o artigo 4º, parágrafo 1º:

[...] as ações e serviços serão desenvolvidos segundo modelo de organização na forma de Distrito Sanitário de natureza especial, consideradas as especificidades das diferentes áreas e das comunidades indígenas (Brasil 1991).

Em maio de 1994, o Decreto nº. 23/1991 foi revogado pelo Decreto nº. 1.141, que retornou a responsabilidade da coordenação da política de saúde indígena para a FUNAI. Em outubro de 1994, a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI) publicou a Resolução nº. 02/1994, onde estabelece que o Ministério da Saúde, por meio da FUNASA, ficaria responsável pela prevenção, controle de endemias e agravos e o desenvolvimento comunitário e, a FUNAI, pelas ações assistenciais primárias e médico/hospitalares.

O modelo atual de organização de atenção à saúde indígena foi construído por intermédio das discussões realizadas nas Conferências Nacionais de Saúde. A estruturação e implementação de um subsistema de saúde indígena diferenciado ocorreu somente a partir da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (II CNSPI), em 1993, na cidade de Luziânia (GO), referendado pelo movimento indígena e por profissionais de saúde que atuam junto aos povos indígenas. O atual modelo, ainda ligado ao Sistema Único de Saúde (SUS), vem sofrendo alterações por estar em constante negociação sobretudo pela pressão dos movimentos indígenas.

O protagonismo na participação dos espaços oficiais de discussão mostra que os índios estavam lutando por uma política de atenção à saúde diferenciada e de gestão política da saúde, bem como da educação, o que acelera o processo de descentralização de poder. Como podemos perceber na fala do Raimundo Guajajara:³¹

Nós abrimos muitas portas. E ai, pra gente poder organizar, poder participar e direcionar a coisa eles ficam fazendo o movimento contrario? Nós temos é que fortalecer, adquirir mais recursos... até por que pra não entrar nas mesmas condições, por exemplo, do que acontece em varias regiões. Vou citar aqui Barra do Corda. Você vai aqui, o índio precisa de um atendimento especializado mas não tem profissional, não tem estrutura (entrevista realizada em 26/08/2013).

Em cumprimento à Medida Provisória 1.911-8, de 29 de julho de 1999, e ao Decreto Nº 3.156, de 27 de agosto 1999, ficou transferida integralmente para o Ministério da Saúde a responsabilidade sobre as políticas e diretrizes para promoção, prevenção e recuperação dos serviços de atenção à saúde dos povos indígena e à FUNASA a responsabilidade de execução dessas políticas.

No segundo semestre de 1999 inicia-se o processo de implementação dos DSEI para o apoio e à prestação de assistência à saúde dos povos indígenas. A criação do subsistema de atenção à saúde indígena foi a forma para superar as deficiências de cobertura, de acesso e de aceitabilidade do SUS para a população indígena (Ferreira 2012:50). Esse modelo de atendimento aos povos indígenas se insere no âmbito do SUS e é guiado pelas diretrizes nacionais de universalidade e de integralidade tendo a participação desses povos para atingir tais objetivos, seja por meio da capacitação de profissionais indígenas, ou pela participação das populações atendidas nos conselhos gestores (Novo 2008:31).

Em meio as discussões sobre a implementação de um modelo de atenção à saúde indígena no ano de 2001 ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNSI), em Luziânia - GO, que teve como objetivo expor, discutir e propor melhorias sobre as ações de saúde destinadas aos povos indígenas. O modelo propunha reconhecer as diversas realidades socioculturais desses povos, na sociedade nacional e principalmente entre os profissionais de saúde como condição de acesso da população indígena aos serviços de saúde. Mostra,

31 Indígena da etnia *Tentehar/Guajajara* e assistente social do Pólo-Base de Barra do Corda.

também, a luta dos povos indígenas por acesso à educação diferenciada, pensando em uma formação crítica para que eles sejam sujeitos na construção de seus próprios projetos.

Essas discussões, de fundamental importância para a construção e implementação de um modelo de atenção à saúde que contemple as especificidades do subsistema de atenção à saúde, desenvolveram-se de forma lenta, muitas vezes caracterizada por ações esporádicas e sem continuidade (Ferreira 2012:52).

Em 2002, foi implementada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) que integra a Política Nacional de Saúde, “compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais” (PNASPI 2002:06).

Seguindo as diretrizes, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas implementou o atendimento aos povos indígenas, por intermédio do DSEI, que objetivava articular o sistema ocidental de ação para a saúde com os sistemas tradicionais de ação para a saúde, levando-se em consideração as peculiaridades de cada comunidade e o perfil epidemiológico.

De acordo com a PNASPI:

A implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços – voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo. Para sua efetivação, deverá ser criada uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para essa população. É indispensável, portanto, a adoção de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento do funcionamento e a adequação da capacidade do sistema, tornando factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social (BRASIL 2002:06).

O discurso das políticas em saúde oscila entre o reconhecimento e o não reconhecimento das especificidades dos povos indígenas e de seus saberes. Então, o discurso volta-se para a necessidade do reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos

indígenas e para a consideração e o respeito aos seus sistemas tradicionais de ação para a saúde, como pode ser observado nos trechos abaixo:

Os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde.

Portanto, a melhoria do estado de saúde dos povos indígenas não ocorre pela simples transferência para eles de conhecimentos e tecnologias da biomedicina, considerando-os como receptores passivos, despossuídos de saberes e práticas ligados ao processo de saúde-doença.

No que se refere ao uso de medicamentos, a PNASPI apresenta, em primeiro plano, a assistência farmacêutica medicamentosa e, em segundo, as práticas de saúde tradicionais indígenas que envolvem o conhecimento e o uso de plantas medicinais e demais produtos da farmacopeia tradicional (PNASPI 2002:17-18).

Ao mesmo tempo que se diz haver um reconhecimento da diversidade dos povos indígenas há a hierarquização do atendimento no que se refere ao uso de medicamentos, pois os profissionais devem primeiramente fazer a assistência medicamentosa para depois fazerem o uso das práticas tradicionais.

2.1. Políticas/agentes de atenção à saúde x agentes/saberes e práticas de atenção à saúde Canela

Os problemas sociais decorrentes do contato interétnico, e também com a chegada do SPI, favoreceram o surgimento de doenças entre os Canela. Em relação ao modo como foi implementada a política do SPI e como isso modificou o modo de vida dos Canela, Oliveira faz citação ao trabalho desenvolvido por Crocker:

Conforme coloca Crocker, que iniciou seu longo processo de pesquisa entre os Canela em 1957, a mudança mais significativa nas relações externas desse grupo, desde os tempos de Nimuendajú até 1958 seria a implantação do posto indígena do SPI em 1941, com a instalação desses agentes e suas respectivas famílias junto aos Canela. Essa

presença, se de um lado aumentava as possibilidades de garantia do território indígena contra as invasões dos Sertanejos, de outro seria um fator de acentuada intervenção na vida social e cerimonial dos *Ramkokamekra* (Oliveira 2002:278).

Em 1938 o SPI começou a contratar regularmente índios Canelas como assalariados efetivos e, em 1957, seis deles estavam empregados, incluindo os dois principais chefes, na tentativa de fortalecer o seu controle dentro da aldeia. Esta prática demonstra como as atitudes do SPI modificaram a organização social Canela, criando cargos até então desconhecidos por este povo.

Com a mudança para a FUNAI, os Procedimentos de Atenção Básica, no atendimento à saúde do povo Canela, eram desenvolvidos pelos profissionais de saúde desse órgão que eram concentrados, basicamente, no município de Barra do Corda, especificamente na Casa do Índio, sendo realizadas esporádicas visitas de equipes multidisciplinares à aldeia. Devido a irregularidade das visitas médicas, os Canela eram atendidos pela auxiliar de enfermagem do Posto de Saúde da aldeia e/ou pelos agentes de saúde da comunidade.

As primeiras iniciativas de implantação do DSEI-MA ocorreram por meio do seminário que deveria ter reunido as lideranças de todos os povos indígenas, assim como representantes das Administrações Regionais da FUNAI. Estiveram presentes índios de apenas cinco, dos oito povos que estão localizados no estado do Maranhão³² que afirmaram que, embora fossem lideranças, não tinham condições de legitimar as deliberações definidas no Seminário, destacando a necessidade de retornar às aldeias e dialogar com suas comunidades (Cruz 2007). A inserção de indígenas no processo de formulação e implementação das políticas de saúde dos povos indígenas, bem como nos espaços públicos, é a principal ferramenta para que fortaleçam suas lideranças na esfera da participação na gestão da saúde no contexto nacional ressaltando suas reivindicações por autonomia e autogestão das atividades e recursos.

A atuação dos profissionais não-indígenas de saúde tende a reproduzir a dominação e sobreposição política e cultural, característica das relações de contato interétnico. Por outro lado, os Canelas, mesmo aceitando o tratamento advindo da biomedicina, continuam com

32 Os *Tentehar/Guajajara*, *Ka'apor* e *Awá-Guajá* (Tupi) e os *Pukobiê*, *Krikati*, *Canela*, *Apaniekra* e *Krepu'mkateyé* (Jê).

suas práticas relacionadas às concepções de *corpo forte/fraco* fortemente associadas às questões espirituais.

A medicação é parte de um processo histórico de imposição de uma medicina curativa, que ao longo do tempo é marcada pela distribuição de medicamentos como meio de sanar a doença e não o restabelecimento do corpo. Como podemos perceber na fala de Severino *Ropkram*.

Antigamente, nosso bisavô... eu sei fazer, como a *cai* eu sei fazer um pouquinho também. Antigamente... lá... quando vem pegando conhecimento na aldeia do ponto, no posto velho, a primeira. Aí nesse tempo não tinha remédio do *cupen*... só através de *cai*, do pajé mesmo e os remédios naturais, casca de madeira, folha também de sucupira, semente de sucupira e casca de pau d'arco, o capimzin de barba de bode – raiz, toma também pra febre e dor de cabeça. Pra dor de barriga é sucupira, semente e folha, faz o chá e toma. Até o sabugo do milho também... cheira e para. Um pedaço de pano também, toca no fogo e cheira aquele... fumaça, aquele fumaceiro que passa. Aí depois vem vindo, vem vindo... aí nós chegamos aqui em Barra do Corda e fomos pra aldeia do *Guajajara*, ai pronto. Nesse tempo ai eu andava nú, andava nú e as mulher... com pano na frente. Aí nós chegamos aqui, ai ele começou de... finado Bastião, finado *Krokrô* que é o índio, Lusair... ai começou de levar medicamento, remédio pra aldeia. Aí começou. Aí nunca mais o *cai*, vai ensinar a fazer o remédio, aqueles, que nosso... nunca mais! Aí só tomava agora comprimido, AS, dipirona... esse remédio, né. Nesse tempo pra cá, muita diabete. Nuca nesse tempo pra cá, não, só febre, a dor de cabeça, dor de barriga... essas coisa assim mais pouco (entrevista realizada em 22/08/2013).

A partir do entendimento Canela, o diálogo entre as práticas de saúde tradicionais e ocidentais em relação ao uso de medicamentos não deve ser percebido de forma hierárquica, pois as doenças consideradas contagiosas, provindas dos não-indígenas, resultantes do contato interétnico, só serão tratadas com remédios industrializados quando os especialistas Canela em saúde a desconhecerem.

A preparação dos profissionais para atuarem em contexto intercultural, que é uma das máximas da política de atenção à saúde, nunca ocorreu de maneira sistemática. De acordo com Ferreira (2012), no início da implantação dos DSEI houve uma orientação para realização de treinamentos introdutórios, que incluía a abordagem antropológica, na preparação dos profissionais recém-chegados que iriam atuar em área indígena.

Os treinamentos e capacitações tanto dos profissionais não-indígenas como dos Agentes de Saúde, com o tempo passaram a não ocorrer, como mostra Ferreira (2012:52-53):

Atualmente, existem registros apenas de capacitações em temas específicos, geralmente relacionados aos programas de saúde, por exemplo, de vacinação, de saúde materno-infantil, de tuberculose, de malária, entre outros. A formação de Agentes Indígenas de Saúde, um dos pilares do novo modelo, também parece não ter recebido atenção necessária para ser realizada. Até 2010, apenas 479, dos 3.963 Agentes Indígenas de Saúde – AIS, receberam a certificação de conclusão dos módulos de formação.

A FUNASA optou por um modelo administrativo de renúncia à execução direta de serviços, adotando a estratégia de transferência total ou parcial de responsabilidades e atribuições essenciais do Estado para a esfera privada ou para outros órgãos públicos federados como destaca Luciano (2006).

Segundo Langdon (2004), cada DSEI tem uma equipe de funcionários da FUNASA que deverá administrar e repassar os recursos financeiros por meio de convênios e contratos às entidades não-governamentais, incluindo organizações indígenas ou acordos feitos com outros órgãos públicos, como prefeituras municipais e universidades públicas. A essa equipe caberia formular e administrar os programas específicos de atenção primária nas terras indígenas e estabelecer uma rede de referência com os municípios, hospitais e outras instituições para a provisão de serviço específico dentro e fora das áreas.

Para Luciano (2006) este modelo gerou avanços como melhorias de serviço de atendimento nas aldeias e também muitos problemas como: a rotatividade muito grande de pessoal, a descontinuidade das ações, as dificuldades de articulação com os níveis de referência dos órgãos estaduais e municipais de saúde e a tendência à pulverização e à descoordenação dos serviços intra ou interdistritais (Luciano 2006:180).

Embora a IV CNSI tenha se posicionado favorável em relação a manutenção da FUNASA como responsável pelos serviços de saúde indígena, no ano de 2008 o Projeto Lei Nº. 3.958, propôs a criação da Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde, no Ministério da Saúde, como especifica o item 5:

A proposta visa também a transferência das competências e atribuições exercidas pela Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, no que se refere à gestão dos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas, calcado essencialmente em convênios com Estados,

Municípios e Organizações Não-Governamentais, atribuições essas que geram na sua execução grande volume de convênios para análise e acompanhamento, assim como o acúmulo de Tomadas de Contas Especiais referentes a obras não realizadas, inacabadas ou de qualidade inadequada.

Apesar das manifestações do Fórum de Presidentes do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISIs) e da Comissão Nacional de Política Indigenista – CNPI, contrárias à proposta da transferência da saúde indígena para um departamento na nova secretaria, foi publicada a Portaria Nº 1.922 que, no art. 1º, *cria o Grupo de Trabalho - GT* com o objetivo de discutir e apresentar proposta de ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde (MS) no que se refere à atenção à saúde dos povos indígenas, visando a incorporação de competências e atribuições procedentes da FUNASA nessa área. O GT seria composto apenas por representantes do Ministério da Saúde, da FUNASA e da Fiocruz.

Como se pretende discutir assuntos relacionados as políticas de saúde dos povos indígenas, sem a presença de organizações indígenas ou ao menos dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena? Esta atitude mostra total desrespeito a participação das instâncias de controle social da saúde indígena. Ao final da sexta reunião ordinária da CNPI, foi aprovada uma recomendação para o Ministro da Saúde revisse a composição do GT, que deveria ser constituído de representantes indígenas (Ferreira 2012).

Neste mesmo ano foi realizado, por sugestão dos índios, o Seminário Saúde Indígena, para encaminhamento de propostas de um novo modelo para a Saúde Indígena, como: elaborar propostas de formas e controle de financiamento; modelos de gestão e organização, assim como a viabilização da autonomia dos DSEI, pois as decisões do MS não agradaram ao movimento indígena. Resultado dessas reivindicações foi a publicação das Portarias Nº 3.034 e Nº3.035, que pouco diferem em conteúdo, se contrastadas com a Portaria Nº 1.922. O que altera em seu teor é o aparecimento da proposta de fortalecimento do Subsistema de Saúde Indígena e a menção à discussão do pré-projeto de criação da Secretaria da Saúde Indígena. Destaca, também, a ampliação das instituições participantes no GT e a inclusão da participação indígena, que antes não havia sido mencionada.

Em meio a discussão sobre a transferência do atendimento saúde indígena, a Lei Nº 12.314 de 2010, autorizou a Criação, no MS, de uma nova Secretaria e, em outubro do mesmo

ano, por meio do Decreto Nº 7.336, foi criada, na estrutura do MS, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) que, em seu art. 1º, menciona que:

Ficam transferidos, da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA para o Ministério da Saúde, os bens permanentes ativos compreendendo móveis, imóveis, intangíveis e semoventes, acervo documental e equipamentos destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde dos povos indígenas, incluindo os relacionados às ações de saneamento ambiental em terras indígenas.

Com as intensas negociações entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Planejamento, para os ajustes finais, a proposta sofreu alterações. Foi retirada a criação de uma nova carreira, específica para servidores da saúde indígena, e das gratificações para servidores que atuam no subsistema. A proposta de criação dos incentivos para atuação em áreas indígenas permaneceu, porém seria encaminhada, separadamente, ao Congresso Nacional, por meio de um projeto de Lei (Ferreira 2012).

A SESAI, pensando em sua estruturação para o atendimento à saúde indígena, publicou a Portaria Nº 24, de 1º de Junho de 2012, que instituiu o GT para analisar e avaliar os contratos administrativos vigentes, de responsabilidade da SESAI, com o objetivo de mantê-los, prorrogá-los ou rescindi-los e permitir a efetivação de novos contratos.

Em agosto de 2012, entrou em vigor o Decreto Nº 7.797, determinando as competências da SESAI que, em seu art. 44, aponta:

- I - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, mediante gestão democrática e participativa;
- II - coordenar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos povos indígenas;
- III - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações referentes a saneamento e edificações de saúde indígena;
- IV - orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena, em consonância com as políticas e os programas do SUS e em observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais indígenas;

V - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações de atenção integral à saúde no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

VI - promover ações para o fortalecimento do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

VII - promover a articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuam interface com a atenção à saúde indígena;

VIII - promover e apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas em saúde indígena; e

IX - identificar, organizar e disseminar conhecimentos referentes à saúde indígena.

As ações da SESAI se referem à articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde e o sistema ocidental de atenção à saúde, para a necessidade do reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas e para a consideração e o respeito dos conhecimentos tradicionais sobre atenção à saúde. Desta forma, não se coadunam com o princípio de respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e aos seus diversos especialistas quando este sistema está de acordo com as políticas e os programas do SUS.

Aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas compete (art. 48):

I - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar, avaliar e executar as atividades do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS, nas suas respectivas áreas de atuação, observando as práticas de saúde e as medicinas tradicionais; e

II - desenvolver as atividades de execução orçamentária, financeira e contábil relativas aos créditos sob a gestão específica de cada Distrito Sanitário Especial Indígena.

Segundo Garnelo (2012) foram realizadas avaliações parciais do funcionamento do subsistema a partir de análises situacionais de alguns dos DSEI, que apontaram, de modo recorrente, que o atendimento à população indígena na aldeia é descontínuo e de baixa qualidade técnica. Alguns elementos que podem ser apontados como causa para esta má avaliação são a elevada rotatividade e/ou falta de profissionais para realizar o atendimento, a escassez de materiais e equipamentos, a descontinuidade no fluxo de recursos financeiros repassados para os DSEI, além de problemas logísticos que dificultam o deslocamento dos profissionais para atuar com regularidade nas aldeias (Garnelo 2012:31).

A continuação da municipalização dos serviços de saúde é um dos fatores mais acentuados e impactantes sobre os direitos indígenas e o atendimento a estes povos, pois o preconceito e a hostilidade contra os indígenas costumam se expressar de forma mais aguda nos territórios municipais, onde tensões e disputas entre índios e não índios eclodem de forma aberta e cotidiana (Garnelo 2012:24).

2.2. O DSEI Maranhão

O DSEI é a unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). Ao DSEI corresponde a responsabilidade sanitária sobre determinado território indígena; a organização de serviços de saúde hierarquizados com a participação do usuário, assim como sobre o controle social³³. No Brasil foram criados 34 DSEI com base em critérios territoriais, considerando a ocupação geográfica dos povos indígenas e a divisão política por Estados.

O DSEI Maranhão atende uma população de 33.324 índios³⁴ situado em todo o estado, pertencente a nove povos diferentes que residem em 326 aldeias.

33 Participação indígena que deve ocorrer em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos DSEIs. Discuto mais profundamente no item a seguir.

34 Fonte: DSEI/MA (2013).

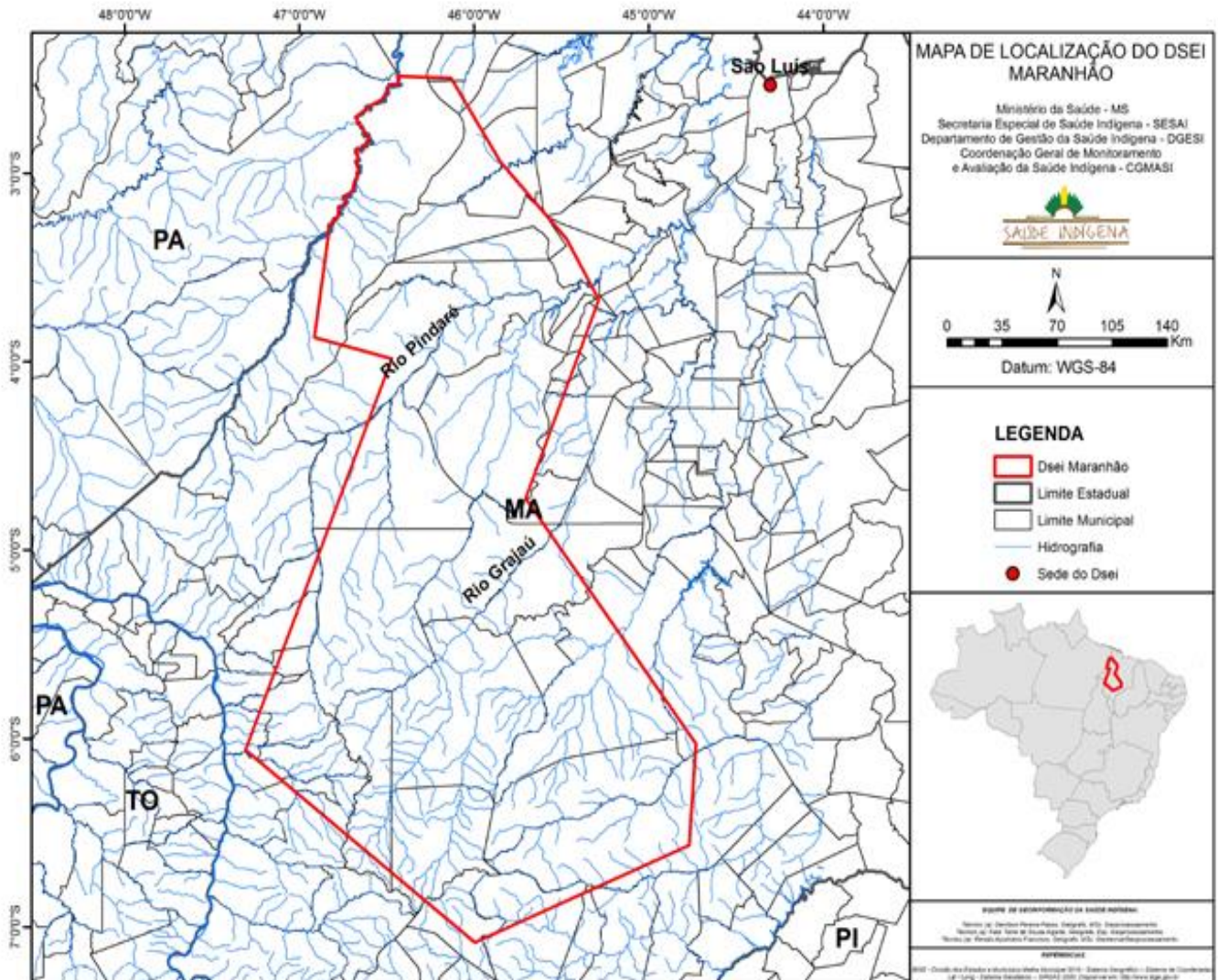


Figura 3 – Mapa da área de abrangência do DSEI Maranhão. Arte: SESAI

No período de implantação do Subsistema de Saúde Indígena o governo, na época, mantinha uma política neoliberal que preconizava uma participação mínima do poder público na provisão de políticas sociais, entre as quais a saúde. Neste sentido uma das principais formas encontradas para viabilizar os serviços de atenção à saúde indígena foi a chamada terceirização, ou seja, a compra de serviços de entidades privadas para executar as ações necessárias para prover assistência à saúde da população indígena aldeada (Garnelo 2012:44).

Varga & Viana (2008) em estudo que trata da criação e implementação do DSEI no estado do Maranhão, afirmam que o DSEI Maranhão, a exemplo de boa parte dos demais DSEI do país, foi implantado sem que houvesse capacidade técnica para o acompanhamento dos

convênios, pois os quadros de profissionais foram transferidos para a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES-MA) e secretárias dos municípios. Até o final de 1999 a FUNASA descentralizou as ações de saúde para os municípios, suas unidades gestoras dos subdistritos de endemias e das unidades de saúde foram extintas e terceirizou os serviços, pois não tinha estrutura para executar, de forma direta, as ações de atendimento à saúde dos DSEI. Assim, realizou parcerias com organizações não governamentais e associações indígenas para desenvolver ações que incluíram: contratar e capacitar recursos humanos, adquirir equipamentos, construir unidades de saúde e estabelecer as instâncias de controle social, isto é o acompanhamento e a fiscalização sobre a aplicação dos recursos públicos e a qualidade dos serviços (Ferreira 2012).

A FUNASA realizou convênios com municípios por meio de transferências “fundo a fundo”, uma descentralização orçamentária que repassou recursos financeiros da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS/MS), para o Fundo Municipal de Saúde dos municípios credenciados, para a contratação, de caráter temporário, de recursos humanos para a assistência à saúde.

Por todo o ano de 2000 multiplicaram-se os problemas e crises estruturais e financeiras por quase todos os Pólos-Base do DSEI-MA, que motivaram ações estratégicas de pressão pelos índios, como: retenção de pessoas das equipes de campo e apreensão de vários veículos da FUNASA, que resultou na demissão da Chefe do DSEI-MA, como podemos ver neste relato colhido por van Deursen Varga & Viana (2008):

Em julho de 2000, colhemos, em Imperatriz, os depoimentos de 4 dos 5 profissionais demissionários do pólo-base de Amarante. Optamos por transcrever na íntegra e descrever, abaixo, um dos trechos desta entrevista, que expõe detalhes do autoritarismo e desmandos, tanto da chefia do pólo-base de Amarante, como da chefia do próprio DSEI-MA e também das práticas indigenistas adotadas e cultivadas, sobretudo no que se refere ao modo como os dirigentes do DSEI-MA deveriam se posicionar no próprio relacionamento com os índios (posição que propunham fosse adotada na prática pelas equipes dos pólos-base):

— (L.) “(...) Então a gente se calava ... e aceitava do jeito que [citando o nome da então Chefe do pólo-base de Amarante] queria ... Sabe, porque ... o que eles passaram pra gente é que índio não tem voz nem vez ... foi isso que passaram ...”

— (entrevistador) “Isso foi dito... assim mesmo?...”

— (L.) “Isso foi dito ... foi passado ... que eles não tinham nem voz e nem vez.”

— (entrevistador) “Mas quem disse isso?”

— (L.) “Não, eu não vou dizer quem disse isso.”

— (A. M.) [passando a mão na cabeça de L.] “mãozinha na cabeça...”

— (L.) “Mas ... é ... era só um carinho ... era só você chegar, passar a mão no índio ... [passa a mão na cabeça de A. M.] dar um carinho pra ele ... e acabou. Nada mais. Então isso, eu acho que você ia embromando ... ia levando ... e o dinheiro ia caindo ...e eles iam passando, o tempo do convênio.” (7)

A carga, no entanto, das cobranças e da insatisfação dos índios, e de seus confrontos com a política do DSEI-MA, como quase sempre ocorre nos serviços de saúde, não recaiu imediatamente sobre seus dirigentes, nem sobre os responsáveis pela política de saúde indígena da FUNASA, mas sobre as equipes de campo — que, não raro, nem concordavam com elas.

Foram vários os episódios de profissionais e mesmo equipes de saúde que ficaram “presas” nas aldeias (proibidas pelos índios de deixá-las, por vezes amarradas literalmente, nos episódios mais graves, como no da Terra Indígena Caru, após a morte do filho de liderança local por tétano neonatal...) (van Deursen Varga e Viana 2008:138-139).

Em 2001, as Prefeituras dos municípios de Amarante do Maranhão, Barra do Corda, Imperatriz, Santa Inês, São Luís e Montes Altos foram contempladas com o incentivo hospitalar da FUNASA para realizar atendimento à população indígena. Os municípios de Amarante, Fernando Falcão, Arame, Jenipapo dos Vieiras e Grajaú, foram credenciados pela FUNASA para o recebimento de recurso fundo a fundo do MS, denominado Incentivo de Atenção Básica dos Povos Indígenas, para contratação de equipes multidisciplinares de atenção à saúde indígena (van Deursen Varga & Viana 2008).

Neste mesmo ano, também foram realizados convênios com Associações Indígenas com o objetivo de desenvolver as ações de atenção à saúde indígena, como a: Associação Indígena de Grajaú (ASSINGRA) que ficou responsável pelas as ações de atenção à saúde nas terras indígenas tendo como referência o município de Grajaú-MA e implantar sistemas de abastecimento de água. A Associação de Saúde das Sociedades Indígenas Kaneguatim, ficou responsável pelas ações de atenção à saúde indígena a serem desenvolvidas no município de Barra do Corda.

Ainda de acordo com van Deursen Varga & Viana (2008), na estrutura interna, da FUNASA não tinha monitoramento das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde e pelos hospitais que faziam atenção à saúde indígena, e o Ministério da Saúde não realizou o acompanhamento necessário das ações desenvolvidas e nem concretizou a fiscalização dos recursos dos Incentivos (van Deursen Varga & Viana 2008:140).

Com os conflitos internos na ASSINGRA e na Kaneguatim³⁵, gerados a partir de dissidências e conflitos, sobretudo entre os *Tentehar*/Guajajara relacionados à atuação na prestação de serviços de saúde, em 2002 foram criadas mais sete associações indígenas para firmar convênios com a FUNASA. Neste mesmo ano foi firmado um convenio entre a FUNASA e a ONG não-indígena Instituto de Cooperação Pró-Vida, para atender as demandas da terra indígena do Pólo-Base de Zé Doca, e as Casas de Saúde Indígena (CASAI) de Imperatriz e São Luís (van Deursen Varga & Viana, 2008). Foram criadas, também, as CASAIs de Barra do Corda, Arame e Grajaú e aconteceu o 1º treinamento para os Agentes Indígenas de Saúde (van Deursen Varga & Viana 2008:140).

Com a intensificação das dissidências nas associações indígenas, em 2003, a FUNASA começou a atender diretamente aos povos indígenas. Neste ano houve um aumento nos recursos disponibilizados aos municípios para a contratação de profissionais para o atendimento à saúde indígena, porém não houve treinamento ou capacitação destes profissionais para o trabalho com esses povos. Assim, houve uma concentração do atendimento médico e de enfermagem nas sedes dos municípios, e diversas terras indígenas não foram contempladas por nenhuma etapa vacinal por exemplo (van Deursen Varga & Viana, 2008).

Em outubro de 2003, índios das etnias *Tentehar*/Guajajara, *Pukobiê* e *Krikati* reivindicaram melhorias na saúde e em discordância ao modelo administrativo adotado pela FUNASA de terceirização, ocuparam a sede da FUNASA em São Luís, e firmaram um Termo de Ajustamento de Conduta entre a FUNASA, as lideranças indígenas e o Ministério Público Federal. Em novembro de 2003, realizou-se uma reunião do Conselho Distrital do DSEI no qual

35 Em 2008 o Tribunal de Contas da União (TCU) condenou a presidente da Kaneguatim ao pagamento de R\$ 823.996,19, referente a não prestação de contas de recursos recebidos da FUNASA, para a aplicação aos serviços de saúde do Pólo-Base de Barra do Corda. Em: <http://imirante.globo.com/sao-luis/noticias/2008/10/03/tcu-condena-presidente-de-associao-de-saude.shtml>. Acessado em: 01/12/2014

foi solicitado a implementação da autonomia orçamentaria, administrativa e financeira do Distrito (Cruz 2009:06).³⁶

No ano seguinte, o Termo de Ajustamento e Conduta em que exigia que a responsabilidade sobre a execução dos serviços de atenção saúde indígena fosse repassada das ONG indígenas para o DSEI não foi obedecida e todos os convênios de assistência à saúde foram encerrados. A FUNASA assumiu diretamente a execução das ações de assistência à saúde indígena. Como não houve um planejamento das ações para esta transição, os índios continuaram insatisfeitos com a má qualidade dos serviços prestados pelo DSEI. No final de 2005, foi firmado convênio com a ONG Missão Evangélica Kaiowa, de Mato Grosso do Sul, para operacionalização das ações no âmbito do DSEI-MA, parceria que durou até o ano de 2010.

Luciano (2006) ao analisar alguns problemas gerados com a celebração de convênios entre FUNASA e as organizações não-governamentais, chama atenção para a responsabilidade que as organizações e lideranças indígenas passaram a ter, gerada pelas funções sociais da ação de saúde (complexidade técnica, administrativa e política), que resultou no desvio das funções originais desses agentes, pois passaram a viver a maior parte do tempo mergulhados nas rotinas administrativas e burocráticas dos convênios, esquecendo-se das lutas prioritárias e abrangentes em defesa dos direitos indígenas, como a terra, por exemplo (Luciano 2006:181).

No campo das relações políticas, outro fator que enfraqueceu a independência e a autonomia política das organizações indígenas, foram as práticas exercidas pelos convênios que obrigavam algumas lideranças das organizações indígenas conveniadas a estabelecer certos tipos de relação de subserviência, de cumplicidade e de dependência.

A terceirização dos serviços de saúde junto às comunidades indígenas foi percebida pelo movimento indígena como uma oportunidade para a ocupação de novos espaços de poder e de soluções para os problemas enfrentados por suas comunidades. Porém, este modelo acabou por enquadrar as organizações indígenas segundo a lógica burocrática do

36 O Conselho Distrital nunca cumpria calendário de reuniões como mostra Cruz (2007:83):

Ao longo do período de 2001 a 2003, o Conselho Distrital não foi acionado conforme prevê a legislação. O processo de recomposição do Conselho Distrital perdurou de 2003 a 2007. Foram várias reuniões com o mesmo objetivo e poucos resultados. Somente após uma mobilização em 2003, com a ocupação dos prédios da FUNASA em São Luís pelos índios, houve a reconstituição do Conselho Distrital do DSEI-MA.

Estado, resumindo suas ações no atendimento à saúde a executar e implementar políticas de governo que foram elaboradas sem sua participação.

2.3. Controle social na saúde indígena e o (não) lugar dos saberes e práticas indígenas

Com a criação do subsistema de atenção à saúde indígena, surgiram novos espaços de discussão e planejamento das ações de saúde. No DSEI, o Controle Social deve ocorrer no âmbito dos Conselhos Distritais e Locais, assim como nas conferências nacionais e distritais de saúde.

O Conselho Local deve ser composto por índios que se organizam por aldeia. É formado por usuários, com a participação eventual da equipe de saúde. Os conselhos têm suas regras próprias de funcionamento e sua atribuição restringe-se às discussões sobre os serviços de saúde executados em sua área de abrangência e a atuação como instância consultiva junto ao Conselho Distrital. (Cruz 2007:70). Os conselheiros têm a legitimidade de opinar sobre as necessidades do seu povo em relação à ação e aos serviços de saúde que lhes são oferecidos, avaliar a execução das ações de saúde na área de abrangência do conselho, indicar conselheiros para o Conselho Distrital de Saúde Indígena e fazer recomendações ao Conselho Distrital. O conselho local não tem poder de deliberação, restringindo-se às discussões sobre os serviços de saúde executados em sua área.

O Conselho Distrital é integrado de forma paritária, com 50% dos representantes indígenas, indicados pelas respectivas comunidades, e 50% de representantes de Instituições Governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores do setor de saúde. Este espaço é constituído na tentativa de estabelecer uma relação intercultural na construção e adequação das ações e dos serviços de saúde indígena. O Conselho Distrital tem poder deliberativo (Cruz 2007). As conferências, que acontecem em âmbito local e nacional, são realizadas para discutir, deliberar e informar aos representantes e as comunidades sobre a organização e as reivindicações para a construção de políticas de atenção à saúde, educação etc. aos povos indígenas.

O Controle Social é dificultado pela falta de infraestrutura para sua atuação, não havendo a garantia de realização das reuniões, assim como das conferências. O

funcionamento desses conselhos e das conferências de saúde indígena é pautado por critérios ocidentais, tanto no que se refere à sua composição, que se baseia na delegação, quanto nas temáticas discutidas em suas reuniões. Não há previsão de discussões que abordem a interculturalidade, as práticas de cura indígenas ou quaisquer outras questões que digam respeito especificamente ao mundo indígena.

O Conselho Local, por reunir representantes dos diferentes povos do Distrito, pode ferir profundamente relações políticas entre esses povos, tendo em vista os conflitos interétnicos (Coelho 2008), como exemplo ocorre na relação tensa entre os Canelas e os Guajajaras. Outro problema que se encontra no formato das reuniões refere-se a representação indígena, pois para participar das reuniões são escolhidos um representante de cada uma das etnias e quando se trata de povos que não operam com a delegação de um ou dois representantes isso se torna muito complicado para um povo que toma decisões coletivamente.

Nas poucas reuniões do Conselho Distrital que foram realizadas, jamais foram sistemáticas, as discussões estiveram voltadas para questões da burocráticas, tais como repasses de recursos, contratação de pessoal e prestação de serviços biomédicos (Cruz 2007).

A presença indígena na gestão da política de saúde tem ocorrido nos mesmos moldes do planejamento, complementar aos saberes ocidentais de saúde. A atuação dos AIS, que deveria constituir um espaço de expressão dos saberes e práticas indígenas, e serem articulados com os saberes do sistema ocidental de atenção à saúde, tem se limitado a coadjuvar as ações das técnicas em enfermagem, que só aplicam conhecimentos biomédicos. Os AIS e as equipes multidisciplinares, de acordo com o planejamento de suas ações, devem fazer a atenção básica no posto de saúde nas aldeias.

Conforme já foi apontado, toda orientação dada pela política de atenção à saúde indígena aos AIS é no sentido de complementar as tarefas dos profissionais não-indígenas da EMSI que atuam exclusivamente com base nos conhecimentos científicos ocidentais. Neste sentido no próximo capítulo, a partir da descrição da rotina da EMSI e os atendimentos a saúde do povo Canela no Pólo-Base de Barra do Corda, demonstrarei como se dá a relação entre os modelos ocidental e tradicional Canela de atenção à saúde neste espaço.

Capítulo 3

A busca do povo Canela por serviços de atenção à saúde que respeite seus saberes e práticas

3. A busca do povo Canela por serviços de atenção à saúde que respeite seus saberes e práticas

Para analisar a relação entre os sistemas ocidentais de atenção à saúde e o sistema Canela baseada na noção de corpo forte, faço inicialmente uma apresentação do processo de implementação e estruturação do Pólo-Base de Barra do Corda, para depois analisar a postura dos profissionais da EMSI e sua relação com os pacientes.

A estrutura de atendimento à saúde para os povos indígenas do Maranhão conta com postos de saúde, com os Pólos-Base e as Casas de Saúde Indígena (CASAI). Os Pólos-Base são a primeira referência para as EMSI que atuam na aldeia. De acordo com a PNASPI (2002), existem dois tipos de Pólo-Base que são classificados de acordo com a ação que executa. O Pólo-Base tipo II localiza-se no município de referência e serve somente como apoio técnico à equipe multidisciplinar.

O atendimento de baixa complexidade fica a cargo do Pólo-Base tipo I e do Posto de Saúde Tipo II, que se localizam na aldeia. Estas estruturas de atenção à saúde são a primeira referência para os índios, e é onde estão lotados os AIS que atuam nas aldeias. A maioria dos agravos à saúde deverá ser resolvida nesse nível. Na aldeia Escalvado há um posto de saúde onde trabalham as técnicas de enfermagem, enfermeiras e os Agentes Indígenas de Saúde (AIS), todos responsáveis pela atenção primária.

Segundo o site da SESAI, os profissionais que atuam no Pólo-Base de Barra do Corda são: enfermeiro, técnico de enfermagem, Assistente Indígena de Saneamento (AISAN), AIS, cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal.

Os atendimentos de média e alta complexidade estão sob a responsabilidade da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), que é prestado no município de referência. No caso do povo Canela, o Pólo-Base, no município de Barra do Corda, assistirá e encaminhará os usuários em situação de média e alta complexidade. Os índios que se encontrarem neste último caso devem contar com serviços de apoio prestados pela CASAI.

3.1. Estruturação do serviço de atenção à saúde indígena e o não reconhecimento da diversidade étnica

Na estrutura inicial de implementação do Pólo-Base de Barra do Corda, estava previsto o atendimento aos povos indígenas dos municípios de Barra do Corda, Fernando Falcão, Jenipapo dos Vieiras e Itaipava do Grajaú. O atendimento aos Canela era, prestado por esse Pólo-Base, que também atendia aos povos *Tentehar/Guajajara*, aos *Apaniekra* e aos *Krepunkatêyê*.

O quadro abaixo indica a estruturação inicial dos Pólos-Base no Maranhão:

Polos-Base	Povos atendidos
Arame	<i>Tentehar/Guajajara</i>
Amarante	<i>Tentehar/ Guajajara, Krikati e Pukobiê</i>
Barra do Corda	<i>Canela, Apaniekra, Krepu'mkateyê e Tentehar /Guajajara.</i>
Grajaú	<i>Tentehar /Guajajara</i>
Santa Inês	<i>Awá-Guajá, Ka'apor e Tentehar/ Guajajara</i>
Zé Doca	<i>Tentehar /Guajajara, Awá/Guajá e Ka'apor</i>

Quadro 1 – Polos-Base no Maranhão/ 2000. Fonte: SESAI/MS e (Almeida Filho & Coelho, 2010)

Neste quadro podemos perceber que os povos indígenas são homogeneizados ao terem como referência um mesmo Pólo-Base por município e não por povo, sendo desconsideradas a diversidade cultural e linguísticas, como no caso dos Pólos-Base de Amarante, Barra do Corda, Santa Inês e Zé Doca que atendem os povos de língua Tupi: *Awá-Guajá, Ka'apor e Tentehar/Guajajara*; e os falantes de língua Jê: *Canela, Apaniekra, Krepu'mkateyê, Krikati e Pukobiê*.

Posteriormente, em decorrência da demanda dos povos, os Pólos-Base foram subdivididos, e uma nova configuração que não pode ser vista como definitiva, indica ampliação de cinco para doze subpólos. A criação de novas instâncias de atendimento ocorreu num clima de muita disputa onde foram acionadas, por parte dos povos indígenas, estratégias de pressão pelo fato de suas reivindicações não alcançarem resposta favorável dos órgãos públicos. Esse protagonismo indígena expressa formas mais eficazes de participação do que

as previstas nos documentos oficiais, voltadas à diferenciação no atendimento à saúde indígena, expressando um saber indígena sobre como construir estratégias de negociação com estas instâncias.

Tais formas ocorrem através de invasões de prédios públicos, retenção de pessoas e carros, bloqueio de rodovias e ameaças de derrubada de torres de transmissão de energia. As demandas geralmente são voltadas para o atendimento de reivindicações relacionadas aos seguintes aspectos: repasse de recursos financeiros para as ações de saúde; participação nas decisões sobre o gerenciamento das ações de saúde; participação nas decisões relativas ao quadro de pessoal envolvido na saúde indigenista; participação nas decisões sobre operacionalização de serviços e melhorias das ações; participação nas instâncias oficiais (conselhos e conferências). Essas estratégias costumam ser mais eficazes, pois as formas oficiais não são devidamente efetivadas. (Almeida Filho 2010:26).

Com a separação do atendimento por povo, como ocorreu em Barra do Corda e Amarante, a solução administrativa encontrada foi a criação de núcleos que funcionariam como subdivisões dos antigos Pólos (Coelho 2009).

Em Barra do Corda, foram criadas três instâncias específicas de atendimento à saúde dos povos *Tentehar/Guajajara*, *Apaniekra* e dentre elas a que se denominou subpolo Ramkokamekra para atender aos Canelas. É interessante ressaltar que esse subpolo foi criado a pedido dos próprios Canelas que utilizaram como argumento a diferença de hábitos, costumes, crenças e organização social, em relação aos demais povos que vivem na região de Barra do Corda e que antes atendidos pelo mesmo Pólo-Base. Os Canela argumentaram, principalmente, dificuldades no relacionamento com os *Tentehar/Guajajara*, a quem definem como agressivos e provocadores. Como podemos ver no relato de *Krakosi* Canela:

Uma ONG Kaneguatim que era Canela, Guajajara e Timbira. Com um certo tempo acabou e a FUNASA tomou de conta. FUNASA repassava o recurso e a ONG administrava, contratava funcionário, compra de medicamento, colocava combustível, frete... problemas que envolvem a saúde. Aí certo tempo pra cá, acabou, acho que em 2000, teve uma falha... um gestor... alguma coisa errada que não funcionou mais. Em 2000 a gente criou, teve uma proposta, até uma indigenista teve aqui e agente conversando com algumas lideranças da região aí a gente criou uma ONG também, pra criação do subpólo. A associação de apoio a saúde Canela – subpólo e eu era o presidente da associação e o lá do Porquinhos, Cristiano, era o tesoureiro. Aí a gente veio

trabalhando em conjunto e eu não sei, não me lembro qual a época que foi dividido também o próprio Porquinho e o Escalvado, por que eles tinham ciúmes, que eles pensavam que eu só olhava pros Canela. Um exemplo, tinha funcionário também, que era motorista contratado pela ONG, tinha recurso pra relação de saúde. E certo tempo o Porquinho não queria aceitar mais e fizemos a divisão. Com a ONG era uma maneira mais fácil de trabalhar que deu menos burocracia, quando era com a FUNASA era a licitação e tinha mais burocracia, era mais difícil.

Uma época quase teve uma briga, um parente lá no KANEGUATIM, um índio *Guajajara* quase fura um Canela com uma faca, o Canela pulou a janela e correu. Então em cima disso a gente vem consultando pra não houver uma briga com os outros parentes e nós conseguimos que os Canela ficassem no seu lugar e os *Guajajara* também era no seu lugar (entrevista realizada em 22/08/2013).

A instância que passou a atender aos Canela e aos *Apaniekra* sofreu nova divisão, havendo um subpolo exclusivo para o atendimento ao povo Canela.

Essa demanda dos Canela correspondeu ao que está posto na PNASPI. Em certo sentido, eles conquistaram o que já era previsto na diretriz, ou seja, que na definição e organização dos DSEI deveriam ser realizadas discussões e debates, com a participação de lideranças e organizações indígenas junto com os órgãos do Estado, antropólogos etc.

Por ocasião da instalação dos Pólos-Base, a equipe de antropólogos que participou do processo de instalação insistiu para que fossem criados Pólos-Base específico a cada povo ou, como no caso dos Canela, um Pólo-Base para os povos de língua Jê. Esse pleito não foi atendido sob o argumento de que implicaria uma estrutura burocrática muito pesada e dispendiosa para FUNASA (Almeida Filho 2010).

Em entrevista realizada com Libório³⁷, que atuou na montagem do DSEI/MA, mais precisamente em Barra do Corda, tomei conhecimento das dificuldades que surgiram no processo de implementação dessa política. Da forma como estava sendo implantado o Pólo-Base, tinha que estruturar uma instância para o atendimento de três povos diferentes (*Ramkokamekra*, *Apaniekra* e *Guajajara*).

Em Barra do Corda eu fiquei como uma espécie de administrador do Pólo-Base, foi no processo de implantação mesmo, de contratação dos profissionais de saúde, contratação dos AIS. Toda essa história foi

37 Graduado em Ciências Sociais na Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Entrevista realizada na sala de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFMA

coordenada por mim, as vezes à distância, as vezes eu ia lá. Depois do processo de montagem dos Pólos-Base, a gente passou também a dar um suporte na questão dos conselhos locais. Foi sempre um verdadeiro entrave e ainda é, nessa política de saúde dos povos indígenas, você pensar numa lógica de controle social nossa, pra aplicar essa lógica em comunidades. Primeiro que não há um controle nesse sentido. O controle deles é diferente. E sem falar que juntar vários povos em conselho, em uma lógica, em uma estrutura (Libório, entrevista realizada em 05/05/2010).

No dia 27 de abril de 2008 foi realizada na aldeia Escalvado uma reunião para tratar sobre o Projeto de Reestruturação do Pólo-Base de Barra do Corda. O debate se debruçou sobre a unificação dos Pólos, tendo os indígenas reafirmado que a insistência de um único pólo não permite um atendimento satisfatório que atenda às diferenças étnicas e culturais. A seguinte passagem da ata ilustra esse ponto:

Como existe uma diferença étnica e cultural entre os indígenas residentes no estado do Maranhão e o projeto fala em respeitar as etnias e culturas, não podemos imaginar que haja sucesso em uma centralização da saúde quando o referido projeto fala em descentralização que funciona a contento.

A proposta dos Canelas era que a FUNASA estruturasse “a saúde” no município de Fernando Falcão, pois o acesso a esse município é mais fácil, e que no futuro fosse estruturada um Pólo-Base em Fernando Falcão.

Cabe destacar que nessas reuniões deliberativas não são apenas os “representantes legais” indígenas que participam, mas toda a comunidade está inserida na discussão, e tem direito a se expressar. Essa atitude obriga uma adaptação do modelo oficial de controle social aos interesses Canela e que contemple todo o povo e não alguns poucos representantes.

Com a criação da SESAI, em 2010 os subpolos foram desfeitos e os três povos passaram a ser, novamente, atendidas em um mesmo Pólo-Base, esse fato mostra o retrocesso na política de atenção à saúde indígena no que se refere ao não reconhecimento das especificidades étnicas.

Compreendo que os povos indígenas constituem minorias nacionais que possuem diferenças nas formas de organização e contextos socioculturais que devem ser reconhecidos, cada povo possui suas próprias formas de organização, compartilham culturas e línguas diferenciadas e já habitavam no território que hoje compreende o Brasil. Por terem sido incorporados a um Estado, quando desfrutavam o autogoverno, desejam seguir sendo

sociedades distintas. Os povos indígenas constituem nações, com o objetivo de obter um maior reconhecimento de sua identidade étnica e buscam autonomia e garantia de direitos específicos e diferenciados. Segundo Kymlicka (1996):

una comunidad histórica, más o menos completa institucionalmente, que ocupa un territorio o una tierra natal determinada y que comparte una lengua y una cultura diferenciadas. La noción de “nación”, en este sentido sociológico, está estrechamente relacionada con la idea de “pueblo” o de “cultura”; de hecho, ambos conceptos resultan a menudo intercambiables (1996:26).

Para Miguel Bartolomé que compartilha desta mesma ideia, é necessário um “nacionalismo indígena”, cuja afirmação requer certo etnocentrismo, uma discriminação positiva, pois, está se tratando de uma afirmação da diferença. Quando perguntei à coordenadora do Pólo-Base de Barra do Corda os motivos que levaram ao fim dos atendimentos específicos ao povo Canela, ela me respondeu que “isso se caracterizava discriminação e que todos os profissionais deveriam atender todas as etnias sem diferenças”. Penso que esta ação de não discriminação ao atendimento específico a cada povo indígena, estaria negando as diferenças, as concepções culturais e noção de saúde e doença de cada povo. Bartolomé propõe uma afirmação existencial em que os povos indígenas são reconhecidos como distintos e não como uma hegemonia “nacional”:

La conquista del reconocimiento estatal de una condición de Pueblo, que respete a las colectividades diferenciadas, es un acto de afirmación política, en tanto expresión de las culturas que buscan su construcción nacionalitaria. Este proceso no debe ser confundido con el nacionalismo reificante de los Estados nacionales, ya que no pretende constituirse en un acto de hegemonía sino de afirmación existencial (Bartolomé 2002:19).

Bartolomé faz uma análise dos movimentos e lutas desenvolvidos por grupos étnicos que lutam por uma política própria, baseados na autodeterminação comunitária (Bartolomé 2002). Esses movimentos colocam-se contra o Estado, que não dá conta de administrar, como deveria, a situação dos povos indígenas. As mesmas políticas que são aplicadas no mundo não indígena, como as políticas de atenção à saúde indígena, são aplicadas aos povos indígenas. Neste sentido, Maria Minayo (1991) chama atenção para o respeito ao ponto de vista da população atendida não como estratégia de dominação, mas no intuito de transformar os pontos de estrangulamento dos serviços que os povos indígenas têm direito e que deve reivindicar, pois não deve ser vista como uma ação de estado em direção a população, mas

como direito para o qual ela deve opinar em termos de efetividade e qualidade (Minayo 1991:236).

3.2. Posto de saúde Canela

A estrutura local de atendimento à saúde dos Canela consiste em um posto de saúde na Aldeia Escalvado, onde são realizados os atendimentos em nível primário, são realizadas as consultas e são armazenados os medicamentos mais utilizados e os prontuários dos pacientes. O posto de saúde da aldeia Escalvado foi construído pela FUNAI e reformado pela FUNASA.

Nos prontuários são registrados os históricos das doenças consideradas graves para o sistema médico ocidental como problemas cardíacos, hipertensão, tuberculose, epilepsia e diabetes. Este local é considerado como residência temporária, pois lá, as técnicas de enfermagem e enfermeiras, trabalham e dormem. Uma característica da rotina de trabalho dessas profissionais é que elas são procuradas para fazer atendimentos sem “horário determinado” (durante o almoço e de madrugada).

São duas técnicas de enfermagem e duas enfermeiras que atuam nesse posto em regime de rodízio, com folga de 10 dias a cada 20 dias trabalhados. Além do atendimento no posto de saúde da aldeia, as atendentes e os AIS fazem visitas por toda a aldeia. Em uma das minhas estadas na aldeia Escalvado presenciei essa visita, mas não posso afirmar com que frequência é realizada.

De acordo com a enfermeira Renata, a equipe esquematizou os atendimentos no posto de saúde, com dias específicos para alguns tipos de enfermidades e/ou tratamentos. Existe um dia para os atendimentos de pacientes com diabetes e hipertensão, chamado de hiperdia, o dia da gestante, exames para prevenção do colo do útero e ginecológicos. A enfermeira relatou-me que há dificuldade para realizar os exames preventivos e ginecológicos, pois as mulheres Canela têm medo porque acham que o exame machuca, dificultando a obtenção da meta anual estipulada pelo MS. Como podemos ver os atendimentos e a meta seguem a lógica da medicina ocidental e que não se aplica a realidade Canela e aos seus conhecimentos sobre o *corpo forte*.

São oito AIS Canela que atuam diariamente, durante a manhã e a tarde, no posto de saúde. Eles fazem o acompanhamento de gestantes e crianças de zero a cinco anos, pesagem e dão orientação sobre a higienização da casa aos moradores. A rotina de trabalho dos AIS é: 07h15 entrada; 11:30h saída para o almoço, retorno às 13:30h e término do dia de trabalho às 17:30h. Esse horário de trabalho não é cumprido severamente e os AIS também trabalham em suas roças. Quem tem roça acorda com quem não tem para cobrir suas faltas.

Isto mostra que a atuação dos profissionais da EMSI tende a reproduzir a sobreposição e a impor rotinas de trabalho características da sociedade nacional com horário de entrada e saída. Além de fazer com que os profissionais indígenas não cumpram com os seus deveres junto a sua sociedade.

Os AIS, as técnicas e as enfermeiras passam o dia no posto de saúde atendendo aos índios que chegam, excetuando-se o tempo que utilizam para as visitas na aldeia, quando atendem aos usuários que não se dirigiram ao posto ou que não podem se deslocar. Há uma parceria na atuação da equipe que faz atenção à saúde na aldeia Escalvado. Apesar dos AIS serem indígenas, os procedimentos são pautados no saber biomédico. Os saberes tradicionais Canela não são trabalhados em conjunto pela EMSI como é prevista na política de atenção a saúde indígena, contudo observei uma postura de respeito pela tradição³⁸. Como podemos perceber neste relato da enfermeira Joana Gonçalves:

Nós trabalhamos com vários programas, saúde da mulher, saúde do homem, saúde da criança, saúde do idoso e com a imunização, são os programas da atenção básica. Se eu tiver esquecendo algum me perdoe... por que... no momento foi os que eu me lembrei. Então assim agente trabalha com a prevenção, principalmente com a prevenção. Questão de palestra, educação e saúde... por que assim a gente sabe que atenção básica é atenção primária... né... é aquela atenção que você primeiro vai sonda a situação... o que você precisa trabalhar pra amenizar aquela situação por exemplo: questão da verminose e questão das infecções respiratórias é o que nós mais temos na aldeia, né... Por que?... por que o meio que eles vivem é o que contribui pra isso... né? Por exemplo: a poeira, a fumaça... né?... o sol quente, por que eles gostam de ficar expostos ao sol, brincar no sol, na poeira e logo lá o chão é de barro e eles dormem na esteira, por lá os Canelas eles não dorme em rede, eles dormem em esteira. Então tudo isso né... é... faz com que a criança adoça, tenha uma infecção

38 Pude observar essa atitude respeitosa no caso de atendimento relatado na introdução, na qual tive a oportunidade de acompanhar o atendimento a uma criança que estava desnutrida.

respiratória, uma gripe, fica aquela coriza o tempo todinho... acaba evoluindo pra uma pneumonia ou pode evoluir pra outras doenças mais graves, né? E as verminoses por conta mesmo do habito deles de vida, por que eles não tem aquele cuidado que nós temos, né? Com a alimentação, questão da higiene... essas coisas... questão da água, que eles tem a água do poço mas eles acabam... as crianças bebem água do brejo, tudo. Então assim a gente acaba trabalhando, tratando mas também... o nosso principal foco é o controle, a prevenção. Pra que aquilo ali não se evolua, não se torne um surto, uma epidemia. Então assim... a gente acaba tendo esse cuidado, então a gente trabalha mais com a questão da prevenção... eu gosto muito de fazer palestras com as minhas gestantes, por exemplo. A gente tem grande dificuldade em fazer com que elas aceitem vim e ganhar neném na cidade, aqui por exemplo na Barra do Corda. Então a gente tem muitas complicações por isso, por que elas não aceitam nós fazermos os partos delas, então são as parteiras... e as condições em que elas fazem os partos não são os mais apropriados... pra nós! Pra elas é tudo normal mas pro nós não. A gente também ta tendo, ultimamente, grandes complicações por conta disso, até mesmo o habito. Então assim a minha maior preocupação, agora, com elas é isso. É conscientizar elas, é mostrar como é o parto normal, a nossa realidade realmente como que é feito o parto normal, por que elas tem o entendimento de que o parto normal é totalmente o inverso daquilo que a gente sabe, daquilo que realmente é pra ser.

No decorrer do nosso trabalho a gente tem capacitações, várias capacitações... mas assim uma especifica pra isso não (trabalhar com a saúde indígena). a gente na verdade vai aprendendo no cotidiano, a como se relacionar com eles né?... a como conversar com eles. Por que, como tu falastes... eles tem uma concepção totalmente diferente da nossa, né?... por exemplo: eles acham que aquela enfermidade muitas vezes é por conta de um espirito, entendeu? Primeiro eles chamam o pajé. Pra chamarem a gente eles chamam primeiro o pajé, entendeu? Aí o pajé faz a pajelança tudo. E assim... quando as coisas realmente não conseguem ser resolvidas eles chamam a gente, quando já tão bem complicada, entendeu?

Tive um caso desses com parteiras e assim... era uma primigesta (primeira gestação), ela não tinha realmente condições de ficar ali na aldeia... e ai ela era uma adolescente que tinha 15 anos e assim foi muito complicado por que eu não pude intervir naquilo, né? eu não pude tirar aquela moça dali... vamo pra cidade!... por eu tenho que respeitar a cultura dela... pra elas tem que parir na aldeia e pronto! Se não der ai é que eles mandam (para a cidade). E assim... ela foi lá e forçaram... forçaram... e eu pedindo pra que elas me deixassem levar, por que elas não deixam nem a gente se meter lá na hora. Só chamam a gente mesmo quando negoço ta realmente complicado e jogam pra cima da gente. Mas... realmente... deixaram a gente tirar a menina de

lá, aí quando foram liberar já tava muito tarde a criança entrou em sofrimento, o feto né?, entrou em sofrimento, e aí... foi que eles liberaram, só que a menina pariu no meio do caminho com o feto morto (entrevista realizada em 09/11/2015).

Os atendimentos efetuados na aldeia só levam em consideração os saberes biomédicos, pois o conhecimento adquirido sobre os saberes tradicionais Canela não é suficiente para possibilitar a utilização destas práticas de forma segura e responsável. Como podemos ver neste relato uma fatalidade, como a que ocorreu com o filho da Canela, é relacionada a uma negligência por parte dos Canelas por não quererem que a jovem fosse para a cidade ter o seu filho. Outra questão é o fato da enfermeira, apesar de respeitar a opção da grávida, impor que as grávidas Canelas devem ir para o hospital da cidade por achar mais seguro para a gestante do que realizar o parto na própria aldeia seguindo as suas tradições, por considerar um lugar impróprio.

Esta prática tem conduzido os Canela a uma acomodação a esse tipo de atendimento, desenvolvendo uma dependência no que se refere ao uso de medicamentos. Pude observar a dependência em alguns casos como por exemplo, dor de cabeça, quando os Canela demandam logo remédios para que a dor passe.

Em função de o atendimento à saúde ser realizado pelas técnicas e enfermeiras juntamente com os agentes indígenas, que são do sexo masculino, as mulheres muitas vezes se sentem constrangidas e não revelam certos incômodos femininos como, por exemplo, problemas relacionados à menstruação e ao pós-parto. Quando perguntei ao AIS Vagner *Guukiet*, sobre o assunto ele respondeu:

Não sei... não sei por que não. Eu tenho vontade de fazer, se tivesse oportunidade botava uma índia mesmo, uma mulher. Na hora do parto, nem nós *mehim* tem o direito de participar desse parto, nós, agora vocês que são branco não, pode olhar, mas nós não tem jeito. Nosso AIS não permite, a lei nossa mesmo não tem. Mas tem como a mulher trabalhar aqui (posto de saúde), por que tem mulher terminando o ensino médio (entrevista realizada em 14/08/2013).

Como já mencionado, os casos que fogem ao atendimento da atenção primária, são encaminhados aos hospitais de referência do município de Barra do Corda, através de dois veículos da SESAI, com motoristas contratados, que ficam à disposição do Pólo-Base de Barra do Corda. Segundo o DSEI/MA, o doente é sempre acompanhado pela Equipe de Enfermagem e pelo Serviço Social da CASAI mais próxima, que no caso dos Canela é a de Barra do Corda.

As capacitações dos AIS não são constantes e não privilegiam o contexto sociocultural no qual atuam. A PNASPI (2002) prevê que ocorra uma apropriação, pelos AIS, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental. No entanto, indica que estas sejam articuladas ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não.

De acordo com a PNASPI (2002), o Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde deveria ser desenvolvido em serviço, de forma continuada sob a responsabilidade de Instrutores/Supervisores devidamente capacitados com a colaboração de outros profissionais de serviço de saúde e das lideranças e organizações indígenas. Como pude verificar, isso não vem ocorrendo.

A CASAI de Barra do Corda não estava funcionando durante a pesquisa que realizei em 2010, pois havia entrado em reforma em 2009, que ainda não havia sido concluída. Retornando a Barra do Corda em 2013, tive informações que ela nunca ficou pronta e foi desativada. A PNASPI (2002:15) prevê que

Essas Casas de Saúde deverão estar em condições de receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso.

O tratamento na cidade deve ser realizado após esgotarem-se as possibilidades de resolução no âmbito das aldeias. Porém, ao ser encaminhado para a cidade, a CASAI é o local de referência para a continuação do tratamento, este local deve se adequar e seguir as concepções de *corpo forte*, pois na concepção Canela a falta de um local adequado para o reestabelecimento do corpo, pode se tornar uma situação de risco para o enfraquecimento do corpo.

3.3. O Pólo-Base de Barra do Corda

O Pólo-Base de Barra do Corda presta atendimento a 1.986³⁹ Canelas, das aldeias Escalvado e Aldeia Velha⁴⁰, assim como aos povos *Apaniekra* e *Tentehar /Guajajara*, totalizando 11.116 pessoas e 2.621 famílias.

Funciona em uma casa alugada com sete cômodos. Assim que a porta é atravessada, há a recepção, que conta com sete cadeiras e um aparelho de televisão. Os pacientes e acompanhantes podem assistir televisão enquanto esperam sua consulta. No mesmo cômodo também há uma mesa para o segurança. Durante 24 horas há a presença de segurança.

O horário de trabalho da EMSI no Pólo-Base não é rigoroso, iniciando-se o expediente a partir das 8:00 h. Há um intervalo para o almoço, que ocorre geralmente às 12:00 h, com retorno das atividades às 14:00 h e seu encerramento às 17:00 h. Este tempo de trabalho não é fixo, visto que, de acordo com a demanda podem permanecer envolvidos com as atividades do Pólo-Base também durante a noite, quando precisam atender algum caso de urgência, ou acompanhar algum paciente ao hospital.

Logo depois, em um corredor à direita, fica a sala dos dentistas, onde atendem cinco odontólogos cujas escalas de trabalho comporta um revezamento entre as aldeias e o Pólo. É uma sala fechada com uma janela e um pano como se fosse uma espécie de cortina, onde são realizadas as extrações de dentes. Neste cômodo há uma mesa para a auxiliar de saúde bucal, uma cadeira de dentista e um armário onde são guardados os equipamentos necessários para o procedimento dentário.

O local não tem uma estrutura odontológica adequada e muito menos materiais para os atendimentos dentários. Os dentistas, quando atuam no Pólo, só realizam extrações. Só conseguem realizar outros tipos de tratamentos nas aldeias, quando o carro, especialmente modificado para o atendimento dentário, vai para as áreas.

39 Senso DSEI/MA 2013.

40 A "Aldeia Velha" corresponde a um lugar onde teria funcionado uma antiga aldeia dos Canela, mas também onde teria ocorrido fatos míticos, como a grande cisão da única aldeia timbira, que daria origem aos vários grupos posteriormente existentes. Localizada em área de mata seca, é utilizada até os dias atuais para a implementação de roças familiares e comunitárias.

No período em que realizei a pesquisa, a Unidade Odontológica Móvel⁴¹, passou uma semana realizando consultas defronte à casa onde funciona o Pólo-Base, contudo, por um problema técnico com a mangueira de água que faz o enxague bucal, não foi mais possível continuar a fazer os atendimentos. Segundo informações obtidas, esse problema já havia ocorrido outras vezes, e também a falta de energia para a recarga da bateria que alimenta os equipamentos. Como não há um técnico especializado que acompanhe o carro, para corrigir esses problemas, isso acaba provocando a interrupção dos atendimentos dentários. Como esse carro trafega apenas em estradas pavimentadas, o atendimento dentário prestado às aldeias Escalvado (Canela) e Porquinhos (*Apaniekra*) é realizado por um dentista lotado no Pólo-base, que passa 15 dias em cada aldeia e faz os procedimentos educativos, além da extração dentária. Como não podia acompanhar os atendimentos dentro da sala dos dentistas, ficava observando a movimentação e tentava conversar com os pacientes, quando estes falavam português ou quando tinham um parente que me auxiliava na tradução.

Os Canelas aguardavam por seu atendimento, enfileirados em frente à sala e entravam de acordo com o chamado da auxiliar de saúde bucal. Segundo o dentista Gustavo Guajajara da etnia *Tentehar/Guajajara*, os índios chegam no Pólo-Base sentindo muita dor no dente e querem fazer a extração, pois alguns acham melhor usar a “chapa”, prótese dentária.

Ao lado da sala dos dentistas encontra-se a sala onde os médicos fazem o atendimento. A carga horária dos médicos é de 20 horas semanais. São dois médicos clínicos gerais que atuam no Pólo-Base e trabalham em dias alternados.

Na continuação do corredor do Pólo existem mais duas salas: uma menor, a direita, onde fica a responsável pela alimentação, e outra maior onde os Canelas esperam para ser consultados, para ter alta e também onde ficam os acompanhantes. Como não há um local para internamento, nesta sala existe uma cama, uma maca e escapulas para armar algumas redes. Os Canelas tem costume de dormir em esteiras ou em jiraus, mas no Pólo-Base eles dormem sobre papelões, colchões ou em panos que são colocados no chão.

Nos fundos da casa ficam a farmácia e a enfermaria, onde fica a enfermeira chefe. Após estes espaços há um compartimento com uns separadores de cama, lugar onde os índios

41 Um carro equipado com os materiais para atendimento à saúde bucal, que realiza consultas e tratamentos dentários, como retirada de cárie dentaria, Raio X e limpeza.

também armam algumas redes. O último espaço da casa é o quintal, que tem um banheiro e um tanque, onde os pacientes e acompanhantes lavam e estendem as roupas lavadas.

Dentre os cinco dentistas que compõem o quadro de profissionais do Pólo-Base, dois são *Tenethar/Guajajara* e três são não-indígenas. O dentista Gustavo, que é *Tenethar/Guajajara*, relatou que evita fazer extrações nas aldeias por não ter condições adequadas para este tipo de procedimento e teme que aconteça algum imprevisto, como uma hemorragia ou alguma complicação devida ao usuário desconhecer que possui problemas de pressão, e necessitar de um atendimento mais específico que não possa ser realizado na aldeia. Os procedimentos de rotina nas aldeias são educativos: os dentistas distribuem creme dental e escovas, ensinam como escovar os dentes e aplicam flúor⁴².

Como a aldeia Escalvado é distante de Barra do Corda e tem um dentista responsável por atender aos Canela, eles não precisam se deslocar para os atendimentos odontológicos. O dentista não-indígena, Jeferson Alvares, passa 15 dias no posto de saúde da aldeia e faz as extrações usando uma cadeira de ferro com fios entrelaçados, colocado embaixo de uma árvore, por não existir local e equipamentos adequados para este tipo de atendimento no posto de saúde da aldeia. Os Canela não aceitam muito bem a restauração dentária e preferem a extração, mas não gostam que o dentista use o martelinho e faça a sutura dentária⁴³.

Jeferson é cirurgião-dentista natural de Caruaru (PE), formado pela Faculdade de Odontologia de Caruaru e foi trabalhar no Pólo-Base de Barra do Corda para prestar atendimento ao povo Canela, a convite de um amigo, no ano de 2007. Em 2014 concluiu a sua especialização em Saúde Indígena pela Universidade de São Paulo.

Na realidade a opção de trabalhar com indígenas se deu ao fato da existência da vaga, não foi uma questão de escolha. Fui convidado por um amigo a ir trabalhar com a saúde indígena no lugar dele. Ele iria, mas desistiu de última hora. Estou há 8 anos no Pólo e Fiz a Especialização em Saúde Indígena... fiquei sabendo da Especialização através de uma amiga enfermeira e também por um e-mail enviado

42 Em vários momentos, enquanto ficava na recepção do Pólo, conseguia ouvir o dentista batendo com o martelinho para descolar o dente e, assim, poder fazer a extração. Ouvei também uma assistente de saúde bucal orientando um Canela a tomar um remédio caso sentisse dor após uma extração dentária.

43 A extração deixa uma ferida expondo os tecidos moles da boca e o osso, o que provoca o sangramento e a sutura ajuda no processo de cicatrização.

pela coordenadora de saúde bucal do DSEI (entrevista realizada em 25/09/2013).

Os médicos que atendem no Pólo-Base são não-indígenas: o clínico geral Alexandre atende nas segundas, terças e quartas e o médico Abraão atende nas quartas, quintas e sextas. Eles realizam consultas e atendem os casos que não são considerados emergência.

O Abraão, há uns 30 anos trabalha com povos indígenas e faz atendimentos em algumas aldeias que ficam mais próximas e possuem fácil acesso a partir de Barra do Corda. Por ser um senhor de 81 anos, não vai mais as aldeias com tanta frequência como antes. Quanto ao médico Alexandre, durante os dias que estive fazendo observações no Pólo, percebi uma grande dificuldade em relação a sua escala de trabalho, pois em vários dias ele não ia no horário.

Ao todo, são 50 técnicas de enfermagem que fazem o acompanhamento aos indígenas no Pólo-Base e nas aldeias. No caso do povo Canela, além das duas técnicas de enfermagem que trabalham na aldeia, há outras duas que prestam atendimento no Pólo-Base somente ao povo Canela, Rosangela, que é Canela, e a não-indígena Clara.

Rosangela, tem curso técnico em enfermagem, é sobrinha do AIS Canela da Aldeia Velha, Krakosi. Fez o processo seletivo para contratação de profissionais para os serviços de atenção à saúde indígena e começou a trabalhar no Pólo-Base em 2010, quando o atendimento voltou a ser feito para todos os povos da região. Tem residência fixa em Barra do Corda e vai a aldeia esporadicamente.

Clara, possui a mesma formação e trabalha com povos indígenas desde 1989, no hospital da FUNASA, onde atendia indígenas e não-indígenas. Ela fez um treinamento para aplicar vacinas em terras indígenas. No início, no Pólo-Base trabalhava com os *Tenethar/Guajajara* e, em 2003, quando fez o processo seletivo para contratação de profissionais começou a trabalhar com os Canelas. Como já tinha experiência com povos indígenas, com a separação em subpolos, começou a trabalhar com os *Canela* no subpolo Ramkokamekra.

Segundo Clara como os Canela quiseram que ficassem duas pessoas na cidade para atendê-los, elas trabalham durante toda a semana, em dias alternados, entrando às 8h da manhã de um dia e saindo 24h depois. As técnicas são responsáveis por receber os Canelas que chegam da aldeia e encaminhá-los ao atendimento, de acordo com os sintomas descritos

pelos próprios, e pelas orientações das enfermeiras que atuam na aldeia. Elas encaminham os Canelas para a consulta com o clínico geral, no Pólo ou para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Marcam exames e outras consultas específicas, dependendo dos sintomas, no Hospital Materno Infantil, na Unidade Básica de Saúde e no Hospital Acrísio Figueira.

A alimentação no Pólo-Base, para os Canela e os *Tenethar/Guajajara* fica sob responsabilidade de Conceição Guajajara, que pega a documentação (RG) dos pacientes, assim como dos seus acompanhantes, para ter o controle de quantas refeições devem ser pedidas. Para a liberação da refeição dos acompanhantes, basta o documento do paciente. Na ficha de alimentação só pode ter um acompanhante por paciente, mas segundo Conceição, “dão um jeitinho para colocar mais acompanhantes porque os indígenas sempre vão acompanhados de mais de um acompanhante”. A refeição fornecida pelo Pólo é somente o almoço. Conceição informou sobre a possibilidade de pedir uma alimentação especial, de acordo com o que o paciente pode ou não comer.

A alimentação é fornecida por um restaurante e todos os dias os responsáveis devem ligar para o restaurante informando a quantidade de refeições, mas a cota de alimentação fornecida pelo restaurante não pode ultrapassar 100 refeições por dia.

Após uma conversa com Severino *Ropkram*, que estava acompanhando o seu filho e sua nora, que havia tido filho recentemente, perguntei se o Pólo-Base estava servindo alguma alimentação especial para a sua nora, pois as mulheres Canela, quando estão de resguardo, só devem comer um tipo de mingau de arroz. Ele me respondeu que não tinha nenhuma alimentação especial e que a sua esposa é quem fazia o mingau para sua nora.

De acordo com as concepções Canela, a permanência do Pólo-Base de Barra do Corda pode se tornar potencialmente perigosa para a manutenção do corpo forte, na medida em que se torna impossível o cumprimento das restrições impostas, já que o tipo de alimento servido não é permitido para a ingestão.

Como já mencionado anteriormente os Canela fazem até três refeições ao dia. Em geral, a primeira refeição, ao acordar pela manhã, é um beiju, com um pouco de café. Para o almoço e jantar, muitas vezes a alimentação consiste em arroz, feijão, carne ou peixe pequeno, por vezes, com legumes mas um dos alimentos principais é o *berubu*.

Segundo Panet (2010), o parto entre os Canelas geralmente acontece sobre esteiras, que servem como uma bandeja, para transportar o sangue e o *ihkyhti* (placenta). Durante o parto, apenas as mulheres participam da assistência ao nascimento da criança. Depois do nascimento, o *ihkyhti*, é enterrada na casa materna, em um buraco feito alguns dias antes do nascimento, no interior do recinto em que a mulher dorme com o seu marido e onde a criança iria nascer. (Panet 2010: 81)

No hospital, pude perceber que no local onde são realizados os partos não está adequado as regras de resguardos dos Canela, muito menos há uma adequação mínima da estrutura hospitalar para o parto, podendo tornar-se um local de grande poluição para a mãe e seu bebê. Segundo Panet (2010), para este povo o nascimento é considerado como um momento particularmente cansativo para a criança. Por isto, ocupam-se e preocupam-se, especialmente, com o descanso do novo ser, precavendo-se e evitando todo motivo que o faça chorar, pois, o choro da criança é particularmente perigoso, podendo provocar sua morte. Têm a consciência de que o choro enfraquece a criança e põe em risco a permanência de seu princípio vital, do seu *caxwyn* (Panet 2010:83).

Quando o paciente chega ao Pólo-Base, traz consigo um encaminhamento escrito por uma das enfermeiras da aldeia, onde relata os sintomas e os primeiros procedimentos que a técnica do Pólo deve realizar. Transcrevo abaixo um destes encaminhamentos, ao qual tive acesso, que foi escrito pela enfermeira Renata para a Canela Regiane *Pjêjahtô*:

Paciente apresenta febre há vários dias, vômitos, falta de apetite, perda de peso. Realizar avaliação médica.

Enf. Renata 24/08/2013

Inicialmente o paciente passa por um primeiro atendimento, a triagem. Este procedimento é realizado pela técnica de enfermagem que esteja de plantão e consiste no preenchimento do prontuário⁴⁴ do/a paciente com a queixa principal e informações gerais como pressão arterial, peso, altura e temperatura corporal.

Após a triagem os pacientes são encaminhados para a consulta realizada por um médico que pode, ou não, ter o auxílio de um parente do paciente para servir de tradutor, nos casos em que o paciente não fala a língua portuguesa. Nos atendimentos não percebi, por

44 Ficha de identificação, com nome do paciente, aldeia, se tem acompanhante, justificativa e tempo de permanência.

parte dos funcionários, a solicitação da presença de algum outro paciente, parente ou funcionário que possa realizar esta intermediação durante os atendimentos. Logo cheguei à conclusão que, apesar de muitos Canelas falarem português, a tradução é uma grande dificuldade na comunicação dos profissionais com os pacientes, reforçando uma atuação puramente técnica por parte da equipe, ou seja, a comunicação também faz parte da relação profissional e paciente, não havendo essa ligação, a consulta se limita a um pedido de exames. As consultas são iguais para pacientes indígenas e não indígenas, e não há um respeito a diversidade cultural e étnica.

As consultas são marcadas pela aferição de sintomas e, conseqüentemente, pela biologização das doenças que terminam sempre com algum encaminhamento de medicação, e que se contrapõem as ideias relacionadas com tabus e concepções de corpo. Dependendo da gravidade da situação, o paciente é liberado para voltar à aldeia onde será acompanhado durante o período de tratamento pelos AIS, pela técnica de enfermagem e pela enfermeira. Caso seja necessário, o paciente fica em observação no Pólo-Base, recebendo acompanhamento dos profissionais. Segundo o médico Abraão, os atendimentos mais frequentes que chegam ao Pólo-Base são casos de desnutrição, doença de pele e problemas respiratórios.

Durante a pesquisa de campo procurava perguntar às técnicas de enfermagem e aos próprios Canelas sobre os seus sintomas, se já tinham realizado a consulta com o médico e, depois, perguntava às técnicas em enfermagem sobre o atendimento, assim como sobre os procedimentos para os encaminhamentos de exames e consultas. Os casos que dão entrada no Pólo-Base se forem considerados urgência/emergência e dependendo se forem crianças, adultos ou gestantes são encaminhados para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), hospital e ao materno infantil, onde o atendimento e a estrutura hospitalar é a mesma para pacientes indígenas e não indígenas e não há o respeito a diversidade. Um exemplo deste desrespeito é quando um Canela chaga ao hospital com seus acompanhantes, pois os Canelas na maioria das vezes andam em grupos, e o hospital só aceita a entrada de um acompanhante por pessoa. Os outros acompanhantes devem aguardar do lado de fora do hospital. Quando o tratamento é prolongado os acompanhantes aguardam a liberação do paciente no Pólo-Base ou na casa de algum parente na cidade.

De acordo com a assistente social da UPA, Carla, o prédio é climatizado com ar condicionado e pelo fato dos indígenas não gostarem do frio, existe uma sala com ventilador destinada aos indígenas. A funcionária não especifica a qual povo esta sala seria destinada se o indígena não quiser ficar no leito, provavelmente ali ficariam Canelas e Guajajara juntos sem nenhum atendimento diferenciado.

3.4. Classificação das doenças e o atendimento no Pólo-Base

O que percebi a partir das conversas com os Canela é que alguns classificam as doenças decorrentes do contato segundo sua própria lógica, não havendo relação de correspondência direta com os sintomas das enfermidades percebidas do sistema ocidental de saúde. Como não há um profissional Canela no Pólo-Base o diálogo dos profissionais com os pacientes se tornam uma grande dificuldade durante o atendimento, pois como não existe um acompanhamento adequado e o esclarecimento da situação para o paciente, esta situação acaba por acarretar na suspensão do tratamento e até na fuga do Canela do hospital.

Presenciei um caso de um Canela que saiu do hospital antes de realizar a consulta e as técnicas em enfermagem o procuraram, mas não o acharam. Tempos depois ele apareceu no Pólo alegando que precisava ir embora para a aldeia, pois sua esposa não queria mais ficar. De acordo com alguns relatos, muitas vezes o profissional tem que tentar convencer o paciente, que está dentro da carroceria do carro da SESAI, pronto para retornar para sua aldeia, que ele precisa ficar para continuar o seu tratamento. As vezes são tentativas sem sucesso e o paciente acaba voltando para a aldeia.

Os casos mais comuns de demanda por atendimento que chegam ao Pólo-Base são relacionados a: realização de pré-natal, tratamento de diabetes, encaminhamentos para o exame de tuberculose, problemas cardíacos, picada de cobra, consulta com o ortopedista por fratura ou lesões e doenças gastrointestinais.

Acompanhei o caso de Maria de Jesus *Kor*, que não fala português. Graças ao intermediário de seu companheiro Raimundo *Ihho*, que fala português e pôde realizar a tradução de nossa conversa, pude ter informações sobre sua doença. Raimundo relatou-me que a sua esposa estava grávida de três meses e teve um aborto de forma espontânea. Eles foram ao

hospital e, segundo Raimundo, o médico falou que ia ter que retirar o feto de sua esposa. Quando perguntei se ele saberia me dizer como ocorrera o aborto, Raimundo me disse:

Ela (Maria de Jesus *Kor*) começou a sentir dor muito forte aqui (mostrando a barriga), aí a gente foi no curador José *Prêprê* que falou que o “bebezinho não vai prestar” e passou, pra parar a dor, o chá de casca de sucupira e de aroeira. Mesmo assim a gente procurou o posto na aldeia e a enfermeira do posto encaminhou a gente para cá pro Pólo. O médico falou que vai ter que tirar o feto de dentro e passou o remédio pra dor (entrevista realizada em 19/08/2013).

No prontuário da técnica de enfermagem, que fez o acompanhamento, consta que a paciente deu entrada no Pólo-Base apresentando sangramento transvaginal, pois estava grávida de três meses e teve um aborto na aldeia. Maria de Jesus foi encaminhada ao hospital Materno Infantil de Barra do Corda, onde foi atendida pelo médico que constatou colo fechado e sangramento em pequena quantidade. O médico solicitou uma ultrassonografia e passou o medicamento *Buscopam*⁴⁵. É importante ressaltar que, durante os três dias que Maria de Jesus esperou o atendimento até a realização da ultrassonografia, ela queixava-se de dor e ainda continuava com o sangramento vaginal. Após realizada a ultrassonografia, foi constatado aborto incompleto e teve que ficar internada no hospital para hidratação e curetagem uterina. A paciente teve alta no dia seguinte e foi receitado *cefalexina*⁴⁶ três vezes ao dia como medicamento.

Pude perceber que a intermedicalidade é vivida pelos Canela entre as duas formas de sistemas de atenção à saúde, por meio da avaliação da eficácia de cada um deles em momentos específicos do processo de solução de enfermidades. Maria de Jesus e Raimundo

45 Indicado para o tratamento sintomático de cólicas dos tratos gastrintestinal e geniturinário, assim como cólicas e discinesias das vias biliares.

46 Indicada para o tratamento das seguintes infecções quando causadas por cepas sensíveis dos seguintes microrganismos:

Sinusites bacterianas causadas por estreptococos, *S. pneumoniae* e *Staphylococcus aureus* (somente os sensíveis à metilina).

Infecções do trato respiratório causadas por *S. pneumoniae* e *S. pyogenes* (a penicilina é o antibiótico de escolha no tratamento e prevenção de infecções estreptocócicas, incluindo a profilaxia da febre reumática. A Cefalexina é geralmente eficaz na erradicação de estreptococos da nasofaringe; contudo, dados substanciais estabelecendo a eficácia da Cefalexina na prevenção tanto da febre reumática ou da endocardite bacteriana não estão disponíveis até o momento).

Otite média devida a *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, estafilococos, estreptococos e *M. catarrhalis*.

Infecções da pele e tecidos moles causadas por estafilococos e/ou estreptococos.

Infecções ósseas causadas por estafilococos e/ou *P. mirabilis*.

Infecções do trato geniturinário incluindo prostatite aguda, causadas por *E. coli*, *P. mirabilis* e *Klebsiella pneumoniae*.

Infecções dentárias causadas por estafilococos e/ou estreptococos.

foram procurar primeiro um curador que passou como tratamento o chá de casca de sucupira e aroeira para depois buscarem os serviços ocidentais de atenção à saúde. Como demonstra Oliveira (2009) há uma imbricação entre as formas distintas de cuidado com o corpo e a saúde, o que não nega a existência de relações de poder e hierarquização dentro do campo da saúde indígena.

Segundo Krakosi Canela, que exerce a função de técnico de enfermagem na Aldeia Velha, por ter exercido a função de AIS, ele afirma que “já tinha a prática de medicamento”, pois sabia identificar uma gripe, uma febre e/ou encaminhar um caso mais grave para o posto ou para o curador. De acordo com Krakosi:

Têm certas doenças, eu no meu conhecimento, que o curador cura e tem certas doenças que o curador não cura. Então, pneumonia o curador não cura e infecção intestinal o curador não cura. Essas doenças eu sabia encaminhar, mas uma doença que é provocada por um espírito de animal aí o pajé resolve, e também não adianta encaminhar pra cá (Barra do Corda) que não resolvia. Por exemplo: uma mulher casada... uma criança recém nascida, se a criança... o pai ou a mãe, antes de terminar o resguardo se ficar um com outra pessoa, ter relação com outra pessoa a criança começa a chorar e não adiantava mandar pra Barra do Corda que não resolvia. Os pajé curava e dizia com quem o pai ficou ou a mãe (entrevista realizada em 22/08/2013).

Nesta fala podemos identificar uma situação resultante do contato interétnicos, em relação ao enfraquecimento do corpo, pois a procura pelos serviços biomédicos está condicionada em grande parte aos casos que são diagnosticados como “doença de branco”, doenças antes desconhecidas pelo povo Canela, e que devem ser resolvidos pelas técnicas de tratamento do sistema ocidental de saúde. Já os casos que resultaram no enfraquecimento do corpo, como no caso citado, de uma quebra de resguardo do pai ou da mãe, o *cai* deverá ser o responsável por fortalecer o corpo, além de descobrir quem transgrediu o resguardo. Na descrição abaixo sobre um ritual de reestabelecimento do *corpo forte* de uma criança,

Por volta das 18:30 do dia 11 de novembro de 2015 eu, Renan, Pedro (funcionários da FUNAI) e Reginaldo Canela, estávamos conversando sentados na escada da entrada da casa onde eu estava hospedado, quando o Canela Janlucas nos avisou que teria que ir ao Pólo-Base pois ele ficou sabendo, em conversa com outros Canelas que estavam na cidade de Barra do Corda, que um pajé *Apaniekra* da aldeia porquinhos estaria no Pólo e queria ir procura-lo pois a sua filha de nove meses estava sentindo febre e dor de cabeça. Então nos

levantamos, pois o Pedro se disponibilizou a leva-los de carro. Perguntei se eu poderia acompanhá-los ao Pólo e eles concordaram. Partimos em direção ao Pólo-Base eu, Pedro, Reginaldo, Janlucas, Arlene (esposa) e a sua filha Jarlene. Chegamos ao Pólo por volta das 19:00, Janlucas desceu do carro em direção a entrada do Pólo e eu o segui; adentramos no prédio à procura do pajé, enquanto Pedro, Reginaldo, Arlene e a sua filha aguardavam no carro o nosso retorno. Seguimos pelo corredor até os fundos do prédio, uma espécie de quintal que estava muito escuro, pois não havia iluminação, somente os reflexos da luz do corredor que iluminava algumas partes deste espaço e lá estava o Pajé, sentado no chão encostado na parede e conversando com mais dois indígenas. Quando chegamos neste local Janlucas cumprimentou os indígenas e logo em seguida virou para mim e disse: ele tá aí, mas tá muito bêbado, vou ver se ele faz.

Janlucas foi ao encontro do pajé e começaram a conversar na língua jê, enquanto isso eu fiquei esperando na escada que dava acesso ao prédio o resultado da conversa, e se realmente o pajé iria fazer o ritual de cura, mesmo alcoolizado. Janlucas retorna da conversa e me diz que o pajé irá fazer o procedimento. Voltamos ao carro para dar a notícia que o pajé aceitou fazer o ritual de cura e retornamos todos ao quintal. Ao retornar o pajé tinha mudado de local e agora estava sentado um pouco mais ao fundo, sobre um pedaço grande de concreto. Janlucas aproximou-se dele e falou algumas coisas na língua jê, daí o pajé se levantou, um outro indígena que estava ao lado fumando, lhe deu um cigarro já quase no final. O pajé pegou o cigarro e foi para uma parte mais plana que não tinha muitos buracos no chão.

O pajé chamou a Arlene e a filha para ficarem na sua frente, a esposa se aproximou com a sua filha no colo e o pajé deu uma tragada no cigarro e bafou na cabeça do bebê como se estivesse beijando. Deu outra tragada e fez o mesmo procedimento no peito do bebê. Esta sequência de movimentos se repetiu mais uma vez, e na terceira vez que ele repetiu os movimentos ele deu um trago, bafou nas suas mãos e cuspiu para o lado, deu mais uma bafurada na cabeça da bebê e depois cuspiu para o lado e jogou o cigarro fora. O pajé começou a conversar com Arlene como se estivesse fazendo perguntas e pela entonação ela falava como se estivesse respondendo. Tive essa impressão pela forma que o diálogo se construía, mas não tinha certeza pois a conversa era na língua jê.

O pajé terminou a conversa e saiu para o lado e começou a conversar com outros dois indígenas que estavam próximos. Logo em seguida Jeanlucas veio me avisar que já havia terminado o ritual e que a gente já poderia ir. Ele acertou o preço do ritual com o pajé, dei mais uma quantia para ajudar e fomos embora.

Saímos do Pólo e seguimos para uma pracinha próximo dali, durante o caminho fomos conversando sobre o ritual e Janlucas me falou sobre o que o pajé estava falando com a sua esposa. O pajé tinha perguntado

onde a bebê estava e a Arlene disse que ela tinha ficado sozinha na rede durante a tarde. Ele disse que a causa da febre era o *mekaron* e que agora ela iria ficar boa.

Esta descrição mostra a necessidade de se buscar uma articulação entre o serviço ocidental de atenção à saúde e os saberes tradicionais de atenção à saúde e como deve ser pensada o diálogo com estes curadores, pois como mostra Silveira (2004) em seu estudo sobre os Yanomami, o aspecto curador-doente é muito importante, pois espelha a diferença entre olhar a doença como evento patológico e percebê-la como processo existencial, pois para o curador a doença é resultado de um desequilíbrio que deve ser levado em conta o comportamento e a história em entorno do paciente e não somente os sintomas físicos que ele apresenta, que raramente são levados em consideração pelos profissionais de saúde diante dos doentes.

De acordo com a concepção Canela a mãe e a sua filha não podem ficar sozinhas em um ambiente, é preciso ficar mais outra pessoa com elas, pois algum *mekaron* pode fazer mal. Depois quando já estávamos em casa Janlucas precisou sair, e muito preocupado com esta situação de risco, nos pediu para fazer companhia a sua esposa e filha.

O *cai Apaniekra* Manoel Gomes Canela estava no Pólo-Base de Barra do Corda para realizar exames, pois sofre de hipertensão. Sua presença no Pólo-Base mostra a importância de se ter um curador ou pajé como referência no atendimento à saúde e/ou profissionais com capacitação para identificar doenças de branco e doenças que necessitam a intervenção do *cai*. O Canela que está na cidade por algum motivo (estudando ou recebendo pagamentos) e é acometido por algo que enfraqueça o seu corpo, se optar por procurar primeiramente um *cai* para realizar o restabelecimento do seu corpo ele deverá ser corretamente encaminhado para este curador e em seguida se necessário deverá ser encaminhado para algum profissional do Pólo-Base ou hospital. Devem ser pensadas estratégias para que essa opção de procura do *cai* para quem estiver na cidade também seja atendida, pois o que percebi é que não tem um pajé ou curador no Pólo.

Outra situação que identifiquei no momento que chegamos, apesar do Pólo-Base estar bem movimentado, e que havia apenas uma plantonista fazendo o atendimento, recebendo pacientes e realizando medicações. Esta profissional, desde a nossa entrada até a saída, em momento algum acompanhou o ritual e muito menos, procurou saber o que estava

acontecendo no local. E nenhum membro da família do bebê procurou a profissional para uma atenção primária.

Quando eu não estava em frente ao Pólo conversando com os Canelas, ficava na sala onde funciona a farmácia, conversando com a enfermeira Elziane, e com outros profissionais que prestavam atendimento no Pólo. Em um desses momentos, percebi que havia poucos remédios na sala e, conversando com a Carleana, responsável pela farmácia, ela me falou que os medicamentos chegavam mensalmente, mas muitos desses remédios não duravam um mês. Neste dia só havia paracetamol.

Como aqui antigamente não tinha uma pessoa que entendia de farmácia, quando eu cheguei aqui não tinha uma historinha da farmácia. O que que acontece... eu passei os quatro meses ajuntando tudo que o enfermeiro vinha me pedir: eu preciso disso, eu preciso tanto. Então tenho exemplos de enfermeiros hoje que eu sei a quantidade que ele gasta durante dois meses. Quando chega o medicamento, esse 60 por cento que eu distribuo entre eles, eu pego, já sei a quantidade que cada enfermeiro precisa, básica porque como acontece novas doenças direto então eu já mando a quantidade dos últimos dois meses que ele usou pra ele. Se essa quantidade for insuficiente ele vem aqui e pega novamente. Aí no próximo pedido eu acrescento, sempre acrescento de 15 a 25 por cento a mais, pra já não poder faltar. Claro que falta né, mas graças a Deus esse ano não tem faltado muito medicamento, pelo menos pra nossas gestantes, nossos hipertensos diabéticos. Na verdade as pessoas que tem problemas crônicos, eles estão bem amparados porque a gente faz essa distribuição pra dois meses logo. Sempre que eu peço vem pra dois meses.

- Tem algum medicamento que sai com mais frequência?

Os analgésicos e antibióticos, sai bastante, Xarope. Porque nós estamos... é... geralmente bem tropical aqui, tem bastante gripe aqui. Tem gripe quando tem chuva e gripe quando tem sol por causa da poeira. Aí antibiótico e principalmente analgésico sai bastante.

- Falta algum medicamento?

Eu tenho mil comprimidos de paracetamol hoje... na minha prateleira. Aí quando o enfermeiro vem pegar, aí o que que acontece, eu já vou e ligo pego um pedido emergencial com a coordenadora, eu faço a coordenadora mandar pra o DSEI. Eles me enviam se não estiver próximo ao meu mês. Digamos eu tenho mil comprimidos hoje e estão faltando 22 dias pra chegar medicamentos, com esses mil eu creio que consigo chegar nos 22 dias, terminar esse mês. Se não, terminar daqui a dois dias, aconteça alguma coisa e todos os enfermeiros vieram

buscar, aí eu ligo pra lá, faço o pedido e eles veem e reembolsam o meu estoque (entrevista realizada em 09/11/2015).

Quando faltava medicamento havia também a opção de levar a receita ao hospital Materno Infantil e retirar o remédio. Quando queriam algum medicamento e não tinham receitas, a enfermeira Elziane fazia receitas, até em pedaços de folha de papel sem qualquer timbre, para poderem pegá-los no hospital. Pude observar, a partir da ida de Canelas com receitas que muitas vezes ele deveria comprar na farmácia fora do Pólo Base, por não ter certos medicamentos para dar continuidade ao seu tratamento, como me relatou o técnico de enfermagem do Pólo Base, o Guajajara Ítalo:

Não tem medicação para continuidade de tratamento. O médico passa a receita e lá vem o índio com a receita na mão e entrega la pra farmácia (Pólo Base) e ela fala: isso aqui e isso aqui tem que comprar, isso aqui não tem. Então como o paciente vai ficar bom se não tem um tratamento certo? Eles próprio compram a medicação deles. Ali na farmácia não tem todos as medicação, só alguns remédios. Não tem remédio mais forte, antibiótico. Tem medicação que o médico passa que só tem na farmácia não tem ali no base (Pólo Base) (entrevista realizada em 10/11/2015).

Como não tem um acompanhamento na hora da compra dos remédios na farmácia, muitos indígenas têm dificuldades por não terem informações sobre os medicamentos, presenciei um caso em que o indígena chegou ao Poló Base com uma medicação e entregou para a enfermeira de plantão, ela olhou e disse que o remédio estava errado, pois não era o mesmo que estava especificado na receita e o indígena teve que comprar outro.

Apesar de ter ouvido de alguns profissionais que depois da regularização e frequência da ida das equipes multidisciplinares de saúde às aldeias indígenas havia diminuído a busca pelo Pólo-Base, Roberto Guajajara e assistente social, afirmou que deveria haver um DSEI Timbira para atender aos povos do tronco linguístico Jê, pois:

só assim haveria uma especificidade de atendimento e de acomodação do lugar, pois os Canela ficariam separados dos *Guajajara* e assim seria respeitado as suas especificidades. Por que tem um choque cultural muito grande de indígena com não-indígena e imagina como é de indígena de etnias diferentes que não se dão bem? (entrevista realizada em 26/08/2013).

Assim como Raimar, ouvi vários relatos de Canela sobre a dificuldade de ficar no Pólo-Base, pelas condições oferecidas, que não fazem parte da realidade cultural do povo Canela e muito menos segue as condições para o reestabelecimento do corpo forte. Como podemos

perceber até agora a abordagem dos serviços de saúde implica em tratar não apenas dos serviços e atendimentos realizados pela EMSI no Pólo-Base mas tentar compreender como se relacionam estas distintas formas de atenção à saúde em um contexto específico.

3.5. Sistemas em conflito: uma zona de tensão entre dois saberes e práticas

De acordo com Athias e Machado (2001) a área de conhecimento em que devem ser centradas as atenções no processo de implantação dos distritos é a de planejamento e organização dos serviços de saúde. Pois essa noção de organização, para que seja eficiente e eficaz, demandaria informações básicas sobre os povos indígenas no tocante a suas concepções de doença e saúde, práticas de cura e também sobre sua cosmologia, que são fundamentais para estabelecer um processo de planejamento que contemple as necessidades básicas e estratégicas do povo indígena em que se está atuando.

Novo (2011), em pesquisa realizada no Parque indígena do Xingu, sobre o posto de atenção à saúde indígena, afirma que por ser um espaço de contato entre os saberes ocidentais de saúde e os saberes tradicionais, onde a equipe multidisciplinar permanece, este se torna um espaço de fluidez e trocas entre diferentes grupos culturais. É um espaço de fronteira, onde se encontram dois mundos, o indígena e o não indígena.

Entre os Canela, o posto de saúde da aldeia Escalvado, passa a ser composto pelo *cai*, legitimado e reconhecido pela sociedade indígena, as técnicas de enfermagem e enfermeiras, com conhecimento da biomedicina, legitimadas pela sociedade ocidental em seu saber para tratar do corpo e da saúde. Esses dois agentes sociais estão situados num campo comum, o campo do conhecimento sobre a saúde/cuidado/enfermidade: o campo da cura, que é marcado por tensões e conflitos entre os agentes.

A relação entre os profissionais que prestam serviços de atenção à saúde no Posto deveria se dar por meio da interculturalidade ou, como denomina Foller (2004), de intermedicalidade. O posto é uma zona de contato onde ocorrem confrontos, oposições e conflitos de dois modelos distintos de se pensar a questão da saúde. Para Novo,

De um lado, aparecem os conceitos próprios do modelo sanitaria nacional – conceitos estes que se apresentam localmente por meio dos cursos de formação de AIS, bem como por intermédio da atuação de profissionais não indígenas em território indígena; do outro lado, esta discussão remete às concepções internas às sociedades indígenas com suas terapêuticas tradicionais vinculadas à cosmologia, à organização sociopolítica e ao ethos local, além das diversas incorporações e ressignificações que são feitas dos elementos provenientes da medicina ocidental – entendida aqui como sinônimo de biomedicina, em contraposição às chamadas “terapêuticas tradicionais”. (Novo 2011:1364)

No posto de atendimento aos Canela, ao contrário do que preconiza a política de atenção à saúde em relação ao atendimento diferenciado, o comportamento das técnicas em enfermagem e enfermeiras, resulta de iniciativa própria e da sensibilidade que desenvolveram no contato com este povo, pois não ocorre a capacitação desses profissionais para que possam trabalhar com base nos saberes e práticas de reestabelecimento do corpo Canela.

Diferentemente dos outros profissionais da equipe multidisciplinar, as técnicas e enfermeiras estão mais próximas dos Canelas, devido ao contato cotidiano, e acabam adquirindo um conhecimento mínimo dos saberes Canela. A técnica de enfermagem Clara afirmou, quando perguntada se já tinha recebido algum tipo de capacitação ou treinamento para trabalhar com os Canela que:

Nunca teve treinamento para todos os funcionários, de como trabalhar com os indígenas mas como a gente trabalha com os Canela, a gente sabe dos costumes deles (entrevista realizada em 21/08/2013).

Os consensos e acordos entre os dois modelos no atendimento à saúde são percebidos principalmente nos momentos de diagnosticar enfermidades, quando atuam em conjunto com o *cai*, as técnicas de enfermagem e as enfermeiras. As ocorrências mais comuns em que essa parceria atua em conjunto são nos casos de descumprimentos de resguardo, feitiços e picadas ou substâncias de cobra. Para os Canela a cobra é considerada um animal poluente e, por isso, alvo de várias restrições.

Marcos Barbosa Pacheco (2014) nos traz o seu relato de experiência intercultural como médico, mostrando o caso de um indígena que foi picado de cobra e deu entrada na Unidade Mista em Barra do Corda, onde ele trabalhava na década de noventa. De acordo com Pacheco (2014), quando estava em seu plantão durante a madrugada, um indígena com o quadro

clínico de acidente ofídico grave deu entrada no hospital. Logo na chegada do paciente, o médico se assustou com a quantidade de acompanhantes que seguravam ou tocavam na rede que transportava o indígena, mostrando a dificuldade dos profissionais não-indígenas em lidar com esse tipo de situação em que a família acompanha o indígena. De acordo com o autor, os acompanhantes lotavam a carroceria de uma caminhonete Toyota Bandeirante da FUNAI (Pacheco 2014:91).

Outra dificuldade que Pacheco (2014) chama atenção é para o diálogo sobre as ações que o profissional de saúde deverá tomar em relação ao paciente, pois, devido a dificuldade das línguas diferentes, foi necessário a ajuda de um funcionário da FUNAI para conseguir se comunicar com dois acompanhantes do paciente, para a realização dos exames. Na enfermaria, durante uma visita de rotina o médico e autor se depara com mais uma situação que não está acostumado, em que ele classifica como uma cena esdrúxula, pois haviam removido os outros pacientes e o índio que havia sido picado estava só, com a maca um pouco afastada da parede, os dois acompanhantes sentados numa outra maca atentos ao que parecia ser um ritual: um pajé andando ao redor da cama como se fizesse uma reza qualquer (Pacheco 2014:92).

O autor menciona que durante o ritual não atrapalhou, e que também o pajé não tomou conhecimento da sua presença no local. Nestes casos, como o indígena estava com a urina escura e respirando com dificuldade, a preocupação é de uma possível insuficiência renal e respiratória que podem levar o paciente a óbito. Ao amanhecer Marcos Pacheco fez a visita e exames aos pacientes que estavam sob a sua responsabilidade.

Por volta das seis da manhã, levantei, lavei o rosto para acordar melhor e fui passar a visita nos pacientes mais graves e parturientes. Minha prioridade era o índio. Outra surpresa. Ao chegar à enfermaria, encontrei-o sentado na cama, relativamente bem em relação à sua admissão, imediatamente olhei o coletor de urina – clara e abundante, sinal de que já havia sido trocado. Graças a Deus! Praticamente afastada a possibilidade de insuficiência renal, letal nesses casos (Pacheco 2014:94).

Este relato evidencia uma atitude de sensibilidade cultural do médico no atendimento ao indígena e, apesar do estranhamento, aceitar que o pajé realize o ritual de cura. Ao final de toda a ação ele reflete sobre qual das técnicas teria curado o indígena, se foi o médico com suas práticas curativas ocidentais ou o pajé com os seus conhecimentos tradicionais de cura

em saúde. O autor afirma que fez os procedimentos necessários para a cura mas reconhece que para o paciente e seus acompanhantes o pajé é quem realmente foi o responsável pelo restabelecimento do corpo forte, pois foi ele quem suou a camisa a noite inteira, enquanto o médico fez os procedimentos em mais ou menos trinta minutos.

Podemos perceber que para os sistemas ocidentais de atenção à saúde, a eficácia das plantas e dos medicamentos radica-se nos efeitos que seus componentes bioquímicos têm no corpo, e os sistemas tradicionais de atenção à saúde atribuem sua eficácia a agências subjetivas, como mostra Lévi-Strauss (2008) ao afirmar que a eficácia simbólica implica na crença das técnicas e práticas de cura.

... a eficácia da magia implica a crença na magia, que se apresenta sob três aspectos complementares: primeiro, a crença do feiticeiro na eficácia de suas técnicas; depois, a do doente de que ele trata ou da vítima que ele persegue, no poder do próprio feiticeiro; e, por fim, a confiança e as exigências da opinião coletiva, que formam continuamente uma espécie de campo de gravitação no interior do qual se situam as relações entre o feiticeiro e aqueles que ele enfeitiça (Lévi-Strauss 2008:182).

Scopel et al. (2012) mostra que essa característica relacional demonstra a heterogeneidade e o dinamismo dos atores e práticas sociais e culturais em processos de saúde e doença e o papel decisivo da autoatenção, pois os atores podem articular diferentes formas de atenção e mesmo alterná-las (Scopel et al. 2012:185).

Para Novo (2011) os significados dos eventos culturais, e isso inclui os processos de saúde/doença, emergem da relação que se estabelece entre os indivíduos em um processo de significação e ressignificação contínuo que ocorre dentro das possibilidades lógicas internas aos grupos sociais. “Em momentos e espaços onde se efetivam as relações entre diferentes sistemas terapêuticos, há uma participação ativa de ambas as partes, que atribuem significados às experiências vividas e possibilitam, assim, a criação de sistemas híbridos de tratamento” (Novo 2011:1364).

Pude observar entre os Canela essa hibridização em alguns casos, como por exemplo, o sintoma de dor de cabeça quando demandam logo remédios para que a dor passe, havendo assim, uma mudança na concepção de saúde Canela à medida em que vão se apropriando de novas práticas para a construção do *corpo forte* onde o medicamento pode sanar o corpo fraco.

Para Oliveira (2004:28):

Tais técnicas de “assistência” levam frequentemente à destruição de sistemas terapêuticos autônomos e à instituição de fortes vínculos de dependência com as instituições alienígenas, fazendo com que o indígena ingresse nesse universo por intermédio de uma mercadoria (o remédio como símbolo de cura). A medicalização progressiva aumentará ainda mais essa dependência, pois toda ação de saúde permanecerá centrada em *mercadorias*, que não são produzidos pelos indígenas (como os equipamentos e exames, os especialistas e a administração de remédios).

A medicação é parte de um processo histórico de implantação de uma medicina curativa e paternalista, marcada pela distribuição de medicamentos como meio de viabilizar as relações de contato. Por outro lado, essa prática reforça a lógica nativa de busca instrumental por tratamentos considerados eficazes no controle dos sintomas. O desejo/consumo de medicamentos e de outras mercadorias simboliza o acesso ao processo civilizatório, que é vivenciado por muitas lideranças como objetivo bastante desejável (Garnelo et al 2001:282).

Referindo-se aos atendimentos realizados em grande parte das aldeias indígenas, Athias & Machado (2001) apontam que a dificuldade dos profissionais de saúde para não serem tão flexíveis em aceitar “outros” modelos que fogem àqueles já preconizados de assistência à saúde, se deve a uma falha em seu processo de formação acadêmica que por não incluir as disciplinas relativas às Ciências Sociais e à Antropologia da Saúde nos currículos. A concepção de saúde e doença existente entre os povos indígenas interfere no modelo de assistência à saúde ocidental, e os profissionais de saúde, por não terem um conhecimento mais aprofundado dessas concepções, encontram dificuldade para se adaptar e trabalhar com estes modelos (Athias & Machado 2001:429).

Conclusão

O entendimento do significado do ser Canela perpassa pelo denominado corpo forte (Oliveira 2008), que se constrói respeitando tabus e restrições às contaminações. É possível observar que a inserção da medicina ocidental está alterando esse processo, e ressignificando a noção de corpo forte, pois ao primeiro sintoma de dor os índios buscam logo o posto de saúde para obter algum remédio. Assim, de uma lógica preventiva de manutenção do *corpo forte*, os Canelas estão aceitando uma lógica curativa medicamentosa. O *corpo fraco* passa a ser compreendido como um estado que pode ser sanado por um medicamento, podendo ser desvinculado do cumprimento das regras e tabus. Essa tem sido uma ressignificação que os Canelas têm feito da construção do *corpo forte*, incorporando saberes decorrentes da relação interétnica.

O acompanhamento dos trabalhos da EMSI permitiu que pudesse observar e colher alguns relatos sobre a visão que eles têm do povo Canela atendido no Pólo-Base, mostram que é necessária uma transformação dos hábitos afim de se adequarem as práticas Canela e às concepções de *corpo forte* e *corpo fraco*.

Este desconhecimento resulta na acusação de descaso e maus cuidados com os pacientes que somente seriam levados ao Pólo-Base quando já estivessem em uma situação muito ruim, pois seriam segurados pelo curador e até mesmo pela família na aldeia. Este tipo de reclamação por parte da EMSI reforça um discurso ético fundamentados nos preceitos tecnicistas da biomedicina e seus conceitos de saúde, corpo, adoecimentos e morte que não se adequa aos saberes e práticas de saúde Canela.

Esta atenção à saúde diferenciada gera conflitos de interesses com os povos indígenas que reivindicam o acesso aos serviços de atenção à saúde com qualidade e que as especificidades sejam garantidas. Neste sentido busquei compreender como se estabelece a relação, entre os profissionais da EMSI, no que se refere ao respeito às especificidades socioculturais, as classificações, tanto quanto os conceitos de saúde e doença, pois não são universais e sua diversidade não é reconhecida pelos profissionais da saúde que atuam nos serviços de atenção à saúde indígena principalmente relacionados aos conhecimentos Canela.

A categoria “doença de branco”, para se referir às doenças de origem externa ao povo Canela, decorrentes do contato interétnico, deve ser analisada como parte integrante do

sistema etiológico da sociedade, como um fato que causa o desequilíbrio do sistema tradicional de atenção à saúde, assim como as práticas, que visam a manutenção do *corpo forte* como tabus, regras sociais, a evitação de contatos com substâncias poluentes e situações onde há risco de contaminação por fluidos corporais que afetam o indivíduo e o grupo.

Além das concepções divergentes referentes à saúde, doença e cura, estes profissionais se preocupam com uma doença não categorizada como doença pelo povo, não reconhecida como sendo de competência da medicina ocidental. No caso dos Canelas, o cai tem o papel de investigar e classificar as causas das doenças e dimensionar se o caso é de sua competência ou de outro curador para assim realizar as práticas terapêuticas específicas àquela enfermidade. Quando o Canela já está doente, procura o cai e as plantas terapêuticas. Pude perceber que o tratamento de tolerância dos profissionais não-indígenas de saúde em relação aos curadores causa uma certa depreciação aos conhecimentos tradicionais de saúde, pois estas práticas tradicionais de reestabelecimento do corpo tendem a ser avaliadas como misticismo ineficaz, cujos resultados, quando são reconhecidos pelos profissionais da EMSI, são tidos como efeito psicossomático.

Os saberes tradicionais Canela não são trabalhados em conjunto pela EMSI como é prevista na política de atenção à saúde indígena, contudo observei uma postura de respeito. Os atendimentos efetuados no Pólo-Base só levam em consideração os saberes biomédicos, pois o conhecimento adquirido sobre os saberes tradicionais Canela não é suficiente para possibilitar a utilização destas práticas de forma segura e responsável.

As consultas são marcadas pela aferição de sintomas e, conseqüentemente, pela biologização das doenças que terminam sempre com algum encaminhamento de medicação, e que se contrapõem as ideias relacionadas com tabus e concepções de corpo.

No hospital, é um local que não está adequado para atender as tradições e regras de resguardos dos Canela, muito menos há uma adequação mínima da estrutura hospitalar para o parto, podendo tornar-se um local de grande poluição para a mãe e seu bebê

Porém a intermedicalidade é vivida pelos Canela entre as duas formas de sistemas de atenção à saúde, por meio da avaliação da eficácia de cada um deles em momentos específicos do processo de solução de enfermidades. Há uma imbricação entre as formas

distintas de cuidado com o corpo e a saúde, o que não nega a existência de relações de poder e hierarquização dentro do campo da saúde indígena.

A criação dos DSEIs, ocorreu na tentativa de articular a biomedicina ocidental com os sistemas tradicionais de saúde indígena, porém no caso Canela não ocorre isso, como demonstrado anteriormente. Assim como ocorreu na definição e organização dos DSEIs, onde deveriam ser realizadas discussões e debates com a participação de lideranças e organizações indígenas, junto aos órgãos do Estado, Antropólogos etc. mas não ocorreu desta maneira, o debate sobre a criação da SESAI ocorreu da mesma forma.

Recentemente houve uma proposta para a criação do Instituto Nacional de Saúde Indígena (INSI), onde as organizações indígenas não foram consultadas e que a medida do governo federal nem se quer abriu o diálogo com os povos demonstrando os equívocos que permanecem na execução da política de saúde indigenista.

A falta de diálogo e da execução de políticas específicas de saúde, resultou na separação do Pólo-Base a pedido dos próprios Canelas, que utilizaram como argumento a diferença cultural e social em relação aos demais povos que vivem na região de Barra do Corda, criando o subpolo Ramkokamekra, para um atendimento mais específico. Mostrando um retrocesso, em 2010, os subpolos foram desfeitos e os três povos passaram a ser novamente atendidas em um mesmo Pólo-Base.

A saúde dos povos indígenas resulta da interação de alguns elementos fundamentais que são condições determinantes no atendimento e que devem ser valorizados nos DSEIs como: acesso à posse de terra; grau de contato com a sociedade nacional; liberdade para viver a sua singularidade (padrões alimentares, de educação, de moradia e de trabalho); acesso à vacinação e aos serviços de saúde (Dos Santos Luciano 2006:186).

De acordo com Coimbra & Santos (2000), a vivência de situações de discriminação diretas ou indiretas, que os povos indígenas passam no DSEI, é considerado um elemento desencadeador de doenças, ainda mais quando esta experiência ocorre em um contexto de serviço destinado à atenção em saúde.

A política de atenção a saúde dos povos Indígenas prevê que a equipe de saúde que irá prestar assistência aos índios, deve ser formada por profissionais “capacitados” para atender os povos indígenas. Como pude observar esses profissionais não recebem

capacitações e é perceptível o desconhecimento destes profissionais no que se refere aos saberes Canelas e os preceitos presentes no sistema indigenista de atenção à saúde que remetem a articulação entre os saberes.

Os DSEI expressam uma universalização do atendimento de saúde no Brasil. Os povos indígenas foram, inseridos no Sistema Único de Saúde e as especificidades de cada povo são desconsideradas em nome de um modelo de atenção nacional.

A grande questão que se coloca para maiores reflexões é como o Estado que destaca a igualdade e a universalidade pode trabalhar o respeito à diferença que caracteriza os povos indígenas? A experiência junto aos Canelas levou-me a questionar: como profissionais, que não são capacitados para trabalhar com uma cultura diferenciada podem atender as especificidades e aprender a respeitá-las?

Outro fator determinante para a melhoria do atendimento nos DSEIs, é a importância de se ter um curador ou pajé como referência no atendimento à saúde do Pólo Base e/ou profissionais com capacitação para identificar “doenças de branco” e doenças que necessitam a intervenção, no caso dos Canela o *cari*, deve ser valorizada e devem ser pensadas melhorias na articulação destes curadores que são referências nos saberes tradicionais de atenção à saúde indígena.

Referências

Legislação citada

Brasil. Decreto Nº 23, de 04 de fevereiro de 1991. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0023.htm> Acesso em 25 jan. 2013.

_____. Decreto no 1.141, de 05 de maio de 1994. Dispõe sobre as ações de proteção ambiental, saúde e apoio às atividades produtivas para as comunidades indígenas. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D1141.htm> Acesso em 25 jan. 2013.

_____. Medida Provisória Nº 1.911-8, de 29 de julho de 1999. Altera dispositivos da Lei no 9.649, de 27 de maio de 1998, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/Antigas/1911-8.htm> Acesso em 25 jan. 2013.

_____. Decreto Nº 3.156, de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nºs 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3156.htm> Acesso em 30 jan. 2013.

_____. Portaria Ministério da Saúde Nº 254 de 31 de janeiro de 2002. 2002. Aprova a Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas. Disponível em <http://6ccr.pgr.mpf.gov.br/institucional/grupos-de-trabalho/saude/docs_legislacao/portaria_254_2002.pdf> Acesso em 30 jan. 2013.

_____. Câmara dos Deputados. Projeto Lei Nº. 3.958/08. Altera a Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, que cria secretaria na estrutura do Ministério da Saúde; e cria cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS, destinados ao Ministério da Saúde. Disponível em <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=408401>> Acesso em 06 mar. 2013.

_____. Portaria Nº 1.922 de 11 de setembro de 2008. Cria Grupo de Trabalho com o objetivo de discutir e apresentar proposta de ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde no que se refere à gestão dos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-1922.htm>> Acesso em 06 mar. 2013.

_____. Portaria Nº 3.034, de 17 de dezembro de 2008. Cria Grupo de Trabalho com o objetivo de discutir e apresentar proposta de ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde, no que se refere à gestão dos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas. Disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt3034_17_12_2008.html> Acesso em 06 mar. 2013.

_____. Portaria Nº 3.035, de 17 de dezembro de 2008. Designa os representantes do Grupo de Trabalho instituído pela Portaria nº 3.034/GM de 17 de dezembro de 2008, com o objetivo de discutir e apresentar proposta de ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde no que se refere à atenção a saúde dos povos indígenas, visando à incorporação de competências e atribuições procedentes da Fundação Nacional de Saúde nessa área. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt3035_17_12_2008.html> Acesso em 06 mar. 2013.

_____. Lei Nº 12.314, de 19 de agosto de 2010. Altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, 8.745, de 9 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, e 8.029, de 12 de abril de 1990, que dispõe sobre a extinção e dissolução de entidades da administração pública federal; revoga dispositivos da Lei no 10.678, de 23 de maio de 2003; e dá outras providências. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12314.htm> Acesso em 06 mar. 2013.

_____. 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. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7336.htm> Acesso em 06 mar. 2013.

_____. Portaria Nº-24, de 1º de junho de 2012. Institui Grupo de Trabalho para analisar e avaliar os contratos administrativos vigentes sob a responsabilidade da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS). Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/port24_010612.pdf> Acesso em 11 mar. 2013.

_____. Decreto Nº 7.797 de 30 de agosto de 2012. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7797.htm> Acesso em 11 mar. 2013.

Bibliografia citada

Amorim Oliveira, A. C. 2008. *Ritos, corpos e intermedialidade: análise das práticas de resguardos de proteção entre os Ramkokamekra/Canela*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia da UFPE. Recife. Manuscrito inédito.

Athias, R. 2003. Conselhos de saúde, participação e Políticas Públicas de Saúde Indígena. In: *27º Encontro anual da ANPOCS*. Disponível em <http://portal.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=4245&Itemid=316> Acesso em 19 jan. 2015.

Athias, R., & Machado, M. 2001. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cad Saúde Pública*, 17(2): 425-31.

- Almeida, M. R. M. de. 2009. *A construção do ser Canela. Dinâmicas educacionais na aldeia Escalvaldo*. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Maranhão, São Luís. Manuscrito inédito.
- Almeida Filho, C. L. 2010. *Políticas indigenistas de saúde e os saberes tradicionais canela*. Monografia. Curso de Ciências Sociais. Universidade Federal do Maranhão, São Luís. Manuscrito inédito.
- Almeida Filho, C. L. & Coelho, E. M. B. 2010. Políticas de saúde indígena e os saberes tradicionais canela. *Cadernos de Pesquisa*. 16:3.
- Azanha, G. 1984. *A forma "Timbira": estrutura e resistência*. São Paulo: USP. Dissertação de Mestrado.
- Barata, M. H. 1993. *A antropóloga entre facções políticas indígenas: um drama do contato interétnico*. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi. 140p.
- Bartolomé, M. A. 2002. Movimientos indios en América Latina: Los nuevos procesos de construcción nacionalitaria. *Série Antropologia*. 321. Brasília.
- Buchillet, D. 1991. A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde, in *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Editado por D. Buchillet. Belém, MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP. pp.21-44.
- _____. 2004. Cultura e saúde pública: reflexões sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro, in *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Pp. 53-67. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Antropologia.
- Caroso, C. 2004. A imagem e a ética na encruzilhada das ciências, in *Antropologia e ética: O debate atual no Brasil*. Editado por C. Víctora et al. pp. 137-50. Niterói: EdUFF.
- Castrol, J. T. 2008. Vá e conte ao seu povo: interpretações e mediações no trabalho antropológico. In *Boletim do MPEG. Ciências Humanas*. 3(1): 79-91, jan.-abr.
- Coelho, E. M. B. 2008. A saúde e a educação indigenistas no Maranhão, in *Estado multicultural e políticas indigenistas*. Editado por E. M. B. Coelho. São Luís: EDUFMA/CNPQ.
- Crocker, W. H. 1958. *Os índios Canelas de hoje: nota prévia*. Museu Paraense Emilio Goeldi. Belém.
- _____. 1982. Canela "Initiation Festivals: "Helping Hands through Life"", in *Celebration Studies in Festivity and Ritual*. Editado por V. Turner. Washington, DC: Smithsonian Institution Press. Smithsonian Institution, Department of Anthropology (NMNH), pp.147-158p.
- _____. 1978. "Estórias das épocas de pré e pós-pacificação dos Rankokanmekra e Apaniekra-Canela", in *Boletim do MPEG: Série Antropologia*, Belém: MPEG, 68:30.
- _____. 1990. The Canela (Eastern Timbira). In: *An Etnografic Introduction. Smithsonian Contributions to Anthropology*, Number 33. Washington, D.C.
- Crocker, W. H.; Watanabe, B. 2002. *The Canela: a website*. Washington: Smithsonian Institution's.
- Crocker, W. H; Crocker, J. G. 2009. *Os Canelas: parentesco, ritual e sexo em uma tribo da Chapada Maranhense*. Rio de Janeiro: Museu do Índio. 240p.

- Coelho, E. M. B. 2009. Novas formas de gestão das políticas indigenistas. *Revista de Políticas Públicas* 13:89-95.
- Coimbra Jr, C. E. A., & Santos, R. V. 2000. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*, 5(1): 125-32.
- Cruz, K. R. da. 2007. *Os desafios da particip(ação) indígena na saúde indigenista*. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão, São Luís. Manuscrito inédito.
- Cruz, K. R. da. & Coelho, E. M. B. 2012. A saúde indigenista e os desafios da particip(ação) indígena. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.21, supl.1, pp.185-198.
- Douglas, M. s/d. *Pureza e perigo: ensaio sobre as noções de poluição e tabu*. Rio de Janeiro: Edições, 70.
- Ferreira, L. B. 2012. *O controle social no subsistema de atenção à saúde indígena: uma reflexão bioética*. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Bioética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Manuscrito inédito.
- Foller, M-L. 2004. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde, in *Saúde dos Povos Indígenas: Reflexões sobre Antropologia Participativa*. Editado por E. J. Langdon; L. Garnelo. Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Antropologia. pp. 129-147.
- Gallois, D. T. 1991. A categoria "doença de branco": ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena, in *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Editado por D. Buchillet. pp. 175-205. Belém: MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP.
- Garnelo, L. 2003. *Poder hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do alto Rio Negro*. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz. 239p.
- Garnelo, L., & Wright, R. 2001. Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa. *Cad. Saúde Pública* 17(2):273-284.
- Garnelo, L. 2012. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Editado por L. Garnelo e A. L. Pontes. - Brasília: MEC-SECADI.
- Gomes, F. E. B. 2007. *Das "trevas" à luz": Os Canela a caminho do "desenvolvimento sustentável"*. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Maranhão, São Luís. Manuscrito inédito.
- Kowalski, A. 2008. "Tu és quem sabe" – Aukê e o mito canela de "ajuda aos índios". Tradução Peter Naumann. Brasília: Paralelo 15. 296p.
- Kymlicka, W. 1996. *Ciudadanía Multicultural*. Paidós: Buenos Aires.
- Ladeira, M. E. 1982. *A troca de nomes e a troca de cônjuges: uma contribuição ao estudo do parentesco timbira*. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo:
- Laplantine, F. 2010. *Antropologia da Doença*. 4º ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.
- Langdon, J. E. 1991. Percepção e utilização da medicina ocidental pelos índios Sibundoy e Siona no sul da Colômbia. In *Encontro Mediciniais Tradicionais e Política de Saúde na Amazonia*. CEJUP. pp. 207-27.

- _____. 2000. *Salud y pueblos indígenas: los desafíos en el cambio de siglo*, in *Salud y Equidad: una Mirada desde las Ciencias Sociales*. Editado por R. Briceño-León; M.C.S. Minayo & Coimbra Jr., C.E.A.). pp. 107-119. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- _____. 2004. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração de antropólogos e profissionais de saúde, in *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Editado por E. J. Langdon & L. Garnelo. pp. 33-51. Rio de Janeiro: ABA/Contracapa.
- Langdon, E. J., & Wiik, F. B. 2010. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev Lat Am Enfermagem* 18(3):459-66.
- Lévi-Strauss, C. 2008. *Antropologia estrutural*. São Paulo. Cosac Naif.
- Libório, A. P. 2000. *O Xamanismo e a medicina ocidental entre os Ramkokamekrá: Concepções e práticas em saúde/doença*. Monografia. Curso de Ciências Sociais. Universidade Federal do Maranhão, São Luís. Manuscrito inédito.
- Loyola, M. A. 1991. Medicina tradicional e medicinas alternativas, in *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Editado por D. Buchillet. Belém, MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP. pp. 125-133.
- Luciano, G. J. S. 2006. *O índio brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje*. Ministério de Educação, SECAD.
- Mauss, M. 2003. As técnicas do corpo, in *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Ed. Cosac e Naify.
- Minayo, M. C. S. 1991. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. *Revista de Saúde Pública* 25(3):233-238.
- Nimuendajú, C. 1944. *Os Timbira Orientais*. Belém do Pará.
- _____. 2001. A Corrida de Tora dos Timbira – *MANA* 7(2):151-194.
- Nunes, E. D. 2000. *A doença como processo social*, in *Ciências sociais e saúde para o Ensino médico*. Editado por A. M. Canesqui. São Paulo: Hucitec. p. 217-229.
- Novo, M. P. 2011. Política e Intermedialidade no Alto Xingu: do modelo à prática de atenção à saúde indígena, in *Cad. Saúde Pública*, 27(7):1362-1370.
- _____. 2009. Saúde e Interculturalidade: A participação dos Agentes Indígenas de Saúde/AISS do Alto Xingu, in *Revista de Antropologia Social dos Alunos do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social-UFSCar*. 1(1):122-147.
- Oliveira, J. P. D. 2004. Pluralizando tradições etnográficas: sobre um certo mal-estar na antropologia, in *Saúde dos Povos Indígenas: Reflexões sobre Antropologia Participativa*. Editado por E. J. Langdon; L. Garnelo. pp. 09-32. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Antropologia.
- Oliveira, A. L. R. de. 2002. *Ramkokamekra-Canela: dominação e resistência de um povo Timbira no centro-oeste maranhense*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Campinas-IFCH. Campinas. Manuscrito inédito.
- _____. 2006. *Messianismo Canela: Entre o Indigenismo de Estado e as Estratégias do Desenvolvimento*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão, São Luís. Manuscrito inédito.

Panet, R.-F. de F. 2003. *L'espace du village Ramkokamekra et ses corrélations avec son cadre socioculturel*, Dissertação de mestrado, dir. Michel Perrin, EHESS. Manuscrito inédito.

_____. 2010. *'i-mã a krupênprãm !' prazer e sexualidade entre os Canelas*. Tese de Doutorado. École Pratique des Hautes Études, Paris-França e Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão. São Luis. Manuscrito inédito.

Pereira, R. P, Coelho, B. E. M. 2012. O descompasso entre os saberes Canelas e as práticas biomédicas. *R. Políticas Públicas*, 16(1):223-231.

Rolande, J. F. 2013. *Moços feitos, moços bonitos: a ornamentação na prática Canela de construir corpos bonitos e fortes*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Maranhão. São Luís, UFMA. Manuscrito inédito.

Sá, R. R. D. 2009. *Nunca deixamos de ser índio: educação escolar e experiência na (da) cidade entre os Ramkokamekrá-kanela*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Manuscrito inédito.

Scopel, D. et al. 2012. Cosmologia e Intermedialidade: o campo religioso e a auto atenção às enfermidades entre os índios Munduruku do Amazonas, Brasil. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 6(1).

Seeger, A. et al. 1979. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. *Boletim do Museu Nacional* 32:2-19.

Silva Junior, J. A. da. 2006. *Mito de Awkhê Ressignificado: os movimentos Messiânicos – Canela*. Monografia apresentada ao Curso de Ciências Sociais da Universidade Federal do Maranhão. Maranhão. Manuscrito inédito.

Souza, M. C. D. 2004. Parentes de sangue: incesto, substância e relação no pensamento Timbira. *MANA* 10 (1): 25-60.

Souza, K. F. 2011. *As práticas curativas tradicionais Canela e o atendimento oficial a saúde: o papel do AIS como mediador*. Monografia apresentada ao Curso de Ciências Sociais da Universidade Federal do Maranhão. Maranhão. Manuscrito inédito.

Tempesta, G. A. 2010. Os fluidos limites do corpo. Reflexões sobre saúde indígena no leste de Roraima. *Anuário Antropológico* 1:129-148.

Turner, V. W. 1974. *O processo ritual: estrutura e anti-estrutura*. Petrópolis: Ed.Vozes.

_____. 1975. *Dramas, fields, and metaphors: Symbolic action in human society*. Cornell University Press.

van Deursen Varga, I., & Viana, R. L. 2008. Distrito sanitário especial indígena do Maranhão: crônicas de um desastre anunciado. *Revista de Direito Sanitário* 9(3):133-149.

Van Gennep, A. (2011). *Os Ritos de passagem estudo sistemático dos ritos da porta e da soleira, da hospitalidade, da adoção, gravidez e parto, nascimento, infância, puberdade, iniciação, ordenação, coroação, noivado, casamento, funerais, estações etc.* 3. Ed. Petrópolis, Vozes.

Viveiros de Castro, E. B. 1987. A fabricação do corpo na sociedade xinguana, in *Sociedades Indígenas & Indigenismo no Brasil*. Editado por J. P. de Oliveira Filho. RJ: Marco Zero.