



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Rachel de Las Casas

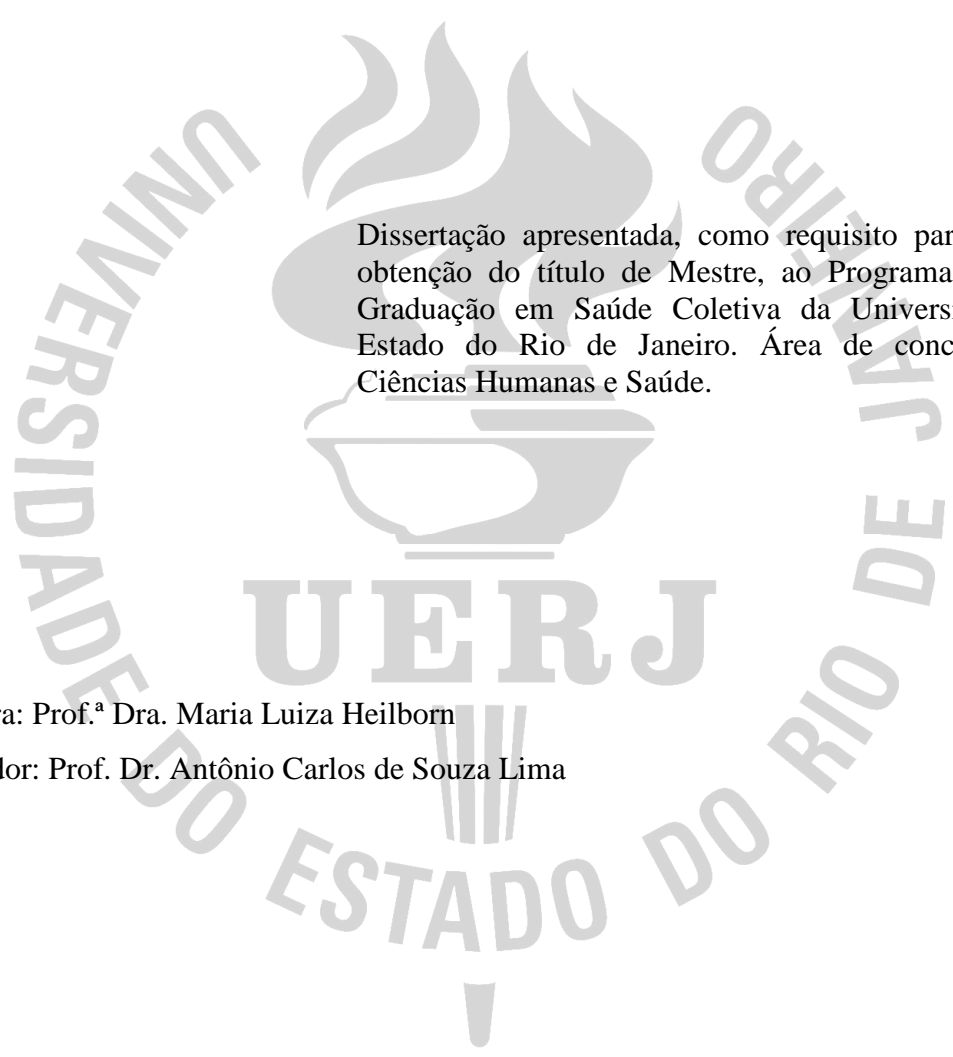
**Saúde Maxakali, recursos de cura e gênero:
análise de uma situação social**

Rio de Janeiro

2007

Rachel de Las Casas

Saúde Maxakali, recursos de cura e gênero: análise de uma situação social



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Luiza Heilborn

Coorientador: Prof. Dr. Antônio Carlos de Souza Lima

Rio de Janeiro

2007

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

L337 Las Casas, Rachel de.

Saúde maxakali, recursos de cura e gênero: análise de uma situação social / Rachel de Las Casas. – 2007.
179f.

Orientadora: Maria Luiza Heilborn.

Coorientador: Antônio Carlos de Souza Lima

Dissertação (mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Medicina Social.

1. Etnologia - Teses. 2. Índios da América do Sul – Brasil – Saúde e higiene – Teses. 3. Índios da América do Sul – Brasil - Cuidados médicos – Teses. I. Heilborn, Maria Luiza. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 572.9

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Rachel de Las Casas

Saúde Maxakali, recursos de cura e gênero: análise de uma situação social

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 20 de abril de 2007.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Maria Luiza Heilborn
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Antônio Carlos de Souza Lima (Coorientador)
Museu Nacional – UFRJ

Prof.^a Dra. Fabíola Rohden
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Sérgio Carrara
Instituto de Medicina Social – UERJ

Rio de Janeiro

2007

AGRADECIMENTOS

Meus primeiros agradecimentos se dirigem às diversas instituições e pessoas que viabilizaram este trabalho, sem o suporte que delas recebi esta dissertação não teria este formato.

Aos grupos Maxakali, compostos por pessoas que tanto me ensinam, dedico minha gratidão infinita. Agradeço especialmente às pessoas da localidade Água Boa que sempre me receberam com atenção, cuidados, paciência e carinho.

Agradeço à Profa. Maria Luiza Heilborn, minha orientadora, pelo apoio em todas as etapas deste trabalho, pelas oportunidades de aprendizagem e crescimento profissional expressas na acolhida e pela extensa e diversificada bibliografia indicada. Ao Prof. Antônio Carlos de Souza Lima, co-orientador, sou grata pela orientação bibliográfica em etnologia. As deficiências que este trabalho possa apresentar devem-se aos limites conhecidos de fazer uma dissertação em pouco tempo, considerando-se as dificuldades de incluir trabalho de pesquisa empírica em sociedades indígenas no país.

Sou grata ao Programa Interinstitucional de Treinamento em Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva (Instituto de Medicina Social / Universidade do Estado do Rio de Janeiro – IMS/UERJ) pela formação no curso e bolsa de pesquisa e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio na bolsa de mestrado em 2006 e 2007.

Meu muito obrigada aos profissionais dos diversos âmbitos da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) pelo suporte recebido nas diversas etapas deste trabalho.

Minha gratidão se estende à equipe do Programa em Gênero, Sexualidade e Saúde (PEGSeS) e do Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM) do IMS/UERJ, pelo apoio técnico em diversas ocasiões (em especial à Jacqueline Costa, Andréia Barreto e Leila Araújo). Muito obrigada à Maria Gullo, Cristiane Cabral, Fábio Pereira e João Francisco de Lemos, que além do suporte logístico em distintos momentos, tornaram-se estimados amigos. Agradeço a dedicação dos membros da Secretaria Acadêmica, Comitê de Ética (especialmente à Profa. Maria Helena Costa-Couto, então Coordenadora deste Comitê) e Biblioteca do Instituto de Medicina Social. Sou muito grata à Profa. Fabíola Rohden, Coordenadora Adjunta do Programa em Metodologia e ledora desta dissertação, devo a ela importantes ensinamentos. Obrigada também ao Prof. Francisco Bastos (FIOCRUZ),

comentador do projeto inicial de pesquisa durante o curso do Programa em Metodologia acima mencionado.

Aos professores que participaram da banca de qualificação e de defesa desta dissertação, Sérgio Carrara, Jane Russo, Antônio Carlos de Souza Lima e Ana Teresa Acatauassú Venâncio gostaria de expressar minha gratidão pelas leituras especialmente atentas, críticas à versão embrionária deste trabalho e pelas sugestões colocadas no sentido de incentivar um melhor desenvolvimento do mesmo. Agradeço à Profa. Rachel Aisengart Menezes sua contribuição na leitura dos capítulos que compõem esta dissertação.

Aos Professores das disciplinas cursadas no Instituto de Medicina Social, para além daqueles já mencionados, Kenneth Camargo Jr., Laura Moutinho, Rubem Mattos, Benilton Bezerra, Francisco Ortega, Márcia Arán, Alba Zaluar, entre outros, obrigada pelo papel importante no meu aprendizado nesta etapa da pós-graduação. Colegas de mestrado foram também importantes companheiros neste processo de aquisição de conhecimento, Cecília Chaves, Igor Torres, Sílvia Aguião, Sérgio Silva, Cláudia Ferreira, entre outros.

Muito obrigada aos amigos e antropólogos Izabel Missagia de Mattos e João Luiz Pena pela parceria na realização dos primeiros trabalhos no campo da atenção à saúde Maxakali, e a Marcelo Coutinho, então coordenador da CORE-BH / FUNASA, pelo apoio recebido em 2003 e 2004, ocasião na qual se iniciava a experiência na área da saúde indígena que deu origem ao interesse em fazer o mestrado nessa área. Muito obrigada Marlene Martins e Luzete Dias do Nascimento, membros do Pólo Base Maxakali / FUNASA, pelo apoio, diálogos e suporte oferecido em 2005 e 2006.

A Pierre Sanchis, antropólogo responsável por minha iniciação, por ter feito meus olhos brilharem e meu coração vibrar ao receber seus ensinamentos sobre a antropologia e por me ensinar uma lição que me acompanha no percurso pelo universo acadêmico e pela vida mais ampla: “coragem, eternamente coragem” – minha enorme gratidão e amizade.

À Rosângela Tugny, etnomusicóloga e pesquisadora da Faculdade de Música (UFMG), Rodrigo Ribeiro, antropólogo (doutorando pela USP), ambos com pesquisas em desenvolvimento sobre a etnia Maxakali, e a Miguel Foti, antropólogo do Departamento de Medicinas Tradicionais (DESAI/FUNASA), o meu obrigada pela interlocução, parceria, compartilhamento de dados de campo e amizade.

Sou imensamente grata a Victor Miguel Paredes Castro por ser incansável leitor e amigo em todas as horas. À Marcelo de Andrade Vilarino e à Ana Maria Afonso Ramo pelo apoio e, especialmente, pela profunda amizade. Agradeço à minha família por seu apoio incondicional: em especial ao meu pai e minha mãe. Obrigada Heitor, Helena, Celina, Vanda

e Kika, por tornar o meu viver mais alegre. Obrigada Vinícius por chegar em minha vida neste período de escrita de uma dissertação e tornar esta tarefa menos penosa e este momento mais bonito.

Enfim, a todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para a realização deste trabalho, meu muito obrigada – do coração.

Nenhuma boa etnografia é autocontida. Implícita ou explicitamente, a etnografia é um ato de comparação. Em virtude da comparação, a descrição etnográfica torna-se objetiva. Não no sentido ingênuo, positivista, de uma percepção não-mediada – justo o contrário: ela acede a uma compreensão universal na medida em que faz incidir sobre a percepção de qualquer sociedade as concepções de todas as outras. Alguns dos adeptos dos *Cultural Studies* – *cult studs*, como os chama Tom Frank – parecem pensar que a antropologia se esgota na etnografia. Antes o oposto: etnografia é antropologia, ou não é nada.

(SAHLINS, Marshall. *Esperando Foucault, ainda*, 2004:16)

RESUMO

Las Casas, Rachel de. *Saúde Maxakali, recursos de cura e gênero: análise de uma situação social*. 2007. 179 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2007.

Nesta dissertação são analisadas, a partir de uma situação social específica, as articulações entre práticas de cura e relações de gênero entre grupos Maxakali – população indígena que reside no Vale do Mucuri, Minas Gerais, Brasil. Trata-se de uma abordagem antropológica sobre uma situação social na qual grupos Maxakali e a equipe de atendimento sanitário da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) enfrentaram uma epidemia de diarreia infantil. O estudo etnográfico aborda a maneira como os diferentes sujeitos em interação lidaram com a perturbação buscando o restabelecimento da condição de saúde, a partir de dois referenciais de conhecimento: a concepção Maxakali e a medicina ocidental. De acordo com a perspectiva de entendimento sobre a perturbação, distintos recursos de cura foram utilizados, demonstrando a interdependência entre os sujeitos e percepções nesta situação social específica.

Palavras-chave: Etnologia. Maxakali. Gênero. Saúde indígena. Análise de situação social.

ABSTRACT

This thesis analyzes, from a specific social situation, the articulation between the healing practices and the relations of gender in Maxakali groups – indigenous people from the Valley do Mucuri, Minas Gerais, Brazil. It is an anthropological take on a social situation where Maxakali groups and the team of sanitary service of the National Health Foundation (FUNASA) faced an epidemic children's diarrhea. From the knowledge frameworks of both the Maxakali conceptions and those of Western medicine, the ethnographic study shows how the different subjects have dealt with the problem trying to achieve the improvement of the health condition of the population. Depending on the perspective assumed to understand the disturbances, it was observed that different resources for healing were used, showing the reciprocal dependence among the subjects and perceptions involved in this specific social situation.

Keywords: Ethnology. Maxakali. Gender. Indian health. Analysis of social situation.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	– Desenho – Casa de religião.....	29
FIGURA 2	– Desenho – Aldeia Maxakali.....	29
FOTO 1	– Casas domésticas	29
FOTO 2	– Terreiro central.....	29
QUADRO 1	– Pirâmide populacional.....	30
FIGURA 3	– Desenho – Seres espirituais [<i>xunnim</i>].....	41
FOTO 3	– Performance ritual do morcego.....	41
FOTO 4	– Homem Maxakali.....	56
FOTO 5	– Mulheres Maxakali.....	57
FOTO 6	– Reunião – participação masculina.....	57
FOTO 7	– Reunião – participação feminina.....	57
FIGURA 4	– Desenho – Seres espirituais caçando.....	58
FIGURA 5	– Desenho – Seres espirituais caçando.....	59
FIGURA 6	– Localização DSEI no Brasil.....	63
FIGURA 7	– Organização DSEI e modelo assistencial.....	63
QUADRO 2	– Número de casos de diarreia por idade.....	116
QUADRO 3	– Distribuição dos casos de diarreia por Pólo Base.....	118

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
	Apresentação	11
	Meu percurso	12
	Marcos teóricos	15
	Metodologia	20
	Procedimentos éticos	22
1	SOBRE A COLETIVIDADE MAXKALI	23
1.1	Introdução	23
1.2	Localização	24
1.3	Percepções sobre o conglomerado de processos sociais que caracterizam os modos de vida dos grupos Maxakali	26
1.3.1	<u>Organização política-espacial</u>	26
1.3.2	<u>Comunicação</u>	30
1.3.2.1	Ciclo ritual do morcego [<i>Yāmiyxop do Xunnim</i>].....	37
1.3.2.2	Tradições xamânica.....	41
1.4	Andanças	47
1.5	Consumo de bebidas de alto teor alcoólico	48
1.6	Modos de vida, gênero e sobrevivência	53
2	OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA	61
2.1	Âmbito nacional	61
2.2	Âmbito regional e local	68
2.2.1	<u>Distrito Sanitário Especial Indígena de Minas Gerais e do Espírito Santo</u>	69
2.2.2	<u>Pólo-Base</u>	70
2.2.3	<u>Posto de saúde</u>	74
2.2.4	<u>Rede de referência do Sistema Único de Saúde</u>	78
2.2.5	<u>Interinstitucionalidade e relações interpessoais</u>	82
2.2.6	<u>Funcionários indígenas a serviço do Pólo</u>	83
2.2.7	<u>Perfil de saúde e doença Maxakali</u>	87
3	O ADOECER	90
3.1	Considerações	90
3.1.1	<u>O que é estar com “saúde”</u>	91

3.1.2	<u>Práticas de enfrentamento às perturbações corriqueiras</u>	96
3.1.3	<u>Práticas de enfrentamento às perturbações com causalidade mística</u>	104
3.1.3.1	Os benzedores.....	113
4	ANÁLISE DE UMA SITUAÇÃO SOCIAL	116
4.1	A situação social	116
4.1.1	<u>Ponto de vista médico</u>	116
4.1.2	<u>Ponto de vista maxakali</u>	126
4.2	Análise da situação social	136
4.2.1	<u>Comunicação</u>	138
4.2.2	<u>Codependência / Fusões</u>	139
4.2.3	<u>Conflitos / Fissões</u>	147
5	CONCLUSÃO	155
	ANEXO A – Mapas Água Boa e Pradinho.....	159
	ANEXO B – Roteiros semi-estruturados para entrevista.....	160
	ANEXO C – Índices municipais / Vale do Mucuri.....	163
	ANEXO D – Orçamento Indigenista 2000 / 2006.....	164
	ANEXO E – Indicadores do SIASI.....	165
	REFERÊNCIAS	168

INTRODUÇÃO

Apresentação

No início de 2004 um surto de diarreia infantil atingiu diversas aldeias da Terra Indígena Maxakali, localizada no Vale do Mucuri, nordeste de Minas Gerais. O objetivo deste trabalho é descrever etnograficamente e analisar as inter-relações e os modos de comportamento de sujeitos pertencentes aos grupos Maxakali da localidade de Água Boa e das equipes da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) que prestaram atendimento médico naquela ocasião. São realizados dois recortes analíticos: um que enfoca as relações de gênero, outro voltado para as relações intersocietárias. O recorte de gênero enfatiza as fronteiras entre domínios masculino e feminino nas práticas de cura utilizadas em situações de enfrentamento a perturbações. As análises sobre relações inter-societárias são balizadas, principalmente, pelo instrumental epistemológico proposto por Max Gluckman (1987), que aponta o conflito como inerente ao processo social mais amplo de inter-relações entre grupos heterogêneos. Conflito, separação, interdependência e cooperação são aspectos que se alternam e compõem o movimento de equilíbrio entre distintos grupos sociais em um sistema social.

Para realizar os objetivos desta investigação seguirei os seguintes passos: no capítulo um, desenvolvo uma caracterização sobre esta coletividade indígena a partir das minhas percepções sobre o *conglomerado de processos sociais* que caracterizam os modos de vida dos grupos Maxakali com os quais interagi. Para esta descrição etnográfica utilizo as formulações de Fredrik Barth (2000), de forma a apontar as *correntes de tradições culturais* que formam e dão coerência aos processos sociais. Descrevo alguns processos sociais que dão consistência às correntes de tradições Maxakali relativas ao problema específico abordado nesta investigação – a articulação entre distintas práticas de cura em momentos de perturbação. Procuo identificar nestes processos sociais as principais formas de interação entre os sujeitos, dando ênfase às relações de gênero.

No capítulo dois descrevo os serviços de atenção à saúde indígena prestados pela FUNASA aos grupos Maxakali. Abordo a distribuição destes serviços em seus âmbitos nacional, regional e local. Alguns processos de *conflito e interdependência* (Gluckman, 1987) entre os distintos grupos são explicitados na descrição deste sistema de saúde. São enfocadas as práticas médicas e a distribuição da atenção à saúde nos municípios e

instituições que compõem a rede de referência hospitalar para o atendimento às pessoas Maxakali.

No capítulo três elaboro algumas considerações sobre o processo do adoecer entre os grupos Maxakali, com vistas a abordar suas concepções sobre saúde e doença. Neste capítulo as reflexões do antropólogo Evans-Pritchard (2005) constituem a principal referência acerca dos determinantes sociais que atuam nos processos de saúde, doença e cura. As interpretações sobre as causas de uma perturbação articulam as crenças com as relações sóciopolíticas nas quais processos de bruxaria / feitiçaria são invocados como explicação para tipos específicos de infortúnio. Com base neste referencial teórico são descritas algumas práticas de enfrentamento (e suas distinções de gênero) às perturbações interpretadas como corriqueiras ou advindas de processos sociais entendidos como sobrenaturais.

Os três primeiros capítulos objetivam caracterizar o contexto mais amplo no qual se insere a situação social analisada nesta pesquisa: quem são os grupos em interação e seus modos de comportamento usuais em situações de enfrentamento às perturbações.

Por fim, no capítulo quatro, realizo a descrição etnográfica sobre os pontos de vista e as práticas de cura dos grupos Maxakali e não-indígenas na ocasião da epidemia de diarreia infantil. A partir da descrição elaboro uma *análise de situação social* de acordo com o referencial conceitual proposto por Max Gluckman (1987). São, então, identificadas formas de adaptação dos modos de comportamento socialmente definidos diante do interesse comum de enfrentar a perturbação que ameaçou a vida das crianças indígenas.

Meu percurso

Em novembro de 1999, após concluir minha graduação em Ciências Sociais com habilitação em Antropologia, passei a integrar a Equipe Maxakali do Regional Leste¹ do Conselho Indigenista Missionário (CIMI). Nos dois anos seguintes me envolvi em frentes de trabalho voltadas para ações junto a esta etnia, à sociedade regional envolvente e ao movimento indígena organizado. Neste período residi no município de Machacalis (MG) e freqüentei semanalmente as localidades Pradinho e Água Boa na Terra Indígena (TI) Maxakali.

¹ Atuante nos estados de Minas Gerais, Espírito Santo e extremo sul da Bahia.

Uma importante meta do CIMI havia sido alcançada em maio de 1999: a reunificação da terra indígena que, entre 1956 e 1999, esteve ocupada por grupos de fazendeiros situados entre as localidades Água Boa e Pradinho (ANEXO 1). A Equipe Maxakali passou a centrar esforços nas seguintes ações: elaboração e desenvolvimento de projetos voltados para a auto-sustentação, recuperação ambiental, organização coletiva de mulheres indígenas, apoio à medicina tradicional, combate à desnutrição infantil, divulgação da cultura Maxakali nas escolas e em outras instituições dos municípios da região e articulações inter-institucionais. Neste período estabeleci relações com integrantes dos grupos pertencentes ao Pradinho e à Água Boa e com moradores dos municípios de Machacalis, Santa Helena de Minas, Bertópolis, Águas Formosas, Teófilo Otoni e Governador Valadares.

Em 2002, após deixar o CIMI, passei a integrar a equipe de uma pesquisa sobre o processo de implementação de escolas indígenas nas populações Maxakali e Xakriabá, intitulada “Sujeitos Sócio-Culturais na Educação Indígena: Uma Investigação Interdisciplinar”². O foco desta investigação centrava-se no aprendizado infantil da língua escrita e em suas conseqüências na vida cotidiana. Durante mais de um ano atuei como etnógrafa responsável pelo trabalho de campo junto a grupos Maxakali de Água Boa e elaborei relatórios para as discussões do grupo de pesquisa mais amplo (Las Casas, 2003). Por questões metodológicas este trabalho de campo foi realizado apenas em Água Boa, o que proporcionou um aprofundamento de minhas relações com os grupos familiares de Heloísa, Pedro, Estevam, Tarcísio, Roberto, Getúlio e Olga.

A partir de 2003, depois de concluída minha participação nessa pesquisa, iniciei um processo de assessoria à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) relacionado a certas demandas enfrentadas por essa instituição em sua relação com a etnia Maxakali. Foram então desenvolvidas as seguintes atividades: elaboração de um projeto de pesquisa sobre as práticas de saúde Maxakali, visando à elaboração de um processo de capacitação para os funcionários dessa instituição; assessoria na elaboração de um projeto voltado para a reestruturação da Casa de Saúde do Índio (CASAI)³ em Governador Valadares (MG); e participação na VI Reunião do Centro de Monitoramento da Saúde Mental Indígena⁴.

² Grupo de pesquisa coordenado pela Profª. Ana Gomes, da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais (FAE / UFMG), com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

³ Ambos os projetos não foram executados por questões internas da FUNASA.

⁴ Os principais objetivos dessa reunião, realizada em junho de 2004 na sede da FUNASA em Brasília, eram: 1) buscar a convergência em torno de objetivos e metas de um Programa Nacional da Saúde Mental que

Devido a minhas relações anteriores com grupos Maxakali e ao contato estabelecido com integrantes da Coordenação Regional (CORE) da FUNASA em Belo Horizonte desde 2003, integrei a equipe emergencial interdisciplinar enviada pela FUNASA, por ocasião da epidemia de diarreia infantil, em fevereiro de 2004 (Las Casas, 2004). Em maio de 2004, quando um processo de vinganças entre grupos familiares de Água Boa resultou em alguns assassinatos, fui convidada pela FUNASA e FUNAI para o acompanhamento desta situação (Las Casas & Pena, 2004).

Em 2005, já no mestrado em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da UERJ, iniciei a pesquisa cujo resultado final é a presente dissertação, desenvolvendo o mesmo projeto para o mestrado e para o Programa Interinstitucional de Treinamento em Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva⁵.

Os(as) líderes Maxakali cada vez mais questionam os procedimentos de trabalho e os resultados de pesquisas antropológicas. Em meus contatos com eles(as) dialogamos sobre os problemas enfrentados nas relações inter-societárias e institucionais. Em algumas situações assumi o papel de mediadora entre suas demandas e as instituições e pessoas que interferem em suas vidas, sob solicitação Maxakali. Outra atividade constantemente desenvolvida refere-se à explicação dos elementos que compõe a nossa forma de comportamento, nossa linguagem e legislação. Trata-se de uma relação de reciprocidade (Mauss, 2003a) na troca de conhecimentos sobre nossas distintas sociedades: há uma constância no dar, receber e retribuir informações sobre nossos distintos universos de sentido. Oliveira (2004) discute o papel e a inserção dos antropólogos nas comunidades indígenas e ressalta a necessidade de romper política e eticamente com qualquer simulação de neutralidade no campo das pesquisas antropológicas. De acordo com este antropólogo, “a pesquisa atual precisa contemplar, em suas finalidades e em seu método, o caráter situacional e dialógico do trabalho etnográfico, que se constitui primariamente em um processo de comunicação” (Oliveira, 2004:22).

Ainda quando mantém uma rígida dicotomia entre pesquisa e ação, financiando a sua investigação exclusivamente com recursos provenientes de agências do campo científico, o pesquisador terá de defrontar-se com

atendesse às necessidades dos Povos Indígenas, e 2) discutir e planejar o modelo de assistência do SUS para as populações indígenas no que tange ao atendimento de saúde mental a essas populações.

⁵ Projeto apresentado como trabalho de conclusão do 11º Curso Regionalizado de Introdução à Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva, do Programa de Estudos e Pesquisas em Gênero, Sexualidade e Saúde do IMS/UERJ.

uma nova situação etnográfica, em que a comunidade observada e seus porta-vozes discutem os resultados da pesquisa e atribuem novos encargos e papéis àquele que se candidata à condição de etnógrafo. (Oliveira, 2004:24)

Marcos teóricos

A reflexão sobre o episódio do surto de diarreia será realizada a partir da perspectiva analítica desenvolvida por Gluckman (1987), denominada *método de estudo de caso detalhado* ou *análise de situação social*:

Uma situação social é o comportamento, em algumas ocasiões, de indivíduos como membros de uma comunidade, analisado e comparado com seu comportamento em outras ocasiões. Desta forma, a análise revela o sistema de relações subjacente entre a estrutura social da comunidade, as partes da estrutura social, o meio ambiente físico e a vida fisiológica dos membros da comunidade. (Gluckman, 1987:238)

A metodologia proposta por Gluckman enfoca a dinâmica constitutiva dos sistemas sociais interétnicos, ressaltando a *interdependência* entre os grupos sociais que se relacionam em uma sucessão de situações sociais, marcadas por relações de conflito e cooperação.

Há aspectos relativos à articulação dos recursos terapêuticos engendrada pelos sujeitos Maxakali que não podem ser compreendidos sem o conhecimento da lógica que orienta suas ações. A mescla realizada por eles entre xamanismo, medicina ocidental e medicina popular – aparentemente caótica e aleatória – pode ser entendida de forma coerente, a partir do conhecimento de suas concepções sobre vida, mundo, corpo e os tipos de seres que existem em relação em seu cosmos.

Outro aspecto a ser ressaltado sobre o tema aqui analisado refere-se à marcada diferenciação entre os gêneros, não apenas referente ao fato desta coletividade indígena ser fortemente caracterizada pelas diferenças entre domínios masculinos e femininos, mas também pelo episódio de diarreia ter atingido diretamente as crianças – centrais nas tramas sociais e xamânicas Maxakali – cujos cuidados ordinários são responsabilidades das mulheres.

De acordo com Heritiér (1972, 2000), a diferença sexual é uma categoria fundante da organização do pensamento humano. Os mitos de origem que fundamentam as relações de gênero, vistos como discursos simbólicos e ideológicos, legitimam a ordem social estabelecida. Tais discursos estruturam-se por um sistema de categorias binárias, no qual a combinação dos contrários garante o equilíbrio do mundo, dos corpos e de suas afecções. Heritiér refletiu sobre as relações de gênero a partir de diversas etnografias sobre sociedades não-ocidentais. Entre suas conclusões, a preeminência social masculina advém dos mecanismos de controle social da fecundidade das mulheres e da divisão do trabalho entre os sexos. Para esta autora, a diferença entre os sexos enraíza-se nos corpos e possui uma eficácia ideológica estruturada nos sistemas de representações, vistos como tradução de relações de forças.

Esse instrumental teórico elucidava algumas questões sobre as diferenças entre os gêneros, permeadas por relações de prestígio e marcadas na hierarquia classificatória dos sistemas valorativos de cada grupo social. No entanto, é preciso cautela no uso generalizante desta teoria. Franchetto, Cavalcanti e Heilborn (1981), Franchetto (1996) e Strathern (1988, 1992) explicitam a necessidade de relativizar a formulação da condição da mulher em outras sociedades, que demandam estudos mais específicos. Convém levar em conta a condição da mulher em seu contexto sócio-simbólico e evitar a importação dos valores ocidentais de igualdade e individualidade na análise das relações sociais em coletividades indígenas.

Sobre as relações de gênero, Franchetto, Cavalcanti e Heilborn (1981) e Heilborn (1998, 2004) utilizam as contribuições propostas por Louis Dumont (1985, 1992) em suas análises sobre o sistema hierárquico. Entre suas conclusões, as relações de gênero tendem a um pendor assimétrico – referente às relações de parentalidade e à reprodução sexual –, mas são dinâmicas e situacionais. Trata-se de uma assimetria valorativa e não de uma assimetria de poder. “A definição do masculino e feminino são fenômenos da relação hierárquica entre eles” (Heilborn, 2004:41).

Na performance ritual, nas práticas corporais, nos mitos que estruturam o xamanismo e a vida cotidiana, e na divisão sexual do trabalho nas tarefas cotidianas, homens e mulheres Maxakali são diferentes. Os domínios masculinos e femininos são classificados de modo intensamente demarcado. Na dinâmica da vida social essas fronteiras entre masculino e feminino são frequentemente lembradas por uma série de

comentários e advertências, quando um homem ou mulher realiza atividades atribuídas ao gênero oposto⁶.

As mulheres são responsáveis pelo bem-estar e alimentação cotidiana dos filhos e maridos no universo doméstico, e são portadoras do conhecimento relativo à utilização de plantas medicinais. Já os homens são responsáveis pela segurança alimentar, política e xamânica de sua família. Durante os rituais xamânicos os homens e *Yãmiyxop* cantam e realizam suas performances para as mulheres e são elas que oferecem o alimento ritual e cantam e dançam junto aos homens e aos *Yãmiyxop*.

Outro aspecto cultural relevante refere-se às representações sobre o corpo, observadas nas formas de sociabilidade e de discurso. A noção de “técnicas do corpo”, pioneiramente proposta por Mauss e por ele definida como “as maneiras pelas quais os homens, de sociedade a sociedade, de uma forma tradicional, sabem servir-se de seu corpo” (Mauss, 2003b: 401) é de utilidade. Como cada sociedade possui hábitos que lhes são próprios, uma mesma atividade corporal pode ser realizada de distintas formas em diferentes culturas. Mauss ressalta a importância de analisar as técnicas corporais como obras da razão coletiva e individual, e não como faculdades de repetição.

De acordo com Seeger, DaMatta e Viveiros de Castro (1987), nas mitologias sul-americanas o corpo é a principal arena na qual se dá o processo de formação da pessoa. É na corporalidade que os papéis sociais são marcados; o corpo é fabricado por condições sociais (Seeger et alii, 1987). McCallum (1998) propõe trabalhar com a “construção do corpo indígena”, observando sua inserção em uma “série de processos inter-relacionados” constitutivos. Para ela, para compreender o corpo indígena é preciso considerar “sua relação com o ambiente e o conhecimento”. Somente após o acesso a uma “visão integral do corpo”, pode-se discutir doença e cura (McCallum, 1998:219). Em sua análise acerca de estudos sobre o corpo, a autora critica as abordagens que o apresentam apenas como vítima de doenças ou objeto de curas e propõe que o corpo seja tratado “como um todo social construído e sábio, e apenas em segundo lugar como vítima de doença e objeto de práticas de cura” (McCallum, 1998:236). Essa perspectiva permite analisar os processos observados nas representações corporais correlacionando-os a fatores pertencentes ao

⁶ Em 1999, recebi a visita de alguns homens maxakali no escritório da instituição na qual trabalhava. Um deles havia confeccionado um brinco para me dar de presente. Brincos são artesanatos manufaturados pelas mulheres. No momento em que ele me presenteou, foi alvo de uma grande zombaria por parte dos outros homens, os quais afirmaram que ele havia realizado uma tarefa feminina.

âmbito das relações interpessoais e das referências de natureza cultural, e por esse motivo será utilizada na análise das práticas corporais Maxakali.

Athias (1998) analisa o comportamento dos Hupdë-Maku frente às doenças contagiosas e conclui que “todo o conhecimento relacionado ao corpo, saúde e doença é construído culturalmente, negociado e renegociado num processo dinâmico através do tempo (na mitologia) e do espaço social (território e contexto ecológico)”. Esse conhecimento é transformado e reelaborado à medida que convive em um contexto social no qual as relações intersocietárias se intensificam. As práticas de saúde indígena, portanto, integram “um conjunto mais amplo de interpretações e representações dentro dos contextos cosmogônicos” (Athias, 1998:241).

Minha proposta neste trabalho – analisar a articulação entre os recursos de cura utilizados pelos Maxakali por ocasião do surto de diarreia infantil de 2004 – integra uma reflexão sobre práticas específicas de cuidado com a saúde. Considero que tais práticas podem ser melhor compreendidas quando relacionadas a outras ações observadas no grupo estudado, às diferenças de papéis sociais, às formas de conceber e interagir com o meio. Deste modo, esta pesquisa inscreve-se em uma perspectiva distinta daquela que separa uma “antropologia da saúde”, “da doença” ou “médica” de outras sub-áreas disciplinares.

McCallum (1998) questiona a possibilidade de uma antropologia especificamente “médica”, posição com a qual concordo. Para lidar com os diversos aspectos relativos ao adoecimento de um sujeito e seus esforços e de seu grupo social com vistas ao restabelecimento da saúde, faz-se necessário um olhar que contemple a “pluralidade de paradigmas não necessariamente convergentes nem complementares” (Pacheco, 2004:17) própria deste campo de atuação.

As variadas formas de busca da cura para o corpo adoecido podem ser lidas simultaneamente a partir de diferentes perspectivas teórico-disciplinares. Pacheco (2004:17-22) questiona a pertinência da divisão entre antropologia da religião, antropologia da performance e antropologia da saúde (ou médica). Tais demarcações de fronteiras disciplinares trazem à tona uma certa dificuldade de incorporação, por determinadas vertentes antropológicas, de perspectivas mais amplas de “cura” e “tratamento”.

Um dos caminhos para a ampliação das fronteiras disciplinares refere-se à multiplicação das discussões comparativas sobre diferentes sociedades e seus modos de conceber/construir e cuidar dos corpos para manter a saúde. Neste sentido, McCallum

(1998:237) coloca em questão a superioridade do pensamento dicotômico ocidental e sugere a ênfase em “uma ‘etno-epistemologia’ oriunda de uma tradição cultural não-ocidental e de um contexto sócio-histórico distinto”. Pacheco (2004:29), sob a mesma ótica, propõe que as tradições etnográficas sejam tratadas de maneira plural, para contribuir a “uma noção mais global de saúde que não isole a doença da subsistência nem da qualidade dos recursos ambientais, e que não ignore o peso dos fatores culturais, éticos e emocionais na construção das políticas públicas”.

Cada população indígena, de acordo com sua configuração sociocultural e seus modos de relação com o mundo externo, elabora empiricamente formas de buscar o restabelecimento da saúde que constituem processos de “intermedicalidade” (Langdon, 1995, 1999). Assim apropriam-se, de diferentes maneiras, de outros sistemas de cura – entre eles, a medicina ocidental – e de suas lógicas, no convívio com os agentes e aparatos técnicos não-indígenas em suas atividades cotidianas de cuidados com os corpos e a saúde. Daí deriva a importância de considerar a capacidade dos grupos indígenas em assimilar e reinterpretar os elementos novos e estranhos, adaptando-os ao seu sistema cosmológico. “Essa criatividade dos sistemas xamânicos é tamanha que permite não somente incorporar elementos tecnológicos como também situações de contato interétnico globais”. (Buchillet, 1991b:168).

Na mesma perspectiva, Langdon (1995) propõe uma reflexão sobre os sistemas de cura como sistemas socioculturais dinâmicos, e sobre a doença como experiência e processo. Em geral, os processos de recuperação da saúde empreendidos pelos indígenas, analisados como “itinerários terapêuticos”, envolvem múltiplas negociações entre as diferentes visões sobre a doença e seu tratamento, e entre os distintos atores sociais e poderes políticos envolvidos no contexto da saúde indígena. De acordo com Buchillet, o diagnóstico de uma patologia e a busca por suas causas compõem uma verdadeira análise social (Buchillet, 1991b).

Langdon (1994:115), ao analisar as representações e práticas de cura dos Siona, considera que os “processos que fazem parte da relação saúde-cultura entre estes índios da selva amazônica são da mesma natureza dos que operam na nossa sociedade”. No entanto, enfatiza a existência de diferenças, tanto nas interpretações sobre as causas das perturbações, quanto nas tecnologias e procedimentos terapêuticos. A autora (Langdon, 1994:138) ressalta que “a lógica do itinerário terapêutico depende do foco do processo de cura, isto é, dos sintomas ou razões da doença”. Portanto, para compreender as escolhas

dos percursos terapêuticos cabe especificar em que “registro” – biomédico, xamânico, etc. – se está operando. Assim como Langdon em relação aos Siona, ao observar os grupos Maxakali pude perceber que as categorias de doenças, as causas a elas atribuídas e os critérios de opção das alternativas de cura, predominantemente “operam no registro” xamânico. Conseqüentemente, para realizar a análise desta situação social é preciso uma compreensão da lógica que fundamenta tal sistema de crenças.

É importante ressaltar que as questões mencionadas estão sendo aplicadas ao campo da saúde indígena, mas incidem, de maneira geral, sobre os relacionamentos engendrados na vida cotidiana. Especialmente quando se trata da comunicação entre os atores envolvidos, fica evidente uma grande dificuldade de expressão das sensações corporais através da linguagem e da lógica médica oficiais (Boltanski, 1979). De forma a alcançar um melhor uso dos recursos da medicina ocidental nos cuidados com o corpo, é necessário uma espécie de ‘adestramento’ da experiência e aquisição da linguagem médica. De acordo com Boltanski (1979:175), apenas as pessoas que possuem um maior nível sócio-econômico e de escolaridade conseguem melhor expressar o uso das sensações do seu corpo nos moldes da lógica médica ocidental. Segundo este sociólogo, a transformação da forma de interpretar a perturbação já é um ato de decifração que depende de um aprendizado cultural. No caso da assistência médica prestada a uma coletividade com correntes de tradições culturais distintas como a etnia Maxakali, essa questão fica ainda mais flagrante.

Em suma, a análise a ser realizada deve considerar os aspectos socioculturais locais de forma ampla e sistêmica: as relações constitutivas do sistema social interétnico do qual fazem parte os Maxakali; as formas de sociabilidade interna a suas comunidades – incluindo as relações de gênero; as técnicas de corpo; a cosmologia que orienta as maneiras de ocupar e de se relacionar com os elementos do meio ambiente. As reflexões dos autores mencionados servirão como referências para este trabalho.

Metodologia

A abordagem metodológica a ser seguida nesta pesquisa será a de “estudo de caso detalhado” (*extended-case method*) proposta por Gluckman (1987) e denominada por Van Velsen (1987) de “análise situacional”. A situação social enfocada será o surto de diarreia infantil ocorrido na Terra Indígena Maxakali em 2004, que será analisada em suas inter-

relações com outras situações sociais observadas. De acordo com Gluckman (1987:302), o antropólogo deve coletar e analisar os dados de campo “como uma ‘unidade de vida’ e não um costume, (...) uma unidade de participação comum na vida política econômica e social cotidiana”.

Este trabalho estrutura-se em observações etnográficas realizadas de forma intermitente durante os últimos sete anos. Foram examinados meus registros de campo relativos a esse período e, especialmente, ao período do surto de diarreia infantil, realizados em cadernos de campo, entrevistas e diálogos gravados, e relatórios institucionais.

Estive na região em fevereiro de 2004 e tive acesso aos âmbitos institucionais e interpessoais das equipes de saúde da FUNASA, e às redes de relações entre pessoas e grupos Maxakali nesta ocasião. Retornei em Água Boa e no município de Machacalis, já envolvida com a presente investigação, em janeiro de 2005 e outubro de 2006, o que resultou nas observações apresentadas a seguir.

Em janeiro de 2005 realizei os procedimentos exigidos oficialmente para a realização desta pesquisa. Estive na Terra Indígena Maxakali durante oito dias e visitei diversas aldeias nas localidades Água Boa e Pradinho, conversando com várias pessoas a fim de explicar o meu trabalho e conseguir concordância para sua realização. Durante essa ocasião ocorreram diversas situações e diálogos que contribuíram para o entendimento da questão aqui abordada.

O trabalho de campo etnográfico realizado em 2006 ocorreu durante um período de duas semanas. Focalizei na etnografia os grupos da localidade de Água Boa, cuja recepção a esse processo investigativo foi bastante favorável e com os quais os laços de afinidade já estabelecidos previamente eram mais sólidos e íntimos. Nesse momento, os procedimentos utilizados foram a observação participante e aplicação de entrevistas semi-estruturadas individuais para registrar a memória oral relativa ao surto e realizar um levantamento das práticas de cura e interpretações a respeito daquela perturbação (Anexo 2). Essas entrevistas foram realizadas com membros da Equipe de Saúde Indígena da FUNASA e dos grupos de Água Boa, e objetivaram preencher lacunas de informação no material etnográfico já registrado. Passei a primeira semana de campo em Machacalis, quando observei a movimentação no Pólo-Base e no hospital deste município e entrevistei membros desta equipe. Procedi à observação participante e entrevistas com alguns grupos

de Água Boa na semana seguinte. Saí da Terra Indígena Maxakali antes do desejado, por ter contraído uma forte diarreia em campo.

Conforme proposto por Gluckman (1987) e Van Velsen (1987), busquei explorar os registros etnográficos como parte constituinte da análise e não como simples fonte de ilustrações para formulações abstratas a respeito da situação social estudada. Articulo às minhas inferências os múltiplos discursos nativos (que podem ser discrepantes entre si). Os depoimentos trabalhados nesta dissertação revelam aspectos do posicionamento das pessoas em variados processos sociais, além de suas interpretações sobre os eventos em questão, o que permite apreender, de acordo com Barth (2000:138), as “formas essenciais de interação, conversação e reflexão” de distintas correntes de tradições culturais maxakali, não necessariamente homogêneas.

Procedimentos éticos

Por consistir uma pesquisa envolvendo seres humanos e, particularmente, envolver trabalho de campo junto a uma população indígena, este trabalho necessitou da aprovação do Comitê de Ética do Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ), da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)⁷. Foram seguidas as normas das Resoluções 196/96 e 304/00 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Instrução Normativa N° 01/95 PRESI da FUNAI.

Em janeiro de 2005, previamente à realização do trabalho de campo e após terem sido informados sobre a legislação referente à realização de pesquisa com populações indígenas, além dos objetivos e da metodologia da pesquisa, 65 líderes locais declararam por escrito sua anuência para a realização do trabalho em suas comunidades. Além disso, por ocasião das entrevistas semi-estruturadas, cada informante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (CNS, Resolução 196/96:3-4, IV), elaborado na língua portuguesa. De forma a atender a mesma Resolução (CNS, Resolução 196/96:3, III.3) foram utilizados pseudônimos nas citações dos depoimentos para “assegurar a confidencialidade e a privacidade” das pessoas e grupos pesquisados.

⁷ O CNPq avalia a pertinência científica dos projetos de pesquisa sobre populações indígenas para a FUNAI (Instrução Normativa N° 01/95 PRESI, FUNAI).

1 SOBRE A COLETIVIDADE MAXKALI

“Meu pai contou para mim,
eu vou contar para o meu filho
e ele conta para o filho dele,
é assim,
ninguém esquece.”
(Kelé Maxakali, *em memória*)

1.1 Introdução

Neste capítulo são descritas minhas observações e registros sobre as relações sociais e percepções do mundo dessa coletividade indígena. Não pretendo abordar a cultura Maxakali⁸ de maneira totalizante. Concordo com Fredrik Barth (2000:107) sobre a inadequação das explicações antropológicas que enfatizam padrões lógicos marcados pelos pressupostos do holismo e da integração das culturas.

Meu objetivo é articular o conglomerado de situações sociais e diálogos diversificados, explorando as interdependências, interferências e fronteiras entre estes elementos. As alternativas metodológicas propostas por Barth (2000) para análises antropológicas em sociedades complexas constituem o referencial nessa empreitada. A “cacofonia das vozes autorizadas” que compõem o “conglomerado” (Barth, 2000:120) dos processos sociais nos quais pessoas Maxakali produzem continuamente seu mundo será abordada. As descrições aqui elaboradas enfocam elementos relativos à situação social explorada nessa dissertação: a articulação entre as práticas de cura próprias às correntes de pensamento Maxakali e as práticas médicas oferecidas pelos técnicos da FUNASA, no episódio do surto de diarreia infantil de em 2004.

Barth (2000:123) propõe a descrição dos processos que geram as tradições, sendo fundamental compreender sua constituição, qual agregação empírica de elementos e quais características tendem a persistir e/ou misturar-se nas culturas locais, intitulada “correntes de tradições culturais”:

⁸ Há uma produção bibliográfica sobre os modos de vida, cosmologia e histórico dessa etnia. No entanto, priorizei nas minhas descrições a percepção das “correntes de tradições culturais” passíveis de identificar a partir do meu percurso junto aos grupos Maxakali. Referências importantes sobre essa etnia podem ser encontradas nos seguintes autores: Álvares (1992), Brazzabeni (2006), Bicalho (2004), CIMI (1994 e 1995), Figueroa (2001), Missagia de Mattos (2002), Nimuendajú (1958 e 1963), NESCON (1992), Paraíso (1994 e 1999), Pena (2000), Popovich (1980), Oliveira (s/d), Rangel (1998), Ribeiro (1979), Rubinger (1963 e 1980), Torreta (1997), Tugny (2002, 2003 e 2005), Vieira (2006).

Tal modelo envolvendo diferentes correntes de tradições culturais não implica nenhuma suposição predefinida sobre o que exatamente mantém juntos os elementos de cada tradição coexistente – afinal, é exatamente isso que estamos tentando *descobrir* – nem expectativa alguma de que todas elas tenham características homólogas e dinâmicas básicas semelhantes. (grifos no original) (Barth, 2000:123)

1.2 Localização

A Terra Indígena Maxakali está localizada no Vale do Mucuri, nordeste de Minas Gerais, fronteira com o estado da Bahia. O território tradicional compreendia os Vales do Mucuri e Jequitinhonha em Minas Gerais, o norte do Espírito Santo e o sul da Bahia. Grupos falantes da língua Maxakali⁹ transitavam pelos afluentes dos rios Mucuri, Jequitinhonha, São Mateus, Prado, Itanhém, Umburanas e Alcobaça (Missagia de Mattos, 2002). Hoje, a Terra Indígena conta com 5.293,63 ha. (Brasil, 1999) e subdivide-se em duas localidades, Água Boa e Pradinho, nos municípios de Santa Helena de Minas e Bertópolis, respectivamente. Em cada localidade há um posto da FUNAI e um espaço utilizado como posto de saúde da FUNASA¹⁰.

O território intermediário entre Água Boa e Pradinho esteve ocupado por fazendeiros até maio de 1999 (ANEXO 1). O processo de demarcação, reunificação, homologação e desintrusão¹¹ do território demandou mais de cinco décadas e ainda não foi concluído, pois grupos Maxakali reivindicam a ampliação territorial.

Os primeiros contatos com os falantes do Maxakali ocorreram por volta de 1730 (Rubinger, 1963; Nimuendaju, 1958) e, desde então, diversos tipos de relação foram estabelecidos entre essas populações e os diferentes agentes históricos que chegaram à região: bandeirantes, missionários católicos, viajantes, caçadores, fazendeiros, funcionários de instituições governamentais e, mais recentemente, entidades não-governamentais (Rubinger, 1963; Nimuendaju, 1958; Ribeiro, 1979; Missagia de Mattos, 2002; Corrêa, 2003).

⁹ Antes da colonização da região, verificava-se a co-existência de numerosas populações falantes da língua Maxakali, entre elas, Malali, Makoni, Maxakali, Capoxó, Paniame, Pojixá, Pataxó, Monoxó, Kumanaxó (Nimuendajú, 1958; Missagia de Mattos, 2002).

¹⁰ Os postos de Saúde na terra indígena são denominados por “sede” pelos sujeitos que o freqüentam.

¹¹ Retirada dos fazendeiros do território intermediário.

Missagia de Mattos (2002) e Corrêa (2003) indicam que as relações intersocietárias entre os grupos Maxakali e diversos atores sociais que deles se aproximaram foram marcadas por situações de tensão e conflito, aguçadas pela atuação de certas instituições (como o SPI e a FUNAI).

O confinamento desses grupos falantes da língua Maxakali por diferentes agentes históricos em missões religiosas, quartéis e postos indígenas fez com que, eventualmente, remanescentes de grupos originais se aglutinassem em uma única coletividade, dando origem ao grupo atualmente conhecido como Maxakali. Esse processo decorre de negociações internas nos grupos indígenas e, também, das formas de atuação dos órgãos 'tutelares', que muitas vezes respondem a interesses "distantes do que se poderia considerar a *proteção e assistência* aos índios" (Corrêa, 2003: 104; grifos no original).

A região envolvente à terra indígena era composta por vasta mata atlântica há cerca de duzentos anos atrás. Com a rápida modificação do ambiente, impôs-se uma sedentarização forçada e o desenvolvimento de novas estratégias de sobrevivência pelos indígenas. Devido à ocupação, principalmente por fazendeiros que praticam a bovinocultura de corte e a sucessivos incêndios, o meio-ambiente é constituído atualmente por grandes extensões de plantação de capim e pastos. O capim, de acordo com depoimentos nativos coletados por ocasião de um diagnóstico ambiental (CIMI, 1995), foi considerado positivo, por ser importante em algumas atividades, como construção de casas domésticas¹² e da "casa de religião"¹³.

A mesorregião do Vale do Mucuri foi classificada por Lopes, Macedo e Machado (s/d) como uma das regiões do estado de Minas Gerais com as maiores taxas de mortalidade infantil, de criminalidade¹⁴ e menores índices de desenvolvimento econômico do estado (Afonso, Cavalcante, Barra e Val, 2003). Os índices do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD, 2003) demonstram que Bertópolis e Santa Helena de Minas, municípios nos quais a terra indígena está localizada, possuem índices de escolaridade baixos e alta intensidade de pobreza (ANEXO 3). Ambos os municípios estão

¹² As casas domésticas periodicamente são queimadas por motivos cosmológicos (em períodos de luto, por exemplo) e para controlar as infestações de baratas no capim velho.

¹³ "Casa de Religião", ou 'Casa dos Cantos', ou ainda 'Casa dos Homens', é a forma em língua portuguesa que os Maxakali usam para designar a *kuxex* (fala-se "cucheí"), que é a construção, semelhante a uma casa comum, porém sagrada, localizada no meio do pátio central da aldeia, onde são realizados os rituais religiosos." (Bicalho, 2004)

¹⁴ Ao analisar registros de crimes por 10.000 habitantes, os autores inferem que a taxa de criminalidade do Vale do Mucuri ultrapassa o mesmo índice da região metropolitana de Belo Horizonte (Lopes et al, s/d: 15).

entre os cem mais pobres do estado de Minas Gerais. Uma pequena classe de fazendeiros e servidores municipais detêm a maior parte da renda municipal.

Estas características sócio-econômicas conformam ao atual contexto intersocietário conflituoso entre os moradores da região envolvente e os Maxakali. A questão territorial sempre foi e é um foco de conflitos. Os distintos sujeitos sócio-culturais não compreendem as diferenças na forma de ocupação e utilização da terra e meio-ambiente, o que ocasiona conflitos entre os grupos.

1.3 Percepções sobre o conglomerado de processos sociais que caracterizam os modos de vida dos grupos Maxakali

1.3.1 Organização política-espacial

Os grandes grupos de parentesco e aliança de ambas as localidades unem-se e separam-se dinamicamente, orientados por laços sócio-políticos e cosmológicos que se alteram com frequência, o que provoca um fenômeno de alta mobilidade (física e social) das aldeias e de sua composição. No início de 2004 havia dezoito aldeias compostas por grupos extensos de parentesco e aliança na Água Boa e dezessete no Pradinho.

No período entre o final de 2003 e meados de 2004 ocorreram diversos conflitos, originados por vingança, forma de ordenar a justiça entre os grupos Maxakali. Segundo declarações de líderes dos diferentes grupos de ambas as localidades, quando alguém morre assassinado, a família enlutada “desconta” a perda matando o assassino ou algum parente do assassino. O acerto de contas pode ocorrer na seqüência do primeiro assassinato ou demorar vários anos. Este “acerto” pode ser realizado por conflito armado, quando os parentes do morto dirigem-se à aldeia do inimigo armados com facões, arcos e flechas e outros instrumentos para cumprir a vingança; ou, ocasionalmente, por feitiçaria direcionada aos membros da família inimiga.

Dois assassinatos ocorridos no Pradinho, um ao final de 2003, outro no ano seguinte, provocaram o deslocamento dos grupos de família e aliados de Souza, parente dos assassinos, para Água Boa no primeiro semestre de 2005. Estes grupos foram acolhidos pelos grupos de Olga e Roberto em Água Boa. O afastamento territorial, de acordo com informantes Maxakali, é a estratégia tradicionalmente utilizada para evitar ou

postergar o enfrentamento entre os grupos rivais. No entanto, o tamanho da terra indígena impede grandes deslocamentos.

Em julho de 2005 o grupo liderado por Olga Maxakali iniciou um processo de tentativa de ampliação territorial. Ela, seus parentes e aliados, inclusive os grupos que antes residiam no Pradinho, ocuparam em 18 de agosto de 2005 uma fazenda vizinha à sua aldeia, fora da terra demarcada pela FUNAI, alegando que aquele território era de posse tradicional de sua família. Este movimento, apoiado pelo CIMI, gerou insatisfação nos outros grupos de Água Boa e do Pradinho.¹⁵ Tal situação provocou um acirramento das inimizades entre os grupos internos em Água Boa. Tião, que assumiu a chefia do posto da FUNAI nesta localidade em julho deste mesmo ano, declarou que enfrentou muitas dificuldades para atender os grupos rivais a partir de então: “os que ficaram não queriam que eu atendesse os ‘sem terra’, e os que foram não queriam que eu atendesse os que ficaram”. A mesma dificuldade foi relatada por funcionários a serviço da FUNASA.

Os atritos com moradores da região aumentaram: diversos conflitos e trocas de tiros entre pessoas Maxakali e parentes, ou simpatizantes do fazendeiro cuja propriedade foi invadida. Moradores de Santa Helena de Minas expulsaram violentamente alguns indigenistas do CIMI que até então residiam e trabalhavam em Santa Helena de Minas.

Esta situação estendeu-se até novembro de 2005, quando o filho de Xavier, irmão de Souza, membros dos grupos que antes pertenciam a Pradinho e nesse momento estavam na fazenda invadida, matou a esposa, pertencente ao grupo de aliados de Roberto e Heloísa, que já possuíam antigas rivalidades com o grupo de Olga. De acordo com Berenice e Roberto, a mulher assassinada era filha do “pajé” (Francisco) dos grupos de Heloísa e Roberto. Após este fato, membros dos grupos rivais encontraram-se e discutiram a respeito do assassinato. Francisco perseguiu e matou Xavier em Santa Helena de Minas. Na seqüência, membros dos grupos aliados a Xavier mataram Francisco. Na manhã seguinte a estes fatos, os grupos de Água Boa associaram-se aos grupos do Pradinho em um movimento guerreiro, voltado para o assassinato de membros dos grupos de Olga e Souza.

Um grande conflito foi evitado porque, devido aos assassinatos anteriores, a FUNAI havia requisitado a intervenção da Polícia Federal, que chegou na terra indígena minutos antes do início do conflito. Em conversa telefônica (em dezembro de 2005) com o

¹⁵ Segundo funcionários do Pólo-Base e da FUNAI, o grupo que ocupou a fazenda vizinha passou a ser chamado pelos membros dos outros grupos Maxakali de “sem terra”.

Chefe da Administração Regional da FUNAI em Minas Gerais, fui informada que a FUNAI e a Polícia Federal retiraram às pressas cerca de 450 pessoas Maxakali da TI, sob ameaça de morte de todos. As pessoas pertencentes aos grupos dissidentes do Pradinho foram conduzidas para a TI Krenak, próxima ao município de Resplendor; o grupo dissidente de Água Boa foi transferido para uma fazenda alugada pela FUNAI, próxima à Governador Valadares, no município de Campanário¹⁶. Este conflito teve fortes repercussões nas relações entre os grupos Maxakali e em sua distribuição no espaço terrestre.

Em conversa com Nestor e sua esposa em outubro de 2006 sobre a localização da nova terra a ser comprada pela FUNAI para o grupo de Olga, explicitou-se a questão da justiça interna. Boatos indicavam que a nova terra destinada aos grupos rivais localizar-se-á em um município próximo a Teófilo Otoni. Quando indagado sobre a localização desta terra, Nestor e sua esposa (ela falou em Maxakali) reagiram com desgosto. Nestor declarou que eles desejavam que a FUNAI enviasse o grupo de Olga para uma terra mais distante, em razão dos processos de vingança quando uma pessoa de seu grupo foi morta, pois “eles ficaram devendo”.

Em outubro de 2006 havia dois grandes grupos no Pradinho, liderados por Gustavo e Nelson; dez na Água Boa, liderados por Hugo, Júlio, Nestor, Cleiton, Heloísa, Danilo, Bernardo, Roberto, Davi e Estevam. Além das dinâmicas alianças políticas, outro fator que determina a pertença a um certo grupo é a participação nos ciclos rituais [*yãmiyxop*]¹⁷, nos *Kuxex* [casas de religião] das aldeias. Nair, então responsável pelo SIASI na equipe do Pólo Base Maxakali (FUNASA), afirmou em entrevista que os grupos de Água Boa se formaram recentemente: “eles ficaram mais de um ano só com quatro aldeias: Cleiton, Heloísa, Hugo e Davi. O Nestor tava no Hugo. Não tem *Kuxex* em todas. Na Heloísa tem. Semana passada teve religião no Cleiton”.





As aldeias são compostas por casas de capim, madeira, pau a pique, ou alvenaria¹⁸, geralmente, habitadas por um casal e seus filhos. As casas são construídas ao redor (em um semi-círculo) do pátio central da aldeia, onde localiza-se o *kuxex* [“casa de religião”]. De acordo com o ciclo ritual realizado na ocasião, são instalados mastros de religião,

¹⁶ Devido à limitação de tempo para a realização de meu trabalho de campo, em outubro de 2006 não pude ir a Campanário e Resplendor para conversar com os grupos liderados por Olga e Souza.

¹⁷ “*Yãmiyxop* – *Yãmiy* = espírito + *xop* = plural, idéia de conjunto. Ciclo cerimonial, ritual. Designa também a totalidade dos espíritos do além Maxakali.” (Bicalho, s/d:30)

¹⁸ Atualmente, algumas pessoas Maxakali adquiriram maior poder aquisitivo e estão construindo casas de alvenaria para suas famílias.

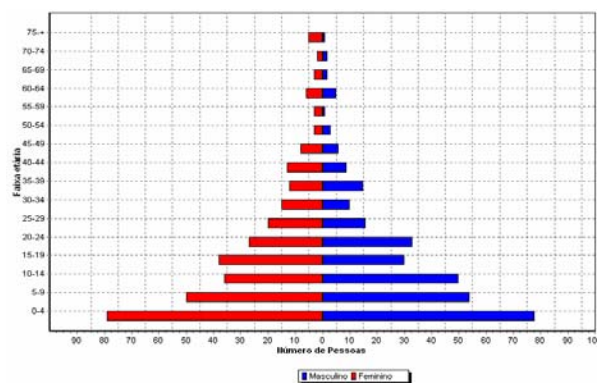
nomeados *mimõnam*, em frente aos *kuxex*. Seguem dois desenhos, criados por pessoas Maxakali, e duas fotos, que representam a configuração física das aldeias:

	<p>Figura 1: Estão representados neste desenho: <i>Yãmiyxop pet / kuxey</i> [Casa de religião]. <i>Mimõnan</i> [mastros de religião] e flechas. Fonte: Desenho cedido por Rosângela Tugny, parte do seu acervo de imagens Maxakali. Desenho: Zé Antoninho Maxakali.</p>
	<p>Figura 2: Desenho de uma aldeia Maxakali: no centro do terreiro da aldeia está a “casa de religião” com três mastros de religião em sua frente. Um semi-círculo de casas domésticas situa-se ao redor da casa de religião. Fonte: Jornal Maxakali, Maio de 2005. Bicalho (2007)</p>
	<p>Foto 1: Casas domésticas situadas ao redor do pátio central de uma aldeia em Água Boa. Foto: Rachel de Las Casas (em outubro de 2006).</p>
	<p>Foto 2: Terreiro central de uma aldeia em Água Boa em um momento de realização de <i>yãmiyxop</i> [ciclo ritual] – ao fundo: <i>kuxey</i> [Casa de religião] e <i>Mimõnan</i> [mastros de religião]. Foto: Rachel de Las Casas (em setembro de 2000).</p>

Estas imagens explicitam a centralidade da “casa de religião” e atividades relativas à realização dos ciclos rituais [*yãmiyxop*] no espaço da aldeia e nos modos de vida dos grupos Maxakali.

De acordo com Nair, em outubro de 2006 a população Maxakali contava com 1356 pessoas (todos os grupos, inclusive os que estão em Campanário e Resplendor). O relatório do SIASI apontou que cerca de 65% dessa coletividade é composta por crianças com menos de dez anos (FUNASA, 2004b). Segundo Nair, atualmente a população acima de 65 anos está reduzida: há apenas 30 pessoas nessa faixa etária em toda a população.

Quadro 1: Pirâmide Populacional – Pólo Base Água Boa – DSEI-MG/ES



Fonte: FUNASA (2004c).

1.3.2 Comunicação

O etnônimo atribuído aos Maxakali é *tikmã'ãn*, que significa, de acordo com Bicalho (s/d:23-4):

Homens. Seres humanos. (*Tihik* – “homem” + *mã'ãn* – “sentido de grupo, nós”). Mas só os Maxakali, qualquer outra espécie de animal, inclusive o homem branco e indivíduos de outras nações indígenas, não é *tikmã'ãn*. É uma autodesignação que significa “gente”, “pessoa humana”, mas implicando em conjunto, ou seja, “nós”.

Segundo os lingüistas, sua língua pertence à homônima família Maxakali que, por sua vez, pertence ao tronco Macro-Jê. De acordo com Charles Bicalho (2007)¹⁹, “a língua Maxakali é cheia de repetições sonoras, aliteraões, assonâncias, até por ser uma língua essencialmente monossilábica. Metonímias e metáforas enfeitam o discurso Maxakali como miçangas num colar”. Este lingüista ressalta “a poeticidade que compõe essa língua” e apresenta, como exemplo, algumas palavras compostas por metáforas: “canoa” é formada por duas palavras: *mim* (“árvore” ou “madeira”) e *kox* (“buraco”), ou seja, a canoa é um “buraco na árvore”; “sapato”, *pataxax*, é formada por *pata* (“pé”) e *xax* (“casca”), que significa “casca do pé”; “Carro”, *mîptutmôg*, é formada por *mîptut* (“casa”) e *môg* (verbo “ir”), ou seja, o carro é representado na língua Maxakali como “casa que anda”.

Como existem muitas cidades próximas à terra indígena e o trânsito intersocietário é diário, as lideranças falam também o português, utilizado no contato e diálogo entre as pessoas das diferentes culturas. Em geral as mulheres não dominam o português, principalmente no Pradinho. Os homens Maxakali costumam afirmar que elas devem falar somente a língua nativa por serem as responsáveis pela educação das crianças. Entretanto, como algumas mulheres da localidade Água Boa tornaram-se influentes líderes, elas passaram a usar o português em situações de contato com outros grupos.

Presenciei diversas situações que explicitam o conhecimento e utilização do português por algumas mulheres de Água Boa. A partir do contato constante com pessoas e grupos não-Maxakali, as mulheres assimilam essa língua nos centros urbanos em que circulam. Em uma viagem para Teófilo Otoni em 2000 para participação em um evento de comemoração do dia da mulher para o qual a equipe Maxakali do CIMI foi convidada, fui acompanhada por Olívia Maxakali, filha de Heloísa. Ela não se comunicava comigo em português, mas entendia tudo o que eu dizia, pois respondia com atitudes. Ao fim do evento houve uma festa. Em certo momento, longe dos meus olhares diretos, ela conversou em português (muito ordenado) com outra mulher.

Com o passar do tempo fui conquistando a confiança de algumas mulheres dessa localidade²⁰. Muitas informações sobre temas concernentes ao seu modo de vida foram relatadas quando eu ficava sozinha com elas. Após a percepção de que estávamos sozinhas, elas iniciavam o diálogo em português, em voz bem baixa, e discursavam livremente sobre

¹⁹ <http://maxakali.blogspot.com/>

²⁰ No Pradinho os modos de convivência intersocietários diferem dos de Água Boa. Talvez por isso ocorram algumas distinções nas maneiras de ordenar as atribuições de gênero, inclusive na permissão ao aprendizado da língua portuguesa por mulheres.

os temas. Em quase todas essas ocasiões elas pediram que eu não contasse aos homens que haviam conversado comigo daquela maneira.

Em reuniões com membros das instituições que lhes prestam serviços, principalmente se o tema focado diz respeito direto aos seus interesses, algumas mulheres de Água Boa se manifestam publicamente em português. Já participei de reuniões nas quais mulheres tomaram a iniciativa de traduzir os diálogos que ocorrem em Maxakali para o português, mediando com desenvoltura – e, às vezes, agressividade – os interesses de seus grupos.

Situação semelhante ocorre com os meninos maiores de sete anos. Normalmente eles não se comunicam com pessoas não-indígenas em português. Entretanto, em momentos de intimidade e brincadeiras já estabeleci alguns diálogos na minha língua com alguns meninos de Água Boa. Geralmente os meninos que sabem falar português são os filhos dos líderes que mais transitam pelas cidades.

A musicalidade é analisada por Menezes Bastos (1993) como "linguagem significativa suprema" que media de forma preponderante os processos de relações entre os fenômenos sócio-culturais de origens diversas, intensificados em situações de fricção interétnica. As músicas que compõem o arcabouço xamanístico dessa etnia são fundamentais em suas formas próprias de comunicação. As músicas de religião, também são denominadas *yãmiy*, mesmo nome atribuído aos seres sobrenaturais de seu cosmos. De acordo com Bicalho (2007):

Os *yãmiys* são cantos sagrados, verdadeiras composições poético-musicais cantadas nos rituais. Os *yãmiys* referem-se aos *yãmiys* (lembremo-nos que a palavra designa tanto os cantos quanto os espíritos). Ou seja, para cada divindade Maxakali há pelo menos um canto correspondente. Tais divindades incluem desde animas terrestres, como a paca, o tatu; voadores, como o morcego, o gavião, o papagaio; os insetos, como a cigarra; figuras míticas, dentre as quais o mais famoso provavelmente é *Inmõxã*, fera que caça humanos à noite nas matas, normalmente metamorfoseado em onça; e as almas dos humanos mortos, os parentes (ou *xape* em Maxakali).

A musicalidade faz a mediação entre os trânsitos e diálogos das diferentes pessoas e culturas em interação, e perpassa as relações estabelecidas, tanto internamente (entre os

membros de seus grupos internos), quanto externamente (com o universo não-indígena). As relações entre os diversos seres em interação no universo Maxakali – humanos e *Yãmîy*, homens e mulheres, velhos, adultos e crianças, vivos e mortos – são perpassadas pelos aspectos relativos aos processos xamânicos e filosóficos (elaborados em sua musicalidade) inerentes às suas correntes de tradições culturais.

De acordo com Seeger (1986:177), todos os aspectos dos eventos musicais devem ser descritos em relação ao contexto social global onde os fenômenos musicais ocorrem, ou seja, são determinados pela “combinação e interação de uma variedade de fatores: tempo, espaço, tocadores, instrumentos, platéia”.

A música é uma forma específica de comunicação. Suas características não verbais fazem dela um veículo privilegiado para transmitir valores e *ethos* que são mais facilmente “musicados” que verbalizados. Estes são comunicados não somente através dos sons, mas também dos movimentos dos intérpretes, do tempo, do local e das condições em que são executados. (...) Todo ato de fazer música tem componentes espaciais, temporais, gestuais e interpretativos que também são fundamentalmente não-verbais. Esses componentes podem ser mais acessíveis à análise que os sons. (...) Sendo assim, o *local* em que um evento musical ocorre revela muito a respeito do seu significado. Similarmente, a posição e os movimentos do dançarino estão, em geral, metaforicamente relacionados a um domínio altamente significativo, como o corpo ou as formas como os animais se movimentam. (Seeger, 1980:84, grifos no original)

Acácio Piedade (1999:94) propõe análise similar ao abordar o complexo das flautas sagradas do Jurupari, ritual executado por populações indígenas do noroeste amazônico e do alto Xingu. Ao analisar os fenômenos musicais do Jurupari entre os Tukano, Piedade os associa a “uma menstruação simbólica masculina e ao culto aos ancestrais”. Segundo o autor, “a simbologia geral destes ritos parece ter como tema central a questão das relações de gênero, envolvendo interdições e a capacidade criativa”.

A performance musical, desta forma, traz "de cima" o mito para sua atualização última no rito, isto através da música. Este quadro está

alinhado ao que Menezes Bastos chama de "estrutura mito-música-dança", onde a música se apresenta como pivô de um sistema comunicativo que traduz o mito em dança - e também em pintura corporal, arte plumária e outras artes visuais, estes os últimos redutores deste sistema intersemiótico. (Piedade, 1999:109)

O mesmo se dá em relação à criação e execução das músicas e rituais xamânicos entre os grupos Maxakali. Os ciclos rituais, *Yãmiyxop*, são centrais no processo de construção da pessoa²¹ nessa coletividade. O processo de construção da pessoa implica a construção coletiva do que dá “significado ao vivido, instrumento de organização da experiência social” (Seeger, Da Matta & Viveiros de Castro, 1987:15) e é perpassado pela relação com os *yãmiy* [músicas / seres sobrenaturais] no caso Maxakali. Cada grupo de espíritos agraciados nos *yãmiyxop* possui um ou mais canto(s) pelo qual é invocado. Assim, músicas e corporalidades²² são *locus* de aprendizagem e execução privilegiados do conhecimento cosmológico.

A musicalidade permeia quase todas as atividades dos sujeitos Maxakali. Tanto os conhecimentos tradicionais, os mitos, os saberes xamânicos, quanto os novos conhecimentos advindos das situações de contato intersocietário, são elaborados na e pela música Maxakali.

São criadas músicas e rituais para marcar todas as experiências de vida, tanto xamânicas quanto ordinárias. De forma geral, percebi dois usos distintos relativos às expressões musicais Maxakali: 1) músicas que compõem ciclos rituais xamânicos, também nomeadas “músicas de religião”; e 2) músicas compostas para marcar quaisquer fatos considerados relevantes. Um exemplo é um canto criado por um professor indígena que participou da “Marcha Indígena 2000”, movimento organizado por entidades indígenas e indigenistas na comemoração dos 500 anos de colonização do Brasil. A letra remete à história dos 500 anos de massacre aos indígenas no Brasil. Esta música, como muitas outras, atua como instrumento de memória e transmissão de conhecimento de uma experiência vivida (Las Casas, 2003).

²¹ Álvares (1992), em sua dissertação de mestrado, propõe uma interpretação para o processo de formação da pessoa Maxakali, vinculado ao conhecimento dos cantos xamânicos. Atualmente suas proposições vêm sendo revistas e re-elaboradas por alguns pesquisadores dedicados a essa etnia indígena.

²² “a corporalidade não é vista como experiência infra-sociológica, o corpo não é tido por simples suporte de identidades e papéis sociais, mas sim como instrumento, atividade, que articula significações sociais e cosmológicas; o corpo é uma matriz de símbolos e um objeto de pensamento” (Seeger, DaMatta & Viveiros de Castro, 1987:20).

A relação entre música e conhecimento explicita-se em um diálogo sobre a forma como a língua escrita chegou e foi assimilada por seu povo, estabelecido em agosto de 2002 com Estevam, professor em Água Boa:

Poppovich escreveu. Aí se ele não tava aí, a letra na língua nós não teve. Ia ficar sem nada e só tinha do branco, né. Mas ele tava e escreveu. E depois ensinou pra nós e nós aprendemos e quando ele ficou velho, ele entregou pra nós, passou pra nós. Aí nós tá continuando a passar, passar mais, passar até não acaba. *Kakxop* [criança] vai aprender, vai ensinar mais novo depois, né. ... No meu pensamento é assim: tem que aprender a nossa cultura. Quase que nós tá acabando, os mais velhos tá acabando. Tem que escrever tudo, tudo, toda história, tem que fabricar livro, cartilha, depois continuar a passar pra não esquecer. Ontem à noite eu tava explicando tudo para meu *kutok* [filho], pra ele aprender. É assim: papel não ajuda. *Kuxex* [casa de religião] que ajuda, *kuxex* ajuda a escola. Aí depois que *tappetpet* [escola] escreveu, ajuda explicando do *kuxex*, aí papel ajuda *kuxex*. Aqui ó, quem tem o caderno, aí não sabe como é que *kuxex* que fez, mas vem ensinar o caderno e depois ajuda, depois ajuda pedindo pra *kuxex*. *Kakxop kutgnãg* [criança pequena] escreve a música, *kuxex* vem falar a música do religião, depois *kutok* vê e ajuda *kuxex*. Sabe a música e ajuda *kuxex*. Caderno tem que escrever e ajudar *kuxex*. (Diário de Campo, 22/08/2002)

Este depoimento revela a importância da casa de religião e dos cantos na formação das crianças. Ao relacionar a escrita às suas práticas religiosas, mostrou uma música²³ que seu filho, Leonardo, escreveu em um papel ofício, com frases separadas por riscos e cores. Escrever a música trecho a trecho, de acordo com Estevam, assemelha-se à maneira como os antepassados ensinavam as músicas para as crianças (na época anterior à escrita): eram feitos riscos em um bambu marcando cada trecho da música. Cópia da música escrita por Leonardo (mantidas as cores usadas para diferenciar cada trecho):

KĀYĀTUTXEX MŪN YŌG KUKYĀYTUHUK YAYTUHUK NĀMI
XOKTUTUXEKA MŪN YŌG- KUKYANXANA YĀNXANA NAMI
XUPAPOX XEX MŪN YOG-KUK YĀNAMXEX MŌYĀNAM NAMI
KUXHIPTUT XEX MŪNYŌG KUK YANXUMĀ YANXUMĀ NĀMI

23 Não tenho a tradução dessa música, mas trata-se de uma história sobre a cobra [*kāyātutxex*].

NŪHŪ YĀMĪY XOP KUTEX KAX ĀMIX ŪXU XET AX HEMEX NOMTE HĪN HĪN
MENENOK MIPKOIX MIP-XATA XOP NĀXIP
YĀMĪY XOG XOKTUT XEX YĪXITU XAXIPHĀMŌ: XAXIP HĀMŌ?
YĀMĪY YŌG MĒY ĀNA-HĀM KOXHA: MŌNĀ KAXIP HAA-A
KUKMŌKAX XOP KOMA ĪYNU TAX XOP: IYNUTAX XOP
KUK MŌKAY XOP KOMA MIPNA: ĀNA: NĀG YĪTOMĀ NAMŌ:Ō
ĀYĀYKU: OK XOPHA IYNUTA XOP ĪYNUTAXXOP
ĀYĀY KU: OKXOP XATE XOK XOP MĪPXOPHĀ YĀMIY MAKO: IX PUMI
IYMUĪY MIPKOMA ĪYNU TAX XOP
ĪYMUĪY MIP KOMA ĪYMUĪY TUTXOP TE UM:UK HĀMŌ HAMXUP YAINA
AMŌG NOX XO ME E KONU PA XOP PU YAY KOX MĪNANA XIP

Antigamente os mais velhos não sabia escrever. Mas tinha um que foi lá no mangue e tirou um bambu mais comprido, e fez marcação da música. Ia cantando até parar aqui. Depois canta até parar aqui. Aprendeu aqui, depois continua, riscando, riscando, riscando. É assim que fazia. Tem vermelho, vermelho, vermelho, vermelho e preto. ... Aprendeu até aqui e depois continua mais o outro pedaço até acabar a vara. Aí canta até acabar, depois continua e começa de novo. O preto é quando termina e marca com preto. O vermelho é contagem. [Ele pegou a música escrita por Leonardo e me mostrou como cada trecho era marcado e cantado] Aqui ó: desse aqui *kāyātutxex*, depois *xoktut*, depois *xupapox*, depois *kuxhiptut*, depois *nūhū yāmīy xop*, e vai contando essa música assim. É assim: *mōnāyxop* [antepassado] fazia assim, e isso ajuda *kuxex* [casa de religião]. Escreve e ajuda, né. Agora criança aprendeu aqui na escola, depois escuta a música do religião. Aí tá certo.

As músicas ensinam história e religião. A educação Maxakali é estruturada pelo aprendizado musical e ritual dos *yāmīyxop*, transmitido para as crianças como um conhecimento sagrado, particular e precioso. A educação escolar está inserida neste contexto específico, e em articulação com estes princípios. A experiência escolar é elaborada como um dos processos de reinterpretação e de ressemantização (Albert, 1995) praticados usualmente pelos grupos Maxakali, quando incorporam o novo em seu universo de sentido²⁴ (Las Casas, 2003).

²⁴ Um exemplo dos desdobramentos práticos desse processo de ressemantização: em agosto de 2002 apresentei Daniela Maxakali com um vestido de pano costurado de acordo com os padrões da nossa cultura. Em novembro deste mesmo ano, ela mostrou o mesmo vestido que havia ganho, desfeito e recosturado de forma a transformá-lo em vestido Maxakali. Este episódio ilustra como tudo que vem de fora é transformado, passando por um desfazer, para novamente ser recosturado (“ressemantizar”) e, então, encaixado no universo maxakali.

Ao mesmo tempo em que os cantos representam um conhecimento privado, que beneficia o grupo de parentesco – pois são adquiridos por hereditariedade²⁵ ou em sonhos – quando os *yâmiy* presenteiam os *tikmã'ãn* com seus cantos; também são expressas livremente nas atividades do dia-a-dia, adquirindo uma faceta pública e formativa²⁶. A relação com as músicas/espíritos [*yâmiy*] – seu uso religioso privado *versus* uso livre, cotidiano – varia de acordo com o motivo e o lugar onde será utilizado. Como o cantar acompanha as atividades rotineiras, as músicas são usadas livremente; entretanto, quando os cantos ocorrem em momentos e lugares rituais, prevalece seu domínio privado e valorizado como uma das categorias formadoras da pessoa, que o utiliza para se relacionar com os seres sobrenaturais.

Além da musicalidade, o corpo é referência central em performances rituais, mediando as formas como esses grupos indígenas se comunicam e estabelecem relações com os seres espirituais [*yâmiyxop*]. A antropóloga Aracy Lopes da Silva (2002:43) enfatiza a importância da performance ritual no sistema de educação tradicional:

A performance ritual promove conhecimento e aprendizagem para todos os envolvidos: os adultos, encarregados de sua realização, são orientados pelos mais velhos, cuja vivência de antigas e sucessivas versões da mesma cerimônia é reatualizada pela memória que guia os passos do presente. Memória e criação, performance e tradição, tudo aqui se combina para reafirmar um patrimônio e um estilo próprio, mas sempre capazes de processar e incorporar os desafios do momento histórico vivido.

1.3.2.1 Ciclo ritual do morcego [*Yâmiyxop do Xunnim*]

Segue a descrição de um ciclo ritual, registrado em agosto de 2002 em Água Boa, quando Tereza, filha de Olga, completava um ritual de cura. Uma descrição densa (Geertz, 1978) desse processo implica a observação e registro de diferentes aspectos da experiência sensível, referentes aos aprendizados das “técnicas corporais” (Mauss, 2003b) próprias às

²⁵ Em um certo momento do ritual de *Xunnim* observado em agosto de 2002, saíram do *kuxey* [casa dos cantos] dois *Xunnim Hey* [espírito feminino do Morcego] e dois *Xunnim Impía* [espírito masculino do Morcego]. Olga então declarou que estes *Xunnim* eram de sua filha Neide: "mamãe deixou tudo pra mim, mas eu dei pra Neide".

²⁶ As pessoas Maxakali costumam desenvolver suas atividades rotineiras cantando as músicas de religião.

ocasiões rituais. Nos *yãmiyxop* as crianças pequenas aprendem com as crianças maiores, os jovens aprendem com os adultos, que aprendem com os mais velhos.

Esse *Yãmiyxop* foi requisitado por Tereza para completar um ritual de cura, iniciado em função de um grave adoecimento há meses atrás. Era noite de lua cheia e havia uma neblina gelada no terreiro da aldeia. Tereza ofereceu *ãmmuk xeka* [comida grande] para que seus aliados fortalecessem seu ciclo ritual. Durante cerca de um mês cada família aliada trouxe seus espíritos do *Xunnim* e outros *yãmiy* para cantar e dançar na “casa de religião” [*kuxex*] e no terreiro da aldeia de Tereza. O grupo de Olga possuía muitos aliados à época: pessoas de diversos grupos de Água Boa (aproximadamente cem pessoas). O grupo de Celso e Hugo constituía fortes alianças de parentesco com o grupo da Olga. De acordo com seu relato, foram convidados apenas os que possuem algum parente residindo na aldeia, o que constitui uma aliança de parentesco político-religiosa.

Os homens reuniram-se na casa de religião e iniciaram a cantoria. No terreiro, ao redor de um tronco com fogo em frente ao *kuxex*, vários *Xunnim* estavam deitados em posição fetal, formando uma meia lua ao redor do fogo. De repente, um *Yãmiy* começou a pegar um por um no colo como se fossem bebês, levando-os para dentro do *kuxex*. Novos cantos. Pouco depois todos os homens saíram da casa de religião e se aglutinaram perto das grandes panelas de comida. Neide e Sara (mulher de Cleiton, pajé deste grupo) serviram grandes pratos, entregues por Tereza aos homens. Somente após todos homens se alimentarem e retornarem ao *kuxex*, as mulheres e crianças foram servidas. No *kuxex* muitas músicas foram cantadas para os *Xunnim* presentes.

Estava muito frio na madrugada e Olga convidou-me para descansar. Fui, mas não consegui relaxar dentro da casa, e retornei ao terreiro para acompanhar o ritual. Os homens (incluindo as crianças) estavam sentados próximos em cadeiras à frente da casa da religião. Eles cantavam. Ocasionalmente as meninas (entre 6 e 10 anos) se abraçavam e dançavam ao redor dos *yãmiy*, prolongando e respondendo o canto com suas vozes, o que as fazia rir muito. Alguns meninos brincavam na casa de religião quando dois *yãmiy* grandes saíram correndo de dentro do mato e entraram no *kuxex*, assustando os meninos, que correram.

Certa hora os *Xunnim* se agruparam em grupos de seis (três de frente a três) e dançaram para o lado e depois retornaram ao grupo. Repentinamente soaram passos e assobios: os *Xunnim* dançavam e sopravam seus apitos de taquara. Pequenos grupos de *Xunnim* (em sua maioria crianças) saíram do *kuxex* abraçados, em direção a um grupo de meninas abraçadas, que os esperavam no pátio central, para dançar juntos. Havia dois

grupos de mulheres abraçadas em fileira, os *Xunnim* iam em sua direção, as mulheres dançavam para trás e para frente, depois iam em direção ao outro grupo, que fazia o mesmo movimento. Este movimento desenhava um V no espaço do pátio central.

Oswaldo, um dos pajés desse grupo, veio até nós (estávamos sentadas na beira do terreiro central) e declarou que cantavam para *yãmiyhey*²⁷, que havia sido convidado a participar para que eu o visse. No *kuxex* o canto parecia discussão aos berros. Os *yãmiyhey* – espíritos que usam vestidos femininos – vinham até o terreiro, abraçavam as meninas e dançavam contra os *Xunnim*, passando rasteiras neles. A brincadeira da rasteira também ocorreu entre meninas e pequenos *Xunnim*, uns derrubando os outros.

Certa hora surgiu uma outra entidade, *inhîp*, curva, com os braços abertos, um pano amarrado nos braços, querendo pegar os *yãmiyhey*. Com rasteiras, *yãmiyhey* jogou *inhîp* no chão. Em seguida outro *yãmiyhey* carregou-o no colo, para dentro do *Kuxex*. As danças e os cantos continuaram até o sol nascer. Em um dado momento, eles pediram que eu participasse do ritual levando biscoitos na mão para os *Xunnim*. Imitei Dilma e fui orientada por Oswaldo, que me instruiu sobre os passos da dança. Os *Xunnim* se movimentaram em nossa direção e devíamos colocar as mãos para frente e para trás e depois entregar os biscoitos²⁸ nas mãos do *Xunnim*, ao mesmo tempo que dançávamos para frente e para trás. Eles nos devolveram os biscoitos e repetimos o movimento anterior. Por fim, com os biscoitos nas mãos, eles retornaram para o *kuxex*. Muitos cantos. Cleiton, pajé, novamente solicitou minha participação: segurei uma bacia de biscoitos em frente ao *Kuxex*. Os *Xunnim* saíram da casa de religião em direção à bacia e jogaram os biscoitos para cima com muita força. Foi uma festa. As crianças e mulheres pegaram os biscoitos. Os *Yãmiy* voltaram para o *Kuxex* e cantaram muito.

Por fim, cada dono do *Xunnim* saiu com ele até o pátio central, uma menina levou uma sacola com comida e pendurou em suas cabeças, e eles voltaram ao *Kuxex*. O ritual continuou na aldeia da Olga, à noitinha, por cerca de uma semana, com oferecimento de comida. A seguir passou a ocorrer nas casas dos envolvidos, onde os *Yãmiy* continuaram sendo alimentados e cuidados até a conclusão do ciclo ritual.

Retornei na noite seguinte para acompanhar mais uma etapa desse ciclo ritual. Foram então executadas muitas e variadas performances, acompanhadas pelos cantos

²⁷ “Yãmiy – espírito. Canto. Cada yãmiy (espírito) tem um canto (também chamado yãmiy) correspondente que é cantado nos rituais para evocar-se o espírito. + hex (hey) – mulher, partícula de feminino” (Bicalho, s/d: 30).



²⁸ Foi relatado que antigamente eram dados beijús, atualmente substituídos pelos biscoitos.

dedicados a cada *Yāmiy* convidado a participar do ritual. Homens e mulheres, de diferentes faixas etárias, comunicaram-se através da dança e dos cantos com os espíritos. Certa hora saíram dois *Xunnim* bem pequenos, com os corpos pintados de rosa e dançaram junto à fileira de mulheres formada no pátio central, também constituída por crianças. Os *Xunnim* pequenos sabem como dançar, se abraçam como os grandes e rapidamente dirigem-se para as meninas. Os meninos cantores (um pouco maiores) ajudam os *Xunnim* pequenos quando algo ocorre, como, por exemplo, quando caiu o chapéu de um deles.

Os *Xunnim* pequenos aproximaram-se do grupo de cantores. Nesse momento uma menina pendurou um refrigerante em cada um. Quando eles estavam quase entrando no *kuxex*, a neta de Olga roubou um refrigerante, o que provocou muitas risadas em todas as mulheres. Estranhei o episódio e pedi explicações a Olga, que afirmou tratar-se de uma brincadeira que não desagradava aos *Xunnim* – no ritual da noite anterior as mulheres mais velhas haviam realizado o mesmo algumas vezes e se divertido. Assim, o que a neta de Olga acabara de fazer era a repetição de um comportamento jocoso das mulheres mais velhas, o que justifica sua expressão de expectativa após o roubo do refrigerante.

Durante todo o ritual, Cleiton e Osvaldo, os pajés mais prestigiosos desse grupo, acompanharam os movimentos dos participantes. A acurada técnica corporal das performances era reproduzida com perfeição pelas crianças pequenas. Quando elas não estavam no centro do terreiro a dançar ficavam nas redondezas, reproduzindo os movimentos corporais dos adultos e cantando as músicas dedicadas aos *Yāmiy* presentes neste ritual.

No processo de educação ritual, os cantos, danças e interações simbólicas entre vivos [*tikmã'ān*] e *yāmiyxop* são conhecimentos transmitidos pela coletividade do grupo de parentesco e mediados pelo corpo em experimentação. Cantar implica aprender e aprender implica cantar (Las Casas, 2003).

<p><i>Yãmîy xop xūrîm.</i> <i>Zé Antoninho Maxakali</i> <i>3/06/05</i></p> 	<p>Figura 3: Seres espirituais e animal Xunnim. Desenho cedido pro Rosângela Tugny, parte do acervo obtido em sua investigação sobre o universo musical e religioso Maxakali.</p> <p>Desenho: Zé Antoninho Maxakali.</p>
	<p>Foto 3: <i>Yãmîyxop</i> realizado em 2000 em Água Boa. O <i>kuxey</i> [casa de religião] e o <i>mimõnan</i> [mastro de religião] estão ao fundo. O <i>yãmîy</i> preto é um <i>xunnim</i> [morcego], o vermelho é um <i>popxop</i> [macaco]. Eles dançam com algumas mulheres. Uma delas é albina. Casos de albinismo são freqüentes entre eles.</p> <p>Foto: Rachel de Las Casas (em setembro de 2000).</p>

1.3.2.2 Tradições xamânica

Entre os diversos aspectos relacionados às práticas musicais dos grupos Maxakali, destacam-se os seguintes: seu uso na comunicação e na construção de relações com os seres sagrados; performance corporal e musical aprendida desde a infância, necessária à inserção nas redes de relações; participação ativa das crianças em formação ritual; as relações de gênero e os laços de aliança explicitadas nas músicas, rituais xamânicos e performances corporais.

Em outubro de 2006 entrevistei Tarcísio e Roberto, portadores de grande conhecimento xamânico. Segundo seus relatos há espíritos femininos e masculinos entre os *Yãmîy*²⁹, que podem ser bons e maus. Uma complexa rede de relações é travada entre os seres espirituais, homens e mulheres. Quando alguém interpreta ser preciso se relacionar com os *Yãmîy* – seja para ser bem sucedido em sua plantação de mandioca, para recuperar

²⁹ *Yamîyhey* não é o único espírito feminino citado, Roberto afirmou que os espíritos da mandioca e da batata também são mulheres. É possível que existam variações de gênero para quase todos os *yãmîy*.

o equilíbrio da vida, para uma boa viagem, entre outros motivos –convoca o pajé³⁰ de seu grupo e outros homens de sua rede de aliança para se reunirem e cantarem no *kuxex* [casa de religião].

Ao explicar a utilização da casa de religião, Tarcísio estabeleceu uma comparação com o uso da igreja por alguns grupos da sociedade regional. Em seu dizer, quando eles(as)³¹ sentem necessidade de “fazer religião”, conversam e reúnem-se na casa de religião para diálogos, cantos e demais atividades, de acordo com a intenção da reunião com os *Yãmiy*.

Parece igreja, porque igreja o padre reza todo dia, seis horas ele vai fazer a oração. Mesma coisa na casa de religião. Nós, os homens, vai lá ficar na casa de religião. Aí canta de novo. Aí o homem é pai de religião, a mulher é mãe de religião. Então, se eu tava aqui hoje, se eu quero ir lá na casa de religião, eu tá com *saudade* de escutar o canto de religião, aí eu falo pra Haniel: vamos lá na casa de religião? Aí nós fala pra outros *tihik* [índios] e nós vamos lá. Aí de noite vai ter religião.

A saudade é frequentemente citada como um dos sentimentos que motivam as relações entre as pessoas Maxakali e os *Yãmiy*. Por sentir saudade dos cantos e de seus respectivos *Yãmiy* são realizados rituais. De acordo com os informantes, esse sentimento é interpretado como um pedido do espírito que o provocou, para ser alimentado pelos humanos. Como cada espírito representa algum animal, planta, ou qualquer coisa relevante para esses grupos³², agraciá-los com músicas, danças e comidas produzirá benefícios para o grupo, de acordo com as qualidades de cada espírito. Por exemplo: se uma família almeja uma boa colheita de mandioca, chama *Kotkuphix*, o espírito da mandioca³³.

Ao ser questionada sobre os motivos e a periodicidade das realizações dos *Yãmiyxop* [ciclo ritual], Márcia Maxakali respondeu que não há um calendário ritual, eles acontecem em distintas situações, quando as pessoas consideram precisar do apoio dos

³⁰ Alguns homens, especialmente os mais velhos, adquirem um maior conhecimento sobre os cantos e as formas de estabelecer as relações com os *Yãmiy*. Esses homens alcançam o prestígio de pajé em seus grupos. Mas qualquer homem Maxakali pode estabelecer relações diretas com os *Yãmiy*, sendo, assim, um potencial mediador entre os seres que co-habitam esse universo cosmológico.

³¹ Caso seja uma mulher que queira realizar a religião, ela deverá solicitar ao esposo que reúna os homens de seu grupo e iniciem o tipo de atividade condizente com o propósito do ritual almejado.

³² Rosângela Tugny relatou e mostrou um desenho onde havia um *yãmiy* de helicóptero.

³³ Também chamado por outros motivos, segundo a situação enfrentada.

Yãmiyxop [seres espirituais] em suas atividades. Em suas palavras: “Tem religião pra tudo, por exemplo, se eu plantar uma roça de mandioca vou falar assim: ‘aquela roça ali, Deus vai ajudar’ e eu vou fazer religião praquela mandioca. Daí ajuda mais, ajuda até a raiz. Faz religião é quando precisa.”

Tarcísio afirmou que “todo *yãmiy* cuida de doença”, e ilustrou com o caso: ele próprio têm os *yãmiy* do gavião [*mõgmõkã*], da mandioca [*Kotkuphix*] e do morcego [*Xunnim*], se alguém do seu grupo adoecer, ele levará todos os seus *yãmiy* para o *yãmiyxop* da pessoa. Quando as músicas de todos os *yãmiy* [seres espirituais] forem cantadas, ela estará bem novamente. Além dos cantos da “religião para doente” há outros, com outras finalidades. Tarcísio também colocou que a vontade de realizar um ritual pode partir das pessoas, quando saudosas de um canto/*yãmiy*, e dos próprios espíritos/*yãmiy*:

A mãe de religião [*yãmiyhey*] fala pro pajé: ‘eu quero um canto, eu quero religião descer e mudar aqui’. Aí planta qualquer coisa, ou mandioca, ou melancia, ou batata. Aí quando dá a noite ele vem e canta até chegar na casa de religião. A mãe de religião fica pertinho da casa de religião. A mãe de religião canta e vai chamar o *yãmiy*. *Mõgmõkã* fala assim: [trecho de música dito na língua Maxakali], aí ele canta assim porque foi chamado, a comunidade chamou lá na casa de religião. Durante muitos dias – um mês – ele fala pro pajé cantar assim. Então o religião [o *yãmiy*] canta e manda as mulher ir lá na roça e ir roçando as batatas, colocar na rede e trazer. Depois ele canta até amanhã, aí a mãe faz suco de batata³⁴ e leva lá na casa de religião. Pajé leva e deixa lá, aí o religião toma e depois canta até ir embora. Canta assim e tá indo embora, aí o religião vai chorar e a mãe também vai chorar, todo mundo vai chorar porque ele vai embora, vai pro céu.

Uma variação desse sentimento é propulsora de um ritual específico, no qual as almas das crianças pequenas retornam nos colos dos *Yãmiyhey* para que suas mães possam encontrá-las durante um curto espaço de tempo e diminuir a saudade. Segundo Roberto

³⁴ É uma bebida de batata fermentada muito utilizada pelos antepassados, segundo comentários dos Maxakali entrevistados. Atualmente a “água de batata” é menos usada: apenas em ocasiões especiais, como em certos ciclos rituais, em situações nas quais os grupos Maxakali expõem sua “cultura” aos não-indígenas interessados em conhecê-los, e como tratamento para determinadas perturbações, o que será desenvolvido no próximo capítulo.

Maxakali, apenas as crianças que morreram antes da idade do “batizado”³⁵ possuem um relacionamento diferenciado com Topa³⁶ e *yãmiyxop* e, por isto, podem retornar do outro plano deste cosmos³⁷ diretamente para a aldeia, sem passar pela casa de religião. Esse é um dos principais motivos pelo qual as crianças são tão importantes nessa coletividade. De acordo com Roberto:

Criança pra nós é um descanso. Se a gente tá lá na roça trabalhando, aí tem *kohot* [mandioca], tem *kômîy* [batata], tem *tepta* [banana]. Aí quando chega, cê traz uma cana e aquela criancinha ali fica alegre. E tem uns que já vem falando que vai fazer assim, assim e assim. Daqui a pouco eu tô com raiva. Aí eu vou lá, ‘cadê meu *pohox* [flecha], cadê minha espingarda, cadê meu facão?’ Aí eu olho pras crianças e penso: ‘eu vou lá, ou eu mato ele, ou ele me mata, quem vai cuidar pra mim das crianças?’ Aí largo pra lá. Agora se não tivesse eles aí, a mulher vai falar pra mim não ir, mas eu vou. Então por causa que nós gosta muito de criança que segura a gente. É o pensamento que a gente pensa assim. Criança pode ver *Topa* e eles seguram a gente. E na mesma hora acaba a raiva. Aí levanta os bracinhos assim pra gente e a gente desiste da briga. Depois que nasce, ou mesmo quando a mulher tá grávida, dali já ajuda *Yãmiyxop* já. Chama *Yãmiyhey*. Mesmo quando engravidou, pode ser *pit* [homem] e pode ser *hex* [mulher], já ajuda *Yãmiyxop*, quando engravidou já é *Yãmiyxop* do mesmo jeito. Já vai embora pra lá já e fica com *Yãmiyxop*. Adulto também, mas só que o *Yãmiyxop* adulto já vem diretamente pra casa de religião, já vem direto. E a criancinha não, a criancinha só vem se *Yãmiyxop* chamar, tem a época que faz, aí tem aquela reunião.

Quando as mães sentem saudade dos filhos pequenos já mortos pedem aos esposos que realizem esse ritual. Segundo Roberto e Tarcísio, todos os membros do grupo e os pajés se reúnem e chamam *Yãmiyhey* com suas músicas, que traz em seus braços as

³⁵ Ritual de passagem da infância para a vida adulta, que ocorre quando os meninos têm por volta de cinco a seis anos.

³⁶ Topa = “Deus, divindade maxakali, herói cultural. Topa te *tikmã-ãn hã’ xape* = Deus é um amigo/parente dos maxakali”. (Poppovich, 2005:68)

³⁷ Segundo relatos, o universo Maxakali é composto pela terra onde vivem os *tikmã-ãn*, os animais, os outros índios e os não-índigenas (*âyuhuk*); e por outro plano cosmológico, onde vivem os *Yãmiy*, as almas dos antepassados e os *înmõxa*.

crianças para suas mães: “A mãe é *Yãmiyhey*. Aí todo mundo vai pedindo que elas tragam as crianças. Aí a mãe traz nos braços assim: as *Yãmiyhey* vem e vai entregar *kitok* [filho] pra mãe, mas eu não vai deixar muito não, tem que devolver ele. Então a mãe chora, é saudade do que tá morrendo” (Tarcísio Maxakali, 17/10/2006).

O ritual do “batizado”³⁸, de acordo com Roberto, é realizado com a mediação do *yãmiy ta tu' kax*³⁹:

Aí já tá ali a lista que vai batizar, aí já fala pra *ta tu' kax*, e *ta tu' kax* já vem junto. Aí avisa todo mundo também. Aí a gente fala pros parentes, primos, pra batizar meu filho. Aí todo mundo vem também, aí batiza: leva pra casa de religião e fica um mês. Depois de um mês já pode sair dali e ele já pertence à casa de religião. Aí já não pode brincar mais com criançada *hex* [mulher], já tá fora, porque não pode, naquele momento que ele tá ali, rapidinho ele já fala alguma coisa. Se ele ficar brincando mais *hex* é muito perigoso, *hex* não pode saber segredo nenhum de casa de religião. Então se a criança brincar mais *hex* ali, pouquinho coisa ele fala. E se sair falando, daqui a pouco tá acontecendo alguma coisa comigo, ou com meu filho. Costuma dar castigo. Hoje em diante não faz mais, mas os antepassados matavam, né. Quando fala segredo de casa de religião, ele mata. Porque teve uma criança que falou segredo de casa de religião, aí juntou comunidade pegou dente de paca e enfiou nos dois olhos do criança que falou. Tinha um morro de samambaia e levou. O pai dele não deixou ele ir morrer sozinho e foi morrer mais ele. Aí levou o filho com o pai e colocou no meio de samambaia e daqui pra lá colocou fogo e ele morreu abraçado com o filho dele lá. Daí em diante ficou muito assim, sabido, o pai tem que cuidar muito. Só pode brincar com *hex* depois que ele ficar maior e já tiver sabendo.

O ritual do batizado contém diferenças de gênero na formação xamânica, segundo Roberto. Apenas os meninos recebem o acervo de conhecimentos que os habilita ao relacionamento direto com os *yãmiy*. Às mulheres é proibida a entrada no *kuxey* [casa de

³⁸ As explicações nativas sobre esse ritual diferem das apresentadas por Álvares (1992), em sua dissertação de mestrado. Como este tema escapa ao foco desta pesquisa, não será desenvolvido mais profundamente.

³⁹ Poppovich (2005:64) traduz a palavra *ta tu' kax* como pedir. Esse linguísta afirma tratar-se de um ritual central na formação da pessoa maxakali. A importância da comunicação e do relacionamento entre os *yãmiy* e as pessoas maxakali para a correta manutenção do equilíbrio da vida é explicitada novamente.

religião] e aos saberes repassados aos meninos a partir deste ritual de passagem e no decorrer de sua vida. A história sobre o menino que desobedeceu esta interdição e foi castigado: seus olhos foram furados e foi queimado com seu pai no morro de samambaias é repetida inúmeras vezes nas redes de comunicação internas e externas (quando explicam este ritual de passagem para os interessados em sua “cultura”).

Desde a gestação até o “batizado” as crianças possuem um status diferenciado de pessoa. Como explicitado no depoimento de Roberto: quando a mulher está grávida e fala algo, é preciso acreditar no que foi dito, pois “não é ela que está falando, é o *yãmiy* que tá fazendo ela falar. Talvez *hex* [mulher] tá grávida e vai pescar. Não têm peixe, mas ela pesca. Porque ela não está indo sozinha não”. As crianças recebem um cuidado muito especial de todos os membros do seu grupo de família, por sua associação com os *yãmiy*.

Este tipo de relacionamento entre as crianças pequenas e os *yãmiyxop* e *Topa* confere proeminência às relações de gênero travadas em torno dos cuidados com as crianças. Elas distinguem-se dos adultos pela capacidade de retorno à terra após a morte. Tal especificidade torna o trabalho das mães e pais nos cuidados com suas vidas fundamentais nas suas redes de relações sociais. As mães, responsáveis pelos cuidados domésticos com as crianças pequenas, são as primeiras a atuar diretamente na manutenção do equilíbrio de suas vidas; os pais, portadores de conhecimentos xamânicos específicos são responsáveis pela segurança da família, e atuam (xamânica e politicamente) estabelecendo relações de cordialidade e reciprocidade com seus pares humanos e espirituais (aliados e inimigos).

Além da capacidade de transitar entre o mundo dos espíritos e o mundo dos vivos, as crianças também são centrais nas redes de relações entre os grupos Maxakali, referentes às alianças entre famílias. As alianças entre os grupos de parentesco estabelecem-se a partir dos casamentos⁴⁰ de seus filhos e filhas com membros pertencentes aos grupos que na ocasião da união sejam aliados. Na maior parte das vezes, quando há desavença entre os grupos de família, os casamentos entre membros dos distintos grupos são cancelados e os casais se separam junto com suas famílias. Além disso, geralmente, são as crianças que levam e trazem informações dos adultos entre as distintas aldeias, realizando a mediação nas redes de comunicação entre os grupos de família e aliados.

⁴⁰ Toda a literatura sobre os Maxakali os classifica como “endogâmicos”. Os casamentos se dão entre os grupos de aliança política-xamânica. Raramente ocorreram casos de casamento entre uma pessoa Maxakali e um não-indígena ou de outra etnia.

A realização dos ciclos rituais, *yãmiyxop*, também ocorre, segundo depoimentos, pelos seguintes motivos: 1) fomentar alegria na aldeia (com a partilha dos produtos coletados na roça⁴¹, por exemplo); 2) para recuperação do equilíbrio da vida, quando a perturbação é considerada fruto de um sonho da pessoa adoecida 3) como contra-feitiçaria, em situações de enfrentamento a perturbações interpretadas pela chave da feitiçaria. As duas últimas motivações para realizar o *yãmiyxop* envolvem práticas xamânicas diferenciadas (em sua forma e lugar).

Por ocasião de luto relativo à morte de algum membro do grupo de família e aliança os ciclos rituais são interrompidos. Novos ciclos rituais só poderão ser iniciados com o término do luto. Os ciclos rituais – intimamente relacionados à manutenção da ordem cosmológica que rege a vida – ocorrem por diferentes motivos em distintas ocasiões.

1.4 Andanças

Cheguei ao município de Machacalis no final de setembro de 1999. O primeiro grupo de família Maxakali que encontrei provocou forte impacto. Estava⁴² na região há poucos dias e ainda não visitara a terra indígena. Este grupo, com mais de vinte pessoas, composto por homens, mulheres, adultos, crianças e bebês, se instalou abaixo da marquise da igreja. Eles voltavam de uma grande andança pelos municípios da região. Os homens vestiam roupas velhas, as mulheres trajavam vestidos coloridos⁴³, também maltratados pelo tempo que perambularam pelas cidades. A maior parte do grupo estava alcoolizado, sem distinção de gênero e faixa etária. Um menino, com cerca de dez anos, conversou comigo em português. Ele tinha um corte profundo na testa e contou que machucou-se em uma queda – ele também estava alcoolizado. As mulheres falavam apenas a língua Maxakali e tinham um cuidado especial com os bebês. As crianças um pouco mais crescidas (de quatro

⁴¹ “Tem religião que nós fazemos ... pra alegria mesmo da aldeia. Criança fica tudo alegre. Quando na época de fazer religião você tem um batatal, mas é muita batata, vai estragar, porque tem a época que ela estraga, aí a gente sempre vai na casa de religião e fica todo mundo reunido. Aí eu falo que vou chamar religião de *yãmiyxop* ... da batata. ... Então é muita coisa, e pra não perder tudo a gente faz religião. Que eu tenho, mas tem outro ali que não tem, então a gente faz religião pra aldeia comer tudo. Tanto que as aldeias vai aproveitar aquelas coisas e também *yãmîyxop* vai comer, né. Porque se eu ranco, a mulher ranca, cozinha e eu levo, mas aí eu levo só pro meu *yãmîy*. E se eu fizer *yãmîyxop*, aí os *yãmîyxop* todos vai comer.” (Roberto Maxakali, 18/10/06).

⁴² No momento em que esse grupo chegou na cidade, estava no escritório do CIMI, então localizado na casa paroquial em frente à praça da matriz.

⁴³ As mulheres Maxakali confeccionam seus vestidos com panos coloridos de acordo, com um padrão de costura comum. Rapidamente elas transformam os panos coloridos adquiridos em vestidos rodados com comprimento abaixo do joelho, uma divisão na cintura, outra no peito e alças nos ombros. Apenas quatro mulheres Maxakali, que tornaram-se líderes influentes, não costumam usar estes vestidos.

a seis anos) estavam sem roupas e ficavam mais livres, sem o olhar constante das mulheres, vigiadas ocasionalmente por seus irmãos mais velhos. Enquanto as mulheres ajeitavam seus panos no chão e conversavam entre si, faziam artesanato e cuidavam dos filhos pequenos, os homens saíam pela cidade em busca de doações de comidas, roupas, brinquedos, entre outros. Eles tinham fome. Os bebês apresentavam claros sinais de desnutrição infantil (pele solta sobre o osso, por exemplo).

A partir da convivência com os grupos Maxakali e também pela literatura sobre essa etnia – que classifica esse hábito como derivado do seu tradicional semi-nomadismo – percebo tratar-se de uma prática usual e antiga entre eles. De tempos em tempos, grupos de família saem a caminhar pela região. Eles passam pelas cidades, onde adquirem mantimentos e outras coisas, entre elas as bebidas de alto teor alcoólico⁴⁴. Procuram também vender artesanato e produtos da roça, como batata-doce, feijão, mandioca, ou trocá-los por outros produtos. Dormem nas cidades, próximo a igrejas, nas rodoviárias, ou em outros lugares para se abrigar do tempo, e procuram algum local perto de um rio, onde possam se banhar e fazer fogueiras para cozinhar os alimentos. Essas andanças duram de semanas a meses. Pela exposição ao sol, à chuva, à fome e aos conflitos internos e externos (embalados pelo consumo das bebidas alcoólicas), ao retornarem geralmente estão muito enfraquecidos. O número de atendimentos médicos prestados em função das andanças aumenta e as crianças, especialmente as pequenas, necessitam de uma atenção especial.

1.5 Consumo de bebidas de alto teor alcoólico

Curt Nimuendajú (1958:215) e Darcy Ribeiro (1979:98) afirmam que, desde os primeiros anos do século XX, os regionais que ocuparam a terra onde habitavam os grupos falantes do Maxakali estabeleceram relações de trocas com pessoas dessa etnia nas quais “latas de querosene cheias de cachaça – o artigo que lhes parecia o único meio de cativar os índios” (Ribeiro, 1958) eram trocadas por produtos extraídos das matas ou mantimentos de suas roças familiares. Estas relações de troca estendem-se até os dias atuais. No entanto, em função da lei federal nº 6.001, de março de 1973, que proíbe a venda de bebidas alcoólicas aos índios, as relações em torno deste tipo de comércio tornaram-se mais

⁴⁴ Em concordância com Rangel (1998:3) e Pena (2000:42) utilizo a terminologia “uso de bebidas de alto teor alcoólico” em referência às misturas compostas por substâncias alcoólicas consumidas por pessoas Maxakali com o propósito de evitar acrescentar mais um estigma (o de alcoólatras) aos inúmeros preconceitos que eles já lidam em suas relações intersocietárias.

delicadas, pela semelhança às relativas ao tráfico de drogas ilegais, nas quais os usuários pagam muito mais caro para adquirir a substância desejada, que muitas vezes chega adulterada. Além disso, como assinalado por Pena (2000:35-6), tal política de proibição da venda da cachaça aos índios “esbarra na dificuldade de fiscalização e na impunidade dos infratores, quando denunciados”.

Paula Maxakali bebia constantemente até agosto de 2006. Ela declarou, em outubro do mesmo ano, ter parado de beber, pois passou muito mal: “vomitei amarelo, verde, de todas as cores, pensei que fosse morrer. Parei depois disso. Eles estão misturando água sanitária e outras porcarias pra render mais”. Paula relatou que uma garrafa de dois litros (denominada “tubão”), com misturas compostas por K-Suco ou refrigerantes e alguma bebida de alto teor alcoólico (em geral os regionais usam o álcool etílico⁴⁵ ao invés da cachaça), custa de dez a cinqüenta Reais⁴⁶.

Estas bebidas são consumidas rapidamente após a aquisição e em pouco tempo as pessoas se transformam radicalmente. De forma geral, os Maxakali alcoolizados tornam-se agressivos e alguns alegres e cantantes. Quando sob o efeito dessas bebidas, ele(a)s costumam afirmar que “ficam com a cabeça ruim” [*putox Kibok*] e, por isso, “ficam bravos” [*hãmgãy*], termo que também significa “onça, fera, animal temido” em seu universo mítico.

Na semana em que me hospedei na casa de Olívia em Água Boa, em outubro de 2006, todas as noites fomos acordadas por pessoas alcoolizadas chegando à aldeia. Na convivência com ele(a)s aprendi a me comportar nestas situações: o quanto menos nossa presença for percebida, melhor. Na primeira noite acordei com os gritos de um homem, próximo à casa onde estava hospedada. Olívia, acordada há mais tempo, disse para ficarmos em silêncio. As velas acesas foram apagadas. Permanecemos caladas até a saída do homem.

Na segunda noite acordei com Olívia, ouvindo os passos trôpegos do homem alcoolizado que se aproximava. Ele estava com “a cabeça ruim” e muito bravo, brigou com sua esposa e gritava perto da casa onde estávamos. Bateu nas portas e janelas. Ficamos muito tensas. Olívia disse – em sua língua – “vamos!”. Apesar da escuridão total, percebi que Olívia havia colocado suas duas filhas pequenas nos quadris e calcei rapidamente os

⁴⁵ Tais bebidas podem ser compostas por álcool de cozinha, álcool combustível, perfume ou qualquer outra substância que tenha alto teor alcoólico e baixo custo monetário.

⁴⁶ Em geral, o primeiro “tubão” custa em média dez Reais, já os subseqüentes podem chegar a valores superiores à R\$ 50.

chinelos para acompanhá-la. Aos poucos a gritaria foi acalmando e o silêncio retornou à aldeia. No dia seguinte perguntei à Olívia aonde iríamos, ela respondeu que iríamos nos esconder no brejo.

Este homem não possui o hábito de beber, ele, segundo afirmaram enfermeiras do Pólo-Base, “toma remédio controlado”. No dia anterior houve uma reunião entre todos os grupos de Água Boa e indigenistas, que apresentaram um projeto de criação de gado. Essa reunião provocou um acirramento das relações tensas entre os grupos da localidade. Ele foi um dos que defendeu os interesses de seu grupo e ficou claramente nervoso com a situação. Sua esposa me contou (no dia seguinte) que sua família havia ficado sem alimentos e nesta tarde ele foi à cidade comprar mantimentos. Em Santa Helena de Minas lhe ofereceram cachaça. Ele bebeu e quando chegou em casa ela reclamou e, por isso, segundo ela, ele ficou com a “cabeça ruim”. Ela e outras mulheres disseram que quando os maridos bebem o melhor é não brigar, pois isto desperta sua raiva. Ele ficou com tanta vergonha no dia seguinte que sumiu. Todo(a)s da aldeia ficamos muito preocupados. Quando escureceu os homens foram procurá-lo a cavalo e retornaram após muitas horas. Ele estava com muita vergonha e tinha ido à aldeia de seus pais.

Na terceira noite o homem que se embriagou foi um amigo meu. Ele desceu de sua casa cantando músicas de religião e gritou meu nome algumas vezes, chamando para sair: “Vem Rachel! A Rachel é minha amiga!” E cantava. Novamente Olívia disse para ficar quieta. Eu não saí e ele foi embora. Na noite seguinte houve forró na escola grande de Água Boa. Gostaria de ter ido, mas estava passando mal, com diarreia e vômito, e permaneci só em casa, pois Olívia e seus irmãos (Moacir e Tiago) foram à festa. Quando voltaram estavam todos embriagados. Moacir iniciou uma choradeira e sua esposa deu-lhe um banho para acalmá-lo. Tiago ficou com a “cabeça ruim”, gritou e esbravejou por horas. As irmãs de Tiago e sua esposa gritaram com ele na tentativa de fazê-lo parar, mas ele silenciou somente quando amanheceu. Olívia, mesmo aparentando também ter consumido bebida de alto teor alcoólico, cuidou de suas filhas pequenas e tentou controlar o comportamento raivoso do seu irmão Tiago.

Em algumas ocasiões em que os homens alcoolizados ficam com a “cabeça ruim”, as mulheres, suas esposas, mães e irmãs, controlam o comportamento deles com veemência. Já presenciei inúmeras situações em que algumas mulheres reprimiram com agressividade o comportamento violento de seus parentes embriagados.

Nestas situações de consumo de bebidas de alto teor alcoólico, diversas relações são explicitadas e há diferentes formas de comportamento. As tensões advindas das relações intersocietárias ganham peso e podem explodir em comportamentos agressivos dos alcoolizados, em relação a qualquer um que represente o universo não-indígena. Nas relações entre os homens e suas mulheres pode haver desentendimentos e violência, caso o cônjuge manifeste indignação com o consumo e tente controlar o comportamento do parceiro alcoolizado⁴⁷, ou quando há alguma divergência (de opiniões ou desejos) entre as partes; em sexo, caso ambos consumam juntos e harmonicamente as bebidas; e também em cantorias e alegria.

Lúcia Rangel (1998) e João Luiz Pena (2000:42-48) consideram o consumo de bebidas de alto teor alcoólico entre os Maxakali como derivado do contexto intersocietário de relações com a sociedade brasileira: “no processo de ordem – desordem – reorganização constante (re)constroem sua sociabilidade e seu modo de ser” e articulam elementos de ambos os universos de sentido, a partir do consumo dessas bebidas (Rangel,1998:2). Rangel ressalta que a reflexão e o enfrentamento dessa problemática devem evitar os riscos de contribuir ao acirramento dos processos de estigmatização já enfrentados neste contexto. Tratá-los como alcoolistas só reforçaria o estigma⁴⁸ já associado a eles, além do fato de haver divergências em relação a essa classificação, atribuída principalmente pelos moradores da região envolvente à terra indígena.

Apesar de uma constância semanal no consumo de bebidas alcoólicas (geralmente nos dias de feira nos municípios da redondeza são adquiridas e consumidas estas bebidas), após estas situações, as pessoas Maxakali retomam suas atividades rotineiras normalmente. O professor Rubem Maxakali escreveu sobre este tema no Jornal Maxakali, produzido e distribuído pela Secretaria de Educação (Yohnãm Măxakani Yôg, 2005:1):

Eu vi escrito que, atualmente, 90% dos *tihik* bebem álcool. Se 90% da população Maxakali bebesse, não existiriam as crianças, não teria religião, não haveria os professores indígenas. As mulheres não conseguiriam produzir artesanatos e os homens não conseguiriam plantar.

⁴⁷ Presenciei diversas ocasiões nas quais as mulheres enfrentaram seus esposos ou irmãos alcoolizados e os dominaram. E outras nas quais os homens bateram em suas esposas quando ambos estavam alcoolizados.

⁴⁸ Durante o período que morei em Machacalis, cidade do entorno da TI, convivi e trabalhei cotidianamente contra os preconceitos enfrentados por estes indígenas. Eles são classificados pela grande maioria dos não indígenas da região como ladrões, sujos, vagabundos, homicidas, entre outros. As mães corrigem seus filhos, quando querem sua obediência, dizendo: “caboclo vai te pegar!”. Desde bem pequenas, as crianças não-indígenas que convivem com os Maxakali aprendem a temê-los.

Hoje na área indígena Maxakali tem escola, atendimento médico, enfermeiras. Isto mostra que o povo Maxakali vive, trabalha, tem rituais de religião e não bebe somente.

A partir de um ciclo de entrevistas realizadas entre os Maxakali em duas semanas de trabalho de campo, Torreta (1997) estimou que 40% da população com idade superior a dez anos de Água Boa e 50% do Pradinho bebem semanalmente. Este pesquisador infere que o fato desses indígenas terem preservado sua “mentalidade de caçadores” em uma situação na qual não conseguem subsistir da caça, aumenta a ansiedade, um dos fatores passíveis de conduzir ao consumo exacerbado de bebidas de alto teor alcoólico.

Pena (2000:46) concorda com Torreta, e considera que seria mais a cosmologia que a sobrevivência relacionada ao uso da *kaimuk* [cachaça/bebidas de alto teor alcoólicos] neste contexto interétnico. A partir de análise bibliográfica sobre a cosmologia Maxakali, Pena afirma que “há uma incompatibilidade entre os conhecimentos que os *Yãmiy* compartilham com os membros desta etnia e o estilo de vida que foi construído a partir do contato interétnico”. Dentre as conclusões de seu trabalho (Pena, 2000:46-7):

Existe um código cultural na sociedade Maxakali que prevê a vingança e que funciona como um mecanismo que promove a inibição da manifestação agressiva entre os seus membros. Este código cultural fica evidenciado quando Popovich (1994:21, 28 e 29) salienta que, para os Maxakali, o assassinato e a feitiçaria que provoca o fim do outro são crimes que devem ser pagos com a morte do infrator. Então, podemos dizer que a sociedade Maxakali estimula a inibição de impulsos agressivos através de um código cultural que prevê a vingança e este quadro pode provocar o surgimento de uma ansiedade vinculada ao temor de incitar o ressentimento ou a cólera no outro. De outro modo, o que estamos dizendo é que aqui a ansiedade que estimula a ingestão de bebidas de alto teor alcoólico entre os Maxakali está sendo engendrada por esse código cultural que exerce o controle social nesta sociedade.

Pena (2005:117) amplia sua análise ao situar o uso de bebidas alcoólicas pelos Maxakali no eixo dos desencontros internos (conflitos) e dos encontros (cooperação) entre os *tikmu'un* [auto-designação desta etnia] e os *yãmiyxop* [grupos de seres espirituais]. Em

concordância com Pena, cabe acrescentar mais um fator à sua análise: nos momentos de embriaguez ocorrem as maiores manifestações de indignação (conflito) referente às instituições, pessoas e serviços que interferem em suas vidas. Presenciei diversas situações nas quais pessoas Maxakali alcoolizadas xingaram e depredaram o patrimônio das instituições indigenistas que atuam entre eles. Assim, o ato de se alcoolizar pode ser interpretado também como uma forma de oposição nativa à hegemonia política não-indígena (Gluckman, 1987), concernente às relações intersocietárias enfrentadas, sendo uma forma de expressão de resistência identitária neste contexto de relações intensas de contato.

1.6 Modos de vida, gênero e sobrevivência

Há uma clara divisão sexual do trabalho entre os membros dos grupos Maxakali: as mulheres se envolvem principalmente nas atividades domésticas, cuidados cotidianos com os filhos e maridos, e produção de artesanato feminino: manufatura do *tuhut* [rede confeccionada com fibra do tronco da imbaúba, usada nas redes de pesca e bolsas femininas], colares e outros adereços, panelas de barro⁴⁹; já os homens são responsáveis pela caça, proteção da família, construção das habitações, atividades políticas e xamânicas, contato com os *ãyuhuk* ["estrangeiros", não indígenas], pela confecção de lanças, arcos e flechas - artesanato masculino. O trabalho na roça familiar e as pescarias são divididos entre marido e sua mulher.

De forma geral as mulheres são portadoras do conhecimento relativo ao uso de plantas medicinais. Parece ser para elas que os homens e *Yãmiyxop* cantam e realizam as performances e são elas que, reciprocamente, oferecem o alimento ritual, seus cantos e danças xamânicas no momento ritual; além de serem as responsáveis pelo bem-estar e pela alimentação cotidiana dos filhos e maridos.

Diversas observações nas estadias em campo, evidenciam claramente a distinção entre os domínios feminino e masculino, como no ritual do *Xunnim*⁵⁰, quando no oferecimento da alimentação, a mulher que realizava o ritual entregou pratos de comida servidos a cada um dos homens presentes. As mulheres e crianças se serviram quando todos os homens já haviam se alimentado. Quando necessárias oferendas de alimentos

⁴⁹ Atualmente poucas mulheres fazem panelas de barro, geralmente, as mais velhas.

⁵⁰ Descrito no item 2.2.1.

eram levadas pelas mulheres (crianças e adultas) para os homens e *Yāmiy*: dirigiam-se ao centro do pátio na frente da “casa de religião” – onde estavam os homens – e entregavam as oferendas aos *Yāmiy* chamados por seus cantos.

Os grupos de homens e mulheres dialogam durante todo o ritual por meio de cantos e movimentos corporais. As crianças participam ativamente: os meninos desempenham as funções conferidas por seu grupo de parentes nos *yāmiyxop*: cantores e/ou seres que dançam para as mulheres; as meninas respondem com músicas, danças e oferecimento de comidas.

No filme *Lês Maîtres Fous*, Jean Rouch (1955) demonstra como a catarse nos rituais do culto Hauka (Gana, África Ocidental) possui uma função de explicitação e reelaboração das relações entre os distintos atores, com diferentes graus de prestígio social (no caso, enfatizando o contexto das relações associadas ao poder colonial). A participação dos *Yāmiyhey* é uma situação catártica, semelhante à abordada por Rouch, no qual homens e mulheres reelaboram suas relações cotidianas, explicitando suas distinções (neste caso, enfatizando as relações de gênero) e reequilibram a “interdependência” (Gluckman, 1987) entre os sujeitos.

Quando ouvi os gritos agressivos dentro do *kuxex* após a chegada dos *Yāmiyhey* no ritual citado, pedi explicações a Olga sobre o que ocorria. Ela afirmou que os *Yāmiyhey* e os outros *Yāmiy* ali presentes, representantes do universo masculino, discutiam questões domésticas pendentes, como traições conjugais e outras referentes ao cotidiano doméstico, para resolver as pendências. Nas performances corporais os espíritos femininos e masculinos também reproduziram suas formas usuais de sociabilidade, marcando as relações de gênero.

Rosângela Tugny, etnomusicóloga da Universidade Federal de Minas Gerais que desenvolve pesquisas antropológicas sobre o universo musical, mítico e ritual Maxakali, descreveu um ritual de *Yāmiyhey* e suas impressões sobre as relações de gênero ali reatualizadas. Segundo seu relato, os *Yāmiyhey* realizaram sua performance xamânica antes de um ritual de cura: entraram nas casas de todos da aldeia e desenvolveram atividades próprias do universo feminino, como lavar panelas e varrer, arrumando tudo o que não estivesse em ordem no universo doméstico. Os rituais de cura que observei também foram precedidos de participações destes seres femininos. Assim, é possível inferir que as relações estabelecidas com os *Yāmiyhey* estão em estreita articulação com os rituais realizados para o reequilíbrio da vida. Quando alguma perturbação atinge um indivíduo ou

grupo dessa coletividade e seus parentes e aliados iniciam as atividades xamânicas condizentes, os *Yãmiyhey* parecem ser convidados privilegiados.

Durante a pesquisa sobre o impacto da escolarização na vida Maxakali (Las Casas, 2003), pude perceber diversas articulações dos processos de aquisição de conhecimento com as representações sociais de gênero. De acordo com o depoimento de uma senhora do grupo de Olga, em novembro de 2002, o universo xamânico e o casamento marcam, respectivamente, o processo de aprendizagem dos homens e das mulheres. Os meninos possuem maior facilidade e rapidez no aprendizado escolar que as meninas porque “cantam *yãmiyxop*” com mais frequência. Já as meninas, que possuem a responsabilidade e as tarefas advindas do casamento, aprendem menos as “músicas de religião”, são “menos inteligentes” que os meninos, segundo esta senhora.

Em janeiro de 2005, enquanto visitava uma mulher (com cerca de 16 anos) que havia acabado de ganhar sua segunda filha, sua mãe e seu sobrinho cantavam juntos uma música de *Yãmiyhex*. Esse ritual havia sido realizado nessa aldeia na noite anterior. Estávamos apenas mulheres a conversar e a paparicar o bebê recém-nascido, quando surgiu o tema do resguardo pós-parto:

No período do resguardo as mulheres ficam com a memória muito mais forte pra aprender as músicas de religião. Quando tem *Yãmiyxop* e as mulheres em resguardo prestam atenção, elas conseguem aprender o *Yãmiyxop* todinho. É só ficar deitada escutando e prestando atenção que as mulheres aprendem tudo!

A articulação entre o conhecimento e o aprendizado das “músicas de religião” evidencia a forma como os Maxakali conhecem e representam o mundo. O fato da mulher em resguardo ‘ficar com a memória mais forte’ relaciona-se, provavelmente, ao derramamento de sangue, altamente ritualizado pelos Maxakali. Todo derramamento de sangue é interpretado como perigoso por pessoas Maxakali. O parto, em especial, envolve diversas prescrições comportamentais, como, não coçar o corpo com as mãos, mas sim com um pau; não comer carne vermelha; permanecer o máximo de tempo em repouso. A justificativa nativa para tais prescrições relaciona-se ao perigo de invasões do *inmôxa* (ser canibal e inimigo mitológico) e à possibilidade de transformação dessa pessoa neste ser, ou ainda o enlouquecimento. Daniela Maxakali discorre sobre esse tema:

Quando as mulher ganha criança não come carne, só coça com pau, se coçar com a unha fica ferida no corpo e não faz assim com mão também não, não come comida de sal, não come carne, se comer carne dá hemorragia e vira bicho também. É assim no resguardo. Primeiro os índios que eram mais velhos, que acabou tudo, eles não comiam carne quando as mulher tavam no resguardo. Agora também, mas têm umas que não guarda o resguardo e ficam doidas da cabeça. Quando as mulheres ganham menino e só ficam bebendo e come carne, aí fica doida. Essas coisas as pessoas que trabalha na saúde não sabe, mas nós já contou pra eles que é para eles saber que quando ganhar menino só pode cozinhar galinha pra elas, não cozinhar carne. É bom cê explicar pra eles pra eles ficar sabendo como é que a gente faz. Explicar pra eles pra fazer espetinho também, cortar e dar pra mulher quando elas tiverem menino, deixar lá no hospital e só cozinhar galinha, não cozinhar carne.

O resguardo é marcado pela fronteira entre os diferentes planos do cosmos e o relacionamento e diálogo entre os diferentes seres. Estar neste limiar entre universos e seres 'fortalece a memória' ou, em outras palavras, aumenta o conhecimento da pessoa. Daniela chama a atenção ainda para a dificuldade enfrentada no atendimento médico, quando hábitos tradicionais de seu grupo não são compreendidos pela equipe não indígena.

Vários conjuntos de mitos e rituais celebram as repartições do saber e fazer entre homens e mulheres. Diversas prescrições comportamentais são atribuídas aos domínios feminino e masculino. A proibição do olhar e do conhecimento dos "segredos da religião" às mulheres, como declararam alguns xamãs Maxakali, são fundamentais para a manutenção do equilíbrio do cosmos e da saúde dos grupos de família. No entanto, é para elas que os homens e grupos de *Yãmiy* cantam e dançam, e é com elas que as performances são realizadas. Estas explicitam as polaridades entre os sexos com brincadeiras, danças e cantos, e dramatizam as relações entre os gêneros.

Seguem algumas fotos que ilustram os domínios feminino e masculino em diferentes atividades praticadas pelos integrantes dos grupos Maxakali:

	<p>Foto 4: Homem Maxakali mostrando sua habilidade com o arco e flecha.</p> <p>Julho de 2000.</p> <p>Foto: Rachel de Las Casas.</p>
	<p>Foto 5: Mulheres Maxakali preparando o almoço de seu grupo familiar.</p> <p>Outubro de 2006.</p> <p>Foto: Rachel de Las Casas.</p>
	<p>Foto 6: Reunião entre a coordenadora do Pólo-Base (FUNASA) e lideranças de Água Boa na sede administrativa. Os homens ficam ao seu redor participando diretamente dos diálogos.</p> <p>Outubro de 2006.</p> <p>Foto: Rachel de Las Casas.</p>
	<p>Foto 7: Mesma reunião acima. As mulheres ficam nos arredores com as crianças, participando indiretamente das articulações políticas e elaborando seus artesanatos.</p> <p>Outubro de 2006.</p> <p>Foto: Rachel de Las Casas.</p>



O trabalho nas roças familiares⁵¹ e as pescarias nos riachos da região, atividades de subsistência, não suprem as necessidades alimentares destes grupos. As caçadas continuam sendo praticadas constantemente pela grande maioria dos homens. No entanto, devido à diminuta extensão de mata terciária⁵² nesta terra indígena, nem sempre elas abastecem as famílias com a carne necessária. Quando indagados, em outubro de 2006, se ainda caçavam, aproximadamente dez homens de Água Boa declararam que caçam semanalmente (alguns diariamente) e conseguem encontrar animais como anta, preá, quati, tatu, coelho, capivara, entre outros. Ao discorrer sobre as diferenciações de gênero nas atividades cotidianas, Tarcísio Maxakali declarou:

A mulher faz comida, então eu vou na roça. Elas fazem comida e depois passa pra outro, lava roupa. Então, ela ensina *kutok* [filho] pra crescer e aprender. E homem também ensina pra caçar. Ele vai também no mato. Aí a mulher vai lá na roça e arranca os mato também, até o homem trazer a carne, matar bicho, trazer. [Eu: ainda tem jeito de caçar hoje?] Tem. Tem caça. Tem caça: quati, preá, coelho, tudo, capivara. Capivara vem no rio. Aí as mulher pesca e vê rastro dela e vem falar pro homem. Então ele vai lá caçar, matar, trazer e cada um leva pedaço e come. Caça com flecha. Tem pouco porque as matas é pouco, aí são poucos bichos também. Agora, antigamente tinha muita matança... Tinha muito bicho.

Apesar da subsistência atual não se apoiar nessa atividade, eles preservaram a prática e, sobretudo, a mentalidade de caçadores. Rosângela Tugny, a partir de sua investigação sobre o universo musical Maxakali, coletou diversos mitos, cantos e desenhos de pessoas Maxakali que expressam a centralidade das caçadas em suas formas de conceber o mundo. Todos os desenhos enviados por Tugny evidenciam relações entre homens e animais em suas vidas cotidianas e xamânicas. Seguem alguns desenhos, com o objetivo de ilustrar a mentalidade de caçadores:

⁵¹ Os casais costumam plantar pequenas roças de batata, batata doce, mandioca, feijão, milho, melancia, banana, mas nem tudo é utilizado para alimentação. Culturas como feijão e milho são empregadas preferencialmente para venda e compra de produtos.

⁵² Atualmente, o meio-ambiente da TI é composto por um vasto campo de capim colônio, restando menos de 10% do que um dia foi mata atlântica (UFLA, CIMI, FUNAI, 2000), o que, obviamente, não permite que as atividades de caça e pesca supram as demandas alimentares dessa população.

	<p>Figura 4: <i>Kotkuphi tep tax kuxakuk.</i></p> <p>Desenho que representa um ser espiritual caçando uma capivara.</p> <p>Desenho: Zé Antoninho Maxakali.</p>
	<p>Figura 5: <i>M~um~uytut kot kuphitep tex putup poxhã mikax hã xi kotkuphi yãmíyxop.</i></p> <p>Desenho do ser espiritual <i>kotkuphi</i> caçando um boi.</p> <p>Desenho: Zé Antoninho Maxakali.</p>

As pescarias e as caçadas, como o trabalho na roça, não garantem a subsistência cotidiana das famílias Maxakali. Assim, sua alimentação é composta atualmente por carne de gado⁵³, porco e galinha. Algumas famílias ainda praticam a agricultura familiar e cultivam mandioca, batata, batata-doce, melancia, banana, abóbora, para consumo próprio. Entre os alimentos assimilados a partir do contato, os mais consumidos são: macarrão, arroz, pão, café, açúcar, K-suco, refrigerantes e biscoitos. As famílias Maxakali recebem mensalmente cestas básicas doadas pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), e além disso compram (os que possuem poder aquisitivo) os alimentos necessários nas cidades do entorno. De acordo com Daniela Maxakali:

Se tiver muita coisa do mato, a gente usa e a gente come, banana, laranja, aí a gente fica forte. Mas se não tiver coisa que índio come mesmo, aí a gente não come direito não. Hoje em dia coisa de branco não sustenta a gente não. Arroz, feijão, macarrão não sustenta a gente não. Mas agora a gente não tem nada de mata, aí come que nem os brancos. *Tikmã'ãn tá*

⁵³ Como a carne bovina é cara, a carcaça do boi costuma ser uma das alternativas para alguns grupos menos providos. Em algumas ocasiões os bois dos fazendeiros circunvizinhos foram caçados (especialmente dos que estabeleceram relações agressivas com os indígenas).

mais fraco. Tem muitos índios aí que não comem direito, não sabe nem fazer coisa de branco.

Grande parte da subsistência Maxakali estrutura-se na aquisição de benefícios e salários, distribuídos por entidades governamentais. Entre os recursos que as pessoas Maxakali recebem estão: aposentadoria, auxílio-maternidade, cartão cidadão, bolsa-escola, cartão fome-zero, salários dos professores e merendeiras das escolas (Secretaria Estadual da Educação/SEE-MG), dos agentes indígenas de saúde e saneamento (AIS e AISAN) e demais funcionários da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

No entanto, apesar de algumas famílias possuírem um maior poder aquisitivo⁵⁴ – quando mais de uma fonte de renda é acumulada por parentes, por exemplo – a desnutrição e a mortalidade infantil são uma constante nos índices epidemiológicos e no cotidiano destas pessoas. A fome é enfrentada pela maioria dos grupos de família dessa etnia.

⁵⁴ Algumas famílias que contam com mais funcionários e recebem outros benefícios construíram casas de alvenaria em suas aldeias. Em outubro de 2006, o número dessas casas aumentou em relação ao ano anterior em Água Boa. Mesmo período em que a FUNASA contratou um maior número de funcionários Maxakali.

2 OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

2.1 Âmbito nacional

O modelo de gestão da saúde indígena hoje vigente sob os encargos da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) teve seu início na década de 1990⁵⁵. Em fevereiro de 1991 o Decreto Presidencial nº23 transferiu a responsabilidade da coordenação das atividades de saúde para as populações indígenas, tradicionalmente sob controle exclusivo da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), para a recém-criada Fundação Nacional de Saúde (FNS - sigla que correspondia, na época, à atual FUNASA). A orientação dos serviços sanitários prestados seguiu a perspectiva da atenção integral à saúde. Também em 1991 foram criados os Núcleos Inter-Institucionais de Saúde Indígena (NISI) e a Comissão Intersectorial de Saúde do Índio (CISI), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), ambos como instâncias de planejamento, articulação interinstitucional e controle social.

Seguiu-se período de intensa insegurança por parte dos funcionários da FUNAI, que pressentiam o iminente sucateamento terminal e extinção do órgão, o que os mobilizou numa campanha pelo retorno, para seu âmbito, dessas competências e, sobretudo, da parcela do orçamento da União a elas correspondentes, configurando uma intensa disputa política entre FUNAI e FUNASA, pelo controle dos recursos e pela hegemonia política nesse campo da saúde indígena. Essas dissensões políticas repercutiram diretamente sobre as ações em campo, prejudicando a necessária integração interinstitucional em sua execução, ocasionando casos frequentes de duplicidade e desperdício de recursos. (Varga, 2002:200)

Em 1993, a segunda Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (II CNSPI) delineou o Subsistema Diferenciado de Saúde do Índio e, a partir dessas diretrizes, foram criados os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), ligados diretamente ao Ministério da Saúde (MS). De acordo com os princípios apregoados, os DSEI deveriam ser estruturas com autonomia administrativa e financeira, que teriam por princípio o controle

⁵⁵ Referências importantes sobre o histórico da assistência à saúde indígena no Brasil: Santos & Coimbra (1994), Erthal (1998), Verani (1999), Athias & Machado (2001), Varga (2002), Garnelo (2003), Garnelo & Brandão (2003), Garnelo; Macedo & Brandão (2003), Langdon (2004), Langdon & Garnelo (2004).

social indígena, exercido por conselhos de saúde atuantes em todos os níveis de gestão do sistema. As demais atribuições e recursos do órgão federal foram repassados, em curto prazo, às esferas estaduais e municipais. Neste mesmo ano foi instituída a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI) da FUNASA em Brasília, com vistas a realizar um saneamento das relações inter-institucionais nesse campo.

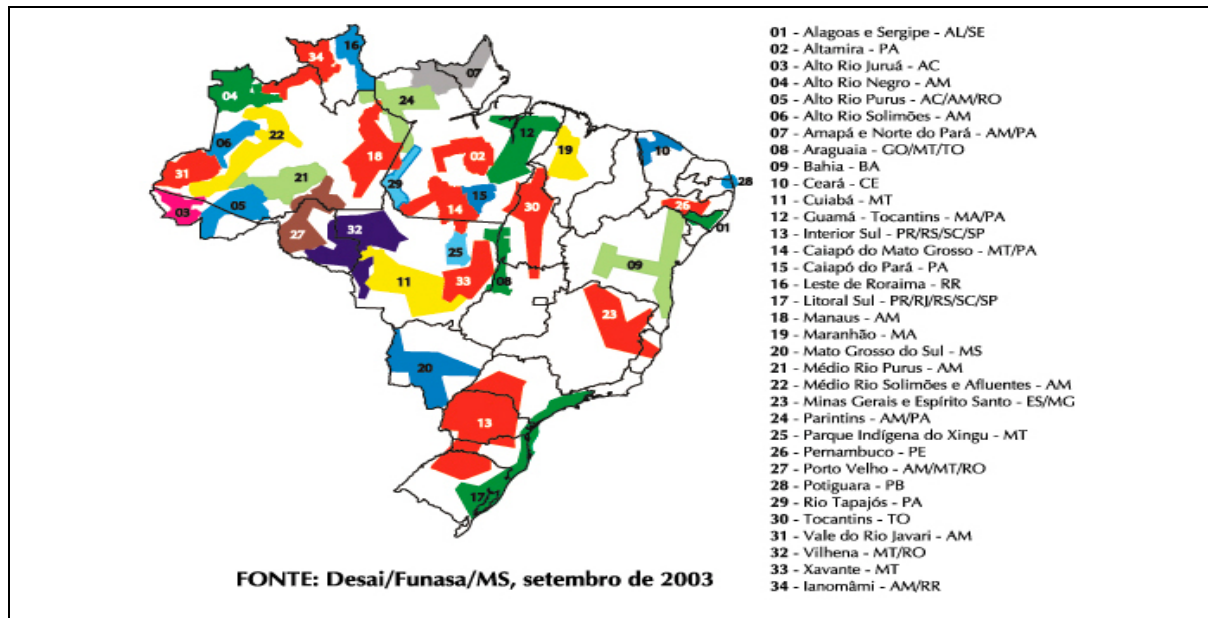
Em função do Decreto nº 1.141 de maio de 1994, que revogou o decreto nº23, a atenção à saúde indígena foi dividida entre FUNAI e FUNASA de 1994 a 1999, quando “toda a responsabilidade pela assistência retornou para o âmbito da FUNAI (que continuava sem recursos para executá-la), enquanto os recursos da FUNASA para saúde indígena passaram a destinar-se exclusivamente às atividades de prevenção” (Varga, 2002: 212).

Em 1999, diante da pressão crescente dos movimentos indígenas em todo o país e da participação decisiva do Ministério Público Federal, que cobrou a omissão e a inconstitucionalidade da situação vigente (Erthal, 1998, Verani, 1999), o governo federal deu a partida para a concretização de sua proposta, permitindo a aprovação pelo Congresso Nacional da chamada “Lei Arouca”⁵⁶ (nº 9.836). A forma de viabilizar a execução das ações nos Distritos, considerada a única possível pelo governo na época, baseou-se em um modelo híbrido, que incluía assistência direta pela FUNASA, ou o estabelecimento de parcerias deste órgão com organizações indígenas, não-governamentais, de ensino e religiosas, e com Prefeituras Municipais, de acordo com a situação local.

Assim, a partir de agosto de 1999 a FUNASA passou a ter a responsabilidade de gerir o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e subsidiado pelo Projeto VIGISUS (Vigilância Epidemiológica do Sistema Único de Saúde), por um acordo entre o Banco Mundial e o Governo Brasileiro. Segundo a FUNASA (2006), os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) foram divididos, levando-se em consideração diferentes aspectos geográficos, sócio-culturais, econômicos e epidemiológicos. No entanto, Varga e Adorno (2001) assinalam que a opção dos dirigentes da FUNASA, pela implantação de 34 DSEI, remete a interesses e limitações internas da

⁵⁶ Essa lei cria o relacionamento entre o subsistema de saúde e os órgãos responsáveis pela política indigenista; permite uma atuação complementar por parte de Estados, Municípios e Organizações não-governamentais; determina a necessidade de diferenciação na organização do SUS para atender às especificidades da atenção intercultural em saúde, recuperando o princípio de equidade das ações de saúde; possibilita a representação indígena no Conselho Nacional de Saúde, nos conselhos estaduais e municipais; estabelece o financiamento no âmbito da União para os DSEI; adota uma concepção de saúde integral e diferenciada; aplica os princípios do SUS de descentralização, hierarquização e regionalização ao subsistema de saúde indígena.

própria FUNASA (número de cargos de administração superior disponíveis para os gerentes distritais nomeados). Segue o mapa disponibilizado no site da FUNASA com a localização dos DSEI:



Os DSEIs, entendidos pelos membros da FUNASA como “distritos territoriais”, possuem a função de base organizacional dos serviços e, por sua vez, subdividem-se em Pólos-Base compostos por equipes multidisciplinares de saúde para o atendimento primário e a saúde bucal nas aldeias. Consultas e exames complexos são realizados na rede credenciada do SUS. Segue o organograma da FUNASA (2006) com a organização interna de um DSEI e seu modelo assistencial:



Fonte: <http://www.funasa.gov.br/>

O Departamento de Saúde Indígena (DESAI) da FUNASA insere-se nos objetivos setoriais do Ministério da Saúde (MS) e suas diretrizes baseiam-se de sua atuação no “o respeito às especificidades etnoculturais e geográficas, na atuação intersetorial, na garantia à participação popular, o controle social e a consolidação do SUS” (MS, Portaria 225, 2003). No entanto, há uma grande distância entre as leis e demais diretrizes das políticas de saúde indígena e sua execução na prática, que segue de forma “verticalista e autoritária” (Varga e Adorno, 2001).

De acordo Varga e Adorno (2001), a Terceira Conferência Nacional de Saúde Indígena de 2001 reconheceu os importantes avanços que a criação do sub-sistema proporcionou, mas apontou graves distorções nos programas em execução. Propôs mecanismos mais eficazes no sentido de assegurar que a autonomia e o controle social pudessem se realizar de forma efetiva nos Distritos. O documento final desta Conferência sugeria a continuidade das parcerias com organizações indígenas, não-governamentais e com prefeituras municipais, a critério de cada Conselho Distrital⁵⁷, de forma paralela ao fortalecimento do órgão gestor da saúde indígena ligado diretamente ao Ministério da Saúde.

Em janeiro de 2004, o Ministério da Saúde (MS) e a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) definiram mudanças no modelo de gestão da atenção à saúde indígena. O MS anunciou duas portarias que serviram de base para um projeto que dá maior poder à FUNASA e cria um Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Portaria n° 69 e Portaria n° 70). Com a instituição deste novo modelo, a FUNASA intencionava executar diretamente as ações do setor, restando a seus parceiros, governamentais e não-governamentais, atuar de forma complementar.

No cenário ideal projetado pela FUNASA, os parceiros, a título de ações complementares, assumiriam apenas a contratação e capacitação dos recursos humanos; enquanto ela se encarregaria de ações, como aquisição e distribuição de medicamentos, licitação, obras, transporte de equipes que trabalham nas aldeias e compra de combustíveis.

⁵⁷ De acordo com a Portaria da FUNASA n° 852, de 30 de setembro de 1999, os Conselhos Distritais vinculados a cada DSEI possuem as seguintes competências: I – aprovação do Plano de Saúde Distrital; II – avaliação da execução das ações de saúde planejadas e a proposição, se necessária, de sua reprogramação parcial ou total; e III – apreciação da prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e serviços de atenção à saúde do índio. Os Conselhos Distritais devem ser formados de forma paritária por representantes dos usuários, indicados pelas respectivas comunidades; e por representantes de Instituições Governamentais, sendo uma vaga reservada à FUNAI, e de prestadores de serviços de trabalhadores do setor saúde. (FUNASA, 2006)

Tais mudanças, de acordo com o MS, visavam corrigir as formas de repasse de recursos públicos (ANEXO 3)⁵⁸ e responsabilidades às instituições conveniadas.

Apesar desse discurso governamental em relação às alterações na prestação dos serviços de atendimento à saúde indígena, a diversidade étnica foi, de certa forma, negligenciada. Essas diretrizes governamentais provocaram revoltas e mal-entendidos em muitas entidades atuantes na atenção à saúde indígena. As maiores manifestações de desagrado partiram de entidades não-governamentais que exerciam seu trabalho na atenção à saúde de populações indígenas de Roraima, Amazonas, Rio Negro, entre outras.

Segundo a antropóloga Cibele Verani⁵⁹, um dos motivos para a criação dos DSEI relaciona-se à municipalização do atendimento à saúde indígena. Ela enfatiza a necessidade de considerar que o atendimento à saúde indígena demanda uma atenção diferenciada, e os serviços de saúde prestados por órgãos municipais tendem a uma uniformização do atendimento, própria do SUS (Sistema Único de Saúde). Com efeito, raramente os municípios conseguem prestar uma atenção diferenciada aos povos indígenas. Pelo contrário, geralmente as relações sócio-políticas entre indígenas e não-indígenas que habitam nos municípios da região adstritas às terras indígenas são marcadas pelo preconceito e pela violência. Casos de maus tratos, desvio de verbas, morosidade, descasos, entre outros, são constantes nos serviços municipais prestados às coletividades indígenas.

A FUNASA ordenou os serviços em seus vários âmbitos de acordo com a seguinte estrutura: o Departamento de Saúde Indígena (DESAI) no topo da hierarquia e está localizado em Brasília. As Coordenações Regionais (CORE), instâncias que respondem não somente pela atenção à saúde das populações indígenas, mas também pela atenção à população geral atendida pelo estado em que se localiza, abaixo do DESAI. Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) relacionam-se diretamente com o DESAI e a CORE de seu estado; e, por sua vez, gerenciam e administram os serviços de outra rede de instituições também presentes neste emaranhado administrativo: os Pólos-Base, para gerenciar os serviços prestados nos postos de saúde localizados em terras indígenas; as

⁵⁸ Na 25ª Reunião Brasileira de Antropologia, ocorrida em 2006, no simpósio “A política indigenista em debate” (Verdum, 2006) Ricardo Verdum (Instituto de Estudos Sócio-Econômicos) apresentou dados do orçamento público com os programas e ações do Ministério da Saúde (FUNASA) e Ministério da Justiça (FUNAI) (ANEXO 3).

⁵⁹ Antropóloga atuante na lista de discussão virtual sobre saúde indígena do yahoogrupos: <http://br.groups.yahoo.com/group/saudeindigena/?yguid=112453656>. Acompanho a discussão deste fórum de debate virtual desde 2003.

Casas de Saúde do Índio (CASAI), espaços para internação e acompanhamento dos pacientes transferidos para o atendimento hospitalar na região; as organizações não-governamentais que prestam serviços à FUNASA; as prefeituras municipais; entre outras instituições.

Neste contexto, a capacidade de controle social a ser exercido pelos conselhos locais e conselhos distritais de saúde em relação à prestação dos serviços ganha evidência. A dificuldade de institucionalização das formas de controle nativas sobre os serviços governamentais pode ser, segundo Verani (1999), resultado das políticas e práticas das ONGs e das demais entidades com ação indigenista, muitas das quais terceirizadas pela FUNASA nos DSEI, que não incentivam o protagonismo indígena. Além disso, de forma geral, os indígenas não possuem domínio sobre os trâmites burocráticos, técnicos e políticos próprios do campo da saúde, capaz de habilitá-los a exercer um controle social nos espaços criados para tal (Conselhos Distritais e Locais).

Na V Oficina de Trabalho “Política e Práticas de Saúde Indígena (1999 – 2006)”, no 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (ABRASCO, 2006), Luiza Garnelo ressaltou as dificuldades de condução política desse processo. Para ela, o controle distrital é profundamente inadequado para lidar com as diferenças étnicas indígenas. Trata-se de um espaço burocrático, com maior poder político dos chefes de DSEI que dos líderes indígenas. Garnelo indicou lacunas nesse sistema de atendimento: inexistência de intersectorialidade; não funcionamento do SIASI como banco de dados sobre a saúde indígena; falta de transparência sobre os mecanismos de custeio administrativo do orçamento da saúde indígena das gestões regionais. Jean Langdon amplia esta avaliação:

As soluções propostas pela legislação resultaram em estruturas burocrático-administrativas confusas e complicadas, caracterizadas tanto pela falta de definição de competências e responsabilidades na geração dos projetos e serviços, quanto pelos conflitos de interesses entre as instituições envolvidas. O sistema de saúde continuou caótico e os problemas de saúde sem efetiva resolução. Os índios não sabem a quem se dirigir para resolver seus problemas crônicos e emergentes de saúde. ... Sem detalhar a situação, é possível dizer que os serviços para os povos indígenas sofrem, em geral, de problemas organizacionais, conflitos institucionais, falta de recursos humanos e financeiros, ausência de participação da comunidade no planejamento desses serviços e

dependência cada vez maior das ONGs para obter atendimento. (Langdon, 2004:40)

Langdon (2004:41-42) aponta que, após cinco anos da implantação deste novo modelo de atenção à saúde indígena, não foi ainda avaliada a adequação às especificidades culturais das populações atendidas, e os profissionais em campo não foram capacitados para prestar um atendimento de fato diferenciado, de acordo com as características étnicas-culturais das populações com as quais convivem. Há um descompasso entre as demandas das populações indígenas e a execução do subsistema.

As Administrações Regionais da FUNAI e as Coordenações Regionais da FUNASA (assim como várias ONGs, prefeituras e universidades envolvidas neste processo) não têm demonstrado, de modo geral, empenho efetivo em implementar as propostas das Conferências Nacionais de Saúde para os Povos Indígenas. De acordo com Istvan Varga (2001, 2002) isto se justifica pelo fato deste modelo de atenção implicar transformações radicais na cultura de trabalho de todas as instituições e entidades envolvidas. Concordo com Varga e acrescento a dificuldade de articulação entre os ideais de saúde integral e o protagonismo indígena em uma estrutura burocrática do Estado.

Além das dificuldades no funcionamento desta vasta rede de entidades articuladas na prestação de serviços de saúde a populações indígenas, os poucos dados epidemiológicos indicam uma realidade sanitária grave. Coimbra Jr. (2000) ressalta haver poucos estudos sobre o tema, considerando especialmente o contexto de interação dessas coletividades com a sociedade nacional e os impactos desse contato sobre o perfil saúde/doença dos sistemas locais de saúde.

Segundo a FUNASA (2006), a população indígena atendida no Brasil conta com 400 mil índios, pertencentes a 210 etnias. No entanto, não há consenso sobre a população indígena no Brasil – organizações não-governamentais, Fundação Nacional do Índio, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) e FUNASA fornecem dados discrepantes. O IBGE criou, no Censo de 2000, a categoria “população rural específica”, que abrange aqueles que se declararam indígenas e vivem em áreas rurais dos municípios nos quais há terras indígenas. Essa população somou 304,3 mil pessoas (IBGE, 2006). No site do Instituto Socioambiental consta atualmente o índice populacional de 370 mil pessoas indígenas no Brasil (ISA, 2006). A FUNAI estima em 470 mil pessoas, distribuídas em 225 etnias (FUNAI, 2006).

O Sistema de Informações de Saúde Indígena (SIASI), em fase de implantação, visa coletar “informações que atendam às necessidades de cada nível gerencial, fornecendo subsídios para a construção de indicadores que avaliem as condições de saúde e que, indiretamente, avaliem a atenção à saúde, como a organização dos serviços no Distrito Sanitário” (FUNASA, 2006). As informações do SIASI são acessíveis apenas aos funcionários da FUNASA.

Santos e Coimbra Jr. (2000) relacionam o quadro da saúde das coletividades indígenas aos processos históricos de mudanças sócio-culturais, econômicas e ambientais que compõem a grande diversidade das etnias indígenas brasileiras, cada qual com experiências diversas de interação com a sociedade nacional. As frentes de expansão, os novos regimes econômicos, a diminuição dos limites territoriais, as drásticas alterações nos sistemas de subsistência alimentar, a condição de marginalidade socioeconômica a que estão restritos, somada às precárias condições de saneamento de suas aldeias, comprometem esse quadro de saúde, afetando, principalmente, as crianças. O perfil de morbi-mortalidade é composto principalmente por doenças infecciosas e parasitárias. Segundo os autores, diversas etnias apresentam “transtornos psiquiátricos, evidenciados pela alta incidência de suicídio e de alcoolismo”.

Em sua reflexão sobre cultura e saúde pública, Buchillet (2004) argumenta que, para atender às demandas, expectativas e necessidades relativas à saúde de uma comunidade particular, é necessário não apenas um conhecimento acurado do seu perfil epidemiológico e sanitário, mas sobretudo o conhecimento das percepções indígenas sobre problemas de saúde comunitários e suas possíveis causas – em outras palavras, suas representações e práticas.

2.2 Âmbito regional e local

A organização dos serviços sanitários prestados pela FUNASA à coletividade Maxakali envolve diversas instituições em diferentes municípios em Minas Gerais. Os serviços diretos da FUNASA são prestados pelo Distrito Sanitário Especial Indígena de Minas Gerais e Espírito Santo (DSEI-MG/ES), em Governador Valadares; pelo Pólo-Base, em Machacalis; pelos postos de saúde, instalados nas localidades Água Boa e Pradinho na Terra Indígena Maxakali; pela Casa de Saúde do Índio (CASAI), em Governador Valadares; e pela Coordenação Regional de Minas Gerais (CORE-MG), localizada em

Belo Horizonte. Os exames e internações são realizados na rede de referência do SUS em municípios localizados na região entre a Terra Indígena Maxakali e Belo Horizonte.

2.2.1 Distrito Sanitário Especial Indígena de Minas Gerais e do Espírito Santo

O DSEI-MG/ES é a instância que gerencia os serviços e administra o orçamento para o atendimento sanitário às etnias indígenas em Minas Gerais e no Espírito Santo⁶⁰. As demandas das equipes administradas pelos Pólos-Base dessas etnias são repassadas a este DSEI e, caso este não possa atendê-las, a Coordenação Regional de Belo Horizonte (CORE-BH) e/ou o Departamento de Saúde Indígena de Brasília (DESAI) são acionados.

Nair, uma das funcionárias mais antigas da equipe de saúde Maxakali (desde 1999), esclareceu as funções de cada âmbito de atendimento aos integrantes dessa etnia, sobre o funcionamento do DSEI, e sua relação com o Pólo-Base, em entrevista:

O DSEI é o departamento que cuida do restante das coisas burocráticas e que faz relação com a CORE e o DESAI, o povo da bala. Nós aqui, por exemplo, o primeiro lugar é Valadares. Alias, nós temos que responder sempre para o DSEI de Valadares. Daí do DSEI é que vai pra frente. Nosso chefe aqui é Bruno, no caso em Valadares. Qualquer coisa aqui primeiramente é pra Bruno que a gente passa, é pra Bruno que a gente pede, é pra Bruno é que é falado. Aí Bruno sim é que vai passar pra frente. Há uma hierarquia. Igual no nosso caso, eu, como uma técnica de enfermagem e auxiliar administrativa, eu passo primeiro pra Marilda e Edimilson que hoje são os chefes do Pólo. Primeiro pro chefe do Pólo, aí depois pra Bruno. Tem muitas coisas que deixa a desejar, mas igual ele fala, 'não depende de mim'. Eu sei que muitas coisas não depende de Bruno. Às vezes, 'depende de Brasília'. Igual às vezes a gente precisa muito de carro, de mais carros, a construção do posto que a gente tá requisitando tem tempos... Então tem coisas que ele fala: olha eu tô tentando agilizar ao máximo, mas não depende de mim. E realmente a gente sabe, né...

⁶⁰ Minas Gerais: Aranã (municípios de Coronel Murta e Araçuaí), Caxixó (Martinho Campos), Krenak (Resplendor), Maxakali (Santa Helena de Minas e Bertópolis), Pankararu (Coronel Murta), Pataxó (Carmésia), Xakriabá (São João das Missões) e Xukuru-Kariri (Caldas). Espírito Santo: Guarani e Tupinikim (ambas no município de Aracruz).

Este depoimento indica que a hierarquia, encabeçada neste DSEI por Bruno, marca o atendimento sanitário prestado às comunidades indígenas. O chefe do DSEI tem o poder de decisão sobre todos os trâmites na vasta rede de serviços e instituições envolvidas neste subsistema de saúde, conforme afirmou Garnelo (ABRASCO, 2006). Além de decidir sobre todos os trâmites envolvidos na prestação dos serviços pelos Pólos-Base, os DSEIs também administram os seus recursos financeiros. O Pólo-Base não possui orçamento próprio para suas atividades, quando necessário, a coordenadora do Pólo formaliza um pedido ao DSEI-MG/ES. Em alguns casos, isto pode acarretar atraso no atendimento aos indígenas:

O Pólo não tem ainda um dinheiro dele. Nós não temos dinheiro. Dependemos de Valadares. Não temos nem conta. A gente passa o fax com o pedido, aí na hora que dá, que tiver o dinheiro, é que eles chamam. Nós não temos um dinheiro nosso. Nunca teve. É complicado. Às vezes o índio vai e consulta, pede um exame, tem que voltar daqui uns dias e não tem dinheiro.

Até dezembro de 2006, Nair era a responsável pela inserção dos dados sobre o atendimento sanitário prestado aos Maxakali no Sistema de Informação sobre a Saúde Indígena (SIASI) deste DSEI. Desde que passou a integrar a equipe do Pólo-Base, passou a registrar todos os atendimentos de sua equipe: morbidades, natalidades, casamentos, óbitos e outros dados organizados por grupos de família. Devido a seu minucioso trabalho, a população Maxakali é a única no DSEI-MG/ES com atendimento sanitário e dados de morbi-mortalidade (entre outros) cadastrados no SIASI.

2.2.2 Pólo-Base

O Pólo-Base, criado em 2003, coordena o atendimento direto prestado à população Maxakali de Água Boa e Pradinho. É também uma instância de mediação entre as equipes dos postos de saúde instalados na Terra Indígena e cidades da região envolvente, rede de referência do SUS e DSEI. É entendido pelos funcionários desta equipe como a “referência das aldeias”: “é para lá que vão todas as informações recolhidas nas aldeias”. Todos os funcionários da equipe de base Maxakali estão vinculados ao Pólo, independente de seu

contrato, seja com prefeituras municipais, ONG Missão Evangélica Caiowá ou com a FUNASA. Lá também há uma farmácia, onde é iniciada a triagem e distribuição dos medicamentos, segundo as demandas. De acordo com Nair:

O Pólo é o lugar de contato. Enquanto a coisa tá acontecendo na aldeia, liga pro Pólo e avisa 'saíram da aldeia com ela e tá acontecendo isso, isso e isso'. Aqui nós já vamos providenciando um carro pra poder tirar, nós já vamos contatando com Valadares: 'olha provavelmente tá indo'. E se já sabe que é um caso que já é uma referência e tal então avisamos: 'nós vamos estar levando e tal, tal, tal, tal'.

Atualmente o Pólo-Base está localizado no município de Machacalis, a cerca de 42 Km de distância da terra indígena (TI). À época do surto de diarreia (2004), o Pólo ficava em Santa Helena de Minas (22 km da TI). A mudança ocorreu em abril de 2005 e, de acordo com Marilda, atual coordenadora executiva do Pólo, foi provocada por diversos fatores: conflitos internos entre os grupos Maxakali, tão acirrados a ponto de impedir a passagem de pessoas do Pradinho por Água Boa para chegar ao Pólo em Santa Helena; conflitos no Pólo, colocando em risco a vida dos Maxakali e dos funcionários. Outra dificuldade ocorria nas primeiras quinzenas dos meses, época em que os diversos funcionários e outros beneficiários Maxakali recebem seus pagamentos – quando o consumo de bebidas de alto teor alcoólico se intensifica⁶¹, provocando conflitos e uso excessivo dos telefones do Pólo pelos indígenas. Segundo Marilda, após a mudança do Pólo para Machacalis o trabalho passou a render mais. Nair reforça esta avaliação: “depois que o Pólo veio pra cá [Machacalis] mudou muito o respeito, o povo [da cidade] tá ajudando mais, os Maxakali estão ficando menos aqui”.

Marilda trabalha na FUNASA há alguns anos. Em 2004 ela coordenava a CASAI (Casa de Saúde do Índio) em Governador Valadares. No primeiro semestre de 2005, quando houve uma intervenção neste Pólo-Base denominada “*Força Tarefa*”⁶², Marilda

⁶¹ Especialmente em Santa Helena de Minas, Bertópolis e Batinga, cidades mais próximas da TI.

⁶² De acordo com Nair, a *Força Tarefa* constituiu em uma intervenção do DSEI-MG/ES no Pólo-Base com fins de minorar a alta incidência de mortalidade infantil na etnia Maxakali: “vieram seis funcionários da FUNASA do Espírito Santo – que têm o índice zero de mortalidade infantil – e foi muito bom, que eles passaram coisas pra nossa equipe. Ficaram aqui três meses só [em 2005]. Nesses meses tivemos mortalidade zero. O que foi feito: foi criada uma ala no hospital de Machacalis só para os índios, as internações passaram a ser de um mês, entrou com comida e nutricionista no hospital e outra nutricionista para a reserva. Intensificou o *programa* nas aldeias e melhorou o atendimento no hospital”.

passou a ser “mediadora” entre as demandas da equipe do Pólo Base, a população Maxakali e o DSEI. Seu papel era intermediar as internações e outros trâmites envolvidos no deslocamento dos Maxakali em trânsito para internação na rede de referência do SUS.

Em junho de 2006, líderes Maxakali de Água Boa e do Pradinho, insatisfeitos com os serviços do antigo coordenador do Pólo-Base, Otávio, exigiram sua retirada para Nair assumir o cargo. Em outubro de 2006 uma mulher com forte prestígio em Água Boa declarou que a comunidade estava muito insatisfeita com Otávio, principalmente por dois motivos: 1) “ele boicotava o trabalho, fazia corpo mole, não corria atrás das coisas para os Maxakali”; 2) ele e o chefe do DSEI afastaram do serviço (sem consultar a comunidade) o Dr. Sérgio – médico contratado há um ano e meio (naquela ocasião) pelo Pólo para o atendimento à Água Boa, que conquistou a confiança desta comunidade – “porque ele tava denunciando a falta de carros”.

Lideranças Maxakali conseguiram que Marilda assumisse o cargo e que o Dr. Sérgio retornasse como médico de Água Boa (seu afastamento durou cerca de um mês). Segundo depoimentos de alguns funcionários do Pólo e de pessoas Maxakali, os líderes Maxakali invadiram a casa do Pólo armados com facões, arcos e flechas, mandaram Otávio sair e ligaram para Bruno exigindo o retorno do médico recém-afastado, e a transferência da chefia do Pólo para Marilda. A princípio ela recusou o cargo, mas cedeu à demanda dos líderes Maxakali, que realizaram um ritual na terra indígena para empossá-la como chefe do Pólo. Marilda, Nair e outros funcionários do Pólo consideraram esta situação muito constrangedora. No entanto, após esta data os serviços prestados pelo Pólo melhoraram muito.

Marilda, dadas as contingências nas quais ocorreram tais modificações, não aceitou assumir a coordenação executiva do Pólo sozinha. Portanto, Edimilson, funcionário da prefeitura de Santa Helena de Minas a serviço da FUNASA há alguns anos, assumiu também o papel de coordenador executivo deste Pólo. Ele é responsável principalmente pela coordenação do trabalho dos motoristas. As atribuições de Marilda dizem respeito à coordenação do restante da equipe de saúde, em suas tarefas nas aldeias, transferências e outros trâmites burocráticos. Quando solicitada a explicar a duplicidade, uma funcionária do Pólo declarou:

Na época de Otávio era um chefe só que o Pólo tinha. Só que Marilda não queria ser chefe, como ela disse: ‘eu já fui chefe da Casa do Índio, não

gostaria de ser chefe mais, tô aqui pra ajudar e colaborar no serviço, mas não gostaria de ser chefe`. Mas os índios pediram ela. Ela tá lá porque os índios pediram, falaram que queriam ela e não abriam mão. ... Ela não tá porque ela quis, ela tá porque ela foi colocada. Então o que que acontece? Ela pediu que ela tivesse alguém pra ajudá-la. E como aqui são muitas coisas que acontecem, às vezes ao mesmo tempo, que nós temos problemas com veículos, que não são fáceis. E é uma coisa muito constante, você vê aí que nossos veículos quebram direto. A gente tem problema de falta de carro, problema de transferência. A gente não fica uma semana sem transferência aqui, às vezes a gente tem duas transferências no mesmo dia. E a administração do Pólo, a administração da equipe nas aldeias, tudo acaba passando pra mão do chefe. Então ela pediu uma pessoa pra ajudar. Aí foi quando eles mandaram o Edimilson. Então Edimilson ficou com essa parte mais de motorista. E até porque os problemas que têm com os motoristas aqui são muitos. Então, Edimilson ficou com essa parte mais de motorista e de carro e ela mais essa parte de equipe e tal. E também porque eles falam que tem que ter suprimento de fundo. Edimilson já tem. Então tem um monte de coisas assim. Ela não queria, mas os índios exigiram. Exigiram mesmo, não abriram mão, mesmo ela falando que não queria. Aí de repente chegou lá na aldeia, os índios fizeram uma cerimônia e empossaram ela como chefe deles.

Além de Marilda e Edimilson, coordenadores executivos, a equipe do Pólo responsável pelo atendimento em Água Boa⁶³ conta atualmente, de acordo com Dr. Sérgio, com doze técnicos em enfermagem, um médico, uma dentista, uma auxiliar de dentista, duas nutricionistas e oito motoristas (que se revezam na direção de um único carro). O médico ressaltou que o trabalho fica muito prejudicado, pois esta equipe não possui a logística necessária à realização do trabalho. A escassez de carros é a maior reclamação da equipe e dos Maxakali. Como contam somente com um carro, apenas quatro técnicas em enfermagem podem trabalhar por dia. Duas ficam no posto de saúde na TI, uma acompanha o médico e outra verifica a utilização dos medicamentos. Outras duas ficam

⁶³ Descrevo apenas os serviços prestados à localidade Água Boa. O Pradinho conta com uma equipe de saúde semelhante à de Água Boa, porém a médica que assumiu esse posto na mesma época em que Sérgio iniciou seus serviços, por motivos pessoais (gravidez de risco) demitiu-se do cargo. Portanto, em outubro de 2006, a equipe do Pradinho não contava com médico. O Pólo-Base possui um outro automóvel utilizado no Pradinho para o mesmo tipo de serviços descritos para Água Boa.

por conta do programa de combate à desnutrição infantil. Dois técnicos em enfermagem são escalados para os plantões noturnos.

2.2.3 Posto de saúde

O carro sai do Pólo de segunda a sexta com a equipe que prestará o atendimento no posto de saúde de Água Boa, segundo Sérgio. Esta equipe segue dois tipos de procedimentos: *busca ativa* e *demanda espontânea*. A primeira é realizada por meio de *roteiros*: equipes formadas por um motorista, uma técnica em enfermagem e o médico (caso ele esteja em campo no dia) passam de aldeia em aldeia atendendo ambulatorialmente famílias com casos de patologias, que são encaminhados ao posto de atendimento local ou a hospitais da rede de referência do SUS (dependendo do grau de gravidade). A *demanda espontânea* é constituída por pessoas Maxakali que, por iniciativa própria, buscam atendimento médico da FUNASA para perturbações que considerem requerer essa forma de tratamento.

O roteiro passa de aldeia em aldeia, olha lá, às vezes têm alguma aldeia que têm alguém doente, têm medicamento pra entregar, têm remédio controlado, aí eles dão uma varredura assim e vão pra outra aldeia. Se naquela aldeia não tiver alguém precisando ser transferido pro hospital, que eles não deram conta, segue pra outra. A não ser que tenha alguém alcoolizado que não vai, aí não dá pra ir. Aí depois que tudo passa, aí dá pra ir e traz. Essa é a busca ativa. Demanda espontânea: quando eles vão ao posto atrás do atendimento médico, ou quando eles mandam avisar o doutor pra ir à aldeia. Às vezes eles estão doentes e não querem a ajuda da nossa medicina, ficam lá quietos e se fecham. Ninguém não fala nada.
(Marilda)

Cabe ressaltar neste depoimento que algumas perturbações são mantidas em segredo, no universo doméstico das famílias, não permitindo envolvimento de membros da equipe médica da FUNASA. É possível inferir que tais casos são interpretados pela lógica

xamânica Maxakali, justificando outras condutas para a manutenção da saúde naquele grupo⁶⁴.

Desde fins de 2003 esta equipe iniciou o *Programa de Combate à Desnutrição Infantil*, quando foi elaborada uma listagem com as crianças mais desnutridas, com base nos dados do SIASI. Nos dias da semana, após deixar a equipe médica no posto de saúde, o carro percorre as aldeias em busca de crianças desnutridas e suas acompanhantes, para conduzi-las ao posto de saúde. Uma nutricionista elaborou um cardápio semanal, atualmente preparado por uma mulher não-indígena (contratada pela FUNASA através da Missão Evangélica Caiowá) e sua assistente, uma mulher Maxakali⁶⁵ (Mércia). Depois do almoço as crianças retornam às suas aldeias de carro. Atualmente são alimentadas neste *programa* cerca de 180 crianças de segunda a sexta-feira, em Água Boa. Segundo Marilda:

Todo dia o carro vai até as aldeias pega as crianças mais desnutridas, leva pro posto, dá leite, depois o almoço e depois devolve pra casa. Antes ia até a noite, agora é só até depois do almoço. Geralmente as crianças ficam acompanhadas da irmã mais velha, que também se alimenta. A gente tava até tentando ver se cadastrava os acompanhantes, como uma forma de estar ficando mais fácil e aproximando mais. Mas eles não conseguiram ainda não porque é muito irregular: hoje é fulano, amanhã não é.

Como esta equipe conta apenas com um carro, que busca crianças do *programa*, não está sendo efetuada a *busca ativa*. Em outubro de 2006 Sérgio discorreu sobre o impacto provocado pela falta de carros e por outros entraves no atendimento prestado:

É uma equipe muito boa em quantidade. Teria gente para trabalhar. Precisamos de um processo de educação continuada. Poderíamos reunir a população e conversar sobre temas como educação em saúde. Eu sou muito solicitado. Nosso primeiro problema é o carro. Vão nesse único carro sete pessoas, cinco atrás e duas na frente. E ainda tem os pacientes Maxakali. Para assistir a saúde dos Maxakali, eu e outras pessoas da

⁶⁴ Este tema será desenvolvido no próximo capítulo.

⁶⁵ Em fevereiro de 2004, a comida do *programa* era preparada apenas por uma mulher não-indígena, fato justificado pelo então coordenador do *programa* com o argumento de que as mulheres indígenas não seguem corretamente as orientações da nutricionista em relação à quantidade de óleo e outros itens que devem ser controlados pela cozinheira de acordo com normas nutricionais adequadas.

equipe preferimos que o atendimento seja realizado nas aldeias. Às vezes, o paciente que tá doente fica com vergonha e não vai ao posto. De 40 a 50 % do atendimento na terra indígena é de pessoas que não vão ao posto. Mas aqueles que não vão às vezes são os casos mais graves. Para implementar qualquer programa de saúde aqui é preciso buscar e levar. A falta de carros desarticula tudo. Pela falta de carros eu fico no posto e não vou às aldeias, mas não estou satisfeito. Com um carro só fica muito complicado. Também atrapalha às vezes quando tem *paptui* [bêbado], mas melhorou muito, diminuiu muito. Ano passado bebia mais. ... A ausência de planejamento também atrapalha muito.

Nesta mesma ocasião⁶⁶ Sérgio declarou que há cerca de um ano e meio foi prometida a logística necessária ao trabalho, o que implicaria pelo menos três carros. Esta não foi a realidade que encontrou. Desde então se esforça por conseguir esses carros. Para tanto, escreveu vários relatórios e deu entrevistas a jornais – sendo este o principal motivo de seu afastamento do cargo, em junho de 2006. Para ele, um grande entrave diz respeito à dificuldade para conseguir os exames necessários ao atendimento médico: as prefeituras não concedem os exames.

Marilda realizou uma reunião com as lideranças Maxakali para indagar se o *programa* poderia ser interrompido, para o retorno da *busca ativa*. No entanto, as lideranças não consentiram:

O médico estando na aldeia, ele vai olhar na aldeia. Atualmente o Sérgio tá ficando na sede em função da gente ter só um carro, aí eu coloquei pra eles a nossa dificuldade: nós só temos um carro, então vai parar o programa. Aí eles disseram: 'mas não pode, Kutok [criança] fica com fome'. Então vamos fazer assim: 'o que vocês querem?' ... Sérgio gosta de ir às aldeias e ele está certo, porque nem sempre quem vai ao posto é quem está mais grave. Hoje a busca ativa e a demanda espontânea não estão funcionando bem na Água Boa, com um carro só. ... Me preocupa o Sérgio ficar só na sede por medo de ficar alguém pra traz que ninguém viu doente, ou ninguém falou nada e o doente fica na aldeia sem atendimento médico, às vezes as crianças estão doentes e os pais

⁶⁶ Estávamos em deslocamento no automóvel da FUNASA ele, Heloísa Maxakali, Marilda, um enfermeiro, o motorista e eu.

alcoholizados e quando a gente fica sabendo já é tarde. Isso me preocupa. E nós não temos saída. O problema é o carro. Nessa reunião eles optaram que querem ter os dois: programa e atendimento médico. Então propus a eles: nós precisamos dos agentes indígenas atuando muito mais. Eles estão faltando muito e bebendo muito. ... Tem os casos em que o doente não consegue ou não quer vir ao posto, aí o médico, que estava na sede, na primeira oportunidade vai lá, atende e volta pra sede de novo, pra não ocupar muito o carro, que o carro fica por conta do ir e vir das crianças do programa.

Apesar de contar com muitos funcionários não-indígenas e indígenas, a equipe enfrenta dificuldades de organização e planejamento das atividades dos prestadores de serviço. Problemas inter-pessoais, conflitos de interesses e a não existência de um processo de capacitação continuada da equipe integram o conjunto de problemas. A escassez de automóveis costuma ser apontada como o motivo de emperramento e do não funcionamento dos serviços. No entanto, além da ausência de infra-estrutura básica, a equipe apresenta conflitos internos, relativos à organização do trabalho da equipe interdisciplinar e inter-étnica. Alguns funcionários a serviço do Pólo são contratados da ONG presbiteriana Missão Evangélica Caiová⁶⁷. Os demais funcionários – indígenas e não-indígenas – são contratados pela prefeitura municipal de Santa Helena de Minas (no caso de Água Boa) ou vinculados diretamente ao DSEI-MG/ES.

A rotatividade de funcionários na equipe do Pólo é alta, em grande parte, devido à contratação de técnicos via prefeituras municipais (mudanças nas alianças políticas gerando mudança dos escolhidos dos prefeitos para os cargos). Nair era a única funcionária da equipe desde 1999. Para ela, isto interfere seriamente na continuidade e na qualificação dos serviços prestados aos Maxakali: “conhecer os índios é muito difícil, ser aceito”. Além do relacionamento e aceitação dos funcionários pelos indígenas, a rotatividade também prejudica a formação dos funcionários, pois eles ingressam, recebem treinamento e, saem, segundo as interferências políticas: “treina o funcionário e, de repente, ele sai. Investe nele e ele sai. Questão política. Entra prefeito, sai prefeito e tira o funcionário”.

⁶⁷ Em outubro de 2006, duas técnicas em enfermagem, Nair e Sara, a secretária do Pólo, a cozinheira não-indígena do *programa* e Paula Maxakali, responsável pelos serviços gerais no posto de saúde de Água Boa, tinham seus contratos vinculados a esta ONG, o que garante, segundo depoimento de Nair, uma estabilidade maior em seus cargos.

Várias pessoas de Água Boa dirigiram críticas à organização dos serviços prestados pela FUNASA: à dificuldade de receber mais de um acompanhante indígena nos internamentos hospitalares somam-se outras, como o estado precário dos automóveis da FUNASA; a inconstância no serviço de plantão nos postos de saúde da TI. Segundo Nestor (em fevereiro de 2004):

Acho que os funcionários têm que ficar direto aqui. Gente tá saindo cedo demais e vem chegar nove horas. Toyota fica em Santa Helena, vai descendo e fica de lá e vai chegar aqui quatro horas depois. Funcionário também não dorme aqui. Ficar sem, ninguém não aceita não. Coisa que vai acontecer não marca dia não: escorpião, briga, mulher grávida. Eu também quero que governo manda enfermeiro de longe pra ficar direto aqui, dormindo aqui. Que esses carregue a toyota da FUNASA. Acho que tá com um ano que nós estamos sem médico também.

Apesar da reestruturação dos serviços prestados pelo Pólo-Base entre 2004 e 2006, as falhas no plantão seguem constituindo foco de reclamações dos líderes Maxakali. Por exemplo, em uma noite em que estava em Água Boa em 2006, encontrei a equipe que ficaria no plantão indo para a cidade, pois algumas pessoas do grupo de Nestor estavam alcoolizadas nas redondezas do posto de saúde. No dia seguinte comentei o fato com um funcionário indígena, que afirmou tratar-se de “treta deles, que o povo do Nestor nem foi pra cidade. Esse povo não gosta de trabalhar, fica de preguiça, atende de cara feia”.

Como as estradas da região são de terra e estão em péssimo estado e muitas vezes é necessário retirar o paciente Maxakali da Terra Indígena para prestar o atendimento médico apropriado, este deslocamento também é foco de conflitos entre indígenas e funcionários do Pólo-Base.

2.2.4 Rede de referência do Sistema Único de Saúde

A rede credenciada do SUS é utilizada quando são necessários exames e internações de pacientes indígenas nos hospitais das cidades Santa Helena de Minas, Bertópolis, Machacalis, Águas Formosas, Teófilo Otoni, Governador Valadares e Belo Horizonte. As prefeituras municipais de Santa Helena de Minas e de Bertópolis são as

responsáveis por autorizar os exames na rede de referência do SUS para o atendimento médico e hospitalar.

As internações hospitalares obedecem a critérios estabelecidos pelo Pólo-Base: segundo Marilda, a referência para crianças é o hospital de Governador Valadares (classificado como de “alta complexidade”); e o adulto, de acordo com sua situação patológica, é internado no hospital de Águas Formosas, que possui melhor infra-estrutura que o hospital de Machacalis, ou de Governador Valadares, para casos mais complexos. Desde o primeiro semestre de 2005, com as mudanças no atendimento propostas pela *Força Tarefa*, o hospital de Machacalis conta com uma ala exclusiva para atendimento às crianças indígenas e uma pediatra contratada especificamente com este fim. Apesar das reformas no atendimento às crianças no hospital de Machacalis, os casos de maior gravidade são encaminhados diretamente para Governador Valadares, pois a maior parte das cirurgias e exames necessários não é realizada no hospital de Machacalis, por escassez de pessoal capacitado e de infra-estrutura⁶⁸. O hospital de Teófilo Otoni está sendo menos utilizado pelo Pólo-Base atualmente, devido à inexistência de equipe de apoio para o acompanhamento dos Maxakali, quando internados naquele município.

A dificuldade na realização de exames na rede credenciada do SUS constitui um dos entraves no funcionamento do modelo de atenção à saúde indígena. Além do montante de recursos financeiros repassado aos municípios e à rede de referência ligados ao subsistema único de saúde pelo DESAI/FUNASA/MS⁶⁹, os municípios que possuem em seus territórios unidades de conservação e terras indígenas recebem uma co-participação do ICMS Ecológico⁷⁰, regulamentado em Minas Gerais em dezembro de 1995 pela Lei nº

⁶⁸ Segundo Nair, neste hospital há condições de realizar cesarianas, o que nem todos médicos fazem. Se cair no plantão do médico que não faz, a parturiente é encaminhada para Águas Formosas. A escassez de pessoal capacitado prejudica também a realização dos exames necessários ao atendimento: por exemplo, apesar de existir o aparelho de ultra-som neste hospital, ele não é utilizado por falta de um operador que saiba manipulá-lo.

⁶⁹ Ver orçamento nacional anual desta instituição no anexo 4.

⁷⁰ “O ICMS Ecológico, em última instância, trata da operacionalização do processo indutor possibilitado pelo critério de caráter ambiental e seus condicionantes, definido para o repasse de parte dos recursos financeiros do ICMS arrecadado a que os municípios têm direito constitucionalmente. Neste caso, as Unidades de Conservação e outros espaços vegetados no seu entorno”. (Ambiente Brasil, 2007) De acordo com a Lei nº 9.985/00, que trata do Sistema Nacional de Unidades de Conservação - SNUC, as terras indígenas assemelham-se às unidades de conservação em seu funcionamento: “Em relação às Terras Indígenas tem-se a variável quantitativa e a qualitativa, sendo que neste caso não *deverão ser levados em conta somente os aspectos relacionados à questão ambiental em sentido puro, mas acima de tudo aspectos relacionados a qualidade de vida das nações indígenas, afinal uma Terra Indígena se destina fundamentalmente a criar condições à reprodução social destas nações indígenas.*” (NATURANTINS, 2006, grifos meus)

12.040 (Secretaria de Estado de Meio-Ambiente e Desenvolvimento Sustentável, SEMAD, 2007).

Apesar destes recursos financeiros⁷¹ se destinarem a ações voltadas para a melhoria na qualidade de vida dessas coletividades, em geral – e este é o caso específico dos municípios de Santa Helena de Minas e Bertópolis – os prefeitos e secretários da saúde recusam-se a autorizar exames, a ceder ambulâncias municipais, entre outros serviços de assistência aos indígenas. De acordo com um funcionário do Pólo-Base estes políticos consideram estas tarefas responsabilidade da FUNASA e não do município:

A gente ainda tem entraves em relação aos exames. O município não consegue aceitar, mas ele não cede, por exemplo, o índio têm que fazer uma ultra-sonografia – e antes de ser índio, ele é munícipe – e o secretário de saúde não dá a autorização. Não cede para o índio, fala que é problema da FUNASA. Então se a gente quer um exame deste porte, têm que pagar, ou então encaminhar para Valadares. Santa Helena também acontece isso. Bertópolis a gente não consegue um hemograma, um B.A.R., que é o exame pra detectar a tuberculose. Um dos exames mais simples. É um caso de saúde pública e, no entanto, a prefeitura não cede e diz que não tem vaga. E os outros municípios atendem. A verba que vem pra saúde do índio, se não tem pela rede SUS, o município paga. Eu acho que isso se deve ao preconceito, à irresponsabilidade. Eu não posso fazer nada, eu não posso obrigar o prefeito. O chefe do DSEI esteve aqui também pra resolver isso. Porque o certo seria chamar a polícia, né? É a lei. Não estamos pedindo nada que não seja obrigação deles. Outro dia um rapaz falou assim: esses municípios estão pra serem denunciados em função do não atendimento ao índio. A FUNASA, se quer transferir o índio e não tem carro, pede o carro da prefeitura, mas nós pagamos a diária do motorista, a diária do técnico e mais o combustível. Então como funciona: mesmo ele levando não-índio, os funcionários da prefeitura não recebem por esse serviço [pela prefeitura], mas da FUNASA recebem. Às vezes acontece dele levar dez índios naquela ambulância grande, ou na van, mas ele vem pra receber ao final a

⁷¹ A síntese dos relatórios de fiscalização realizada pela Controladoria-Geral da União em fevereiro de 2005 acusou diversas irregularidades na aplicação do orçamento recebido pela prefeitura municipal de Santa Helena de Minas (população: 5.751 habitantes). O total de recursos fiscalizados foi de R\$ 1.451.451,93. (Controladoria-Geral da União / Assessoria de Imprensa, 2007).

sua diária. Só assim que funciona, é uma coisa terrível. Eles falam: 'eu não tenho, a minha cota tá estourada'. Eu falo: 'gente, mas o índio faz parte da sua cota!' Eles respondem: 'a FUNASA é que tem que pagar'. Tudo, tudo, fala que é FUNASA.

Esta situação de descaso aos grupos indígenas é habitual. Os funcionários do Pólo, segundo Nair e Marilda, “precisam implorar” para conseguir que pacientes indígenas sejam atendidos. De acordo com Nair⁷², “estamos sendo sempre objeto de desprezo e raiva dos médicos na hora de trazer o índio para o hospital. É tanta coisa que já agüentei por esses índios”.

Como o atual prefeito de Santa Helena de Minas pertence a uma coligação de partidos (PT / PMDB / PC do B) rival à de Heloísa Maxakali – atualmente em seu segundo mandato como vereadora pelo PSDB / PTB / PPS / PP – desde 2004 membros de Água Boa, especialmente os que pertencem ao grupo de aliança da Heloísa, vêm sofrendo boicotes. Paula, parente de Heloísa, procurou-me em março de 2004, solicitando apoio:

Prefeitura não quer fazer nada, nada pra nós. Não quer assinar saúde pra nós. Tô com minha sobrinha no hospital, prefeito não quis assinar e ela perdeu o kutok [filho]. Daniela tá grávida e tá no hospital. Tô muito preocupada. O prefeito não quer assinar pra ela fazer o ultra-som.

Desde 1999, quando iniciei meu convívio com a população Maxakali, acompanhei diversas situações semelhantes. Além das denúncias em relação ao descaso da prefeitura aos indígenas, funcionários da FUNAI e FUNASA acusam os políticos de Santa Helena de Minas e Bertópolis de envolvimento e estímulo aos conflitos entre os grupos Maxakali. Em janeiro de 2004, quando o prefeito atual assumiu seu cargo, mesmo período em que ocorreu a epidemia de diarreia infantil, e em outubro de 2006 (véspera do segundo turno para as eleições presidenciais no Brasil, quando o PT e o PSDB rivalizavam no âmbito nacional, com interferências potenciais nas questões políticas e organizacionais nos pequenos municípios de Minas Gerais), as articulações políticas em Santa Helena de Minas produziram impacto direto nos conflitos entre os grupos rivais de Água Boa.

⁷² Em outubro de 2006, Nair manifestou seu cansaço e desestímulo em relação aos contratemplos enfrentados na lida cotidiana de trabalho neste Pólo. Em um telefonema em janeiro de 2007 para o Pólo, fui informada que Nair requereu sua transferência para Montes Claros, passando a integrar a equipe que atende os Xakriabá.

Em outubro de 2006 Marilda, Nair (Pólo-Base/FUNASA) e Tião (chefe do posto da FUNAI em Água Boa) declararam-se muito preocupados com os conflitos então aflorados entre os grupos de aliança de Heloísa e Nestor. Segundo eles, os políticos de Santa Helena de Minas e Bertópolis alimentavam o conflito interno em Água Boa, já pensando nas eleições municipais de 2008. As prefeituras de ambos os municípios atualmente são do PT e, desde antes das eleições de 2004, esses políticos estimulam a disputa entre Heloísa e Nestor e seus respectivos grupos, com vistas a incentivar Nestor a se candidatar como vereador pelo PT em Santa Helena de Minas. Segundo seu relato, Heloísa não consegue aprovar nenhuma de suas propostas na Câmara dos Vereadores deste município e, por sua vez, ela “não deixa passar nada das pessoas do PT”. Em conversa com Heloísa em outubro de 2006, ela afirmou sofrer um processo sério de discriminação e boicotes no mandato atual.

2.2.5 Interinstitucionalidade e relações interpessoais

A cooperação entre Marilda, Nair (FUNASA) e Tião (FUNAI) mostrou-se frutífera, indicando uma parceria entre os responsáveis locais da FUNAI e FUNASA no atendimento aos Maxakali. O Pólo-Base cedeu uma de suas salas para a FUNAI depositar e organizar cestas básicas doadas mensalmente às famílias Maxakali.

As relações interpessoais entre integrantes do Pólo-Base também são influenciadas por políticas municipais. Boicotes e fofocas na equipe giram em torno das alianças políticas municipais e regionais. As diferentes relações de amizade e/ou apadrinhamento entre membros do Pólo e políticos dos municípios envolvidos neste sistema de atendimento influenciam negativamente as relações na equipe e, conseqüentemente, a execução do trabalho prestado aos Maxakali.

Além dos conflitos internos ao trabalho, é preciso considerar as constantes dificuldades, enfrentadas em suas vidas privadas e profissionais. Os apadrinhamentos dificultam a continuidade do trabalho daqueles que de fato se interessam pelos serviços de atenção à saúde indígena.

Outra dificuldade enfrentada por funcionários não-indígenas advém das interpretações de pessoas Maxakali sobre certa instituição ou servidor, que não teria prestado corretamente um serviço à sua comunidade. Tais casos podem gerar situações violentas, em especial quando há consumo de bebidas alcoólicas. Por vezes um erro

cometido por um funcionário do Pólo, ou uso de algum medicamento (iatrogênese) provocam reações agressivas dos grupos de aliança da família indígena contra todos os membros do Pólo-Base, ou contra os primeiros que aparecerem no posto de saúde após a situação em questão.

2.2.6 Funcionários indígenas a serviço do Pólo

Atualmente o Pólo-Base conta com doze funcionários indígenas contratados pela FUNASA para o apoio ao atendimento sanitário em Água Boa. Eles pertencem a diferentes grupos de aliança e trabalham em distintas funções⁷³. De acordo com Marilda, apenas o grupo de Bernardo não possui uma pessoa trabalhando para a FUNASA na Água Boa, o que é reivindicado pelo grupo. A escolha dos funcionários indígenas não obedece a critério de gênero ou aptidão para o trabalho, mas de distribuição de cargos (e recursos financeiros) por grupos de aliança em Água Boa, de forma a atender às demandas da comunidade.

A maior reclamação dos funcionários do Pólo em relação ao trabalho dos funcionários indígenas concerne ao uso constante de bebidas com alto teor alcoólico e, conseqüentemente, o não comparecimento ao trabalho. Tanto Marilda quanto Nair consideram Paula (serviços gerais) e Márcia (AIS) as Maxakali com melhor trabalho. Ambas falam bem o português e transitam entre os diferentes universos de sentido (Maxakali e não-indígena) com desenvoltura. Para Nair,

Eles trabalham às vezes sim, às vezes não, porque não adianta, os Maxakali não têm esse hábito. Tirando Paula e Márcia, os demais assim..., por exemplo, outro dia os AISAN: pra não dar confusão, os meninos distribuíram os serviços. Por exemplo: 'você vai ficar pra ligar a bomba todo dia, é sua responsabilidade ligar a bomba. E vc vai ficar pra desligar a bomba, sua responsabilidade', entendeu? Porque tava tendo muitos probleminhas, muitas conversinhas entre eles. Então, com essa brincadeira outra hora ninguém ia ligar a bomba, aí começa: 'ah! Mas eu pensei que você ia', 'mas eu também pensei que você ia'. Então com essa

⁷³ Márcia (irmã de Heloísa), Naor (liderança de seu grupo), Leonardo (filho de Estevam), Hamilton (filho de Getúlio) são Agentes Indígenas de Saúde (AIS); Sílvio (filho de Heloísa) é agente bucal; Náder (genro de Heloísa), Roberto (liderança de seu grupo) e Carlinho (filho de Roberto) são Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN); Paula (irmã de Heloísa) trabalha nos serviços gerais no posto de saúde; Mércia (membro do grupo do Davi) é auxiliar de cozinha do *programa*; Tarcísio (liderança de seu grupo) e Vítor (genro de Heloísa) são responsáveis pela manutenção da horta do *programa*.

brincadeira a gente ficava sem uma gota d'água, sendo que você tem três AISAN, três no Pradinho, três na Água Boa. No Pradinho ele ligou, não voltaram pra desligar e a bomba queimou. Foi um prejuízo. Não só o prejuízo financeiro, como foi uma semana pra consertar e uma semana eles padecendo sem água, o que é terrível ficar. Então um dos AISAN disse assim: 'ah eu ensinei o meu menino'. O menino dele tem oito anos e tá ligando e desligando a bomba. 'Ah, meu menino vai lá desligar'. Aí falou assim 'não, não é seu menino o funcionário, você é o funcionário'. E também outra coisa é que alguns deles bebem muito. Então às vezes estão bêbados, você chega e tá bêbado, não trabalha, às vezes fica lá. ... Como é que você vai discutir com uma pessoa bêbada? Aliás, é até melhor que não vá ao posto. Porque ele não indo, ele não atrapalha tanto, né. Porque vai e perturba. Às vezes a ponto de ter que parar com o serviço, sair de lá.

Este depoimento revela o que pode ser entendido como uma dissonância cultural acerca do que é responsabilidade para os distintos sujeitos em interação. A delegação do trabalho às crianças é encarada como irresponsabilidade pela funcionária da FUNASA. Já de acordo com as correntes de tradições culturais Maxakali, as crianças costumam desenvolver desde pequenas as atividades dos adultos, o que integra seu processo de formação da pessoa.

Em outubro de 2006 houve uma reunião⁷⁴ entre Marilda, alguns membros da equipe do pólo-base e diversos integrantes dos grupos de Água Boa para deliberar, entre outros assuntos, sobre o não comparecimento ao trabalho de funcionários indígenas e a dificuldade acarretada no atendimento atual, já que a *busca ativa* foi interrompida pela falta de carros. Para abordar o tema do não cumprimento das atividades pelos funcionários indígenas, Marilda argumentou que no contexto não-indígena um funcionário que não vai ao trabalho recebe cortes em seu salário. Assim, solicitou à comunidade que se pronunciasse em relação à permanência ou não dos atuais AIS e AISAN em seus cargos, ressaltando que a mediação realizada pelo AIS é muito importante para o atendimento

⁷⁴ Estávamos presentes nesta reunião líderes e integrantes dos diversos grupos de Água Boa, representantes do Pólo-Base, o chefe de posto da FUNAI, representantes do Ministério do Desenvolvimento / MDS (uma pesquisadora, como consultora deste projeto, dois membros do MDS e representantes de duas ONGs envolvidas na organização, gestão e administração do mesmo) e eu, – a apresentar um projeto, chamado “Carteira Indígena”, voltado para a auto-sustentação. No caso Maxakali o projeto a ser implementado será de criação de gado.

médico: “A equipe de saúde sem o AIS não consegue nada, são pessoas importantes porque conhecem coisas pequenas que funcionário não sabe”.

Nestor (liderança e AIS) respondeu afirmando que eles (os funcionários indígenas) chegam ao posto de saúde de Água Boa às oito horas, esperam horas e a equipe da FUNASA sempre chega após as dez horas, quando muitos funcionários indígenas retornam para suas aldeias. A discussão passou do atraso da equipe para a falta de carros e se dirigiu para as formas de reivindicar mais carros das autoridades competentes. Entendo esse modo de reação às exigências técnicas da FUNASA como uma forma de oposição nativa à supremacia não-indígena. Nesse tipo de reunião as lideranças Maxakali falam em tom de voz baixo, um após o outro, sobrepondo um discurso ao outro. Em geral, falam entre si em maxakali e depois algum(a) líder resume o que foi discutido em português. Caso os conflitos entre os grupos se acirrem, como ocorreu nesta reunião, as atitudes corporais, tom de voz e o encadeamento quase simultâneo de discursos na língua maxakali são muito constantes. Após debates entre os líderes em sua língua nativa, Heloísa Maxakali se pronunciou em português:

Temos que reunir a comunidade pra cobrar das autoridades. Se quer beber, aí não vai. A gente que é líder tem responsabilidade. Tem que entender pra resolver e administrar nossas equipes. Sentei com Bruno [chefe do DSEI-MG/ES] e falei que acho que a gente tem que reunir e resolver. ... Professores, AIS, eu, funcionários vamos ajudar a gente. O branco da cidade faz a cabeça de índio. Só quer que a gente morra, não quer ajudar a comunidade não. Estou falando pra ajudar. Que adianta a gente dividir de novo? ... A gente vai chegar num ponto que a gente vai resolver o trabalho pro motorista trabalhar. E o plantão? Não tem plantão. Nós temos que pensar pra ajudar Marilda, Dr. Sérgio, pra resolver algumas coisas, se não, nada vai pra frente.

Muitos agentes institucionais – com diferentes interesses – presentes nesta ocasião intercalaram suas falas entre as discussões de lideranças dos distintos grupos de Água Boa⁷⁵, até Nestor reunir seu grupo, sair do galpão e demandar que o carro da FUNASA os

⁷⁵ Naquele momento os grupos de aliança de Heloísa e Naor estavam no auge da disputa por prestígio alimentada pelo período eleitoral (eleições para presidente). Por isso Heloísa declarou em seu discurso “O branco da cidade faz a cabeça de índio. Só quer que a gente morra, não quer ajudar a comunidade não”. A possibilidade de viabilização do projeto de criação de gado apresentada pela equipe da Carteira Indígena

conduzisse à sua aldeia. Diferentes forças e relações sociais explicitaram-se neste evento. Distintos interesses dos agentes externos e pessoas / grupos Maxakali foram confrontados (em línguas diferentes), não estabelecendo uma interlocução na qual os grupos conseguissem um acordo. Não foi possível chegar a uma “comunidade de argumentação no interior da qual se daria o diálogo tendente a gerar um acordo intersubjetivo em torno das regras mínimas suscetíveis de assegurar um fluxo recíproco de idéias formuladas pelas partes” (Cardoso de Oliveira, 1996:38-9). A assimetria política dessa situação de interculturalidade (Souza Lima e Barroso-Hoffman, 2002:22) marca-se, de forma geral, nas tentativas de inter-negociação entre os diversos agentes indigenistas e os sujeitos Maxakali.

A maior parte das reuniões entre agentes externos e lideranças Maxakali das quais participei se deu de forma muito distante de uma possível “comunidade de argumentação” (Cardoso de Oliveira, 1996; Oliveira, 2002; Souza Lima e Barroso-Hoffman, 2002). Suas pautas, a língua dominante, os tempos e modos de diálogo são definidos pelos agentes externos. As lideranças indígenas que alcançam alguma proeminência no espaço de argumentação atuam mais como mediadoras que como protagonistas, como Heloísa (Oliveira, 2002:116). Situações semelhantes ocorrem nas reuniões dos Conselhos Locais, formulado como um espaço para execução do controle social dos integrantes das coletividades indígenas sobre os serviços de saneamento prestados pela FUNASA.

Em fevereiro de 2004, época do surto de diarreia infantil, participei de uma reunião do Conselho Local de Saúde de Água Boa, organizada pelo Pólo- Base, cujo objetivo era discutir as análises hidroquímicas realizadas na localidade, a dificuldade de instalação dos poços artesianos, a suspeita de contaminação da água e a epidemia de diarreia. Como conhecia as aldeias e suas lideranças em Água Boa, acompanhei o pessoal da FUNASA em busca das crianças acometidas. Passamos em quase todas as aldeias de Água Boa e, na maioria, a resposta ao convite da reunião do Conselho Local era negativa. Apresentavam as seguintes justificativas: eles não foram avisados com antecedência desta reunião pelos representantes da FUNASA e não acreditavam mais neste tipo de reunião. (Las Casas, 2004:23)

Naquela ocasião, distintos líderes Maxakali explicitaram sua descrença em reuniões e criticaram a morosidade na prestação dos serviços por parte da FUNASA. Em relação à

também acirrou as disputas em Água Boa em torno da divisão das cabeças de gado entre os grupos de família.

instalação dos poços artesianos⁷⁶, por exemplo, o processo iniciou em 1999 – quando caixas d’água e canos foram depositados em frente aos postos da FUNAI na terra indígena – e somente após a epidemia de diarreia infantil em 2004 foi providenciada sua instalação em Água Boa e Pradinho. Esta morosidade provocou uma forte descrença e revolta dos indígenas em relação aos servidores e serviços oferecidos pelo Estado e entidades do terceiro setor. Geralmente os grupos Maxakali manifestam sua incompreensão e insatisfação em relação às políticas indigenistas com práticas que se assemelham às estratégias tradicionais de luta por seus interesses, com confrontos e pilhagens. Líderes do Pradinho, por exemplo, ameaçaram quebrar ou vender todo o encanamento que havia sido colocado na localidade se o serviço de saneamento e abastecimento de água não funcionasse imediatamente.

Soma-se a esta conjuntura de dificuldades de interlocução entre os sujeitos sociais, a ausência de um processo de capacitação continuada, tanto para os funcionários indígenas quanto para os técnicos não-indígenas a serviço da FUNASA. Os Agentes Indígenas de Saneamento (AIS), por exemplo, não receberam treinamento para o entendimento da lógica e das práticas de atuação próprias à medicina ocidental.

Alguns cursos pontuais sobre temas específicos foram realizados, como o de parteiras (em 2005), para o qual foram enviadas vinte e duas mulheres Maxakali (onze do Pradinho e onze da Água Boa), que receberam e trocaram informações e técnicas com mulheres de outras etnias e com uma equipe médica treinada no parto humanizado. Os resultados foram percebidos no interior das redes de sociabilidade dos grupos Maxakali e geraram um envolvimento e protagonismo maior das mulheres que participaram desta formação em seus grupos de aliança. Apesar do sucesso deste curso pontual, notado pelos(as) técnicos(as) do Pólo, não há um investimento consistente e continuado na capacitação orientada pelos papéis de gênero próprios aos cuidados nesta etnia.

2.2.7 Perfil de saúde e doença Maxakali

A população Maxakali apresenta um perfil de morbi-mortalidade com altas taxas de mortalidade⁷⁷, especialmente a derivada dos altos índices de desnutrição, do consumo

⁷⁶ Além da demora em relação aos serviços de adução de água subterrânea, foram construídos módulos sanitários (pequenos banheiros) nas aldeias Maxakali, que, na época, não possuíam água para seu funcionamento e provocaram alguns conflitos internos e inter-societários.

⁷⁷ Anexo 5.

freqüente de bebidas com alto teor alcoólico, brigas e assassinatos em conflitos internos e nos contatos com a sociedade envolvente (Las Casas, 2004; Las Casas & Pena, 2004).

De acordo com Alba Figueroa, antropóloga que desenvolveu estudo para a FUNASA sobre a situação da saúde Maxakali em 2002, as taxas de mortalidade infantil dessa etnia:

Os registros consultados permitem informar que houve, no ano 2000, um total de 9 óbitos em menores de um ano, sobre 32 nascidos vivos, o que equivale a uma taxa de mortalidade de 281,25 mortes por 1.000 nascidos vivos. ... No ano de 2001 os registros assinalam um total de 6 óbitos em menores de um ano, sobre 40 nascidos vivos, o que equivale a uma taxa de mortalidade de 150 por 1.000 nascidos vivos. (Figueroa, 2002: 4-5)

Segundo Zancheta (2005), no censo do IBGE de 2000 as taxas de mortalidade infantil entre indígenas são muito elevadas se comparadas à taxa de mortalidade infantil geral do Brasil, que em 2000 era de 30 por mil habitantes. Neste mesmo ano esta taxa era de 51,4 por mil habitantes, na população indígena. Apesar da ausência “de informações relativas aos mais básicos indicadores sócio-demográficos, como taxa de mortalidade infantil, esperança de vida ao nascer ou principais causas de morbidade e mortalidade para os povos indígenas situados no Brasil” (Coimbra Jr & Santos, 2000: 129), ao comparar o índice de mortalidade infantil do Censo do IBGE de 2000 com o apurado entre os Maxakali em 2002 (Figueroa, 2002), é possível constatar que este último encontra-se muito acima da média.

Segundo a responsável pelo cadastramento dos serviços médicos e dos dados de morbi-mortalidade no SIASI, as doenças que mais acometem os maxakali são “as diarreias, as doenças respiratórias (IVAS), as escabioses, as cefaléias e outras advindas do consumo de bebidas alcoólicas (incluindo as fraturas e demais conseqüências de agressões ocorridas em ocasiões de embriaguez)”. No que se refere às diarreias, Nair declarou (em outubro de 2006):

Ela só mata quando a criança está muito desnutrida. Tem menino que tem diarreia crônica. Vai muito da falta de cuidados da mãe. Uma diarreia com quadro infeccioso pode levar a uma septicemia (infecção generalizada). Por isso os casos de diarreia aqui são complicados: porquê

os meninos bebem água do rio, ou bebem água direto da torneira, do balde, ou copo sujo.

Este diálogo se deu após meu adoecimento após uma semana na terra indígena. A experiência de adoecer trouxe elementos para o diálogo que não haviam sido explicitados claramente. Outros funcionários desta equipe de saúde, além de Nair, afirmaram que a “falta de higiene” é a maior causa das diarreias e de outras doenças que acometem as crianças Maxakali. Após meu adoecimento alguns informantes da equipe de saúde afirmaram que o problema não se referia apenas à poluição da água, pois atualmente eles recebem água tratada e continuam com alta incidência de diarreia infantil. Assim, a forma de manusear a água é que passou a ser a causa daquela epidemia nos discursos destas pessoas. Apesar de diversos filtros terem sido distribuídos, entre outras campanhas educativas, os grupos indígenas usam os filtros como reservatórios de água (sem a vela) e os hábitos de higienização dos utensílios de cozinha são diferentes. Nair considerou que eu adoeci por ter consumido água e alimentos da mesma forma que as pessoas Maxakali o fazem.

A epidemia de diarreia de 2004 provocou ações emergenciais da FUNASA, como a instalação de poços artesianos e de caixas d’água nas aldeias de Água Boa e Pradinho. Afinal, à ocasião, a água poluída foi considerada o fator desencadeante da epidemia. Atualmente, dois anos após a instalação das caixas d’água, módulos sanitários e torneiras nas aldeias, o manuseio da água retirada dos lençóis subterrâneos passa a ser encarado como fator etiológico do alto índice de diarreias nesta população indígena, pela equipe de saúde. Nair afirmou que os casos de diarreia entre os Maxakali complicam-se pelo uso de baldes sujos: “falar que eles tomam água limpa é mentira. Não é só ensinar e não adianta distribuir filtros, eles não lavam. Já falamos e distribuimos um bocado de filtros e eles continuam utilizando-os como reservatórios de água em casa”.

3 O ADOECER

A crença [na bruxaria] está em pé de igualdade com a teoria conspiratória da história, com a crença nos efeitos funestos da fluorização da água potável ou no valor terapêutico da psicanálise – isto é, com qualquer crença que possa acrescentar-se de forma inverificável. O problema, portanto, torna-se uma questão de racionalidade. (Douglas, *apud* Evans-Pritchard, 2005:22-3)

3.1 Considerações

Antes de abordar a situação social específica que constitui o objeto desta pesquisa – a epidemia de diarreia – faz-se necessário contemplar o modo como o tema do adoecimento e o enfrentamento desta situação são compreendidos, quando uma ou mais pessoas Maxakali são acometidos por alguma perturbação. Em qualquer grupo, seja qual for sua referência sócio-cultural, inicia-se um processo de busca de compreensão da natureza da perturbação e de sua causalidade, o que demanda trocas de comunicação entre os sujeitos. A forma de entendimento sobre o episódio será construída a partir do enunciado em torno das sensações corporais e do contexto.

De modo mais geral, a pertença a uma cultura fornece ao indivíduo os limites dentro dos quais operam-se essas interpretações relativas aos fenômenos corporais e, em particular, à doença e seus sintomas (Adam & Herzlich, 2001:70).

A busca pelas causas da perturbação é inerente ao processo de enfrentamento do adoecimento. De acordo com Boltanski (1979), a transformação do próprio sintoma já é um ato de interpretação, de decifração, dependente de um aprendizado cultural, intimamente articulado ao sistema de crenças e valores no qual a pessoa está imersa.

Ao analisar a bruxaria praticada pela população Azande (África Central), Evans-Pritchard (2005) infere que o pensamento azande reconhece as relações entre causalidade

mística e natural, e a pluralidade das mesmas. Assim, diante de um adoecimento ou de um infortúnio, a causa socialmente relevante é definida de acordo com a situação social enfrentada. Entre os Azande a bruxaria é utilizada como explicação de eventos específicos e relaciona-se aos poderes misteriosos do homem – e não dos seres espirituais. Assim, os esquemas de pensamento azande consideram a feitiçaria como capaz de congregar os acontecimentos que atingiram a vida dos sujeitos, e envolvem relações de poder e conflito.

A crença zande na bruxaria não contradiz absolutamente o conhecimento empírico de causa e efeito. O mundo dos sentidos é tão real para eles como para nós. Não nos devemos deixar enganar por seu modo de exprimir a causalidade e imaginar que, por dizerem que um homem foi morto por bruxaria, negligenciem inteiramente as causas secundárias que, em nosso modo de ver, são as razões reais daquela morte. O que eles estão fazendo aqui é abreviando a cadeia de eventos e selecionando a causa socialmente relevante numa situação particular, deixando o restante de lado. ... A crença na morte por causas naturais e a crença na morte por bruxaria não são mutuamente exclusivas. Pelo contrário, elas se suplementam, cada uma justificando o que a outra não explica. Além disso, a morte não é somente um fato natural – é também um fato social. ... A atribuição do infortúnio à bruxaria não exclui o que nós chamamos de “causas reais”, mas superpõe-se a estas, dando aos eventos sociais o valor moral que lhes é próprio. (Evans-Pritchard, 2005:55)

Além dos adoecimentos mais frequentes de pessoas Maxakali (“causalidade natural”) – como diarréias corriqueiras, dores de cabeça, pneumonias, gripes, entre outros – é possível destacar outros tipos de perturbação nos quais a causalidade é eminentemente mística, referindo-se ao desequilíbrio das relações entre os grupos Maxakali e os *Yāmiyxop* [seres espirituais], ou à feitiçaria.

3.1.1 O que é estar com “saúde”

Cada grupo social constrói seus padrões de normatividade, suas concepções de saúde e doença e estabelecem valores ideais para um corpo saudável. Assim, tais conceitos variam de uma coletividade para outra. Canguilhem (1978) propõe que a normatividade,

inerente a todo grupo social, seja compreendida como um modo de apreender e de organizar a vida. A experiência do adoecer, portanto, só pode ser analisada a partir de um determinado contexto sócio-cultural.

Achamos, assim como Leriche, que *a saúde é a vida no silêncio dos órgãos*; que, por conseguinte, o normal biológico só é revelado por infrações à norma, e que não há consciência concreta ou científica da vida a não ser pela doença. ... Quando Ey declara: 'O normal não é uma média correlativa a um conceito social, não é uma julgamento de realidade, é um julgamento de valor, é uma noção-limite que define o máximo de capacidade psíquica de um ser. Não há limite superior da normalidade' [84,93], basta, na nossa opinião, substituir psíquico por físico para obter uma definição bastante correta deste conceito de normal que a fisiologia e a medicina das doenças orgânicas utilizam todo dia sem se preocupar suficientemente em indicar seu sentido com maior precisão. (Canguilhem, 1978:90-91)

É a doença que explicita a saúde e não o contrário. O autor ressalta que a medicina ocidental é uma ciência que possui a pretensão de objetividade científica, mas estrutura-se, de fato, em julgamentos de valor relacionados às normas fisiológicas de certas funções orgânicas. A vida é dinâmica e não passível de objetivações, de modo que viver requer uma "capacidade discriminatória em relação ao meio" (Canguilhem, 1978:98). Como a vida é polaridade dinâmica, cada pessoa reage ao seu meio de forma a manter os estados e corporeidades condizentes às suas normas de saúde. Portanto, a concepção de saúde varia em função de características relacionais, contextuais, situacionais e normativas da vida de um determinado grupo. Em concordância com Canguilhem (1978: 113), "não existe fato que seja normal ou patológico em si". Conclui-se, portanto, que é extremamente relevante levar em consideração as diferenças culturais e normativas em relação à vida no atendimento à saúde, pois, como afirma o mesmo autor (Canguilhem, 1978:106), "diversidade não é doença". Coletividades distintas possuem normas diferentes das erigidas pela medicina e fisiologia ocidental.

A perturbação deve ser analisada em relação aos sistemas classificatórios definidos culturalmente como normais. Cada cultura produz uma imagem de doença cujo perfil é delineado pelo conjunto de normas aceitas ou recusadas. A rejeição pode ocorrer de forma

parcial, pois as doenças retornam ao sistema cultural com uma função significativa: “a de, embora a contragosto, expressar, por meio daquilo que ela não quer ser, aquilo que a sociedade é”. (Rodrigues, 1975:37-8)

Quando questionados sobre a saúde da população Maxakali, todos os membros da equipe de saúde da FUNASA e do hospital de Machacalis entrevistados afirmaram que eles “não estão saudáveis”. Os indicadores de controle do atendimento médico sistematizados pelo SIASI (FUNASA, 2004a e 2004b), com efeito, explicitam um quadro não condizente com as normas de saúde construídas pela medicina contemporânea (Anexo 5).

Já as pessoas Maxakali orientam suas considerações sobre a saúde⁷⁸ a partir de outros referenciais: sentimentos, fome e qualidade do sangue. Segundo depoimentos, “uma pessoa com boa saúde é alegre, sorridente, falante e tem fome: têm muitos índios que ficam alegres, se fica triste assim, não ri, não fala nada, aí você conhece que ele tá doente. Quando tá *max* [bom], fica com fome” (Daniela Maxakali). Na concepção de saúde Maxakali a “qualidade do sangue” é um dos fatores relevantes, além da alegria e da fome. O sangue é classificado como “limpo” ou “sujo”, sendo o “sangue sujo” um dos produtores de perturbações, como descrito por Márcia:

Quando tá com saúde ruim, eles tratam. E quando já não tem doença por dentro, fica alegre, fica com sangue limpo, coração limpo, às vezes não tá sentindo nada. Aí eles falam que tá bom, que tá forte, dá pra trabalhar, dá pra caçar, dá pra fazer os artesanatos, caçar imbaúba, fazer *tuhut* [rede de pescar]. É que a gente tem o sangue forte. O sangue fica forte. Quando o sangue tá sujo adoce, porque seu sangue tá ruim. Sua cabeça tá doendo, tá batendo e batendo e batendo. Aí se aquele sangue ruim desce, sua cabeça melhora. Sai aquele sangue ruim e aí sara. Quando dá um sol quente, a gente anda pelo sol quente, daí o sangue esquenta. O sangue esquenta e dói a cabeça da gente, dói o corpo da gente, dá uma dor de barriga. Quando a gente vê aquela pessoa que tá ali triste, não tá alegre, daí a gente fala que aquela pessoa tá doente.

⁷⁸ Foram realizadas perguntas como: como você sabe que alguém ficou doente? O que mostra que alguém está se sentindo bem (ou mal)? Como saber que seus filhos estão com a saúde *max* [boa]? O que é estar *max*?

Como afirma Mary Douglas (1976:50), “onde há sujeira há sistema. Sujeira é o subproduto de uma ordenação e classificação sistemática das coisas, na medida em que a nossa ordem implique rejeitar elementos inapropriados. ... É uma idéia relativa.” Frente à poluição reage-se condenando qualquer objeto ou idéia que possa confundir ou contradizer classificações ideais. Márcia interpreta que quando o sangue está limpo, o coração fica limpo e, assim, alegre. Todas as atividades cotidianas são realizadas com facilidade quando o sangue e o coração estão limpos. O ideal de limpeza, neste caso, relaciona-se ao sentimento de alegria, o sentimento que move as relações entre os grupos de *yāmiy* [seres espirituais] e os *tikmã'ān* [seres humanos Maxakali]. Reuniões entre estes grupos, em geral, objetivam instaurar a alegria nas aldeias. De acordo com as “correntes de tradições culturais” (Barth, 2000) Maxakali, quando todos estão alegres e praticando normalmente suas atividades rotineiras, a vida está em equilíbrio.

Tristeza e estagnação são indícios de perturbação: quando a pessoa está triste e/ou seu sangue sujo, todo o corpo pode padecer. A vida perde seu ritmo habitual. Nesta situação é preciso tirar o sangue ruim do corpo e reinstaurar a alegria habitual do viver, por meio de certas técnicas. A ausência de “boa saúde”, portanto, é percebida quando a pessoa fica triste, parada, sem andar, nem conversar, sem sorrir e sentir fome. Quando alguém apresenta estes sinais busca-se interpretar as causas da perturbação. São muitas as possibilidades de compreensão da tristeza e poluição do sangue, tanto místicas quanto naturais (Evans-Pritchard, 2005:55), como o sol quente mencionado por Márcia. Uma das primeiras perguntas a ser respondida aos familiares neste processo de busca de causalidades da perturbação refere-se ao sonho com algum parente já falecido ou com algum *Yāmiy*. Se isto tiver ocorrido, serão realizados *yāmiyxop* e outras práticas místicas de cura. De acordo com Roberto Maxakali,

Quando a gente tá bom mesmo, a gente tá com o corpo leve, o coração alegre, tudo que você pensa tá bom. Se eu tô querendo ir lá, mas tô assim triste, minha cabeça tá pesada, aí não tá bom. Tô querendo ir lá na cidade comprar um quilo de café, mas meu corpo tá ruim. Às vezes toma kaxmuk [cachaça], aí o corpo piora mais. Aí tá cozinhando ali, minha filha tá cozinhando peixe, aí eu não quero, aí não tá bom. Mas quando eu tô bom, eu vou lá na festa, e minha filha oferece peixe, aí eu quero, aí tá bom. ... Se eu não tô doendo, mas tô com o corpo ruim e pesado, sem vontade de comer, aí é alguma coisa ruim que tá comigo. Aí vou no médico que faz

perguntas, ... aí doutor vai me dar remédio e vai desmanchar aquilo ali [se foi feijoadada que comi], mas e se eu não comi feijoadada, nem comida pesada, porque tô assim? ... Igual eu fiquei com corpo ruim mesmo e já sonhei várias vezes, Damião já sonhei, meu pai já sonhei, e levantei com o corpo ruim mesmo, mas eu não tava doente. Eu sonhei com aquela pessoa, se eu tivesse doente, eu ficava era mal mesmo. Mas só que eu não tava doente, aí eu levantei com corpo ruim. Mas aí tem outro jeito: cê vai xingar ele, vai mandar ele sair da sua cabeça, do seu corpo. Aí faz assim [ele ficou de pé e mostrou com o corpo como usar um pedaço de capim no nariz para mandar a pessoa com quem sonhou embora], aí faz e espirra. ... Aí cê não adoeceu, mas cê sonhou ruim, então naquele momento, você mandou ele sair, cê fala pra ele que aquele sonho é pura mentira, que é pra ele sair e ir pro mato virar caça. Dali em diante, cê pode ir no rio tomar banho e aí fica *max* [bom]. Porque eu não tô doente, mas ele tá fazendo doença pra mim. Então, quando a gente tá bom, a gente levanta cedo, não costuma dormir até oito horas. Levanta cedo mesmo. E à noite criança dorme cedo, agora, a gente conversa, conta história, fala das coisas que era antigamente e que é hoje.

O relato de Roberto explicita uma distinção entre perturbações casuais e “doença”: “eu sonhei com aquela pessoa, se eu tivesse doente, eu ficava era mal mesmo, mas só que eu não tava doente, aí eu levantei com corpo ruim”. Estar com o “corpo ruim” evidencia que algo está fora da ordem normal, o que não significa necessariamente tratar-se de uma “doença”, mas de um distúrbio corporal passível de controle. No entanto, caso trate-se de uma interferência de um parente morto, *yāmiy*, ou feiticeiro – “alguma coisa ruim que tá comigo”, a causa estaria relacionada à cosmologia Maxakali, com o limiar entre a vida e a morte se atenuando e possibilitando a instauração do perigo.

As pessoas Maxakali convivem há muito tempo com o aparato técnico e com os profissionais da medicina ocidental contemporânea e, a partir deste contato, articulam e manipulam seus próprios conceitos com os provenientes de outra concepção. Eles possuem conhecimento sobre as causas e efeitos das perturbações que enfrentam cotidianamente. As lideranças, homens e mulheres, dialogam sobre estes eventos. Entretanto, da mesma forma como ocorre entre os Azande (Evans-Pritchard, 2005), condições peculiares exigem explicações específicas. O que está em jogo quando a

causalidade socialmente relevante é mística, concerne às condições nas quais o indivíduo sofreu danos. De acordo com o esquema de pensamento Maxakali, situações que envolvem relações políticas e xamânicas inadequadas demandam cuidados especiais para o restabelecimento da ordem ideal da vida.

Caso trate-se de outra situação, serão necessárias outras práticas de cura, segundo a interpretação do dano. Portanto, no processo de investigação sobre as causas da perturbação, as pessoas Maxakali classificam os elementos inadequados a partir dos nexos entre suas tradições e os conhecimentos adquiridos no contato, distinguindo e reconhecendo a pluralidade de causas passíveis de afetar o equilíbrio de seus corpos. Uma dor de cabeça, dor de barriga, ou qualquer outro incômodo, poderá receber cuidados distintos, de acordo com a interpretação.

3.1.2 *Práticas de enfrentamento às perturbações corriqueiras*

Quando uma pessoa Maxakali apresenta sinais de perturbação e seus parentes e aliados presumem que o mal-estar não se deve à saudade dos *yãmiyxop* ou dos parentes mortos (manifestada em sonhos), ou à feitiçaria inimiga, diversas práticas podem ser utilizadas em articulação, tanto provenientes da medicina contemporânea quanto das tradições de conhecimentos Maxakali. Por exemplo, no caso de uma dor de cabeça, quando entendida como decorrente de uma caminhada sob o sol quente, é preciso “tirar o sangue sujo” da cabeça. Os informantes citaram uma prática tradicional de cura para esta dor: furar a testa com um pequeno caco de vidro ou passar um capim que causa inchação (chamado por eles de “cansansãosinho”), para retirar esse “sangue ruim” que provoca o latejar da cabeça. No caso do caco de vidro⁷⁹, segundo Márcia, “a gente quebra a garrafa e o caquinho fica que nem uma agulha. Aí a gente fura a testa e tira o sangue ruim e no lugar passa pólvora de espingarda, ou sal. Aí melhora a cabeça”. O capim é esfregado na região dolorida e a reação provocada pela planta alivia a dor:

É o cansansãosinho pequeno, aí passa na cabeça e ele empola, mas a gente tá com tanta dor de cabeça que nem sente passar. E aquela dor que cansansãosinho tá criando acaba rápido e sara. É mesmo pra tirar a dor, se

⁷⁹ O caco de vidro substituiu um espinho utilizado pelos “antepassados” com a mesma intenção.

você tá com dor no corpo assim e passa, aí sara. Meu pai usava muito isso aí. (Roberto Maxakali, outubro de 2006)

Se a dor de cabeça ocorrer após a ingestão de bebidas com alto teor alcoólico, provavelmente a pessoa ou seu parente irá buscar um analgésico nos postos de saúde da FUNASA ou em farmácias da região. Diversos membros da equipe de saúde do Pólo Base afirmaram que os Maxakali usam excessivamente medicamentos alopáticos, em especial a “dipirona”. O tema do abuso na utilização de medicamentos alopáticos foi abordado em várias reuniões do Conselho Local de Saúde de ambas as localidades, por membros do Pólo-Base, preocupados com a “automedicação”. Nair, enfermeira do Pólo, declarou, em entrevista em outubro/06:

Hoje em dia, tudo eles querem remédio. Eles estão tão acostumados a usar medicamentos que tem hora que você vai dar determinado medicamento e eles falam assim: ‘não esse aí não pode mais pra mim!’ Gustavo, por exemplo, Gustavo não aceita tomar genérico. Ele não aceita! Ele só quer amoxicilina. Pra qualquer coisa que ele tenha, ele acha que é a amoxicilina! Outra coisa é o cataflan: cataflan e diclofenaco são a mesma coisa. É antiinflamatório e pra dor. Então, ele fala assim: ‘eu não quero cataflan, eu quero diclofenaco’. Só que é a mesma coisa. Entendeu? Ele fala assim: ‘eu quero cimetropina’ e por aí vai. Outra coisa: eles não querem paracetamol, eles só querem se for dipirona. A questão é que para mulher grávida, por exemplo, a dipirona não é tão boa, é melhor o paracetamol. E tem coisas que cê morre de falar que é melhor o paracetamol. E o paracetamol é mais fraco que a dipirona, a fórmula da dipirona é mais concentrada e o paracetamol é mais diluído, entendeu? Mas eles não querem o paracetamol!

De acordo com a enfermeira chefe da equipe da FUNASA, em fevereiro de 2004: “eles gostam é de tomar injeção porque funciona rápido, comprimidos e soluções eles dizem que não presta”, afirmação que explicita a demanda Maxakali por medicamentos com efeito rápido. Somente os tratamentos alopáticos com funcionamento aprovado são procurados. Caso a dor não cesse logo após a ingestão de medicamentos, novas interpretações são construídas, demandando outros tipos de tratamento.

Assim como a dor de cabeça pode ser associada a diferentes causas e receber tratamentos distintos, o mesmo se dá com outras perturbações. A diarreia, por exemplo, é considerada “normal” em situações que não envolvem fatores políticos e xamânicos:

Diarréia é normal que acontece, quando a mãe tá grávida e a criança mama aquele leite, aí cria a diarreia, mas é por causa do leite mesmo da mãe. A gente que entende mais fala pra não dar mamá pra ele não, se a criança tiver comendo, aí dá comida ou alguma coisa. ... Nessa diarreia a criança não fica ruim, só tem diarreia, mas não era doença não, ficava baqueadasinha ali, magrosinho, mas não era doença, era ali, depois já começava equilibrar e andava, não morria. ... Tem aquela diarreia, mas aquela diarreia não é doença porque não derruba ele não. Dá diarreia, caga água e tudo, mas não cai, fica balançando as asinhas dele ali, mas não cai não. Aí o pai ou o avô tem batata, aí cozinha batata, faz a água de batata, que é a nossa comida tradicional, aí ele fica forte, que aquele água de batata, quando o branco fala que comida perde no outro dia fica aquele cheiro, mas a água de batata que nós faz é meio azedinho, então aí cozinha batata e come, o adulto, é pra nós, mas dá pras crianças também, aí aquilo ali fortalece o intestino da criança. Aí come a água de batata e aquele azedinho vai equilibrando, né. E tem a banana também, assa a banana madura, esfria e dá pra criança comer. (Roberto Maxakali)

O “estado” das crianças é o que diferencia uma perturbação casual de uma “doença” e, conseqüentemente, seus tratamentos. Quando a “criança fica ruim” e a “doença derruba” outras práticas devem ser utilizadas para enfrentar a perturbação. Se elas conseguem “se equilibrar e andar”, significa que não se trata de uma “doença”, assim, a medicina ocidental e os tratamentos de cura tradicionais para doenças corriqueiras são utilizados, na maioria das vezes com sucesso.

Há diversos tratamentos baseados no uso de plantas medicinais. Quando as crianças enfraquecem por algum distúrbio considerado “normal”, geralmente suas mães recorrem às plantas medicinais e à alimentação tradicional⁸⁰. Márcia Maxakali salientou que a

⁸⁰ Em 2004 Damião Maxakali discorreu sobre o uso de alimentação tradicional para a cura: certa vez ele acordou à noite com falta de ar, ressaltando que não tinha pressão alta, e pediu à sua esposa que fizesse um “remédio do mato”. Como ele não melhorou, precisou ser internado no hospital e não apresentou melhoras. Solicitou então que trouxessem banana maçã para comer, e assim sentiu-se melhor. A banana é um dos principais componentes da alimentação tradicional maxakali e é registrada em seus mitos e rituais xamânicos

devastação de sua terra dificultou a utilização das “plantas do mato”, e citou vários tratamentos a partir deste conhecimento:

Ficou difícil pra gente usar planta do mato. Acabou tudo. Tinha remédio pra febre, a gente ainda procura. Tem, mas é no mato e tá sumindo o mato tudo. Tinha remédio pra febre, pra diarréia com sangue tem ainda até hoje. Remédio pra tirar catarro que fica por dentro das crianças, ainda tem também lá. É pouquinho remédio. Tem um que é pra dor de dente que é bom. O homem vai lá e cata. Traz e dá pra mulher e a mulher pega, rapa e põe no buraquinho do dente. Daí o dente vai quebrando, até que acaba, não dói mais, quebra.

Os cuidados com as crianças envolvem diferentes atribuições dos pais e mães⁸¹. A divisão sexual das tarefas estende-se desde atividades, como a citada por Márcia, quando o pai busca a planta no mato e a mãe a administra no universo doméstico, às relações intersocietárias⁸² e suas formas de relações político-xamânicas. Roberto afirmou que “Criança pode ver *Topa* [Deus] e eles seguram a gente”. O status diferenciado das crianças, decorrente desta relação com *Topá* e com os seres espirituais, requer uma maior atenção dos familiares com sua integridade física e espiritual. De acordo com Daniela Maxakali:

Têm muitas crianças que ficam doentes só de pneumonia e tossindo. As crianças adoecem mais só de tosse e de gripe. *Os pit [homens] não faz tratar dos meninos não. Só as mulheres que trata dos meninos, mais de que o homem.* Porque eles andam a trabalhar assim longe e eles não cuidam dos meninos. E só as mulheres que ficam ali dentro de casa, faz artesanato, faz comida, lava roupa e cuida das crianças também. Aí os *pit* caçam e vai no mato, daí trabalha longe. ... Tem vez que os homens caçam, aí pegam remédio, tem de dor de dente, tem de bronquite, aí rapa e dá um pouquinho assim pros meninos, aí diminui a tosse e melhora. Usa cedo, meio dia e à noite. Pra dor de cabeça a gente pega um caco de vidro, aí tira sangue que fica ruim na cabeça, depois esquentam água morna, aí lava, depois passa um pouquinho de sal pra sair a dor de dentro

(Las Casas, 2004:5).

⁸¹ Como já explicitado no capítulo dois.

⁸² Por exemplo, são os pais que cobram dos funcionários da FUNASA os cuidados médicos que consideram necessários a seus familiares.

da cabeça, é o sangue, tira o sangue preto, aí melhora. *Nós não faz na vista dos médicos não.* Se inflamar as carnes, tem uma folha que bate assim. Se fica doendo por dentro, aí bate e sai a dor. *Tem muito mato assim. Todo mundo sabe, homem e mulher.*

Daniela ressaltou a prevalência feminina nos cuidados domésticos com as crianças. Os conhecimentos sobre as plantas medicinais e acerca da alimentação tradicional são compartilhados por homens e mulheres. No entanto, geralmente sua administração cabe às mulheres. Já as práticas de cura xamânica pertencem ao domínio masculino. As práticas de cura não são realizadas “na vista dos médicos”, são executadas normalmente nas aldeias – casas domésticas e/ou “casa de religião”. Assim, em geral, a equipe sanitária da FUNASA não tem acesso a estas práticas. Portanto, suas práticas de cura não são executadas com a presença de técnicos da FUNASA, a não ser em situações específicas, como por ocasião da epidemia de diarreia infantil de 2004.

Os homens Maxakali possuem o hábito de ir ao Pólo-Base para solicitar serviços médicos que considerem apropriados para suas famílias ou reclamar, quando avaliam que algum membro de seu grupo não recebeu tratamento apropriado. As reivindicações, em geral são realizadas por homens aos membros da mais alta hierarquia a que podem aceder nas instituições, no caso da FUNASA, Marilda, coordenadora do Pólo, ou Bruno, chefe do DSEI-MG/ES, geralmente, por telefone.

Em outubro de 2006 encontrei o grupo familiar de Haniel, cuja esposa, Arminda, afirmou sentir uma forte dor na barriga e nos rins desde o início da semana. Haniel deixou-a no hospital de Machacalis e foi ao Pólo-Base para reclamar com Marilda que desde segunda-feira sua esposa estava com febre, não comia e a equipe que trabalha no posto de saúde na terra indígena não havia feito nada para ajudá-la⁸³. Marilda explicou então a necessidade de diagnóstico médico para um tratamento correto da doença. Após ser examinada pelo médico do hospital, Arminda recebeu medicamentos para inflamação nos rins. Na semana seguinte já estava melhor. Marilda reconhece a atribuição própria ao domínio masculino relativa às cobranças e reclamações às instituições não-indígenas: “geralmente os homens que cuidam das negociações com os agentes externos, benzedores

⁸³ Soube depois que Arminda havia sido consultada nesta semana no posto de saúde e tinha recebido um medicamento anti-inflamatório. No entanto, como não apresentou melhoras, seu esposo foi ao Pólo manifestar sua insatisfação.

e medicina nossa, mas as mulheres quando decidem que têm que fazer religião, tá decidido”.

Quando da internação de algum membro de uma família Maxakali, os homens acompanham. Caso trate-se de uma criança, tanto a mãe quanto o pai consideram necessário acompanhá-la. Os homens alegam a necessidade de acompanhar suas mulheres para intermediar o diálogo ou a negociação com médicos e enfermeiras, pois elas não entendem bem – ou nada – o português, e também para proteger sua criança e esposa de qualquer processo de feitiçaria que eventualmente possa afligi-los. No entanto, os hospitais não possuem infra-estrutura para acompanhantes⁸⁴. Marilda declarou ter negociado esses deslocamentos para internação em uma reunião do Conselho Local:

Se for ao médico, o pai acompanha. Eles gostam principalmente porque eles falam que inréi [mulher] não entende direito, inréi não fala português. Hoje já tá mais fácil, eles aceitam trazer só a mulher, mas no geral, eles gostam de estar com as mulheres, principalmente se for à Valadares. Eles tão aceitando porque foi uma negociação que nós fizemos, porque a mulher quando vai levar os filhos, ela fica presa na CASAI, então ela não vai sair. Aí a gente disse pra eles o seguinte: ‘vai o marido, o marido não tem que cuidar, quem cuida mais é a mãe. O hospital aceita é a mãe. Então a mãe não vai ter tempo de sair para beber’. E aí eu expliquei o seguinte: ‘no que bebe, instala a briga, a confusão’. Então isso foi decidido em reunião do Conselho agora, mas antes ninguém saía sozinho, era muito comum saía, às vezes, até a família inteira. Hoje o carro não sai assim mais. Depois que eu vim pra cá eu procurei diminuir a quantidade de pessoas. Então se a mãe vai levar um bebezinho, se tiver muito grave, dependendo vai o pai e a mãe, mas se não é uma situação muito grave, vai só a mãe. Já houve casos da criança ir só em função da consulta. (...) Em novembro ... nós tivemos três óbitos em função do medo do conflito [os Maxakali que ficaram em Água Boa se recusaram ao deslocamento para tratamento em Governador Valadares para evitar encontros com o grupo que foi deslocado para Campanário]: foi Isnar, Dulcinéia e Inês. ... Eles falam que foi um feitiço. ... Santista alega que a mulher dele morreu foi de feitiço. Ele tava lá em Valadares, saiu daqui e disse: Marilda, se inréi morrer eu vai matar o feiticeiro.

⁸⁴ Os hospitais não possuem infra-estrutura para acompanhantes em geral, não apenas para os indígenas.

Os membros do Pólo reconhecem as interpretações das pessoas Maxakali sobre mortes ou adoecimentos provocados por feitiços, mas não acreditam em feitiçaria. Um dos desdobramentos desta divergência de pontos de vista são as fugas dos hospitais, quando grupos Maxakali ignoram as ordens médicas e retornam às aldeias, onde realizam rituais de cura (*Yāmiyxop*) e outras práticas de cuidado com a pessoa enferma.

Acompanhei um caso de uma mãe que levou seu filho para ser tratado no Hospital de Águas Formosas (ele estava com diarreia, que também acometeu outras crianças em Água Boa), em fevereiro de 2004. Passados alguns dias, o pai dessa mulher relatou que sua filha fugira do hospital com seu neto. Fui à aldeia dessa família conversar e a avó da criança declarou que sua filha saiu do hospital porque a enfermeira tinha dado muito remédio para o menino, que ficou com a barriga inchada e passou mal. A mãe do menino não gostou da forma como a enfermeira administrou o remédio e considerou que o tratamento produzia mais sofrimento.

A desconfiança nas práticas médicas ocidentais e em seus possíveis efeitos colaterais fortalece a importância de acompanhamento de parentes dos Maxakali deslocados para hospitais ou para outros centros de atendimento à saúde, tema colocado em discussão por um importante líder Maxakali na reunião do Conselho Local de Saúde, em fevereiro de 2004: “Nessa diarreia o pessoal ficou desconfiado, precisa ir mais de um acompanhante pra tomar conta, que pessoal tá desconfiado”. Os parentes que acompanham os doentes nos hospitais fiscalizam as ações dos profissionais de saúde sobre seus parentes e também buscam protegê-los de feitiçaria.

Em janeiro de 2005, após reuniões nas quais algumas lideranças de Água Boa concordaram com a realização dessa pesquisa, passei a noite em uma aldeia na qual uma jovem mulher (Tereza) iniciou trabalho de parto de madrugada. Como Tereza tem pressão alta, concluímos (seu pai, mãe, cunhada e eu) que era melhor levá-la para o hospital. A mãe de Tereza pediu que eu a acompanhasse, pois ela devia retornar à aldeia para tomar conta de seu filho pequeno. Infelizmente, Tereza teve eclampsia e perdeu o bebê. Fui sua acompanhante desde a saída da aldeia, na internação no hospital de Machacalis, até a transferência e internação no hospital de Governador Valadares.

O acompanhamento de uma paciente Maxakali foi muito importante para perceber o ponto de vista dos funcionários, quando em contato com uma pessoa indígena. Como morei dois anos em Machacalis quando trabalhava como indigenista do CIMI, possuo

relações pessoais com alguns enfermeiros deste hospital. Percebi que eles trataram Tereza com mais cuidado por estar ali com ela. O fato de falar um pouco da língua Maxakali facilitou o diálogo em momentos de crise. Tereza não fala português e os enfermeiro(a)s e médicos não falam nem entendem Maxakali. Em diversos momentos, como na crise convulsiva, a intervenção com meu restrito vocabulário possibilitou uma tradução de seus incômodos e das prescrições indicadas por funcionários do hospital.

Após a pior crise da eclampsia, uma enfermeira do plantão noturno desabafou:

Nossa! É tão difícil atender os índios. Nós não entendemos nada. Deveria ter sempre alguém que entende a linguagem deles os acompanhando. Teve um dia que uma mulher precisou fazer uma cesariana e começou a pedir alguma coisa, nós não entendemos, ela desesperou e saiu andando e começou a subir e a descer a escada loucamente.

Em seguida ela foi medir a pressão de Tereza, que não permitiu ser tocada. Conversei com ela e pedi que deixasse a enfermeira fazer seu trabalho. Ela consentiu e a enfermeira completou: “Tá vendo a diferença!” Este comentário remete a uma questão que vai além do não entendimento lingüístico em maxakali e português. O lapso na comunicação refere-se à falta de conhecimento da cultura indígena. Situações de derramamento de sangue são muito delicadas na vida dos Maxakali e demandam determinadas prescrições comportamentais referentes à sua cosmologia, como a proibição de coçar o corpo com as mãos, sob pena de transformar-se em onça canibal e causar mazelas para toda comunidade. Só é permitido se coçar com um pedaço de madeira. Logo que Tereza saiu do centro cirúrgico onde foi realizada a cesariana, ela pediu um pedaço de pau para se coçar. Provavelmente a mulher Maxakali que a enfermeira referiu ter solicitado algo, precisava desse instrumento para se coçar e assim respeitar as normas xamânicas e comportamentais de sua cultura.

Assim, quando a perturbação é interpretada como decorrente de uma causalidade “normal”, geralmente os parentes recorrem ao atendimento médico da FUNASA. Seus conhecimentos tradicionais de cura também são utilizados conjuntamente com o tratamento médico : “Hoje em dia a gente procura primeiro o médico. Aí, se não sarar aquela pessoa, pode procurar outro jeito. Pode procurar o rezador, *hehmêy* [remédio]. Pode procurar fazer religião. Aí aquela pessoa sara” (Márcia Maxakali). Os “itinerários

terapêuticos” (Kleinman, 1973; Langdon, 1994, 1995, 1999; Buchillet, 1991a; Gallois, 1991; McCallum, 1998) trilhados por pessoas Maxakali frente a perturbações atribuídas a causalidades “normais”, portanto, envolvem o uso da medicina ocidental em articulação com as práticas de cura tradicionais desta etnia.

3.1.3 Práticas de enfrentamento às perturbações com causalidade mística

O processo de entendimento dos distúrbios considerados “normais” pode transformar-se, passando a ser interpretado como efeito de relações político-xamânicas inapropriadas. Situações nas quais a perturbação não cessa após o recurso às práticas médicas e demais conhecimentos tradicionais de cura, passam a ser atribuídas a fatores místicos, o que necessariamente implica utilização de distintas práticas de cura.

Situações que requeiram explicações específicas sobre os nexos entre a perturbação e a pessoa atingida (Evans-Pritchard, 2005:24) – quando ocorrem relações inadequadas entre vivos, mortos e *yãmiyxop* [seres espirituais], ou face à constatação de feitiçaria – demandam práticas de cura que envolvem técnicas sobrenaturais, como ciclos rituais, benzedores e contra-feitiçaria. Caso os parentes da pessoa enfraquecida concluam tratar-se de um parente morto, ou *yãmiy*, o causador da perturbação, serão realizados ciclos rituais [*yãmiyxop*]. Esta situação ocorre quando o ser espiritual – por saudade ou desejo de receber alimentos – invade o sonho da pessoa e a convida, com oferecimento de comidas e cantos, para o outro plano deste cosmos.

Ao apresentar os primeiros indícios de perturbação, seus parentes e aliados iniciam as investigações para o reconhecimento da condição de ruptura do movimento ideal da vida. O pajé do grupo em questão, ou seus parentes mais próximos, perguntam sobre os sonhos, o que pode ser ilustrado pelo relato de Tarcísio:

Doença pega uma pessoa então eu chega lá e posso perguntar: ‘cê tá mais melhor, ou cê tá doente? Onde cê tá doendo?’ ‘Tô doendo assim’. Então eu vou perguntar, aí ele vai contar pra mim. Depois pergunta assim: o que que você tá sonhando? Tá sonhando com aquele irmão que morreu? Cê tá sonhando? ‘Tô’. Como é que foi? ‘Ele pegou aqui e caiu em cima de mim, querendo me levar’. É assim. Todos têm espírito. Dentro do corpo, cê não vê o espírito. Tem o bom e tem o ruim. Se ele vai aqui pro meu corpo e depois faz doença, aí eu tô doente. O que era bom não faz. Os

espíritos tem o bom e tem o ruim. Então, eu tá sonhando com meu pai que morreu, aí eu dorme assim à noite, aí eu tá sonhando com meu pai, meu pai chega aqui e fala assim: 'oh eu vou levar você'. Aí eu vou sonhar com ele. Quando a mãe chega, eu lembra e conta pra ela escutar e me lembrar, porque se eu não contar não, ele vai ficar na minha cabeça. Depois, outro dia, ele vai de novo, aí vai. Têm pessoas morrendo assim, e outro morre. Aí outro não quer deixar você pra ir. Então é assim: outra pessoa diz 'nós vamos levar ele', então ele vai ficar sonhando procê, se não lembrar não, aí ele tá na sua cabeça, vai ficar... Porque ele tá assim? Ele tá assim porque tá querendo comer. Então cê fica doendo assim, aí cê não anda. Cê fica na cama até outro perguntar que doença que pegou você. Aí ele fala assim: 'foi o fulano, meu pai, e outra pessoa vem mais ele e querendo me matar', então outra pessoa fala assim: 'não, vamos fazer religião e você vai melhorar, porque senão você vai morrer, ele vai levar você'. Eles falam assim. Ele vai matar, por exemplo, você pode cair no buraco. (Tarcísio Maxakali, 17/10/2006)

Tarcísio explicitou que existem espíritos “bons e ruins”, e os “bons” não realizam este tipo de relação com os vivos. Os parentes mortos contam com o auxílio dos “espíritos ruins” para encontrar com os vivos em seus sonhos, diminuir as saudades e pedir a eles que o alimentem. Quando este tipo de sonho ocorre é preciso contar aos parentes vivos, pois se não forem realizadas as práticas indicadas para enviar os espíritos de volta para o outro plano cosmológico, eles “ficam na cabeça” da pessoa adoecida até provocar sua morte. Roberto Maxakali descreveu uma técnica, que consiste em enfiar uma espécie de capim no nariz até espirrar e, a seguir, xingar o espírito que está na cabeça para que ele retorne de onde veio. No entanto, caso a dor não cesse e o sonho se repita, será preciso “fazer religião” e envolver todos os parentes, aliados e seus *yãmiyxop* [seres espirituais], para correção da relação inapropriada.

Situações como estas demandam o estabelecimento de negociações com os grupos de *yãmiyxop*. Se algum espírito se aproximar indevidamente dos *tikmã'ãn* [seres humanos Maxakali], os *yãmiyxop* resolvem a situação e restabelecem a ordem ideal de relações. Os sonhos podem ser interpretados como manifestação de vontade dos parentes já falecidos, e/ou como dos seres espirituais [*yãmiyxop*] de comidas, danças e cantos. De acordo com Roberto,

Aí conto que sonhei e Rachel veio e trouxe arroz, ou melancia, ou pão pra mim comer, eu não pude comer não que minha cabeça tava doendo, mas Rachel falou, aí eu comi, mas eu acordei e minha cabeça tava muito doendo. Aí de noite vai fazer religião pra mim, aí junta todo mundo, cata um cigarro assim. Só que eu sonhei com Rachel, mas não é Rachel. Eu sonhei com Rachel, mas não é Rachel, é *Yāmiyhey*, que veio falar pra mim comer. E naquele momento que o pajé e os outros companheiros tá fumando e aí passa em mim a fumaça, aí ele vai conversar com aquele espírito, pra não judiar de mim não, tirar aquela dor de cabeça que eu to com ele, aí cada um vai falando pra sair, aí vai fumando e passando, pra sair aquela coisa que tá em mim. *Yāmiyhey* veio, para sonhar comigo, pra fazer minha cabeça doer mais. Veio trazer comida pra mim, cê tem que comer, mas só que naquele momento. *Porque que ele tá fazendo minha cabeça doer? Porque o Yāmiyxop tá querendo comer, por isso que tá fazendo assim comigo*: pra minha cabeça doer muito, pra fazer religião pra mim, pra todo mundo fazer comida e colocar na religião. Aí pra colocar comida ali porque ele tá querendo comer. Por isso que vem fazer assim comigo. Pra mim falar pro pajé pra fazer religião e aí *hex* [mulher] vai botar comida pra ele. Aí todo mundo fuma, passa fumaça pra mim, manda ele embora porque vai comer. Aí vai falando pra ele, naquele momento ele afasta, aí ele vai. Aí aqui o pajé e os outros companheiros fazem religião, cantam, falam com *Yāmiyhey* e canta o final pra *Yāmiyhey*, aí ele vai embora. Aí vem dois pra levar comida lá pra casa de religião. Aí quando eu tava com dor de cabeça, aí comi, mas depois da religião melhorou, aí já me deu vontade de comer, aí coloca lá e pergunta pra mim: 'olha aí e vê qual que cê quer comer'. Aí eu olho comida: melancia, banana, aí me deu vontade de comer banana, aí eu pego banana e o resto entrego pra eles e eles levam pro *Yāmiyxop*. Aí no outro dia cedinho a pessoa que tá doente não pode sair, tem que ir alguém, ou o pajé, ou pessoa que tava ali no momento da religião. Aí chega e fala pra mim: 'como que cê tá hoje?, tá doendo a cabeça? Cê sonhou de novo?' Aí não, já tô bom. Aí se eu dormir de novo e tornar a sonhar outro, aí tem que fazer de novo outro. Por isso que terminou religião no outro dia o pajé ou outro tem que ir lá perguntar pra mim. 'Como é que tá? Se melhorou e não sonhou, outro sonho acabou?', aí fica *max* [bom]. Aí

quando eu fiquei bom, agora vou marcar a religião mesmo, na casa de religião, pra *Yāmiyhey*. Como? Eu vou ter que chamar ele, aí já não precisa *koxxahix* [canto] avisar ele. Aí *koxxahix* já não tá ali. Aí pra mim fazer a religião pra ele, eu tenho que chamar agora. Aí o pajé chama, faz religião pra ele e aí terminou. Então a religião nossa é muito bom pra nós, adulto, criança velho, cuidamos assim há muito tempo. Isso aí é de raiz, já vem lá..., não pode esquecer, não pode faltar também.

Este relato descreve diversas técnicas e os distintos desdobramentos dos cuidados relativos à correção da “desordem” – fumaça do cigarro, diálogo e trocas com os seres espirituais – e as diferentes fases e locais de realização dos rituais xamânicos para convencimento do ser espiritual perturbador para retornar a seu devido lugar. Para tanto, são necessárias mediações e diálogos diplomáticos, pois afinal deve-se convencer o espírito a se afastar do parente adoentado. Como assinalado por Seeger (1980:84) em relação à cosmologia Suyá (“expressa-se no espaço com muita clareza, especialmente no espaço da aldeia”), o local de realização do ritual revela muito sobre seu significado. A primeira etapa dos procedimentos rituais Maxakali relacionados ao enfrentamento de perturbações advindas de sonhos ocorre na casa da pessoa adoecida.

Enquanto a pessoa permanece com sinais da doença – sonhos e mal-estar físico – o tratamento deve ser realizado neste espaço pelos homens com maior conhecimento xamânico. Nesta fase a pessoa deve manter-se em repouso, e somente os homens autorizados a lidar com tal situação podem manter contato com ela e com os espíritos que a perturbam. Após o desaparecimento da “doença”, de acordo com Roberto Maxakali: “quando eu fiquei bom”, o ciclo ritual passa a ser realizado no *kuxey* [casa de religião]. Esta fase ritual tem por objetivo sedimentar o bom andamento das relações entre os vivos e os seres espirituais, agradando-os, conforme as demandas da fase anterior, com cantos, danças e oferta de alimentos. O que diferencia um *yāmiyxop* [ciclo ritual] para o enfrentamento deste tipo de perturbação são: o local (casas domésticas) e os sentimentos (tristeza e estagnação). Os demais ciclos rituais, realizados no *kuxey*, visam celebrar e manter a alegria entre todos participantes, vivos e espirituais. De acordo com Daniela Maxakali, há distintos modos de entendimento das perturbações:

Se uma criança fica doente, depois sara com remédio, aí se sarar tá bom.
Mas se o resto ficar doente, um fica doente pra lá, outro pra cá, aí eles

descobrem que é a doença de feitiço que eles faz pras crianças e aí todo mundo fica doente. A doença mesmo, aí você toma remédio e sara, mas se você tomar remédio e não sarar e ficar sonhando com pessoa que já morreu, aí tem que fazer *yãmiyxop*. Se você sonha e fica com dor de cabeça, ou dor de barriga, aí tem que fazer religião.

O relato de Daniela explicita três classificações principais de doenças: 1) perturbações corriqueiras: “a doença que sara com remédio” – seja da medicina ocidental ou das tradições de conhecimento Maxakali; 2) perturbações provocadas por feitiçaria inimiga: “a doença de feitiço” – que, em geral, atinge um maior número de pessoas e relaciona-se às disputas políticas e processos de vinganças; 3) perturbações provocadas por relações inapropriadas com seres espirituais: a “doença mesmo”, fruto dos sonhos com seres espirituais, que demandam a realização dos *yãmiyxop* (“aí tem que fazer religião”).

Evans-Prichard (2005:53) afirmou que na filosofia azande, “a bruxaria explica a coincidência”, acrescentando o elo explicativo que liga os acontecimentos às vidas subjetivas, em situações específicas de infortúnio. No caso da filosofia Maxakali, em situações que envolvam questões sobrenaturais, este “elo explicativo” que relaciona a perturbação à vida de uma pessoa é atribuído aos relacionamentos incorretos entre os diferentes seres espirituais e os vivos; assim como à feitiçaria.

O processo de atribuição da causa da perturbação à feitiçaria também implica o estabelecimento de relações entre os vivos e os *yãmiyxop* [seres espirituais], em um segundo momento, pois as relações prioritárias a serem corrigidas são as estabelecidas entre os próprios *tikmã'ãn* [seres humanos Maxakali]. De acordo com algumas pessoas Maxakali, em outubro de 2006, a feitiçaria foi uma prática muito utilizada pelos “antepassados”, mas é praticada raramente nos tempos atuais, apenas pelos que pretendem atingir diretamente um grupo de família inimigo.

As relações entre os grupos inimigos são as principais relacionadas à feitiçaria. Há um protocolo de relacionamento em situações de suspeita de feitiçaria inimiga, no qual a cordialidade e a diplomacia são as atitudes a serem adotadas pelos homens em negociação. Segundo relatos de dois entrevistados, portadores de grande conhecimento xamânico, em outubro de 2006, para “fazer feitiço” é preciso pegar alguma coisa, como “guimbas de cigarro, roupas, fraldas”, ou qualquer objeto da pessoa para quem será dirigido o feitiço, misturar à casca de uma planta e cozinhar em uma panela. Quando a mistura inicia seu

cozimento, a pessoa para quem é dirigido o feitiço adocece. A panela não deve estar totalmente tampada e uma negociação deve ser iniciada entre os grupos inimigos, para evitar o acirramento do conflito.

Mesmo quando todos têm conhecimento sobre o feiticeiro responsável, usualmente não há acusações diretas. Pelo contrário, quanto menos aparentar descontentamento, melhor, pois o medo da morte atinge ambas as partes: o feiticeiro pode prosseguir com a matança por meio de seus feitiços; e a feitiçaria pode desencadear atitudes de vingança dos grupos atingidos, ao feiticeiro e à sua família. Caso o feiticeiro aspire matar de uma vez seu inimigo ou seus filhos, deve tampar completamente a panela do feitiço. Se desejar desfazer o feitiço, destampa a panela e joga fora seu conteúdo. O depoimento de um entrevistado é ilustrativo:

Antigamente tinha gente que sabia fazer uns feitiços com uma panela que pegava umas guimbas de cigarro, ou qualquer coisa. Vai na cidade ou no mato e *pega coisa de alguém e ... vai colocando na panela assim*, aí vai e mistura com casca e água, aí depois *a pessoa vai começar a doer*. Aí ele fica lá na outra aldeia, mas vai ter pessoa doente na outra aldeia, aí ele fala assim: 'ah então é ele'. Depois ele toma remédio, vai pro hospital, *mas o remédio não guenta o feitiço*. Então tem que mandar de volta pra nós fazer religião. Se doente sonha com espírito assim na cabeça, aí faz religião e ele melhora, mas se for doente de feitiço, *faz religião, mas religião também não guenta*, aí então a pessoa vai ficar comendo assim, mas come pouco, porque doente, ele não come muito, ele fala que não quer. Aí todo mundo olha, né. Depois ele não vai melhorar não, eles mandam uma pessoa lá na outra aldeia. Tem que ir lá porque tem liderança que toma conta da aldeia, aí a pessoa vai lá e fala assim: 'tem que fazer reunião aqui e amanhã cê vai lá olhar doente lá que ele não quer melhorar'. Então ele fala pra ele: 'amanhã nós vamos lá, ver lá'. Aí quando ele *vai juntar os homem e as mulher* também vai. Então vai lá e chega lá e pergunta: 'comé que foi, comé que tá doente? Começou que dia?' 'Começou tem quase um dia já, eu tomei remédio, tomei remédio, mas não quer melhorar, que uma pessoa tá judiando comigo'. (5:45) Então, ele faz religião, ele faz cantando. Aí depois outra aldeia vem e pergunta. Depois outro vem, depois outro, até a pessoa que tá judiando com ele vem assim e fala: 'cê não vai morrer não, eu vai ajudar ocê e ce

vai melhorar', porque aquele é aquele que tá judiando com ele. *Todo mundo sabe, mas não quer falar na cara dele*. Porque se falar todo mundo assim vai... Tem remédio, vai escutar e derramar assim naquele que tá fazendo. Aí ele vai melhorar. *Se não quer ajuda não, ele vai matar ele*. Ele vai matar o doente. *Ele vai matar e aí ele vai morrer*. Então, o pai dele fala assim: 'oh, se morrer, eu mata quem tá fazendo feitiço. Eu já conhece, mas eu não fala na cara dele'. ... Uma pessoa doente assim o pai já sabe quem tá fazendo o feitiço.

Este relato revela o itinerário terapêutico até a dissolução do fator causador da perturbação, ou a morte da pessoa atingida e vingança decretada por seus parentes. Assim que a perturbação é sentida (alguém “começou a doer”), os remédios e a medicina ocidental constituem as primeiras alternativas de práticas de cura. Diante do fracasso destes recursos, a forma de interpretar as causas transforma-se, e a doença passa a ser vista como sinal de desordem (Montero, 1985:124)⁸⁵. Novos procedimentos tornam-se necessários: “é preciso” fazer “religião”. Os líderes Maxakali então solicitam à equipe médica da FUNASA que seus parentes adoentados retornem à aldeia (caso estejam no hospital), para que possam iniciar o *yãmiyxop*. No entanto, “se for doente de feitiço, faz religião, mas religião também não guenta”.

Trata-se de uma situação que exige o envolvimento de todos os grupos – aliados e inimigos, homens e mulheres – pois a “desordem” foi provocada por um dos membros destes grupos e é preciso convencê-lo a desfazer o feitiço. Assim, o líder do grupo que enfrenta a perturbação convidará todos os líderes dos outros grupos para visitar sua aldeia e pedir auxílio nos cuidados com a “saúde” de seu parente. Neste momento, provavelmente já sabe quem fez o feitiço, mas seu pedido de ajuda é destinado a todos, inclusive ao próprio feiticeiro, sem qualquer acusação.

Muitas vidas estão em risco em situações como esta. E, assim como afirmado por Evans-Pritchard (2005:71) acerca das negociações em torno da feitiçaria azande, entre os Maxakali também o objetivo de ambas as partes é não criar animosidade recíproca: “colocar o bruxo em boa disposição de ânimo por meio de um tratamento cortês”. Como afirmou Roberto:

⁸⁵ “A noção de doença, “roubada” ao contexto médico, se transforma assim na noção religiosa de Desordem. A “doença” é ressignificada simbolicamente pelo universo mágico e passa a expressar, para além do corpo, toda ameaça contra a Vida.” (Montero, 1985:124)

Não é dito pra pessoa. *A gente não cita a pessoa*, a gente só fala, *cada um vai falar*. ... Então naquele momento que aquela pessoa vê todo mundo falando daquele jeito, ele vai ter que falar do mesmo jeito. *E naquela hora o sentimento dele vai doer*. Aí ele vai pensar. Ele nem pensa por ele. Aí o que que acontece? Na hora que acabar religião, aí *se ele tiver feito aquela coisa ruim, ele vai lá e destrói tudo e joga fora*. Aí naquela hora que ele já destruiu e jogou fora, *a criança já descansa*. Se não fizer assim, toda vez, isso é da nossa cultura mesmo, isso aí já vem de raiz, então, se falar assim: 'é você', fica bravo, costuma até atacar nós. *Já brigaram*, porque teve antepassado nosso que falou: 'é você mesmo, nós conhece você...' e brigou, meu pai contou, brigou. Por isso que com essa briga que teve desse problema aí, aí começaram a pensar: 'não é bom a gente falar que é fulano, não', pra nós não brigar'. Aí a gente fez assim, pensou, por isso que meu pai explicou pra gente, 'se é fulano, você não pode falar ruim pra ele, você sabe que é ele, você não fala nada com ele não, abraça com ele, conversa com ele bom, *porque se ele ficar com raiva de você, ele não vai te prejudicar não, nem você, nem sua mulher não, ele vai prejudicar o seu filho, sua criança*'. ... Então meu pai ensinou pra nós pra não fazer assim. Se ele fizer uma coisa ruim, conversa com ele, brinca com ele, mesmo que cê tá magoado, porque ele é assim. E tá minhas crianças. Adoece, mas é doença normal. ... O meu filho mais velho nunca adoeceu, só doença normal, mas doença de ir pro hospital nunca. Porque? Eu não discuto com gente ruim não. E eu explico pros meus filhos. ... Agora tem muita gente que fala assim, bebe *kaxmuk* [cachaça] e: 'ah! Você é aquilo!'. Aí daqui a pouco o filho tá indo água abaixo.

Os filhos são os principais atingidos pelos processos de feitiçaria inimiga. Assim, é preciso redobrar os cuidados nas relações com todos os envolvidos, visando, especialmente, o bem-estar das crianças. Nestas situações objetiva-se atingir os "sentimentos" da pessoa que "fez coisa ruim" para que ela desfaça o feitiço, após a reunião convocada pela família atingida. Todos são convidados a participar de um *yãmiyxop*, mas será o feitiçeiro – ao "destruir e jogar fora a coisa ruim" – que devolverá a vida à normalidade. Após a conclusão das negociações entre os homens e a destruição do feitiço

pelo feiticeiro, os seres espirituais ajudarão a “mandar a coisa ruim embora”, garantindo o reequilíbrio da vida. Entretanto, isto só será possível se o homem responsável pelo feitiço o desfizer, uma vez que nestes casos tratam-se de relações inapropriadas entre os homens, e não entre os homens e os seres espirituais.

Roberto afirmou também que a religião “pra tirar coisa ruim” é realizada pelo “pajé e os outros companheiros” e os outros ciclos rituais são efetuados pelos *yãmiyxop* [seres espirituais]. Isto significa que são os homens que lidam com as negociações acerca dos feitiços quando a perturbação é atribuída a esta causa. Os demais ciclos rituais são realizados pelos próprios seres espirituais. Em suas palavras: “é a religião mesmo que faz, é *yãmiyxop* mesmo que faz. *Yãmiyxop* mesmo que dança e canta. É de *Yãmiyxop*. Pra cuidar de doença é o pajé e os outros homens e as mulheres ajudam pra fazer a comida. Agora pros *yãmiyxop* pro doente [de feitiço] é só os homens.”

Para Evans-Pritchard (2005), a bruxaria azande sempre estará relacionada a infortúnio, inimizades e questões morais. Quando um Azande é atingido pela bruxaria, a primeira coisa que se pergunta é: “quem é meu inimigo neste momento?”. Neste contexto, a bruxaria está ligada aos sentimentos de raiva, inveja, ódio, ciúme e, geralmente, quem nutre esses sentimentos por ele é quem coabita o mesmo espaço. Portanto, a bruxaria ocorre entre pares. Quando é detectado por algum oráculo a origem do infortúnio como referente à bruxaria, inicia-se um procedimento de cortesias e gentilezas entre as partes, pois ambas correm riscos: a pessoa que foi “embruxada”, pois caso não trate o bruxo com gentileza, convencendo-o a desfazer a bruxaria, vai morrer; e o próprio bruxo, pois se não desfizer a bruxaria, diante da gentileza da outra parte, vai morrer pelo processo de vingança. Evans-Pritchard situa a bruxaria no centro da socialidade azande como o fator que reequilibra suas relações políticas.

É possível estender esta análise aos grupos Maxakali. Neste contexto, a feitiçaria também se relaciona às questões morais, infortúnios e inimizades. A vontade dos feiticeiros de causar prejuízo a seus inimigos incita um processo de relações políticas, com o fim de desfazer a “desordem” enfrentada. Ambas as partes correm risco de vida, seja pela feitiçaria geradora do infortúnio (que pode conduzir à morte), seja pelos processos de vingança desencadeados com as mortes dos inimigos: “é com a morte e sua premonição que os Azande associam mais freqüentemente e intensamente a bruxaria; e esta só implica em retaliação no caso de morte” (Evans-Pritchard, 2005:226). Entre os grupos Maxakali também é a morte – advinda da feitiçaria ou das relações inadequadas entre humanos e

seres espirituais – que confere significação e consistência a toda rede de relações necessárias ao reestabelecimento do bem-estar corporal e dos modos de socialidade apropriados às suas normas de vida.

3.1.3.1 Os benzedores

Situações nas quais as causas da perturbação são atribuídas a fatores místicos, especialmente quando suspeita-se de “coisa ruim”, são também enfrentadas mediante uma prática de cura originária do contato entre os Maxakali e o universo não-indígena: as consultas aos “benzedores”. São pessoas não-indígenas, que praticam rituais semelhantes aos afro-brasileiros, moradores de cidades da região envolvente. Em geral eles consideram como causas de perturbação as forças sobrenaturais: feitiçaria, “possessões” e “maus olhados”. Suas técnicas de cura comportam manipulações mágicas, objetivando o contra-ataque das forças sobrenaturais. São receitas “garrafadas”, banhos e rezas, entre outras prescrições, que inclusive podem ser medicamentos disponíveis em farmácias. De acordo com um homem Maxakali, entrevistado em fevereiro de 2004:

Vânia tava de cama. Fez religião. Depois que ela sarar, ela me disse que vai no curador pra ficar bom. Jânio tava todo inchado, foi no curador, que mandou tomar duas injeções e ele ficou bom logo, sarou tudo. A prima do Nestor tava muito ruim, precisou até de amarrar pés e mãos pra ela ficar parada. Levou no curador e ela ficou boa. Curador de Pé Sujo [um lugarejo ao sul da Bahia].

Este tipo de terapia popular oferecida pelos benzedores é muito valorizada por algumas pessoas Maxakali. Eles pagam caro pelas consultas com os “benzedores”. Por vezes solicitam aos funcionários da FUNAI ou à FUNASA automóveis dessas instituições para o transporte da família até os benzedores. O depoimento de uma mulher de Água Boa, por ocasião da epidemia de diarreia infantil em 2004 é ilustrativo: “eu pago todo o dinheiro que tenho na carteira pro benzedor me dizer o que ou quem causou essa doença que está pegando as crianças”. Alguns Maxakali não apenas entregam todo seu dinheiro para pagar os serviços dos “benzedores”, como também fazem dívidas (“deixam fiado”), sempre pagas posteriormente. Um professor do Pradinho, quando indagado sobre os itinerários

terapêuticos praticados, afirmou: “quando a doença tá muito ruim e ninguém não resolve, *Yãmiyxop* não resolve, Valadares não resolve, aí eu leva lá no benzedor com *tayûmak* [dinheiro] meu mesmo.”

Diante do fracasso de outros recursos para cura frente a uma perturbação considerada grave e relacionada às questões sobrenaturais, muitos Maxakali procuraram os benzedores. Esta passou a ser uma das práticas mais valorizadas para o restabelecimento da saúde entre os grupos de família de Água Boa. De acordo com Roberto Maxakali:

Esse aí foi de uns tempos pra cá. *Não é trabalho de nossa cultura não. ...* O branco descobriu benzedor e falou, aí *tikmã'ân* [seres humanos Maxakali] ficou naquele... Mas antes não tinha não. ... Tinha um fazendeiro, ele morava aí nesse meio aí, ... ele era cientista, né, ele conhece doença, e quando as coisas ruins que pessoa faz, ele conhece também, então por aí, que descobriram. *Os Maxakali viu que benzedor sabe, aí tanto com a religião, e também o benzedor, né que ajudou muito.* Inclusive ele descobriu, falou, que muita *hex* [mulher] adoecia. Aí ele falou que *hex* ganha criança e não cuida direito, né, e cai no rio pra pescar, então a água muito fria, e não terminou direito o resguardo da criança, então esfria muito, aí adoce. Ele ensinou assim, pra esperar ficar bom de tudo, aí depois ele descobriu muito de *hex* doente. Aí depois adoce e já procura logo o benzedor. *Tem uns que faz primeiro religião, médico e depois vai lá no benzedor, mas tem uns que quer ir logo.* Eu mesmo falo assim, primeiro vai no médico, aí quando voltar nós vamos ver se melhorou. Melhorou, mas se durante cê doente, cê sonhou, então o médico tirou aquele doença, mas tem aquele sonho ainda com ele, fica prejudicando ele, né. Tá tomando remédio. Tá tomando, mas aquele sonho ainda tá segurando aquela doença, tá acabando, mas ele tá segurando. Aí, enquanto ele tá tomando remédio do médico, aí faz religião, aí a religião ajuda o remédio pra acabar logo. Aí a religião tira aquele sonho ruim dele, pra não ficar só o remédio atacando a doença. Aí sara rápido. *O benzedor é quando acha que tem coisa ruim. Eles falam e ele tira mesmo, né.* Eu fui várias vezes. Tem na sala dele a foto de Jesus Cristo, e tem uma pedra lá que mostra tudinho dentro, como se fosse um computador. Se for coisa ruim que fez, ele mostra, ele não fala quem é, o nome, mas se você conhece a pessoa, ele te mostra ali: 'esse aqui que tá

fazendo procê`. Aí quando é doença, ele procura ali e não acha, aí ele fala pra tomar o remédio assim e assim e escreve, ele não sabe escrever, aí tem uma secretária dele lá, aí a moça escreve e te dá e você pega o remédio. Compra na farmácia, é um remédio que até hoje eu não vi médico nenhum receitar esse remédio não. É um remédio que é vendido na farmácia, mas médico não passa essa receita não. Tem aguardente alemã, que não vejo médico passando pra ninguém e ele passa, tem água inglesa, que médico não passa também. Compra na farmácia, é remédio que eu acho que só eles mesmos passam pra pessoa. Eu já comprei muito pra época de resguardo. Porque resguardo o médico não sara não. Só ele mesmo. Nós também temos, mas depois de um tempo pra cá que acabou o mato, aí acabou os remédios tudo. ... O remédio que o médico dá, cê melhora mesmo, mas depois volta de novo. Aí eu fui lá nesse curador, e levei meu sogro que tava mal mesmo, até fizemos religião, mas não agüentou, saí daqui na mão do companheiro pra levar até lá no carro, aí eu levei ele e chegou lá ... pegou um aparelhosinho lá e passou nele assim e mandou ele dá três pulos, aí falou ... e meu sogro já começou a andar já. Escreveu remédio. ... Tem muita gente que procura o benzedor. ... Não é barato não. O último que eu paguei foi duzentos e pouco, mas agora tá mais caro ainda. O de Pé Sujo é bom. Tem um em Águas Formosas, não fui, e tem um em Itaem.

Os benzedores, portanto, são procurados quando há perturbações relacionadas à “coisa ruim”. Esta prática, assimilada e ressignificada, como qualquer outra incorporada aos modos de vida Maxakali, passou a ser valorizada, paralelamente aos ciclos rituais, no enfrentamento de perturbações consideradas advindas de processos sobrenaturais.

4 ANÁLISE DE UMA SITUAÇÃO SOCIAL

4.1 A situação social

4.1.1 Ponto de vista médico

Entre janeiro e fevereiro de 2004 os grupos Maxakali enfrentaram uma epidemia de diarreia infantil que afligiu cerca de 18% de sua população (FUNASA, 2004c). Por volta de 80% das crianças atingidas tinham até cinco anos de idade. Destas três faleceram⁸⁶. Segundo a enfermeira chefe da equipe de atendimento à ocasião, “em cada criança a diarreia evoluiu para causas diferentes de morte: broncopneumonia, falência múltipla de órgãos, septicemia e desidratação severa”.

Quadro 2: Número de casos de diarreia por idade
Reserva Indígena Maxakali/MG, janeiro de 2004

Idade	N. Casos	%
<1ano	28	13,46
1 a 4	133	63,95
5 a 9	25	12,02
10 ou +	17	8,17
IGN	5	2,4
Total	208	100

Fonte: (FUNASA, 2004c, *apud* Formulário III MDDA / MS).

Além dos óbitos ocasionados pela diarreia, no mesmo período faleceram outras quatro crianças Maxakali: “uma por apresentação podálica⁸⁷, outra por insuficiência respiratória e uma terceira natimorta”, após a parturiente ter brigado com o marido sob o efeito de bebidas alcoólicas. Outro óbito infantil registrado no final de fevereiro de 2004 ocorreu, supostamente, em decorrência de queda do recém-nascido, quando a mãe estava

⁸⁶ “Os três óbitos ocorreram em crianças menores de 02 anos de idade, duas crianças com 17 meses e uma com 10 meses de idade, sendo duas do gênero feminino e uma do masculino. O primeiro óbito ocorreu no dia 19 e os dois últimos no dia 22 de janeiro”. (FUNASA, 2004c:7)

⁸⁷ O feto estava mal posicionado na barriga de sua mãe.

alcoholizada. Portanto, até meados de fevereiro de 2004 sete crianças morreram. Estas mortes repercutiram de distintas formas para as pessoas Maxakali e para os técnicos da FUNASA.

A epidemia mobilizou distintos profissionais da FUNASA, e a utilização de diferentes técnicas e infra-estruturas. Naquele momento, havia mais de um ano que a equipe de saúde indígena Maxakali estava sem médico para o atendimento local. Um médico foi deslocado do DESI-MG/ES (Governador Valadares) por ocasião deste surto. Alguns profissionais – engenheiro sanitário, epidemiologista, analista hidroquímico, entre outros – também se deslocaram para a região. De acordo com o relatório “Monitoramento das Doenças Diarréicas Agudas” (FUNASA, 2004c:7):

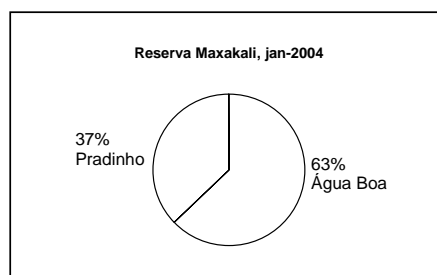
Durante a semana epidemiológica 3 do corrente ano, semana que ocorreram os óbitos, foi evidenciado a característica de um surto de diarreia que levou a uma tomada de atitude do serviço, frente às características clínicas dos casos atendidos pela ESI [Equipe de Saúde Indígena Maxakali]. Foram acionados e notificados os Chefes do DSEI e o Chefe Técnico Operacional para que os mesmos encaminhassem uma equipe de vigilância epidemiológica para elucidação do surto. Paralelamente, a ESI – Maxakali estaria estruturando duas unidades de terapia de reidratação oral (TRO) para atender os casos de diarreia vinte e quatro horas por dia, com tratamento médico, alimentação específica e TRO supervisionada.

Em uma reunião em 04 de fevereiro, estes profissionais discutiram as ações a serem implementadas, com base nos dados do Serviço de Informação sobre a Saúde Indígena (SIASI). Os dados do SIASI, implementado desde 2003 neste Pólo-Base, foram de grande importância naquela situação, pois subsidiaram com tabelas, quadros, listagens e estimativas as ações emergenciais. A equipe emergencial mapeou os casos de diarreia por aldeia e por “tipo de notificação”, e organizou as intervenções médicas apropriadas para cada grupo familiar de acordo com a quantidade de casos e o tipo de diarreia.

Segundo o modelo de conhecimento médico, os quadros de diarreia receberam distintas tipificações. Os diagnósticos elaborados pelos representantes dos órgãos de saúde foram baseados nas análises de amostras de água e de fezes coletadas nas aldeias e hospitais, enviadas para laboratórios especializados. Foram diagnosticados,

respectivamente, como diarreia virótica em Água Boa (“rotavírus”) e bacteriana no Pradinho. O quadro epidemiológico em Água Boa foi mais grave, atingindo mais crianças e culminando com os três óbitos.

Quadro 3: Distribuição dos casos de diarreia conforme o Pólo Base, Etnia Maxakali / MG, Janeiro de 2004



Fonte: FUNASA (2004c:12)

De acordo com os dados do SIASI (FUNASA, 2004c), 75% dos casos de diarreia na Água Boa foram notificados através da “busca ativa” (BA); já no Pradinho 24 (60%) dos 40 casos de diarreia notificados foram por “demanda espontânea” (DE). Estes dados revelam que na primeira localidade as equipes dos “roteiros” foram até as aldeias em busca das crianças acometidas para oferecer o tratamento médico, ou recolhê-las para internação e tratamento hospitalar (“busca ativa”). Já no Pradinho a maior parte dos atendimentos prestados pela equipe da FUNASA derivaram da iniciativa própria dos pais das crianças de busca de atendimento médico (“demanda espontânea”).

Quadro 4: Números de casos conforme notificação, Pólo Base Água Boa⁸⁸ (FUNASA, 2004c:14)

ALDEIA	N caso BA	N caso DE	Pop ate 6 anos	Tx Inc.	% BA	% DE
Bueno	14	5	42	45,24	73,68	26,32
Cacau	0	1	2	50,00	0,00	100,00
Cansanção	0	1	5	20,00	0,00	100,00
Carmindo	1	0	2	50,00	100,00	0,00
Dival	3	1	18	22,22	75,00	25,00
Gilmar	2	1	14	21,43	66,67	33,33
Gustavo	2	0	5	40,00	100,00	0,00
Isaias	3	1	10	40,00	75,00	25,00
Kokiti	1	2	8	37,50	33,33	66,67
Marcelo	1	3	6	66,67	25,00	75,00
Maria Diva	0	4	8	50,00	0,00	100,00
Noêmia	11	4	23	65,22	73,33	26,67
Pinheiro	2	5	14	50,00	28,57	71,43
Tomé	2	1	11	27,27	66,67	33,33
Totó	0	1	12	8,33	0,00	100,00
Zê de Ká	0	1	4	25,00	0,00	100,00
Zê Pirão	0	4	12	33,33	0,00	100,00
Total	42	35	203	37,93	54,55	45,45

⁸⁸ “Os 03 óbitos ocorreram nas aldeias destacadas em vermelho. A população incluiu apenas os residentes na reserva. As aldeias destacadas em vermelho representam o local de moradia das crianças que vieram a óbito”. (FUNASA, 2004c:14)

Quadro 5: Números de casos de diarreia conforme notificação, Pólo Base Pradinho

ALDEIA Pradinho	Nº caso BA	Nº caso DE	Pop. até 6 anos	Tx Inc.	% BA	% DE
	16	24	153	26,144	38,10	57,14

Fonte: FUNASA (2004c:16)

Devido à proporção e rapidez com que as crianças Maxakali contraíram a diarreia suspeitou-se que a água do posto de saúde e das aldeias estivesse contaminada por microrganismos. Foram realizados exames na água de diversas aldeias e do posto de saúde, que indicaram contaminação por “coliformes fecais e totais”. Na Água Boa os resultados dos “hemogramas das crianças” sugeriram uma virose por “rotavírus”:

A Diretora de Vigilância Ambiental em Saúde da Superintendência de Epidemiologia da SES-MG deslocou-se para a Reserva Indígena parando em Governador Valadares, onde fez uma visita ao Hospital Municipal - HMGV - no qual estavam internadas onze crianças no dia 28/01. Verificou-se que as crianças apresentavam diarreia líquida profusa, febre, vômitos, sintomas acentuados por desidratação grave. Analisando os resultados dos hemogramas das crianças internadas no HMGV, observou-se uma leucocitose com linfocitose, sugerindo uma origem viral. A suspeita clínico-epidemiológica da equipe médica do HMGV foi de rotavírus. ... Apesar de ter havido concordância quanto a provável origem virótica do surto, decidiu-se em conjunto a realização de exames bacteriológicos para verificação da qualidade da água e coleta de fezes em swab retal para descartar possíveis causas bacterianas e por transmissão hídrica, e.g. cólera (FUNASA, 2004c:7-8)

Seguem as considerações finais sobre este surto, apresentadas no relatório (FUNASA, 2004c:10):

De acordo com o quadro clínico apresentado, faixa etária atingida e resultados laboratoriais - hemograma com leucocitose e linfocitose associados ao fato de não existir uma fonte única de transmissão possível a não ser o próprio índio, *reitera-se a suspeita de surto provocado por um vírus*. Analisando as taxas de ataque por idade, observa-se uma alta

incidência em crianças com até cinco anos de idade (77,41%) e apenas 10,57% em indivíduos maiores de 10 anos de idade, descartando desta maneira a origem de veiculação hídrica e/ou da alimentação do programa de recuperação nutricional. Relaciona-se esta alta taxa de ataque em crianças menores de 05 anos de idade à desnutrição infantil na Comunidade Maxakali (61,5%).

Pelo fato da diarreia ter atingido preponderantemente crianças, a possibilidade de contaminação pela ingestão da água contaminada nas aldeias e posto de saúde foi colocada em segundo plano. A alta taxa de ataque a crianças foi justificada pelo alto nível de desnutrição infantil. Os indicadores guiaram a forma como a perturbação foi entendida e enfrentada. Segundo o relatório técnico sobre este surto (FUNASA, 2004c:9), os casos foram definidos da seguinte maneira: “diarreia líquida profusa e/ou febre e/ou vômito. Alguns casos associados a infecções das vias aéreas superiores - IVAS. As internações ocorreram em casos de desidratação grave.”

O atendimento médico utilizou de diferentes locais para internação e tratamento. Em casos nos quais não havia risco de vida, o atendimento era prestado pela equipe de base nos postos de saúde locais dentro da TI (que não possuem infra-estrutura adequada para este tipo de atendimento⁸⁹). Os casos que demandavam uma assistência mais especializada eram deslocados para os hospitais dos municípios de Machacalis ou de Águas Formosas. Para os casos nos quais se avaliava haver risco de vida, os pacientes eram encaminhados para o Hospital de Governador Valadares e/ou para a Casa de Saúde do Índio (CASAI), no mesmo município.

Em um período da epidemia mais de quarenta crianças ficaram em observação nos postos de Água Boa e Pradinho. Uma criança foi internada em Machacalis, teve alta e morreu três dias após seu retorno à aldeia. Cerca de 60 crianças foram levadas para Governador Valadares. Membros da equipe técnica que acompanharam o processo relataram que no ápice da epidemia, quando as crianças estavam em estado crítico, os

⁸⁹ Na Água Boa o posto de saúde estava funcionando precariamente em uma casa antiga da FUNAI, cedida à FUNASA para um atendimento provisório. As crianças ficavam em pequenos colchões ou panos estendidos pelo chão da maior sala. Havia outra pequena sala, na qual ficavam os medicamentos, a enfermeira-chefe e alguns instrumentos médicos; uma cozinha improvisada; não havia banheiro. Os Maxakali reivindicam a construção de um posto de saúde desde 1999, quando a FUNASA passou a atuar na saúde indígena. Tal edificação começou a ser construída em Água Boa em 2006.

grupos Maxakali realizaram um *yãmiyxop* [ciclo ritual] no posto de saúde de Água Boa, adaptando a prática ritual, habitualmente realizada no pátio central das aldeias.

De acordo com o relatório técnico produzido sobre esta epidemia, a terapêutica foi a seguinte:

Tratamento de reidratação oral (TRO) supervisionada 24 horas, terapêutica medicamentosa de apoio nos casos com presença de outras patologias associadas (principalmente verminoses e IVAS). Dieta da culinária indígena Maxakali compatível com a idade. Estas medidas foram passíveis de acontecimento devido à presença da estrutura do programa de recuperação nutricional existente nas duas unidades. (FUNASA, 2004c:9)

Segundo relato de Nair, técnica de enfermagem entrevistada em outubro de 2006, “este foi um momento de muito sufoco, a gente nunca tinha visto isso”:

Foi montada uma equipe de urgência, um plantão com os índios como voluntários dia e noite reidratando essas crianças. Vieram diversos profissionais de fora, médicos, vários pesquisadores para ver o que estava causando. Mais tarde eles falaram que foi rotavírus, mas isso não ficou totalmente esclarecido não. Teve caso de adultos também, uns sete casos, mas a grande maioria e as que ficaram em pior estado foram as crianças que têm insuficiência nutricional e até porque uma diarreia na criança é muito pior que no adulto. *Foi pela questão orgânica mesmo – desnutrição – as crianças estão mais suscetíveis.* Naquela época estávamos iniciando a implantação do programa de desnutrição. 90% das crianças eram desnutridas, então juntou a fome com a vontade de comer. *Tenho quase certeza que não foi confirmado o rotavírus.* Hoje nós já temos a vacina contra o rotavírus. A população toda a recebe, desde os cinco meses de idade. *Mas acho que deve ter sido um vírus mesmo,* porque casos de diarreia nós temos constantemente mesmo em função da água e da higiene que não é tão... Na aldeia a higiene não é prioridade. *Porque não tem base!* Porque eram aldeias diferentes e acometeu toda a população. Mas eu acho que foi um vírus, porque pensa bem: foi um número tão grande como nunca teve, a não ser na época em que teve uma

epidemia de cólera há muitos anos atrás, então assim, eu creio que foi um vírus. Porque não tem base! Se fosse uma questão de alimentação derivada de uma festa na aldeia, aí temos na seqüência um grande número de atendimentos, mas não foi esse o caso. Temos uma média de trinta casos de diarreia por semana. É um número alto! Mas é só diarreia normal. Às vezes dessa diarreia chega a internar e o outro não. Geralmente não temos óbitos infantis em função da diarreia. Ela só mata se gerar uma septicemia ou alguma outra coisa assim. Mas isso envolve outras coisas, que ela pode ter algum problema respiratório, ou pode estar com mais alguma coisa junto, pode ter um quadro de desnutrição muito grave. Aí não foi só a diarreia, são vários fatores que podem levar a uma sépti [sic] ou alguma coisa assim. Aí chega a óbito.

Os técnicos da FUNASA entrevistados em outubro de 2006 afirmaram não saber ao certo o que havia causado o surto. Como a suspeita de rotavírus não foi confirmada, Marilda e Nair consideraram a “ausência de saneamento” e “a falta de higiene” no manuseio da água pelos indígenas como possíveis causas daquela epidemia. Segundo Marilda:

Eu não sei tecnicamente o que causou a diarreia. ... Acredito que foi falta de saneamento em respeito à condição deles. Teve um período de sol quente e aí a água vai diminuindo. Tem lugares que a água fica só barro. E eles estavam bebendo aquela água. Só pegou as crianças porque elas estão mais desnutridas, aí estão mais vulneráveis. A criança fica muito lá dentro daquela água.

Ainda de acordo com Marilda, a origem da epidemia provavelmente relaciona-se à “falta de saneamento” ou à “questão orgânica mesmo – a desnutrição”. Nair também considera estes fatores etiológicos, mas não descarta a possibilidade da diarreia ter sido provocada por “um vírus”. Quando questionada sobre as formas como as pessoas Maxakali entenderam esta epidemia, Marilda declarou:

Eles falaram assim que descobriram que foi feitiço. Na conduta e no pensamento deles eles falaram que a diarreia foi alguém que fez feitiço. ... Falou que foi *tihik* [pessoa] ruim. ... Eles falaram o tempo todo que a

diarréia era feitiço. Geralmente eles falam que algumas doenças vêm de feitiço. Eles falam que *tihik* ruim é coisa ruim. O próprio ato deles levarem pro benzedor, é mais voltado pra essa questão. E também por conta daquelas histórias da criança e dos espíritos, o fato deles entregarem as crianças pros espíritos. Também têm a ver com a feitiçaria. [perguntei como ela lida com essa lógica] Eu respeito e escuto quando eles falam e procuro levar até onde dá. Nessa questão do feitiço eu particularmente não acompanhei. ... Eu lembro de uma vez que eles fizeram religião que não foi nessa época da diarréia, eles fizeram pra chover e choveu. Então é assim, a gente tem o pensamento da gente, mas eu lembro desta vez que eles fizeram religião pra chover e choveu. ... Eu tenho meu pensamento, mas nunca prejudiquei nenhum deles em função de pensar diferente. Porque eu acho que faz parte da cultura deles e é nisso que eles acreditam e o importante é que eles crêem nisso. Agora, na época da diarréia, eu não vi diferença depois que fizeram religião. Foi uma epidemia muito forte.

A reação de Nair a este mesmo assunto, no início da entrevista, foi diferente: ela evitou tocar no tema da feitiçaria e discursou sobre o trabalho da equipe de saúde na “elucidação” do episódio em diversas reuniões “formativas” com os índios. Talvez por professar uma religião cristã protestante (“evangélica”), Nair tenha maior resistência ao tema da feitiçaria. Quando questionada sobre a postura Maxakali diante daquela perturbação, ela discorreu sobre a maneira como os técnicos não-índigenas entenderam as origens da patologia e dialogaram sobre os cuidados necessários na utilização da água com as lideranças Maxakali naquela ocasião. Participei de algumas reuniões em 2004, que ocorreram da seguinte maneira: o analista hidroquímico expunha a água coletada nas aldeias e no posto, misturada a uma substância que provoca uma alteração em seu estado, caso contaminada por coliformes fecais, totais, bactérias, etc. As amostras de água que passaram por esse processo ficavam pútridas. Então o técnico solicitava que as lideranças indígenas cheirassem aquela água apodrecida e discorria sobre a contaminação das águas e a necessidade de uso da água clorada e filtrada pelas famílias indígenas. Até aquela ocasião, os poços artesianos não haviam sido instalados⁹⁰.

⁹⁰ Para que projetos sejam executados em terras indígenas pela FUNASA, eles precisam passar por um processo de licitação que implica na contratação da empresa que apresentar o orçamento mais baixo. Na maior parte das vezes, isto se reflete em uma baixa qualidade dos serviços prestados, além do atraso na

Em um momento posterior da entrevista, quando Nair já não mais “defendia” os procedimentos médicos ocidentais, e abordava sobre os itinerários terapêuticos percorridos pelos indígenas, ela valorizou as práticas de cura sobrenaturais, articulada às consultas aos benzedores:

A primeira coisa que os Maxakali pensam é em feitiço. O sobrinho do Tarcísio morreu e ninguém tira da cabeça dele que é feitiço. Mas a maioria entendeu que foi doença. *A diarreia foi doença mesmo, foi vírus mesmo*, até porque tinha crianças de todas as aldeias. (...) *Eu sei que foi feita muita religião na época. O tratamento principal deles lá era esse. E também entrou o uso de medicamentos e tudo mais, né? Alguns levaram as crianças no benzedor.* Eu percebo que eles vão ao benzedor quando eles já fizeram religião, quando já usaram o medicamento nosso, da farmácia, e que às vezes ele não tá vendo melhora; ou às vezes já tem até uma melhora, mas não tá curado e tá demorando demais na concepção deles ali, aí eles recorrem ao benzedor. O primeiro recurso que eles procuram é a religião deles. Mas não pra todos os casos, porque vão ter casos que eles não vão fazer religião. Eles fazem religião quando é uma doença que não tá curando rápido, ou que persiste, ou que a pessoa já internou. Mas se for uma doença corriqueira, primeiro é farmácia, vai pro posto de saúde. Porque há dois tipos de doença: se o menino tá com febre ou diarreia, eles não fazem religião pra isso de primeiro, eles levam primeiro no médico lá no posto de saúde pra ver. Recorre primeiro à medicina. Depois se persiste, ou a criança não tá melhorando, aí eles vão fazer religião. Mas se eles acham que é uma doença de feitiço, ou se eles acham que a pessoa tá ficando louca, aí eles vão fazer primeiro religião, pra depois eles liberarem pra gente ver o que a gente acha. Muitas vezes a gente pede pra levar o doente e eles falam: ‘hoje não, que nós vamos fazer religião, depois a gente deixa’. A gente respeita, mas a gente coloca pra eles: ‘tá muito grave, talvez amanhã sua criança amanheça sem vida’, mas se ele insiste, a gente deixa. Eles dizem: ‘eu sei que tá ruim e que

execução das obras. A adução de água dos poços subterrâneos na Terra Maxakali iniciou-se no período da epidemia e enfrentou diversos contratemplos, como a instalação de fios que não tinham capacidade para suportar a energia elétrica das máquinas que puxam a água nos poços, ou a ausência da instalação de canos em trechos que ligavam a caixa d’água às aldeias. Todos esses “erros” das empresas contratadas precisam ser “descobertos” pelos técnicos da FUNASA e posteriormente corrigidos, o que implica no atraso e encarecimento do serviço.

pode morrer, mas não tem problema, eu quero é fazer religião`. Mas isso evita depois eu não ser acusada de negligência, isso é que não pode acontecer. (...) *Eu não acho que ajude, mas se na cabeça deles eles acham que ajuda, então isso é bom pra eles.* Eu vejo assim: *tem os dois lados da moeda – em seguida da religião, vem pro hospital,* a não ser em casos de loucura. (...) [contou um caso em que um rapaz foi curado, com os rituais tradicionais Maxakali, de uma perturbação interpretada como loucura] Então assim: *usa junto.* Acho que é bom: *quando eles fazem a religião deles é bom.* Eu tenho fé. E acho assim: religião é muito importante. E acho que tem muita gente que pede à Deus pelos Maxakali. Então eu acho assim: *eles fazem muito uso do medicamento de farmácia e as coisas andam juntas.*

Este depoimento de Nair e o de Marilda (abaixo) explicitam que as articulações das práticas de cura realizadas pelos Maxakali são entendidas como benéficas:

Antes a gente não entendia quando eles diziam que queriam fazer religião. Hoje, aqui no Pólo, quando eles falam que querem ir ao benzedor, eu dou o telefone pra eles ligarem pra Valadares. Assim: eu não posso e tento ajudar pra que eles consigam. Depois que eles vão ao benzedor, fica mais fácil cuidar deles com a nossa medicina, porque eles confiam. É o primeiro recurso. A gente não tem um médico que a gente confia? Tem que ser alguém que a gente confie. No caso deles, eles ficam mais tranquilos, aí fica mais fácil pra gente negociar. (...) Ir pra Valadares: o pai fala assim – ‘vai pra aldeia fazer religião e volta tal dia`. Eles cumprem direitinho isso, não falta. Fica muito mais fácil lidar com eles. (Marilda)

Uma prática de cura complementa a outra: os cuidados mágicos, executados nos ciclos xamânicos, as consultas aos benzedores, articulados à medicina ocidental, abrangem aspectos distintos no processo de enfrentamento às perturbações. As práticas de cura sobrenaturais utilizadas por grupos Maxakali em situações específicas foram acolhidas pelos membros entrevistados do Pólo-Base e entendidas como auxiliares aos tratamentos médicos. O xamanismo e as consultas aos benzedores auxiliam a aceitação e a administração das técnicas médicas – na opinião de Nair pela “fé” (valorização das práticas

religiosas no restabelecimento da harmonia da vida), e na opinião de Marilda por “tranquilizá-los”, facilitando a negociação entre eles.

Esta epidemia foi de difícil interpretação de acordo com os modelos explicativos da nossa medicina, já que os laboratórios não forneceram a confirmação do vírus. As suspeitas se voltaram para a poluição e formas de uso nativo da água, ainda que a epidemia tenha atingido prioritariamente crianças e não adultos, que consomem a mesma água (fato contra-argumentado pela maior vulnerabilidade das crianças em decorrência dos altos índices de desnutrição infantil). Mesmo sem uma confirmação laboratorial, entretanto, a crença em contaminação por vírus não deixou de ser considerada por alguns técnicos do Pólo-Base.

Apesar de respeitarem e apoiarem as práticas de cura Maxakali de cunho espiritual, esta epidemia – interpretada pelos técnicos da FUNASA como decorrente do uso de água contaminada pelos indígenas, ou da contaminação “por um vírus” – foi solucionada, segundo os depoimentos de membros da equipe da FUNASA, com práticas terapêuticas voltadas, principalmente, à re-hidratação das crianças, além de medicamentos alopáticos para casos patológicos específicos, associados à diarreia e desnutrição infantil. Além das práticas médicas, as ações de saneamento (adução de água subterrânea), implementadas na terra indígena a partir daquela ocasião, integraram as medidas de controle da epidemia.

4.1.2 Ponto de vista maxakali

As diferenças nas concepções de saúde e doença próprias a este contexto intersocietário orientaram as distintas especulações sobre as origens desta perturbação formuladas por indígenas e não-indígenas. Os seis últimos meses de 2003 foram de seca na região da terra Maxakali. No início de 2004, uma seqüência de fortes chuvas assolou a região. As enxurradas foram intensas a ponto de derrubar uma grande ponte no Pradinho. O período recebeu uma conotação cosmológica por muitas pessoas Maxakali e foi nomeado de “grande água”⁹¹. Diferentes processos de vingança desencadearam-se entre os grupos Maxakali a partir daquela ocasião. A epidemia de diarreia infantil e os óbitos das sete crianças (três em função da diarreia associada a outras patologias e quatro por outros motivos) ocorreram após esta tormenta ambiental e em um momento de acirramento de

⁹¹ Mesmo nome de um mito que relata uma “punição dos Deuses” à atitude de um ancestral que desobedeceu a orientação de um ser espiritual relativa à divisão dos peixes.

conflito entre grupos, especialmente em Água Boa. Assim, vale mencionar que o clima de hostilidade daquela ocasião contribuiu para a interpretação da perturbação pela lógica da feitiçaria.

De acordo com relato de Márcia Maxakali, agente indígena de saúde (AIS), em fevereiro de 2004: “a divisão política da Água Boa tá muito difícil e perigosa”. Nos diálogos sobre o processo de divisão política em 2004, os discursos de várias pessoas faziam referência à relação das mortes das crianças com atos de feitiçaria.

Nesse período, concomitantemente aos processos de vingança que eclodem ocasionalmente nesta etnia, os conflitos internos entre os grupos rivais de Água Boa estavam acentuados, pela influência do processo de eleições municipais e estaduais. A comunidade Água Boa estava mesmo "dividida", como afirmaram Márcia e diversas pessoas desta localidade à ocasião. A inserção dos Maxakali no processo eleitoral da região se deu em 2000, quando uma mulher, importante liderança de Água Boa, elegeu-se vereadora pelo PSDB em Santa Helena de Minas. Passado seu primeiro mandato, ela lançou sua candidatura à reeleição (para o pleito de outubro de 2004). Naquele momento, vários grupos familiares eram seus aliados. No entanto, um outro morador de Água Boa assinalou a possibilidade de concorrer às mesmas eleições, porém como candidato do partido rival (PT). Este provável segundo candidato Maxakali tinha agregado em torno de si outros grupos familiares, constituindo uma nítida divisão política na comunidade. Somaram-se a essa conjuntura de política eleitoral os ciclos de vingança que eclodem ocasionalmente, reacendendo antigas pendências entre os grupos. Havia rumores de que um dos prováveis candidatos à vaga na Câmara Municipal estava “jurado de morte”. Assim, as especulações sobre as causas da diarreia dirigiam-se para supostos atos de feitiçaria relacionados às disputas políticas que fervilhavam entre os grupos rivais. Tarcísio Maxakali comentou sua suspeita de feitiçaria em fevereiro de 2004:

Nós tamo acreditando que é feitiço. Porque doença a gente dá remédio e sara. Essa não. Remédio da farmácia não funcionou. Benzedor de Santa Helena disse que é mau olhar de índio. ... Doutor falou assim: será que é leite e água que fez diarreia? Nós tamo falando que não. Diarreia é que tem pessoas aqui dentro que faz feitiço pra matar o outro.

Tarcísio mencionou os fatores que orientaram seu raciocínio: 1) outras práticas de

cura que normalmente resolvem perturbações semelhantes foram experimentadas sem sucesso; 2) o benzedor acusou: “é mau olhado de índio”. O fato de haver morte de três crianças em um mesmo período (no início da epidemia) e do início e término súbito do surto também reforçou a suspeita em feitiçaria. Márcia, avó de uma criança que faleceu em decorrência da diarreia, relatou – em 2004 – sua experiência e afirmou não acreditar na relação do surto com a contaminação da água:

A menina tava com diarreia e internou em Machacalis, com três dias ela veio embora, aí arruinou de vez e faleceu às cinco horas da manhã. Aconteceu isso de uma vez, começou sexta-feira, todo mundo aí, foi saindo de um a um. É assim: a criança obra só aquela água e depois dá febre. ... Os mais velhos estão pensando que é coisa que os outros fizeram. *Porque tá morrendo só criança e depois que faz religião elas saram de uma vez. (...) Foi de repente, começaram a pegar as crianças, uma aqui, outra ali... A gente sempre bebeu essa água e os ãyuhuk [homens brancos, não-índios] do Posto também bebem essa mesma água. Mas só pegou as crianças de 2 a 3 anos. Ficou foi cheio de crianças com diarreia. E não era só com febre não, a maioria não tinha febre, só diarreia. E morria de repente. Estão achando que foi religião ruim que fizeram. Não sabem quem...*”

A diarreia atacou prioritariamente as crianças, apesar dos adultos – indígenas e não-indígenas – beberem a mesma água, foco das especulações etiológicas elaboradas pelos técnicos da FUNASA. O fato das crianças pequenas serem acometidas neste episódio foi o principal fundamento da suspeita Maxakali de feitiçaria. Além disso, também foi considerada a forma como esta perturbação ocorreu e provocou a morte, também súbita, de três crianças: “foi de repente, começaram a pegar as crianças, uma aqui, outra ali”. Para completar, Márcia ressaltou que após a realização de rituais xamânicos específicos, as crianças se recuperaram. No trabalho de campo realizado em 2006, Márcia reafirmou a diferença entre “aquela diarreia” e as diarreias corriqueiras:

Agora tá tendo, mas não como naquele tempo, que foi de uma vez. Morreu três crianças de uma vez com aquela diarreia. O médico falou que foi estranho, que tem diarreia que dá febre, e aquela já não dava. Tava

misturado, umas que dava e outras que não dava febre (...) e *pegou só criança só*. Diz eles, que tava falando que era a água, mas pra nós é assim... foi que outro índio mesmo fez pra acabar com as crianças. Os mais velhos tavam falando que *era uma coisa que fez pras crianças, pras crianças acabar*. Mas que Deus pôs a mão no meio, então pegou só umas duas ou três. Foi só com as crianças direto. Só as crianças só. *Não adoeceu nenhum adulto com disenteria, ninguém*. (...) É assim: eles contaram que era uma pessoa que tava com raiva de toda criança, queria acabar com as crianças. Fralda que a gente põe na criança e faz cocô, daí ele faz aquele negócio ali pra tudo. Pegou as fraldinhas que tava esparramada e fez. (...) *Depois daquela diarreia não morreu mais daquele jeito. Adoecia de outro jeito. Acabou ali mesmo*.

Diversos informantes de Água Boa relataram em 2006 que, passado algum tempo, foram encontradas fraldas de algumas crianças dos grupos de Água Boa no mato da redondeza da terra indígena. Segundo relatou Daniela Maxakali, o feiticeiro utilizou as fraldas em suas manipulações mágicas:

Eu acho que foi feitiço, que disseram que teve uns índios que foi lá pescar na fazenda do fazendeiro, aí disse que tava lá no mato duas fraldinhas de crianças, fralda descartável. Aí eles viu e descobriu que foi feitiço que tava fazendo pras crianças. Eu acho que foi feitiço, aí matou as crianças que ele queria matar, aí o resto sarou. Foi pra prejudicar as crianças, que tem uns aí que não gosta das crianças, aí eles fazem feitiço pra matar. Teve as brigas daqui. Mas agora não tem ninguém fazendo isso mais não. Descobriu tudo, aí eles queriam brigar, mas aí eles não tá fazendo mais isso não.

A entrevista com Daniela, na qual afirmou a suspeita acima, revela algumas questões relativas às relações interpessoais e intersocietárias ocorridas a partir desta situação social. Quando iniciei a entrevista com esta mulher, esposa de um agente indígena de saneamento (AISAN), ela evitou o tema da feitiçaria. Às minhas primeiras tentativas de abordar as origens daquela perturbação, ela respondia com um discurso semelhante ao dos técnicos não-indígenas, em relação à poluição da água: “naquele dia não tinha água encanada. Primeiro bebia água do rio. Que chove, aí a água ficou suja, as crianças tomam e ficou tudo

doente. Mas agora elas tomam banho com água encanada, aí não tá doente mais não. Só que a água tava muito suja aquele dia, que choveu”. Apesar do contexto⁹² em que a entrevista foi realizada ter grande peso na forma como Daniela evitou – a princípio – tocar no assunto da feitiçaria, esta resistência revela, ao mesmo tempo: 1) a complexa rede de relações que deriva desta situação social específica: após mais de dois anos da ocorrência do surto de diarreia, os assuntos relativos às relações políticas intergrupais e sua atribuição aos processos de feitiçaria inimiga não são discutidos abertamente entre pessoas dos distintos grupos desta coletividade⁹³; 2) a forma como distintas lógicas acerca da mesma situação podem ser articuladas no processo de entendimento e enfrentamento das perturbações: a etiologia médica e as especulações Maxakali sobre o mesmo episódio não são excludentes; 3) a utilização diferenciada das lógicas de entendimento da perturbação de acordo com a(s) pessoa(s) com quem o diálogo está sendo estabelecido.

Apenas quando, no decorrer da entrevista, temas relativos à cosmologia e formação da pessoa Maxakali foram abordados, Daniela explicitou sua suspeita de feitiçaria – até então, manejara com sapiência assuntos relativos à lógica de entendimento não-indígena sobre esta perturbação. Apesar do discurso dos agentes da FUNASA acerca da água contaminada como causa da epidemia não fazer sentido para a maioria dos Maxakali, algumas pessoas – como os professores indígenas e agentes indígenas de saúde e saneamento (AIS e AISAN), entre outros – os assimilaram e reproduziram. Por ser esposa de um AISAN, Daniela demonstra maior conhecimento sobre as causas cogitadas pelos não-indígenas; afinal, seu marido foi um dos que colocou em funcionamento a distribuição da água dos poços artesanais, efetivada após a epidemia.

Apesar da “causa socialmente relevante” naquela situação social particular (Evans-Pritchard, 2005:55) ser a feitiçaria, diversos informantes revelaram seu conhecimento em relação a outros encadeamentos lógicos passíveis de provocar a perturbação. A seca de seis meses em 2003, seguida pela “grande água”, foi levada em conta nas reflexões acerca desta situação por diversas pessoas Maxakali. Um professor indígena do Pradinho, por exemplo, afirmou em 2004 que o surto de diarreia aconteceu em decorrência “da água suja e do sol

⁹² É importante ressaltar que neste início da entrevista não estávamos sozinhas em sua casa: depois que começamos a conversar, chegaram visitantes em sua aldeia, membros de outros grupos. Percebi seu constrangimento e tentei interromper a entrevista, mas ela não o permitiu. Mudei a ordem dos assuntos e abordei a princípio as questões relativas à organização dos serviços da FUNASA. Apenas no fim da entrevista, quando permanecemos somente ela, outra mulher do seu grupo de parentesco e eu, Daniela discorreu sobre assuntos relativos às questões políticas internas e à feitiçaria.

⁹³ Como apontado no capítulo anterior, as relações estabelecidas com o feitiçeiro são diplomáticas. Ele não é acusado pelo feito.

quente”. A esta explicação foi associada a (em 2004) uma “vingança do cosmos”, relativa à quebra de prescrição ritual do seu sistema cultural. O acúmulo de situações em seqüência – a seca em 2003, seguida de uma grande chuva e de uma epidemia que acometeu mais de 200 crianças (tão importantes nas redes de relações dos grupos Maxakali), em um início de ano no qual sete crianças morreram e um velho líder foi assassinado no Pradinho – reforçou as especulações de cunho espiritual em torno da situação. Segundo uma pessoa de Água Boa: “eu tá pensando que não é água não, tá pensando que Deus que manda diarréia pra todo mundo”.

A crença na morte por causas naturais e a crença na morte por bruxaria não são mutuamente exclusivas. Pelo contrário, elas se suplementam, cada uma justificando o que a outra não explica. (Evans-Pritchard, 2005:55)

Em seu trabalho sobre a bruxaria azande, Evans-Pritchard enfatizou a natureza moral atribuída às acusações de bruxaria: “a única que permite intervenção, determinando o comportamento social” (Evans-Pritchard, 2005:55). Naquela situação social específica, apesar das distintas especulações articuladas pelos Maxakali, a feitiçaria foi a causa mais aventada para a diarréia. Aparentemente, o que determinou que a “causa socialmente relevante” fosse atribuída à feitiçaria pelos integrantes dos grupos de Água Boa – além da perturbação ter atingido as crianças, alvo tradicional das disputas entre seus pais – foi o fracasso das outras práticas de cura frente ao enfraquecimento e morte das pessoas atingidas e a possibilidade de intervenção sobre a mesma. Roberto aborda este processo em entrevista (2006):

Começou pelas crianças. Achou que era diarréia normal que acontece. Aí começou um, dois, até que toda criança começou a ter que ir pro hospital. Aí deixou todo mundo espantado assim, porque foi de um momento pra outro. ... Dr. tava aí e fez exame de água. Eu até ajudei também a pegar água e colocar um material lá no rio pra ver se era a água, fez aqui na Água Boa e nós fomos lá no Pradinho também. Inclusive teve umas águas aí que deu bichinho, né? Agora eu não fiquei sabendo qual bicho que é. Aí teve muita gente mesmo ajudando aí. E teve muita criança que ficou mal mesmo. Aí nós achamos que era alguma

coisa que tava acontecendo na nossa comunidade, porque quando acontece uma coisa assim a gente pensa, né? Que do jeito que existe na população branca, nós também temos. Então a gente achou que era, mas não foi não, foi doença mesmo. Surgiu aí no programa mesmo. Só pode porque não veio nenhuma criança de fora, as crianças tudo daqui mesmo, porque se tivesse criança lá do Krenak, do Xakriabá, aí a gente podia pensar que foram eles que trouxe, mas não foi, surgiu aí mesmo, no meio de nós mesmo, não foi de fora não. A criança vomitava, cagava e arruinava rapidinho. Isso nunca tinha acontecido. Diarréia é normal que acontece. (...) Então essa diarréia que deu aí e foi pegando as crianças tudo é doença, agora eu não sei o que que o exame deu. Esqueci de perguntar o quê que aquele exame deu. Porque isso aí a criança vomitava também, e essa diarréia que é normal a criança não vomita não. (...) *Antes não tinha esse negócio de muito verme não e esses negócios da saúde de lavar a mão... Essa diarréia não matava não.* (...) Teve médico, fizeram exame e tudo – agora eu não fiquei sabendo que tipo de doença que era, mas deu remédio, deu suco, fez religião. Muita gente preocupada. Fez exame aqui e lá no Pradinho, mas não foi essa... porque criança não bebe água do rio. E aquela água que faz comida, ela ferve, né? Aí morre o bichinho, não é? E aí como é que vai fazer doença? *Aí pessoal da aldeia ficou muito sem saber o quê que é.* Porque daquele tipo de coisa, eu tô com 49 anos e vai passar pra 50 agora em fevereiro, *e eu nunca vi coisa assim antes.* E todo mundo, os mais velhos do que eu, ficaram preocupados de ver aquele tipo de doença. E todo mundo ficou preocupado por causa que eu tenho meus netinhos e tinha uns no programa e eles adoeceram e nós ficamos preocupados. *Teve uns que ficou ruim mesmo e teve que ir pro hospital.* As mães preocupadas não queria deixar, queria tirar tudo dali e levar pra aldeia. Por causa daquela doença ali. E queria tirar de lá. Mas nós não deixamos, se leva pra aldeia, piora lá. Deixa aqui, que tá no pátio [ele se referiu ao posto de saúde da terra indígena] e todo mundo tá vendo. Esqueci de perguntar o quê que aquele exame deu. Aí eu aproveitei aquele momento ali e falei: ‘gente, nós tão fazendo essa religião assim pras crianças, pra tirar essa coisa ruim que tá acontecendo com as crianças, crianças não é culpa pra ninguém, criança não faz mal a ninguém, criança não xinga ninguém, criança não bate em ninguém, criança não pega nada de ninguém e porque que as

crianças tá assim? *Então nós vamos fazer religião e cada um vai falar. Cada um vai falar.* Então naquele momento que cada um vai falando, aquela pessoa que tá ali no meio e tá fazendo alguma coisa ruim pra criança ou adulto e aquela pessoa vai ter que falar. Não é dito pra pessoa. A gente não cita a pessoa, a gente só fala cada um vai falar. ... Então naquele momento que aquela pessoa vê todo mundo falando daquele jeito, ele vai ter que falar do mesmo jeito. *E naquela hora o sentimento dele vai doer.* Aí ele vai pensar. Ele nem pensa por ele. Aí o quê que acontece, na hora que acabar religião, *aí se ele tiver feito aquela coisa ruim, ele vai lá e destrói tudo e joga fora.* Aí naquela hora que ele já destruiu e jogou fora, a criança já descansa.

As práticas de cura constituídas pelos comportamentos dos Maxakali observados em campo em 2004, em geral, seguiram o seguinte caminho: antes da certeza da perturbação ser fruto da feitiçaria, os pais e mães procuraram o atendimento médico oferecido pela FUNASA e outras práticas de cura tradicionais, como plantas medicinais: “nós tentou cuidar aqui também, que nós fez remédio do mato, mas mesmo assim, não curou não” (Márcia Maxakali). Conforme apontou Roberto: os discursos não-indígenas sobre a água poluída foram levados em consideração, mas “o bicho” causador do mal-estar das crianças (de acordo com a lógica não-indígena) não foi identificado e as técnicas da medicina ocidental moderna não controlaram os efeitos desta perturbação em relação à integridade das crianças (de acordo com o ponto de vista Maxakali). Diante da gravidade do estado de muitas crianças – “teve uns que ficou ruim mesmo” – houve um consenso entre homens e mulheres: julgaram tratar-se de “coisa ruim pra maltratar as crianças”. As mulheres solicitaram que seus filhos fossem trazidos de volta para suas casas para receber seus cuidados e serem protegidos com práticas mágicas. Naquele momento havia muitas crianças em observação no posto de saúde da terra indígena. Os homens uniram-se e resolveram fazer a vigília e executar práticas mágicas, extraordinariamente, neste local. A perturbação foi controlada com práticas de contra-feitiçaria, como disse Roberto.

Diante da desconfiança gerada em situações de disputas políticas nas quais a feitiçaria é utilizada, é preciso redobrar os cuidados com as crianças e seus pertences, como Daniela afirmou:

Pra evitar tem que cuidar das crianças, cuidar das coisinhas delas pra não ficar no mato assim e eles não pegar. Não pode pegar coisa de criança. Roupinha, eles pegam e fazem feitiço. Pegam bosta das crianças e de adulto também pra fazer feitiço. ... Diz que tem um pó que joga e pega você lá e você fica doente. Tem uns que faz e você fica com febre até como aquela brasa e morre. Pra sarar se for feitiço, aí leva no curador, aí ele dá remédio, aí sara, E faz *yãmiyxop* também, faz aquela reza.

No período do surto de diarreia, foi possível perceber alguns pais de crianças pequenas acometidas (sendo o sintoma mais explícito as fezes líquidas) camuflarem estas evidências, evitando a interferência das enfermeiras no cuidado com seus filhos. Também houve casos em que a equipe de “busca ativa” pretendia levar crianças com diarreia da aldeia para observação no posto de saúde e suas mães não permitiram. Devido à causa socialmente relevante ter sido imputada ao processo de feitiçaria, as práticas místicas de cura foram priorizadas nos cuidados com as crianças. Tarcísio Maxakali relatou – em 2004 – o itinerário terapêutico percorrido por sua família naquela situação social:

*Minha filha tava desidratada e com vômito e disenteria. Soro na filha. Colocar no braço. Machucou. Colocou no pé. Eu não deixei por medo dela morrer em Águas Formosas. Eu tirei do hospital. Quando a gente saiu, veio o vento e ela respirou e melhorou um pouco. Tinha cinco crianças do Pradinho no hospital. Meu filha não tá de alta, mas quando a toyota chegou lá, eu peguei *hex* [mulher], sacola e filho e fui embora. ... Aí eu saí. Médico mandou eu assinar pra FUNASA não ter problema. Aí eu levei pras moças que sabem rezar. Eu falei pra ajudar pra mim, pro meu filho melhorar. Deus não quer levar minha filha. Eu e a mãe dela tamo segurando ela aqui. Minha filha tem medo de branco e de injeção. Eu não quero que leve ela pra Valadares. Lá as crianças ficam lá tudo deitado de costas e não tinha nome. ... As crianças tão com diarreia! *Tem que largar, se levar assim doente não vai segurar não.* É porque a gente tem água no corpo e quando a gente perde a água, a gente enfraquece. *Se eu perder mais uma, fica ruim pra mim.* Minha família só vai abaixando. ... Cheguei domingo, dia 1º, depois, segunda-feira dia 2, a enfermeira veio atrás de nós pra levar filha pra Valadares. *Mas eu não vou tirar minha filha. Eu tô de olho. ... Agora, desse jeito, ela não sai daqui.* Vou*

fazer religião [*yãmiyxop*] pra ela. ... Deus mandou doença, aí cê toma remédio e melhora um pouco. Eu sonhei com meu pai, meu pai fica dentro da minha cabeça e sonha comigo. Aí fica doente. Se minha menina tá doente, meu sonho não é meu, é dela. Aí *tihik* [índio] faz religião e melhora.

O deslocamento dos pacientes para os centros de atendimento da rede de referência do SUS gerou problemas. Os parentes das crianças exigiam acompanhá-las, sob a justificativa de zelar por sua proteção contra os processos de feitiçaria. Um importante líder Maxakali expressou essa preocupação em uma reunião do Conselho Local de Saúde, em 13/02/04: “Nessa diarreia o pessoal ficou desconfiado, precisa ir mais de um acompanhante pra tomar conta, que pessoal tá desconfiado”. Ele ressaltou a necessidade de acompanhamento da mãe, para cuidar do(a) filho(a), e do pai, para evitar a feitiçaria.

Os benzedores desempenharam um importante papel na constituição das especulações acerca das origens da perturbação. Como assinalado em alguns depoimentos, os benzedores afirmaram tratar-se de fruto do “olho ruim” dos outros índios. Em 2004, durante o surto de diarreia, Paula Maxakali declarou: “dou todo o dinheiro que tenho na carteira pro benzedor me dizer quem tá fazendo isso pras crianças”. Ela e muitas outras pessoas de sua comunidade procuraram as práticas de contra-feitiçaria oferecidas pelos benzedores nessa ocasião. No entanto, pode-se perceber a partir de seus depoimentos, que os benzedores foram procurados, em especial, no início da epidemia, com a finalidade de descobrir o que ou quem estava causando aquela perturbação. No entanto, segundo pessoas Maxakali, a contra-feitiçaria realizada pelos próprios Maxakali teria resolvido a situação: “Tinha médicos aqui tratando os menininhos, dando soro e remédio, remédio e remédios e remédios. Daí fez religião. Quando fez religião, passou três dias e cada um recebeu alta e foi embora. Aí esvaziou”.

O ritual de contra-feitiçaria⁹⁴, como relatado por Roberto, foi realizado no posto de saúde, com a presença de pessoas de todos os grupos de família de Água Boa. Todos foram convidados à sensibilização em relação ao bem-estar das crianças. Cada chefe de família teve seu espaço de oratória. Apesar do clima de hostilidade entre os líderes ali presentes, ninguém foi acusado. Após a negociação entre os homens, foi realizado um ritual, com oferecimento de comidas e bebidas, subsidiadas pelo Pólo-Base, para o qual foram

⁹⁴ Este ritual aconteceu antes da minha chegada ao campo em 2004, assim sendo, não posso descrevê-lo a não ser a partir dos relatos dos meus informantes.

convidados os seres espirituais [*yãmiyxop*]. De acordo com Roberto, foi preciso realizar o ritual na sede, “porque o problema foi lá, tinha que fazer lá, porque a coisa ruim tava lá no programa, não era na aldeia. Quando é na aldeia, a gente faz na aldeia”. Todos, homens, mulheres, crianças, *yãmiyxop* e *Topá*, uniram-se para acabar com o feitiço:

Aí Topá ajudou, Yãmiyxop ajudou, todo mundo foi. Nós fizemos religião pra tirar, a religião ali foi pra tirar coisa ruim. Aí nós fizemos religião à noite lá no programa e quando foi no outro dia a criançada tava tudo bom, acabou e não teve mais nada. No outro dia a criançada já tava toda feliz e não teve mais. Os que foi pro hospital no outro dia já voltou também.

Dentre todas as práticas de cura usadas pelos integrantes dos grupos atingidos em Água Boa nesta situação, a mais valorizada foi a “religião pra tirar coisa ruim”. Márcia explicou porquê a diarreia acabou repentinamente após a realização do ritual de contra-feitiçaria: “Diz eles que subiu a doença. Desceu rio abaixo. Daí pega a roupa da criança, vai e joga dentro d’água pra descer e carregar a doença. Daí fez a religião e subiu. Rezou muito na língua e orando pras crianças.”

4.2 - **Análise da situação social**

Apesar das grandes diferenças entre as maneiras de interpretar as origens da perturbação e, conseqüentemente, entre as práticas de cura implementadas pelos sujeitos das distintas coletividades por ocasião da epidemia de diarreia infantil, esta situação social permite apreender as inter-relações entre os grupos sociais, sujeitos e elementos culturais em interação, explicitando a cooperação e os conflitos constitutivos deste encontro. A separação entre os valores, crenças e comportamentos dos sujeitos sócio-culturais guiou seus distintos percursos e escolhas terapêuticas. No entanto, acima da heterogeneidade e dos conflitos inerentes a este contexto interétnico, é possível vislumbrar formas de adaptação dos modos de comportamento socialmente definidos diante do interesse comum de enfrentar a perturbação que ameaçava a vida das crianças indígenas.

Max Gluckman (1987:228) propõe um referencial conceitual para análises de sistemas sociais em “Estados heterogêneos onde, embora vivendo separados, grupos socialmente inferiores (do ponto de vista racial, político e econômico) inter-relacionam-se

com os grupos dominantes”. Para esta tarefa, este antropólogo propõe uma análise das “relações interdependentes em cada grupo e entre os vários grupos enquanto grupos raciais” (Gluckman, 1987:227). Este referencial analítico pode ser útil para compreender as inter-relações entre os grupos de Água Boa e de não-indígenas envolvidos na situação social da epidemia de diarreia, delineando a inter-dependência entre eles.

O conceito de *interdependência* proposto por Gluckman (1987) incorpora o conflito e a heterogeneidade, próprios de situações em que um grupo esteja em posição hegemônica em relação ao outro. Por outro lado, este mesmo conceito ressalta a cooperação subjacente à separação, explicitando que, em ocasiões de reunião pelo interesse em comum, a separação é abandonada.

Através dessas inter-relações, podem-se delinear separação, conflito e cooperação em modos de comportamento socialmente definidos. Além disso, os dois grupos também se diferenciam em relação a cor, raça, língua, crenças, conhecimento, tradições e posses materiais. No tocante à cooperação entre os dois grupos, estas diferenças são permeadas por hábitos de comunicação. (Gluckman, 1987:243)

O objetivo deste método, segundo o autor (Gluckman, 1987:261), é delinear o “equilíbrio da estrutura social” em um determinado período de tempo. Tal equilíbrio é determinado pelas relações de interdependência e de conflito estabelecidas em distintas situações sociais. A participação comum em várias situações sociais é o que torna os grupos em relação interdependentes.

Os grupos Maxakali estão inseridos no sistema social da sua região, e as relações entre eles e os não-indígenas afetam ambos os grupos. O episódio da epidemia de diarreia infantil foi uma das situações sociais nas quais a cooperação entre os grupos superou as relações de diferença e eventuais conflitos. Diante de uma perturbação que colocou em risco a vida de tantas crianças, os sujeitos das distintas coletividades uniram-se, em um grande esforço de conciliação de lógicas e práticas de cura. Apesar de possuírem cosmologias e línguas diferentes, existem formas de comunicação estabelecidas entre os sujeitos em relação. Em situações específicas de cooperação, os distintos sujeitos socioculturais adaptam seus comportamentos uns aos outros, o que explicita a

interdependência entre os sujeitos destas distintas coletividades em um mesmo sistema social.

4.2.1 Comunicação

Como já apontado, dentro de sua esfera, cada grupo usa sua própria língua, mas em situações de contato são utilizadas palavras da outra língua – por ambas as partes. Alguns funcionários da equipe de saúde indígena da FUNASA, por exemplo, aprenderam algumas palavras Maxakali para situações de adoecimento e as utilizam em consultas e internações. Um depoimento de Nair, enfermeira entrevistada em outubro de 2006, ilustra como essa comunicação ocorre:

Eles falam: *kitoko* [filho] meu tá *pakut* – tá doente. Aí eu pergunto qual é a doença e vou por eliminação: tá tossindo? tá ponhã⁹⁵? “Não” Tá *pukpex*? Tá com febre? Ou então ele mesmo já chega e fala: “oh! Tá ponhã, tá *pakut* [doente], tá *pukpex* [quente / com febre]”. “*Xakuk* [diarréia]”! Que é diarréia, né? Então o próprio pai, ou a mãe vai falando e eu vou por eliminatória pra descobrir qual é a doença. Perguntando o quê que tem, o quê que não tem. Aí pergunto há quantos dias tá *pukpex*. Aí eles falam. “-Foi *hõmã*” – foi ontem.

Assim como Nair possui um vocabulário da língua indígena que lhe permite dialogar com os Maxakali sobre os mal-estares físicos que motivaram sua busca pela medicina ocidental, os Maxakali – principalmente as lideranças – utilizam o português em situações semelhantes de contato. Além do conhecimento mútuo – ainda que limitado a algumas palavras, em certos casos – a comunicação entre as pessoas em situações de adoecimento abrange questões relativas ao conhecimento dos distintos valores atribuídos à doença. Nair conhece algumas variações das categorias de “doenças” para os Maxakali:

Quando a criança tá evacuando com sangue, aí pra eles é muito grave. E outra coisa: se parou de comer, aí pra eles tá muito ruim. Porque eles têm uma preocupação muito grande com esse negócio de parar de comer. Pra

⁹⁵ Não há referência a esta palavra nos dicionários Maxakali – Português (Bicalho, s/d; Poppovich, 2005), portanto grafiei-a conforme os padrões fonológicos do português brasileiro.

eles parar de comer é sinal que a pessoa não está bem mesmo. E outra coisa: se é uma diarreia muito intensa – porque é muito normal, Rachel, tem crianças aqui no Maxakali que têm diarreia crônica, não pára, aquelas aquosas, sempre, sempre, todo o dia. Mas tem menino que equilibra, o corpo dele fica equilibrado. Mas quando eles falam: “*kitoko* [filho] tá cagando muito”, é que é uma diarreia muito violenta. Então tem coisas que quando eles falam, eu já sei o que é – a intensidade daquela doença, até mesmo pela forma como ele fala com você.

Este conhecimento permite que a enfermeira perceba quando uma perturbação é classificada como grave ou corriqueira pelos pacientes indígenas, facilitando os procedimentos do atendimento médico ocidental, e, ao mesmo tempo, a cooperação entre os sujeitos das distintas coletividades em contato.

Os sujeitos Maxakali também possuem um acervo de terminologia médica e de causas e sintomas próprios à lógica médica ocidental aprendidos a partir do contato com grupos não-indígenas. Os relatos da equipe de saúde indígena da FUNASA sobre a epidemia foram apropriados por algumas pessoas da localidade Água Boa, que articularam seus conhecimentos sobre a perturbação, de acordo com o contexto da interação e com seus interesses. Ainda que a causa socialmente relevante para a perturbação tenha sido atribuída à feitiçaria inimiga, os recursos de cura da medicina ocidental também foram procurados pelos indígenas.

4.2.2 Codependência / Fusões

Os grupos não-indígenas e Maxakali possuem modos de vida, costumes, filosofias, graus de cidadania diversos, mas vivem juntos em um mesmo sistema econômico. Os agentes não-indígenas detêm o poder nas funções judiciais, administrativas, atividades ambientais e econômicas. Portanto, este contexto é marcado pela ascendência política e econômica dos não-indígenas.

As estruturas técnicas e econômicas dos grupos sociais em interação são diferentes, o que configura uma situação de dependência dos grupos Maxakali nas atividades de subsistência. Com a devastação ambiental da região, as atividades tradicionais – caça, pesca e coleta – não garantem a subsistência das famílias Maxakali, que dependem do assistencialismo governamental. Os membros destes grupos indígenas não deixaram de

praticar suas atividades tradicionais, mas adaptaram seus modos de vida à conjuntura ecológica, econômica e política contemporânea.

Além de receber as cestas básicas da FUNAI, mensalmente os grupos Maxakali recebem e distribuem em sua região um grande volume de recursos financeiros, provenientes de mecanismos de assistência governamental e não-governamental e dos salários dos líderes Maxakali que se tornaram funcionários das instituições indigenistas. Estes recursos financeiros são absorvidos pela economia regional rapidamente, lícita e ilícitamente. Logo ao receber os salários, aposentadorias e outros recursos, os indígenas os transformam em bens alimentícios, utensílios domésticos⁹⁶, casas de alvenaria e bebidas de alto teor alcoólico. Portanto, há uma co-dependência econômica entre os grupos em relação, marcada pela ascendência não-indígena sobre os indígenas, que, por vezes, estabelecem relações comerciais nas quais os sujeitos Maxakali são ludibriados⁹⁷.

Indivíduos da localidade Água Boa relacionam-se cotidianamente com os técnicos da FUNASA e FUNAI que trabalham na sede administrativa da Terra Indígena, além de alguns moradores dos municípios de Santa Helena de Minas e Machacalis e de outros municípios da redondeza. Estas relações podem ser impessoais ou pessoais – com o estabelecimento ou não de vínculos afetivos. Muitas vezes as alianças entre as pessoas das distintas coletividades guiam-se por interesses políticos de ambas as partes. Por exemplo, um funcionário do Pólo-Base Água Boa constituiu vínculos de amizade com membros de um grupo familiar desta localidade. Esta relação de amizade provocou reações em distintos sujeitos: incômodos por parte dos colegas não-indígenas do Pólo-Base e dos grupos rivais ao grupo em questão, e cooperação e diálogo entre os sujeitos do grupo com quem aprofundou o relacionamento. Esta situação de inter-relacionamento entre o não-indígena

⁹⁶ Rádios, camas, mesas, bicicletas, fogões, aparelhos de DVD e televisões, entre outros, tornaram-se objetos consumidos pelas pessoas Maxakali com maior poder aquisitivo. A Terra Indígena ainda não possui rede de distribuição de energia elétrica, mas os utensílios eletrônicos, sinônimos de status entre os grupos internos, são utilizados com pilhas (os rádios), ou através de “gatos” (ligações clandestinas) que os próprios indígenas “puxam” da rede elétrica instalada pela Secretaria Estadual de Educação na escola nuclear, ou pela FUNAI na “sede”. Em um telefonema realizado em fevereiro de 2007 para o Pólo-Base, fui informada pela coordenadora que neste ano será iniciada a instalação de luz elétrica na TI Maxakali.

⁹⁷ Diversas situações nas quais os comerciantes dos municípios da região ludibriam os indígenas em suas compras foram observadas. Quando era indigenista do CIMI, por exemplo, dei suporte a um homem Maxakali de Água Boa em um processo jurídico contra um comerciante de Machacalis que manteve em sua posse o cartão bancário deste indígena (de uso pessoal e intransferível). Ele só estranhou essa situação quando percebeu que não estava consumindo tudo o que o comerciante marcava em sua caderneta de compras e que os produtos desta caderneta tinham valores mais altos do que os oferecidos na venda. Assim, pediu o apoio do CIMI e eu denunciei o fato à FUNAI e à polícia. Situações semelhantes são muito comuns nas relações comerciais entre os não-indígenas e os Maxakali.

do Pólo-Base e um grupo familiar de Água Boa desencadeou conflito e cooperação em um mesmo processo social.

Alguns trabalhos desenvolvidos junto aos grupos Maxakali por instituições indigenistas governamentais e não-governamentais (FUNAI, FUNASA, CIMI, Missão Guarani Caiowá, entre outras) e por pesquisadores acadêmicos sugerem uma ausência de consciência, por parte dos seus realizadores, da amplitude das articulações políticas dos grupos Maxakali com relação aos “estrangeiros” (senão uma inconsciência, pelo menos apontam um juízo de valor com relação às inter-relações próprias a este campo)⁹⁸. De forma geral, os sujeitos não-indígenas afirmam a supremacia de seu ponto de vista em relação aos indígenas.

É possível perceber, por exemplo, que distintos grupos Maxakali estabelecem relações mais aprofundadas com distintos pesquisadores que freqüentam sua região, de acordo com seus interesses. Por exemplo, recebo maior apoio e afeto nas incursões a campo junto a alguns grupos específicos de Água Boa. Há um processo de interdependência: conto com o apoio deles para meu trabalho e eles contam com meu apoio em situações nas quais minha mediação pode ser útil. Outros pesquisadores possuem relações diferenciadas com determinados grupos desta coletividade indígena. Rosângela Tugny (pesquisadora da UFMG), por exemplo, possui um maior trânsito entre certos grupos do Pradinho.

Portanto, pessoas dos distintos grupos – indígenas e não-indígenas – estabelecem relações de cooperação e/ou separação em determinadas situações sociais, de acordo com seus interesses pessoais, transformando-se mutuamente a partir do encontro. Cabe ressaltar que as alianças entre os grupos em interação estão continuamente em processo de mudança. Van Velsen (1987:359) reflete sobre as proposições de Gluckman (1987), relativas ao conflito como integrando o processo social:

Todo o trabalho de Gluckman é na realidade permeado pela noção de que normas conflitantes – i.e., as diversas lealdades dos indivíduos a diferentes grupos, baseados em diferentes princípios de organização – podem, em última análise, contribuir para a coesão política e social.

⁹⁸ Álvares (1992) e Vieira (2006) afirmam que as relações estabelecidas pelos grupos Maxakali com os não-indígenas são pautados por um viés predatório, o que parece sugerir que eles se apropriam sub-repticiamente do que é do outro no processo relacional. Tais reflexões parecem desconsiderar o que há de reciprocidade (Mauss, 2003a) e inter-dependência (Gluckman, 1987) nestas situações de inter-relacionamento.

Um mesmo indivíduo pode possuir interesses diversos e participar situacionalmente de distintos grupos, de acordo com a questão em foco. As mudanças na participação em distintos grupos de interesse capacitam os indivíduos a pertencer a grupos que podem estar em oposição ou união:

Os indivíduos podem, assim, assumir vidas coerentes através da seleção situacional de uma miscelânea de valores contraditórios, crenças desencontradas, interesses e técnicas variadas. As contradições transformam-se em conflito na medida em que a frequência e importância relativas das diferentes situações aumentam no funcionamento das organizações. (...) Estes conflitos fazem parte da estrutura social, cujo equilíbrio atual está marcado por aquilo que costumamos normalmente chamar desajustamentos. [...] Acredito que “conflito” e “superação de conflito” (fissão e fusão) devam ser dois aspectos do mesmo processo social e que estejam presentes em todas as relações sociais. (Gluckman, 1987: 261 e 267)

No caso do sistema social que envolve as inter-relações entre os grupos Maxakali e os grupos não-indígenas, os ajustamentos entre conflito e superação de conflito revelam a discrepância entre as normas sociais e os comportamentos dos indivíduos. Na situação social da epidemia de diarreia, as principais disputas em questão giravam em torno das relações político-xamânicas entre os grupos internos de Água Boa e das relações intersocietárias em torno das distintas interpretações e práticas de enfrentamento à perturbação. Diferentes pontos de vista representaram grupos de interesse distintos naquela situação social. Compreender as maneiras como os sujeitos em interação lidaram com suas inter-relações é fundamental para o entendimento desta situação social.

Nesse processo, é importante considerar o papel de mediador desempenhado por líderes indígenas, em relacionamento intersocietário. Lideranças e funcionários indígenas vinculados às instituições indigenistas criam laços mais sólidos em relação ao universo dos não-indígenas. Como ressalta Gluckman (1987:294), “as pessoas são as presas de suas relações sociais”. Assim, tais relações fazem com que os líderes nativos tornem-se articuladores do poder não-indígena em suas comunidades. Com efeito, as lideranças Maxakali com maior proeminência e trânsito entre os não-indígenas familiarizam-se mais

facilmente com as lógicas e, por conseqüência, com os modos de comportamento destes grupos. Acabam por instaurar novas formas de comportamento e relacionamento, assimiladas no contato com o universo não-indígena, nas relações entre seus grupos internos.

No atendimento à saúde prestado pela FUNASA, estas mediações são realizadas pelos Agentes Indígenas de Saúde (AIS). O depoimento de uma AIS de Água Boa expressa a co-dependência entre os funcionários que atuam no Pólo-Base (médico, enfermeiros, etc.) e estes líderes:

Meu trabalho é assim: tem o caso que eles não sabem explicar aquela doença que eles tá sentindo. O médico pergunta: 'o quê que ela tem?' e ela não responde. Daí eu vou perguntar a ela, daí ela me conta e eu já passo pro médico. E ajudo as mulher que tiver grávida, eu ajudo a levar e converso com elas. Assim, se vai ter um exame, eu converso com elas assim, assim, assim. Eu fico mais aqui, mas tem umas horas que eu vou pro hospital, se tem que ter uma pessoa que tá conversando com elas. Eu tomo conta de tudo. Tem agente de saúde homem, mas tem umas mulheres que não conversa com eles. Sou eu de mulher sozinha e eu tenho que atender todo mundo. Se tem um parto, eu tenho que ir lá dar notícia pro médico. Se falar que aquela pessoa tá doente e eu não sei de nada, aí eu fico sabendo.

As mediações executadas pelos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) são cruciais para a assistência médica prestada pela FUNASA. Estes funcionários indígenas atuam como intérpretes entre os distintos universos de sentido. O depoimento acima revela questões de gênero não consideradas na distribuição destes cargos para as lideranças Maxakali⁹⁹, que conduz a uma redistribuição interna dos recursos e do prestígio por grupos de aliança. As atribuições de gênero, próprias ao modo de vida dessa etnia, não são observadas na contratação, e nos trâmites organizacionais da prestação de serviços pelos indígenas. Em geral, de acordo com as correntes de tradições culturais Maxakali, são as mulheres que se envolvem nos cuidados cotidianos com os membros de seus grupos de família. Convém ressaltar que as funcionárias indígenas apontadas por Marilda e Nair (membros do Pólo-

⁹⁹ Segundo a coordenadora do trabalho do Pólo-Base, essa distribuição dos cargos para os funcionários indígenas obedeceu às reivindicações dos próprios líderes nativos.

Base) como as que melhor desempenham suas funções são mulheres. Entretanto, a maioria dos funcionários indígenas contratados pela FUNASA são homens. Márcia explicitou que é a única mulher com o cargo de AIS e que atende “todo mundo sozinha”. Os homens que desempenham a mesma função na FUNASA, com efeito, estabelecem outro tipo de comportamento, participando menos das atividades de mediação e tradução dos incômodos das pessoas que procuram os postos de saúde. Pode-se conjecturar que este tipo de comportamento constitua uma forma de resistência masculina às exigências técnicas cobradas pelos membros da FUNASA aos funcionários indígenas. Portanto, este tipo de comportamento masculino pode ser interpretado como forma de oposição nativa à supremacia técnica não-indígena na organização dos serviços.

De acordo com Gluckman (1987:249), as características distintivas entre os grupos em relação acentuam e dificultam sua cooperação. Assim, as relações interétnicas são marcadas por formas de oposição nativa à hegemonia do grupo dominante. A resistência masculina às formas de prestação de serviço exigidas pela FUNASA é uma das maneiras de oposição à dominação técnica e política da FUNASA neste sistema social.

Outra forma de oposição é expressa na organização das práticas religiosas. Os grupos não-indígenas, em geral, não participam dos ciclos xamânicos Maxakali, a não ser subsidiando os alimentos oferecidos aos seres espirituais. O *yãmiyxop* realizado no posto de saúde por ocasião do surto de diarreia, por exemplo, não contou com a participação dos membros da equipe da FUNASA. As práticas de enfrentamento à feitiçaria inimiga foram executadas apenas por pessoas Maxakali. Já as práticas médicas executadas pela FUNASA para o enfrentamento da epidemia contaram com pessoas de ambas as coletividades. Foi montada uma equipe de emergência, composta por parentes das crianças em observação na sede, para vigilância e re-hidratação das crianças.

No entanto, subsiste um amplo campo de correntes de tradições culturais dos grupos Maxakali que raramente são reveladas nas relações com os não-indígenas. Há outras formas de expressão das diferenças entre os grupos em questão; por exemplo, as manifestações de desagrado em relação aos não-indígenas realizadas por pessoas Maxakali em momentos de embriaguez, situações habitualmente marcadas por conflitos entre membros das distintas coletividades.

Os grupos Maxakali reagem à dominação não-indígena por diferentes instituições e práticas, o que pode ser exemplificado em seus casamentos (os grupos de parentes constituem fortes unidades cooperativas e estão sujeitas às suas próprias tensões),

conflitos, ciclos xamânicos, uso da língua nativa, consumo de bebidas de alto teor alcoólico, divisões em grupos de aliança e rivais. Há um modo regular de reação de cada coletividade às práticas da outra.

Outra questão a ser considerada nesse processo são os distintos usos do meio-ambiente e dos recursos físicos e materiais pelos distintos grupos. Neste aspecto está a base material da diferenciação e da cooperação entre os Maxakali e os não-indígenas. Na situação social da epidemia de diarreia infantil, as relações com o meio-ambiente e a utilização dos recursos técnicos e naturais foram diferenciadas – desde a forma de interpretar a perturbação aos procedimentos dos quais os distintos grupos lançaram mão, em busca da cura. Enquanto os não-indígenas consideraram a epidemia como proveniente do uso de água poluída e agiram para controlar a situação com técnicas de saneamento básico e da medicina ocidental; os grupos Maxakali elaboraram outras suposições e lidaram com ela de forma a manipular os aspectos sobrenaturais e políticos que consideraram necessitar correção.

Ao fim da segunda semana de trabalho de campo, em outubro de 2006, contraí uma forte diarreia. Esta experiência de adoecer após uma semana com a equipe da FUNASA e outra com grupos de Água Boa na terra indígena, alterou minha percepção sobre a situação social investigada. As narrativas sobre a memória do episódio entre indivíduos da equipe de saúde do Pólo-Base centravam-se em fatores etiológicos, como infecção por rotavírus, coliformes fecais ou bactérias. Entre os indígenas, os relatos revelavam as questões políticas atinentes às disputas entre os grupos de Água Boa, como referentes ao enfrentamento à perturbação. Meu adoecimento não teve relação direta com o episódio de diarreia infantil de 2004; no entanto permitiu conhecer aspectos sutis relativos aos cuidados e às interpretações sobre as perturbações.

Os primeiros sinais de meu adoecimento surgiram após andar sob o sol quente pelas terras Maxakali. Cheguei à aldeia onde estava hospedada e almocei e logo após me senti mal. Estava com uma família e conversávamos sobre um assunto de seu interesse; eles perguntavam questões relativas à administração de projetos e associações indígenas. Ao me sentir indisposta, não consegui mais conversar, pois falar provocava mal-estar. Ofereceram-me uma xícara de café e recusei. Estes dois indícios de perturbação – recusar alimento e ficar quieta – produziram uma mudança de atitude de meus amigos. Já havia dito que não me sentia muito bem, mas apenas ao perceberem sinais que eles reconhecem como indicadores de alguma perturbação, iniciaram seus cuidados comigo. Sugeriram que

ficasse em repouso após tomar um banho e tomasse dipirona. Lúcio pediu à sua filha que buscasse uma planta no terreiro. Sua mãe macerou as folhas e deu-me esse remédio. Eles sugeriram novamente que eu permanecesse em repouso. Passei muito mal. Durante meu mal-estar fui acompanhada pelas mulheres deste grupo familiar. A cada momento uma de minhas amigas vinha perguntar pelo meu estado. Ofereceram-me o soro que os enfermeiros da FUNASA deixam com as famílias para rehidratação. Daniela ofereceu ainda um outro tipo de medicamento que provocou um certo alívio: um óleo de menta¹⁰⁰ para ser esfregado em minha testa e barriga. Quando perguntei o que consideravam ter provocado aquele mal-estar, responderam que deveria ter sido andar pelo sol quente que, segundo suas crenças, faz com que “o sangue fique sujo”. Não é a primeira vez que adoço quando vou à casa desta família, de modo que algumas pessoas também interpretaram que eu não estou acostumada com a água e comida deles. O distúrbio que me acometeu recebeu vários e diferentes cuidados. Um grupo ficou atento à movimentação de carros na estrada para que a equipe da FUNASA me conduzisse para a cidade. Além de estar me sentindo muito mal, não quis dar mais trabalho para o grupo familiar e, quando o carro do plantão da FUNASA passou pela aldeia, fui embora da terra indígena.

Ao chegar em Machacalis, meus amigos não-indígenas queriam internar-me no hospital, mas não considerei haver necessidade de internação. Fui medicada com soro, chá de erva cidreira, repouso, entre outros cuidados. Quando contei o caso para os funcionários do Pólo-Base, sugeriram que tomasse vermífugos. A causa de meu mal-estar, de acordo com este ponto de vista, relacionava-se à ingestão de água contaminada, pelo uso de “copos e baldes imundos”. Fatores como indigestão, cansaço, entre outros, também foram elencados como causas para este mal-estar.

Essa experiência transformou meu entendimento sobre o processo em questão. Apesar de experimentar outro tipo de diarreia em uma situação completamente diversa, também houve uma articulação entre distintas interpretações sobre a perturbação e práticas de cura. Andar sob o sol quente, indigestão, cansaço, ingestão de água contaminada, entre outros, foram fatores aventados de causar mal-estar pelos distintos sujeitos – indígenas e não-indígenas. Nair, enfermeira do Pólo, reconsiderou suas suposições sobre as causas de diarreia entre os grupos Maxakali, atribuindo-as não mais à poluição da água, mas às formas de uso da água e dos utensílios domésticos pelas pessoas indígenas. Já as pessoas Maxakali interpretaram minha perturbação de acordo com suas formas de lidar com o

¹⁰⁰ Óleo adquirido de um comerciante de remédios alternativos que frequenta a região.

adoecimento e articularam distintos recursos de cura na tentativa de ajudar que eu me sentisse melhor: uma erva medicinal tradicionalmente usada pelos Maxakali; o soro reidratante fornecido pela equipe médica; um óleo vendido como “remédio alternativo”. Além disso, a espera na estrada pelo veículo da FUNASA, o pedido de levarem-me à cidade e a “carona” concedida evidenciaram a cooperação entre indígenas e não-indígenas, numa situação específica, marcada pelo compartilhamento de interesses (os dois grupos envolvidos possuíam uma relação amistosa comigo e interesses relacionados ao meu trabalho).

4.2.3 Conflitos / Fissões

Em sua análise sobre a mudança social na Zululândia, Gluckman (1987) conclui que a intersecção entre coletividades heterogêneas provoca novas relações que afetam as existentes em cada coletividade. “O padrão de relações muda rapidamente, pois na situação tomada como um todo cada mudança produz mudanças adicionais” (Gluckman, 1987:291). Interesses, crenças, valores, tipos de empreendimentos e variação de poder aquisitivo diferenciam os grupos menores dentro de cada grupo étnico, e os grupos étnicos entre si.

Os grupos internos Maxakali disputam entre si, lutam uns contra os outros (como sempre o fizeram), algumas vezes de forma cerimoniosa, outras com conflitos guerreiros, e a articulação de suas formas de cooperação e conflitos estruturam o equilíbrio interno de seu sistema social. No entanto, o contato entre grupos heterogêneos transformou o equilíbrio interno dos grupos Maxakali – seus conflitos são resolvidos apenas parcialmente e o mesmo se dá com suas formas de cooperação. O relacionamento com os grupos não-indígenas e as mudanças na distribuição política e nos interesses econômicos provocaram alterações nas formas de conflito e de cooperação entre seus grupos.

Os conflitos entre os grupos de Água Boa, explicitados na situação social da epidemia de diarreia, receberam resoluções parciais a partir da cooperação entre os grupos, mas tiveram continuidade, reverberando em sucessivas situações marcadas por fissões violentas entre os grupos internos desta etnia. O equilíbrio social foi parcialmente alcançado naquela ocasião através da cooperação entre os distintos grupos em interação, mas os conflitos internos enfrentados pelos grupos de Água Boa não foram solucionados e ocasionaram uma série de agressões entre seus grupos na seqüência daquele episódio. Três

peças foram assassinadas em maio de 2004¹⁰¹. Os grupos internos Maxakali parecem enfrentar um conflito permanente em suas relações.

Em qualquer sociedade em transformação, os conflitos entre grupos tendem a ser equilibrados pela cooperação dos membros destes grupos em outros agrupamentos. Quando os conflitos se mostram maiores que a cooperação desejada e obtida, as relações sociais desses grupos tornam-se violentas. (Gluckman, 1987:294)

Os interesses divergentes entre pessoas e grupos Maxakali constituem conflitos flagrantes, que passam por ajustamentos, mas tendem a persistir e emergir em novas formas de fissão interna. De 2004 em diante, diversos conflitos ocorreram entre os grupos Maxakali de ambas localidades, Água Boa e Pradinho, culminando em novembro de 2005, com a expulsão de mais de quatrocentas pessoas da Terra Indígena. A “presença do conflito e sua tentativa de resolução” são processos inerentes ao equilíbrio interno desta coletividade. De acordo com Gluckman (1987:297):

Certos processos sociais universais operam em todos os tipos de equilíbrio e estabelecem uma certa estabilidade durante os períodos de mudança. ... No entanto, de todos os aspectos, o mais geral é a presença do conflito e sua tentativa de resolução. Todas as relações sociais têm dois aspectos: um de divisão, no qual interesses divergentes tendem a romper a relação; e outro, de fusão, através do qual os laços comuns em um sistema de coesão social reconciliam esses interesses divergentes. Divisão e fusão não estão presentes somente nas histórias de grupos e relações específicas, mas são inerentes à natureza de uma estrutura social. Assim, cada grupo social era definido por não ser algum outro grupo, geralmente formado no mesmo padrão, e pela sua ação como um outro grupo apenas numa situação em que permanecia oposto a outro grupo. Por isso, cada grupo dependia do conflito latente com outro grupo para sustentar sua força.

¹⁰¹ Assassinatos decorrentes de seus tradicionais processos de vingança. No relatório elaborado para a FUNASA sobre este surto epidêmico (Las Casas, 2004), aponte a possibilidade da ocorrência deste processo após o episódio de diarreia infantil.

Na situação social da epidemia de diarreia, os grupos Maxakali passaram por processos de fissão e fusão – interesses distintos entre seus grupos foram balanceados pelo processo de reconciliação das divergências. Para controlar as consequências da fissão (tentativa de resolução), todos os grupos de Água Boa uniram-se (fusão) com vistas a reconciliar seus interesses e desfazer a perturbação que afetava a vida das crianças.

No equilíbrio deste sistema social, as relações entre os grupos não-indígenas e Maxakali são constantemente avaliadas. Tarcísio Maxakali, que recorre mais freqüentemente à cura xamânica que à intervenção médica, relata – como parente próximo de uma das crianças falecidas em decorrência da diarreia em 2004 – a experiência do atendimento médico recebido à ocasião:

Porque o branco tem dor de cabeça e corre pro hospital. E porque o índio não é levado nem quando fica ruim? Porque quando o *kutok* [filho/criança] ficou ruim, o tio dele falou pra levar pro hospital e eles não levaram quando ele falou. Porque nós sabemos quando a pessoa tá doente também! Não é só eles que sabem não! Quando a gente fala que alguém tá doente, tem que levar! ... Essa sobrinha que morreu, deu um trovão de chuva, aí ela espantou e ficou fraca. Deu chiado no peito. Minha irmão pediu o carro pra levar. Quase amanheceu o dia, aí a menina já tinha passado de chegar no hospital e morreu na estrada. Aí eu fiquei com raiva. Porque caso de doença a gente sabe, não é só a enfermeira que sabe não! A gente sabe! Quando a gente fala que é pra levar, tem que atender nós. Eu tô preocupado com isso e quero conversar muito. ... Só duas enfermeiras que trabalham porque gostam de nós, os outros trabalham por causa do dinheiro. Ficam com esses negócios de que tem que esperar o médico. Não espera o médico não! Vê doente, tem que tirar. Se esperar morre!

Tarcísio afirma com convicção que eles também sabem o que é bom ou ruim para a saúde e que esse tipo de conhecimento não é exclusivo de médicos e enfermeiras. Valoriza a prática e o uso da medicina ocidental e reconhece sua importância para o reestabelecimento da saúde.

As divergências intersocietárias naquela situação centraram-se em questões técnicas e administrativas, relativas ao acompanhamento das crianças, quando deslocadas para

internação na rede hospitalar de referência do SUS, e às distintas formas de interpretar e lidar com os fatores causadores do distúrbio. No entanto, mesmo formulando crenças diversas sobre as origens da perturbação e investindo em práticas de cura distintas, o interesse comum de controlar a perturbação favoreceu a adaptação de seus comportamentos e superou as fissões inerentes a esta situação social. Concordo com Gluckman, ao inferir que cordialidade e cooperação são a norma social, afetada pela norma mais ampla de separação social (1987:251-2).

A situação da perturbação provocou comportamentos específicos dos distintos indivíduos e dos grupos unidos pelo interesse comum de enfrentá-la. Como resultado deste interesse comum, os distintos sujeitos sócio-culturais agiram de acordo com seus hábitos de cooperação e comunicação, apesar de continuarem divididos em função de suas distintas correntes de tradições culturais. Naquela situação social, os grupos Maxakali uniram-se de acordo com seus conceitos de saúde e doença, assim como os grupos não-indígenas uniram suas forças e técnicas para o enfrentamento da mesma epidemia, a partir de seus referenciais de cura. Houve também a união dos distintos grupos entre si em torno do interesse comum. Nesta situação de cooperação, a organização dos comportamentos dos distintos grupos solucionou parcialmente o conflito e novas relações foram constituídas. Um equilíbrio temporário foi alcançado a partir da coesão entre distintas personalidades sociais, crenças, modos de comportamentos e interesses. Passado o período reconhecido como de risco coletivo, a separação e os conflitos ressurgiram.

Apesar de todas as resoluções tentadas, o conflito central persiste e aumenta, sendo que cada ajustamento temporário engendra outros conflitos entre partes persistentes e emergentes em um novo padrão. (Gluckman, 1987:196)

Assim, verifica-se entre os grupos Maxakali e não-indígenas inter-relacionados, um “sistema social em transformação”, conforme definido por Gluckman: “a intersecção de dois sistemas sociais constituídos diferentemente cria novas relações que afetam aquelas dentro de cada sistema” (1987:297). As relações de interdependência entre estes grupos, bem como entre seus valores e crenças, cria grupos que transpassam a separação de interesses, nos quais estão enfatizadas suas diferenças. Assim, é a “seleção situacional de indivíduos” que define a consistência do sistema social. Um dos problemas relativos à

mudança social em grupos heterogêneos, ressaltada por Gluckman em sua análise sobre a Zululândia (idem:258), é o enfraquecimento dos laços de parentesco e aliança, fruto da influência dos costumes não-indígenas nos comportamentos dos grupos nativos. Em relação aos grupos Maxakali, as mudanças sociais são diferencialmente percebidas pelos integrantes de seus grupos. Ao final da entrevista com Roberto sobre a situação social da epidemia de diarreia, após abordar diversos temas pertinentes às correntes de tradições culturais Maxakali, ele demonstrou sua preocupação acerca dos processos de transformação da vida de seus grupos, ressaltando a redução de festas de religião [*yãmiyxop*], e o aumento das festas de forró, preferidas pelos jovens atualmente:

Eu toda vida falo com meus netos que meu pai falava assim, sentava perto do fogo e falava assim: meu filho, o ano não é todo igual, você vai ver. O meu pai já viu, e minha mãe, eu vi e agora falo pros meus netos. Então daquela idade que ele começou a falar eu comecei a olhar, e aí eu falo com meus filhos o que meu pai falou e eu tô vendo, e vocês vão ver. Você viu da idade sua, de dez anos pra cá, o tanto que mudou. Comecei a ver daquele tempo. Daquele tempo, trabalho do SPI mudou, aí veio FUNAI, mas mudou FUNAI, aí veio polícia militar, aí mudou. (...) Aí foi embora polícia militar, ficou FUNAI. Muda tudo, o chefe. Veio Tatuítim que era índio também, da delegacia regional. Aí foi mudando, mudando, mudando, mudando. Agora tá tudo aí, ó: educação na mão do estado, saúde, a FUNAI tá aí, mas a FUNAI não trabalha mais com saúde. Então tá tudo mudado. Então, eu falo pros meus meninos: 'meu pai falou e eu só escutei e tô vendo tudo mudado'. Nós estamos em 2006, agora vamos ver o sete aí pra ver de novo. Aí projeto, né. Já é uma coisa diferente, mudado, não é a FUNAI, tá vindo é de outro lado. Nós pensava que alguém falava que em 2006 ia chegar esse projeto? Não. Alguém falava que ia ter água em cada aldeia? Que ia construir posto de saúde? Que ia ter programa? Não. Meu pai falava: cada ano vai ser diferente. Os Maxakali votavam? Não votavam. Os Maxakali tinham cartão-cidadão, tinha bolsa-escola? Tinha Maxakali professor? Aí, ó nós aí! Tá diferente. Nesse sentido aí que muda tudo. Os aparelhos de som tá tirando muita atenção dos jovens, CD, DVD, tá tirando muita atenção dos mais novos. Mas dos mais velhos não. Tira a minha atenção? Não. Nós temos cantor também. Lá na casa de religião tem cantor também. Tem muito cantor lá

dentro. Quer dançar com *hex* [mulher]? Tem *putuxop* [ciclo ritual do papagaio]. Aí *hex* dança. *Putuxop* é mesma coisa do forró, ou talvez melhor ainda. Além que tá divertindo na religião, além de tá divertindo, tá brincando, tá trazendo alegria, religião. Aí cê vai ali no mato, aí sem saber cê tá em cima do *koxut* [tatu], aí cê pega ele. Cê pega, cê come e ainda dá pro religião [referindo-se aos seres *Yãmiyxop*] comer também. Cê vai na roça e traz batata, mandioca, cê tá comendo e religião também tá comendo. E o forró? CD cê coloca lá, cê dança até o dia amanhecer. Cê vai comer alguma coisa ali do forró? Cê amanheceu o dia dançando. E a hora que cê voltar na sua casa, cadê? Tô com sono, vou é dormir. Vou levantar *putup xoïy* [sentindo fome], *hex* [mulher] também tá com fome e agora? E o forró da religião vai amanhecer o dia, mas ali tem alguma coisa de carne, ou *xokakak* [galinha], alguma coisa tem. Amanheceu o dia dançando, divertindo, mas alguma coisa tem. De manhã mulher vai buscar *xogyin* [carne], aí dentro da casa de religião todo mundo tá comendo lá mais religião. *Yãmiyhey* amanhece o dia e tem, *putuxop* amanhece o dia e tem, *Kutkuhi* amanhece o dia e tem, *Xunnim* amanhece o dia e tem. Todo mundo dançou, todo mundo brincou, amanheceu o dia, mas não tá faltando! E esses aí, os aparelhos de som, vai te dar o quê? Vai gastar energia sem querer, talvez toma *kaxmuk* [cahaça] e já briga, já machuca o outro. E casa de religião vai machucar alguém, vai discutir com alguém? Não. Então o que eu falo de aparelho de som é que não tô achando muito bom não. Aí o que eu tô preocupando mais mesmo é com os pequenos que já tão começando a cantar *ãyuhuk* [não-indígena] já. Os meus aqui... Tem que mexer, né? Mas com esse negócio também dessas mortalidades que veio, Deus deu e *Yãmiyxop* também, nós índios, já pedi, toda noite antes de deitar eu faço meu cigarro, aí converso com *Yãmiyxop* pra tirar as coisas ruins, abrir mais a cabeça, pra ver se pára, pra gente mexer com religião. Religião é muito importante.

O processo de transformação do equilíbrio deste sistema social implica movimentos de interpenetração entre os distintos grupos sociais em interação. O encontro de grupos culturalmente heterogêneos provoca processos de transformação constantes, subjacentes aos processos de interação entre as coletividades. De acordo com Gluckman (1987:324):

Em qualquer sistema social, cada grupo estabelece um valor à sua própria endocultura. Isto possibilita-nos inferir que quando, num sistema em mudança, a clivagem dominante expressa-se em dois grupos culturais, cada um desses grupos tenderá a estabelecer valores cada vez maiores à sua endocultura, pois isso expressa a clivagem dominante. (...) Portanto, os costumes tendem a se tornar valores endoculturais para os membros de cada grupo cultural, como forma de expressão da independência do grupo, fazendo parte dos valores das diferenças culturais. (...) Contrariamente, quando a clivagem dominante num sistema em mudança expressa-se em grupos de cultura, cada grupo tende também a estabelecer um valor à cultura do outro grupo como forma de distingui-lo de seu próprio grupo.

Roberto Maxakali manifestou sua preocupação em relação às mudanças nos comportamentos das gerações jovens. A possível substituição das “festas de religião” por “festas de forró” representam para Roberto uma ameaça de abandono de costumes e cerimônias tradicionais. Roberto valoriza os ciclos xamânicos como forma de reprodução de sua cultura e valores. Ele explicita como as muitas relações entre os distintos seres de sua cosmologia são atualizadas nos momentos de xamanismo. E invoca essa corrente de tradição cultural para fazer frente às inúmeras mudanças nos modos de comportamentos dos sujeitos de sua coletividade, impulsionadas pelo contato com os grupos não-indígenas e suas tecnologias e costumes.

Como apontou Gluckman (1987:321-7), em análises de sistemas sociais em transformação, é preciso atentar para as “relações sociológicas em mudança”. As relações explicitadas em diferentes situações sociais de inter-relacionamento entre os grupos Maxakali e não-indígenas – inclusive na epidemia de diarreia infantil – configuram situações nas quais estes grupos (pelos comportamentos contraditórios dos indivíduos) articularam suas clivagens (fissões) às relações sociais de cooperação.

As contradições inerentes à articulação entre fissão e fusão entre os grupos em relação são resolvidas pela capacidade dos indivíduos de proceder com o que Evans-Pritchard (2005) denominou de “escolha situacional e elaboração secundária da crença”. Segundo este antropólogo, as crenças são associações de noções utilizadas por indivíduos em função das situações nas quais são acionadas. “Assim, um único acontecimento pode suscitar uma variedade de crenças diferentes e contraditórias em pessoas diferentes”

(2005:225), isto ocorreu na situação da epidemia de diarreia infantil analisada nesta dissertação. A morte ou iminência da morte provocou comportamentos e crenças diversas nos distintos sujeitos sociais, que cooperaram, resolvendo em parte suas clivagens. Na situação social em questão, a morte, como perigo que afetava a todos, acionou procedimentos diversos para o controle da perturbação, articulando crenças e práticas de cura distintas no processo de resolução do conflito.

5 CONCLUSÃO

Esta dissertação buscou entender as relações sociais presentes no episódio de diarreia infantil que atingiu grupos da etnia Maxakali em 2004. Este evento envolveu a atuação de grupos não-indígenas que atuam no atendimento à saúde desta população, e, concomitantemente, procedimentos de cura particulares à cultura Maxakali. Como estratégia analítica, enfocou-se a organização das relações internas em cada um dos grupos envolvidos e dos distintos grupos entre si; as noções de saúde, doença, corpo; e as práticas correspondentes a tais concepções, atualizadas em redes de relações interpessoais (institucionalizadas ou informais). Para tal, foi preciso caracterizar o contexto mais amplo no qual ocorreram as interações entre os sujeitos e grupos em questão.

Foram descritos determinados processos sociais, próprios às “correntes de tradições culturais” (Barth, 2000) dos grupos Maxakali: as relações político-xamânicas que subjazem aos movimentos de conflito e cooperação desta população; as formas de comunicação, que envolvem vínculos com os seres espirituais – mediadas pela musicalidade; e os modos de comportamento e de sociabilidade entre pessoas e grupos desta coletividade. Estes aspectos são constituídos prioritariamente por sua vida religiosa. As práticas mitológico-rituais são profundamente articuladas aos cuidados com a saúde. O relacionamento com seres espirituais [*yãmiyxop*] é central para a formação da pessoa e para o equilíbrio da vida. Esta coletividade atribui às crianças um status diferenciado, por seus vínculos com os seres espirituais, o que é evidenciado pelo cuidado que recebem dos parentes, que zelam por sua integridade física e espiritual. O fato da epidemia analisada ter atingido prioritariamente crianças guiou as ações dos familiares nas práticas de enfrentamento à perturbação.

A observação etnográfica evidenciou a centralidade das diferenças entre os gêneros, presentes no modo classificatório que ordena os sujeitos sociais, na organização de sua vida cotidiana e em suas práticas xamânicas. Tais diferenças são explicitadas no pensamento e comportamento das pessoas em todas as atividades, incluindo-se as práticas de cura, de forma a revelar suas articulações com a cosmologia, representações corporais, formação da pessoa e relações com o ambiente mais amplo. Assim, as diversas relações – que envolvem questões de gênero, políticas, xamânicas, técnicas, ambientais, territoriais, interétnicas – interferem na forma como os grupos Maxakali lidam com as perturbações.

Na epidemia de diarreia infantil, as atribuições de mães e pais explicitaram as distinções de gênero nos cuidados domésticos com os filhos, nos rituais religiosos e nos contatos com pessoas e grupos não-indígenas. As mães responsabilizaram-se pelas práticas de cura restritas ao espaço doméstico, como uso de plantas medicinais e certos alimentos para o combate de diarreias consideradas corriqueiras. Posteriormente, ao interpretarem a singularidade daquele episódio, passaram a tratar as crianças a partir do ritual de contra-feitiçaria, este implica a preparação de alimentos para os seres espirituais [yãmiyxop]. Os pais negociaram com membros da FUNASA (por exemplo, reivindicaram acompanhar os filhos nas internações hospitalares, para protegê-los de novos feitiços), executaram rituais mágicos e supervisionaram os tratamentos médicos. As negociações políticas entre os grupos de Água Boa foram efetuadas prioritariamente pelos homens, por ocasião da realização do ritual de contra-feitiçaria.

Os grupos Maxakali e não-indígenas possuem concepções de doença e saúde distintas. De acordo com o entendimento da perturbação, diferentes práticas de cura podem ser escolhidas. Os grupos não-indígenas estabelecem valores ideais para a saúde baseados em normas fisiológicas, indicadores epidemiológicos e exames laboratoriais. Já os grupos Maxakali possuem classificações distintas para as perturbações. As referências que normatizam o equilíbrio da vida (saúde) para eles provêm de suas correntes de tradições culturais e das relações político-xamânicas. Como pano de fundo para a análise do caso em questão foram descritas outras situações de enfrentamento a perturbações classificadas como corriqueiras ou atribuídas à causalidade mística. Esta descrição evidenciou a variedade de possibilidades de articulações entre práticas de cura originárias de ambas as referências culturais. O mesmo evento – a epidemia de diarreia infantil – recebeu diferentes interpretações e, por conseqüência, suscitou condutas distintas para seu controle.

Os pontos de vista acionados sobre as causas da epidemia foram diversos: para a equipe médica, seria água poluída e contaminada; para grupos Maxakali, feitiçaria provocada por disputas e inimizades internas. As ações efetuadas para debelar a epidemia envolveram funcionários da equipe da FUNASA, pessoas não-Maxakali relacionadas aos grupos em questão e parentes das crianças em observação na terra indígena. As crianças foram hidratadas – com a participação voluntária de seus parentes – medicadas e, em alguns casos, hospitalizadas. Os grupos Maxakali tentaram, sem sucesso, diferentes alternativas de cura, até concluírem tratar-se de um processo de feitiçaria. Neste percurso, recorreram a plantas medicinais, medicina ocidental, consultas com benzedores e rituais

xamânicos. Por fim, realizaram um ritual de contra-feitiçaria, com o objetivo de negociar diplomaticamente com o feiticeiro, para persuadi-lo a retirar o feitiço.

Para contextualizar as práticas médicas, administrativas e políticas dos grupos não-indígenas na atenção à saúde da população indígena Maxakali, foram descritos os serviços prestados nos diversos âmbitos institucionais da FUNASA: nacional (DESAI – Brasília), estadual (CORE – Belo Horizonte), regional (DSEI-MG/ES – Governador Valadares) e local (Machacalis e TI Maxakali). As relações intersocietárias são marcadas pela alternância de situações de conflito e cooperação. Apesar da hegemonia técnica, econômica e política dos não-indígenas, na situação social enfocada, as relações entre os distintos grupos pautaram-se por um interesse comum: evitar mortes infantis. Nesta ocasião os grupos em relação alteraram suas condutas usuais para enfrentar a perturbação. A escolha entre as práticas de cura variou de acordo com a maneira como a perturbação foi interpretada (a causa socialmente relevante). As diferenças e conflitos – entre os grupos Maxakali e intersocietárias – foram equilibradas por meio de relações de diplomacia, negociação e cooperação.

A epidemia e seus desdobramentos evidenciaram a plasticidade das crenças e práticas em articulação. A inventividade dos grupos Maxakali para incorporar, de forma reelaborada, elementos “emprestados” de outras correntes de tradições culturais, foi expressa pela conjugação de distintas práticas de cura. Entretanto, como o episódio foi interpretado como relacionado a fatores sobrenaturais, vinculado às disputas entre grupos rivais, os grupos Maxakali priorizaram as práticas mágicas.

A análise da situação social (Gluckman, 1987) evidenciou como as dinâmicas relações – de aliança e rivalidade, sempre em potencial transformação – estabelecidas pelos diversos grupos Maxakali influenciam suas relações com grupos não-indígenas, e vice-versa. A noção de interdependência permitiu um entendimento dos processos de adaptação mútua entre os grupos em relação, por possuírem interesses comuns. Essa mesma noção proporcionou uma nova perspectiva acerca dos conflitos presentes nesta coletividade – como inerente aos movimentos de cooperação e diferenciação entre os distintos grupos em relação. No momento da epidemia diversos Maxakali esforçaram-se para entender as práticas médicas e as concepções não-indígenas sobre seus corpos. Do mesmo modo, alguns profissionais de saúde não-indígenas manifestaram interesse e buscaram compreender as condutas Maxakali em suas práticas de cura. O ritual de contra-

feitizaria realizado no posto de saúde em Água Boa, por exemplo, contou com a permissão e colaboração da equipe do Pólo-Base.

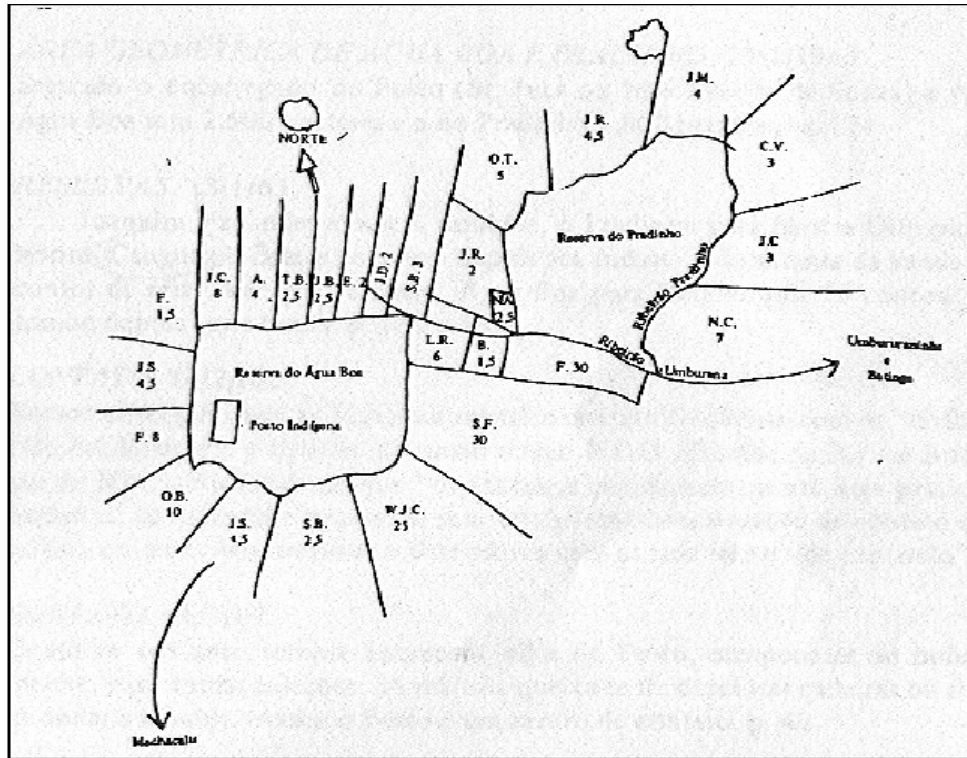
O conglomerado de vozes aqui apresentado a respeito desta situação social específica possibilita a construção de outra perspectiva sobre as interações entre os profissionais envolvidos na atenção à saúde e grupos indígenas, no caso os Maxakali, a partir do conceito de interdependência (Gluckman, 1987), o eixo capaz de equilibrar os movimentos de fissão e fusão neste sistema social mais amplo.

As diversas crenças e práticas de cura acionadas no controle da perturbação evidenciaram as relações entre concepções cosmológicas e vínculos relacionais dos grupos envolvidos. Todas as relações – de gênero, políticas, xamânicas, próprias aos grupos Maxakali, internas aos grupos não-indígenas e intersocietárias – passaram por processos de conflito e cooperação.

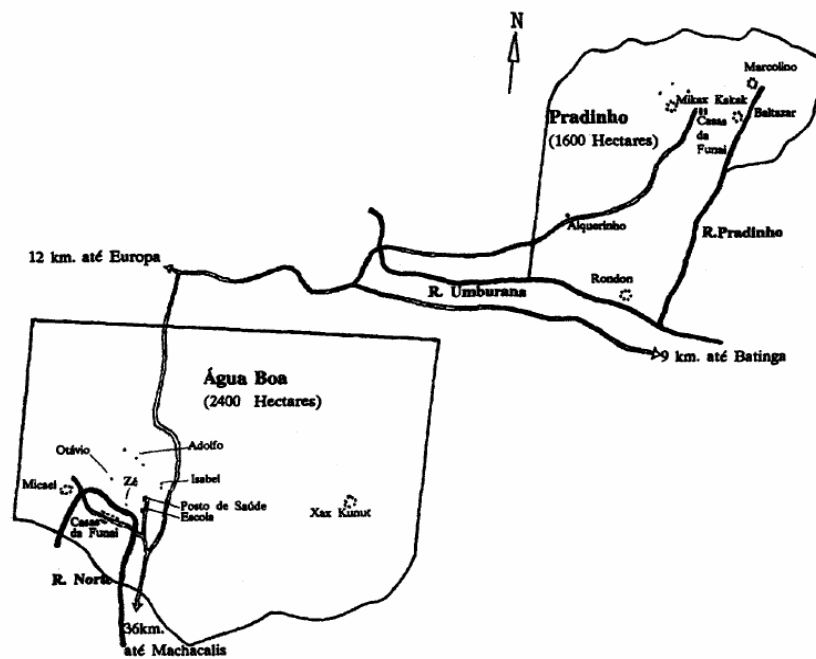
Assim, esta etnografia buscou revelar que a dinâmica entre as diversas relações sociais e o controle daquela perturbação foi alcançado mediante a articulação dos esforços de todos os sujeitos e grupos, pautados pelo interesse comum de evitar as mortes infantis.

ANEXO A - Mapas Água Boa e Pradinho

Água Boa e Pradinho rodeadas pelas fazendas que estiveram em seu território durante cerca de cinquenta anos:



Fonte: Marcos Rubinger (1980)



Fonte: Frances Popovich (1908:14)

ANEXO B - Roteiros semi-estruturados para entrevista

Roteiro Semi- Estruturado Maxakali

I – Episódio de surto de diarreia infantil

- Memória do que aconteceu
- Origens da diarreia
- Interpretações nativas sobre a diarreia
- Porquê incidiu sobre as crianças
 - A que perigos as crianças estão expostas, que não os adultos
 - Gestação
 - Como o corpo da criança é formado
 - Cuidados com as crianças
 - Divisões sexuais das tarefas cotidianas e rituais (aprofundar relação com as crianças)
- Quais tratamentos foram utilizados
 - Estruturação serviços governamentais de saúde – diversos âmbitos de atendimento
 - Tradições de conhecimentos – uso de cada uma
 - Articulação medicina ocidental e outras práticas de cura (benzedores, xamanismo)
 - Relações com as equipes de saúde

II – Saúde e Doença

- Origens das doenças
- Interpretação dos sintomas
- Como percebem as diferentes doenças que os acometem
- Como reconhecer a eficácia de um método de tratamento
- Quais critérios definem uma situação orgânica saudável
- Como entendem a medicina ocidental
- Saúde e Meio ambiente / Subsistência

III – Cosmologia

- Calendário ritual
- Ciclos xamânicos – cura
- Pra que são realizados rituais
- Diferenças entre os rituais
- Origens dos yamîy xop
- Yamîy xop – crianças
- Xamanismo e formação da pessoa - Construção da pessoa / corporalidade
- Feitiçaria e doença (explicações)
- Xamanismo e feitiçaria

II – Desdobramentos

- Relações internas - conflitos
- Divisão da comunidade (processo eleitoral) – jogar verde
- Feitiçaria (foi ou não foi? Porquê?)
- Como os conflitos foram resolvidos
- Percepção do processo de vendetas
- Como as pessoas se posicionaram depois do conflito
- Relações externas

IV – Quem (atualmente e em fevereiro/2004)

- Grupo de parentesco
- Alianças políticas familiares (casamentos entre quais grupos)
- Co-habitação na aldeia – sociabilidade e territorialidade
- Kuxey

Roteiro Semi- Estruturado Equipe de Saúde

I – Episódio Surto de diarreia infantil

- Memória do que aconteceu
- Etiologia da diarreia
- Porquê incidiu sobre as crianças
- Percepção das interpretações nativas sobre a diarreia
- Percepção das relações de gênero nessa ocasião de epidemia
- Quais diagnósticos e tratamentos foram utilizados
- Como se articularam as atividades das diversas equipes (TI, Posto de Saúde, CASAI, hospitais)? Funcionou bem?
- Articulação medicina ocidental e outras práticas de cura (benzedores, xamanismo)
- O que é saúde e doença
 - Quais critérios definem uma situação orgânica saudável (comentários sobre a situação sanitária Maxakali (condições / meio-ambiente)
- Percepções sobre a vida ritual entre os Maxakali naquela ocasião
- Como é a cosmologia Maxakali
- Feitiçaria (o que ouviram e pensaram a respeito?)
- Visão das relações entre os grupos Maxakali
- Quem são os muitos Maxakali nessa situação de conflito?
- Como os grupos familiares se organizavam no espaço terrestre
- Percepção do processo de vendetas

II – Desdobramentos

- Como os conflitos foram resolvidos
- Que posições foram assumidas ao final desse processo
- Como as pessoas se posicionaram depois do conflito
- Relações externas

III – Quem

- Trajetória profissional
- Como chegou à equipe de saúde Maxakali?
- Rotina semanal e mensal

ANEXO C - Índices municipais / Vale do Mucuri

Município	População total	População urbana	População rural	Percentual de pessoas que freqüentam o fundamental em relação à população de 7 a 14 anos	Percentual de pessoas que freqüentam o ensino médio em relação à população de 15 a 17 anos	Percentual de pessoas que freqüentam curso superior em relação à população de 18 a 22 anos	Taxa de alfabetização	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal	Esperança de vida ao nascer	Intensidade da pobreza
Bertópolis	4436	2444	1992	110,54	42,76	0,77	63,94	0,585	60,21	55,64
Santa Helena de Minas	5753	2762	2991	110,45	57,07	0,55	61,92	0,594	62,63	55,8
Machacalis	6917	5891	1026	116,68	60,28	3,28	72,13	0,637	63,52	47,62
Águas Formosas	17845	12594	5251	130,99	57	4,76	68,15	0,639	62,92	56,93
Teófilo Otoni	129424	102812	26612	123,85	85,71	10,58	81,65	0,742	69,76	44,53
Governador Valadares	247131	236098	11033	121,79	90,17	17,32	89,53	0,772	68,19	39,90
Belo Horizonte	2238526	2238526	0	123,39	108,91	33,91	95,38	0,839	70,52	40,64

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil / PNUD, 2003. Indicadores do Censo do IBGE de 2000.

ANEXO D - Orçamento Indigenista 2000 / 2006

Orçamento Indigenista 2000 / 2006 (valores deflacionados)							
Instituição	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Ministério da Saúde – FUNASA Ações: gastos com a atenção à saúde indígena.	86.540.427	132.306.878	165.324.098	158.709.401	196.959.141	225.007.411	248.830.001
Ministério da Justiça – FUNAI Ações: proteção de Terras Indígenas, gestão territorial e etnodesenvolvimento.	36.964.970	81.211.471	66.508.812	64.209.330	61.497.814	57.205.298	57.205.298

Fontes: Sistema de Administração Financeira do Tesouro Nacional (SIAFI / STN), SIGA Brasil e Consultoria de Orçamento da Câmara dos Deputados.

Observação: Ricardo Verdum (Verdum, 2006) ressaltou em sua palestra o que mostram os números:

Houve uma queda nas ações fundiárias (FUNAI) e uma concentração e crescimento dos investimentos na área da saúde indígena (FUNASA).

ANEXO E - Indicadores do SIASI

Características Populacionais, Etnia Maxakali/MG – 2004

PÓLO BASE	Aldeia	Residências	Famílias	Pessoas	Masculino	Feminino
ÁGUA BOA	18	86	126	628	310	318
PRADINHO	17	66	108	538	282	256
TOTAL	35	152	234	1166	592	574

Fonte: SIASI/DSEI-MG/ES (FUNASA, 2004b:8)

INDICADORES DE NATALIDADE / Etnia Maxakali – Maio/2004

	Pólo Base Água Boa	Pólo Base Pradinho
Taxa de fecundidade (x 100)	7,74	16,41
Taxa de Nascimentos (x 1000)	1,91	3,90

Fonte: SIASI/DSEI-MG/ES (FUNASA, 2004b:8)

INDICADORES DE MORTALIDADE / Etnia Maxakali – Maio/2004

	Pólo Base Água Boa	Pólo Base Pradinho
Taxa anual bruta de mortalidade (x 100)	2,39	1,12
Taxa de mortalidade específica segundo sexo (x 1000)	Masculino 32,26 Feminino 15,72	Masculino 10,64 Feminino 11,72
Taxa de mortalidade neonatal (x 1000)	4,78	5,58
Taxa de mortalidade infantil tardia ou pós-neonatal (x 1000)	11,15	3,72
Taxa de mortalidade infantil 1 (x 1000)	11,15	7,43
Taxa de mortalidade infantil 2 (x 1000)	44,12	20,83
Taxa de mortalidade específica segundo grupo de idade (x 1000) - Geral	2,39	1,12

Fonte: SIASI/DSEI-MG/ES (FUNASA, 2004b:9)

DADOS DE MORBIDADE

SIASI – ABRIL DE 2004

(Atendimentos prestados pelas equipes dos Pólos no mês de abril de 2004)

Cid Morbidade	No.
R50.1-Febre Persistente	50
R05-Tosse	50
A09-Diarreia e Gastroenterite Orig Infecc Presum	31
R51-Cefaleia	24
K59.1-Diarreia Funcional	16
R06.0-Dispneia	15
M54.5-Dor Lombar Baixa	14
R11-Nausea E Vomitos	13
M79.6-Dor Em Membro	10
R10-Dor Abdominal e Pelvica	8
H66.0-Otite Media Aguda Supurativa	8
O80.0-Parto Espontaneo Cefalico	7
M79.1-Mialgia	7
L01-Impetigo	7
J03-Amigdalite Aguda	7
E44.0-Desnutric Proteico-Calorica Moderada	7
L02.4-Abscesso Cutaneo Furunculo E Antraz Membros	6
J20-Bronquite Aguda	6
H65.0-Otite Media Aguda Serosa	6
R07.0-Dor De Garganta	5
J06.9-Infecc Aguda Das Vias Aereas Super Ne	5
C84.0-Micose Fungoide	5
S91.3-Ferim De Outr Partes Do Pe	4
L02-Abscesso Cutaneo Furunculo E Antraz	4
K92.1-Melena	4
S01-Ferim Da Cabeça	3
S01.0-Ferim Do Couro Cabeludo	3
R63.0-Anorexia	3
R14-Flatulencia E Afecoes Correlatas	3
R10.3-Dor Localizada Em Outr Partes Abdome Infer	3
M54.6-Dor Na Coluna Toracica	3
B82-Parasitose Intestinal Ne	3
T78.4-Alergia Ne	2
S81-Ferim Da Perna	2
S63.0-Luxacao Do Punho	2
S53.0-Luxacao Da Cabeça Do Radio	2
S01.5-Ferim Do Labio E Da Cavidade Oral	2
R52.1-Dor Cronica Intratavel	2
R10.1-Dor Localizada No Abdome Super	2
O86.2-Infecc Das Vias Urinarias Subsequentes Parto	2
O62.4-Contraç Uterinas Hiperton Incoord Ou Prolong	2
K04.0-Pulpite	2
J22-Infecc Agudas Ne Das Vias Aereas Infer	2
J18.9-Pneumonia Ne	2
J18.0-Broncopneumonia Ne	2
E44.1-Desnutric Proteico-Calorica Leve	2
E42-Kwashiorcor Marasmatico	2
E40-Kwashiorcor	2
B86-Escabiose	2
X79-Lesao Autoprov Intenc P/Objeto	1

T78.4-Alergia Ne	1
R52.1-Dor Cronica Intratavel	2
R10.1-Dor Localizada No Abdome Super	2
O86.2-Infecc Das Vias Urinarias Subsequentes Parto	2
O62.4-Contraç Uterinas Hiperton Incoord Ou Prolong	2
K04.0-Pulpite	2
J22-Infecc Agudas Ne Das Vias Aereas Infer	2
J18.9-Pneumonia Ne	2
J18.0-Broncopneumonia Ne	2
E44.1-Desnutric Proteico-Calorica Leve	2
E42-Kwashiorcor Marasmatico	2
E40-Kwashiorcor	2
B86-Escabiose	2
X79-Lesao Autoprov Intenc P/Objeto Contudente	1
T78.4-Alergia Ne	1
T03-Luxac Entors Distens Envolv Reg Mult Corpo	1
S90.3-Contusao De Outr Partes E Partes Ne Do Pe	1
S60.2-Contusao De Outr Partes Do Punho E Da Mao	1
S52-Frat Do Antebraco	1
S42.0-Frat Da Clavícula	1
S06.6-Hemorragia Subaracnoide Dev Traum	1
R45.3-Apatia E Desinteresse	1
P39.4-Infecc Neonatal Da Pele	1
O60-Parto Pre-Termo	1
O23.5-Infecc Do Trato Genital Na Gravidez	1
O13-Hipertensao Gestacional S/Proteinuria Signif	1
N14.4-Nefropatia Toxica Ncop	1
L29-Prurido	1
K70.3-Cirroze Hepatica Alcoolica	1
K29.2-Gastrite Alcoolica	1
J21-Bronquiolite Aguda	1
I15-Hipertensao Secund	1
F44.5-Convulsoes Dissociativas	1
F20.6-Esquizofrenia Simples	1
F20.4-Depressao Pos-Esquizofrenica	1
B37.0-Estomatite P/Candida	1
A06-Amebiase	1

Fonte: SIASI/DSEI-MG/ES (FUNASA, 2004b:24-5)

DADOS DE MORBIDADE / SIASI – JANEIRO / 2004

(período da epidemia de diarreia infantil)

CID - 10	No.
A09-DIARREIA E GASTROENTERITE ORIG INFECC PRESUM	131
K59.1-DIARREIA FUNCIONAL	37
R05-TOSSE	23
R50.1-FEBRE PERSISTENTE	17
R11-NAUSEA E VOMITOS	15
R51-CEFALEIA	14
B82-PARASITOSE INTESTINAL NE	13
M79.6-DOR EM MEMBRO	12
K92.1-MELENA	12
L02.8-ABCESSO CUTANEO FURUNCULO E ANTRAZ OUTR LOC	9
O80.1-PARTO ESPONTANEO PELVICO	7
J06.9-INFECC AGUDA DAS VIAS AEREAS SUPER NE	7
H65.0-OTITE MEDIA AGUDA SEROSA	5
R06.0-DISPNEIA	4
J02-FARINGITE AGUDA	4
S01.0-FERIM DO COURO CABELUDO	3
R07.0-DOR DE GARGANTA	3
L01.0-IMPETIGO	3
K04.0-PULPITE	3
R10.1-DOR LOCALIZADA NO ABDOME SUPER	2
M54.6-DOR NA COLUNA TORACICA	2
L20-DERMATITE ATOPICA	2
J18.0-BRONCOPNEUMONIA NE	2
I15-HIPERTENSAO SECUND	2
H66.0-OTITE MEDIA AGUDA SUPURATIVA	2
E44.0-DESNUTRIC PROTEICO-CALORICA MODERADA	2
E43-DESNUTRIC PROTEICO-CALORICA GRAVE NE	2
Z32.0-GRAVIDEZ NAO CONFIRMADA	1
S63.1-LUXACAO DO DEDO	1
S61.0-FERIM DE DEDOS S/LESAO DA UNHA	1
S53.0-LUXACAO DA CABECA DO RADIO	1
S01-FERIM DA CABECA	1
R86.9-ACHADO ANORMAL NE	1
R60.0-EDEMA LOCALIZADO	1
R50.9-FEBRE NE	1
R14-FLATULENCIA E AFECCOES CORRELATAS	1
R10.3-DOR LOCALIZADA EM OUTR PARTES ABDOME INFER	1
Q81-EPIDERMOLISE BOLHOSA	1
M79.1-MIALGIA	1
L08.0-PIODERMITE	1
J11.1-INFLUENZA C/OUT MANIF RESP DEV VIRUS N IDENT	1
J03-AMIGDALITE AGUDA	1
H92.0-OTALGIA	1
H60-OTITE EXTERNA	1
E40-KWASHIORKOR	1
B86-ESCABIOSE	1

Fonte: SIASI/DSEI-MG/ES (FUNASA, 2004b:38)

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA. 25º Reunião Brasileira de Antropologia; saberes e práticas antropológicas – desafios para o século XXI. Goiânia: ABA, 2006.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Informação e Documentação**; Referências, Elaboração. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.unb.br/ciord/informacoes/defesa/abnt_nbr6023_2002_referencia.pdf> Acesso em: 07 de Abril de 2007a.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Normas da ABNT para elaboração de Trabalhos Científicos**. Disponível em: <<http://www.admbrasil.com.br/abnt.htm>> Acesso em: 07 de Abril de 2007b.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA / ABRASCO. 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e 11º Congresso Mundial de Saúde Pública. **Políticas e Práticas de Saúde Indígena, 1999 – 2006** (Oficina de Trabalho). Rio de Janeiro, 2006.
- ADAM, Philippe & HERZLICH, Claudine. **Sociologia da doença e da medicina**. Laureano Pelegrin (Trad.). Bauru: Edusc, 2001.
- AFONSO, Marco Aurélio Crocco; CAVALCANTE, Anderson; BARRA, Cláudio; VAL, Vanessa da Costa. Desenvolvimento econômico, preferência pela liquidez e acesso bancário: um estudo de caso. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2003.
- ÁLVARES, Myriam Martins. A educação indígena na escola e a domesticação indígena da escola. In: XXI Reunião Brasileira de Antropologia, p.223-249, Vitória/ES, abril de 1998.
- ÁLVARES, Myriam Martins. **Yãmiy, Os espíritos do canto**: a construção da pessoa na sociedade Maxakali. 1992. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Departamento de Antropologia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1992.
- AMBIENTE BRASIL. **O ICMS Ecológico na Biodiversidade** - Por Wilson Loureiro. Disponível em: <<http://www.ambientebrasil.com.br/composer.php3?base=:/snuc/index.html&conteudo=:/snuc/artigos/icmsm.html>>. Acesso em: 07 de Janeiro de 2007.
- ATHIAS, Renato. Doença e cura: sistema médico e representação entre os Hupdë-Maku da região do Rio Negro, Amazonas. **Horizontes Antropológicos: corpo, doença e saúde**. Ano 4, nº 9, 1998, pp. 237-261.

ATHIAS, Renato; MACHADO, Marina. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários. Discursos antropológicos e médicos. **Cadernos de Saúde Pública**, 17(2), 2001, pp. 425-431.

BARTH, Fredrik. [1928] A Análise da Cultura nas Sociedades Complexas. In: Barth, Fredrik ; Lask, Tomke (org.); **O guru, o iniciador e outras variações antropológicas** / John Cunha Comerford (tradução). Rio de Janeiro: Contracapa, 2000.

BICALHO, Charles Antônio de Paula. **Maxakali**. (Blogger) Disponível em: <<http://maxakali.blogspot.com/>>. Acesso em: 07 de Fevereiro de 2007.

BICALHO, Charles Antônio de Paula. **Mini-Dicionário Maxakali-Português**. Mimeo, s/d.

BICALHO, Charles Antônio de Paula. **Narrativas Oraís Maxakali**: Uma Proposta de Transcrição e Análise. 2004. Dissertação (Mestrado em Letras) – Faculdade de Letras, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

BRASIL. Presidência da República Federativa do Brasil. Decreto de homologação da demarcação administrativa da Terra Indígena Maxacali. Brasília: **Diário Oficial da União**, 02 de outubro de 1999.

BRAZZABENI, Micol. **Scuola indigena e formazione degli insegnanti. Una ricerca etnografica tra i tikmu'um (Maxakali) del Minas Gerais, Brasile**. Tese (Doutorado em "Qualità della Formazione") – Facoltà di Scienze della Formazione, Dipartimento di Scienze dell'Educazione e dei Processi Culturali e Formativi. Firenze: Università Degli Studi Di Firenze, 2006.

BUCHILLET, Dominique (Org.). **Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia**. Belém: CEJUP / Museu Paraense Emilio Goeldi / UEP, 1991a.

BUCHILLET, Dominique. Impacto do contato sobre as representações tradicionais da doença e de seu tratamento: uma introdução. In: Dominique Buchillet (Org.), **Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia**. Belém: CEJUP / Museu Paraense Emilio Goeldi / UEP, 1991b, p. 161-174.

BUCHILLET, Dominique. Cultura e Saúde Pública: reflexões sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro. In: Langdon, E. J. e Garnelo, L. (org.), **Saúde dos Povos Indígenas** – reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contracapa Livraria / Associação Brasileira de Antropologia, 2004.

CANGUILHEM, Georges. [1966] **O Normal e o Patológico**. Tradução de Maria T. R. C. Barrocas. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1978.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. Práticas interétnicas e moralidade: por um indigenismo (auto)crítico. In: Cardoso de Oliveira, Roberto; Cardoso de Oliveira, Luiz Roberto. **Ensaio antropológico sobre moral e ética**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.

CIMI / Conselho Indigenista Missionário. **Maxakali na luta pela Vida**. Belo Horizonte: Conselho Indigenista Missionário, 1984.

CIMI / Conselho Indigenista Missionário. **Relatório do DRP - Povo Maxakali: sua cultura, suas perspectivas**. Realização: Povo Maxakali, CIMI/Equipe Maxakali, Comissão Pastoral da Terra. Colaboração ARMICOPA. Belo Horizonte: Conselho Indigenista Missionário, 1995.

CNS / Conselho Nacional de Saúde. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 196/96. **Conselho Nacional de Saúde**. Brasília, Vol. 4, nº 2, 1996.

COIMBRA Jr., Carlos E. A. & SANTOS, Ricardo. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: COIMBRA Jr., C. E. A. (Org.) **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ / ABRASCO, 2000, p. 14-48.

COIMBRA Jr., Carlos E. A. (Org.) **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ / ABRASCO, 2000.

CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO / ASSESSORIA DE IMPRENSA. **Síntese dos Relatórios de Fiscalização – 12º Sorteio 22/02/2005 - Município 26 – Santa Helena de Minas / MG**. Disponível em:

<http://www.cgu.gov.br/Imprensa/Arquivos/2005/SinteseRelatorios12/sorteio12_mg_santa%20helena%20de%20minas.pdf>. Acesso em: 07 de janeiro de 2007.

CORRÊA, José Gabriel Silveira. Política Indigenista, tutela e deslocamento de populações: a trajetória histórica dos Krenak sob a gestão do Serviço de Proteção aos Índios. **Arquivos do Museu Nacional**. Rio de Janeiro, vol. 61, nº 2, abr/jun. 2003, p. 89-106.

DOUGLAS, Mary. [1966] **Pureza e Perigo**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1976.

DOUGLAS, Mary. **Introduction: Thirty years after Witchcraft, Oracles and Magic**, p. xvi, s/d.

DUMONT, Louis. **Homo Hierarchicus** - O sistema das castas e suas implicações. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1992.

DUMONT, Louis. **O individualismo** - Uma perspectiva antropológica da ideologia moderna. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.

ERTHAL, Regina M. C. **O suicídio Ticuna na região do Alto Solimões – AM**. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP/FIOCRUZ/MS. Rio de Janeiro: ENSP, FIOCRUZ, 1998.

EVANS-PRITCHARD, Edward Evan. [1976] **Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande** / E.E. Evans-Pritchard; edição resumida e introdução, Eva Gillies; tradução Eduardo Viveiros de Castro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

FIGUEROA, Alba. **Levantamento Antropológico da Situação do Povo Maxakali e do Funcionamento dos Serviços de Atenção à Saúde - DSEI MG/ES**. Relatório relativo às viagens de 15 a 19/10/2001 e de 25/02 a 8/03/2001. Brasília: FUNASA/MS, 2001.

FRANCHETTO, Bruna. Mulheres entre os Kuikuro. **Estudos Feministas**, Vol. 4, nº 1/96. ICS/UFRJ – PPCIS/UERJ, 1996, p. 35-54.

FRANCHETTO, Bruna; CAVALCANTI, Maria Laura V. C.; HEILBORN, Maria Luiza. Antropologia e Feminismo. **Perspectivas Antropológicas da Mulher**, Vol. 1. Rio de Janeiro: Zahar Editora, 1981, pp. 10-47.

FUNAI / Fundação Nacional do Índio. Povos Indígenas. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/>>. Acesso em: 05 de dezembro de 2006.

FUNASA / Fundação Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/>>. Acesso em: 05 de dezembro de 2006.

FUNASA / Fundação Nacional de Saúde. **Perfil Demográfico e Perfil Morbi-Mortalidade. Etnia Maxakali** – SIASI (Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena). Governador Valadares: FUNASA/MS, DSEI-MG/ES, 2004a. Relatório. Mimeo.

FUNASA / Fundação Nacional de Saúde. **Etnia Maxakali** – Banco de Dados do SIASI (Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena), Atenção Básica à Saúde Indígena, Etnia: Maxakali. Governador Valadares: FUNASA/MS, DSEI-MG/ES, 2004b. Relatório. Mimeo.

FUNASA / Fundação Nacional de Saúde. **Monitoramento das doenças diarreicas agudas**, Município Santa Helena de Minas e Bertópolis, Minas Gerais, Povo Indígena Maxakali. Autoria do relatório: Jorge Sérgio Tavares Lima e Roberto Carlos de Oliveira. Governador Valadares: FUNASA/MS, DSEI-MG/ES & Missão Evangélica Caiuá, 2004c. Relatório. Mimeo.

FUNASA / Fundação Nacional de Saúde. **Portaria FUNASA nº 852, de 30 de setembro de 1999**. Disponível em: <http://www.pgr.mpf.gov.br/pgr/6camara/acervo/juridico/legislacao/09/portaria_funasa_85299.pdf>. Acesso em: 10 de dezembro de 2006.

GALLOIS, Dominique. A categoria “doença de branco”: ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena?. In: Dominique Buchillet (Org.), **Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia**. Belém: Edições CEJUP / Museu Paraense Emílio Goeldi / UEP, 1991, p. 175-206.

GARNELO, Luiza & BRANDÃO, Luis Carlos. Avaliação preliminar do processo de distritalização sanitária indígena no Estado do Amazonas. In: Coimbra, C; Santos, L.; Escobar, A. L. (orgs), **Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, 2003, p. 235-257.

GARNELO, Luiza. **Poder, hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

GARNELO, Luiza; MACEDO, G.; BRANDÃO, Luis Carlos **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2003.

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

GLUCKMAN, Max. [1958] Análise de uma situação social na Zululândia moderna. In: FELDMAN-BIANCO (org), **Antropologia das Sociedades Contemporâneas: Métodos**. São Paulo: Global, 1987, p. 227-374.

HEILBORN, Maria Luiza. **Dois é Par - Gênero e identidade sexual em contexto igualitário**. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2004.

HEILBORN, Maria Luiza. Gênero: um olhar estruturalista. In: PEDRO, Joana Maria; GROSSI, Miriam Pilar (orgs.). **Masculino, Feminino, Plural**. Florianópolis: Editos Mulheres, 1998.

HERITIÉR, Françoise. A coxa de Júpiter: reflexão sobre os novos modos de procriação. **Revistas Estudos Feministas**, ano 8, nº 1, 2000.

HERITIÉR, Françoise. Masculino/Feminino. In: **Enciclopédia EINAUDI**. Vol. 20 (Parentesco), Lisboa, 1972.

IBGE / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tendências demográficas: uma análise dos indígenas com base nos resultados da amostra dos Censos Demográficos 1991 e 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tendencia_demografica/indigenas/defaulttab.shtm>. Acesso em: 05 de dezembro de 2006.

IMS / Instituto de Medicina Social. Manual do Aluno / Áreas de Concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde e Ciências Humanas e Saúde. Disponível em:

<http://www.ims.uerj.br/downloads/Manual_aluno%20DPAS_e_DPIS%202006.pdf>.
Acesso em: 07 de Abril de 2007.

ISA / Instituto Socioambiental. Povos Indígenas no Brasil. Disponível em:
<<http://www.socioambiental.org/pib/portugues/quonqua/qqindex.shtm>>. Acesso em: 05 de dezembro de 2006.

KLEINMAN, Arthur. **Patients and Healers in the Context of Culture** – An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. London: University of California Press. 1980.

KLEINMAN, Arthur. Some issues for a comparative study of medical healing.
International Journal of Social Psychiatry, vol. 19, 1973, p. 159-165.

LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza (org.). **Saúde dos Povos Indígenas** – reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contracapa Livraria / Associação Brasileira de Antropologia, 2004.

LANGDON, Esther Jean. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: Langdon, E. J. e Garnelo, L. (org.), **Saúde dos Povos Indígenas** – reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contracapa Livraria / Associação Brasileira de Antropologia, 2004.

LANGDON, Esther Jean. Saúde, Saberes e Ética - Três Conferências sobre Antropologia da Saúde. **Antropologia em Primeira Mão**, Vol. 37. Florianópolis: UFSC/PPGAS, 1999.

LANGDON, Esther Jean. A doença como Experiência: A Construção da Doença seu Desafio para a Prática Médica. **Antropologia em Primeira Mão**, vol. 12. Florianópolis: UFSC/PPGAS, 1995.

LANGDON, Esther Jean. Representações da doença e itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana. In: Santos, R. & Coimbra Jr., C. E. A. (org.), **Saúde e Povos Indígenas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, p. 115-141.

LAS CASAS, Rachel de. Relações de Gênero nos Itinerários Terapêuticos Maxakali. **8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, Ciência & Saúde Coletiva - Saúde Coletiva em um Mundo Globalizado: rompendo barreiras sociais, econômicas e políticas / Anais, Comunicações Coordenadas: Abordagens Antropológicas em Saúde Indígena** (Coord.: Ricardo Ventura Santos / FIOCRUZ), 2006, Rio de Janeiro: Resumo, CD-ROM da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva / ABRASCO, 2006a.

LAS CASAS, Rachel de. Um olhar sobre o sistema local de saúde Maxakali e seus múltiplos itinerários terapêuticos. **25º Reunião Brasileira de Antropologia - Saberes e práticas antropológicas / desafios para o século XXI, V.1.0.**, 2006, Goiânia: CD-ROM da 25º Reunião Brasileira de Antropologia / ABA, 2006b.

LAS CASAS, Rachel de. **Os itinerários terapêuticos Maxakali e a influência das relações de gênero na manutenção da saúde**: Relatório II. Relatório produzido para o 2º Workshop de acompanhamento do Programa Interinstitucional de Treinamento em Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva. Rio de Janeiro: IMS / UERJ / Fundação Ford, 21 p., outubro, 2005a. Relatório. Mimeo.

LAS CASAS, Rachel de. **Os itinerários terapêuticos Maxakali e a influência das relações de gênero na manutenção da saúde**: Relatório I. Relatório produzido para o 1º Workshop de acompanhamento do Programa Interinstitucional de Treinamento em Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva. Rio de Janeiro: IMS / UERJ / Fundação Ford, 47 p., maio, 2005b. Relatório. Mimeo.

LAS CASAS, Rachel de. **Algumas considerações sobre o surto de diarreia infantil e o sistema de atendimento à saúde Maxakali**. Relatório produzido voluntariamente para subsidiar as ações da CORE-MG e DSEI-MG/ES - FUNASA. Belo Horizonte, 2004. Relatório. Mimeo.

LAS CASAS, Rachel & PENA, João Luiz. **Relatório de Viagem - Considerações Sobre os Conflitos Recentes Vividos pela Sociedade Maxakali**. Relatório produzido voluntariamente para subsidiar as ações da CORE-MG e DSEI-MG/ES - FUNASA. Belo Horizonte. 2004b, 16 p. Relatório. Mimeo.

LAS CASAS, Rachel de; TUGNY, Rosângela Pereira; PENA, João Luiz; PAREDES-CASTRO, Victor Miguel. **Itinerários do consumo de bebidas de alto teor alcoólico - Os Maxakali como sujeitos no processo de produção de sua etnografia**. Projeto encaminhado à FUNASA. Brasília: FUNASA/DESAI, 2004c. Projeto. Mimeo.

LAS CASAS, Rachel de. **Um Olhar sobre a Educação Escolar Indígena Maxakali**. Relatório de bolsa de aperfeiçoamento na Pesquisa Sujeitos Socioculturais na Educação Indígena – Uma Investigação Interdisciplinar. Belo Horizonte: FAE/UFMG/FAPEMIG, UFJR, 2003. Relatório. Mimeo.

LAS CASAS, Rachel de. Povo Maxakali. **Publicação Povos Indígenas de Minas Gerais**. Revista Informativa da Qualificação Profissional, Secretaria de Estado do Trabalho, da Assistência Social, da Criança e do Adolescente, Novembro de 2001.

LOPES, Helger Marra; MACEDO, Paulo Brígido Rocha; MACHADO, Ana Flávia. **Análise multidimensional de pobreza para as meso e microrregiões de Minas Gerais**. Disponível em: <<http://www.cedeplar.ufmg.br/diamantina2004/textos/D04A014.PDF>>. Acesso em: 24 de Janeiro de 2007.

MAUSS, Marcel. [1934] **Sociologia e Antropologia**. Tradução Paulo Neves. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.

McCALLUM, Cecília. O corpo que sabe – da epistemologia Kaxinawá para uma antropologia médica das terras baixas sul-americanas. In: **Antropologia da Saúde –**

Traçando identidades e explorando fronteiras, Paulo C. Alves; Miriam C. Rabelo (org.). Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1998.

MENEZES BASTOS, Rafael José. Musicalidade e Ambientalismo: ensaio sobre o encontro Raoni-Sting. **Antropologia em Primeira Mão**. Florianópolis: UFSC/PPGAS, 1993.

MISSAGIA DE MATTOS, Izabel. “Civilização” e “Revolta” – Povos Botocudo e **Indigenismo Missionário na Província de Minas**, 2002. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

MONTERO, Paula. **Da doença à desordem – a magia na umbanda**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

NATURANTINS. **ICMS Ecológico**. Disponível em: <http://www2.naturatins.to.gov.br/icms_ecologico/corpo.php>. Acesso em: 07 de Janeiro de 2007.

NESCON / Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva. **Estudo das Práticas Terapêuticas Tradicionais Indígenas – Grupos Indígenas Krenak, Maxakali, Pataxó e Xakriabá**. Relatório elaborado por Izabel Missagia de Mattos e Myriam M. Alvares. Belo Horizonte: NESCON / UFMG, 1992.

NIMUENDAJÚ, Curt. Índios Maxakali. **Revista de Antropologia**. V.6, nº 1, Jun. 1958, pp. 209-218.

NIMUENDAJÚ, Curt. **Textos Indigenistas: Relatórios, Monografias, Cartas**. SP: Ed. Loyola, 1963.

OLIVEIRA, João Pacheco. Cidadania e globalização: povos indígenas e agências multilaterais. In: Souza Lima, A. C.; Barroso-Hoffmann, M. (orgs.), **Além da Tutela: bases para uma nova política indigenista III**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria / LACED, 2002.

OLIVEIRA, João Pacheco. Pluralizando tradições etnográficas: sobre um certo mal-estar na antropologia. In: Langdon, E. J.; Garnelo, L. (org.), **Saúde dos Povos Indígenas – reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contracapa Livraria / Associação Brasileira de Antropologia, 2004.

PACHECO, Gustavo de Britto Freire. **Brinquedo de cura: um estudo sobre a pajelança maranhense**. Disponível em: <http://teses.ufrj.br/PPGAS_D/GustavoDeBrittoFreirePacheco.pdf>. Acesso em: 15 de dezembro de 2006. Rio de Janeiro: UFRJ, 2004.

OLIVEIRA, Luciane Monteiro. **A Produção Gráfica dos Maxakali e a Escola Diferenciada: como Estabelecer o Diálogo Intercultural?** Disponível em: <<http://www.rizoma.ufsc.br/pdfs/144-of10b-st2.pdf>>. Acesso em: 15 de Janeiro de 2007, s/d.

PARAISO, Maria Hilda. **Maxakali, o Povo do Canto**. Belo Horizonte: Intervalo Produtora, 1994.

PARAISO, Maria Hilda. **Maxakali. Enciclopédia dos Povos Indígenas Brasileiros**, São Paulo, 1999.

PENA, João Luiz. Os índios Maxakali: a propósito de consumo de bebidas de alto teor alcoólico. **Revista de Estudos e Pesquisas**. Brasília: FUNAI/CGEP/CGDTI, v.2, n.2, 2005.

PENA, João Luiz. **Os Maxakali e a Domesticação do Kaxmuk: a propósito do consumo de bebidas de alto teor alcoólico**. Monografia (Graduação em Ciências Sociais) – Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: UFMG, 2000.

PIEDADE, Acácio Tadeu de C. Flautas e Trompetes Sagrados do Noroeste Amazônico: sobre gênero e música do Jupari. **Horizontes Antropológicos**. Porto Alegre, ano 5, nº11, 1999.

PNUD / Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Versão 1.0.0. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/home/>>. Último acesso em: 15 de Janeiro de 2007. Brasília: PNUD, IPEA, Fundação João Pinheiro, 2003.

POPOVICH, Frances Blok. [1980] **A Organização Social dos Maxakali**. Dissertação (Mestrado em Sociologia). University of Texas at Arlington. Tradução: Flor, H. V., Revisão: Oliveira, E. M. A. G., 1994. Disponível em: <<http://www.sil.org/americas/brasil/PUBLICNS/ANTHRO/MXSocOrg.pdf>>. Acesso em: 15 de Janeiro de 2007.

POPOVICH, Haroldo. [1988] **Dicionário Maxakali – Português / Glossário Português – Maxakali**. Cuiabá: Sociedade Internacional de Lingüística (SIL), 2005. Primeira Edição Online. Disponível em: <<http://www.silinternational.com/americas/brasil/PUBLICNS/DICTGRAM/MXDicPT.pdf>>. Acesso em: 08 de Fevereiro de 2007.

RANGEL, Lúcia. **Algumas Reflexões a respeito de consumo de bebidas de alto teor alcoólico entre os índios Maxakali**. Relatório elaborado para subsídio à consultoria prestada ao CIMI, 1998, Mimeo.

RIBEIRO, Darcy. **Os Índios e a Civilização**. São Paulo: Círculo do Livro S.A., 1979.

RODRIGUES, Aryon Dall'igna. **Línguas Brasileiras**: para o conhecimento das línguas indígenas. São Paulo: Loyola, 1986.

RODRIGUES, José Carlos. **O tabu do corpo**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1975.

ROUCH, Jean. **Les Maîtres fous**. (Filme Etnográfico) - Réalisation: Jean Rouch. Grand Prix de la Biennale internationale du cinéma de Venise en 1957. Paris: Les Films de la Pléiade, (26 min), 1955.

RUBINGER, Marcos Magalhães. **Índios Maxakali: Resistência ou Morte**. Belo Horizonte: Interlivros, 1980.

RUBINGER, Marcos Magalhães. **Projeto de Pesquisa Maxakali do Nordeste de Minas Gerais**. Belo Horizonte: UFMG, 1963.

SAHLINS, Marshall. [1993] **Esperando Foucault, ainda**. Tradução: Marcela Coelho de Souza e Sérgio Viveiros de Castro. São Paulo: Cosac Naify, 2004.

SANTOS, Ricardo; COIMBRA Jr., Carlos. E. A. (orgs) **Saúde e Povos Indígenas**. Rio de Janeiro: Editora da FIOCRUZ, 1994.

SEEGER, Anthony. Styles of Musical Ethnography. In: Nettl, Bruno and Philip Bohlman (eds.), **Comparative Musicology and Anthropology of Music: Essays in the History of Ethnomusicology**. Chicago: University of Chicago Press, 1991.

SEEGER, Anthony. Novos Horizontes na Classificação dos Instrumentos Musicais. In: **Suma Etnológica Brasileira**, edição atualizada do Handbook of South American Indians. Petropolis: Vozes & FINEP, 1986.

SEEGER, Anthony. [1945] O que podemos aprender quando eles cantam? Gêneros vocais do Brasil central. In: **Os Índios e nós: estudos sobre as sociedades tribais brasileiras**. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

SEEGER, Anthony; DA MATTA, Roberto; VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo Batalha. [1979] A Construção da Pessoa nas Sociedades Indígenas Brasileiras. In: Oliveira Filho, João Pacheco (org.), **Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1987, pp. 11-30.

SEMAD / Secretaria de Estado de Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável. **ICMS Ecológico: um instrumento para beneficiar os municípios que priorizam Saneamento Básico e Unidades de Conservação**. Disponível em: http://www.semad.mg.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=21&Itemid=35>. Acesso em: 07 de Janeiro de 2007.

SIAFI / STN (Sistema de Administração Financeira do Tesouro Nacional), SIGA Brasil & Consultoria de Orçamento da Câmara dos Deputados. **Orçamento Indigenista 2000/2006**

(valores deflacionados). Brasília: SIAFI/STN, SIGA Brasil e Câmara dos Deputados, 2006, mimeo.

SILVA, Aracy Lopes da. **Crianças Indígenas - Ensaios Antropológicos** / Aracy L. da Silva, Ana Vera L. da S. Macedo; Angela Nunes (orgs.). São Paulo: Global, 2002.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e realidade**, Vol. 16, nº 2. Porto Alegre, jul/dez. 1990, pp. 5-22.

SOUZA LIMA, Antônio Carlos; BARROSO-HOFFMAN, Maria. Questões para uma política indigenista: etnodesenvolvimento e políticas públicas. Uma apresentação. In: Souza Lima, A. C.; Barroso-Hoffmann, M. (orgs.) **Etnodesenvolvimento e políticas públicas: bases para uma nova política indigenista**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria / LACED, 2002.

STRATHERN, Marilyn. **After nature**: English kinship in the late twentieth century. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

STRATHERN, Marilyn. **The gender of the gift**. Problems with women and problems with society in Melanesia. Berkeley and Los Angeles, California: University of California Press, 1988.

TORRETTA, Oscar. **Uso e abuso de substâncias alcoólicas ao interno do grupo indígena Maxakali**. Belo Horizonte: Departamento de Sociologia e Antropologia da UFMG, 1997, mimeo.

TUGNY, Rosângela Pereira. **Relatório parcial do plano de ação em saúde para o povo Maxakali produzido para da FUNASA**. Trabalho não publicado, 2007. Relatório, mimeo.

TUGNY, Rosângela Pereira. **Notas sobre a sociedade Maxakali e suas práticas musicais**. Relatório enviado à coordenação regional da FUNASA. Abril de 2005, mimeo.

TUGNY, Rosângela Pereira. **Registro e Memória Musical Indígena no Brasil**, (Projeto de pesquisa) - Faculdade de Música, Universidade Federal de Minas Gerais, Conselho Nacional de Pesquisa – CNPq, Belo Horizonte, 2003. Projeto, mimeo.

TUGNY, Rosângela Pereira. **Mito e memória musical indígena**. Projeto aprovado pelo CNPq (Processo 14625/03). Belo Horizonte: Laboratório Intercultural Indígena / UFMG, 2002. Projeto. Mimeo.

UFLA, CIMI, FUNAI. **Projeto de Recuperação Ambiental da Terra Indígena Maxakali**, 2000, mimeo.

VAN VELSEN, J. A análise situacional e o método de estudo de caso detalhado. In: Feldman-Bianco (org), **Antropologia das Sociedades Contemporâneas: Métodos**. São Paulo: Global, 1987.

VARGA, Istvan V. D. **Pelas fronteiras e trincheiras do indigenismo e do sanitário. A atenção às DST em comunidades indígenas, no contexto das políticas e práticas indigenistas e de saúde, na Pré-Amazônia**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 2002.

VARGA, Istvan V. D. & Adorno, R. C. F. **Terceirizando a indianidade? Sobre a política nacional de saúde para os povos indígenas, “aos 500 anos”, 2000**, mimeo.

VERANI, Cibele. A política de saúde do índio e a organização dos serviços no Brasil. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi**; 15, 1999, pp.171-92.

VERDUM, Ricardo. **A política indigenista em debate**. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA. Palestra proferida em 13/06/06. Goiânia: 25º Reunião Brasileira de Antropologia, 2006.

VIEIRA, Marina Guimarães **Guerra, ritual e parentesco entre os Maxakali: um esboço etnográfico**. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Museu Nacional / Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ/PPGAS/MN, 2006.

ZANCHETA, Inês. Estudo do IBGE torna público fenômeno do auto-reconhecimento da descendência indígena. Disponível em:
<<http://www.brasiloste.com.br/noticia/1706/censo-indigena-ibge>>. Acesso em: 15 de dezembro de 2005.

YOHNÃM MÃXAKANI YÕG. Jornal desenvolvido pelos professores Maxakali e formadores do PIEIMG (Charles, Rogério e Sandro) durante o curso no SESC Vila Nova. Número 05, Maio de 2005. Disponível em:
<<http://www.letras.ufmg.br/bay/sites/maxacali/JornalMaxakali.pdf>>. Acesso em: 19 de março de 2007.