

NARRATIVA, EXPERIÊNCIA E ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS ENTRE OS AKWĒ XERENTE¹

Ariel David Ferreira

Palavras-chave: Antropologia da saúde e da doença, Itinerários terapêuticos, Xerente

Em uma sociedade como a brasileira operam simultaneamente vários sistemas de atenção à saúde, apesar do sistema médico estatal na maior parte dos casos adotar e legitimar o modelo biomédico de atenção. Todos esses sistemas apresentam diferentes especialistas, dotados, por sua vez, de conhecimentos específicos sobre saúde e adoecimento. Esses especialistas não necessariamente estão inscritos no modelo biomédico de atenção e não operam unicamente com o modelo médico hegemônico (MMH). Eles tampouco são os únicos responsáveis ou agentes únicos na transmissão de conhecimentos e realização de cuidados sobre saúde e adoecimento.

Os AkwĒ Xerente são uma população indígena que habita as terras indígenas (TI) Xerente e Funil, localizadas no município de Tocantínia (TO), cerca de 70 km de Palmas (TO). Apresentam um modelo etiológico subjetivo e simultaneamente social decorrente de suas representações e experiências sobre saúde e adoecimento. A categoria *hâze*, que pode ser traduzida em língua portuguesa como doença, é utilizada pelo grupo e reúne uma série de adoecimentos e mal estares aos quais os sujeitos passam e que posteriormente os direciona para especialistas e itinerários terapêuticos capazes de auxiliar na identificação das aflições e no tratamento de mal estares e adoecimentos.

Trata-se de uma categoria ampla que reúne doenças ou mal estares inscritos no repertório biomédico, algumas dessas inscritas no grupo como “doenças de branco” (ktuanõ *hâze*), mas também padecimentos ou enfermidades que são localizados à margem dessa concepção, como os que decorrem de quebras de restrições ou de resguardo, estopor, congestão ou quebra de recomendação alimentar, arca-caída, quebranto e mau olhado (*datmõkunê*), mal estares que envolvem relações e estados inadequados com a alma dos vivos (*dahemba*) e alma dos mortos (*hêpãri*) e as que decorrem de relações com os donos e os feitiços de pajé.

1 Trabalho apresentado na 31ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 09 e 12 de dezembro de 2018, Brasília/DF.

Jean Langdon (2001) discute o processo de adoecimento como produtor de experiência pelos aflitos. As narrativas dos aflitos, doentes são uma forma de captar e transmitir essas experiências. Para a autora “uma narrativa consiste em contar um acontecimento numa sequência estruturada que, na sua forma mais simples, possui uma introdução, um desenvolvimento e uma conclusão” (LANGDON, 2001, p.247). Ela pode se referir tanto a tempos passados, míticos, históricos, mas também atuais, envolvendo fatos recentes. Elas constituem expressões simbólicas do mundo e de seu funcionamento. Por meio delas é possível acessar os itinerários e os sujeitos aos quais os aflitos recorrem e, assim, os conhecimentos e aprendizados que eles possuem ou que deles decorrem.

Frankenberg (1980) preocupado em tratar o processo terapêutico como uma negociação de interpretação entre pessoas destaca que a experiência da doença tem como base uma série de influências. Em vez de estar focada em um único evento as narrativas sobre saúde e adoecimento reúnem, mais do que um incidente dramático ou ritual, formas culturais específicas, experiências individuais isoladas, relações assimétricas de poder, em um enredo voltado para um público específico em um contexto social, local e tempo.

Sônia Maluf (1999) observa que as narrativas sobre saúde e adoecimento podem ser enunciadas na “situação clínica” ou “ritual” com um especialista, nos espaços coletivos, dentro das casas, em locais onde os indivíduos são levados a falar de si, e também no encontro etnográfico, no diálogo com o antropólogo. Segundo a autora em cada narrativa há uma multivocalidade, uma multiplicidade de interferências, uma disputa de sentido entre as técnicas terapêuticas, o ritual, entre as experiências coletivas e pessoais.

Os itinerários terapêuticos fazem parte dessas negociações, produzem e são produzidos pelas narrativas, apesar de não exclusivamente por elas. São contudo, um dos modos pelos quais os antropólogos constroem o que Maluf (1999) trata como quarta situação de enunciado, a construção e cristalização dos itinerários na narrativa antropológica.

Neste trabalho apresento os itinerários terapêuticos utilizados pelos Xerente e a partir deles faço considerações sobre sua relação com a produção de narrativas orais de saúde e adoecimento pelos Xerente da aldeia Salto. Argumento a importância de pensar

os itinerários terapêuticos não só quanto aos sujeitos e terapias utilizadas como desfechos, mas também nas relações e negociações que ocorrem entre os especialistas. Deixo evidente a capacidade das narrativas de expressar simbolicamente parte importante das experiências dos aflitos e de orientar suas ações não só em episódios críticos no qual há uma ruptura, uma doença ou mal estar se manifesta, mas também em sua capacidade de ao unir narrativas individuais, autobiográficas e coletivas de alcançar o que Menéndez (2005) discute como o elemento mais amplo da autoatenção.

Destaco também, concordando com Frankenberg (1980), a necessidade de uma narrativa antropológica crítica quanto a articulação da multivocalidade das narrativas em relação a processos que se estendem desde uma esfera mais local, até uma mais ampla. Assumindo que vários modelos e sistemas de atenção a saúde fazem parte do “mesmo mundo” e são utilizados pelos sujeitos aflitos com muito maior liberdade que formalidades ou normas pré-estabelecidas.

Sujeitos e itinerários de cura e adoecimento: uma breve descrição²

Os Xerente recorrem a diversos sujeitos, caminhos ou itinerários terapêuticos quando passam por um mal estar, uma aflição ou uma doença para preservar ou recuperar sua saúde. Esses itinerários terapêuticos constituem-se de recursos variados como os cuidados caseiros, práticas religiosas e o auxílio de profissionais com formação biomédica. Trata-se de um “conjunto de planos, estratégias e projetos [...] voltados para o tratamento da aflição” (ALVES; SOUZA, 1999, p.133) de indivíduos e grupos ou “uma sucessão de acontecimentos e tomada de decisões que, tendo como objeto o tratamento da enfermidade, constrói uma determinada trajetória” (CABRAL ET AL, 2011, p.4434).

Esses itinerários estão inscritos no que Menéndez (2005) chama de autoatenção e decorrem de uma série de representações e práticas que um grupo social ou sujeito utiliza para diagnosticar, explicar, solucionar, curar e prevenir enfermidades e mal estares que afetem sua saúde, sobrevivência e reprodução biossocial. Envolvem o autocuidado, automedicação e a consulta e trajetória até especialistas e profissionais de diferentes modelos de atenção.

² Destaco que retomo nesse tópico vários elementos e reflexões discutidas na minha dissertação em antropologia social intitulada “Caminhos e sujeitos no adoecimento e na cura entre os Akwe Xerente”.

Nos Xerente a multiplicidade de sujeitos e itinerários é expressa na atuação e relação dos aflitos com os conhecedores de plantas, raízes e remédios caseiros, rezadores e benzedores, pajés, pastores e profissionais de saúde aos quais os homens e mulheres Xerente da aldeia Salto recorrem quando passaram por situações de mal estar e adoecimento. São diversos os conhecimentos que estão envoltos e que circulam em cada um desses itinerários e sujeitos. Boa parte desses conhecimentos apresenta acesso restrito ou está envolto em “segredos” como é o caso do conhecimento que utiliza de “remédios caseiros” e terapias não inscritas no modelo médico hegemônico (MMH) para tratar doenças, aflições, mal estares, etc.

Tratei em minha dissertação (FERREIRA, 2016) os conhecedores de plantas, raízes e remédios caseiros como um dos sujeitos que um Xerente recorre quando passa por uma aflição, padecimento, doença, mal estar. O conhecimento dessas técnicas, terapias e diagnósticos, no entanto, podem ser tanto generalizados, quanto restritos. Enquanto algumas plantas são coletadas e utilizadas de forma mais generalizada pelos Xerente outras não o são. Boa parte desse conhecimento está circunscrito ou guardado pelos anciãos, pelas metades, pelos clãs, pelos pajés e em graus de parentesco específicos. É por meio desse conhecimento que são produzidos os remédios caseiros chamados, também pelos Xerente, de remédios tradicionais.

Na língua Akwê os remédios tradicionais são chamados dasikunmõse. São preparados utilizando diferentes partes extraídas de plantas e de animais. Segundo Nãmnadi (2011), uma pesquisadora Xerente, podem ser utilizados para o preparo de chás, garrafadas e outros remédios a folha (hêsu), a casca (wdê nĩ), a raiz (wdê pa), o óleo (romwa) e os frutos de plantas. Outros remédios necessitam de partes de animais como a banha (ou gordura) e, quando secos, os ossos, rabo, barriga, couro.

Enquanto o conhecimento sobre alguns remédios é transmitido de forma mais generalizada, nesse caso um interessado ou aflito pode perguntar a seus afins sem grandes conflitos com um conhecedor outros não o são. Para alguns adoecimentos, mal estares é necessário recorrer a um conhecimento de acesso restrito. Nesse caso o aprendizado do aflito sobre o remédio, raiz, planta, será limitado. Uma característica que justifica essa limitação ou a transmissão restrita desse conhecimento decorre da origem desses remédios e dos perigos que uma coleta ou preparação inadequada podem

causar ao interessado. Outro ponto é o de que as plantas podem tanto curar, quanto causar adoecimento nas pessoas.

Rita, uma mulher Xerente “conhecedora” de plantas, dá ênfase na origem mitológica das plantas que curam como decorrentes de *Waptokwa zawre*, a forma antropomórfica do Sol, e nas que adoecem como provindas de *hêpãrwawê*, o “dono da mata”, em sua associação ao demônio cristão. A conhecedora diferencia o conhecimento que ela e outras mulheres têm sobre plantas e raízes do conhecimento que os *sekwa* ou *pajés* possuem. Trata-se de dois modos de conhecimento bastante diferentes e que envolvem “segredos” e particularidades. Enquanto os *pajés* aprendem com os donos sobre as plantas e remédios que curam e adoecem, os conhecedores de plantas aprendem com seus parentes e afins. Nessa direção um *pajé* ou *sekwa* pode não conhecer uma série de “remédios” por não fazer parte de uma rede restrita de transmissão desse conhecimento.

Algumas restrições de transmissão envolvem classes de idade, como a existente entre os jovens e os velhos (*wawê*), as famílias, os clãs, as metades. O fato de parte desse conhecimento estar inscrito de forma restrita nos clãs e nas metades é uma característica do faccionismo dos Xerente. Em conversas informais meus interlocutores acusavam os clãs da metade oposta de possuírem conhecimentos perigosos sobre raízes e plantas que envolviam o adoecimento dos que com eles entrassem em contato ou disputa. Nem os clãs da mesma metade escapam dessa relação. Todo clã tem potencialmente certo conhecimento para adoecer e curar com plantas, raízes.

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

Outros sujeitos e itinerários terapêuticos utilizados pelos Xerente são os benzedores e rezadores. Enquanto o conhecimento sobre “remédios tradicionais” envolve as plantas, raízes e cascas que *waptokwazawré* deixou para os Xerente, o conhecimento sobre rezas e benzeduras, apesar de também recorrer a utilização de plantas e raízes, decorre do contato com os “brancos” ou não indígenas. Ele é associado como um conhecimento que tem origem nos “brancos” ao qual os Xerente se

apropriaram. Já as rezas são influenciadas pelo catolicismo popular e têm forte ligação com os santos e espíritos.

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

Os sekwa ou pajés são itinerários terapêuticos fundamentais para aliviar e curar mal-estares, aflições e doenças decorrentes do contato com os donos, do contato com as almas dos mortos (hêpãri), para o cuidado com as almas dos vivos (dahêmba) e, evidentemente, para curar feitiços jogados por outros pajés. Para que um Xerente, homem ou mulher, se torne pajé ele precisa obrigatoriamente entrar em contato com uma entidade sobrenatural chamada de “dono”. Existem vários donos diferentes, como o dono da mata (mrã ddêkwa), dono da água (kâtdêkwa), dono do peixe, dono do mel, etc.

O contato com esses “donos” é perigoso. Pode envolver adoecimentos, mal estares, febres. Contudo, nem todo contato com um dono implica que o afetado vá se tornar um pajé. A agência dos donos é fundamental, nesse ponto, pois ela marca o interesse do dono em passar seus conhecimentos para um Xerente e formá-lo como um pajé. Identificar e orientar esse processo, no entanto, é uma tarefa dos sekwa já iniciados. Eles conseguem diferenciar quando se trata de um contato que tem por finalidade formar um pajé ou de um contato que decorre de uma quebra de restrição, de uma punição, infortúnio, etc. Nessa direção, apesar dos sekwa serem formados pelos donos, eles são orientados e acompanhados por sekwa já iniciados.

Semelhante ao que ocorre com os “conhecedores” de plantas e remédios, certo conhecimento sobre remédios e terapias está restrito aos pajés. Esse “segredo” ensinado pelos donos deve ser guardado. Segundo Nãmnãdi (2011) os pajés acreditam que o

segredo ajuda a “fortalecer” as plantas que servem como remédio. O conhecimento generalizado, mais uma vez, enfraquece e retira a efetividade de alguns remédios.

Apesar dos pajés serem considerados como um dos especialistas do contato com seres habitantes de outro mundo ou perspectiva eles também são, contemporaneamente, sujeitos importantes nas negociações com não indígenas. Esses sujeitos são associados tanto pelos Xerente, quanto pelos não indígenas como detentores e guardiões do “conhecimento tradicional” do grupo. É uma articulação eficaz e que permite que os pajés participem de espaços de negociação política e atraiam a atenção de instituições públicas para as necessidades de sua etnia, aldeia, grupo político local, etc. Por outro lado, sua associação pelos profissionais de saúde da região, como unicamente curador, gera também conflitos entre grupos políticos rivais dentro das aldeias, graças a sua potencialidade para o feitiço.

Outro especialista em cura e adoecimento aos quais os Xerente recorrem são os pastores de religião protestante. Eles remontam ao contato do grupo com a religião protestante no início do século XX. Segundo De Paula (2000) a Missão batista ou Junta de Missões Nacionais da Convenção Batista Brasileira (JMN/CBB) entrou em contato nos anos 20 com indígenas Krahô, no antigo norte de Goiás. A partir de 1936, por meio de cultos ocasionais, a missão entrou em contato com os Xerente. Em 1958 e 1959 os pastores Guenther Carlos Krieger e Rinaldo de Mattos contataram os Xerente. Hoje em dia Guenther tem fortes relações com a aldeia Porteira, enquanto Rinaldo de Mattos tem uma casa e está frequentemente com os Xerente da aldeia Salto.

Na aldeia Salto são realizados cultos e vigílias evangélicas conduzidas por pastores Xerente e não indígenas. Nessas últimas os Xerente se reúnem em um local, como uma casa, pátio, e passam a noite cantando músicas em Akwê e Português chamadas de gospel, ligadas a religião protestante. São eventos nos quais os pastores são consultados para situações de aflição os quais os processos de adoecimento e mal estar fazem parte. Os pastores são procurados tanto para orarem por “doenças naturais” como as de “branco”, nas quais, normalmente, os serviços médicos são acionados, mas também para as doenças como os feitiços.

Apesar da “conversão” dos Xerente ao protestantismo inicialmente indicar a negação e rejeição de itinerários terapêuticos que envolvam os pajés e os rezadores, visto que eles são associados pelos pastores a um conhecimento que não decorre de

deus, ela pode não necessariamente se efetivar ou ser utilizada em momentos particulares e estratégicos pelos “convertidos”. De Paula (2000) observou essa relação e destacou o quanto é comum para os Xerente se aproximar e se afastar publicamente em momentos específicos dos cultos realizados pela igreja batista. Característica que não é restrita aos Xerente. Júnior (1999) em um trabalho com populações extrativistas do alto Juruá, ressalta que “mesmo fazendo parte de uma religião que não aceita a presença de intermediários durante as práticas das rezas de cura [...]” quando acham necessário, o doente e sua família, recorrem a itinerários, inicialmente, interditos para a cura.

Salvo as características restritas que estão envoltas em boa parte do conhecimento que apresentam os conhecedores de plantas, rezadores, benzedores, pajés, pastores a transmissão desses conhecimentos não se dá unicamente na formação dos Xerente em um desses especialistas. As experiências e as narrativas que são contadas por esses especialistas são também conhecimentos sobre saúde e adoecimento. Elas permitem que os processos de autoatenção e autocuidado ocorram e que os sujeitos, grupos familiares, clãs, metades realizem diagnósticos e percorram caminhos em busca da cura. Caminho, por sua vez, que constrói mais uma narrativa sobre as experiências do adoecimento, compartilhadas pelos aflitos e especialistas e que evidenciam a característica social da doença e do processo de adoecimento.

O trabalho de Jean Langdon (2001) com os Siona deixa evidente essa relação. A autora trata de uma série de narrativas que são conhecidas coletivamente pelo grupo e que servem como uma espécie de guia para desvendar dramas sociais como as doenças e mortes. Elas fornecem interpretações sobre causas de eventos que ocorreram no passado, mas também ordenam eventos do presente. A narrativa construída pelo Xamã sobre adoecimento parte de uma estrutura presente em narrativas não pessoais, ela é utilizada pelo especialista, mas também por outros Siona para interpretar as situações de mal estar e adoecimento com os quais eles entram em contato.

Outro caminho para cura utilizado pelo grupo é o acesso aos serviços de saúde oferecidos pelos profissionais de saúde, em especial os ligados à saúde pública. Os profissionais de saúde pública com maior contato com os Xerente estão vinculados ao DSEI-Tocantins (Distrito Sanitário Especial Indígena) por meio de uma rede de serviços que envolve os postos de saúde, localizados nas aldeias, os polo base de atendimento, localizados nas áreas de abrangência dos municípios próximos a região dos DSEI, e as

CASAI (Casas de Saúde Indígena), outrora Casas do Índio, localizadas em municípios próximos as unidades de referência em saúde para acolher os indígenas e seus acompanhantes em tratamentos de saúde e exames médicos. Contudo, os indígenas também são encaminhados para os centros de referência em saúde como hospitais e ambulatórios localizados em centros urbanos. Esses últimos, no entanto, não são geridos pelos DSEI e são administrados pelos sistemas municipais e estaduais de saúde.

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

Sendo mais específico, traçando um itinerário simplificado de acesso ao serviço de saúde, quando um Xerente deseja atendimento de um profissional de saúde ele recorre inicialmente aos profissionais vinculados ao posto de saúde mais próximo da sua aldeia. O profissional vinculado ao posto, caso considere necessário, providenciará o transporte e encaminhará o indígena para uma região da área Xerente na qual circulem os médicos e enfermeiros ou para o polo-base da região, caso haja médico disponível no local, onde ele poderá ter um atendimento médico primário e receber a prescrição de algum medicamento.

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

tratamento de saúde ou realização de exames e seu acompanhante podem recorrer ao apoio da CASAI (Casa de Saúde Indígena) local.

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

Admitindo que a formação dos profissionais de saúde é substancialmente influenciada pelo modelo biomédico de saúde, decorre o fato, constatado por Langdon e Diehl (2007), no qual apesar do discurso institucional sobre a saúde de populações indígenas prezar o princípio de atenção diferenciada, que deve levar em conta as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais das populações indígenas, na prática, nos distritos sanitários especiais indígenas (DSEI), prevalece o sistema biomédico de saúde.

Isso tem um grande impacto e descreve a forma e o tipo de conhecimento sobre saúde e adoecimento que é negociado entre os Xerente e os profissionais de saúde. Enquanto os enfermeiros e profissionais de saúde, preocupados com um modelo biomédico de atenção, insistem em uma separação clara na utilização de terapias específicas, os Xerente se apropriam e alternam entre modelos de atenção com a finalidade de interpretar, diagnosticar, compreender e solucionar suas aflições e padecimentos.

Desde 2017, contudo, outra configuração dos serviços públicos de saúde tem se construído na região. Com a diminuição crescente nos recursos para a saúde indígena os Xerente tem ficado mais afastados desse direito. Em minha dissertação deixo evidente como esses indígenas são criticados quando buscam os atendimentos de saúde nos postos de atenção básica do município, afastados de seus direitos como moradores do

município de Tocantínia (TO). Em 2018 e 2019 essa situação pode ficar mais drástica, tanto pela pressão de fazendeiros e dos grandes projetos de investimento em agricultura que cercam as TI Xerente e Funil, quanto pela saída dos médicos cubanos que atendiam a região. No segundo semestre de 2016, quando fiz meu trabalho de campo, eles eram os únicos médicos vinculados ao polo base de Tocantínia (TO).

Narrativa, experiência e itinerários: caminhos para uma reflexão antropológica

Na seção passada apresentei os sujeitos, conhecimentos e itinerários utilizados pelos Xerente quando doentes, aflitos ou passando por um mal estar. Não obstante, minha exposição aparece mais como itinerários finais e não dá conta dos deslocamentos e da complexidade da relação entre as narrativas e os itinerários terapêuticos.

A narrativa de Benedito, um morador da aldeia Salto de 40 anos, sobre seu “problema no coração”, dá maior consistência a essa articulação. Benedito contou-me sobre o passado, quando foi enfeitado por um pajé contratado por um rival político com o qual ele discutiu em reuniões sobre decisões para a aldeia. Segundo Benedito:

Tem tempo que eu adoeci. Foi em 2004. Eu adoeci e quase que morri, mas não foi doença não. Os pajés que fizeram negócio comigo. Fizeram no meu coração e eles [os médicos] pensaram que era coração. Eu fui no médico, mas no médico eles falaram que era um começo de coração. Naquele tempo eu adoeci, sentindo falta de ar. Não tinha ar aí ficava agoniado. Quando eu ia para [fora] eu ia devagarzinho com medo de disparar o meu coração. Cansado, aí tem horas que eu fico agoniado de noite assim. [...] Sai aquele suor e aí eu durmo. Quando eu acordava meu pai me levou para lá um pouco da aldeia lajeado. [...] Eu não sabia direito. Passava remédio e ficava a mesma coisa. Não diminuía nada.

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

você ia morrer. É por isso que todo dia [...] não tinha ar, não tinha nada. (Benedito, aldeia Salto, 2015).

Uma primeira consideração teórico metodológica sobre a relação entre narrativa e itinerários terapêuticos pode ser feita retomando Sônia Maluf (1999) sobre o momento em que ocorre o encontro etnográfico com o interlocutor num tempo e local específico. Diferente do que ocorreu com trabalho de Jean Langdon (2001), tive contato com essa narrativa quando ela estava mais estável quanto aos significados e a experiência do aflito com esse adoecimento. Tratava-se de um momento em que por Benedito estava dada uma “causa última” (LANGDON, 2001) para seu adoecimento, desvendada já a “causa oculta”, a quebra que o iniciou, independente da permanência de sintomas semelhantes.

Essa versão mais ordenada dos significados e da experiência da doença pelo aflito está também relacionada com a apresentação dos caminhos e itinerários terapêuticos utilizados para solucioná-la. Seguindo de forma mais rígida a narrativa, é possível inferir que Benedito procura primeiro os profissionais de saúde vinculados ao DSEI, depois quando percebe que esse caminho não resolve de forma satisfatória seu adoecimento é levado por seu pai para a aldeia Lajeado, ainda dentro da TI Xerente, onde encontra dois benzedores e rezadores não indígenas que identificam seu “feitiço” e o curam.

Voltando a descrição dos itinerários terapêuticos da seção anterior, é possível perceber três itinerários. Dois mais evidentes, o deslocamento de Benedito para os profissionais de saúde e para os rezadores, outro muito importante, mas mais discreto, que é a indicação para os rezadores pelo pai do interlocutor. Noto esse elemento, pois o que foi apresentado como uma “condução”, é muito mais do que isso. O que discuti como “conhecedores de plantas e remédios caseiros” apareceram na maior parte das narrativas que coletei mais distantes das técnicas terapêuticas, contudo, mais próximos das relações pessoais e de uma narrativa biográfica dos aflitos. Não desejo contudo associar imediatamente o pai de Benedito a um especialista em cura em adoecimento, mas mostrar como a categoria “conhecedores de plantas e remédios” reúne uma grande quantidade de sujeitos com níveis de conhecimento variados que participam das negociações e interpretações sobre a doença com o aflito.

Retomando o conceito de autoatenção de Menéndez (2005), meu objetivo não é fixar um caminho entre especialistas em cura e adoecimento e aflitos, sejam eles conhecedores de plantas e medicamentos, pajés, profissionais de saúde ou rezadores e bezedores, mas perceber como outros sujeitos como os pais, mães, tias, irmãs participam da construção dos itinerários terapêuticos, pois também fazem parte das negociações sobre a doença.

Em especial, noto que todas essas negociações produzem narrativas, interpretações diversas sobre a mesma situação e sobre as experiências de adoecimento. Afinal, “os dramas sociais da vida humana geram narrativas múltiplas, segundo os atores e suas interpretações do significado dos eventos” (LANGDON, 2001, p.249). A utilização dos itinerários terapêuticos como metodologia pela busca dos caminhos, conflui, assim, para a multivocalidade das narrativas, e em seu potencial não de fixar trajetos, diagnósticos e técnicas terapêuticas, mas de acessar uma variedade de interpretações simbólicas sobre parte da experiência de cura e adoecimento. Em suma, explorar as narrativas nos itinerários terapêuticos implica em encontrar tanto os desfechos, especialistas em cura e adoecimento, quanto as negociações que ocorrem nos trajetos.

Frankenberg (1980) destaca que as narrativas sobre adoecimento envolvem não somente uma definição, uma explicação cultural sobre o que significa estar doente, mas uma argumentação sobre a doença enquanto processo. Seu objetivo é perceber as narrativas do processo de adoecimento como capazes de destruir, afetar um sistema de representação sobre elas, em especial, as assimetrias de poder, existentes por exemplo, na tendência do modelo médico hegemônico (MMH) em individualizar os cuidados com a saúde e em condenar como falsas todas as outras experiências de adoecimento.

Para o autor, a antropologia mais do que descrever um costume local ou mesmo mostrar como existe no nível local um padrão cultural predominante em costumes diversos é importante destacar como ocorre uma articulação entre os níveis local, nacional, internacional e como cada narrativa apresenta influências compartilhadas de origens diversas, desde uma biopolítica de controle de populações expressa por meio de programas que incentivem o autocuidado, passando por representações de corpo e saúde em zonas de intermedicalidade (FOLLÉR, 2004), pelas influências de grandes mídias, na articulação de experiências coletivas e individuais.

A múltiplas narrativas que podem ser acessadas e que são produzidas por meio dos itinerários terapêuticos, desde as mais formais até as informais, tanto as narrativas coletivas, quanto as individuais, são formas de articulação e significação das experiências dos Xerente sobre saúde e adoecimento. Uma análise antropológica sobre suas articulações pode contemplar o projeto de Frankenberg (1980) de relacionar os vínculos de diferentes nível de análise, do local, do regional, do nacional, do internacional, sem perder de vista uma preocupação com a ação dos sujeitos na busca do que Menéndez (2005) discute como o primeiro nível da autoatenção.

Trata-se, mais especificamente, de encontrar nas narrativas produzidas nos itinerários terapêuticos as interpretações e significações na busca por assegurar a reprodução biosocial dos sujeitos e grupos. Desde uma preocupação com prevenção e tratamento de adoecimentos e mal estares, mais fácil de ser localizadas nos desfechos terapêuticos, mas também com atividades mais amplas que garantam um “viver adequado” como as atividades de preparação e distribuição de alimentos, utilização e acesso à água, construção de habitações, relações com o meio ambiente circundante, preocupação com o corpo, presentes nas narrativas autobiográficas.

REFERÊNCIAS

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

CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p.4433-4442, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em dezembro de 2018.

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

FERREIRA, Ariel David. **Caminhos e sujeitos no adoecimento e na cura entre os Akwe Xerente**. 2016. 117 folhas. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia.

FOLLÉR, Maj-Lis 2004. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. (E. Jean Langdon e Luiza Garnelo, orgs.). Rio de Janeiro, Editora ContraCapa/ABA. Pp. 129-148. (Livro em pdf Site da ABA)

FRANKENBERG, Ronald. Medical Anthropology and Development: A Theoretical Perspective. **Social Science and Medicine**, 14B, pp.197-207, 1980.

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

LANGDON, Esther Jean. A doença como experiência: o papel da narrativa na construção sociocultural da doença. **Etnográfica**, Vol. V (2), pp. 241-260, 2001. Disponível em: <http://ceas.iscte.pt/etnografica/docs/vol_05/N2/Vol_v_N2_241-260.pdf> Acesso em dezembro de 2018.

LANGDON, Esther Jean; DIEHL, Eliana E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.2, p. 19-36, Agosto de 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000200004>> Acesso em dezembro de 2018.

MALUF, Sônia Weidner. Antropologia, narrativas e a busca de sentido. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 5, n. 12, p. 69-82, Dezembro de 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010471831999000300069&lng=en&nrm=iso>. Acesso em dezembro de 2018.

MENÉNDEZ, Eduardo. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. **Revista de Antropología Social**,14: pp.33-69, 2005. Disponível em: (<http://www.redalyc.org/pdf/838/83801402.pdf>). Acesso em dezembro de 2018.

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