

Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC  
Centro de Filosofia e Ciências Humanas – CFH  
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social -PPGAS

Saúde e Doença entre os Índios Mura de Autazes (Amazonas):  
processos socioculturais e a práxis da auto-atenção.

Daniel Scopel

Florianópolis,  
Março de 2007

Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC  
Centro de Filosofia e Ciências Humanas – CFH  
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social -PPGAS

Saúde e Doença entre os Índios Mura de Autazes (Amazonas):  
processos socioculturais e a práxis da auto-atenção.

**Daniel Scopel**

Dissertação de Mestrado apresentada  
ao Programa de Pós-Graduação em  
Antropologia Social da Universidade  
Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Flavio Braune Wiik  
Orientador

Prof. Dr. Oscar Calávia Sáez  
Co-Orientador

Florianópolis,  
Março de 2007

# Programa de Pós Graduação em Antropologia Social

## Saúde e Doença entre os Índios Mura de Autazes (Amazonas): processos socioculturais e a práxis da auto-atenção.

Daniel Scopel

Orientador: Dr. Flávio Braune Wiik

Co-Orientador: Dr. Oscar Calávia Sáez

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

Prof.<sup>a</sup> Dra Eliana Diehl  
Componente da Banca

Prof.<sup>a</sup> Dra. Esther Jean Langdon  
Componente da Banca

Prof.<sup>a</sup> Dr. Alberto Groisman  
Componente da Banca (Suplente)

Florianópolis, 16 de março de 2007.

Dedicado à Raquel.

**Ilustração 1**– Mura inalando Paricá – Prancha 121 da Viagem Filosófica de Alexandre Rodrigues Ferreira (RAMINELLI, 2001)



## AGRADECIMENTOS

Um Mura provavelmente começaria este agradecimento assim: “*Primeiramente gostaria de agradecer a Deus, mas segundo à minha família.*” Reconheço a sabedoria dessa forma de agradecer. Estes são o meu primeiro e segundo agradecimentos.

Este trabalho, meu debute antropológico, embora individual, não é esforço apenas de uma pessoa. Na fé de que todo o conhecimento é construído coletivamente, devo agradecer todos os que dele participaram direta ou indiretamente.

À Raquel P. Dias-Scopel, por trilhar, ao meu lado, todos os momentos deste aprendizado, pelo apoio a introdução ao tema da pesquisa, por me acompanhar no árduo trabalho de campo, nas discussões e debates teóricos e pelas constantes reflexões e contribuições na revisão do texto final.

Dr. Flávio Braune Wiik, orientador, agradeço por ter confiado em mim, entendido minhas dificuldades, ter aberto os caminhos para nosso diálogo e feito grande esforço para guiar-me nessa trajetória. Da mesma forma, ao co-orientador, Dr. Oscar Calávia Sáez, pela sua intervenção crucial (e providencial) em momentos críticos.

Aos membros da banca de defesa e de qualificação. À Dra. Sônia Maluf, ainda na qualificação do projeto de pesquisa, à Dra. Eliana Diehl, Dra. E. Jean Langdon e Dr. Alberto Groisman (suplente). Todos pela disposição em ler e avaliar o material produzidos. Ao professor Alberto, pelas aulas ministradas no curso Religião e Saúde, ainda na minha graduação em Ciências Sociais. À professora Jean, especialmente, pelas aulas ministradas na pós-graduação, durante no ano de 2005, nos cursos de Antropologia Simbólica e Antropologia da Saúde. Assim, agradecendo-os, faço como se fosse a todos os meus professores.

Ao povo Mura pela oportunidade de estar junto e aprender. Aos que me receberam em suas casas, um agradecimento especial. Ao Tio Pedro, Jucivaldo e família; ao Miguel e

família; ao Gilberto e família; ao Luciano e família, ao Orlando e família, ao Leandro e família, Alonso e família; Guilhermina e família; Amélia e família; ao Augusto e família; à Dalila e família. Também a todas as lideranças, especialmente aos Tuxauas, Flávio, Jucivaldo, Raimundo Nonato, Jaques, Manoel, Dinho. Um agradecimento especial ao Dário e Nevaldina do Conselho Indígena Mura. Aos pajés São Paulo e Raimundo Nonato. Também aos Conselheiros Orlando, Maria, Antônio Anunciação e Manoel Garcia. Ao Braga e família, a Antônia, Estenio, Tchidão, Idaluci, Frank, Idolores, Miguel e Rosemberg. Enfim, a todo o povo Mura cujo nome não foi citado, mas que em algum momento me auxiliaram, sintam-se agradecidos.

Agradeço aos profissionais do atendimento médico da Fundação Nacional de Saúde em Autazes e do Setor de Dermatologia do Ambulatório Danilo Correa em Autazes (Am) pela gentileza e atenção com que nos receberam. A Coordenação das Organizações Indígenas na Amazônia Brasileira (COIAB) pelo apoio prestado ao contatar as lideranças Mura.

À Dra. Raquel Wiggers (UFAM) e Dr. Maximiliano (FioCruz-AM) pela leitura de versões anteriores deste texto e sugestões. Ao Prof. Paulão (UFAM) que gentilmente cedeu um de seus textos raros de sua biblioteca particular. Ao Prof. Benedito pelos serviços de revisão ortográfica.

Ao Programa de Pós Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina PPGAS-UFSC, pelo apoio institucional e concessão da bolsa de estudos durante um ano e meio. Um agradecimento especial a Karla, pela atenção e gentileza que sempre dispensou a mim.

À Fundação Oswaldo Cruz, em especial ao Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane, em Manaus, pelo apoio logístico e institucional, na pessoa de Roberto Sena Rocha seu diretor, Dra. Luiza Garnelo e Dr. Antônio Levino da Silva Neto, coordenadores do projeto de

pesquisa “Tuberculose e Hanseníase em Áreas Indígenas: Pesquisa Avaliativa de Ações Programáticas”, para a qual esta dissertação pretende ser uma contribuição. Aos colegas do projeto Elsia, Sully, Brandão, Edmilson e Rose.

Por fim, à FAPEAM – Fundação de Amparo a Pesquisa no Amazonas pelo apoio financeiro para pesquisa de campo, sem o qual este trabalho dificilmente se realizaria e ao CNPQ- Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia pela bolsa de mestrado, o meu muito obrigado.



## RESUMO

Esta dissertação é uma etnografia que trata da experiência de adoecer e curar-se, a partir de conceitos analíticos propostos pela Antropologia da Saúde. O objetivo é compreender como a sociedade Mura de Autazes (Amazonas) vivencia a hanseníase e os contextos em que essa experiência decorre. Trata-se de uma etnografia que procura situar experiências individuais e coletivas da doença em um quadro descritivo geral da sociedade Mura, cuja população é de 7.629 habitantes, distribuída em 27 aldeias. Destaca-se que, para a Organização Mundial de Saúde, a hanseníase é um problema de saúde pública no Brasil e o estado do Amazonas é classificado como hiper-endêmico pelo Ministério da Saúde. Do ponto de vista indígena e de suas lideranças, a hanseníase insere-se como problema e preocupação dentro de um conjunto de doenças, cujos diagnósticos e tratamentos relacionam-se diretamente com o Serviço de Saúde Estatal, ainda que, entre os Mura de Autazes, o número absoluto de casos de hanseníase seja pequeno (apenas 3 indivíduos estavam em tratamento no ano de 2006). Os dados apresentados e analisados foram obtidos através de trabalho de campo percorrendo seis aldeias Mura a partir da observação participante e da realização de entrevistas. Estas foram realizadas não apenas com pessoas que estiveram doentes, mas também, com seus familiares, vizinhos, amigos, lideranças e especialistas Mura (pajés, parteiras e herbanários) e, ainda, com profissionais de saúde. Os resultados apontam para a articulação de concepções nativas com práticas biomédicas em que são evocadas causalidades nativas para hanseníase, embora seja o diagnóstico biomédico quem focaliza os sintomas da hanseníase. Há uma percepção nativa que distingue casos antigos e recentes pautada nas mudanças ocorridas na oferta e na forma de tratamento biomédico. A construção social da doença, em seu contexto, dentro das relações sociais Mura, está permeada pelas relações micro-políticas que são estruturadas em torno de relações de parentesco (reciprocidade e co-substancialidade) estabelecendo e reestruturando estas mesmas relações.

Palavras chave: Índios Mura, Antropologia da Saúde, Auto-atenção às enfermidades, Hanseníase.

## **ABSTRACT**

This dissertation is about experience of being ill and cure. It is based on analytic concepts proposed by the Anthropology of Health. It aims to understand how individuals of Mura's society of Autazes (Amazonas-Brazil) experiences "hanseníase" (leprosy) and the contexts that the experience happens. It is an ethnography that seeks to situate the individual and collective experiences of the illness in a descriptive frame of the Mura's society, whose population is about 7.629 inhabitants, distributed in 27 villages. For the World Health Organization, leprosy is a problem of public health in Brazil. The State of Amazonas is classified like hiperendemic by the Ministério da Saúde (Brazilian National Department of the Health). From the native point of view and for his leaders, "hanseníase" inserts itself as problem and worry inside a set of diseases, whose diagnoses and treatment are related directly with the Public Services of Health. Between the Mura, the absolute number of leprosy cases is small (only 3 individuals were under treatment in 2006). The data presented and analyzed here were obtained through a fieldwork carried out at six Mura villages through participant observation and interviews. These were carried out not only with persons that were patients, but also with their relatives, neighbors, friends, traditional leaders and Mura specialists (medicine men, midwives and people who knows medicine plants) and also professionals of health. The results point to the articulation of native conceptions with biomedical practices, which are evoked in natives causalities for "hanseníase", although is the biomedic diagnosis that focuses the symptoms of the "hanseníase". There is a perception that distinguishes the recent cases of the old cases, based on changes occurred in the offer and in the form of biomedic treatment. The social construction of the illness in a specific social context, inside the Mura's social relations, is penetrated by the micro-political relations that are structured around relationship (thought reciprocity and co-substanciality) establishing and re-structuring these same relations.

Key words: Indians Mura, Antropology, selfcare illness, leprosy.

## SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	vi
RESUMO.....	ix
ABSTRACT.....	x
SUMÁRIO.....	xi
ILUSTRAÇÕES.....	xii
TABELAS.....	xiii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xiv
INTRODUÇÃO.....	16
PARTE I – REFERENCIAL TEÓRICO e MÉTODO.....	25
<b>Cap.1 - Sobre a Abordagem Teórica: Saúde e Doença a Partir da Antropologia da Saúde.....</b>	<b>25</b>
<b>Cap.2 - Métodos e estratégias de pesquisa.....</b>	<b>38</b>
PARTE II – DADOS SOBRE O POVO MURA.....	47
<b>Cap.3 - Dados Historiográficos Sobre o Povo Mura.....</b>	<b>47</b>
<b>Cap.4 - Dados Gerais Etnográficos da Pesquisa de Campo.....</b>	<b>56</b>
<b>Cap.5 - Sobre Saúde: A Família, o Alimento e o Trabalho.....</b>	<b>72</b>
<b>Cap.6 - Sobre Cosmologia: “O Mundo Encantado e Maravilhoso”.....</b>	<b>90</b>
<b>Cap.7 - Sobre o trabalho do pajé: Cantos, Tabaco e Ultra-som.....</b>	<b>97</b>
PARTE III – SOBRE A HANSENÍASE.....	102
<b>Cap.8 - As dúvidas, as dificuldades, o sofrimento do corpo individual.....</b>	<b>102</b>
<b>Cap.9 - Causas Socialmente Relevantes: Etiologias Mura Para a Hanseníase.....</b>	<b>113</b>
<b>Cap.10 - O Tratamento Biomédico , o Mal de Família e o Medo.....</b>	<b>129</b>
<b>Cap.11 - Considerações finais.....</b>	<b>134</b>
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	138
APÊNDICE 1.....	144
APÊNDICE 2 - Genealogias.....	145

## ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1– Mura inalando Paricá – Prancha 121 da Viagem Filosófica de Alexandre Rodrigues Ferreira (RAMINELLI, 2001) .....	v
Ilustração 20 Mapa da Área Etnográfica Amazônia Centro-Meridional, adaptado de MELATTI 2006.....	47
Ilustração 3 – Ilustração da localização das aldeias Mura nos Municípios de Autazes e Carreiro da Várzea (AM) a partir das informações cartográficas de ISA,2006. ....	53
Ilustração 4 - Sede do CIM – Conselho Indígena Mura. ....	57
Ilustração 5- Mapa da cidade de Autazes e foto de satélite (Fonte Google). ....	58
Ilustração 6 –Bairro Mutirão e o posto de saúde do bairro (no meio). Rua do Bairro Olinda ( em baixo) .....	59
Ilustração 7 – Curumim se banhando na beira do Lago Murutinga. Abaixo, um flutuante. ....	61
Ilustração 8 - Casa de palha. Vistas da fachada e interior da varanda.....	62
Ilustração 9 - Vista da aldeia Murutinga .....	63
Ilustração 10- Bandeiras da Festa de Sant’Ana na aldeia Murutinga. Abaixo, Centro social durante um jogo de futebol na festa de Sant’ Ana.....	65
Ilustração 11- Escola e Posto de Saúde da Aldeia Sissaima.....	69
Ilustração 12 –Vista de casas da Aldeia Cuia.....	70
Ilustração 13 –Vista a partir da varanda da casa do AIS na Aldeia Sissáima. Em baixo, navegando pelo Sissáima.....	71
Ilustração 14 - Genealogias de famílias Mura: dois exemplos de co-residência.....	74
Ilustração 15 - Preparando o pirarucu.....	77
Ilustração 16 - Preparando uma paca.....	78
Ilustração 17-Uma cozinha típica bem equipada. A baixo lavando a louça em época de cheia. ....	79
Ilustração 18 – Trabalho na casa de farinha. Enquanto uma família está descascando a raiz da mandioca. outra está torrando a massa. ....	81
Ilustração 19 - Torrando farinha (mãe e filha). ....	82
Ilustração 20- Preparando a tapioca .....	83
Ilustração 21- Cortando maniva (acima) e tecendo o panacu (abaixo). ....	88
Ilustração 22 - Mulheres e homens trabalhando no ajuri.....	89
Ilustração 23 - Esquema sobre a cosmologia entre os Mura. ....	91

## TABELAS

Tabela 1- Dados populacionais das Aldeias Mura dos Pólo-Base Pantaleão e Murutinga. Fonte: Pólo-Base Pantaleão /dez 2005 e (*) dados do Renisi-Funasa (2006).....	19
Tabela 2- Esquema de Zempléni (1994) como proposta de termos usados no estudo de causalidades.....	36
Tabela 3- Esquema de Zempléni (1994) aplicada as etiologias biomédica da “hanseníase” conforme BRASIL(2002).....	36
Tabela 4 – Quadro que representa esquematicamente a relação dos comportamentos considerados extravagantes. ....	119
Tabela 5 – Quadro que representa esquematicamente a relação entre causas socialmente relevantes a queima do sangue. ....	119
Tabela 6 – Quadro esquemático representando o esquema de causalidade articulado em torno da categoria feitiço. ....	122
Tabela 7 –Quadro resumo. Categoria <i>corpo aberto</i> .....	124
Tabela 8 – Apêndice 1 – Detalhamento do itinerário realizado na trabalho de campo.....	144

## LISTA DE ABREVIATURAS

AIS – Agente Indígena de Saúde  
AM –Estado do Amazonas  
CIM – Conselho Indígena Mura  
CNPQ – Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia  
COIAB –Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira  
CONEP – Conselho Nacional de Pesquisas  
DSEI – Distrito Sanitário Indígena  
EMSI –Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena  
FIOCRUZ –Fundação Osvaldo Cruz  
FUNAI – Fundação Nacional do Índio  
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde  
ICETI – Instituto de Cooperação Técnica Inter-municipal -Amazonas  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PNEH – Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase  
SPI – Serviço de Proteção Aos Índios e Localização dos Trabalhadores Nacionais

“Um dia, mal um bando de bosquímanos !Kung cumprira o ritual da chuva, uma pequena nuvem apareceu no horizonte, cresceu e escureceu. Depois a chuva caiu. Os antropólogos perguntaram-lhes se pensavam que o rito produzira a chuva. Os bosquímanos riram-se deles ( L.. Marshall, 1957). Como somos ingênuos quando se trata das crenças dos outros!” (Mary Douglas em Pureza e Perigo,1966:75)

## INTRODUÇÃO

A presente dissertação trata da experiência de adoecer e curar-se, partindo de uma abordagem antropológica que busca compreender como um grupo indígena específico, os Mura da região de Autazes (AM), vivencia a *hanseníase*<sup>1</sup> e os contextos em que essa experiência decorre.

O objetivo é situar a experiência de estar doente, evidenciando os aspectos sócio-culturais, por meio de uma etnografia que possa dar relevo à percepção nativa dos processos de adoecimento e cura. Desta forma, compor um quadro sociocultural da sociedade Mura que possibilite minimamente compreender e evidenciar esses processos de saúde/doença/atenção, em especial, a vivência dos sujeitos na busca pela solução de seu sofrimento definido, aqui, pela experiência da *hanseníase*.

Desta maneira, o trabalho tem como fio condutor refletir como a categoria biomédica “hanseníase” é apropriada pelos indígenas e como é o desenrolar da experiência da doença a partir de seu ponto de vista. Parte-se de um referencial teórico da Antropologia da Saúde para explorar uma realidade específica. De certa forma, esta dissertação é um exercício que busca articular certos conceitos analíticos (e.g., “auto-atenção”, “disease”, “illness” e “sickness”) e a realidade empírica, os fenômenos sociais, de forma que tais conceitos permitam a análise dessa realidade ou, ainda, explorar as limitações destes conceitos. Assim, considera-se a hanseníase “boa para se pensar”, e mesmo para dar relevo a contextos socioculturais específicos. Ao mesmo tempo, esta dissertação procura evidenciar algumas concepções

---

<sup>1</sup> Nesta dissertação, serão representados em *itálico*, os termos usados pelos indígenas, ou seja, termos do discurso “êmico” ou da “experiência próxima” (Geertz, 1997: 87). Termos e conceitos acadêmicos e científicos, do discurso “ético” ou da “experiência distante” (op. Cit.), usados para análise e descrição, serão apresentados entre aspas. Desta forma, pretende-se criar uma diferenciação analítica entre *hanseníase*, tal como é experienciada pelos indígenas, e “hanseníase”, o conceito biomédico da doença. Nos casos em que a esta diferenciação analítica não for pertinente, a palavra hanseníase será apresentada sem nenhum sinal diacrítico. Comentários e inclusões do presente autor, quando em citações, foram colocados entre colchetes.



nativas (êmicas) que se relacionam com o fenômeno social da doença *hanseníase*.

O referencial teórico dessa dissertação propõe analisar as doenças como construções socioculturais e não apenas como fenômenos puramente biológicos e fisiológicos. Desse modo, as doenças são vividas através de uma experiência que transborda as aflições do corpo biológico e individual. São “processos subjetivos” (ou intersubjetivos) situados em “contextos” específicos, nos quais os atores sociais (sujeitos individuais e coletivos) exercitam sua “vivência”, atualizando, negociando e exercitando seus saberes, valores e práticas. Do ponto de vista da Antropologia da Saúde, doenças não são apenas “um conjunto de sintomas físicos universais observados numa realidade empírica” (LANGDON, 2003:99), como pretende a corrente mais positivista do saber Biomédico<sup>2</sup>.

A realização desta dissertação visa colaborar com uma pesquisa multidisciplinar em andamento, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz - Centro de Pesquisas Leônidas & Maria Deane – Manaus/AM<sup>3</sup>. A presente dissertação parte da preocupação dos órgãos de saúde pública quanto à eliminação da “hanseníase” e da necessidade de informações acerca das especificidades indígenas no enfrentamento da “hanseníase”. Todavia, tão importante quanto, são as demandas conscientes dos indígenas por acesso, atendimento de qualidade e informação sobre sua saúde.

\*\*\*

O grupo com que se trabalhou na coleta de dados é parte da população da etnia Mura

---

<sup>2</sup> A biomedicina, enquanto conceito analítico, pode ser caracterizada como um conhecimento pautado na epistemologia positivista, cujo foco é a biologia humana, e no paradigma cartesiano, marcado por uma descontinuidade entre corpo e mente. É caracterizada por Menéndez (2003) como Modelo Médico Hegemônico e abrange as seguintes características estruturais: “biologismo, a-sociabilidade, a-historicidade, a-culturalismo, individualismo, eficácia pragmática, orientação curativa, relação médico/paciente assimétrica e subordinada, profissionalização formalizada, identificação ideológica com a racionalidade científica, a saúde/enfermidade como mercadoria, tendência a medicalização dos problemas, tendência à separação entre teoria e prática” (Menéndez, 2003:194)

<sup>3</sup> Intitulada “Tuberculose e Hanseníase em Áreas Indígenas: Pesquisa Avaliativa de Ações Programáticas”, coordenado pelo Dr. Antônio Levino da Silva Neto e Dra. Luiza Garnelo (NETO et al. 2005; DIAS-SCOPEL e GARNELO, 2005).

do Município de Autazes-AM. O trabalho de campo se estendeu por seis aldeias: Pantaleão, no perímetro urbano da cidade de Autazes, Murutinga, Guapenú, Cuia, Sissáfma e Trincheira, no meio rural. A coleta de dados foi realizada através da observação participante e realização de entrevistas.

Existem poucos dados disponíveis na bibliografia etnológica sobre a população Mura. No passado, os Mura eram dezenas de milhares (entre 30 e 60 mil) e ocuparam grande extensão dos rios amazônicos, sempre se estabelecendo nas margens. Foram reiteradamente caracterizados como povo canoeiro e de subsistência baseada na pesca (AMOROSO, 2000; NIMUENDAJU, 1948; OLIVEIRA RODRIGUES, 1978).

Nos dias de hoje, há aldeias em vários municípios: Autazes, Borba, Careiro da Várzea, Manicoré, Itacoatiara (AM). Atualmente, a língua Mura está extinta. Esta língua, junto com outros três dialetos, compõe uma família lingüística isolada<sup>4</sup>. Os Mura da região de Autazes são falantes do português.

Esta etnia é a mais populosa das atendidas pelo Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus (DSEI–Manaus), com 9.275 pessoas, perfazendo aproximadamente 60% do total

---

<sup>4</sup> Somente o Pirahã é falado hoje em dia (FABRE, 2005). Sobre os Pirahã consultar Gonçalves (1993,2001), Rodrigues e Oliveira Rodrigues (1977) e Oliveira Rodrigues (1978). Adriana Athila (1998) aponta que frequentemente a história dos Mura e dos Mura-Pirahã é confundida pelos pesquisadores, ou seja, uns são tomados pelos outros. Mais precisamente, o presente dos Pirahã foi tomado como um modelo para o passado dos Mura de hoje, ou, pior, como modelo de cultura tradicional desses. Ocorre que ambos os povos, atualmente, se distinguem justamente pelos processos históricos ligados ao contato de mais de dois séculos com os colonizadores e com o Estado. Enquanto os Mura de Autazes tiveram uma história marcada por esse contato, desde o século XVIII, os Pirahã, viveram em relativo isolamento dos brasileiros até o século XX. Gonçalves (2001), estudioso dos Pirahã analisa o caso. A suposição de uma ligação entre os dois povos, do ponto de vista etnológico, não pôde ir além da própria suposição, fundamentada em um parentesco lingüístico, entretanto, não é possível afirmar que os Pirahã fossem um sub-grupo dos Mura. O que parece ter acontecido é que os Pirahã do Rio Maici incorporaram indivíduos Mura no passado, talvez na segunda metade do século XIX (Gonçalves, 2001:47).

de indígenas atendidos por este distrito<sup>5</sup>. O DSEI-Manaus, em Autazes, é organizado a partir de dois pólos-base: Pantaleão e Murutinga. O pólo-base Pantaleão, sediado no perímetro urbano de Autazes, abrange um total de 18 aldeias (uma delas da etnia Apurinã), com 5.831 indígenas. O pólo-base Murutinga, situado na Aldeia Murutinga, administrativamente vinculado ao pólo-base Pantaleão, atende a 1.798 indígenas totalizando nove aldeias<sup>6</sup>.

Pólo Base Pantaleão Total – 17 aldeias	População 5.831	Pólo-Base Murutinga Total - 9 aldeias	População 1.798
Aldeias do Município Autazes		Aldeias do Município Autazes	
<b>Natal</b>	73	<b>Murutinga</b>	<b>738*</b>
<b>Pantaleão</b>	1.486	<b>Ponciano</b>	<b>157*</b>
<b>Trincheira</b>	288	Aldeias no Município Careiro da Várzea	
<b>Igarapé-Açú</b>	141	<b>Sissaíma</b>	<b>217*</b>
<b>Muratuba</b>	175	<b>Jabuti</b>	<b>104*</b>
<b>Josefa</b>	342	<b>Boa Vista</b>	<b>139*</b>
<b>Miguel</b>	35	<b>Bom Futuro</b>	<b>119*</b>
<b>Sampaio</b>	434	<b>Jutai</b>	<b>174*</b>
<b>Soares</b>	262	<b>Jacaré</b>	<b>84*</b>
<b>São Félix</b>	133	<b>Santo Antônio</b>	<b>66*</b>
<b>Guapenú</b>	369		
<b>Cuia</b>	190		
<b>Jauari</b>	283		
<b>Padre</b>	52		
<b>Paracúuba</b>	131		
<b>Capivara</b>	115		
<b>Ferro Quente</b>	22		

**Tabela 1- Dados populacionais das Aldeias Mura dos Pólo-Base Pantaleão e Murutinga. Fonte: Pólo-Base Pantaleão /dez 2005 e (\*) dados do Renisi-Funasa (2006)**

\*\*\*

Nos casos de diagnóstico de “hanseníase”, o controle e o tratamento encontram-se

<sup>5</sup> Estes dados foram obtidos junto ao Pólo-base Pantaleão e no cadastro *on line* RENISI-FUNASA (2006) e referem-se à abrangência do DSEI-Manaus. Destaca-se que, na estimativa da população, impõe-se a falta de dados confiáveis e, mais ainda, os complexos processos de auto-identificação. Athila (1998) aponta o total da população Mura em 4.188 indivíduos. Esta antropóloga destaca as fragilidades de uma estimativa sobre a população Mura e sua avaliação baseia-se em dados da Fundação Nacional Índio (FUNAI) e do Instituto Sócio-Ambiental (ISA).

<sup>6</sup> Total da população Mura atendida por estes dois pólos é de 7.629 hab.

fora do campo da atenção primária fornecida pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)<sup>7</sup>, atualmente responsável pelo atendimento às comunidades indígenas. O tratamento dos pacientes com “hanseníase”, na abrangência da área escolhida para a coleta de dados, está sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde de Autazes (AM), com atendimento realizado pelo Setor de Dermatologia do Ambulatório Danilo Correa. Este setor está sob coordenação do Programa Estadual de Controle da Hanseníase do Estado do Amazonas, com sede na Fundação Alfredo da Mata, em Manaus (capital do Amazonas). Por sua vez, a coordenação estadual está vinculada ao Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase (BRASIL, 2006:4). Esta atuação não prevê ações diferenciadas no tratamento de indígenas e não-indígenas e não há dados que reflitam esta situação.

As ações do programa estão estabelecidas no Plano Nacional de Eliminação de Hanseníase que têm como meta a eliminação da “hanseníase” como problema de saúde pública até o ano de 2010 (a meta anterior era 2005). Conforme convencionado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a “hanseníase” continuará sendo um problema de saúde pública até que haja apenas 1 caso para cada 10.000 habitantes (atualmente, apenas nas regiões Sul e Sudeste). Os dados epidemiológicos desse plano apontam a região Norte do Brasil como hiper-endêmica no ano de 2005, com coeficiente de detecção de 5,63/10.000 hab. e prevalência classificada como média, com coeficiente 4,02/10.000 hab (BRASIL, 2006)<sup>8</sup>. Em 2004, no município de Autazes, surgiram 10 casos novos e haviam 19 pessoas em tratamento (IMBIRIBA,2006:93)<sup>9</sup>. Em 2006, três indígenas Mura estavam sob tratamento.

Desta forma, os dados epidemiológicos apontam para uma situação grave, não apenas entre os

---

<sup>7</sup> Atualmente os serviços estatais de saúde que tratam da atenção primária aos Povos Indígenas estão organizadas a partir de um sub-sistema do Sistema Único de Saúde (SUS). A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) é o órgão executivo do Ministério da Saúde responsável pela condução da Política de Saúde Indígena. A FUNASA atua por meio de uma rede de assistência distribuída pelo território nacional através de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) (GARNELO et al.,2003).

<sup>8</sup> O termo prevalência refere-se aos casos em tratamento, enquanto o termo detecção refere-se aos novos casos verificados no ano.

<sup>9</sup> Incidência de 3,67/10.000 hab. e prevalência de 6,97/10.000hab.

indígenas, mas em todo o município, ao mesmo tempo que, em termos absolutos, o número de casos indígenas, sendo pequeno, disfarça o índice de incidência nessa população<sup>10</sup>, cujo cálculo é dificultoso, já que faltam dados precisos sobre o total da população indígena.

O único lugar em Autazes que dispõe dos remédios para o tratamento da hanseníase é o Ambulatório Danilo Correa vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Autazes. Ali, trabalham profissionais de saúde capacitados para o cuidado de pessoas com “hanseníase”. O tratamento e acompanhamento são feitos exclusivamente pelo Setor de Dermatologia do ambulatório no qual trabalham enfermeira e técnicos de enfermagem. O Setor de Dermatologia é responsável pela busca ativa<sup>11</sup>, exames clínicos e pelo controle e notificação de casos ao Ministério da Saúde (via Programa Estadual de Controle da Hanseníase).

Os indígenas são também acompanhados pelos profissionais do pólo-base Pantaleão que mantêm registros paralelos dos casos de “hanseníase”. O pólo-base procura efetivar-se como estrutura de apoio aos pacientes indígenas, embora todo o tratamento seja realizado pelo ambulatório municipal. O agente indígena de saúde (AIS) também tem um papel ativo e importante no tratamento dos pacientes de “hanseníase”. O AIS se movimenta entre as redes de relações sociais locais, na aldeia entre os indígenas e no pólo-base junto aos enfermeiros e técnicos de enfermagem. Dessa forma, é possível para o AIS trabalhar com dois campos de informações. Pode acelerar ou criar vias de comunicação entre o doente e a equipe dos profissionais de saúde. Também tem um papel ativo na entrega de medicamentos àqueles que

---

<sup>10</sup> Ainda que esta dissertação não tenha preocupações epidemiológicas, cabe informar que estudos epidemiológicos sobre a situação da “hanseníase” entre os Mura de Autazes estão sendo realizados pela equipe do projeto da pesquisa da Fiocruz, conforme citado anteriormente. Portanto, não há como afirmar se há maior ou menor incidência da enfermidade na população Mura comparativamente a população não-indígena que habita o município.

<sup>11</sup> “Entende-se por detecção ativa de casos de hanseníase, a busca sistemática de doentes pela equipe da unidade de saúde por meio das seguintes atividades: investigação epidemiológica de um caso conhecido (exame de contatos); exame das pessoas que demandam espontaneamente os serviços gerais da unidade de saúde por outros motivos que não sinais e sintomas dermatológicos ou neurológicos; exame de grupos específicos - em prisões, quartéis, escolas, de pessoas que se submetem à exames periódicos, etc.; mobilização da comunidade adstrita à unidade, principalmente em áreas de alta prevalência da doença, para que as pessoas demandem os serviços de saúde sempre que apresentarem sinais e sintomas suspeitos.” (BRASIL, 2002)

têm dificuldades de acesso à cidade de Autazes <sup>12</sup>.

Idealmente, o paciente procura um dos postos de atendimento onde é diagnosticado através da consulta médica e encaminhado ao setor de dermatologia do ambulatório. O tratamento é feito com antibióticos que devem ser ingeridos diariamente (poliquimioterapia). Todo o mês, o paciente deve retornar ao ambulatório para tomar uma “dose supervisionada” e retirar outra cartela do medicamento. Dependendo do tipo de manifestação da doença, o paciente se submeterá a um tratamento de 6 a 12 meses. Reações “hansênicas” e efeitos colaterais da medicação são comuns<sup>13</sup>. Com o início do tratamento cessa o risco de contaminação. Esta é ligada à baixa resistência corporal e a uma exposição prolongada ao bacilo (BRASIL, 2002).

\*\*\*

O texto que segue está organizado em três partes. Como será visto mais à frente, considerando-se o ponto de vista indígena, percebe-se que o diagnóstico da hanseníase é construído necessariamente em relação à forma biomédica de atenção à saúde. Isso implica sobre a construção da categoria da doença *hanseníase* que, embora seja específica da biomedicina, assume significados distintos na sua atualização entre os indígenas. Na parte I, para poder refletir sobre esta questão, são discutidos os conceitos “disease”, “illness” e “sickness”, três formas de encarar o fenômeno doença: a partir da biomedicina, do contexto cultural e subjetivo e como processos sociais, respectivamente. O conceito de “auto-atenção” é tomado como foco para construção do objeto de estudo, em que se privilegiam as percepções de não-especialistas, tomando-os como sujeitos sociais empenhados na resolução

---

<sup>12</sup>Sobre AIS ver, por exemplo, Langdon et al. (2006); Dias-Scopel (2005).

<sup>13</sup> “Os estados reacionais ou reações hansênicas são reações do sistema imunológico do doente ao *Mycobacterium leprae*. Apresentam-se através de episódios inflamatórios agudos e sub-agudos. Podem acometer tanto os casos Paucibacilares como os Multibacilares. Os estados reacionais ocorrem, principalmente, durante os primeiros meses do tratamento quimioterápico da hanseníase, mas também podem ocorrer antes ou depois do mesmo, nesse caso após a cura do paciente. Quando ocorrem antes do tratamento, podem induzir ao diagnóstico da doença.” (BRASIL, 2002:50)

de seus problemas de saúde.

A parte II, é dedicada aos dados sobre do Povo Mura. Traz informações que procuram caracterizar a sociedade Mura, uma vez que há pouca coisa escrita na bibliografia sobre esta população. Muitas destas características são essenciais para compreensão da experiência da doença e dos processos de “saúde/enfermidade/atenção”.

Os Mura de Autazes têm uma longa história de contato com a sociedade envolvente. Realizaram guerra com os colonizadores portugueses no século XVIII. Depois, tomaram papel ativo na Cabanagem no Século XIX, sendo muito perseguidos. Seu “ethos” guerreiro é tão característico em sua história quanto às epidemias que sofreram. Na atualidade, lutam contra o preconceito (o termo Mura ou Moura, em muitos lugares no interior do estado, tem conotação pejorativa), pela retomada de suas terras e por melhores condições de vida.

Povo de grande mobilidade estende-se por vasta região cujo centro geográfico e pólo econômico é a Cidade de Autazes. Inclusive ali há uma aldeia urbana chamada Pantaleão. Para esta aldeia convergem movimentações dos Mura e é na cidade que está sediado o Conselho Indígena Mura (CIM), entidade que representa a etnia nas vinte e seis aldeias relacionadas anteriormente. No interior do município, no meio rural, onde está a maioria das aldeias, os Mura dedicam-se a pesca e a agricultura. Na descrição etnográfica, a produção de farinha para a subsistência da família, foi tomada como processo social privilegiado para análise, evidenciando como são construídas as relações de “reciprocidade” e “co-substancialidade”, duas noções teóricas importantes para se pensar relações de parentesco entre os povos amazônicos e para evidenciar formas de construção social da família indígena.

Na Parte III, explorou-se como é atualizada a categoria biomédica “hanseníase” e como vem sendo as experiências individuais e sociais de enfrentamento entre os indígenas. São investigados alguns termos nativos e elementos de sua cosmologia relacionados aos

processos de saúde/doença. Pretende-se evidenciar a apropriação das práticas e representações biomédicas a partir de modelos ênicos de saúde e a doença. São apresentadas falas de indígenas que passaram pela doença e respectivo tratamento que realizaram junto ao Setor de Dermatologia do Ambulatório Municipal, explorando a estruturação narrativa e a estruturação seqüencial dos processos de doença: início, desenrolar e um desfecho. Foram analisadas algumas etiologias Mura para o fenômeno da *Hanseníase*, que se pautam sobre representações de saúde e doença “tradicionais” (ênicas) e como estas causalidades são articuladas na dinâmica dos contextos micro-políticos (*queima do sangue, feitiço, quebra do resguardo, comer reimoso, corpo aberto*). Por fim, procurou-se situar a partir dos dados apresentados, duas práticas biomédicas ligadas ao tratamento e suas implicações dentro da experiência Mura: as preocupações dos profissionais de saúde com o “abandono” ao tratamento e o exame das pessoas que tiveram “contato” com o doente, chamadas de “comunicantes”.



## **PARTE I – REFERENCIAL TEÓRICO E MÉTODO**

### **Cap.1 - SOBRE A ABORDAGEM TEÓRICA: SAÚDE E DOENÇA A PARTIR DA ANTROPOLOGIA DA SAÚDE**

No decorrer deste capítulo serão discutidos alguns dos conceitos analíticos da Antropologia da Saúde<sup>14</sup>. Deste ponto de vista teórico o fenômeno da doença pode ser focalizado pela sua dimensão biológica ou categorização biomédica (“disease”), pela sua contextualização cultural e subjetiva (“illness”) e, ainda, como um processo social (“sickness”). Ao mesmo tempo, o fenômeno da doença está acompanhado por tentativas de tratamento ou alívio do sofrimento, de forma que os processos sociais que envolvem doenças são, concomitantemente, “processos de saúde/doença/atenção”. Desta forma, a “atenção” aos processos de adoecimento envolvem múltiplos atores: o doente e seus familiares, os especialistas dos múltiplos e diversos sistemas médicos. A abordagem do tema também implica em caracterizar as diferentes maneiras de lidar com os processos de adoecimento, ou “formas de atenção à saúde”, das quais o conceito de “auto-atenção” será tomado como uma chave para se compreender o ponto de vista dos atores sociais não-especialistas envolvidos nesses processos, especialmente no âmbito da família.

Não se deve perder de vista que os elementos culturais estão em constante reelaboração, dado ao movimento próprio da dinâmica cultural. Langdon (1995) destaca que a “cultura” não existe “a priori” da ação, não está previamente estabelecida em normas e valores, nem é fixa e homogênea. Reafirmando o conceito de cultura de Geertz (1978), “um sistema de símbolos [público] que fornece um ‘modelo de’ e um ‘modelo para’ a realidade”, a autora afirma que a cultura é “centrada no ator” e expressada “na interação social, onde os atores comunicam e negociam significados” (LANGDON, 1995:11). Note-se que para Geertz,

---

<sup>14</sup> Sobre termos em itálico e termos entre aspas ver nota 1.

cujas bases teóricas fundamentam-se em uma teoria da ação social weberiana, a “cultura” precisa ser estudada a partir “do ponto de vista do ator” (ORTNER, 1999). O foco do olhar antropológico passa da simples descrição de costumes, crenças, etc., para a forma em que este conteúdo cultural é re-significado pelos atores sociais.

Incrementando esta abordagem interpretativa da cultura, a Antropologia da Saúde tem somado os esforços de uma abordagem crítica como forma de evidenciar a dinâmica das relações de “poder” e seus efeitos presentes nos processos sociais de saúde/doença/atenção. Deste ponto de vista teórico, são focalizadas as relações “assimétricas” e também a “agência” dos atores sociais, a partir de suas perspectivas em seus respectivos contextos culturais. O “poder” e suas implicações na assimetria das relações sociais são considerados “relativamente fluidos e transformáveis através da prática” (ORTNER, 1999:148). Assim, atenta-se ao fato de que ordens simbólicas são também sistemas de dominação, para os quais devem ser estudados os efeitos (ORTNER,1999:158, KEESING,1987).

Como aponta Sahlins, “a ação simbólica é um composto duplo, constituído por um passado inescapável e um presente irreduzível”. Este passado é tomado pelo sujeito através de um “esquema cultural” (os “modelos de” e “modelos para” de Geertz). O sujeito assume uma “responsabilidade” pela ação no presente, pela autoria criativa de interpretar sua própria existência frente às situações e “eventos” que ocorrem. Para Sahlins, portanto, “toda práxis é teórica” (SAHLINS,1990). Este conceito de práxis difere do conceito de Aristóteles para quem a “práxis” distingue-se da “theoria” (CLÉMENT et al.,1994:311). A ação social, vista como “práxis” pela corrente crítica, constitui a atividade material dos homens na história. Isto abrange também idéias, concepções e “representações”, que são consideradas formas de pensar características de contextos culturais e históricos específicos, portanto, “práticas

sociais” (RABINOW, 2002:78)<sup>15</sup>. Estas considerações permitem situar o conceito de cultura nos trabalhos antropológicos da vertente crítico-interpretativa:

Sem descartar que a cultura é compartilhada pelos membros do grupo, sua análise [da cultura] passa para um enfoque na ‘práxis’, a relação entre a procura do significado dos eventos e a ação. (LANGDON, 1995).

De acordo com Lock e Scheper-Hugues (1993), a partir da sua proposta teórica de uma abordagem crítico-interpretativa dentro do campo da Antropologia da Saúde, o foco da análise antropológica passa do estudo de sistemas médicos alternativos (como eram os primeiros estudos):

para o modo em que todos os saberes relacionados ao corpo, saúde e doença são culturalmente construídos, negociados e renegociados em um processo dinâmico através do tempo e do espaço. (Lock e Scheper-Hugues, 1993:49) [tradução minha]

As autoras propõem que o “corpo” seja tomado como uma “metáfora” teórica, que permita pensar os processos sociais articulando três dimensões de análise: do “corpo individual”, do “corpo social” e do “corpo político”. Pode-se tomar o “corpo” como um conceito “heurístico”, pensado a partir de cada um destes “níveis analíticos”, como um pano de fundo para uma interpretação dos “processos de doença/saúde/atenção”, como um processo que articula estes “três corpos” (Lock e Scheper-Hugues, 1993). O corpo aqui não é visto somente como um corpo físico, mas abrange também suas subjetividades, as intersubjetividades, as relações de poder, de produção, a própria sociedade e situa-se na “práxis” que constitui este corpo frente aos processos sociais de “saúde/doença/atenção”.

---

<sup>15</sup> Rabinow está dialogando teoricamente com Foucault de “As palavras e as coisas” (2002). Não tenho a intenção de aprofundar o argumento de Foucault apenas ressaltar que para Rabinow as representações sociais são práticas intelectuais, portanto sujeitas a história, marcadas pela cultura de uma época. Situando-as como práxis, procura-se distanciar o conceito de “representações sociais” da sua versão intelectualista, notadamente marcada pelas teorias das primeiras correntes da psicologia social, cujo fundamento está baseado nas investigações Neo-Kantianas de Hamelin, isto segundo Roberto Cardoso de Oliveira (2003). Optou-se por manter a palavra “representação” por ser o termo empregado por Menendez (2003), o qual vem acompanhado pelo termo “práticas”.

A partir dos anos 70, surgiram teorias que propunham relativizar as categorias estabelecidas na biomedicina e repensar a doença como uma construção sócio-cultural. Conceitos como “disease”, “illness” e “sickness” foram propostos por Kleinman (1973), Young (1976) e outros, com essa finalidade.

Uma primeira diferenciação proposta pela Antropologia da Saúde está pautada na comparação entre a noção biológica da doença com aquela vivenciada pelos sujeitos. As doenças entendidas como “diseases”, “referem-se a um estado patológico reconhecido ou não pela cultura e que pertence ao modelo biomédico”, ao passo que as doenças entendidas como “illness”, referem-se ao que “é construído culturalmente” (LANGDON 1995:10) e “diz respeito à vivência individual da doença<sup>16</sup>, à percepção de uma perturbação pelo sujeito, à experiência de algo anormal (dor, sofrimento, mal estar)” (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005:15).

Deste modo, a “disease hanseníase” para a biomedicina é:

uma doença infecto-contagiosa, de evolução lenta, que se manifesta principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés [...] A hanseníase é causada pelo ‘Mycobacterium leprae’, ou bacilo de Hansen, que é um parasita intracelular obrigatório, com afinidade por células cutâneas e por células dos nervos periféricos, que se instala no organismo da pessoa infectada, podendo se multiplicar. (BRASIL, 2002)

A percepção dos sinais fisiológicos do corpo, sua experiência individual e social, encerra uma dimensão subjetiva que pode ou não se articular com a dimensão biológica proposta pela categorização biomédica. Enquanto a classificação das “diseases” pretende-se universal e trans-cultural, as doenças vistas como “illness” são construídas e atualizadas em um contexto específico.

Do ponto de vista teórico, a distinção entre “disease” e “illness”, em última análise,

---

<sup>16</sup> E, complementando, também a vivência coletiva da doença.

torna-se intrinsecamente um juízo de valor pautado na perspectiva da biomedicina<sup>17</sup>. Todavia, mesmo as noções biomédicas podem ser consideradas em seu contexto e em sua historicidade.

É importante destacar que a doença como “disease”, é também uma construção cultural específica de um grupo de profissionais que definem um campo discursivo: o saber biomédico. Este saber também se transforma com o tempo. A categoria biomédica “hanseníase” foi construída e transformou-se historicamente. Há alguns anos, a “hanseníase” era oficialmente chamada de “lepra”. O termo lepra é muito antigo. A doença é conhecida há milênios no ocidente sob múltiplas representações (TRONCA, 2000; QUEIROZ e PUNTEL, 1997). No Brasil, dentro do âmbito das práticas oficiais biomédicas, o termo lepra foi substituído pelo termo hanseníase através de lei federal em 1976 e banido em 1995 (BRASIL 1976 *apud* ROSA MACIEL, 2003; BRASIL, 1995). O termo hanseníase trata-se então de um neologismo (OLIVEIRA et al., 2003). Essa mudança de nome veio paralelamente acompanhada de uma mudança no tratamento biomédico da doença com a adoção da poliquimioterapia<sup>18</sup>. Com o diagnóstico precoce e tratamento adequado, as manifestações corporais da doença deixaram de ser graves deformações e passaram a ser caracterizadas por manchas com dormência. Também a prática de isolamento em leprosários foi abandonada (ROSA MACIEL, 2003). Portanto, no último século, tudo parece ter mudado, o tratamento, sintomas (agora focalizados nas fases iniciais) e mesmo o nome da “disease”. O mesmo agente etiológico, se contextualizado historicamente, passa a ser vivenciado socialmente de uma forma completamente distinta.

Como aponta Menéndez (2003), nas sociedades latino-americanas atuais co-existem

---

<sup>17</sup> A dimensão política da universalização dos conceitos de doenças, das *diseases*, não será tratada nessa dissertação, pois renderia um extenso trabalho à parte.

<sup>18</sup> Poliquimioterapia ou PQT é o termo que designa o tratamento biomédico para hanseníase. “A poliquimioterapia é constituída pelo conjunto dos seguintes medicamentos: rifampicina, dapsona e clofazimina, com administração associada. Essa associação evita a resistência medicamentosa do bacilo que ocorre com frequência quando se utiliza apenas um medicamento, impossibilitando a cura da doença. É administrada através de esquema-padrão, de acordo com a classificação operacional do doente em Pauci ou Multibacilar” (BRASIL, 2002:31)

diferentes “formas de atenção às enfermidades” como, por exemplo, “formas de atenção” Biomédica; Popular ou Tradicional; Alternativas, Paralelas ou New-age; vindas de outras tradições médicas acadêmicas como a Acupuntura, Medicina Védica, Mandarina; ou centradas na auto-ajuda<sup>19</sup>: alcoólicos anônimos, clubes de diabéticos, etc. As “formas de atenção” não-biomédicas são, freqüentemente, “negadas, ignoradas e marginalizadas” pelos “Setores de Saúde”. O autor destaca, também, que há uma tendência nas pesquisas em saúde, em “antagonizar” ou “fortemente diferenciar” “formas de atenção tradicionais” dos “valores da biomedicina” (MENENDEZ,2003:186).

A perspectiva de Menéndez procura evidenciar que os sujeitos, quando vivenciam processos de adoecimento, estão envolvidos na “busca por saídas”, alívio, cura de seus sofrimentos, avaliando e re-avaliando, de acordo com os acontecimentos, as estratégias de enfrentamento, ações práticas, tratamentos, disponibilidade de recursos, etiologias. Este processo compreende uma “práxis” orientada no objetivo do restabelecimento da saúde ou no alívio do sofrimento. Se a perspectiva dos sujeitos que sofrem diretamente com os “eventos” de adoecimento, for tomada como central, tem-se um ponto de vista em que a “busca por saídas” através das diferentes “formas de atenção” não implica, necessariamente, em excluir ou privilegiar uma única “forma de atenção”.

Esta “práxis”, com foco nos atores que vivenciam diretamente os processos de doença, é denominada por Menéndez de “auto-atenção”. O autor explora o conceito de “auto-atenção” vista como forma primeira de atenção no âmbito da família. A maior parte dos casos de enfermidades são, muitas vezes, agudos e rápidos e solucionados com saberes leigos. É também no nível da “auto-atenção” que são tomadas as decisões para os casos mais graves em que especialistas são consultados. Menéndez conceitua “auto-atenção” como:

---

<sup>19</sup> Que não deve ser confundida com a com “auto-atenção”.

...las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención; de tal manera que la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento em forma autónoma o relativamente autónoma. Es decir que la autoatención refiere a las representaciones y prácticas que manejan los sujetos y grupos respecto de sus padeceres, incluyendo las inducidas, prescritas o propuestas por curadores de las diferentes formas de atención, pero que en función de cada proceso específico, de las condiciones sociales o de la situación de los sujetos conduce a que una parte de dicho proceso de prescripción y uso se autonomice, por lo menos en términos de autonomía relativa (MENENDEZ, 2003: 198).

O conceito de “auto-atenção” permite evidenciar a perspectiva do doente e do grupo a que pertence, pois não se parte das “representações e práticas” de especialistas, nos quais o enfoque pode estar orientado por lógicas de concorrência e antagonismo (MENÉNDEZ, 2003). O conceito de “auto-atenção” é “bom para pensar” as “representações e práticas” que envolvem os processos de doença, principalmente, quando se está tentando evidenciar o ponto de vista dos sujeitos que passam pela experiência de uma doença <sup>20</sup>.

Considerando as reflexões feitas sobre o conceito de cultura e a dinâmica das transformações, apropriações e re-significações realizadas na interação social entre os sujeitos, deve-se atentar que a “auto-atenção”, enquanto um conceito analítico, abrange “representações e práticas” das mais variadas e não há como definir um limite rígido sobre quais “representações e práticas” referem-se ao campo profissional ou especialista e quais são referentes a “auto-atenção” ou vice-versa. As representações e práticas de especialistas podem ser amplamente difundidas na população em geral, por exemplo, o uso de um termômetro. Não são, portanto, as práticas e concepções que definem o que é “auto-atenção”, mas sim,

---

<sup>20</sup> É necessário atentar para a relação e articulação entre “representações e práticas” como “práxis”, como atividade humana dos conceitos analíticos que tendem a valorizar uma oposição entre aspectos concretos e abstratos desses “saberes”.

quais são os atores envolvidos, se profissionais e especialistas ou não. Além disso, estes sujeitos podem ser individuais ou coletivos, atuando no âmbito da família, do grupo político, da sociedade.

Mais ainda, o conceito de “auto-atenção” pode abranger uma diferenciação, não apenas no que se refere aos sujeitos, mas, a intencionalidade implicada no processo de “atenção à saúde”. É o caráter dessa intencionalidade que permite diferenciar o que Menéndez (2003), chama de dois níveis do conceito de “auto-atenção”: a “auto-atenção em sentido lato” e “auto-atenção em sentido estrito”.

No sentido “amplo” ou “lato”, a “auto-atenção” encerra:

...todas las formas de autoatención que se requieren para asegurar la reproducción biosocial de los sujetos y grupos a nivel de los microgrupos y especialmente del grupo doméstico (MENÉNDEZ, 2003: 199).

Estas maneiras de “assegurar a reprodução biossocial” vão desde as formas de prevenção das doenças até as de “preparação e distribuição dos alimentos”, “o asseio da casa”, “uso da água”, “meio ambiente”, “corpo”, etc., e as normas e objetivos estabelecidos culturalmente (MENÉNDEZ, 2003). Podem ser, portanto, atos e ideais não intencionais, mas que se referem essencialmente a manutenção, recuperação ou aumento da qualidade de vida e saúde dos sujeitos.

No outro nível, tem-se a “auto-atenção em um sentido estrito,” como as “representações e práticas aplicadas intencionalmente ao processo de saúde/enfermidade/atenção” (MENÉNDEZ, 2003: 199). O sentido “estrito” da “auto-atenção” abrange a ação “intencional” dos sujeitos nessa manutenção, recuperação ou aumento de qualidade de vida e saúde. São estes saberes, “representações e práticas”, que emergem durante os processos de doença.

A doença vista como processo social ajudou os antropólogos a refletirem sobre as



suas características desse. Os processos de adoecimento (“sickness”) articulam-se intimamente com “representações e práticas” relativas à “atenção à saúde”, os cuidados, tratamentos, ações que pretendem eliminar ou aliviar o sofrimento ou aos modos de vida e suas implicações adaptativas. Desta forma configuram-se como “processos de saúde/enfermidade/atenção” de acordo com a terminologia de Menéndez (2003). A doença vista como “sickness” abrange mais que sua dimensão fisiológica-biológica (“disease”), relaciona-se com processos mais amplos, de “tratamento”, “cuidado” e “atenção”.

Young (1976), através do conceito de “sickness”, propõe que as doenças sejam vistas como processos sociais cuja fatualidade reside na confirmação de crenças e valores culturalmente construídos<sup>21</sup>. Young propõe uma visão mais ampla do que seja uma doença, que possibilita tanto relativizar a pretensa universalidade da abordagem biomédica quanto à efetividade empírica das medicinas tradicionais, pois:

As crenças e práticas médicas das pessoas persistem porque respondem a imperativos morais e instrumentais, e são empiricamente efetivas. Isto não é a mesma coisa que dizer que elas são efetivas do ponto de vista das noções médicas ocidentais, ou que elas sempre trazem os resultados que as pessoas esperam. A efetividade empírica destas práticas tem importantes conseqüências ontológicas, desde que elas possibilitem aos episódios de “mal estar, crise ou distúrbio” [*sickness*] comunicar e confirmar idéias sobre o mundo real. (YOUNG, 1976:01)

“Na práxis, uma pessoa utiliza seu modelo de realidade para pensar sobre sua situação e seus desejos a fim de formular um plano subjetivo” (YOUNG, 1976:28), ou seja, na “práxis”, em seu agir e pensar, os atores sociais atualizam suas concepções, sua visão de mundo, ou o caráter “ontológico” da suas experiências e, simultaneamente, o testam na realidade concreta, em suas perspectivas empíricas, verificando a todo instante a eficácia do

---

<sup>21</sup> Esta idéia está muito próxima à contida no conceito de religião de Geertz “Um sistema de símbolos que atua para estabelecer poderosas, penetrantes e duradouras disposições e motivações nos homens através da formulação de conceitos de uma ordem de existência geral e vestindo essas concepções com tal aura de fatualidade que as disposições e motivações parecem singularmente realistas”. (GEERTZ, 1978: 67)

tratamento, corrigindo rumos ou adotando novos procedimentos. Da mesma forma, suas ações se pautam dentro de preocupações de ordem prática, empírica ou instrumental, não obstante, também de ordem mais abstrata, dentro de sistemas ideológicos, cosmológicos, políticos e simbólicos. Nenhuma ação intencional tem implicações exclusivamente instrumentais ou absolutamente simbólicas. Como foi visto acima, é esta “práxis” que Menendez (2003), chama de “auto-atenção em sentido estrito”, caracterizada pela intencionalidade dos sujeitos nos “processos de saúde/doença/atenção”.

Ao pensar “doença como um processo” (“sickness”), é possível enquadrar “episódios de doença” em fases: a) reconhecimento dos sintomas, b) diagnóstico e escolha do tratamento, c) avaliação. Vistos como um processo, os “episódios de doença” podem envolver muitos atores, especialmente em doenças consideradas graves (LANGDON, 1994:12). Estes processos são momentos de “negociação” que implicam numa “pluralidade” de atores que se encontram envolvidos em interpretações de sinais e sintomas polissêmicos (op cit: 13).

Por sua vez, o sintoma não é apenas um sinal do corpo, mas a relação deste sinal com um conjunto de saberes, os quais permitem o diagnóstico (ou tentativas de diagnóstico). Logo, o sintoma pressupõe a doença, como aponta Langer:

“O objeto indicado por um sintoma é a *condição inteira* da qual o sintoma é uma parte apropriada; por exemplo, manchas vermelhas são um sintoma de sarampo e ‘sarampo’ é a condição inteira que gera e inclui as manchas vermelhas” (LANGER, 2004:67)

Uma questão a ser explicitada é que o conceito de “sickness” de Young, aborda o comportamento do doente como “desviante”, pois frequentemente esses episódios retiram indivíduos de seu papel social usual, deixando-os afastados de suas responsabilidades cotidianas. Segundo o autor:

O que diferencia “sickness” de outros tipos de comportamento desviante são as técnicas especiais, oferecidas pela sociedade, para exculpar a

pessoa afetada, e o fato da responsabilidade pelo seu comportamento pode sempre ser transferida para algum agente além da vontade da pessoa afetada pela “sickness” (YOUNG,1976: 22).

Não se deve confundir o processo de exculpação do doente que ocorre durante o episódio de doença, com a possibilidade das explicações socialmente construídas sobre causas da doença estarem ligadas a comportamentos desviantes pretéritos do doente como quebra de prescrições, proibições, interdições, etc.

Zempléni (1994), destaca que “representações etiológicas que caracterizam certos sintomas”, muitas vezes, são tomadas como “sanções de certas condutas sociais proibidas ou inadequadas aos indivíduos”. Um estudo marco na teoria antropológica e que inspira refletir sobre as causas de infortúnios e, portanto, de doenças, é o de Evans-Pritchard entre os Azande na África. Para este autor, a “causa última” é aquela “socialmente relevante”, uma vez que informa sobre um campo moral. A “causa última” é “a causa socialmente relevante, pois é a única que permite intervenção, determinando o comportamento social” (EVANS-PRITCHARD, 2005:55).

Zempléni (1994), propõe diferentes conceitos de causa e mesmo uma sistematização do uso de um conjunto de conceitos sobre causalidades. Para o autor a “causa última” refere-se à “origem” da doença determinada por “acontecimentos” e conjunturas específicas. A “causa eficiente” refere-se ao “agente etiológico”, determinada pela “força eficaz”. A “causa” propriamente dita refere-se à “causa instrumental”, determinada pelo “meio ou mecanismo” causador .

No quadro a seguir, uma reprodução idêntica àquele elaborado pelo autor, estão representadas as diferentes causas assinaladas. A primeira linha apresenta os termos sugeridos por Zempléni, a segunda, perguntas que orientam a explicação causal. A terceira linha apresenta a categoria explicativa e a quarta os termos usualmente encontrados na literatura.

<b>Doença</b>	<b>Causa</b>	<b>Agente</b>	<b>Origem</b>
Qual doença?	Como?	Quem ou qual?	Por que?
Sintomas Taxionomia	Meio ou mecanismo	Força eficaz	Acontecimentos conjunturas
<b>Terminologias correntes</b>	<b>Causa instrumental</b>	<b>Causa eficiente</b>	<b>Causa última ou final</b>

**Tabela 2- Esquema de Zempléni (1994) como proposta de termos usados no estudo de causalidades.**

O esquema procura dar destaque a possibilidade de uma “pluralidade causal”. As causalidades são constituídas articulando múltiplas causas (“instrumental, eficiente, última”).

Ao situar a “hanseníase” (“disease”) dentro deste quadro, tem-se algo como:

<b>Doença</b>	<b>Causa</b>	<b>Agente</b>	<b>Origem</b>
Qual doença?	Como?	Quem ou qual?	Por que?
“hanseníase” Manchas na pele e dormência	Lesão de tecidos epiteliais e nervosos	Bacilo de Hansen - Mycobacterium leprae	Contágio prolongado com portador da doença
<b>Terminologias correntes</b>	<b>Causa instrumental</b>	<b>Causa eficiente</b>	<b>Causa última ou final</b>

**Tabela 3- Esquema de Zempléni (1994) aplicada as etiologias biomédica da “hanseníase” conforme BRASIL(2002).**

Este esquema de causas pode não abarcar toda a complexidade das causalidades das doenças, da forma como são articuladas pelos sujeitos que a vivenciam, especialmente, em se tratando de categorias de doenças não-biomédicas. Por exemplo, o quadro acima destaca o que Zempléni chama de uma etiologia “não-social” ou impessoal. Uma característica da biomedicina é ter uma “concepção interiorizante” da doença, com privilégio aos processos internos ao corpo. O autor infere que as sociedades sem escrita tenderiam a privilegiar o “agente” e a “origem” (“causa última”) da doença, portanto, uma “concepção exteriorizante” da doença (ZEMPLÉNI, 1994: 145). Todavia, mais que querer caracterizar tipos de sociedade, pode-se atentar a possibilidade de dois tipos de causalidade: “pessoais” e “impessoais”, esforçando-se para “distinguir bem o suporte ou manipulador humano da força eficaz, do poder ativo que ele carrega ou manipula” (:146).

Outra distinção entre etiologias refere-se a “temporalidade causal”. Zempléni chama

a atenção para diferenças entre a “causalidade a priori” e a “causalidade a posteriori”.

As conexões etiológicas ‘a priori’ têm como referentes espécies ou classes de fenômenos e exprimem-se por meio de termos ou enunciados fora do contexto. As interpretações ‘a posteriori’ concernem a indivíduos, as perturbações e as situações particulares e tornam-se inteligíveis quando transferidas no contexto intersubjetivo e social de uma formulação. (ZEMPLINI,1994:154)

Nesta perspectiva sobre a multiplicidade de arranjos possíveis para etiologias, cabe destacar que, mesmo em se tratando de um único processo de enfermidade, diferentes atores envolvidos terão diferentes pontos de vista e intencionalidades, portanto, poderão articular diferentes e divergentes causalidades para o mesmo processo.

Assim sendo, para lidar com a experiência da doença de um ponto de vista que extrapole o individual e subjetivo, ou seja, no qual seja possível abordar a dimensão social desta experiência, é necessário atentar para as recorrências e divergências nos discursos dos sujeitos a partir de diferentes pontos de vista e de envolvimento com estes “processos saúde/doença/atenção”.

A distinção entre causalidade “a priori” e a “posteriori” é importante, pois informa sobre o tipo de dado analisado. Como será visto a seguir, grande parte das informações obtidas na pesquisa de campo referem-se a dados de entrevistas em que as pessoas falaram sobre suas experiências ou de casos que conheceram, portanto, estavam refletindo sobre acontecimentos ocorridos num tempo pretérito.

## Cap.2 - MÉTODOS E ESTRATÉGIAS DE PESQUISA

A coleta de dados para esta dissertação ocorreu durante o trabalho de campo realizado no primeiro semestre de 2006 (de 16/12/2005 a 15/08/2006). Foram efetivamente dispensados cerca 60 dias entre os indígenas, percorrendo cinco aldeias do município de Autazes e uma do município do Careiro da Várzea –AM<sup>22</sup>.

A coleta de dados foi realizada através da observação participante e da realização de entrevistas. Abrangeu um grupo heterogêneo e disperso de interlocutores. Foi essencial entrevistar indígenas que passaram pela doença ou estavam em tratamento, mas, o trabalho de campo não se restringiu apenas a estes. Incluiu entrevistas com seus parentes, vizinhos, amigos. A pesquisa não se restringiu à hanseníase. Embora este fosse o foco, foi importante entrevistar e acompanhar outros casos de enfermidades, bem como consultas junto aos serviços estatais de saúde, a curadores não-indígenas e aos pajés. Foram entrevistados especialistas indígenas, como pajés, herbanários, parteiras e rezadores, Agentes Indígenas de Saúde, Conselheiros de Saúde e outras lideranças (Tuxauas, presidentes e professores). Realizou-se visitas às unidades de saúde municipais e da FUNASA em que foram feitas entrevistas com profissionais de saúde no exercício de suas atividades, junto aos postos de saúde e nos pólos-base.

O trabalho de coleta de dados em campo procurou exaustivamente centralizar esforços em entrevistar indígenas que tiveram hanseníase ou estavam em tratamento, parentes, vizinhos, amigos, etc. Contudo, para compreender o processo de saúde/enfermidade/atenção entrevistar curadores tradicionais e estar atento a outras categorias de enfermidades tal como são referidas pelos Mura. Além de participar em alguns momentos nos processos de atenção a

---

<sup>22</sup> A fase de trabalho em campo foi realizada, na maior parte, em dupla com minha esposa, antropóloga Raquel Dias-Scopel, que é pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz. Ela também faz parte da equipe do projeto de pesquisa interdisciplinar, para o qual esta dissertação pretende fornecer subsídios (conforme Introdução). Para detalhamento dos encontros e atividades realizadas em campo Ver quadro no APÊNDICE 1.

outras enfermidades (biomédica, tradicional ou popular e da auto-atenção).

O primeiro passo no trabalho de campo foi negociar a autorização para a realização da pesquisa e entrada nas terras indígenas junto às lideranças Mura<sup>23</sup>. Obtivemos a sua autorização para realização do trabalho de campo durante a IV Conferência Nacional de Saúde Indígena - Etapa Distrital do DSEI Manaus, realizada em Manaus -AM. Este primeiro contato com lideranças indígenas Mura forneceu algumas informações preliminares muito importantes tais como: o acesso às aldeias e locomoção, peculiaridades regionais sobre o clima, regime de cheias, características das aldeias, procedimentos para entrada nas terras indígenas, etc.<sup>24</sup>

Em um primeiro contato com os profissionais de saúde do Pólo-Base Pantaleão e do Ambulatório Danilo Correa, na cidade de Autazes-AM, foram obtidos dados dos Livros de Controle da Hanseníase. Estes livros, usualmente, preenchidos e arquivados pelas unidades de saúde que trabalham no atendimento de pacientes de “hanseníase”, dispõem de informações dos pacientes que fizeram ou estavam em tratamento, tais como: nome, endereço, idade, nome da mãe, datas do início e fim do tratamento, etc.

A partir destas informações, seguiu-se por um caminho que alternou duas estratégias distintas: 1) a de encontrar pacientes indígenas relacionados pelo livro de controle do tratamento da “hanseníase”; 2) a de seguir e deixar-se levar pelas redes de relações sociais indígenas.

Quanto à primeira estratégia, sua vantagem residiu na possibilidade de manipulação da informação “a priori” sobre os pacientes que se submeteram ao tratamento. Sua grande desvantagem são as implicações éticas. No que se refere à forma de atuação do antropólogo

---

<sup>23</sup> A pesquisa também contou com aprovação e autorização do CONEP, CNPQ e Funai.

<sup>24</sup> Não tínhamos nenhuma experiência na Amazônia nem conhecíamos aldeias Mura. De fato, estas informações preliminares foram valiosas no que se refere aos aspectos práticos da pesquisa (deslocamento, estadia, equipamentos, alimentação, etc).

em campo, a informação “a priori” dos casos pode não ser essencial e requer rígido respeito ao sigilo. Assim, restringiu-se o uso dessas informações às entrevistas com os profissionais do serviço de saúde procurando a ajuda dos AIS para entrar em contato com os pacientes.

A estratégia de seguir as redes de relações sociais teve como vantagem a rápida ampliação do campo de trabalho, pois a indicação de alguém de confiança, de um nativo (amigo, vizinho ou parente) sempre possibilita abertura e simpatia nos novos contatos. Muitas vezes, as pessoas esperavam pela nossa visita em suas casas, já sabendo do que se tratava o trabalho. Isso foi conseqüência de se deixar levar pelas formas de sociabilidade nativas. A desvantagem dessa estratégia é a de não transpor corpos políticos rivais, ou de situar-se apenas no âmbito das relações de uma aldeia ou família. Para evitar essa desvantagem, procurou-se sempre, na medida do possível, seguir a estratégia 1.

Para estabelecer novos relacionamentos com pessoas de diferentes aldeias, procurou-se freqüentar lugares de encontro dos indígenas. Nesse sentido, muitos novos contatos foram efetivados enquanto os indígenas aguardavam pelo atendimento no Pólo-Base Murutinga<sup>25</sup> e no Pólo-Base Pantaleão, que funcionava no mesmo local do Conselho Indígena Mura (CIM).

As entrevistas foram sempre abertas, dando liberdade à fluência de “narrativas”<sup>26</sup> buscando estabelecer um diálogo entre o pesquisador e os entrevistados. As “narrativas” sempre que surgiam, eram valorizadas com uma atitude pessoal do pesquisador de demonstrar interesse, incentivando o narrador a dar continuidade em sua narrativa sem interrompê-lo.

Sempre que possível, as entrevistas foram gravadas, mas nunca sem antes obter a

---

<sup>25</sup> Ficamos alojados no Pólo-Base Murutinga por aproximadamente trinta dias. Os alojamentos do pólo estavam disponíveis, uma vez que desencontros e desavenças entre a comunidade e a equipe de saúde haviam culminado na retirada de toda a equipe da área indígena. Neste período, nenhum atendimento estava sendo realizado.

<sup>26</sup> O termo “narrativa” na Antropologia da Saúde tem sido utilizado de diferentes formas em contextos variados. (e.g., Lira et al., 2003; Langdon, 1994, 1999 e 2001; Good, 1994; Csordas, 1983, 1990). Na presente dissertação, a narrativa é entendida como uma fala estruturada cujo enredo, idealmente, comporta um início, um meio e um final. Assim, as entrevistas realizadas comportam o que Lira et al. (op. Cit.) denominam de “entrevista-narrativa”. Visto que o objetivo das entrevistas realizadas não foi a “coleta de narrativas”, mas sim, o “diálogo”. A análise dos dados das entrevistas não se restringe apenas às narrativas, mas sim, a todo o conjunto de falas que emergiram desse “diálogo” entre os interlocutores e o pesquisador.



autorização expressa do entrevistado e explicar que a mesma era para facilitar a tomada de notas. Optou-se por preservar o anonimato dos interlocutores. Assim, os nomes de indígenas mencionados nesta dissertação são fictícios.

Uma pequena apresentação do tema e dos objetivos da pesquisa eram feitos antes do início das entrevistas a partir dos quais o entrevistado iniciava suas falas. Tomou-se o cuidado de sempre estar anotando<sup>27</sup>. Desse modo, toda vez que se conhecia alguém eram tomadas notas no caderno de campo, transformando a oportunidade em uma nova entrevista. Esse fato deve ser destacado, pois a imagem do pesquisador que anota tudo em seu caderno, foi rapidamente absorvida pelos indígenas nas aldeias. Essa estratégia de registro possibilitou colecionar mais de uma centena de entrevistas, algumas em profundidade, outras tantas muito breves, mas nem por isso pouco significativas. Muitas entrevistas foram feitas com o intuito de compreender aspectos mais gerais da cultura Mura e orientar o próprio trabalho de campo. Ressalta-se que, embora o foco da pesquisa fosse direcionado para a hanseníase, foram coletadas informações sobre assuntos e temas diferentes. Nem todo esse material será usado na análise feita nesta dissertação<sup>28</sup>. Foram selecionadas as entrevistas e trechos de falas mais expressivos que tratam da experiência da hanseníase<sup>29</sup>.

Algumas entrevistas foram realizadas com a presença de familiares ou de um guia indígena, embora não a maioria: AIS, Tuxaua, cunhado do Tuxaua, AISAN, Conselheiro de Saúde. Não raro, os acompanhantes fizeram intervenções que foram consideradas “em contexto”, pois tais guias eram, ao mesmo tempo, amigos, vizinhos ou parentes dos entrevistados. Dependendo do tipo de atitude de nosso guia, se participativa ou não, tinha-se

---

<sup>27</sup> Além de notas procurou-se manter um diário de campo (MALINOWSKI, 1976).

<sup>28</sup> Muitas das informações obtidas compõem, junto com as experiências do pesquisador na observação participante, aquilo que Roberto Cardoso de Oliveira chama de “excedente de significado”, ou uma via “não metódica” de se alcançar um tipo de “conhecimento compreensivo” (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2000).

<sup>29</sup> As entrevistas gravadas foram digitalizadas e posteriormente transcritas com o auxílio do software Transana 2 (FASSNACHT e WOODS, 2006)

uma interessante situação na qual um indígena, liderança ou AIS, intervinha nas entrevistas, ora mediando, ora discutindo os assuntos, contribuindo de forma interessada. Esses foram momentos ricos que devem ser ressaltados, pois deram relevo às dúvidas e impressões dos indígenas sobre a hanseníase.

Também foi utilizada a coleta de genealogias durante visitas às casas, como forma de iniciar um banco de dados que desse suporte ao próprio trabalho de campo, pois esse método é muito útil como ferramenta para reconhecer os laços de parentesco. A coleta de informações genealógicas é bem aceita entre os Mura. Relembrar nomes dos parentes, em geral, causou descontração nos entrevistados permitindo, algumas vezes, a participação de mais de uma pessoa da família neste processo, confirmando nomes, graus de parentesco, etc. O estudo dos dados genealógicos, em campo, ajuda na compreensão das dimensões políticas do cuidado à saúde.

Talvez o mais trabalhoso durante a pesquisa de campo tenha sido registrar os momentos em que se participou da vida cotidiana com os indígenas. O registro dos atos diários foi muito importante para poder formar o quadro etnográfico no qual se pretende fixar a experiência da doença. Partindo da observação dos procedimentos relacionados com a saúde, tanto no que se refere ao seu sentido mais amplo, de alimentação, higiene, lazer, parentesco, mobilidade, moradia, transporte, etc., quanto num sentido mais estrito aos procedimentos de enfrentamento das doenças, diagnósticos, terapêuticas, uso de remédios e consulta a especialistas, buscando observar aquilo que Menéndez (2003), chama de “formas de atenção” e de “auto-atenção” à saúde.

Especificamente, em relação à investigação dos casos relatados de *hanseníase*, esses só puderam ser reconstruídos pelas entrevistas, ou seja, através das várias narrativas tanto dos casos diagnosticados pelo sistema estatal de saúde quanto dos casos lembrados pelos

interlocutores. Foram entrevistados dois dos três pacientes em tratamento pelo Ambulatório Municipal (um caso no último mês do tratamento e um caso no terceiro mês de um tratamento reiniciado)<sup>30</sup>.

É imperativo insistir que o caminho trilhado na obtenção destes dados parte da categoria biomédica “hanseníase” e de casos diagnosticados e tratados através dos serviços de saúde do Estado Nacional. Isto não é o mesmo que supor um limite para a quantidade e qualidade de informações agregadas pelos interlocutores em suas falas. Este limite depende mais da própria experiência individual e social dos interlocutores, seu saber sobre a doença em foco, do seu interesse em participar da pesquisa ou sua disponibilidade em falar do que do ponto de partida tomado para o diálogo.

Para poder descrever e sistematizar os dados de campo optou-se por agrupar as informações em dois grupos de casos. Cada grupo está definido através de um corte radical entre “casos do passado” e os “casos recentes”. Todavia, ressalta-se que, “casos do passado” e “casos recentes” são construções analíticas, formam dois grupos de casos para que se possa refletir sobre o discurso indígena.

Este recorte se baseia na percepção indígena de uma mudança. Foi utilizado pelos Mura em muitos momentos durante o trabalho de campo, para ressaltar sua visão sobre as condições sanitárias no passado em relação às condições atuais. Os quadros abaixo, aproveitam a percepção nativa de um contraste entre passado e presente, pela mudança na forma que se desenrolam os dramas vividos, antes e depois da possibilidade de acesso ao tratamento biomédico para a hanseníase.

O primeiro grupo, refere-se aos casos de pessoas que tiveram *hanseníase* no passado, em períodos caracterizados pela ausência do tratamento biomédico para a

---

<sup>30</sup> Foi impossível contactar o terceiro paciente que estava em tratamento (Roberto). Foram realizadas entrevistas em profundidade com sua mãe, seu irmão (César que também fez tratamento para a doença), sua irmã e uma cunhada.

“hanseníase” como é feito nos moldes atuais e pela dificuldade ou impossibilidade do tratamento biomédico disponível na época ou, ainda, retratam a internação dos doentes nas colônias de hansenianos. Esse grupo de casos reflete a construção de uma “memória coletiva” sobre a doença que evoca imagens de corpos gravemente deformados e experiências marcantes de isolamento social e morte.

<b>Grupo de casos antigos</b>
<b><u>Heleno</u></b> – Caso muito antigo de um senhor que faleceu por volta de 1960. Contam que levavam comida para ele ou preparavam o peixe que ele pescava e nunca tocava com as mãos. Vivia só. Sua casa foi queimada quando morreu com todos os seus pertences.
<b><u>Bugio</u></b> - Senhor de mais de 70 anos. Na sua juventude adquiriu <i>hanseníase</i> . Foi enviado para a Colônia Aleixo em Manaus (antigo leprosário, hoje desativado), onde permaneceu por nove anos, ainda na década de 60. Sua esposa ficou na aldeia e foi abandonada pela família. Retomaram o casamento depois que ele voltou para a aldeia.
<b><u>Joca</u></b> - Senhor que faleceu já idoso em consequência de um tumor na garganta. Morou muitos anos isolado em um casebre nos fundos do antigo Posto da Funai, seus parentes lhe entregavam o peixe de longe, pois não se aproximavam, com medo. Contam que foi tratado da <i>hanseníase</i> , tendo dela se curado com o tratamento feito por um enfermeiro que visitava a aldeia, ainda no fim dos anos 80.
<b><u>Família Armauer</u></b> <sup>31</sup> . - Toda a família de 16 irmãos (hoje com idades acima de 50), antes dos anos 50, morava numa aldeia próxima a Manaus. O pai era cearense e a mãe Mura. Contam que a avó era índia <i>braba</i> e líder do grupo. No final dos anos 50, após a morte de um dos irmãos, em consequência da <i>hanseníase</i> agravada, mudaram-se para um igarapé no interior da mata. Na mesma época, mais dois dos irmãos começaram a ficar doentes. Parece que o mesmo enfermeiro que tratou de Joca (caso acima) tentou tratar os irmãos, mas estes não puderam pagar pelo tratamento. Mais tarde, outros irmãos começaram adoecer. No final dos anos 80, os que tinham a doença mais avançada conseguiram tratamento em Manaus e hoje apresentam graves seqüelas. Os demais (nove constam nos registros do Ambulatório) fizeram tratamento por volta de 1998, quando houve na aldeia a realização de exames promovida pelo programa de tratamento da Secretaria de Saúde. Recebiam apoio financeiro para o combustível utilizado no deslocamento mensal para a cidade. Hoje estão todos curados, embora três deles apresentem seqüelas da hanseníase.

O segundo grupo é formado por casos recentes em que as pessoas tiveram contato com o tratamento biomédico, especificamente, com a poliquimioterapia realizada sob os moldes do atual Programa de Controle da Hanseníase. Reflete um tipo de experiência diferente do primeiro grupo, formada a partir das aflições e angústias frente às imagens

<sup>31</sup> O pseudônimo Armauer foi retirado de Gerhard Armauer Hansen, descobridor do Bacilo de Hansen, agente causador da hanseníase. Todos os demais também são pseudônimos.

presentes na memória dos casos antigos, das dificuldades impostas pela quimioterapia e reações “hansênicas” e “efeitos colaterais” da medicação e, principalmente, por sua relação com o serviço de saúde. Assim, a diferença do segundo grupo em relação ao primeiro é a experiência do tratamento junto ao Setor de Dermatologia do Ambulatório Municipal Danilo Correia, em Autazes-AM.

<b>Grupo dos casos recentes</b>
<b><u>Jandira.</u></b> Senhora de 65 anos que se tratou de <i>hanseníase</i> em 1998. É prima e vizinha da família Armauer (ver caso anterior). Durante a busca de casos realizada pelo serviço estatal teve o diagnóstico confirmado em fase inicial da doença.
<b><u>Zacarias (70), Ari (60) e Cleusa (62).</u></b> Estes três indígenas, moradores de uma mesma aldeia, lembram de um mesmo médico (Dr. Cris) na mesma época, por volta de 2000. Zacarias pensou em suicidar-se depois do diagnóstico. Essa idéia de morte gerou um grande impacto para sua família. Zacarias seguiu a risca o tratamento realizado em 2001 e guarda até hoje todas as cartelas dos remédios como comprovação que os tomou. Ari é vizinho de Zacarias. Antes do diagnóstico queixava-se das manchas. Uma amiga da família havia dito que sua doença era <i>corubo</i> , o que tratava com <i>enxofre</i> . Teve um grande apoio da família no tratamento, especialmente de um filho que era AIS na época. Este buscava o remédio na cidade para os três da aldeia e os acompanhava nas consultas. Cleusa fez o tratamento na mesma época, mas atribui o início de seus problemas de saúde a quebra de <i>resguardo</i> , pois teve bebê durante uma das festas da aldeia.
<b><u>César (32), Roberto (28), Débora (24)</u></b> - Estes irmãos trabalhavam em aldeias fora de Autazes. O primeiro a ter sintomas foi César. Casado, 25 anos, possui o 2º grau completo. Descobriu a doença quando procurou o pastor da igreja que o levou ao sistema de saúde. Este mesmo pastor, mais tarde pediu para que se afastasse, o que lhe causou muito sofrimento. Seu outro irmão Roberto, também casado, teve grave “reação hansênica” durante o tratamento “quimioterápico”. Débora, iniciou o tratamento como “comunicante”, mas o abandonou, hoje não tem mais sintomas. Nunca ficou convencida que estivesse de fato doente.
<b><u>Adriana(26)</u></b> – Descobriu que estava doente há sete anos, quando a cunhada mostrou-lhe as manchas que tinha nas costas. Abandonou o tratamento na primeira vez por <i>falta de condições</i> para se deslocar até a cidade de Autazes. Depois, retomou até o fim o tratamento “quimioterápico”. Ainda sente fisgadas e não está certa de ter sido curada.
<b><u>Abelardo (42)</u></b> - Há pouco tempo se separou da esposa e filhos. Trabalhava na prefeitura. Perdeu o emprego na troca do mandato do prefeito pois apoiara o candidato rival. Foi aí que resolveu fazer <i>uns exames</i> . Tinha um nódulo na orelha que seria operado como se fosse um tumor. Ao ser encaminhado para o setor dermatológico, descobriram o erro do diagnóstico e lhe informaram que tinha hanseníase. Apresentava manchas nas pernas e dormência em dedos do pé. Iniciou a medicação. Pouco antes do Natal teve uma crise relacionada à “reação hansênica”. Seu corpo ficou cheio de nódulos com ulceração. Acabou se recolhendo em sua rede. Foi o pior momento do tratamento, segundo lembraram seus parentes e vizinhos. A família reuniu-se e pressionou o serviço de saúde que realizou uma consulta em domicílio, lembrada como momento crítico do tratamento. Nesta ocasião, alteraram sua medicação garantindo-lhes que em 15 dias o quadro de “reações hansênicas” melhoraria, o que de fato

aconteceu. Abelardo atribui sua crise ao fato de ter comido carne de porco assada, alimento considerado muito reimoso.

**Odete (22).** É sobrinha de Cleusa. Na época do trabalho de campo estava no terceiro mês do tratamento, tinha 23 anos e 4 filhos (mais velho com 7 anos). Tinha manchas e dormência na pele que atribuía a uma picada de mosquito. Foi sua mãe que a convenceu a procurar o programa do sistema de saúde. Sua mãe havia sido paciente do programa de tratamento da tuberculose. Odete estava grávida e o nascimento do filho foi o momento crítico, pois foi informada pelo médico que não poderia amamentar. Deveria comprar leite em pó. Isso lhe causou um dilema existencial e uma impossibilidade econômica. A assistência da FUNASA não garantiu o leite em pó, ao mesmo tempo, ela decidiu interromper o tratamento para amamentar. Sua resistência foi essencial para que fosse revisto o seu tratamento e esclarecida a possibilidade de amamentação. Inclusive para mudança do horário de tomar remédio, que foi alterado para o período noturno. Queixava-se de tontura e sonolência (“efeitos colaterais” da medicação). A indicação inicial era que tomasse os remédios ao acordar com leite. Passou a tomá-los à noite, quando deita-se para dormir.

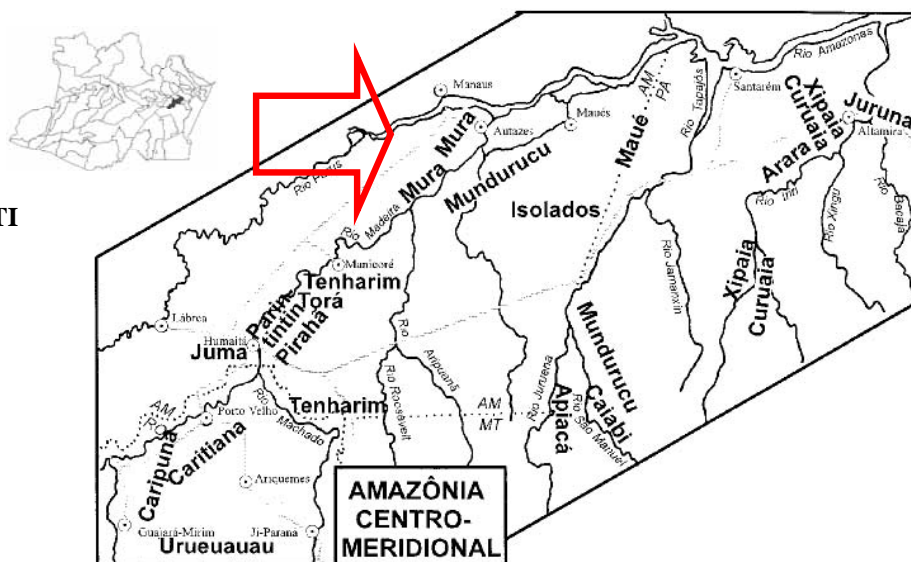
Como pode ser visto, cada quadro reúne casos com diferentes especificidades. O trabalho desta dissertação será, portanto, repensar estes dados a luz dos conceitos analíticos da Antropologia da Saúde. Mas antes, é preciso conhecer algo sobre a sociedade em que se inserem estes sujeitos, algo sobre o Povo Mura. Neste processo de conhecer o “outro”, a especificidade indígena também precisa ganhar relevo. Esta especificidade é o tema da Parte-II a seguir.

## PARTE II – DADOS SOBRE O POVO MURA

### Cap.3 - DADOS HISTORIOGRÁFICOS SOBRE O POVO MURA

Este capítulo apresenta uma compilação de dados historiográficos com o objetivo de situar o leitor frente às especificidades do grupo pesquisado. O povo Mura habita há séculos o Rio Madeira e a região dos Autazes<sup>32</sup> (NIMUENDAJU, 1982:114-116; ICETI, 1992). De acordo com a proposta de mapeamento de “áreas etnográficas” de Melatti (2006), os Mura estão localizados na área “Amazônia Centro-Meridional”, que é de intensa relação inter-étnica, seja de índios com os brancos, seja de relações inter-tribais.

**Ilustração 20** Mapa da Área Etnográfica Amazônia Centro-Meridional, adaptado de MELATTI 2006.



<sup>32</sup> De acordo com o relatório ICETI (1992), Informações Básicas do Município de Autazes, toda a área situada na convergência dos rios Madeira, Amazonas, Solimões e Baixo Purus é chamada de Autazes desde o século XVII e habitada pelos índios Mura. Pelo que diz o documento, a nomenclatura do município Autazes se deve por extensão dos nomes dos paranás que ali existem. São eles o Rio Autaz-Mirim, próximo à ilha do Careiro da Várzea e o Rio Autaz-Açu, também conhecido como Madeirinha (NIMUENDAJU, 1948). Por sua vez Vernau, que escreveu a introdução ao texto de Tastevin (1923), confirma o referido relatório apontado que a palavra autaz é o singular de autazes, termo adotado pelos portugueses e referem-se aos dois rios acima mencionados. Vernau informa que os rios eram chamados pelos indígenas de Watá-Wassú e Watá-Miri. Watá é uma palavra nhengatú para macaco aranha, *ateles paniscu* (VERNAU, 1923). Para brevemente relatar a história do município de Autazes é preciso retomar a 1938, ano em que, pelo decreto-lei nº 176-01/12/1938, a organização territorial administrativa do Estado do Amazonas é redefinida. A área dos autazes situava-se na abrangência do Município Itacoatiara, que por sua vez tinha dois distritos, o de Itacoatiara e o de Ambrósio Ayres. O distrito de Ambrósio Ayres em 3/03/1955 é desmembrado de Itacoatiara e em composição com outra área desmembrada do Município de Borba, elevado a categoria de município, pela Lei Estadual 96 de dez/1955, daí em diante chamado de Autazes (ICETI, 1992).

Dos Mura dos séculos XVIII e XIX é possível afirmar, de acordo com Marta Amoroso, que essa população ofereceu séria resistência às frentes coloniais travando guerra contra os colonizadores. A eficiência da resistência Mura à colonização violenta pairava no fato de serem exímios navegantes das águas do Rio Madeira e pela forma de guerrilha como lutavam. Eram tidos como “corsários” e “gentio do corso” que nutriam “ódio” aos colonizadores (AMOROSO, 2000).

A construção da imagem histórica dos Mura inicia-se com os constantes conflitos com os jesuítas, a partir de 1714. Os padres intencionavam explorar o cacau nas terras Mura (ou melhor, eram obrigados a passar pelos rios ocupados pelos Mura) e tentaram institucionalizar uma guerra oficial, denominada de “guerra justa”, aos indígenas. A tentativa rendeu um processo judicial, na época chamado de “Devassa” (UFAM/CEDEAM, 1986). Notadamente fraudulento, esse processo denuncia violências praticadas pelos indígenas. Entretanto, a Coroa não deu o fim esperado pelos padres à Devassa, uma vez que a institucionalização da guerra, na primeira metade do século XVIII, contrariava os interesses da coroa que tinha na imagem bravia dos Mura a garantia de afastar os aventureiros da rota para as minas de outro de Goiás e Mato Grosso pelo Rio Madeira (AMOROSO 2002:300).

A partir da segunda metade do século XVIII, com a denúncia de Pombal contra os jesuítas de construir um “estado teocrático” no Brasil e sua conseqüente expulsão, intensificaram-se os conflitos entre Mura com os colonizadores. Esses conflitos foram estrategicamente tomados como justificativa para aumento do poderio bélico da Coroa na região, uma vez que este poderio também garantiria a “posse das fronteiras”. No que tange a administração colonial, a existência dos Mura se tornara uma recorrente justificativa para baixa produtividade da economia local e pela timidez na “implantação dos projetos pombalinos”. (AMOROSO, 2002).



Note-se que, pela imagem de bravios continuaram durante o período pombalino a serem escravizados e mortos. No período da “Lei das Liberdades”, que considerava livres todos indígenas, eram excetuados os Mura entre outros poucos povos (AMOROSO, 2002:302-303).

The Mura were attacked in these places every year by Government forces. These punitive expeditions, in spite of the resulting bloodshed, were not effective, and the Mura continued to show their animosity. (NIMUENDAJU, 1948:256)

De acordo com SANTOS:

A história da colonização européia na Amazônia confunde-se com a história das guerras e seus desdobramentos: rebeliões, fugas, e deserções indígenas. Essas guerras evidenciaram a qualidade da resistência indígena aos mecanismos da conquista, da ocupação e da dominação colonial no território amazônico. Entretanto, depois dos tempos de combates, índios e portugueses chegaram aos famosos “tratados de paz” pelos quais os índios aceitavam deixar suas aldeias de origem para conviver nos núcleos coloniais com os conquistadores, em troca de proteção e de manufaturados. Tais considerações que podem, a princípio, parecer muito lineares, caminham também por rotas sinuosas, principalmente no primeiro século e meio de colonização, quando as tropas de guerra invadiam as aldeias praticando extermínios e recolhendo os sobreviventes, arrastados a ferro até aos embriões coloniais na condição jurídica de escravos. (2002:169-170)

Embora o conflito entre indígenas e colonizador tenha marcado duramente todo este período, não se pode deixar de lado os conflitos inter-tribais na história das sociedades amazônicas. A investigação antropológica tem apontado a importância das guerras, assim como o comércio inter-tribais, como sendo fundamentais a essas sociedades (LEVI-STRAUSS, 1976).

A história dos Mura nesse período não é exceção e é marcada pelo conflito com os Mundurucu, caçadores de cabeça e antropófagos, aliados dos portugueses. Estes, vindos do sul, fizeram pressão contra os Mura de tal forma que, entre 1784 e 1786, os documentos descrevem que os Mura procuraram se aldear em paz voluntariamente (OLIVEIRA

RODRIGUES, 1978; ANÔNIMO, 1826 [1988]; NIMUENDAJU, 1948). Nimuendaju aponta também as epidemias como fator de enfraquecimento da resistência Mura ao colonizador português:

In 1784, however, the Mura unexpectedly made peace with the Whites. In July, five Mura appeared peacefully in Santo Antonio de Maripi, on the lower Japura River and were followed later by many more. Other Mura presented themselves in Teffe, Alvaraes, and Borba. In the latter place, where in 1775 an Army outpost had been created for the protection of the residents and travelers against their hostilities, their number grew in 3 years to more than 1,000. 1786, the Mura of the Cudajaz came to terms, and by the end of the same year the whole tribe had made peace and started to settle down in permanent villages. The reason for their peace overtures was, perhaps, the gradual weakening of the tribe by **epidemics**, by the adoption of foreign elements, and, particularly, by the relentless war that the Mundurucu waged against them. The latter, crossing from the Madeira River westward, butchered the Mura in Autaz without, however, dislodging them permanently from a single one of the many places that they had occupied (NIMUENDAJU, 1948: 256) [grifo meu].

Deve-se destacar a forma de inserção econômica dos Mura após esse período. Uma fonte historiográfica importante sobre esta inserção são dois textos anônimos do século XIX<sup>33</sup>. A descrição feita nestes textos evidencia a conjuntura de conflito, contradição e resistência por parte dos indígenas. Os Mura são caracterizados pejorativamente como preguiçosos e ladrões, mas seu ócio está ligado à insubmissão à escravidão. São citadas relações comerciais entre civilizados e os Mura, sempre permeada pela desconfiança mútua em que é notável a forma conflituosa como eram feitas as trocas comerciais, pois o comerciante “civilizado” que vai até as aldeias, também é descrito como ladrão e estuprador.

O texto anônimo mostra que o discurso colonizador é, por vezes, acusativo e preconceituoso e, outras vezes, carregado de uma consciência que sente a culpa de explorar o

---

<sup>33</sup> Deve-se ter em conta que os autores dos textos anônimos são duas pessoas distintas. Os textos parecem ter sido escritos em momentos diferentes, sendo que se cogita que os comentários tenham sido escritos em 1846. Também se infere que os autores muito provavelmente sejam padres (MOREIRA NETO, 1988: 267) fato importante a se considerar para a interpretação de seu discurso.

“bom selvagem”. Essa ambigüidade precisa ser destacada como essencial no processo de marginalização por que passaram esses indígenas:

Em geral, posto que o Mura deva ser considerado como hum Gentio desconfiado, reservado, desleal, ébrio como todo o Gentio, ladrão como elle só, e assacino, com tudo parece susceptível de melhoramento se se attende que possui também virtudes domesticas a não necessitar invejar a ninguém. E he de crer mui intimamente, que a sermos nós para com elles mais dignos de confiança, outra incontestavelmente seria hoje sua Condição Social (ANONIMO. 1846(?) [1988].)

No século XIX, entre 1834-1836, os Mura participaram da Cabanagem (OLIVEIRA RODRIGUES, 1978). A grande área dos Autazes foi palco das lutas entre legalistas e cabanos. Durante a Cabanagem, vários levantes ocorreram no Amazonas, inclusive em Manaus. A área de Autazes esteve ocupada pelos cabanos até a anistia, decretada a 04 de Novembro de 1839 com a deposição de armas (ICETI, 1992).

Berta Ribeiro comenta:

A conseqüência política da Cabanagem foi a outorga do estatuto de província ao Amazonas, em 1850. Para as malocas indígenas e para os ‘tapuios’, ela representou a mais feroz repressão, que atingiu qualquer tribo suspeita de ter dado guarida, participando ou simpatizando com os Cabanos. Assim são atingidos os Mura do Rio Madeira, que tomaram em armas contra as forças legalistas. Acusados de matar Ambrósio Pedro Ayres, o sanguinário Baraboá, em 1938, eles foram ferozmente perseguidos (1992:135).

Os Mura, atualmente, têm consciência histórica desse processo contando histórias sobre os “*pega-pega*”, como eram conhecidos seus perseguidores. Contam que era comum, até pouco tempo, fugirem para o mato quando chegavam estranhos nas aldeias. Também fazem uma referência histórica ao período da Cabanagem quando falam das barragens existentes nos rios próximos as aldeias.

Essas cercas estão até hoje, em um grande número, espalhadas por toda a vasta região de lagos e igarapés de Autazes (inclusive inspiraram o nome da Aldeia Trincheira). Segundo os Mura, estas barragens de madeira foram construídas na época da Cabanagem para

impedir a invasão dos brancos às terras indígenas.<sup>34</sup>

É interessante também ressaltar que, a partir de 1829, iniciam-se demarcações de terra na região do Careiro<sup>35</sup>, porção mais próxima de Manaus. Sternberg (1998) compila um trecho de uma “Carta de Data”, documento da época de propriedade de terras na qual o declarante é indígena. Segundo Sternberg, esse é um indício da transformação econômica que passa a localidade, uma vez que a lavoura itinerante cede lugar à agricultura e a pecuária em terras demarcadas. É a partir desse período que projetos de colonização e distribuição de terras para emigrantes nordestinos foram realizados no Careiro.

Com a criação do SPI<sup>36</sup>, os Mura tiveram suas terras loteadas. A estratégia do órgão governamental, se por um lado, foi garantir uma pequena porção de terra aos indígenas, por outro, dava carta livre à apropriação do seu entorno, uma vez que a área das aldeias, na época delimitada é, para ser objetivo, pequena em relação às demarcações feitas no final do século XX.<sup>37</sup>

De acordo com Áthila:

A insuficiência dos lotes no tocante as necessidades físicas e culturais dos índios e a sua usurpação por brancos, facilitada por esse sistema não tardaram a acontecer. As conseqüências disso – [...] – puderam ser medidas pela imposição de regimes semi-escravos aos índios ou o esvaziamento, por falta de condições de sobrevivência ou expulsão de seus territórios tradicionais. O loteamento feito pelo SPI atingiu a integridade espacial dos Mura em muitas de suas terras. (1998: 135-136).

---

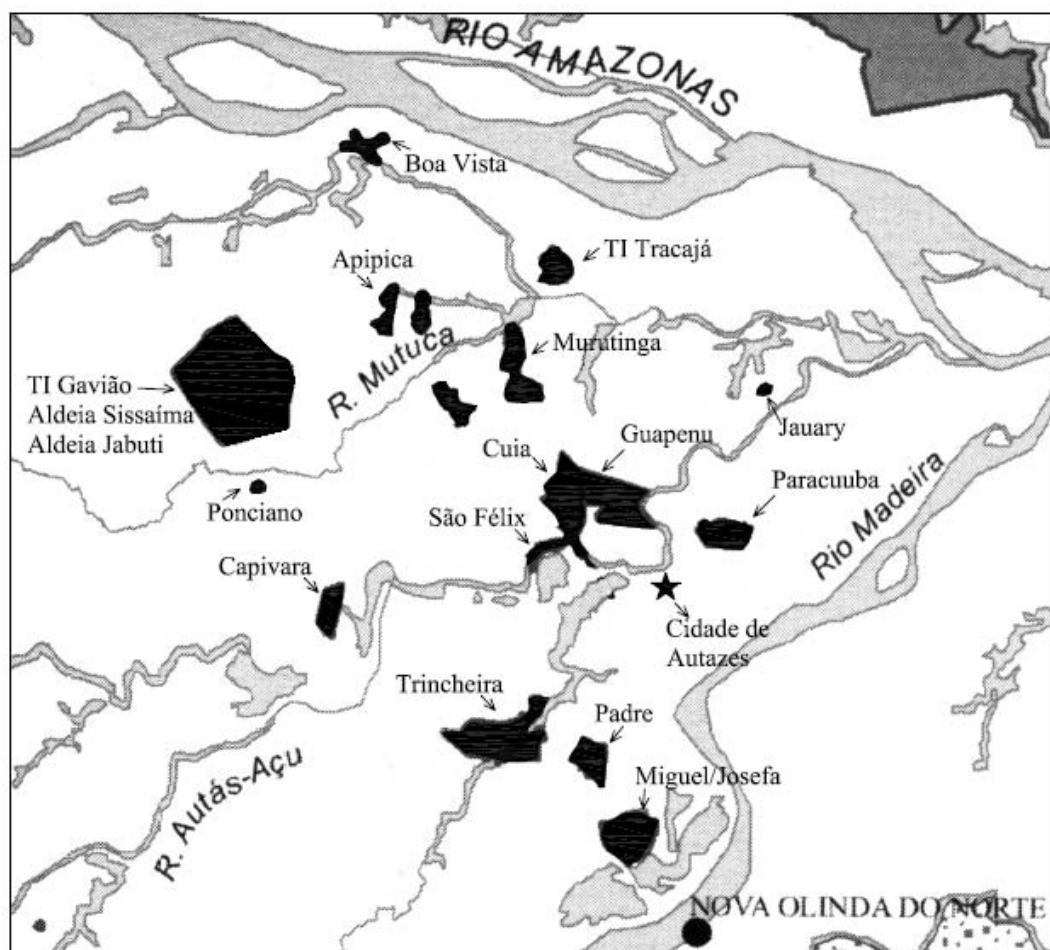
<sup>34</sup> Sobre elas comenta Tastevin: “Au Temps de la sécheresse, il apparait traversé par 96 barrages, que ferment le trous, profond pasfois de seize mètres, qu’on observe à chanque détour du fleuve. Ce barrages sont fait de troncs d’arbre enfoncés verticalment cote a conte dans le lit du fleuve. Il y en a d’énormes et tout paraissent imputrescibles.” (TASTEVIN, 1923)

<sup>35</sup> Localidade próxima aos Autazes, mais ao norte, nas proximidades da grande ilha de mesmo nome.

<sup>36</sup> Serviço de Proteção Aos Índios e Localização dos Trabalhadores Nacionais criado pelo decreto n° 8072, de 20 de julho de 1910 (RIBEIRO, 2000:157)

<sup>37</sup> Basta comparar as dimensões das Terras Indígenas, ISA (2000,2006).

A distribuição das aldeias foi, notadamente, marcada por processos históricos do contato com as sociedades não-Mura, destacando-se a ação do SPI – Serviço de Proteção aos Índios no começo do século XX.



**Ilustração 3** – Ilustração da localização das aldeias Mura nos Municípios de Autazes e Carreiro da Várzea (AM) a partir das informações cartográficas de ISA,2006.

A usurpação das terras Mura também ocorreu em Autazes. Adélia E. Oliveira Rodrigues que esteve no Posto Indígena Barbosa Rodrigues em 1975, relata a situação dos Mura de Autazes:

Além dos vários problemas que enfrentavam com o chefe do posto eles [os Mura] estavam tendo suas terras invadidas por pequenos proprietários que, entre outras coisas, utilizavam papéis falsos que diziam estar o terreno em inventário. As áreas de várzea eram as mais procuradas. (OLIVEIRA RODRIGUES, 1983:66)

As várzeas se prestavam otimamente para a criação de gado bovino. Essa atividade de pecuária, também foi incentivada pela Funai entre os indígenas, notadamente, nas adjacências desse Posto Barbosa Rodrigues, atual aldeia São Felix. Ao que parece, neste período, o gado foi sempre “rebanho da Funai”<sup>38</sup>. Essa política estatal não raras vezes propiciou, em vários postos indígenas espalhados pelo país, que um funcionário federal se tornasse senhor e explorador da mão de obra indígena<sup>39</sup>.

Esse modelo de “auto-sustentação” criou uma situação contraditória da qual resta o desmatamento de áreas para o pasto e o aprofundamento dos preconceitos, já que seu fracasso acaba sendo mesmo que num discurso velado, significado como incapacidade do indígena e não do administrador do órgão federal e das práticas ilegais de corrupção que sempre envolveram esses projetos.

*Eu fiz o campo para receber o gado. Tinha dinheiro. O chefe [do posto da Funai] usou para outras coisas. Dava pra comprar 30 cabeças de gado. O capitão daqui tava cobrando o dinheiro. Era dinheiro do capitão. O chefe, [...]. de 800 cruzeiros virou 360. Veio só 11 rezes. Meteu a mão no dinheiro... Gastou. [entrevista com um antigo “Capitão” de Aldeia, 12/04/2006.]*

Outro dado importante refere-se à mobilidade espacial do povo Mura historicamente caracterizado canoeiro e ocupante das margens dos rios e lagos. A situação atual dos Mura como no passado é caracterizada por compor uma grande e dispersa população ocupando um vasto território. Seria difícil estabelecer um padrão para sua mobilidade, contudo, uma das características dessa ocupação é a mudança de domicílio até varias vezes em um ano. Isto se deve, entre outros fatores, à forma com que interagem com o meio e o aproveitamento dos recursos para sua subsistência em que se destaca, especialmente, a alternância dos períodos de cheia e seca. Importante neste sentido é o aproveitamento das terras férteis das várzeas, onde

<sup>38</sup> Um relatório técnico sobre o gado do Posto Barbosa Rodrigues, redigido em 1971 arquivado e que encontra-se arquivado na Funai em Manaus, usa explicitamente o termo “rebanho da Funai” (FUNAI, 1971)

<sup>39</sup> Ver por exemplo, para o caso Ticuna, Cardoso de Oliveira (1996).

plantam de milho, legumes e verduras e criam animais de pequeno porte, como suínos e galinhas assim como a constante busca pelos melhores lugares de pesca, e para as suas atividades caça e coleta na mata.

*Os Mura nunca pararam, meu avô, no tempo de janeiro, ia pro Sissaima, em julho tava aqui [Murutinga] em setembro tava na várzea. Nunca teve paradeiro certo [Entrevista com a Diretora da Escola, 26/07/2006].*

Atualmente, entram também nesses circuitos, os espaços urbanos de cidades como Manaus e Autazes. Destaca-se que esta mobilidade a qual caracteriza uma das peculiaridades do “ethos” Mura como central ao se tentar interpretar os dados históricos apresentados e uma chave para situar os dados etnográficos a seguir.

#### Cap.4 - DADOS GERAIS ETNOGRÁFICOS DA PESQUISA DE CAMPO

Este capítulo tem como objetivo descrever algumas características das aldeias Mura de Autazes<sup>40</sup>. Como há pouca literatura sobre o povo Mura na atualidade, buscou-se descrever alguns aspectos gerais de seu modo de vida. Embora as aldeias sejam diferentes entre si, em suas especificidades, trazem algo de comum<sup>41</sup>.

A estrutura política formal de lideranças entre os Mura se realiza através da figura do *Tuxaua* que é a principal liderança de cada aldeia, a “*última palavra*”, quem cuida “*do lado jurídico, assistencial e da aposentadoria*”. O *Tuxaua* tem um papel ativo perante a Funai, especificamente, na relação com o chefe do Posto da Funai em Autazes. As aldeias também contam com Presidentes que se incumbem da organização de eventos ou respondem pelas associações. Estas associações são organizadas estruturalmente como diretorias com presidentes, vices, secretários, tesoureiros, fiscais, etc. Professores e Conselheiros de Saúde e Agentes de Saúde Indígena também tem papel ativo politicamente dentro das aldeias.

O Conselho Indígena Mura (CIM) é quem se coloca como a entidade representativa da etnia<sup>42</sup>. Esse conselho está organizado por meio das reuniões dos *Tuxauas*. O CIM promove reuniões sistematicamente em sua sede na cidade de Autazes ou nas aldeias. É uma

---

<sup>40</sup> O capítulo tem um segundo objetivo oblíquo. Como o tema da dissertação envolve uma doença que, por séculos, é tratada com muito preconceito, há de se deixar claro que não há apenas “doenças” entre o povo Mura. Isto se coloca em consonância com a preocupação das lideranças indígenas em não vincular uma imagem do Povo Mura, que também, por séculos, sofre com o preconceito, como de um povo doente. Aliás, mesmo os dados epidemiológicos devem ser sempre observados com prudência. Na introdução desta dissertação foi informado que em grande parte do Estado do Amazonas a hanseníase é hiper-endêmica. Se um cálculo estatístico fosse feito, considerando a população Mura de Autazes, provavelmente os índices estatísticos resultariam na mesma classificação. Todavia, paradoxalmente, há que se ressaltar o inexpressivo número absoluto de casos frente aos dados estatísticos, o que dificulta, em princípio e por enquanto, qualquer especulação sobre a maior ou menor incidência dessa doença entre os indígenas.

<sup>41</sup> O capítulo não se trata da descrição minuciosa de cada aldeia de forma a partir das mesmas variáveis, o que não permite ao leitor compará-las. Ele é mais uma tentativa de compor um mosaico que permita, minimamente, a visualização dos espaços físicos e sociais em que vivem e circulam os indígenas, do que a descrição funcional de cada uma delas. Há, portanto, ênfases e omissões que se devem a forma como se desenrolou nosso trabalho de campo (ver apêndice 1 sobre o tempo dispensado e as atividades de pesquisa em cada uma das aldeias citadas).

<sup>42</sup> Não se está questionando a abrangência dessa representatividade que remete, pelo menos, às aldeias situadas nos municípios de Autazes e Carreiro da Várzea. Não se obteve de informações sobre a atuação de outras entidades fora do Município de Autazes. Ver ATHILA (1998) para exemplos de aldeias Mura desconhecidas, na época, pelo CIM.



organização filiada a COIAB - Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira. Dentre as demais organizações indígenas Mura de Autazes, devem ser destacadas a APIBA – Associação dos Produtores Indígenas de Babaçu de Autazes e a OPIMA – Organização dos Professores Indígenas Mura de Autazes. Esta última está bem articulada com professores do Departamento de Pedagogia da Universidade Federal do Amazonas - UFAM, que têm promovido atividades de capacitação aos professores Mura de Autazes. Os professores indígenas vêm desenvolvendo um importante trabalho de resgate e valorização de elementos culturais e da identidade Mura <sup>43</sup>.



**Ilustração 4 -** Sede do CIM – Conselho Indígena Mura.

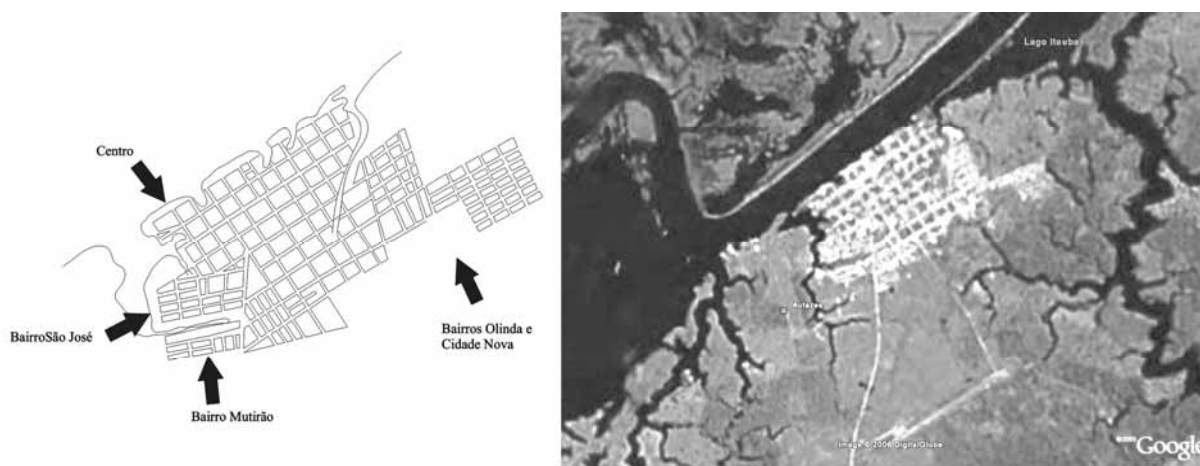
A Aldeia Pantaleão é a aldeia Mura mais populosa com 1.486 indígenas (segundo

---

<sup>43</sup> Está no prelo um trabalho coletivo dos professores Mura sobre os principais elementos culturais da vida cotidiana e história das aldeias Mura de Autazes (SILVA et al., no prelo). A escola da aldeia Trincheira, por exemplo, possui uma cartilha própria, um belo e rico material cuja singularidade merece ser destacada (ver SANTOS, 2002).

levantamento da FUNASA de 2005). Uma especificidade que diferencia a Aldeia Pantaleão das demais é que ela é uma aldeia urbana. Sua população representa aproximadamente 12% da população urbana<sup>44</sup>. Os limites físicos da Terra Indígena Pantaleão são assunto controverso e caro aos indígenas, pois há uma longa disputa entre estes e a prefeitura. Segundo os Mura, “foi a cidade quem invadiu a aldeia”<sup>45</sup>.

Do ponto de vista do Pólo-Base Pantaleão, a Aldeia Pantaleão abrange vários bairros da cidade e, embora a aldeia seja, às vezes, identificada com os bairros Mutirão e São José, os extrapola. Isso implica em uma interessante situação: o bairro Mutirão é tido como bairro indígena; o bairro São José é quase todo indígena; grandes levas de migrantes indígenas estão se instalando em bairros novos, como Olinda e Cidade Nova e há indígenas que moram no centro da cidade.



**Ilustração 5- Mapa da cidade de Autazes e foto de satélite (Fonte Google).**

A cidade de Autazes é um pólo regional de comércio e serviços. De modo geral, pode-se relacionar algumas das atividades que se dedicam os indígenas que moram na cidade. Trabalham em serviços públicos como professores, agentes de saúde e técnicos de enfermagem ou trabalham no setor de comércio e serviços como feirantes, borracheiro,

<sup>44</sup> Se considerarmos a população urbana total de Autazes, em 2005, calculada em 11.977 hab. com base na *taxa de urbanização* de 2000 de 41,69% e estimativa da população do município para 2005, fornecida no *site* do IBGE de 28.729 hab.

<sup>45</sup> Ver Amoroso (2000) sobre essa questão.

pedreiro, atendente de lanchonete. Há também os que trabalham como mão de obra em fazendas próximas da sede municipal, além, é claro, de pescadores.

No contexto urbano, as casas dos indígenas são, na maioria, de madeira. A organização espacial segue a conformação das ruas e lotes. No bairro Mutirão, boa parte das casas faz fundos para um igarapé onde aportam suas canoas. Em geral, a água usada para consumo é a de poço, embora haja fornecimento intermitente de água encanada em algumas casas.

**Ilustração 6 –Bairro Mutirão e o posto de saúde do bairro (no meio). Rua do Bairro Olinda ( em baixo)**



A vida nas aldeias do meio rural implica idas e vindas para a cidade, seja para passear, realizar compras, rever amigos e parentes, ir ao banco retirar aposentadoria ou outro *benefício* (Bolsa Família, Bolsa Escola, Gás) ou, ainda, buscar auxílio médico. Quase todo o transporte é feito por canoas com motores de popa, chamadas de *rabeta*. Quem viajar pela região de Autazes irá com certeza encontrar famílias inteiras se deslocando em canoas impulsionadas por pequenos motores a gasolina onde se adaptam uma haste e hélice<sup>46</sup>. A canoa é também o transporte de doentes, quando feito por conta própria o que não é raro. Quando isso acontece e o doente é encaminhado ao Serviço de Saúde<sup>47</sup>, os indígenas tentam a reposição do combustível gasto junto ao Pólo-Base, sendo quase sempre atendidos.

No meio rural suas casas, na maioria, são de palha de palmeiras com assoalho de tábuas. Outros, apesar de possuírem casas de madeira em terra firme, mudam-se para casas de palha no centro da aldeia na época das festas (Aldeia Murutinga). Alguns poucos moram em *flutuantes*, casas construídas sobre troncos que são movidas quando necessário.

A lavagem de roupas, louças e o banho são feitos na *beira* sobre vacilantes plataformas de madeira. Na cheia, a água consumida é a recolhida dos lagos e têm um aspecto límpido. É comum utilizarem hipoclorito como desinfetante da água de beber, como também é comum o consumo sem qualquer desinfecção. Na seca, buscam água em antigas *cacimbas* em torno das quais se fixam algumas das moradias mais antigas

---

<sup>46</sup> A *rabeta* não é uma exclusividade indígena. É um transporte muito usado na Amazônia. O consumo de gasolina de uma *rabeta* é baixo se comparado às lanchas com motor de popa de 2 tempos (4 a 5 vezes menor que de um motor de popa de 40Hp).

<sup>47</sup> Quando nos referirmos aos Serviços de Saúde, de maneira genérica, estamos englobando os serviços realizados no contexto urbano, seja da atenção primária de âmbito da FUNASA ou a rede do SUS em Autazes ou Manaus.

**Ilustração 7 – Curumim se banhando na beira do Lago Murutinga. Abaixo, um flutuante.**



**Ilustração 8 - Casa de palha. Vistas da fachada e interior da varanda.**



A aldeia Murutinga é a aldeia mais populosa do meio rural. Tem 1.014 habitantes de acordo com o último levantamento dos AIS do Pólo-Base Murutinga (julho de 2006)<sup>48</sup>. Nesta aldeia, o futebol é a preferência no lazer. Há vários campos na aldeia e o fim da tarde é marcado por sucessivas partidas. Quase todas valendo alguns trocados. Numa partida adulta, o time masculino ganhador fatura em média R\$10,00. Nos jogos entre as mulheres e crianças, R\$2,00 ou menos. Tudo, no fim, é convertido no apreciadíssimo *din-din* (suco congelado em saquinhos que é vendido a R\$0,10 cada) fabricado por algumas das famílias da aldeia que possuem freezer para sua conservação.



**Ilustração 9** - Vista da aldeia Murutinga

À noite, na Aldeia Murutinga, a convivência das famílias articula visitas para se conversar ou assistir televisão. Há algumas vendinhas de víveres onde jovens se reúnem para beber um refrigerante, após um dia de trabalho duro na roça. Ao passear no centro da aldeia, é possível se sentir em uma mini-cidade iluminada por algumas poucas lâmpadas. A noite é também um bom horário para as algazaras das dezenas de *curumins e cunhantãs* (crianças) correndo por todo o lado, brincando no frescor noturno.

Atualmente, a aldeia Murutinga vive num clima de animação com a recente

---

<sup>48</sup> Notar a diferença neste número com aquele apresentado na Tabela 1, que informa população de 738 hab. Atribui-se esta modificação a grande mobilidade das famílias Mura.

inauguração de um centro social no qual realizam as tradicionais festas de Santo Antônio e Sant'Ana. Não é por acaso que essa *Festa de Santo Antônio* atrai milhares de pessoas, segundo informam os moradores, já que o evento inscreve-se de forma centenária na história regional. Contam os Mura dessa aldeia que suas festas sempre atraíram muitos visitantes, desde o tempo “*dos antigos*”.

Bebidas alcoólicas não são vendidas na aldeia, com exceção durante as festas mencionadas, em que a *Associação*, instituição que representa a própria aldeia é a única que tem direito de vendê-las. Na festa de Sant'Ana observou-se o costume local, entre homens de oferecer cerveja, ou melhor, *pagar* cerveja aos *colegas*. Caberia investigar como esta prática se desenvolve e se estabelece em termos de “reciprocidade”<sup>49</sup>.

No Murutinga, os moradores recordam das antigas festas e também das mortes que ocorriam devido às epidemias. Contam que o cemitério do Murutinga já recebeu muitos corpos na época da grande epidemia de *sezão* (*malária*). Assim, a memória dos indígenas sempre lembra que festas e enterros eram comuns no passado e se misturavam ao seu cotidiano: “*Enquanto passavam com o caixão, iam outros dançando. Era todo o dia*”.

---

<sup>49</sup> Este fato parece ser significativo. Não foi possível aprofundar esta questão durante a pesquisa de campo. O consumo de álcool é um assunto controverso para os Mura. Há, no mínimo dois pontos de vista distintos sobre o assunto. Um primeiro informado pelas aldeias e famílias em que predominam os cultos evangélicos, para os quais o consumo de álcool é proibido. Outro, ainda que esta proibição esteja ausente, em que não ocorre a restrição religiosa, vê o excesso no consumo como problema, mas ao mesmo tempo, tem uma postura tolerante. Uma das lideranças assim definiu o ser Mura: “*Os Mura gostava muito de conflito, não dão o braço a torcer. O Mura gosta de beber, é o maior remador, o maior mergulhador*”. O que aponta, portanto, para a construção de uma masculinidade. De fato, durante a festa que participamos, a prática de *pagar cerveja ao colega* não é feita pelas mulheres. O costume evocou no pesquisador as imagens do consumo de *paricá*, pó narcótico que não é mais fabricado e consumido e que era usado pelos homens, quando uns sopravam nas narinas dos outros. Ver Amoroso (2000:298), a referida imagem que é parte da iconografia de Alexandre Rodrigues Ferreira (1783-92).





**Ilustração 10-** Bandeiras da Festa de Sant'Ana na aldeia Murutinga. Abaixo, Centro social durante um jogo de futebol na festa de Sant' Ana.

O pólo-base Murutinga possui instalações que comportam o atendimento médico, o laboratório de microscopia e o alojamento dos profissionais. Apesar da equipe contar com médico e enfermeira, esses pouco ficavam na aldeia. Assim, o atendimento emergencial era feito pelas técnicas de enfermagem que ficavam alojadas no Pólo-Base, alternando jornadas de 20 dias corridos e folgando 10.

Neste cenário, durante agosto de 2006, uma crise entre esta equipe e a comunidade culminou na retirada de todos os profissionais da área indígena por ordem da coordenação do DSEI-Manaus. O caso estendeu-se até a reunião do Conselho Local de Saúde Indígena. De um lado, as profissionais do Pólo-Base Murutinga acusavam um “*porre*” de invadir o pólo-base e ameaçar de morte uma auxiliar de enfermagem. Por outro, alguns dos comentários indígenas davam conta que a “invasão” se tratava de uma situação de emergência com uma criança, à noite e durante a Festa de Santo Antônio e que as técnicas de enfermagem demoraram ou não quiseram abrir as portas do pólo-base. Ambas as partes contaram que não houve agressão física de fato. Contudo, a equipe sentiu-se seriamente ameaçada e acabaram saindo da aldeia protestando melhores condições de trabalho. Por seu turno, conforme informações do *Tuxaua* da Aldeia o tal “*porre*” foi duramente reprimido e em público pela sua exaltação o que não foi suficiente para o retorno da equipe na aldeia. Por sua vez, a equipe passou a exigir a mudança de toda a estrutura do pólo para fora da aldeia a ser instalado na comunidade do Novo Céu. Na impossibilidade do atendimento pela Coordenação do DSEI-Manaus desta reivindicação da equipe de saúde o impasse da volta ao atendimento na aldeia durou mais de vinte dias. Neste período, houve uma polarização em torno da questão dentro da aldeia<sup>50</sup>. Uns expressavam a vontade do retorno da mesma equipe para o pólo. Outros, a substituição de toda a equipe por novos profissionais. Durante a reunião do Conselho Local, os representantes da aldeia votaram pela volta da mesma equipe afirmando que “*já as conheciam*”, que estavam “*acostumados*” com elas e sentiam-se receosos de receber na aldeia pessoas estranhas. Mas a tal equipe não aceitou o retorno e manteve-se exigindo a mudança do pólo para fora da aldeia. Nesse ponto, nem os representantes da aldeia, nem a coordenação do DSEI-MANAUS podiam ceder e a equipe foi substituída.

---

<sup>50</sup> Este foi um momento privilegiado para a observação da articulação de “corpos políticos” distintos dentre da Aldeia. Esta assunto será retomado no capítulo a seguir.

Nesses vinte dias, sem a presença de uma equipe no Pólo-Base houve uma excessiva sobrecarga de trabalho para os agentes indígenas de saúde (AIS), alguns com menos de um mês no cargo. Eles precisavam efetuar muitas remoções de pacientes até a sede do município. Neste período, também pelo menos um óbito ocorreu. Tratava-se de uma parturiente que faleceu no trajeto de seu deslocamento até Autazes. Isto, tarde da noite de sábado, enquanto festejava-se a festa de Sant'Ana<sup>51</sup>.

Todo este “drama” deve ser situado também em relação aos impasses causados pela mudança na gestão da saúde dos povos indígenas. Até 2006, os serviços de atenção primária eram terceirizados. A FUNASA estabelecia convênios com prefeituras e organizações não-governamentais (ONG's). Prefeituras e ONG's realizavam as tarefas de atendimento no interior das aldeias através da Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI) composta de médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares e técnicos de enfermagem e agentes indígenas de saúde (AIS) e de saneamento (AISAN). Estas equipes ficam lotadas em pólos-base que podem ou não se localizar dentro das áreas indígenas. Para os casos de maior complexidade são realizados encaminhamentos às unidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

Antes de 2006, era a Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB) quem firmava convênio com a FUNASA. Além de Autazes, a atuação da COIAB abrangia muitos outros municípios do Amazonas. Em 2006, o convênio entre FUNASA e COIAB não foi renovado. Depois da saída de cena da COIAB restaram muitas indefinições por conta dessa mudança. Foi somente em agosto de 2006 que os indígenas de Autazes receberam informações mais concretas sobre o rumo das políticas do órgão FUNASA, em sua gestão local, durante uma reunião do Conselho Local de Saúde Indígena. A partir de então a FUNASA, através do DSEI-Manaus tem administrado diretamente as

---

<sup>51</sup> Talvez com menos frequência que no passado, porém, infelizmente, festas e caixões continuam uma realidade no cenário da aldeia, já que o velório e enterro foi realizado no domingo seguinte a Festa de Sant'Ana.

equipes de saúde – EMSI. O pagamento dos honorários das equipes passou a ser feito pelo município através de dotação e recurso federal vinculado. Durante boa parte do ano de 2006, havia expectativa dos profissionais de saúde antes contratados pela COIAB quanto à nova contratação pelos municípios, uma situação incômoda de incertezas que refletiu diretamente na qualidade do atendimento<sup>52</sup>.

Neste contexto, a situação nas aldeias menores torna-se mais complexa devido à distância e ao isolamento, por vezes, imposto pela seca dos rios e igarapés. Na aldeia Sissaíma, por exemplo, em julho de 2006, os moradores estavam construindo um novo posto de saúde. A expectativa da comunidade é da permanência de uma equipe médica, pelo menos quinze dias do mês no novo posto, que também atenderia outras aldeias próximas (Jabuti, Gavião e Ponciano). Nesta aldeia, o problema de saúde que mais tem assolado os moradores é a malária, em especial, às crianças. Durante nossa estadia na aldeia pelo menos cinco crianças estavam doentes ou com suspeita de malária. O início do tratamento para esses casos é demorado. O sangue é coletado em lâminas de microscópio na própria aldeia pelo AIS que as leva até o pólo-base Murutinga onde o diagnóstico é feito. Daí, dependendo o tipo de protozoário (se “vivax” ou “falciparum”) é disponibilizada a respectiva medicação. Aparentemente, essa estratégia não impõe dificuldades, mas, desconsidera a situação de epidemia constante e recorrente ao longo dos anos. Desconsidera a distância e o tempo gasto para ir e vir (cerca de 7 horas de *rabeta*). Apesar dos esforços hercúleos do AIS nem seus filhos escapam da epidemia. Assim, entre suas idas e vindas e na demora entre a suspeita, diagnóstico e tratamento, rapidamente, a malária se espalha.

---

<sup>52</sup> Até agosto de 2006 nenhuma viagem da EMSI havia sido realizada às aldeias, com exceção de algumas campanhas de vacinação, não extensiva a todas as aldeias de Autazes. Tais viagens, em anos anteriores, eram feitas a cada 3 meses, segundo informaram os profissionais do Pólo-Base Pantaleão.

Ilustração 11- Escola e Posto de Saúde da Aldeia Sissaima



A questão do transporte e deslocamento é central na saúde dos Mura. Muitas das terras Mura ainda têm florestas primárias. Somente recentemente estradas foram abertas para acesso a algumas das aldeias. Na maioria, o acesso é feito somente de barco navegando-se por igarapés e igapós. As ligações por estradas favorecem o trânsito dos indígenas, dos pacientes e da equipe do pólo-base, além do escoamento de seus produtos. Mas não há unanimidade quanto ao desejo de abertura de estradas para acesso às aldeias, havendo conflitos entre os discursos desenvolvimentistas e preservacionistas<sup>53</sup>.

---

<sup>53</sup> Para uma interessante análise dos discursos e contradições destes discursos ver Garnelo e Sampaio (2005).

**Ilustração 12 – Vista de casas da Aldeia Cuia**



**Ilustração 13 –Vista a partir da varanda da casa do AIS na Aldeia Sissáima. Em baixo, navegando pelo Sissáima.**



## Cap.5 - SOBRE SAÚDE: A FAMÍLIA, O ALIMENTO E O TRABALHO

O sentido amplo ou lato do conceito de auto-atenção de Menéndez (2003) engloba muitos aspectos da vida em sociedade, por exemplo, a alimentação e o trabalho. Estes temas foram selecionados por serem especialmente representativos no universo cultural Mura, mas principalmente, por apresentarem-se como formas de relação social estruturadas em atividades coletivas de apoio mútuo. Por sua vez, o trabalho e a alimentação representam para os Mura possibilidades e condição para uma vida saudável. No capítulo 1, foi apresentado o conceito de “auto-atenção” como forma primeira de “atenção à saúde” no âmbito da família. Isto implica que é necessário explorar como são estruturadas as relações de parentesco na sociedade Mura. Não existem estudos etnográficos que explorem as relações de parentesco e do exercício micropolítico entre a população Mura de Autazes. Assim, são apresentados alguns apanhados teóricos gerais que visam relativizar conceitos como “família” e abordar as relações sociais mais íntimas a partir dos conceitos de “co-substancialidade” e “corpo político”. Afinal, como é possível compreender o que é “família” para esta população indígena?

É na década de setenta que os antropólogos começaram a elaborar uma teoria com conceitos alternativos para o estudo do parentesco entre as sociedades indígenas das Terras Baixas da América do Sul (RIVIERE, 1993)<sup>54</sup>. A noção de “descendência”, ao contrário dos estudos africanistas, parecia ser de pouca relevância para abordar as formas de parentesco das sociedades ameríndias. Isto suscitou o abandono da noção de “descendência” em favor da “construção simbólica da pessoa” e a “fabricação do corpo” como estruturantes das sociedades indígenas amazônicas (SEEGER et al.,1979).

De fato, em nossa pesquisa de campo, os dados coletados através do método

---

<sup>54</sup> Riviere refere-se ao Congresso Internacional de Americanistas de Paris – 1976.

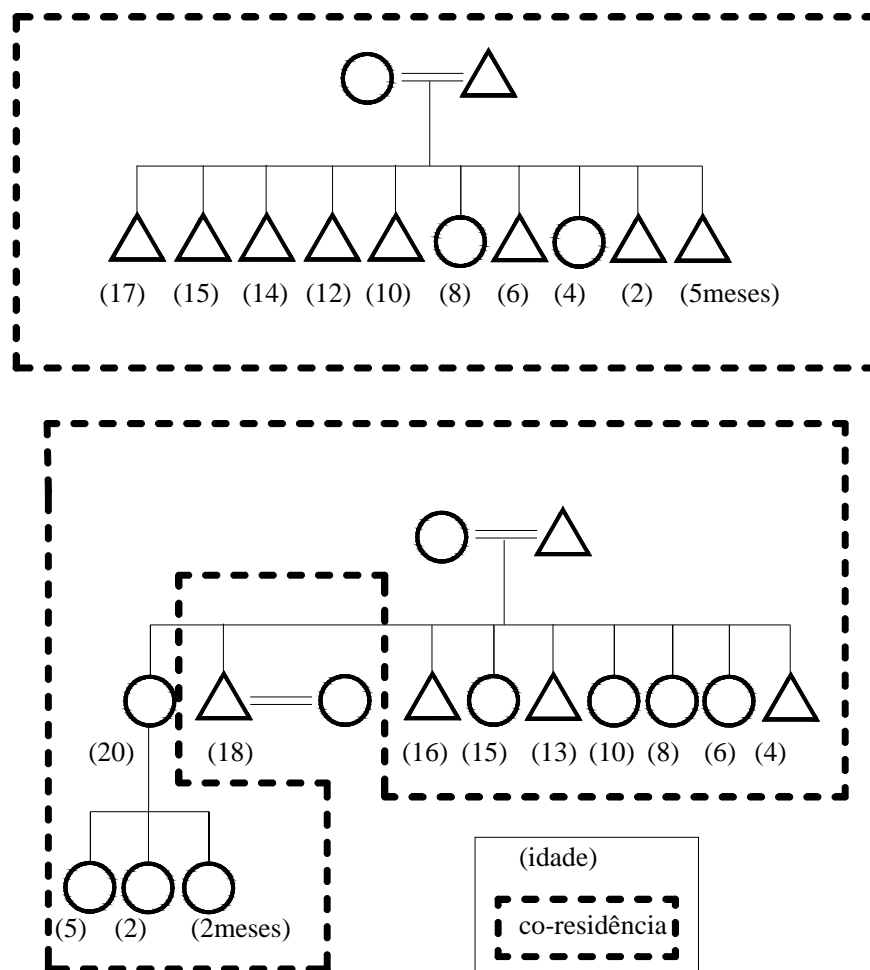


genealógico entre os Mura de Autazes, demonstram que nenhum dos interlocutores sabe informar os nomes de pessoas além da geração de seus avôs. Isto evidencia ser a ancestralidade de pouca importância na constituição dos laços de parentesco (ao contrário de sociedades européias e africanas que em alguns casos mantêm registros longos da ancestralidade). Entretanto, argumenta Riviere (1993), a pouca importância da ancestralidade não implica que a “descendência genealógica” não seja cogitada pelas sociedades ameríndias. A construção desta “descendência genealógica” pode articular “nomação” e compartilhamento de “substâncias” (sangue, sêmem, ossos, carne), como formas sociais de estruturação do “parentesco”.

Lea (apud Riviere, 1993), por exemplo, juntou ao estudo do parentesco a noção de “casa”, instituição estabelecida como uma “pessoa moral”, a qual cabe “transmitir nomes e prerrogativas”. Sobre essa noção é pertinente a crítica de que o conceito de “casa” pode encobrir diferenças entre “co-residência” e “parentesco” (Riviere, 1993). Melatti (1978:52) utiliza-se dos termos “família elementar”, “grupo doméstico” e “segmento residencial” para descrever a “organização familiar Krahó”. A “família elementar” é aquela com uma roça própria da qual tira seu alimento e que forma um grupo separado na hora da alimentação. O “grupo doméstico” é a conjunção de “famílias elementares” que habitam a mesma maloca. “Famílias elementares” do mesmo “grupo doméstico” possuem roças próximas. Quando “famílias elementares” destacam-se de um “grupo doméstico” constroem as novas casas nas proximidades do grupo de origem, formando “segmentos residenciais”, cuja característica implícita, para os Krahó é a exogamia. Assim, “grupos domésticos” de um mesmo “segmento residencial” têm origens comuns.

Entre os Mura, a “família elementar” também tem uma roça própria e compartilha o alimento durante as refeições. Em geral, uma nova roça é iniciada com uma nova união

conjugal. As “famílias elementares” típicas são grandes comparadas aos padrões das famílias urbanas de classe média<sup>55</sup>. Irmãos consangüíneos podem ter diferenças de idades consideráveis, de forma que é comum tios e sobrinhos terem idades próximas.



**Ilustração 14** - Genealogias de famílias Mura: dois exemplos de co-residência.

Os dados de campo apontam para relações claras entre ocupação territorial e colaboração no trabalho que mobilizam relações de parentesco. Todavia, não é possível distinguir claramente “grupos domésticos” ou “segmentos residenciais”, isto se refere, por um lado, à complexidade das relações e a sua dinâmica, pelos divórcios e novos casamentos, já

<sup>55</sup> A partir dos dados genealógicos coletados, para uma amostra aleatória de 54 famílias, obteve-se a média de irmãos consangüíneos igual a 6. Este número de filhos é apenas referencial, pois o cálculo não leva em conta faixa etária dos casais.

que é o homem que é visto como *dono da roça*, além da instituição do *filho de criação*, na qual, por exemplo, avós criam netos como seus filhos. Também, por outro lado, ao contrário dos Kraho, estudados por Melatti (1978), possíveis “segmentos residenciais” não são obrigatoriamente exogâmicos. A exogamia desses “segmentos residenciais” Mura reflete-se na migração, ao passo que muitas uniões são feitas entre as “famílias extensas”<sup>56</sup> destes segmentos e com alguma recorrência de casamentos entre primos. Fatos que embasam a relação entre a descendência e a ocupação de um território<sup>57</sup>.

Ainda está para ser realizado um estudo exaustivo sobre a questão de como operam e se estabelecem às relações sociais no âmbito da família Mura. Como foi dito, é neste espaço familiar que se desenrolam as práticas ligadas à auto-atenção à saúde. Os conceitos adotados por Mellati (1978), de “grupos domésticos” e “segmentos residenciais” não são bons para pensar as relações sociais dentro do tema que se propõe aqui, porque não fazem parte das noções êmicas de parentesco, não correspondem às formas como estas relações se estabelecem. O mesmo autor usa o conceito de “facção” para dar relevo as relações politizadas ao qual podemos pensar a partir do conceito de “família extensa”<sup>58</sup>. Assim, é mais correto afirmar que entre os Mura a unidade “família elementar” articula-se dentro de “famílias extensas” e de relações políticas estabelecidas entre “facções”. Essa articulação entre parentesco consanguíneo, afinidade e relações políticas no nível micro-social através de relações de cooperação e “reciprocidade” no trabalho ou de conflitos decorrentes da vida em sociedade, por sua vez, delimitam grupos que podem ser entendidos, metaforicamente, como

---

<sup>56</sup> “Família extensa” pode ser entendida como: “Unidade composta de duas ou mais famílias nucleares [*ou elementares*] ligada por laços consanguíneos” (SCHUSKY, 1973).

<sup>57</sup> Ver APÊNDICE 2 a representação gráfica de uma pequena porção de uma das aldeias visitadas. Ressalta-se que no trecho da aldeia escolhido para análise das genealogias não há nenhum caso de hanseníase. Pretende-se com isso evitar qualquer especulação que relacione, no nível de análise antropológica, relações entre parentesco e contágio, mais próprios a estudos epidemiológicos, o que não é o caso.

<sup>58</sup> “Facção” aqui significa: unidade política em torno de um líder intimamente ligada ao sistema de parentesco, mas que não se confunde com uma unidade de parentesco e nem incorpora todos os parentes. A divisão entre facções encontra-se sempre evoluindo, transforma-se continuamente e são dificilmente distinguíveis na aldeia, a não ser que haja algum conflito (MELATTI, 1978: 74).

“corpos políticos” (LOCK e SCHEPER-HUGHES, 1993).

Assim considera-se que o “corpo político”, qualquer que seja, no caso dos Mura, uma família, facção, parte de uma aldeia, ou mesmo, toda uma aldeia, se conforma, tanto a partir do conflito como a partir das relações de reciprocidade embasadas nas trocas de “substâncias”, entre elas, o alimento<sup>59</sup>.

Ao pensar “substância” deve-se assumi-las em sua bivalência, tanto em sua materialidade quanto em sua simbologia. Nesse sentido, está se considerando “substância” como um conceito analítico, tal como propõe Wiik (2004) em seu estudo sobre os índios Xokleng:

... as a key concept that indexes the complementary domains of “biological” and “social”, responsible for the organization or the different Xokleng social groupings, qualifying the social links established among people, as well as the Xokleng perception of themselves as a distinct group (WIİK 2004).

O alimento, compreendido como “substância” e as práticas que o envolvem constituem-se objeto de fácil observação no trabalho de campo, especialmente, para o caso da sociedade Mura que envolve a produção em família da farinha de mandioca.

A subsistência da família está essencialmente ligada à caça, pesca e agricultura. A pesca e em menor quantidade a caça, são importantes na alimentação indígena. O seu exercício não implica em trabalho coletivo. São os homens adultos que caçam e a tarefa é considerada perigosa, pois a caça é feita à noite, espreitando os animais que saem da mata para beber água. No caso da pesca, um homem adulto vai pescar para alimentar sua família ou para vender os peixes mais valorizados pelo comércio. Os meninos, desde muito cedo, recebem, a tarefa de pescar o alimento do dia. O peixe é pescado com *malhadeira* (rede),

---

<sup>59</sup> Importante pensar que a idéia de um “corpo político”, no sentido de sujeitos coletivos com intencionalidade, não é contraditória ao conceito de “auto-atenção” à saúde e não oblitera o papel dos indivíduos nessa auto-atenção. Ao afirmar isto estou pensando no papel central das mães em relação aos seus filhos nos cuidados dentro da família nuclear, ou mesmo, no pajé com seus cuidados para com a aldeia.

*caniço, arco e flecha* e *zagaia* (tridente). Para cada espécie, há uma técnica e uma isca própria. Assim, por exemplo, o *pacu* é pescado com caniço, em silêncio intercalado por bruscos movimentos da vara de pesca na água, imitando um salto desse peixe, sendo a isca o *jauari*, fruto de uma palmeira<sup>60</sup>. A diversidade de peixes e modos de preparo promovem uma interessante variação de sabor. Os peixes podem ser preparados como *caldo, moqueado* ou *assados e fritos* em óleo. Muitos peixes são considerados *reimosos*, em especial aqueles sem escamas.

**Ilustração 15 - Preparando o pirarucu.**

---

<sup>60</sup> Sobre a pesca das populações ribeirinhas no Baixo Amazonas recomendo o livro de Furtado, 1993.

Ilustração 16 - Preparando uma paca.



**Ilustração 17-**Uma cozinha típica bem equipada. A baixo lavando a louça em época de cheia.



A visão de mundo dos Mura dá significado importante às prescrições e proibições alimentares. As práticas e concepções que cercam os alimentos podem ser analisadas à luz do “modelo da reima” estudado por Mota-Maués e Maués (1978). O trabalho desses antropólogos mostrou que critérios de classificação de alimentos “reimosos” envolviam não um sistema de categorias estáticas, mas, a relação entre as características do alimento, o modo de seu preparo, quem o consumia e em que situação é consumido. A classificação de um alimento neste modelo, se “reimoso” ou não, pressupõe compreender como está o corpo de quem o consome. Se a pessoa está saudável não há problema em comer, por exemplo, *carne de porco* ou *anta*, considerados alimentos muito *reimosos* pelos Mura. Porém, “*se a pessoa tiver alguma infecção*”, vai piorar gravemente.

A agricultura Mura se dedica, principalmente, a mandioca para a produção de farinha que é feita, desde o plantio até a torra, envolvendo o trabalho em família. A farinha é produzida a partir da *massa* da mandioca de cor amarelada que é a raiz ralada e prensada para retirada do sumo chamado de *tucupi*. Após peneirada a *massa* é torrada num grande tacho. A fécula obtida da decantação do *tucupi*, uma massa branca, chama-se *tapioca* e é muito apreciada.



**Ilustração 18 – Trabalho na casa de farinha. Enquanto uma família está descascando a raiz da mandioca, outra está torrando a massa.**



Ilustração 19 - Torrando farinha (mãe e filha).



**Ilustração 20- Preparando a tapioca .**

Trabalho coletivo e alimentação se expressam de forma mais contundente no *ajuri* ou *mutirão*.<sup>61</sup> Esse é uma forma de reciprocidade que envolve profundamente as relações econômicas e de subsistência. Pode-se dizer que, através da organização da divisão do trabalho e da prestação de serviço recíproca, se estabelecem relações claras de organização política no microcosmo das atividades cotidianas. Assim, o *ajuri ou mutirão* é um momento em que um grupo de trabalhadores se organiza para trabalhar na roça de um dos participantes. São realizadas pequenas reuniões, rotineiramente, nas casas dos participantes quando são estabelecidos *calendários* e agendamentos, de forma que todos trabalhem na roça de todos e, ainda, nas roças da igreja, da escola e da associação (caso houver na aldeia). Na sua forma mais tradicional, o dono da roça deve suprir de alimento aos colegas trabalhadores. Na impossibilidade desse tipo de *ajuri* realiza-se o *ajuri bico seco*, todavia, líderes e participantes mais velhos comentam que se sentem envergonhados em não disponibilizar alimentos para o *ajuri*. Nem todas as tarefas relativas à roça da mandioca entram no *ajuri* ou *mutirão*. A *broca* é responsabilidade de cada dono de roça. Nessa tarefa, os indígenas abrem a clareira na mata com *terçado* (facão). No *ajuri da derribada* só participam homens, entre 10 e 15 participantes. Essa etapa é feita após a *queimada* ou *coivara*. Nela trabalham com machado para retirar os troncos maiores. No *ajuri do plantio* e no *da capina* trabalham também mulheres e crianças chegando a ter até 100 pessoas.

---

<sup>61</sup> Tanto o termo *ajuri* quanto à prática são conhecidos de outras populações na Amazônia, como, p ex. Ticuna (CARDOSO DE OLIVEIRA,1996:76). Segundo dicionário Aurélio, tanto *ajuri*, quanto *mutirão*, são palavras derivadas do tupi (FERREIRA,2004)

As principais informações sobre as etapas do plantio e colheita da mandioca estão resumidas no quadro abaixo:

Época do ano ideal	Etapa (termos nativos)	Característica do trabalho	Tarefas executadas (termos abaixo não são nativos)
Junho	<i>Broca</i>	Individual	Abertura da clareira na mata com terçado e foice
Após 20 dias (idealmente)	<i>Derriba</i>	Ajuri ou mutirão. Apenas homens, em torno de 10 ou 15 participantes.	Retirada dos troncos das árvores com machado
Setembro	<i>Cortar maniva</i> <sup>62</sup>	Individual.	São feitas trocas de ramas mais produtivas. Procura-se uma <i>boa maniva</i> entre os vizinhos.
Outubro	<i>Plantio</i>	Ajuri ou mutirão. Homens, mulheres e crianças. 60 a 100 pessoas.	Corte da maniva em hastes de 15 cm Abertura de covas Distribuição das hastes de <i>maniva</i> nas covas Fechamento das covas
Variável	<i>Capina</i>	Ajuri ou mutirão	Retirada das plantas daninhas com enxada
Variável	<i>Colheita</i>	Individual	Colheita dos tubérculos.
Variável	<i>Fazer farinha</i>	Mulheres e homens.	Descasque das raízes. Ralação – manual ou com motor estacionário a gasolina. Prensagem para retirada do <i>tucupi</i> . Peneiramento da massa. Torra no forno.

O trabalho do plantio destaca-se com divisões precisas do trabalho orientadas por distinções de gênero e faixa etária. Abaixo segue as notas de campo referentes a participação do primeiro ajuri de plantio de 2006 na Parte de Baixo da Aldeia Guapenu (ver mapa no APÊNDICE 2):

Quando chegamos à casa de Tio Pedro, um dia antes do ajuri, era por volta de 18:00 da quinta feira e todos da casa estavam em um ritmo forte de trabalho. Na cozinha, pendurado pelos pés e sem cabeça, balançava o porco morto a pouco, já sem pêlos e sem vísceras. À luz das lamparinas e lanternas, D. Maria e Idaluci [*mãe e filha*] faziam os preparativos para refeição que seria disponibilizada no ajuri do dia seguinte. Haviam preparado muitos pés-de-moleque (feito de massa de mandioca com castanhas) e bijus. Os rapazes buscavam água na *beira* em baldes para lavagem de louças e utensílios. Todos especulavam sobre o peso do animal morto que havia sido comprado de outra moradora da aldeia ao preço de R\$3,00 o quilo. Durante a noite, o clima de expectativa era evidente. Na madrugada, por volta das 4:30, os moradores da casa começaram a levantar. D. Maria tratou de acender a fogueira no pátio e

<sup>62</sup> Maniva é o caule da mandioca que serve de muda para o plantio da nova roça.

uma grande panela com pedaços do porco foi colocada para cozinhar. Por volta das 7:00 começaram a chegar os primeiros trabalhadores. Uma mesa com café e *nescau*, *pés-de-moleque* e beijus foi colocada nos fundos da casa. Os que iam chegando tomavam o café e se agrupavam em uma clareira debaixo das árvores, preparada com trocos e bancos para recebê-los. Antes das 8:00 todos os participantes tinham chegado e provado do cozido de porco com farinha de mandioca, café ou *nescau os bijus e pés-de-moleque*. Foi Miguel (vizinho do dono da roça) que incitou os homens a se dirigir para a roça (fazendo o papel de *peara*, porco do mato que toma a frente do grupo). Eu o segui com os outros. Chegando na roça, alguns rapazes, ainda adolescentes, se enfiaram na mata trazendo folhas de palmeira. Uma jovem senhora confeccionou vários *panacu*, uma espécie de cesto. Enquanto isso, alguns homens mais velhos, com seus terçados afiados, trataram de cortar a *maniva* em hastes de aproximadamente 15 cm. Ao mesmo tempo, outros homens, em pleno vigor da idade, com enxadas, iam abrindo covas espaçadas em 0,80m. A coisa toda era bonita de se ver. Os mesmos que colheram palmas iam distribuindo os pedaços de *maniva* nas covas. Logo chegaram as mulheres e crianças. Imediatamente começaram a cobrir as covas, empurrando a terra com os pés. Quando tudo engrenou em um ritmo mais forte segui atrás de Tio Pedro, o dono da roça. Ele estava preocupado, pois o estoque de ramas da *maniva* não seria suficiente. Ele se dirigiu para uma outra roça próxima para cortar mais ramas. Vi que eu poderia ajudá-lo no trabalho e me dediquei nessa tarefa. Foi fazendo isso que notei que os moradores da casa (e eu me incluía nessa situação) assumem atividades específicas e diferentes daquelas do grande grupo. Todo o plantio acabou por volta das 11:30. As pessoas regressaram para a casa do dono da roça e almoçaram. Sem demora o grupo se desfez após a refeição. (*Transcrição do Diário de Campo*)

“Reciprocidade” (como um fenômeno de dimensão social) e “co-substancialidade” (como de dimensão física e simbólica) podem ser evidenciadas na prática do *ajuri*<sup>63</sup>. Se este for tomado como ritualmente estruturado, ficam evidenciados momentos dos quais, o trabalho propriamente dito, constitui-se no núcleo. A alimentação é um dos eixos fundamentais do *ajuri*. Ao mesmo tempo em que é o suporte calórico necessário ao trabalho duro dos participantes, constitui-se ponto focal de dois momentos significativos do plantio: o início e o fim das atividades. Antes e após o trabalho na roça, os trabalhadores compartilham o alimento que é oferecido e custeado pelo dono da roça e sua família. A alimentação conjunta torna-se

---

<sup>63</sup> O *ajuri* está sendo descrito pela percepção de um ordenamento, de uma coesão. Não foram observados em campo elementos suficientes para descrever as contradições, ambigüidades e conflitos que envolvem.

uma forma implícita de constituição de um corpo único de trabalhadores. Além da “reciprocidade” imediata, estabelecida entre o trabalhador e o dono da roça, equilibrada na relação do fornecimento de alimento e fornecimento de mão-de-obra estão em relação outros ciclos dessa “reciprocidade”: entre os diversos donos de roça que retribuem o trabalho prestado pelos colegas trabalhando uns nas roças dos outros.

A centralidade do trabalho coletivo, chamado de *ajuri*, na produção de um dos mais importantes alimentos dos indígenas, a *farinha de mandioca*, exemplifica como são complexas estas formas de relação social. Esta complexidade está profundamente ligada a “auto-atenção à saúde”. A subsistência pode ser vista como uma forma de “auto-atenção em sentido lato ou amplo”. Também define a relação e o exercício das formas sociais referentes à estruturação do parentesco e reciprocidades econômicas e sociais. O *ajuri* pode ser tomado, portanto, como um exemplo dessas relações, assim, compõe a noção “êmica” de *saúde* ficando vinculado a ação criativa e transformadora do meio físico, ao mesmo tempo em que mantém e integra um “corpo político e social”.

O mais significativo destes dados etnográficos fica evidenciado quando confrontados com os discursos sobre experiências de doenças graves. Ao falarem sobre estas experiências, mais de uma vez, os interlocutores relataram sobre sua impossibilidade de trabalhar, logo da ameaça à subsistência e das dificuldades da família com a alimentação.

No que se refere às concepções que envolvem o ideal Mura de saúde, é preciso destacar que, de maneira geral, poder trabalhar e ter o que comer é visto como condição necessária, imediata e essencial a sua saúde. A descrição deste capítulo procurou destacar alguns elementos característicos desse trabalho. Destacou-se o trabalho coletivo e de subsistência, ou seja, trabalho organizado pela família para a produção do seu alimento.

Ilustração 21- Cortando maniva (acima) e tecendo o panacu (abaixo).





**Ilustração 22 - Mulheres e homens trabalhando no ajuri.**



## Cap.6 - SOBRE COSMOLOGIA: “O MUNDO ENCANTADO E MARAVILHOSO”<sup>64</sup>

A seguir apresentam-se informações sobre a cosmologia Mura<sup>65</sup>. Há que se ressaltar que os elementos culturais descritos abaixo não são elementos exclusivos da sociedade Mura. Tratam-se de elementos de uma cosmologia cujas bases são amplamente difundidas na calha dos rios amazônicos conhecidas na antropologia sob o termo pajelança (Maués, 2005). Embora muitos aspectos significativos encontrem semelhança com outras generalizações feitas sobre as cosmologias existentes em comunidades amazônicas percebe-se que especificidade da cosmologia Mura reside na configuração própria em que estes elementos culturais são articulados. Os dados apresentados são interessantes quando se deixa de atentar para o elemento cultural descrito em si. O objetivo da apresentação destes elementos é evidenciar aqueles significativos para a experiência de se estar doente: a centralidade dos seres *encantados*, a transmutação entre humanos e *bichos*, a importância simbólica do *sangue*, a agência da *doença* e sua intencionalidade inerente.

O mundo da pajelança encerra uma complexidade de um campo discursivo cuja visão de mundo é centrada nas relações entre humanos, *bichos encantados do fundo* e *espíritos do ar*. A noção nativa de doença se estende nas relações: 1) entre os humanos, os animais e os chamados *encantes* ou *encantados* (cujo principal protagonista é o *boto*); 2) na relação com *espíritos do ar* (cuja figura central é o *demônio* ou *inimigo*); 3) no trabalho de feiticeiros, especialmente os que seguem o *Livro de São Cipriano*, 4) no trabalho do pajé. A noção de saúde e doença e sua relação aparece como um estado no mundo, uma condição. A vida é, portanto, concebida como de tribulações nas quais as práticas de atenção à saúde tem o

---

<sup>64</sup> O título desse capítulo é inspirado em Adélia Engrácia de Oliveira Rodrigues. Ver “O Mundo Encantado e Maravilhoso dos Mura”, Olivera Rodrigues (1984).

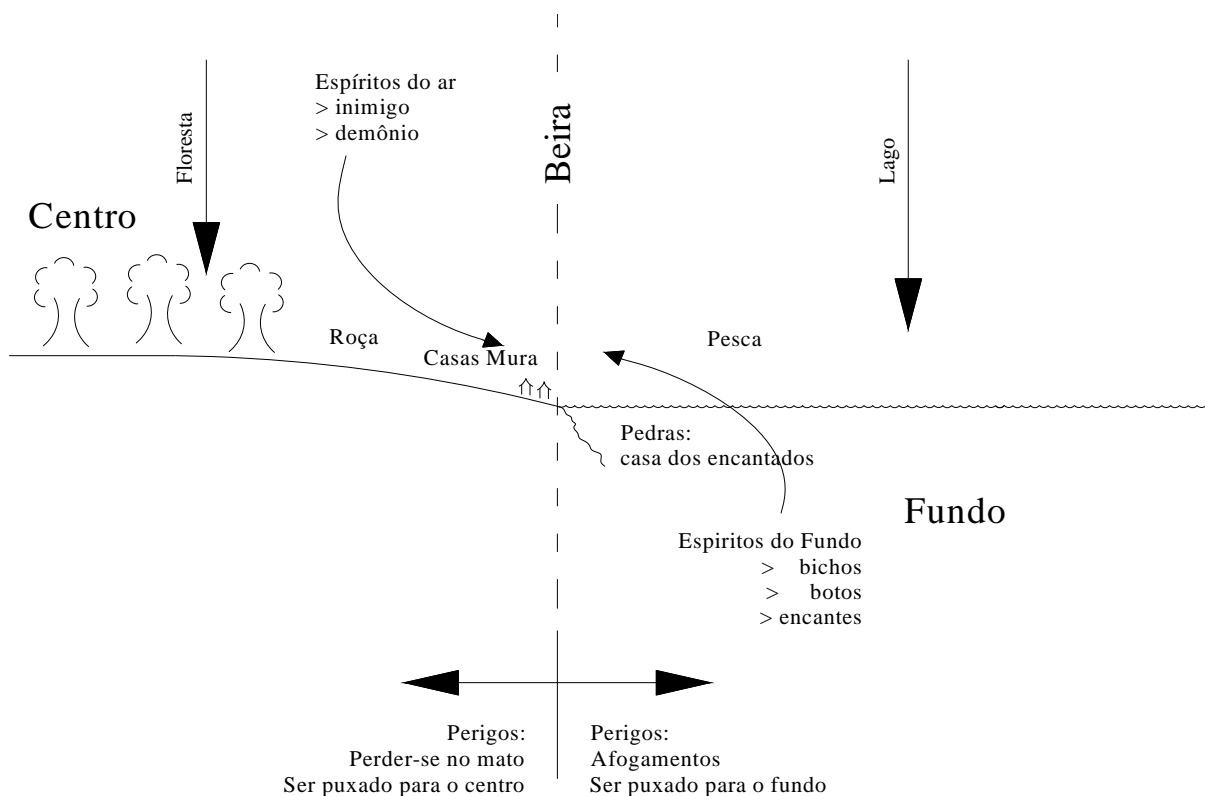
<sup>65</sup> Aqui, está se considerando cosmologia tal como sugere Tambiah: “the body of conceptions that enumerate and classify the phenomena that compose the universe as an ordered whole and norms and processes that govern it.” (TAMBIAH, 1985: 130)

efeito de minimizar o sofrimento. “*Nasceu no mundo é para sofrer até o fim da vida*” [Pajé Raimundo Nonato]

Apresenta-se, abaixo, uma modelagem gráfica construída a partir das falas das entrevistas, como tentativa de relacionar os elementos apreendidos no trabalho de campo sobre essa complexa cosmologia. O modelo apresenta como eixo uma simetria entre *Centro* e *Fundo*. Ressalta-se que essa simetria é recurso analítico que não faz parte do discurso nativo.

**Ilustração 23** - Esquema sobre a cosmologia entre os Mura.

(O desenho representa um corte esquemático do perfil do solo. O eixo *beira* representa o limite entre a água e a terra).



O *centro* é o local da mata virgem, onde moram os *Juma* (índios selvagens ou bichos ferozes quase humanos - não há consenso sobre eles), a *mãe da mata* ou *curupira* (seres que protegem a natureza), *onças* e a *cobra grande* ou *jibóia*. É o lugar dos seringais que aparecem nas *histórias*, seu palco e cenário. Lugares distantes e perigosos. O *fundo* é o local dos lagos que nunca secam, onde moram os *encantados*, os *botos* e a *cobra grande* ou *sucuri*.

Os Mura moram na *beira* que é o limite entre a terra e a água. A morada dos *encantes* é dentro dos lagos embaixo dos afloramentos rochosos, as *pedras*, onde existem portais para a entrada nas *idades* subaquáticas dos *encantes*.

O pajé incorpora *caboclos* que são *espíritos do fundo* enquanto o *sacaca* ou *feiticeiro* trabalha com os *espíritos do ar*. O segundo envia *feitiço* pelo ar ou deixa poções pelos caminhos. O primeiro retira os *feitiços* do corpo dos enfermos sob a forma de insetos e os manda de volta ao malfeitor, se a vítima assim desejar.

Muitas *histórias* contadas no período de nossa pesquisa de campo falavam sobre forças invisíveis que *puxavam* a canoa para o *fundo*. Há casos de pessoas que são *puxadas*, atraídas para a mata. O simples fato de andar no *centro* retira as *forças* da pessoa. Há uma possibilidade para transitar entre mundos. Um dos interlocutores, o pajé São Paulo, por exemplo, fora levado para o *fundo* quando criança, ficando lá por algum tempo. Este evento é significativo na sua biografia e relaciona-se diretamente com a sua atividade de pajé. Já outro senhor, com cerca de oitenta anos, entrevistado na presença de familiares, havia *fugido* para o *centro*. Fora encontrado semi-nu, perdido, após três dias. Os parentes acreditavam que um *espírito* estava *puxando* o velho para tomar-lhe o corpo.

Outras tantas *histórias* tratam da transformação de humanos em *encantados*. A *história* dos meninos desaparecidos é contada na Aldeia Murutinga. Contam que perto da Vila do Novo Céu, nas proximidades da aldeia, existem grandes valas cavadas num tempo

passado. Foram feitas para salvar os *curumins* desaparecidos<sup>66</sup>.

A transformação de humanos em animais e vice-versa é elemento central na cosmologia Mura. Nessas transformações, figuram pessoas que têm a habilidade de virar animais como onças, porcos ou cobras, quando querem, mas são mal vistas socialmente. Essas transformações parecem ter relação com o comportamento desviante. Assim, a acusação de transformar-se em animal pode ser a expressão do que se concebe por comportamento inadequado, mas pode ser também um estigma ligado a faixa etária, ao envelhecimento. A acusação de *virar onça*, feita por vizinhos, recai, por exemplo, sobre uma velha senhora. Coincidência ou não, ela é esposa do Bugio que esteve por nove anos em tratamento em um leprosário em Manaus. De qualquer forma, sua situação é atípica, pois não se vê rodeada por filhos e netos e vive praticamente só com seu marido. Isto possivelmente porque a doença do marido interrompeu a formação ideal de sua família. Embora ela não tenha sido internada na época (anos 60), conta que foi abandonada pelos seus parentes. De fato, o boato de que ela vira onça é uma acusação depreciativa, embora seja também, jocosa<sup>67</sup>.

O *Boto* não é um animal querido pelos Mura. Há entre os indígenas um tipo de pavor que alinha o mito, à experiência subjetiva do protagonista, relações e práticas sociais<sup>68</sup>. Os *Lagos* variam enormemente de nível entre cheias e secas, de onde o Mura tira o peixe um dos

---

<sup>66</sup> Contam que o pai dos meninos notara o desaparecimento de seus filhos que brincavam na beira. Depois do desaparecimento, sem que fossem encontrados, um pescador ouviu o choro de um deles. Procuraram o som e descobriram que vinha do solo. Os índios começaram a cavar. Quanto mais cavavam, mais alto ficava o som do choro. Depois de muito cavar, desenterraram os *curumins* transformados em tracajá que foram lançados (ou fugiram) para a água. Os meninos haviam sido capturados por bichos do fundo e aceitado sua comida, motivo da transformação. A prova física e concreta dessa história são as valas que ainda podem ser vistas no local.

<sup>67</sup> A *história* a seguir, por exemplo, tem ênfase etária em que a velhice é vista depreciativamente. No Guapenú, conta-se de certa mulher velha que se suspeitava virar uma onça e comer os defuntos. Conta-se que um jovem, após a morte da própria avó, ficara desconfiado que a onça comeria o corpo da avó recém enterrada, indo ao cemitério para espreitar. Quando a onça apareceu, ele atirou e a onça fugiu. No dia seguinte, ele ficou sabendo que a tal velha acusada de ser a onça ficara doente repentinamente. O neto-atirador sabendo que não tinha errado o tiro foi até a casa da velha confirmar sua suspeita. A doença da velha era de fato o ferimento à bala. Confirmado o fato, ele ameaçou a velha-onça de contar seu segredo aos demais moradores da aldeia, caso ela não morresse. A velha morre então. (*História* contada pelo tuxaua do Guapenú, 31/05/06)

<sup>68</sup> Também Oliveira Rodrigues (1984) assinalou as *histórias* sobre botos e sua relação com humanos em seu trabalho com os Mura de Autazes.

seus principais alimentos. Dizem, os Mura de Autazes, que o boto é quem os “*mais faz gastar dinheiro com malhadeiras e redes*”. Esse mamífero aquático não as respeita. Rasgando redes rouba os peixes que nela ficam. Tal ação é, com certeza, anti-social. Assim, a proximidade da relação entre os botos e os Mura é inserida em uma competição pelo mesmo alimento e pela ofensa que os botos fazem às malhadeiras. Mas essa relação não acaba aí, nem é causa para desavenças e amizades entre botos e humanos. À noite, os botos atormentam os sonhos dos Mura, seduzindo-os. São seres libidinosos que vivem em cidades subterrâneas. São seres do *fundo*. Têm intencionalidade, cometem abusos e estão sempre atentos, com sua visão aguçada, aos comportamentos humanos<sup>69</sup>.

A descrição a seguir, trata da relação entre humanos e botos. Envolve um drama recente e ilustra muito bem como são vividas e constantemente atualizadas no cotidiano estes elementos de sua cosmologia:

Numa tarde, Margarida, que estava em casa apenas com suas crianças pequenas, descansava na beira de um flutuante, propriedade de seu irmão. Avistou ao longe dois botos e admirou-se com sua beleza. Não dava conta que os botos, de visão mais poderosa que a dos humanos, também a observavam e se *engraçaram* dela. Eis o que aconteceu durante aquela noite. Enquanto estava dormindo, Margarida sentiu a presença de alguém dentro do flutuante. Entre o sonho e o mundo real sente uma mão *asquerosa e medonha* em sua perna. Eram os botos. Acordando de sobressalto, em meio a escuridão, grita pela ajuda do irmão. Todos da casa acendem as lamparinas e procuraram pelos cômodos, nada encontrando. O irmão, que era evangélico, abriu então a bíblia no Salmo 21 e a deixou com Margarida, junto com uma lamparina acesa. Isso não surtiu efeito de afugentá-los, pois os botos voltaram a atormentar Margarida enquanto dormia. Apavorada Margarida pede para dormir junto com a cunhada. Passado um tempo, os botos param de atormentar Margarida e tentam matar a cunhada sufocando-a. Margarida assistia a tudo aterrorizada tentando acordar a cunhada e chamando pelo irmão. Quando tudo acalma novamente, o irmão abre outra bíblia no

---

<sup>69</sup> Na aldeia Murutinga, há uma senhora que conta ter tido dois filhos de um boto. Uma das crianças viveu até cerca de vinte anos de idade e tinha algum tipo de deformação na cabeça. Outro filho seu com o boto foi enterrado ao nascer, pois tinha aspecto de *bicho*. Entretanto, alguns dias após o enterro a sepultura foi violada e o bicho foi levado para o *fundo*. A senhora conta que à noite o boto vinha para sua casa. Assumia a forma de seu marido, tirava este da rede e o deixava dormindo no chão para se deitar com ela. Conta que não podia fazer nada. O marido que estava presente no momento da entrevista e também seus filhos confirmam toda a história.

salmo 21 e a coloca na porta da casa. Também ora pelos cômodos do flutuante. Ao amanhecer o dia, sem aviso, chega a mãe de Margarida, dizendo que vinha para levá-la dali. Prontamente Margarida aceita, desculpa-se com o irmão e com a cunhada dizendo que não partia “*por eles*”, mas “*pelo que estava na casa*”. Essa havia sido apenas a primeira das vezes que esses botos a visitariam. Já morando com a mãe ela ainda sofre. Numa noite, um deles a tocou no seio com sua mão “*estranha*”. Ela acordou assustada. Seu drama durou um bom tempo. Infelizmente, Margarida não me contou como se livrou dos “*encantados*.” [Transcrição do Diário de Campo 01/06/2006]

Margarida estava há pouco tempo morando na Aldeia. Havia passado muitos anos, desde sua juventude, trabalhando como cozinheira em Borba e em outros municípios. Quando voltou a morar na aldeia foi na casa do irmão que se alojou primeiro. Hoje está casada e mora em sua própria casa. Seu drama com os botos, de certa maneira, promoveu ajustes na organização da casa de sua mãe para poder recebê-la. Tão logo começaram as aparições do boto, Margarida mudou-se da casa do irmão, para a casa da mãe, onde havia uma rede maior de apoio, inclusive para o cuidado de suas crianças. Na casa do irmão ficava boa parte do dia só. Não se está aqui chamando atenção para aspectos utilitaristas da narrativa, pelo contrário, está se chamando a atenção para o fato de que no “*mundo vivido*” pelos Mura, as negociações abrangem, não somente os seres humanos, mas, inclusive, *bichos e encantados*.

Um famoso e temido ser mítico do *centro*, que aparece nas *histórias* Mura, é *morcego vampiro gigante*<sup>70</sup>. Vivem no oco dos paus e chupam todo o sangue das pessoas. Talvez uma atualização do mito dos *morcegos gigantes* seja o *chupa-chupa* que são seres *extraterrestres*. Contam sobre uma família da aldeia Guapenú (ou proximidades) em que todos morreram vítimas desses seres. Todo o sangue dos corpos havia sido *chupado*. Esta *história* pode ser uma pista para compreender a importância do sangue, que é focalizado

---

<sup>70</sup> Segundo Oliveira Rodrigues (1984) chamado de Cãoera, nome que não ouvimos durante a nossa pesquisa.

culturalmente, como elemento símbolo dos processos vitais <sup>71</sup>.

A relação entre humanos e demais seres e sua qualificação fornece elementos para se tentar pensar pistas sobre a noção de doença nativa <sup>72</sup>. A *doença*, enquanto uma categoria geral pode ter uma “agência” e “intenção”. Ela se esconde em cupinzeiros no topo de árvores ou vem pelo caminho.

*Minha avó conta que a doença morava no galho do pau. Tinha que derrubar a árvore pra matar ele. Tinha que procurar onde é que tava a árvore. Transformada num cupim grande. Derrubaram muito cupim. A gente sabe que dá da água e do carapanã [mosquito]. Lá tem malária entocada. Colocavam a cuia com remédio no caminho do porto esperando a doença [A., diretora da escola, 26/07/2006].*

Esta “intencionalidade” da *doença* a qualifica como uma “força maléfica”. Por um lado, pode ser uma força “impessoal”. Por outro, é vista como um “ser social”, tal como acontece na relação entre humanos, *encantados* e *espíritos do ar*.

Os dados apresentados nesse capítulo, no vocabulário Mura, são conhecidos como *crendices*. São elementos da cosmologia que articulam seu cotidiano Mura como experiências vívidas e penetrantes. Trata-se de uma complexa e dinâmica realidade a qual, procurou-se, mais do que colecionar elementos culturais inusitados, trazer à tona o que os une: uma compreensão xamânica do mundo.

---

<sup>71</sup> Pelo que relataram os indígenas, os *chupa-chupa* foram vistos à noite por alguns pescadores sob forma de luzes no céu. Durante certo período, luzes anormais cruzaram o céu da aldeia. Cogita-se que esses seres tinham ligação com um *americano* (termo designa genericamente os estrangeiros e os turistas) que morava em Autazes. Esta suspeita deve-se ao fato das luzes vistas estarem indo na direção de Autazes para Manaus. Cogitava-se também que o *americano* estava atrás do *ouro dos índios*, uma grande jazida de ouro que estaria no centro da mata, mas que ninguém sabe onde fica. Esta *história* mostra como idéias são rapidamente incorporadas e se articulam com significados culturais tradicionalmente conhecidos. O *chupa-chupa* também é conhecido em Manaus tendo sido motivo de especulação jornalística segundo informantes não-indígenas de Manaus.

<sup>72</sup> Os dados de campo não permitem formular a questão com rigidez e abrangência necessária para uma discussão profunda sobre a categoria *doença* em termos “êmicos”. É possível apenas apontar para algumas características centrais dessa categoria como “intencionalidade” e “agência”.



## Cap.7 - SOBRE O TRABALHO DO PAJÉ: CANTOS, TABACO E ULTRA-SOM

*Tem gente que vem desenganada do médico, o jeito é correr pros pajés, porque ninguém ta querendo morrer né... Aí com fé em Deus...aí eles tem aquela fé! [Agente Indígena de Saúde]*

Entre os Mura, o “xamanismo” é muito presente no cotidiano e um dos aspectos marcantes no que se refere às “formas de atenção à saúde” indígena<sup>73</sup>. O *trabalho do pajé* se relaciona diretamente, e de maneira central, nesta compreensão “xamânica” do mundo. A “pajelança” como “atenção à saúde” feita por pajés, já era descrita pelo padre-antropólogo Tastevin, na década de 20 do século passado. Este relatou sobre a demanda pelos *trabalhos* dos pajés e a centralidade de sua atuação nos casos de enfermidades<sup>74</sup>.

Durante o nosso trabalho de campo, tivemos a oportunidade de conhecer e entrevistar quatro pajés. Dois deles *trabalhavam* na cidade de Autazes. Uma pajé mulher, na verdade, não *trabalha* mais, pois agora é evangélica<sup>75</sup>. O outro, é o pajé São Paulo, da aldeia Murutinga.

As anotações de campo, abaixo, são exemplo da atuação deste pajé:

---

<sup>73</sup> Xamanismo enquanto na etnologia brasileira é caracterizado como “um complexo sócio-cultural”, “um sistema simbólico”: 1) pela idéia do universo em múltiplos níveis; 2) por um princípio geral de relação que unifica o universo; 3) por um conceito nativo de poder e mediação do xamã ou pajé entre os mundos humanos e extra-humanos; 4) pelo princípio de transformação das entidades do universo, p. ex. humanos em animais ou espíritos e vice-versa; 5) pelo xamã como mediador a serviço do seu povo 6) por experiências extáticas (LANGDON, 1996).

<sup>74</sup> Tastevin (o padre) refere-se negativamente aos conhecimentos dos pajés, de certa forma, indignado pela preferência dos indígenas a estes especialistas em detrimento a atenção que se propunha a dar: “les superstitions e supercheries de cabocles sorciers du bas Amazone [...] il n’est pas d’absurdités et immoralités qu’ils [pajés] ne fassent accepter au Mura, au nom de prétendu serpents enchantés qui leur parlent dans l’extase somnambule ” (TASTEVIS, 1923: 542).

<sup>75</sup> Não foi somente a ex-pajé que se converteu. De fato toda a sua família converteu-se ao cristianismo pentecostal, sendo um neto seu, o pastor da comunidade. A ex-pajé explicou que tem o *corpo aberto*, e que facilmente *espíritos* se apoderam de seu corpo. Assim, com a conversão, a incorporação que era tida como um dom divino, passou a ser vista como obra demoníaca.

Eu estava à beira do campo de futebol, assistindo uma das partidas que acontecem diariamente na aldeia, quando por mim passou o pajé. Estava apressado. Ao me ver parou subitamente em minha frente dizendo:

- *Vou trabalhar logo ali às 6:00 (da tarde) o senhor quer ir?*

- Sim - respondi.

- *Vou tomar um banho e passo aqui para avisar o senhor.*

Quando voltou estava calmo. Nos dirigimos à casa do enfermo, o enteado de João. Ao chegar ele foi logo entrando e convidando para que eu e Raquel entrássemos. Posicionou um banco no cômodo da casa indicando onde deveríamos sentar. Os familiares do doente, já nossos conhecidos, falavam amenidades. Nos foi ofertado um suco rosado muito doce, desses tipo pó instantâneo de sabor artificial framboesa ou coisa parecida. Essa garrafa foi compor os apetrechos do ritual. O padraço do doente que também era filho do pajé, mas fora criado pelo avô, trouxe um prato com cigarros dispostos diametralmente e igualmente afastados. Duas velas foram acessas pelo pajé que cobriu a cabeça com um grande pano azul. Foi quando respirou pesada e profundamente. Ao iniciar sua fala, a voz havia mudado e, num português de sotaque estranho, com uma voz de locutor, rezou o Pai Nosso, a Ave Maria e o Credo. Quando retirou o pano da cabeça, fumou todo um cigarro em 3 ou 4 tragadas fortes. Sua voz envelheceu, sua boca ficou pequena e apertada, seus olhos ficaram semicerrados. Fez várias perguntas a família como:

- *Quem está doente? Foi ao médico?*

- Sim – responderam.

- *Fez o ultra-som?*

- Sim.

- *O que é que deu?*

- *Anemia*<sup>76</sup>

A família assustada queria saber se ele ia morrer. Foi quando o pajé, ou melhor, o *caboclo* incorporado falou sobre a importância de se tomar os remédios do médico corretamente e em tom esclarecedor, disse que iria ensinar o *remédio caseiro* para curar a *anemia*. Falou para a família que o enfermo não iria morrer, seu diagnóstico foi *ameaça de derrame* o que explicaria os desmaios convulsivos. Então, pediu para que o enfermo sentasse em um banco a sua frente e, de pé, abrindo e fechado seu pesado pano azul sobre a cabeça do enfermo, começou cantar hinos. Os hinos falavam sobre o espírito do *caboclo* incorporado. Nesse abrir e fechar do pano, cantou vários hinos com um sotaque estranho, com voz forte e carregando muito os r's. Fez o anúncio da vinda de um outro *caboclo*, que iria passar a receita do remédio. Perguntou se tinha alguém ali para escrever a receita. Todos, unanimemente, me indicaram. Retomou as posições iniciais do rito, sentando-se no banquinho à frente da mesinha com os cigarros e as velas. Cobriu novamente a cabeça. Respirou pesada e profundamente. O próximo *caboclo*, parecendo ainda mais velho que o

<sup>76</sup> Em conversa anterior, o enfermo me contara que tinha ido ao médico, mostrou-me as dúzias de pílulas que recebeu – todas sem bula!- afirmou que tinha passado por uma *gripe* que virou *malária*. O diagnóstico médico fora infecção por vermes e anemia. O que o levava a procurar ajuda médica havia sido dois desmaios convulsivos que tivera durante as fortes febres.

primeiro, foi logo à receita. Folhas, cascas, paus [cujos nomes prefiro não relacionar] a serem misturados com vitamina C em pastilha efervescente “*cebion*” e *vitamina B12*. Já para o fim do *trabalho* voltou a ficar de pé ao lado do enfermo, cantou outros hinos, para lhe dar *um passe*. Cantou para despedir-se de todos. Apertou minha mão e de minha esposa e nos desejou sucesso em nossa viagem. Quando retornou a si, o pajé fez a seguinte afirmação:

- *Eu trabalho assim. Tem uns que agarram, se jogam no chão. Eu não. Eu trabalho assim.*

Logo saiu da casa sem avisar. Disse à família que faria outra sessão depois de 15 dias. [Transcrição do Diário de Campo, 28/07/2006].

Aparentemente distingue-se, na transcrição, a articulação entre saberes “tradicionalistas” e elementos tomados do discurso biomédico. Aparecem, na pajelança, a incorporação dos medicamentos industrializados, (vitaminas C e B12) e a compreensão de práticas médicas de diagnóstico (ultra-som)<sup>77</sup>. E isto é interessante, já que o pajé está incorporando em seu *trabalho*, tanto a prescrição de medicamentos quanto avaliando exames.

De certa forma, além de incorporar no seu *trabalho* uma possível eficácia instrumental dos princípios ativos das vitaminas (ou dito de outra maneira, dos benefícios biológicos empiricamente verificáveis dos medicamentos farmacológicos) ou da eficácia instrumental da técnica de investigar o corpo físico pelo exames (isto é, da tecnologia biomédica), o pajé está trazendo para seu *trabalho* o poder da eficácia simbólica dos procedimentos usuais (e mesmo rituais) de uma consulta biomédica. Neste sentido, também, está o ato de *escrever uma receita* como um ato ritual e simbólico.

De fato, o pajé dispõe de tudo o que está ao seu alcance para efetuar a cura. Todavia seu *trabalho* não parte deste viés utilitarista e instrumental. Ao que parece, parte do contínuo estudo de seu próprio meio social e se esses elementos emergem em seu *trabalho* é porque fazem parte do discurso cotidiano das pessoas que ele atende.

---

<sup>77</sup> A cidade de Autazes não tem aparelho de ultra-som. A palavra ultra-som, neste contexto, possivelmente refere-se a exames laboratoriais.

A eficácia simbólica está ligada à qualidade da “performance” do pajé. O rito de cura é um espaço em que o agir causa reflexão em que se manipulam “símbolos rituais” (TURNER, 1971, 1974, 2005). O trabalho do pajé se desenrola com muita ênfase na manipulação dos “símbolos rituais”, assim, *vitaminas* e o *ultra-som* não estão isolados no ritual. Articulam-se com outros símbolos e com eles ganham sentido através da “performance”, da manipulação de imagens e palavras prenes de significado.

De toda maneira, é importante destacar que se há a possibilidade de uma separação entre “tradicional” e “biomédico”, atualmente, do ponto de vista indígena, ela está centrada no ideal da *parceria*, o que de imediato dissolve essa separação. Tanto o pajé da aldeia Murutinga quanto a parteira da aldeia têm participado das reuniões promovidas pela FUNASA como representantes desse saber “tradicional”<sup>78</sup>. Se bem que não é possível, com os dados disponíveis, descrever como este ideal “êmico” efetivamente se desenvolve nas ações, sejam de especialistas tradicionais ou da parte das equipes de profissionais dos serviços de saúde.

Contudo, ao descrever seu trabalho, outro pajé, seu Raimundo da Aldeia Pantaleão, homem de poucas palavras, seguidamente, se referia a AIS sorrindo e juntando suas duas mãos. Seu gesto ressaltava a *parceria*, representando uma condição de complementaridade ou, pelo menos, de não concorrência entre os serviços que presta o pajé e aqueles prestados pelos médicos, enfermeiras e AIS. Por sua vez, a fala da AIS ilustra como este ideal emerge em suas ações, pois ela confirma o dito pelo pajé sobre esse ideal de *parceira*:

*... ele vem aqui. Não sabe ler, não sabe escrever. - Dona vim aqui pra senhora escrever uma receita. Eu escrevo pra ele: quando é pra tomar, quantas folhas, por hora, quantos dias... [AIS referindo-se a parceria com o pajé, entrevista em 07/04/2006]*

Uma característica dos especialistas tradicionais é a de que estão abertos para novas

---

<sup>78</sup> Conferência Distrital em Manaus e Reunião do Conselho Local de Saúde na Aldeia Guapenu.

adaptações as suas práticas. Há uma clara abertura para o aprendizado, a adoção de novos ingredientes e a experimentação ou empirismo. Uma receita de óleo de massagens pode levar, por exemplo, líquido de freios.

Quando se perguntou ao pajé São Paulo se conhecia remédio para *hanseníase*, ele contou a seguinte história.

Seu compadre teve a doença e resolveu aniquilar a própria vida e dos seus familiares. Preparou com o suco de limão uma infusão de uma planta local conhecida por *açacu*, considerada muito tóxica pelos indígenas. Todos tomaram e passaram muito mal. Contudo, sobreviveram e viram-se curados da *lepra*. O pajé foi enfático. Insistiu que eu mesmo procurasse o seu *compadre* para comprovar o que dizia (infelizmente não foi possível encontrá-lo, mais tarde fui saber que se tratava de um dos irmãos da família Armauer). Embora o pajé diga que nunca tratou dessa enfermidade, traz da memória, no seu repertório de casos, a planta que se relaciona à doença<sup>79</sup>.

---

<sup>79</sup> Sousa- Araújo (1956 *apud* Cunha, 2002) relata que o *açacu* (*Hura Brasiliensis*) era usado no Pará ainda no século XIX contra a “lepra” por ser forte laxante. O mesmo autor afirma que os “índios” condenavam esta prática já que a planta causaria manchas na pele. Um ponto interessante nesse cruzamento da fala do pajé com o relato histórico do uso do *açacu* pela “medicina ocidental” do século XIX é a idéia de purgar a doença. D. Vanda, conhecedora de plantas, explicou que o princípio de funcionamento do remédio é de acelerar e expurgar o processo da doença: “[ ao tomar o remédio caseiro o doente diz:] *agora é que fiquei mal...* [e o curador então:] *mas vai tomando que sai tudo*”.

### PARTE III – SOBRE A HANSENÍASE

#### Cap.8 - AS DÚVIDAS, AS DIFICULDADES, O SOFRIMENTO DO CORPO INDIVIDUAL.

O foco deste capítulo é a transcrição de falas dos indígenas contando suas experiências. Foram selecionadas para análise quatro entrevistas dos casos mais recentes de hanseníase. Deste ponto de vista da análise, a doença, ao ser encarada como um processo social como uma “sickness”, pode ser entendida como sendo estruturada com: a) um início, o qual o narrador busca situar um evento no passado informando causalidades; b) um desenrolar, que evidencia uma fase da crise em que múltiplos atores entram em cena; c) um desfecho, em que se encontra uma avaliação de todo o processo vivido, seus ensinamentos, algumas certezas e também algumas dúvidas.

Sendo assim, o início da doença é rememorado a partir de eventos específicos, de momentos precisos, evocando situações e conjunturas de relacionamentos sociais. Também são evocadas especulações sobre causas, podendo articular causalidades múltiplas ou diversos “esquemas etiológicos”. São evocadas dificuldades pessoais que marcam, especificam e os situam em um lugar no passado, o ponto em que o processo foi deflagrado, um momento disruptivo.

A primeira fala que será abordada é a de Adriana:

*Foi uma vitamina que eu tomei. Passaram umas vitaminas pra eu tomar. Aí eu pegava e era proibido pegar sol e tomar café. E eu não sabia, a gente não sabe ler, não tem outro pra ensinar a gente. Aí eu pegava sol, lavava muita roupa... Porque quando eu morava pra ali, com a primeira minha sogra, eu fazia muita coisa né, eu saia quase no sol, eu lavando vasilha, lavando roupa, que eu tinha que cuidar dos meus filhos, que eu não tinha quem cuidasse... também, aí a minha cunhada que viu a primeira mancha... foi aqui na minha costa. Aí depois ela viu do rosto né! Quando eu olhei, o meu corpo já tava tudo a mancha por onde saiu ...já tava as manchas, aí eu não sabia o que é que era também né! Foi o tempo que vieram aqui o pessoal daqui do pólo-base foram pra lá me ver. Aí me levaram para Autazes eu fiz o exame e deu! [Adriana, em 20/07/2006]*

A percepção pessoal de Adriana fixa como sintomas as manchas em seu corpo. Estas são os sinais de que algo não vai bem. O processo das inferências sobre as causas, toda a perplexidade, dúvidas iniciais, naquele momento da descoberta das manchas não pôde ser resgatado pelas falas da entrevista, pois estas focalizaram o diagnóstico biomédico como desfecho. Adriana lembra que o “*peçoal do pólo-base*” foi até a sua casa. Lembra do seu deslocamento para a cidade e do “*exame*” que fez. A percepção temporal está intimamente ligada às relações sociais estabelecidas na época do evento, quando percebeu as manchas. Assim, cunhada, a sogra e os filhos são lembrados para situar sua condição<sup>80</sup>.

O caso de Odete que estava no terceiro mês de um tratamento reiniciado, traz outros elementos diferentes em sua fala:

*Nós morava na casa de apoio [espaço público e precário] e tinha muito carapanã [mosquito] aí quando foi no outro dia começou a coçar e fui ver tinha uma mancha branca, só que era bem pequena, só que aí eu fui com a mamãe. [A mãe] achou que ia sumir logo, pensei que era pano branco [micose], aí o papai comprou uma pomada, aí passou, aí sumiu a mancha, aí quando apareceu ela foi grandona. Já quando apareceu, assim, quando nós fomos ver com a mamãe, deu febre e ela já tava grande. Só que eu aí nem lembrava. Eu não sabia que era doença. Aí quando me deu, a mamãe foi lá pro hospital, aí ela disse que vamos fazer os exames. Aí foi quando ela me levou já, eu já tava grávida desse daqui já. [Odete em 11/04/2006]*

Odete lembra que tratou a mancha como “*pano branco*” e que a mancha “*sumiu*” e depois reapareceu maior. A fala fixa sua percepção do tempo através da gravidez, como uma escala em que se mede o tempo, o que faz também rememorando o local e as condições em

<sup>80</sup> Esta fala de Adriana permite esboçar um quadro de pluralidade causal como sugere Zemleni (1994:143).

Doença	Causa	Agente	Origem
Qual doença?	Como?	Quem ou qual?	Por quê?
<i>Hanseníase</i> Manchas na pele	Misturou vitaminas com café e “ <i>pegou</i> ” muito sol o que é proibido pela bula das vitaminas	Vitamina, o sol e o café.	Não sabia ler e lavava muita roupa no sol
Terminologias correntes	Causa instrumental	Causa eficiente	Causa última ou final

que vivia. Este local era precário e provisório, já que na época a sua família estava se mudando do interior para a cidade. Odete não comenta, mas, sua tia já havia tido *hanseníase* e sua mãe freqüentava o Ambulatório Danilo Correa, pois era paciente de tuberculose. Supõe-se que tivessem fácil acesso às informações e propaganda do Ministério da Saúde, especialmente, dos cartazes dispostos no Ambulatório<sup>81</sup>.

Veja-se nas duas falas a seguir como é focalizado o início da doença.

*Aí foi quando eu fui afastado da prefeitura, aliás, eu não votei mesmo pro cara que ganhou, aí ele me afastou... sabe que quem tem condição, quando ganha dá logo o troco. Quando ele me afastou aí eu disse: agora eu vou fazer um exame para mim. Fiz três exames, aí não deu nada. Puxa vida... Aí começou a ter aquele negocinho [nódulo da orelha] um tumor... tumor maligno. Mas doutor, eu estou achando que eu não estou muito bem não. Por quê? Eu tenho problemas, o senhor sabe... Rapaz tu não tem nada não... eu já fiz todos os teus exames... aí foi né... Então vai fazer o exame de pele lá... aí eu fui lá... aí foi em 2005, dia 28 de março eu lembro bem o dia. Aí eu fui lá. Não é que deu hanseníase... [Abelardo, em 07/04/2006]*

*Foi essas marquinhas aqui. Começou aparecer essas marcas só aqui mesmo né. Aí fiquei... falei com um rapaz aí, um senhor que ele é bastante legal comigo né, um irmão... irmão na fé. Aí ele me chamou e falou pra mim... eu mostrei pra ele, aí ele disse, eu não sabia que esse*

<sup>81</sup> A percepção de Odete informa um esquema de causalidades completamente diferente do primeiro.

Doença	Causa	Agente	Origem
Qual doença?	Como?	Quem ou qual?	Por quê?
<i>Hanseníase</i> Manchas na pele e febre	Picada de um mosquito	Mosquito	Morava em um lugar precário
Terminologias correntes	Causa instrumental	Causa eficiente	Causa última ou final

Odete atribui o início de sua doença a uma picada de mosquito. Porém, o fato “origem” da picada foi ela e sua família estarem morando em um lugar improvisado. Isto é “relevante socialmente”. Entretanto, os dados de campo disponíveis não permitem pensar um esquema etiológico que transborde a experiência subjetiva de Odete. De fato, esta foi à única explicação deste tipo, que correlaciona *carapanãs* com *hanseníase*. Mesmo assim, são duas as implicações: 1) o contágio está relegado à ação de um agente impessoal, o mosquito (isentando o perigo que o próprio doente pode representar); 2) o evento da picada está ligado à decisão de mudarem-se da aldeia para a cidade, o que não é uma decisão individual, mas sim coletiva, de seu pai e sua mãe, portanto, sua doença é consequência dessa situação e teria sido evitada se não tivessem se mudado para a cidade. Talvez Odete, por estar em tratamento, ainda não tenha construído uma narrativa conclusiva de sua doença, talvez esteja tentando compreender a experiência que está passando. Este tipo de causalidade é, propriamente, uma causalidade “a posteriori” (Zempleni: 154) e carrega uma intencionalidade individual, pois se articula no universo micropolítico e é nele situada. É uma fala “negociada” em contexto e exprime uma situação particular e conjuntural. As falas de Odete e Adriana focalizam o início do processo de adoecimento. Mas por que as explicações sobre causas são tão diferentes? Pode-se argumentar que a diferença reside na subjetividade de cada uma das interlocutoras. E isto parece estar de acordo com a fala de Odete. Todavia, a fala de Adriana traz elementos que são recorrentes em outros casos, conforme próximo capítulo, no qual serão retomadas as análises sobre etiologias.



*Dr. Cris estava na cidade, que fazia esse tipo de tratamento. Aí ele disse, você não quer fazer exame com o rapaz que faz exame de pele aqui em Autazes? Quem sabe ele não sabe o que que é? Aí peguei e fui. Foi o que me levou, também já tava me preocupando, aí também algumas manchas no corpo adormecida assim, aí o sintoma dela, quando eu vi na parede lá, que tinha um cartaz todinho, aí eu fui lá, aí ela indicava em mim tudinho os sintomas.[César, em 28/07/2006]*

É importante ressaltar que sinais do corpo demonstram que algo está errado, são manchas, dormência, febre. Mas, esses sinais precisam ser legitimados socialmente para tornarem-se sintomas. Estas quatro pessoas procuraram alguém em quem confiaram: a cunhada, a mãe, o doutor e o amigo vão participar da deflagração do processo do adoecimento. O diagnóstico e descoberta da *hanseníase* traz aflições existenciais e uma crise como um evento dramático, abre-se um momento para participarem outros atores (com destaque aos parentes e familiares)<sup>82</sup>.

Estas falas também informam sobre o caminho para o diagnóstico: a de Adriana (primeira) recebeu a equipe do pólo-base em sua casa, no interior da aldeia, durante a entrevista contou que havia no pólo-base uma enfermeira muito *interessada*. As demais, informam que foram os pacientes que procuraram o Setor de Dermatologia do Ambulatório Municipal. O terceiro relato, de Abelardo, mostra que, muitas vezes, o diagnóstico da *hanseníase* é difícil de ser definido. Ele estava para ser operado do tumor na orelha quando o diagnóstico foi feito.

É necessário evidenciar que é o diagnóstico biomédico do ambulatório, através dos “*exames*” que focaliza a experiência da doença em torno da categoria “*hanseníase*”. Esta categoria de doença, por sua vez, é vivenciada na experiência dos sujeitos a partir de seus conhecimentos leigos. É na interpretação do que é explicado pelos profissionais de saúde e no

---

<sup>82</sup> Não é possível, apenas com estas últimas duas falas formar um quadro esquemático da pluricausalidade como feito para a Odete e para a Adriana. Isto também seria pouco útil nesse momento (uma discussão sobre causas será aprofundada no capítulo a seguir). De fato, pretende-se com estas tabelas, apenas, ressaltar a multi-causalidade e as suas variações em contextos específicos.

confronto destas explicações especializadas com os conhecimentos e experiências anteriores dos sujeitos que emerge a sua percepção singular do que é a *hanseníase*.

Este processo deve ser compreendido como uma busca em que se dispõe de todos os meios possíveis para resolução do sofrimento. Assim, é possível que o diagnóstico seja questionado. E que entrem outros especialistas. A fala abaixo é de Abelardo. Ele procurou ajuda com missionários evangélicos que visitam as aldeias, vez por outra, com uma equipe médica e ilustra bem as dúvidas que permeiam este momento inicial da doença.

Pesquisador: O senhor conseguiu tomar o remédio?

Abelardo. *Eu tomei. Porque praticamente pra essa doença tem o remédio mesmo próprio. Ai eu fui tomando aí... até que veio uma lancha nesses dias das crianças, sempre vem, é que tem uma crença aqui, eles são coreanos, e sempre vem na comunidade nossa, e eles levam uns médicos especiais coreanos. Ai eu fui lá e contei a história pra eles como foi lá com o médico. Ele disse: se eu passar o remédio agora pro senhor é o remédio que eles [ambulatório] tão passando lá, então não vai adiantar complicar muito o remédio, mas praticamente esse remédio que você tá tomando tá certo. Ai eu acreditei porque o médico é de fora. Ele é coreano. Ele sabe mais coisa. Ai ele saiu, mas doutor será que eu não tenho outro problema além dessa doença. Ele disse não. Ai eu voltei mais conformado. E graças a Deus, meu irmão, eu tô levando assim a vida. Por que como eu já falei, porque pra mim se tornou muito difícil. A dieta que o médico disse pra mim que eu não fizesse. Mas eu achei que foi muito pesado, porque vamos dizer, resguardar todos esses cinco anos sem trabalhar, só comendo, se alimentando. Ai o jeito é eu ficar pra cá e pra ali [com trabalhos temporários].*

Pesquisador. O senhor tá trabalhado de quê?

Abelardo. *Eu to trabalhando pra um fazendeiro lá em baixo ele teve pena de mim e me colocou lá. Essa mulher aí era minha cunhada eu sempre venho aqui e aqui eu paro. Foi isso que aconteceu, Mas graças a deus e assim eu vou levando a vida como Deus quer.*

Pesquisador: O senhor foi procurar uma confirmação com outro médico então...

Abelardo: *Fui porque eu tava meio desconfiado com esse médico daqui. Porque tem muito médico, às vezes, que não descobre uma doença. Principalmente daqui. Porque a pessoa que faz um exame. O médico que faz o exame aqui só dá mais remédio. Ai as vezes os homem tem sido destacado pra Manaus, aí é lá que se descobre a doença. Ai eu fiquei meio com dúvida, mas será que é verdade? Como apareceu esse médico coreano lá, aí eu fui lá. Ele falou, não. Se ele descobrisse a doença é praticamente esse daí, porque eu também levei a receita e levei o remédio. E até porque as pílulas de lá é diferente daqui do Brasil, lá eles*

*dão assim, a granel, as pílulas. Eu fiz lá o exame da pressão do papai e eles compram na farmácia, assim de pastilha, mas lá é de sacolada, de granel mesmo. Aí ele disse não rapaz a doença é essa aí mesmo, mas tem remédio aqui pra isso. Não tem diferença não. [Abelardo, em 07/04/2006]*

Após o diagnóstico biomédico, inicia-se o tratamento com a poliquimioterapia. Seria uma simplificação muito grande supor homogêneos os conhecimentos sobre a “hanseníase”, mesmo dentro dos serviços de saúde. As falhas dos serviços de saúde, gerados pela desinformação e difusão diferencial das informações sobre a “hanseníase”, podem gerar grande sofrimento aos pacientes. Em um momento de impasse, os sujeitos que estão vivenciando a doença e aqueles que estão ao seu lado no sofrimento é que têm o poder de decisão sobre os passos a serem tomados no tratamento, referenciando suas ações em “valores” contextualizados culturalmente. A prescrição médica pode, então, ser questionada, desconsiderada ou negada.

Pesquisador: Como é que foi que a tua família recebeu a notícia [do diagnóstico]?

Odete: *eles ficaram espantados assim, tomaram um susto, porque não sabiam se essa doença era uma doença perigosa. Depois que as enfermeiras vieram aqui em casa, vieram falar, aí eles ficaram calmos.*

Pesquisador: E você?

Odete: *Eu também fiquei [assustada] porque quando eu fui no médico e falei que tomava o remédio, aí o médico disse que eu não podia amamentar, que a pílula ia fazer mal para ele [bebê]. Aí depois, eu fui de novo no médico e o médico disse que eu podia amamentar já. Porque eu não tinha condições de comprar o leite né, eu só tinha o leite do peito, era muito caro. Aí ele falou que era pra mim amamentar, só que eu tinha que dar logo outros alimentos, pra ele não ficar muito só mamando no peito.*

Pesquisador: A dificuldade maior que você sentiu foi em relação à amamentação?

Odete: *Foi. Por causa que a criança tá pequena a gente não pode dar outro alimento, aí quando o médico falou que a gente tinha que comprar um leite. Só que quando a gente foi lá com o pessoal da Coiab [FUNASA] só que eles também não tinham comprado, porque era muito caro. Aí eu fui de novo no médico, que eu não tinha condições de comprar, aí ele disse que era pra eu dar outros alimentos, leite, outro leite, pra ver se não fizesse mal, se fizesse mal... mas não fez.*

Pesquisador: Aí ele tomou outro leite...

*Odete: Ele mama ainda no peito. Ele não é assim... Tem criança que só mama no peito. Ele não. Ele mama bem, porque enche. Acho que é o remédio que faz o leite ficar ruim, aí ele tem vez que não mama não.*  
[Odete em 11/04/2006]

Uma prescrição médica pode se tornar um drama paralelo na vida pessoal do doente<sup>83</sup>. Não amamentar a criança, foi para Odete uma impossibilidade econômica, social e existencial. Sua primeira atitude foi parar com a medicação e desconsiderar a prescrição médica. Por sua vez, essa sua ação causou desconforto dentro da equipe de saúde do Pólo-Base. No desenrolar do drama, buscou-se a possibilidade de apoio financeiro para compra do leite industrializado. Como era caro preferiram rever a prescrição médica de não amamentar. Nesse caso, o médico voltou atrás. Houve uma negociação e Odete voltou a se medicar.

Para o tratamento ser bem sucedido é fundamental o diálogo em que os indígenas tenham oportunidade para relatar suas dificuldades. Assim, é possível serem efetuados ajustes e mudanças que visem minimizar estas dificuldades. Uma mudança no horário para se tomar a medicação pode significar um ganho enorme na qualidade de vida da pessoa em tratamento. Muitas vezes, o desconhecimento da realidade do “outro” implica na criação de abismos entre o que é prescrito pelo serviço de saúde e o que é feito pelo paciente. Tomar leite no café da manhã pode ser uma realidade muito comum em uma família urbana de um grande centro, mas não é entre os Mura.

*A primeira vez eu não senti dificuldade, porque quando eu tomei pela primeira vez assim, o primeiro cartão, quando eu fui continuar o outro, aí quando eu tomei, eu ficava tonta! Ficava tonta, tonta, tonta. Aí a enfermeira disse pra eu esmigalhar no leite e tomar. Aí eu tomei, melhorei mais. Mas quando não tem leite aí eu tomo assim mesmo, eu fico meia tonta e me dá uma fraqueza [riso]. Aí o médico disse que é assim mesmo... É o remédio que é muito forte... Mas agora já tá melhorando... Porque quando eu faço o leite aí eu já deito. Eu tomo*

<sup>83</sup> “A gravidez e o aleitamento materno não contra-indicam a administração dos esquemas de tratamento poliquimioterápico da hanseníase que são seguros tanto para a mãe como para a criança. Algumas drogas são excretadas pelo leite, mas não causam efeitos adversos. Os recém-nascidos, porém, podem apresentar a pele hiperpigmentada pela Clofazimina, ocorrendo a regressão gradual da pigmentação, após a parada da PQT.” (BRASIL, 2002: 40)

*quase de noite, diz que é pra mim tomar e ficar descansando, não fazer nada. Eu tomava de dia. Ai eu troquei o horário, é que de dia eu tenho muita preocupação, porque eu tenho filho, fico reparando eles, aí eu vou trocar o horário de noite. De noite a gente já vai dormir [riso] já fico relaxando. [Odete em 11/04/2006]*

A enfermeira chefe do posto de saúde próximo a casa da Odete ao ser entrevistada sobre o caso, interpretou o comportamento de Odete como “não- aceitação”, pois o diagnóstico “mexe com o psicológico”. Já a AIS disse que Odete é “*meio teimosa*”.

É importante frisar que o tratamento é compreendido a partir do repertório cultural do grupo, de suas experiências. Embora os profissionais de saúde reiterem que não prescrevem dietas, as proibições alimentares são evocadas muito frequentemente:

*Odete: Tá sendo difícil porque eu não posso ajudar muito meu marido que eu tomo remédio né, eu não posso andar no sol, o médico disse que não é para mim andar no sol. Muitas comidas assim eu não posso que faz mal.*

*Pesquisador: Qual comida?*

*Odete: peixe liso, carne de porco...*

*Pesquisador: Você tá fazendo tratamento?*

*Odete: Tá com três meses que eu tô fazendo o tratamento. [Odete em 11/04/2006]*

Segundo os indígenas, tomar sol é desaconselhado pelos profissionais de saúde, o que implica diretamente no seu trabalho: os homens são agricultores, pescadores, ou trabalhadores braçais, as mulheres também fazem estas atividades e ainda lavam roupa e louças ao sol.

*... agora nesse ano aqui eu peguei alta. Só que eu ainda não tô muito assim bom pra mim trabalhar. Eu preciso muito de ajuda porque...é como o médico falou. A sua dieta vai ser de um ano... por que eu não sei... depois dela descobrir lá [enfermeira do ambulatório] aí ela jogou pro médico. Aí o médico disse: bom, agora tá comigo! Aí ele disse: Olha com cinco anos é que você vai poder trabalhar. Só que com cinco anos quer dizer, com esse tempo, meus parentes não têm condições. Aí quando eu peguei alta, agora tô começando a me mexer, trabalhar. É obrigado mesmo, porque eu não tenho salário. Aí o jeito, pra mim comer, sobreviver é preciso trabalhar. Assim mesmo. Aí o médico disse: tá trabalhando? Eu tô. Aí eu contei a história pra ele. Ele disse muito bem, você não tá teimando? O velho lá em cima ta sabendo [Deus]. Eu fiz aquele negócio de benefício. Infelizmente ainda não tá vindo, não sei por quê. Assim eu tô levando minha vida. Desde quando eu levei essa alta eu*

*nunca também mais piorei. Mas eu também não tô facilitando, não tô comendo peixe reimoso, nem carne também que é de porco. Então é isso que aconteceu comigo. Mas tenho fé em Deus, eu vou vencer essa vitória. Porque também eu faço parte de uma crença religiosa. Acredito muito em Deus. Ele tem me ajudado muito. Foi isso que aconteceu comigo. [Abelardo, em 07/04/2006]*

A dificuldade de transporte também implica, em determinados casos, no abandono do tratamento. Frequentemente, essa dificuldade é avaliada em termos morais pelos profissionais de saúde quando, do ponto de vista indígena, é uma impossibilidade econômica descrita como *não ter condições*.

*Aí eu falhei ainda seis meses porque eu não tinha condições pra ir em Autazes, aí vieram me buscar de novo, aí eu tornei tomar mais um ano. Aí depois que eu terminei, aí pronto, não passaram pra mim tomar remédio mais... [Adriana, em 20/07/2006]*

O tratamento quimioterápico impõe certas dificuldades aos indivíduos. Podem ocorrer “reações” e “efeitos colaterais” até muito sérios. No trechos de entrevista abaixo, destacam-se as noções de *força* em que o *combate* entre a *doença* e o *remédio* toma o centro da narrativa. Note-se a participação do médico indo até a casa do paciente como clímax da narrativa revelando o paroxismo de sua situação.

*Veio as enfermeiras, saíram pra me visitar, eu mesmo lá. O médico ia até lá comigo onde eu tava. Mas ele disse: não se preocupa que você vai ficar bom. Mas tem também que a enfermeira, ela me passou o remédio que era fraco e a doença tava já muito forte no meu corpo e já tava quase alcançando. Então remédio fraco não combatia. Então o médico disse: Essa enfermeira é muito...credo! O remédio não vai combater com a doença. Tem que dar um remédio que combate. Eu disse: que remédio é esse? É o mesmo remédio, mas é mais forte um pouquinho, parece que foi 5ml. Ah... era forte. Meu irmão! Todo o remédio que combate com uma doença se vê logo. Ah esse daqui, meu pé, ficou inchado, queria que tu visse. Esse meu braço aqui, meu relógio tirei. Tirava tudo porque fiquei todo inchado, parecia esse negócio assim, tipo catapora, você já viu catapora? Aí eu pensei, será que eu ia espocar, porque catapora, ela espoca. Aí fica uma coisa horrível, também eu já peguei aquilo e lembrei daquilo e pensei, meu Deus do Céu, se espoca esse negócio, meu senhor... mas graças a Deus o remédio que eu tomei foi assentando devagar. Aí o doutor disse: não se espanta que o remédio não vai jogar e*

*espocar ela pra fora, vai deixando ela assentando devagar. E foi o que aconteceu, é assim. [Abelardo, em 07/04/2006]*

Aqui a narrativa individual não alcança a dimensão social de todo o drama. Demais entrevistas com parentes, vizinhos e amigos, informam que a ida do médico até a casa do doente não ocorreu sem conflitos e reivindicações, seja entre os familiares ou entre estes e a equipe de saúde.

*O pessoal diz que é difícil, mas tem que se tratar. Ele [Abelardo] ficou com o corpo cheio de patacão. Ele dizia: comi carne de porco, aí depois fiquei desse jeito. Eu perguntei: já falou com o médico? Não. Aí eu disse: Vamos ter que fazer um movimento... Alguém veio te visitar? Não. Aí eu chamei o irmão dele, o C. que é [liderança]. Se você que é [liderança] não faz nada pelo irmão... aí chamamos a enfermeira... [enfermeira falando:] Mas isso nós não estamos sabendo... de amanhã em diante nos vamos cuidar. Eu falei: se não nós vamos levar pra outro lugar... acho que é falta de conversar [...] [R. cunhado de Abelardo, em 10/04/2006]*

Todas essas falas apresentadas são de casos em que o tratamento biomédico foi bem sucedido. Os sintomas da reação “hansênica” ou à medicação são mais agressivos que os da “hanseníase” em si e são evocados como ápice do desenrolar do drama<sup>84</sup>.

*O maior problema foi devido à força do remédio né. O remédio muito forte, aí causou umas seqüelas de deixar a marca. Foi o período mais difícil que eu passei, passei dois meses, três meses, sem poder andar, só deitado. [César, em 28/07/2006]*

A involução do quadro de sintomas decorrentes da forte reação “hansênica” ou “efeitos colaterais” da medicação em alguns pacientes é significativa na percepção de melhora e, portanto, importante na avaliação do tratamento. Esse fato é notável, pois, salvo em estados avançados ou havendo prejuízos estéticos ao corpo, a “hanseníase” causa pouco desconforto ao doente. Os Mura se referem à gravidade dessa condição através da expressão *ir para a folha da bananeira*. Ao serem perguntados sobre o que esta expressão significa dizem que a

---

<sup>84</sup> Sobre a definição biomédica de “reação hansênica” ver nota 13 na página 22.

folha de bananeira é usada para evitar o contato da pele com o tecido da rede, sendo um último recurso no alívio de doenças graves que acometem a pele.

Por outro lado, quando não há reações “hansênicas” ou medicamentosas, a melhora é avaliada pela regressão das manchas e pela volta da sensibilidade na pele.

*Eu tava vendo que eu tava melhorando aquelas manchas que estavam dormentes, Aí eu fazia assim [tocando no corpo] e já sentia. Aí eu senti que eu tava melhorando mesmo. Aí eles iam lá pra ver se eu tava tomando mesmo o remédio direitinho como eles passaram pra mim tomar” [Adriana, em 20/07/2006]*

Quando as seqüelas são definitivas, principalmente, quando partes do corpo continuam *adormecidas* são evocados modelos culturais de experiências próximas que sirvam como baliza para guiar essa nova condição do corpo. Abelardo, usou uma metáfora para explicar sua situação após a alta. Esta entrevista foi realizada na presença de seus parentes. Embora curado, não podia mais sentir os dedos do pé. Ele comparou as seqüelas da *hanseníase* com as seqüelas deixadas por uma picada de cobra. “*A pessoa fica prejudicada!*”, dizendo que é de se esperar mudanças no corpo depois de um evento tão grave quanto uma picada de cobra.

Os processos de enfermidade (“sickness”) implicam em uma avaliação constante do tratamento e também da cura. O trecho de entrevista abaixo, traz como conclusão o *resultado* que é a conseqüência de um *bom trabalho* (de médico e paciente):

*A dificuldade é às vezes a gente quando a gente tem uma família humilde, que não tinha pra comprar o alimento pra mim, assim... mais dificuldades também foi a época que eu estava estudando, aí pegava muito sol, assim, que tinha que ir pra aula ... o difícil foi isso né, a parte de alimentação. Conseguir remédio, a doença, não foi muito forte, durou dois anos o tratamento que nós fizemos, foi um excelente trabalho que a gente fez, foi bom. Agora a gente sofre aqueles preconceitos que a gente sentia. Se for levar por isso acaba fazendo besteira. Nós temos um espírito forte, assim, que sempre com cabeça erguida, a gente consegue levar as coisas pra frente e eu não me deixei abalar por isso não. Graças a deus está aí o resultado. A gente conseguiu fazer o tratamento dentro dos padrões. Deu tudo certo. [César, em 28/07/2006]*



## Cap.9 - CAUSAS SOCIALMENTE RELEVANTES: ETIOLOGIAS MURA PARA A HANSENÍASE.

Este capítulo retoma e aprofunda a questão das causalidades articuladas pelos Mura para a *hanseníase*, procurando evidenciar a dimensão social da doença. Esta questão será abordada a partir de algumas categorias nativas: *extravagâncias*, *queimar o sangue*, *feitiço e corpo aberto*.

Os dados obtidos durante a pesquisa de campo não permitem afirmar que a *hanseníase*, do ponto de vista Mura, tenha uma única causa. Pelo contrário, os entrevistados, muitas vezes, se valeram de explicações para sua vivência da *hanseníase* que articulam múltiplas causas aos seus sofrimentos. Destas, as “origens” apontadas pelos interlocutores remetem à quebra de prescrições (alimentares ou comportamentais) ou aos conflitos entre indivíduos. Como foi visto capítulo 1, a “causa última” é aquela “socialmente relevante”, uma vez que informa sobre um campo moral [...] é a única que permite intervenção, determinando o comportamento social” (Evans-Pritchard, 2005:55).

“Causas últimas” ou “origens” que explicam infortúnios são causas socialmente relevantes, ao passo que a explicação biomédica apóia-se no agente etiológico: o Bacilo de Hansen. Para o sujeito, em seu contexto social, conhecer o agente etiológico pouco informa sobre o porquê aquela enfermidade o atingiu e não a outrem.

### *Extravagância e a queima do sangue.*

Ao falar sobre *hanseníase* e cogitar as causas dessa doença apareciam explicações como a que segue:

*A hanseníase, ela aparece da pessoa fazer extravagância, beber, estar em festa, entrar na água com o corpo quente, ficar pegando sol, comer comida reimosa. Segundo as histórias, ela vive 17 anos dentro da gente. Aí se não faz extravagância, ela não aparece. Acho que foi assim que aconteceu com ele [o primeiro irmão que ficou doente], por que ele bebia, tocava muito em festa, caía na água com o corpo quente, as vezes*

*tava jogando bola, cai na água de repente. Aí queima o sangue.*  
[entrevista com um dos irmãos da Família Armauer, 31/07/2006]

Esta fala é muito interessante, pois articula dois momentos. O primeiro, apresenta um modelo de causalidade impessoal, genérico e idealizado, uma reflexão de causalidade “a priori”. Fala da *pessoa*, ou seja, qualquer pessoa que *faça extravagância*. O segundo momento, utiliza-se desse modelo genérico para situar a experiência vivida, no caso, um irmão do interlocutor, logo uma reflexão de causalidade a “posteriori”, pois rememora uma situação passada, vivida e real do ponto de vista do interlocutor. A junção dessas duas causalidades provoca a ligação metonímica entre a *hanseníase* e a *queima do sangue*. Mas seria possível dizer que *hanseníase* para este interlocutor é a mesma coisa que *queimar o sangue*? O mesmo interlocutor continua:

*O L., meu irmão, apareceu que ele tomou uma pílula que tinha um pedacinho encarnado, o outro era verde... aí ele tomou a pílula e quanto foi de noite, ele foi pra uma festa. Aí ele bebeu a cachaça, aí pronto. Aí começou uma dor. Aí dessa dor começou aparecer essas manchas no corpo dele todinho, que antes ele não tinha não. Apareceu através de outras coisas, o pessoal não espera que vai aparecer. Não sabe se ele tem a doença dele, que deve ser algum germe ou micróbio, não sei.*  
[entrevista com um dos irmãos da Família Armauer, 31/07/2006]

A *extravagância* refere-se ao comportamento socialmente inadequado, a um juízo de valor sobre as atitudes individuais. Estes valores são evocados como quebra de prescrições ou abusos e excessos. Ser *extravagante* é comer comidas *reimosas*, ingerir bebidas alcoólicas, ficar sob *sol forte* e submeter o corpo a choques térmicos, todos comportamentos considerados nocivos à saúde. Mas estes fatos isolados não são causa para *queimar o sangue*. É necessária a combinação de fatores mas principalmente, estes fatores serão evocados como causas “a posteriori” e referem-se ao comportamento *extravagante*.

A segunda fala traz um elemento novo: a pílula vermelha e verde. Tomando a *queima do sangue* como um modelo êmico de causalidade da *hanseníase* pode-se

compreender a fala da Adriana (capítulo anterior). Ela tomou uma *vitamina*, misturou com café e saiu ao sol. Embora não tenha se referido explicitamente à *queima do sangue*, estava articulando os mesmos “mecanismos” da causalidade. Ao ser perguntada se conhecia mais alguém que havia tido hanseníase, ela falou de um irmão seu. Note-se que não aplica a si mesma a explicação que dá ao irmão sobre o consumo de álcool:

*Adriana: Ele também já teve essa doença também nele. Mas dele eu não sei dizer como é que foi. Ele bebia muito. Eu tenho pra mim que foi da cachaça né. É que ele bebia e ia pro sol. Pra mim foi disso. Mas conversando com ele, ele sabe dizer como é que foi.*

*Pesquisador: E você bebia muito também?*

*Adriana: Eu só água mesmo. [risos]*

O conjunto de falas de diferentes interlocutores abaixo, ilustra como esse esquema etiológico é evocado para dar sentido à experiência da doença. Referem-se ao caso de Abelardo. A doença *hanseníase* é focalizada a partir da forte “reação hansênica” e efeitos colaterais da medicação pelo qual Abelardo passou pouco depois do Natal que o deixaram prostrado<sup>85</sup>. Abelardo atribui a crise por que passou ao fato de ter comido carne de porco considerada muito *reimosa*. Os demais interlocutores articulam também o esquema etiológico da *queima do sangue*:

*Meu primo é extravagante, tem mais ou menos trinta anos, bebe, fica dormindo no sol quente. Ai queima o sangue. [Tuxaua falando de seu primo Abelardo, entrevista em 05/04/2006]*

*O Abelardo melhorou muito. [quando estava doente] fizemos uma cotinha pra ele [juntaram dinheiro para apóia-lo] Ele ficou todo inchado. Quase queima o sangue dele. [AIS referindo-se a Abelardo, que é também seu concunhado, entrevista em 07/04/2006]*

---

<sup>85</sup> Aqui se está confrontando informações obtidas junto dos profissionais de saúde do ambulatório e registradas no seu livro de controle de casos (e não elegendo uma versão “verdadeira para o ocorrido”). Os registros indicam que Abelardo teve reações do Tipo 1 e do Tipo 2. “a) Reação tipo 1 ou reação reversa É quadro clínico, que se caracteriza por apresentar novas lesões dermatológicas (manchas ou placas), infiltração, alterações de cor e edema nas lesões antigas, bem como dor ou espessamento dos nervos (neurites). b) Reação tipo 2 é o quadro clínico manifestado principalmente como Eritema Nodoso Hansênico (ENH) que se caracteriza por apresentar nódulos vermelhos e dolorosos, febre, dores articulares, dor e espessamento nos nervos e mal-estar generalizado. Geralmente as lesões antigas permanecem sem alteração”(BRASIL, 2002:54).

*Parou de tomar remédio. Ele tem vício com o álcool, foi beber com o irmão, aí ficou muito inchado. Outro médico veio, disse para ele não comer reimoso e não beber mais. Ficou feio... não conseguia dormir... ainda morava com a mulher. Ela largou dele, então ele foi para a casa da A. [concunhada-AIS]. Foi quando retomou o tratamento... tinha contato com o álcool. Foi perto da fazenda.. queimou o sangue, ficou preto, ficou uns três meses todo inchado. Ele sofreu muito. [entrevista com vizinho e conselheiro de saúde comentando o caso do Abelardo, 26/05/2006].*

*Veio uma junta médica na casa dela [sua irmã que estava cuidando de Abelardo] O que fez mal foi a carne de porco, as manchas ficaram feias minando água. A família não quiseram mais dele. Ele chorava muito, ficou isolado fora da família. Eles ficaram com medo que fosse a doença da pele, mas não era, era hanseníase. [ D., irmã de uma das pessoas que acolheu Abelardo quando estava acamado, entrevista em 10/04/2006]*

*O seu Abelardo teve recaída [ “reação hansênica” ou medicamentosa] não bebe mais. Não pode beber porque queima o sangue. [...] Já o Roberto [primo da entrevistada, ela esta comparando os casos], tava saindo umas pataca nas costas dele, só bastou ele ir no médico para ficar doente. Tá com um ano o tratamento dele. Ela é muito perigosa, a recaída. [...] Eu não sei dizer o porquê. Mas ele é teimoso, come comida reimosa, sai no sol, na chuva...O porco é reimoso porque come imundice...[M. falando de Abelardo e de Roberto, seu concunhado, em 06/04/2006]*

*Parar de tomar remédio, beber, comer reimoso* não são comportamentos socialmente aceitos, condizentes a uma pessoa que está doente. E é isso que a expressão *sangue queimado* focaliza: o comportamento inadequado. Isto propõe pensar o uso dessa expressão tomando o *sangue queimado* como um modelo nativo (“êmico”) para explicação etiológica do evento da doença *hanseníase*. Deste ponto de vista, *queimar o sangue* pode ser considerado também uma categoria não-biomédica de doença (uma “folk illness”) que dá relevo aos aspectos comportamentais dos indivíduos, à quebra de prescrições ou a avaliações morais como “causas últimas” da doença<sup>86</sup>.

---

<sup>86</sup> E isto está de acordo com exemplos dados por Zempleni (1994:153) em que, se tratando de modelos de causalidade “a priori”, uma das possibilidades das “conexões causais”, metonímicas ou metafóricas, seja a do nome da doença ser também sua causa, como neste caso, *queimar o sangue* é “causa” para se ter o *sangue queimado*.

O termo *sangue queimado* é conhecido pelos profissionais do serviço biomédico de saúde. Estes o tomam como um sinônimo leigo do termo técnico “hanseníase”. Porém, do ponto de vista dos indígenas, ficou claro que *sangue queimado* ou *queimar o sangue* é algo mais amplo ou pelo menos diverso, já que não está orientado pela concepção de micróbios ou bactérias.

Abaixo segue um exemplo de fala, em que *sangue queimado* configura-se como uma doença de pele, mas que não pode ser traduzida como *hanseníase*:

*Meu pai teve o sangue queimado... o antibiótico queimou o sangue dele. Tomou seis benzetacil, ele tinha um tumor. Foi para uma festa em Autazes, deram guaraná com cachaça pra ele... [sem que ele soubesse] aí começou a beber. Passou três dias de porre. Voava escamas da pele dele como farinha. Não agüentou nem mais 10 dias. Tinha coceira. A pele caiu. Mudou varias vezes de couro, daí atacou a falta de ar nele. Morreu com 66 anos. [A., Aldeia Cuia, 09/08/2006]*

Mas por que o modelo “êmico” *sangue queimado* pode ou não ser referenciado a hanseníase? É importante notar que, para os indígenas, não há contradição entre *sangue queimado* e a noção de *germes* e *micróbios* como etiologias da *hanseníase*. Há uma concepção nativa de doença, enquanto uma categoria geral que lhe confere certa agência, *a doença é traiçoeira* como já foi dito anteriormente, se esconde em cupinzeiros, no topo de árvores ou vem pelo caminho, é uma “força maléfica”. *Queimar o sangue* significa marcar precisamente um evento disruptivo que permite focalizar o início dos sintomas físicos de uma doença grave.

O modelo etiológico “êmico” do *sangue queimado* permite também focalizar a “causa relevante socialmente”, e assim, emitir um julgamento moral sobre o doente. Este viés estaria privilegiando a “função social da doença”, mas como Zempléni (1994:154) questiona, optar apenas por este viés é empobrecer a realidade e complexidade dos fatos, e mesmo, a

suposta “função da doença”<sup>87</sup>.

Desta forma, analisando a *queima do sangue*, tem-se que a *hanseníase* surge como categoria explicativa através da expressão de um estado fisiológico específico, representado a partir de um conjunto de sinais no corpo (*manchas, patacas, etc.*), sintomas de alguém que *queimou o sangue* cuja “causa última” ou “origem” da doença é um ato ou comportamento moralmente inadequado ou contra as prescrições. Isso é independente de qual seja o “agente etiológico”<sup>88</sup>. Ao se *queimar o sangue* não há como recuperá-lo, pelo menos não por um processo rápido e o indivíduo se não morrer terá alguma seqüela. De qualquer forma, quem teve o *sangue queimado* (ou quase queimado) deverá abster-se de ingerir álcool, comer comida *reimosa* e pegar sol.

As restrições impostas ao doente durante o tratamento da *hanseníase* podem ser tomadas como uma evidência de que a “origem” da *queima do sangue* se refere a comportamentos tidos socialmente como inadequados. Estas restrições são compostas pelo mesmo conjunto de comportamentos que causam a *queima do sangue*. Muitos dos entrevistados que fizeram o tratamento da *hanseníase* insistiram no papel central da *dieta*. Outros relacionaram as reações “hansênicas” ou efeitos colaterais da medicação com o fato de terem comido *reimoso* (caso do Abelardo). Não *pegar sol* também é visto como proibição séria aos doentes. Estes comportamentos de *dieta* foram reiteradamente repetidos como parte fundamental do tratamento do ponto de vista indígena apesar de não serem restrições

---

<sup>87</sup> São estes os questionamentos feitos pelo autor: “como a sociedade ou a cultura aproveita-se das ‘doenças’ para assegurar sua própria reprodução ou fazer frente as suas próprias mutações? Como e em que medida as funções e a eficácia das resoluções médicas condicionam a sua escolha, o seu modo de ação e a sua eficácia estritamente terapêutica? e em que consiste exatamente estes ‘usos sociais da doença’ e como se criam neles ou por meio deste as experiências patológicas dos indivíduos?” (Zempléni 1982 apud Zempléni, 1994).

<sup>88</sup> Apesar deste ser um interessante tema, não foi possível aprofundar, no trabalho de campo realizado, quais valores morais são acionados através desses comportamentos “extravagantes”.

impostas pelo tratamento biomédico <sup>89</sup>.

Do ponto de vista interpretativo, no modelo etiológico expresso pelo *sangue queimado*, o sangue assume significados simbólicos profundos e multivocais, não obstante seja metáfora dos processos vitais. Nesse sentido, são exemplares as *histórias* descritas sobre *chupa-chupa* e os morcegos vampiros. Como foi visto, a perda de sangue é focalizada como risco à vida. Mesmo, por exemplo, a noção de *micróbios* pode ser atualizada, seguindo esse significado simbólico do sangue: “o *micróbio chupa o sangue... seca mesmo*” [Liderança da aldeia Murutinga, 21/07/2006]. Outro exemplo, é o da malária que deixa a pessoa “*sem sangue, as mãos ficam brancas e a pessoa fica fraca*”. É difícil até mesmo retirar uma única gota para a realização do exame de malária [paciente do pajé, 28/07/2006]. *Queimar o sangue*, portanto, sua alteração, expressa a gravidade da doença.

Os quadros abaixo procuram representar esquematicamente as relações entre as categorias até aqui apresentadas.

Beber →	<i>extravagância</i>
Estar em festa →	
Entrar na água com o corpo quente →	
Ficar pegando sol →	
Comer comida reimosa →	

**Tabela 4** – Quadro que representa esquematicamente a relação dos comportamentos considerados extravagantes.

Fazer extravagâncias →	Comportamentos inadequados e nocivos a saúde →	<b>QUEIMA DO SANGUE</b> (termo nativo que focaliza a sintomas ligados às enfermidades graves de pele que incorpora a lepra e a hanseníase entre outras)
Comer reimoso →		
Entrar na água com o corpo quente →		
Beber e ficar dormindo ao sol →		
Beber álcool junto com remédios farmacêuticos →		

**Tabela 5** – Quadro que representa esquematicamente a relação entre causas socialmente relevantes a queima do sangue.

<sup>89</sup> O tratamento poliquimioterápico não faz restrições alimentares nem ao consumo de álcool, conforme informações obtidas em entrevista com membro do Programa Estadual de Controle da Hanseníase. Restrições para não se pegar sol são feitas apenas para um tipo específico de “reação hansênica”, conforme Guia para o Controle da Hanseníase (BRASIL, 2002)

Feitiço pega?

Outro esquema etiológico importante é o *feitiço*. Este pressupõe a ação de um inimigo: o feiticeiro ou quem encomende seus serviços. Assim, o termo *feitiço* evidencia relações sociais que estão além do “corpo individual”, porém dentro do “corpo social”. Pretende-se analisando o *feitiço*, no contexto das falas sobre *hanseníase*, trazer a dimensão política das relações sociais e os conflitos como foco da interpretação da causalidade.

O *feitiço* deve ser tomado como algo polissêmico, além de abranger o “esquema etiológico” em análise, a palavra *feitiço* designa, às vezes, o nome de uma enfermidade (uma categoria não-biomédica ou “folk illness”), outras vezes, *feitiço* designa o objeto introduzido no corpo do sofredor (por exemplo, um inseto) ou, ainda, o ato “mágico” do feiticeiro, seu controle e manipulação das “forças maléficas”:

[um dos irmãos Armauer fala sobre o primeiro irmão a adoecer] *Ele tinha, e como na época era difícil de tratamento [anos 50] papai foi em Manaus. Lá em Manaus, aí eles fizeram... mandaram ele levar pra Manaus aplicar uma injeção nele, que essa injeção era boa, parece que ele ia passar um ano ou dois anos, parece que, sem tomar remédio. Aí passou aquele tempo tornou a aparecer... Aí ele tornou a tomar remédio. Aí apareceu um feitiço, botaram diz que um feitiço nele e esse feitiço, o macumbeiro morava aí onde nós morava, que nós morava aqui no interior mesmo. Aí ele ficou bom, ele não morreu do feitiço, ele ficou bom. Aí depois que ele adoeceu de novo e foi que ele morreu, diz que foi uma carne de anta que ele comeu. Aí não deu mais jeito, não procuraram mais recurso pra ele, aí ele morreu. Mas ele já tinha a doença, a doença já existia nele mesmo. Quanto às outras pessoas [da mesma família] diz que o meu pai já tinha, só que nele não aparecia não. Tinha um negócio assim na perna, tipo assim um... diz que era aquilo, mas não sei... aí foi aparecendo... quanto aos outros irmãos tudinho, foi aparecendo. Os mais prejudicados são o R., a Z., a P. que moram pra cá pra dentro. Eles apareceram por que não tiveram um tratamento rápido para procurar o recurso, na época era ruim de recurso, na época não tinha recurso. Aí a pessoa ficava mesmo encostada de cama. [Um dos irmãos da família Armauer, 31/07/2006]*

Se ao focalizar o *sangue queimado*, ao beber álcool com remédios, ou o alimento *reimoso*, proibido aos doentes, se está focalizando o desvio de comportamento do indivíduo,



por sua vez, tomando como foco o *feitiço*, está se chamando a atenção para a ação e interferência de um inimigo, uma pessoa inimiga, portanto, explicitando relações politizadas e de conflito. Este enfoque passa do “corpo individual” para o “corpo social ou político”, a doença passa a estar em um mundo de intencionalidades socialmente significantes:

*O feitiço vem dos outros, a pessoa prepara aquela purunzanga e manda para o outro, manda pro fulano e vai. Ele é ordenado e ele vai. Aí pega na pessoa, aí bota no caminho, onde ele possa pisar, onde ele possa beber [Jandira, entrevista em 01/08/2006].*

Uma forma de curar o feitiço é através do *trabalho do pajé* em que é comum realizarem a retirada de objetos do corpo do sofredor. Entre os Mura, geralmente, são insetos (besouros, larvas e aranhas). Órgãos de animais como coração de jabuti e de preguiça ou plantas também foram citados nas entrevistas. O *trabalho do pajé*, na cura dos feitiços, é remover estes corpos estranhos e, se o sofredor desejar, enviá-los de volta ao malfeitor. Do ponto de vista indígena, tanto o objeto inserido no corpo do sofredor quanto o processo de sofrimento que está passando são chamados de *feitiço*. O objeto (inseto, órgão, planta etc.) é a materialização do processo da feitiçaria. Como símbolo, o objeto é a metáfora do sofrimento do enfeitiçado.

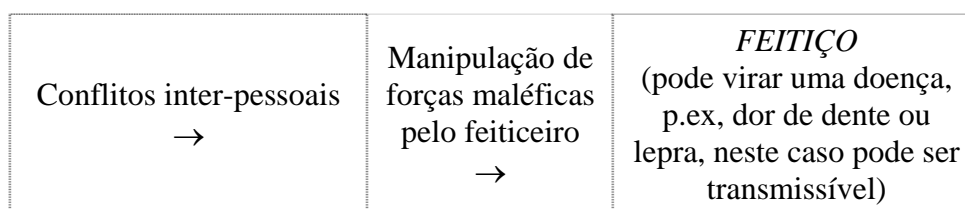
*Aí ela disse, manda pra quem botou em mim. Ele[pajé] deu uma soprada na porta e ele foi [um besouro retirado do corpo de uma pessoa que sofria de dor de dente. Depois retirou um segundo] Ele perguntou, quem que queria... [ninguém quis] ele ficou com ele na mão, não mostrou pra ninguém não.[...]Ele [pajé] contava que o pajé disse que com oito dias ela ia ver o resultado. E quem morreu foi o irmão dela. Eles tinham aquela tristeza, mas quem morreu foi o irmão dela. Eles não tinham visto ele fazer, mas quem morreu foi ele! Antes de interar oito dias ele saiu da casa dele, se retirou e já ia doente. Com oito dias. Se retirou e morreu. [Esposo de Jandira contando sobre a cura de uma cunhada que sofria de dor de dente causada por feitiço, 01/08/2006]*

A acusação de feitiçaria é grave e o culpado pode ser uma pessoa próxima. O *feitiço* abarca a complexidade dos relacionamentos e evoca, portanto, conflitos. No âmbito dessa dissertação pretende-se ressaltar mais a articulação dos saberes e práticas relativos à saúde e a

doença como estas são re-elaboradas na “práxis”, do que compor ou resgatar um modelo da feitiçaria entre os indígenas. É esta articulação de saberes e práticas que as falas a seguir expressam como são negociados os significados da doença e como sua interpretação é feita em contexto:

[É o esposo de Jandira que começa contando sobre o início da doença nos vizinhos, família Armauer que são primos de sua esposa] ... *Aqui esse homem que morava aqui, morreu um filho dele, até hoje não se sabe o que foi que matou ele, dizem que era o feitiço. Aí ninguém sabe, o filho mais velho que ele tinha, é irmão desse R., o A., toda essa família [Família Armauer]. Ele adoeceu, apareceu o negócio de uma coceira no homem, dizem que o feitiço não deixa sinal não, mas aquele ficou um sinal na barriga dele. Aí ele ficou bom né. Aí ele adoeceu de outra coisa morreu mesmo, numa rede todo enrolado. Quarenta dias dentro daquela rede, ficou dentro daquela rede ... [Jandira continua] Feitiço ele aparece ele aumenta? diz que ele, esse mesmo pajé disse que feitiço não pega, não deixa marca, ele diz que meu tio, que é pai desses meninos aí [Família Armauer], diz que era uma brincadeira, uma pequena flechada que... diz que foi dali que virou a lepra. Eles falaram aí que são doentes da lepra? aí foi dele que aumentou. Então ele disse que feitiço não pega [...] Porque ele disse que o feitiço não passa daquele um pro outro, o macumbeiro disse que foi lepra a doença do rapaz. Ele morreu assim todo enrolado, as mãos dele ficou tudo enrolado, entornou as mãos dele. Esse joelho dele ficou tudo assim [...] Eu creio que depois dele [o feitiço] virar uma doença na pessoa ela pega, pega nos outros, pega com certeza, porque outro [pajé] diz que não, porque o feitiço não passa pra outros. Ah mas se ele já virou doença né! [Entrevista com Jandira e seu marido, em 01/08/2006]*

O quadro resume o acima exposto .



**Tabela 6** – Quadro esquemático representando o esquema de causalidade articulado em torno da categoria feitiço.

A experiência da doença implica em negociação. Jandira, ótima interlocutora e que também fez tratamento para a *hanseníase*, desenvolveu uma explicação que envolve significados negociados para a doença. Há uma tensão inerente em ser a causa da doença dos

vizinhos/primos um *feitiço*, pois, se *feitiço não passa* como ela haveria de ter contraído a doença? A experiência da família Armauer com a doença é de mais de 30 anos. Sendo a causa “origem” de seu sofrimento um *feitiço* permitia argumentarem que sua doença *não passa*, portanto, negando a possibilidade de contágio e permitindo a vida em sociedade. Todavia, a descoberta de casos novos impôs uma contradição nesse argumento. A *hanseníase* é uma doença que *passa*. Se há casos novos, haveria um novo feiticeiro? Ele seria um parente próximo? A resposta é não. É preciso manter laços de apoio e reciprocidade. É preciso curar-se. Jandira re-elabora a explicação a partir destes laços, precisamente, através de uma forma de expressão da co-substancialidade:

*Eu contar como foi comigo, eu não sei como que foi não. Eu só sei que foi aí deles [primos/vizinhos- Família Armauer]. Porque a gente comia e bebia junto. Porque da minha família não tem não. Nem meu tio que é pai deles não tinha. E apareceu neles aí. Aí dizem que foi desse feitiço, desse rapaz aí que apareceu ... [Entrevista com Jandira e seu marido, em 01/08/2006]*

#### O corpo aberto e o “corpo político”

Estes esquemas etiológicos “êmicos” para *hanseníase* não são os únicos. Outra interlocutora, Cleusa, focalizou o início de seus sofrimentos na quebra do *resguardo*, período de quarenta dias, após o nascimento do bebê em que há uma série de proibições e prescrições à mãe, ao pai e à criança. No quadragésimo dia, a mulher está com *um pé no cemitério*, pois está com o *corpo aberto*. Este estaria sujeito à ação *traíçoeira* da doença<sup>90</sup>.

A expressão estar com o *corpo aberto*, foi evocada por Abelardo na terceira entrevista que realizamos. Neste momento, falou na presença de alguns de seus familiares (pai, tia e marido desta) e utilizou da explicação que segue para sua doença. Veja-se que a explicação de

<sup>90</sup>Por sua vez, ter o *corpo fechado* implica na “imunidade”. Foi o que afirmou os pajé Cláudio. Ele contou uma longa história, de suas andanças por terras longínquas como *São Paulo* e *Manaus*, encerrando a “narrativa” em um espetacular confronto com um *arigó* do qual “*levou três tiros e não pegou nenhum por ter o corpo fechado e nunca andar só,*” afirmando: “*ando com o livrador do meu corpo*” (entrevista com o pajé Cláudio, na aldeia Pantaleão, em 08/04/2006).

Abelardo é bem elaborada. Ele tenta aliar, combinar ou concatenar o que aprendeu durante o tratamento biomédico com as categorias etiológicas “êmicas”. Ele tem o antropólogo e seus familiares como ouvintes. E nesta fala emergem as categorias *corpo aberto*, *queima do sangue* e *feitiço*.

[Abelardo ficou com amortecimento nos dedos do pé e algumas manchas que compara com as seqüelas da picada de uma cobra] *Descobri no dia 28 de março. É uma doença que não sente nada. Não dá febre, não dá dor. Apenas mancha e fica adormecido. Tem de dois tipos, pano preto e a que dá um nozinho. Ela pega no sangue, ela ataca mais o sangue. Com a quentura da doença, ela queima o sangue. Fiz mais de cinco exames e só dava ameba. A minha tia D. falou dos sintomas [da hanseníase]. O nó na orelha já tava grande. Tumor não era por que o tumor fura. Se eu fosse no curador ele ia dizer que era feitiço. Mas existe! Existe pessoa que faz mal. Existe porque é bíblico. Eu não tinha contado com a pessoa que tinha [hanseníase] era a L. minha cunhada. Naquele tempo eu bebia. Então é isso, faz mal [ a doença ] encontra o corpo aberto, então ela prevalece e faz mal. [A doença] não é pegativa ela é vingativa.*  
[Abelardo 3ª entrevista, em que ele fala perante seus parentes]

Neste sentido, *corpo aberto* representa um estado do *corpo de* (susceptibilidade a doença). O *corpo aberto* pode ser compreendido como um esquema etiológico que permite a convergência de outras causalidades. O *corpo* estando *aberto* é o próprio mediador das *extravagâncias* e *feitiços*, o “locus”, o meio físico no qual entra a *doença*. O *corpo aberto* é uma metáfora que articula as dimensões biológicas e fisiológicas da *doença* e as dimensões simbólicas, subjetivas do indivíduo e dos processos sociais que este *corpo* faz parte.

CORPO ABERTO→	<p>Metáfora que simboliza a susceptibilidade à doença indicando estados do CORPO (aberto e fechado).</p> <p>Permite articular todas as demais causalidades. O corpo é tomado como um mediador de extravagâncias e feitiços, processos sociais e subjetivos do indivíduo aos processos fisiológicos.</p>
---------------	---

**Tabela 7** –Quadro resumo. Categoria *corpo aberto*

Note-se que nas entrevistas que rememoram a experiência da doença, articulando causalidades “a posteriori”, tem-se que estas múltiplas causalidades são evocadas em diferentes contextos, alguns claramente politizados, construindo e reafirmando laços de afinidade e parentesco.

O caso de Abelardo é elucidativo, pois evoca mais de uma causalidade simultaneamente, por exemplo, a *queima do sangue* e o *corpo aberto*. Abelardo também fala sobre a *quentura da doença*. Dessa afirmação, seria possível perguntar se *beber álcool, pegar sol, tomar antibióticos* (remédios industrializados) também dão essa *quentura*? Ainda, como é percebida e se há algum tipo de classificação de substâncias pela *quentura*? Infelizmente, estas questões não surgiram durante o trabalho de campo e ficaram sem respostas.

Abelardo também abre uma outra questão afirmando: “*Se eu fosse no curador ele ia dizer que era feitiço. Mas existe! Existe pessoa que faz mal. Existe porque é bíblico.*” Esta questão deve ser comparada com sua frase anterior “*Fiz mais de cinco exames e só dava ameba*”. A primeira frase refere-se à “forma de atenção à saúde tradicional” onde, dentro das causalidades cogitadas, durante o processo de doença não é central “o quê” a pessoa tem, mas sim, “quem” está causando o sofrimento. A sua fala sobre *ameba* refere-se à incapacidade inicial, ou a dificuldade do diagnóstico biomédico o qual, especialmente para o seu caso, foi demorado<sup>91</sup>. Ele estava para ser operado de um *tumor na orelha*, mas, esta não podia ser sua doença, pois *tumor fura*, ou seja, o sintoma não confere com o diagnóstico.

Por sua vez, Abelardo tendo recebido o diagnóstico da “hanseníase” foi questionado sobre “comunicantes” e “contatos” sobre quem eram as pessoas de seu convívio. Este prática

---

<sup>91</sup> Ameba, por sua vez, significa um diagnóstico rápido, precário e usual. Só dar ameba nos exames é motivo de desconfiança quanto à qualidade dos exames feitos. A “amebíase” é muito comum entre os indígenas, segundo informaram os profissionais de saúde. Este diagnóstico carrega um certo (pré)conceito sobre as condições sanitárias em que vivem os indígenas e pauta-se no hábito dos Mura beberem água dos rios e lagos, muitas vezes sem tratamento. Os indígenas percebem isto, pois, reclamam que, quando o médico não “*descobre a doença*” seus exames “*só dão ameba*”.

da atenção biomédica que se baseia na noção de contágio biológico, o leva a inventariar, dentre seus conhecidos, amigos e parentes quem havia *tido hanseníase*. Lembra que sua cunhada fora doente, mas, afirma que não *tinha contato* com a cunhada. De fato, a hipótese desse *contato* implica diretamente na construção social de relações de parentesco, da “afinidade” e da “consangüinidade” e na manutenção destes laços, já que foi seu irmão, o marido de sua cunhada, L., quem o acolheu durante os piores momentos de sua enfermidade<sup>92</sup>. *Ter contato* não informa sobre a intimidade desse contato, portanto, pela grande amizade que há entre os irmãos qualquer contato é negado.

Do ponto de vista analítico, ao procurar “modelar” estas categorias evocadas nos esquemas etiológicos deve-se ter em mente para compreendê-las que não são um repertório variado acessado aleatoriamente. Ao contrário, elas parecem emergir nos contextos e estão sendo pensadas e repensadas, dinamicamente, na própria ação dos sujeitos (inclusive através da sua ação criativa). Falar sobre a doença é um ato rico em intencionalidade.

Veja-se, por exemplo, que pouco antes do início da terceira entrevista com Abelardo, enquanto o aguardava, o marido de sua tia veio a mim questionando se a *doença* de Abelardo era *pegativa*. Respondi que Abelardo estava curado. Ele insistiu com o questionamento. Eu disse que, se a pessoa faz o tratamento, a “hanseníase” não é transmissível<sup>93</sup>. Durante a entrevista, Abelardo comenta que a *doença não é pegativa, ela é vingativa*. Abelardo está dizendo, nas entrelinhas, que ela, a doença, *vinga-se* dos que têm medo do doente. Ato

---

<sup>92</sup> O caso da cunhada de Abelardo não foi investigado. Não é possível afirmar se a cunhada de Abelardo é não-Mura, portanto, não incluída na lista de pacientes que se tinha em mãos. De fato, não houve oportunidade para conversar com a cunhada e nenhum dos interlocutores fez qualquer menção sobre sua doença. Isto também pode ser considerado um dado, já que nenhum dos muitos parentes de Abelardo que foram entrevistados sequer tocou neste assunto, reforçando a hipótese da impossibilidade do contágio entre Abelardo e sua cunhada.

<sup>93</sup> E aqui se insere um pouco da subjetividade do pesquisador. Antes de iniciar a pesquisa de campo eu nada sabia sobre a “hanseníase”. Tirei várias dúvidas acerca do conhecimento biomédico sobre o contágio. Sabe-se que o contágio é feito através de contato longo e duradouro com doentes fora do tratamento, recebendo grandes “cargas” do bacilo e que os pacientes em tratamento, devido à poliquimioterapia, não o transmitem mais. Sabe-se pouco sobre a transmissão, contudo, sabe-se que apenas uma pequena parte, “ínfima”, das pessoas infectadas desenvolvem a doença, o que sugere que “o índice de transmissibilidade é, na verdade, muito grande, sendo baixa apenas a proporção de pessoas que adoecem após serem infectadas” (QUEIROZ e PUTEL, 1994:42)

contínuo, começou a narrar a história de dois médicos que trabalhavam num antigo leprosário de Manaus (do Aleixo, o qual nunca conheceu de fato). Um dos médicos era medroso e o outro não tinha nem medo nem nojo dos doentes. A história é concluída com o adoecimento e morte do medroso, ao passo que o outro médico sai ileso. Abelardo está curado, mas tem que conviver com as dúvidas das pessoas próximas.

Notável, no caso de Abelardo, é que ele afirma não ter procurado o *curador*. Não há como, com os dados disponíveis, afirmar por que não o procurou. Todavia, cabe assinalar, que, depois do momento mais crítico da “reação hansênica” por que passou, conta que tornou-se participante ativo de um culto evangélico. É nesse ponto que outra de suas falas toma sentido relevante para este estudo antropológico:

Pesquisador: Teve muita gente que ajudou o senhor nesse período [enquanto ficou doente]?

Abelardo: *Nesse período muitos colaboraram né, quando eu tava acamado na rede, mas depois quando vão ver que a doença melhora, aí eles já dizem: esse camarada já tá ficando melhor e não precisa... mas de outro tanto, precisa, porque a pessoa melhorou, mas não vai trabalhar, pegar sol né! Eles ajudam enquanto a pessoa tá na rede, mas depois que melhora...*

Pesquisador:: O senhor chegou a ficar de cama?

Abelardo: *Foi. Eu fiquei um mês na casa de meu irmão. Eu agradeço primeiramente a Deus e a meu irmão que eu fiquei lá na casa dele. Veio enfermeiras saíram pra me visitar eu mesmo lá. O médico ia até lá comigo onde eu tava [...]*

Pesquisador: O Senhor recebeu alguma ajuda além do médico?

Abelardo: *Não senhor, no momento não, somente da minha família e de Deus. Primeiramente a Deus, mas segundo à minha família. Outros mesmo... Os pajé olhavam e passavam direto nem ligavam... Nem o prefeito, nem o prefeito, ele não dava a maior atenção mesmo, a esse negócio de doença não. Agora uma brincadeira, uma festa! pode comunicar ele: prefeito quero uma ajuda do senhor, quero que apóie essa festa ah! é rápido, Mas uma doença? [Abelardo, primeira entrevista em 07/04/2006]*

A fala de Abelardo sugere que, ao mesmo tempo, em que os processos de doença são conduzidos, negociados e vivenciados pelos sujeitos dentro do âmbito do que se denominou de “auto-atenção”, estas mesmas relações, de afinidade e consangüinidade parecem ser

reestruturadas, afirmadas ou negadas a partir desses momentos críticos em que são “testados” os níveis de comprometimento envolvidos<sup>94</sup>. Isto reflete, implicitamente, nas avaliações subjetivas de com “quem se pode contar” e de “quem se precisa contar”. É desta forma que estes eventos e avaliações possibilitam aos sujeitos perceber os limites do “corpo político” e do “corpo social” de que fazem parte.

---

<sup>94</sup> Neste sentido, também é exemplar o caso de César em relação ao pastor, seu amigo *na fé*, que pediu para que César deixasse de visitar sua casa enquanto estivesse sob tratamento.



## Cap.10 - O TRATAMENTO BIOMÉDICO , O MAL DE FAMÍLIA E O MEDO

A *hanseníase* para os Mura, como processo social e vivência subjetiva da doença só toma existência a partir do diagnóstico biomédico. Esta categoria vem sendo apropriada pelos indígenas não somente como um neologismo substituto para o termo *lepra*, mas principalmente, a partir de outras categorias não-biomédicas. Isto não quer dizer que o tratamento biomédico representado pelos serviços oferecidos pelos profissionais de saúde do Programa de Controle da Hanseníase realizado pelo Ambulatório Municipal Danilo Correa, não tenha papel ativo neste processo. Pelo contrário, este capítulo pretende analisar como são interpretadas e vivenciadas pelos pacientes Mura duas das maiores preocupações dos profissionais do ambulatório: o “abandono” do tratamento e o “exame dos comunicantes”.

Do ponto de vista dos profissionais de saúde, é importante realizar o exame das pessoas que tiveram contato com o doente e evitar o abandono do tratamento.

Todo o processo de tratamento com a poliquimioterapia, visto a partir do programa de controle da “hanseníase” tem como foco da atenção o indivíduo. É a partir dele que se organiza a “busca ativa”, com a “investigação epidemiológica de um caso conhecido (exame de contatos)” (BRASIL, 2002). As implicações do diagnóstico têm reflexo imediato no âmbito familiar indígena. A partir do diagnóstico, o paciente deve informar ao serviço de saúde quem são as pessoas com as quais mantêm contato, chamadas de “comunicantes”. Elas devem comparecer ao ambulatório para realizar exames, o que raramente acontece, segundo informaram os profissionais do Ambulatório. Aliás, essa é uma queixa desses profissionais: os indígenas “não trazem os comunicantes” para fazer exames.

Tem-se, pela ótica biomédica que o exame dos comunicantes é uma estratégia baseada na noção de contágio do bacilo da hanseníase. Sabe-se que este bacilo é contagioso, porém, é com o longo e contínuo contato com doente que há a transmissão. Portanto, por esse

ponto de vista, é no ambiente de convívio familiar que está o maior risco de transmissão da hanseníase. Mas como essa medida sanitária é atualizada entre os Mura?

O que se verificou em campo é que, para muitos dos interlocutores indígenas, existe um questionamento da idéia de que o *mal da pele ou a lepra* e a *hanseníase* sejam um *mal de família*. Do ponto de vista indígena, a prática biomédica da denúncia dos comunicantes se esvaziada da noção de contágio biológica é entendida como de transmissão hereditária. É nesse ponto que se insere uma dúvida e o questionamento Mura. Ou a doença é compartilhada por todos os membros da família quando se reconhece no pai, irmão ou filho os mesmos sintomas e sofrimentos, ou a doença é fruto da conduta individual, do comportamento não aceitável, da quebra de prescrições (*queimar o sangue, comer reimoso, quebra do resguardo*), ou, ainda, da ação deliberada de um inimigo (*feitiço*).

O aparecimento da doença em um indivíduo implica em diferentes possibilidades: 1) A doença é vista como falta individual ou malefício dirigido a um indivíduo e nega-se a idéia de transmissão aos familiares ou hereditariedade, o que isenta a família de realizar exames; 2) O diagnóstico da doença não é aceito e, de fato, a “hanseníase” não existe socialmente, pois na história da família nenhuma pessoa adoeceu dela e isto ainda implicaria na possibilidade do doente esconder os sinais da doença, pois admiti-los socialmente é admitir que a família toda é doente <sup>95</sup>.

Junto aos indígenas, poucos tinham certeza de serem *hanseníase* e *lepra* a mesma enfermidade. De maneira geral, são expressas como enfermidades diferentes. Entretanto,

---

<sup>95</sup> Desta forma, ganham sentido as expressões *esconder a doença* e *empacotar o caso* evocadas durante o trabalho em campo. Também podem ser tomadas como ilustrativas as histórias dos *pega-pega* como eram conhecidos os inimigos durante a cabanagem. *Esconder* e *fugir* eram práticas usadas em relação à alteridade e referem-se à guerra e a perseguição que foram submetidos. É o que demonstra, por exemplo, o relatório de Almir Gomes Felipe, ex-chefe do posto indígena da Funai de Autazes, escrito em 1991: “**são vários os problemas de saúde dessa comunidade. No entanto o mais grave é a hanseníase, na qual os indígenas por medo de discriminação escondem da melhor maneira que podem. Além dos casos suspeitos e os já diagnosticados existem os contatos diretos [sic] com grupos não índios que moram nas redondezas dos quais apenas alguns fazem tratamento, inclusive existe um indígena que fugiu quando soube de nossa chegada para não vermos seu estado de saúde**” (FUNAI, 1991).

ficou claro que o neologismo *hanseníase* não oblitera o velho termo *lepra*. Mas há uma diferença. Essa diferença está fundamentada na percepção nativa da possibilidade e do acesso ao tratamento e cura e na relação estabelecida com os profissionais de saúde do ambulatório.

Assim, quando são relacionadas *lepra* e *hanseníase* são evocadas duas percepções temporais da doença. Uma, do passado, que leva o doente a ter deformações no corpo e ao isolamento social e, outra, a atual, em que o foco é tomado pela possibilidade de tratamento pela poliquimioterapia. Embora a versão atual da “hanseníase”, e mesmo esse termo, sejam novos para os indígenas, os principais temores e preconceitos relativos a essa enfermidade situam-se na memória social, através da imagem criada pelos casos antigos. Estes foram caracterizados pela “*falta de recurso*”, dificuldade e impossibilidade de obtenção do remédio. A disponibilização do tratamento gratuito e dos remédios marca essa diferença de percepção.

Portanto, destaca-se que o termo *hanseníase* é, do ponto de vista nativo, uma categoria construída em relação ao saber biomédico, é uma atualização desse saber na práxis social, na experiência dos indígenas frente ao tratamento proposto pelo serviço de saúde, mais especificamente com o Ambulatório Municipal. O trecho de entrevista abaixo ilustra esta afirmação.

[Abelardo está lembrando do que a enfermeira lhe disse na ocasião do diagnóstico] *...a enfermeira me disse: você não vai ficar com medo por causa que essa doença tem cura, naquele tempo não tinha cura porque não tinha remédio, mas as vezes as pessoas, quando não chegava a morrer ficava bom, só que ficava com o pé torto, as vezes...Lá em Manaus, antigamente, fizeram até um bairro lá, chama-se bairro do Aleixo, então essas pessoas antigamente iam pra lá ficavam isolados, porque não tinha cura. Mas agora descobriu os sintomas já deu o remédio para combater. Agora o senhor podia ficar mesmo com medo se fosse Aids, ela não tem cura, o indivíduo pode se despedir, quando ela aparece já é praticamente quase morto. Aí ela disse não, o senhor não fica assustado. Eu disse não, doença a gente sente que... até a morte nos vamos ter que enfrentar! Diz aquele ditado: "quem não morre de novo de velho é que não escapa". Agora, nós devemos não procurar. Aí eu tomei [quimioterapia] graças a Deus eu levei a dieta um ano e agora eu peguei*

*alta, mas eu vou fazer mais um exame e pronto. Foi isso que aconteceu comigo.* [Abelardo]

Quanto ao abandono de um caso notificado é evidente e negativo na avaliação do próprio programa. As principais causas do abandono do tratamento, segundo os profissionais entrevistados, são devido a não aceitação do diagnóstico, a má alimentação, a reação ou desconforto com a medicação e ao consumo excessivo de bebida alcoólica<sup>96</sup>.

Uma das estratégias adotadas pelos profissionais do ambulatório, segundo informações dos mesmos, é assustar “um pouco” os pacientes depois do diagnóstico: “geralmente as pessoas ficam com medo daí tomam o remédio direitinho”, “como se a gente metesse um pouco de medo na pessoa”. Os profissionais demonstraram também um discurso contraditório, que opõe um sentimento de abnegação ou altruísmo individual, à falta de recursos e de articulação entre os órgãos estatais, à subordinação às estruturas hierárquicas do funcionalismo público.

Eu sofria muito, pois não podia ajudar... Às vezes fazemos coisas que não é para nós fazer. Nós íamos arrecadar lanche para o pessoal... Esse era um trabalho para o serviço social. Também a minha casa servia de abrigo pra paciente do interior. [Téc. de enfermagem do ambulatório, em 11/04/2006]

Isso demonstra que os profissionais têm consciência das limitações do serviço de saúde e da ausência de uma política assistencial eficaz que possibilite um maior auxílio aos pacientes durante a doença. Neste ponto, o discurso dos profissionais de saúde converge com o discurso dos pacientes indígenas, pois ambos evidenciaram a necessidade de algum tipo de assistência aos doentes. Ambos referem-se a necessidades básicas, seja de apoio financeiro (*auxílio doença, benefício, gasolina*), seja de alimentação (*cesta básica*). O que ambos estão dizendo é que o tratamento eficaz não envolve apenas a distribuição gratuita de remédios. Vê-

---

<sup>96</sup> O abandono, desse ponto de vista, é causado por fatores unilaterais: que se relacionam aos pacientes. Nenhuma auto-crítica é feita relação ao abandono, ou seja, ao desempenho do programa de tratamento.

se, nesta convergência dos discursos, uma boa oportunidade de melhoria do programa que poderia vincular-se a um modelo assistencial, ao invés de “meter medo” nos pacientes para que não o abandonem.

Pesquisador. Aí quando te contaram dessa doença, que a enfermeira viu, fez o teste, que você lembra? O que você sentiu? Você pensou o que?, Que era o que? Você ficou...

Adriana. *Eu fiquei com medo!*

Pesquisador Ficou com medo?

Adriana. *Porque ela falou, você vai ter que fazer os exames, como é, eu já falei que é a doença né! Aí eu disse que eu não tinha condições pra ir, e ela disse que me levava. Ela ia passar de manhã e me pegava e e me levava. Aí eu não sabia como eram os exames e eu fiquei com medo. Depois que eu cheguei lá dentro [do ambulatório] ela me mostrou o livro, que sai essas manchas, como é que a pessoa fica, fica inchado, aí cai os dedos, ai...eu não sei nem contar, que eu fico com medo [com a voz apertada, chorou] Ai! eu fico com medo dessa doença. Aí ela falou que eu ia ficar longe da minha família, Ai! eu tenho medo [chorou novamente]*

Pesquisador: Aí você chegou a ficar longe da tua família?

Adriana. *Não...* [retomando a voz e controlando o choro] *ela disse que se eu tomasse o remédio eu não ia ficar longe da minha família.* [Adriana, em 20/07/2006]

Daqui é possível começar outra discussão para continuar as reflexões sobre o tema da hanseníase: pensar de que forma a relação inter-étnica se realiza, abordar o tema a partir de outros aspectos da relação entre “corpos sociais” distintos. É preciso aprofundar, como fez Tronca (2000), como as imagens da lepra permeiam o ocidente, a correlação destas imagens com a AIDS e sua inserção nas relações inter-étnicas. É preciso, por exemplo, como fez Taussig (1993), pensar o terror em um contexto de colonialismo. Buscar através dessas imagens e da experiência desse contato investigar formas dessa atualização e sua articulação entre o “local” e o “global”. Contudo, nada disso será desenvolvido aqui.

## Cap.11 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta dissertação procurou-se aplicar um conjunto de conceitos analíticos a um contexto específico como forma de evidenciar certos aspectos da realidade social. Estas “lentes” teóricas permitiram dar relevo a elementos importantes que emergem da relação entre sistemas médicos, representações e práticas muito diferentes, presentes no cotidiano Mura.

Procurou-se mostrar que há entre os Mura tipicamente duas “formas de atenção” à saúde especializadas, caracterizadas por certos atores, aos quais os indígenas buscam apoio e alívio de seu sofrimento. Uma permeada por um discurso “tradicional” e outra por um discurso “biomédico”. Contudo, perante a “auto-atenção” não se conformam de maneira contraditória ou antagônica.

Ao trabalhar com a interpretação nativa de uma categoria biomédica, a *hanseníase*, é importante destacar que esta interpretação não pode ser dissolvida com a simples oposição entre uma “visão de mundo tradicional” e discurso “biomédico” em que este representaria um o pólo “moderno” de uma dicotomia estática. Embora esta separação seja um recurso da análise e descrição, o mais adequado parece ser tentar compreender os sujeitos na interação social, fazendo “opções” a todo o instante ou buscando “saídas”, avaliando e repensando o seu próprio sistema de valores e práticas coletivamente construídos. É nessa avaliação situacional em que são postos à prova valores, concepções, representações, práticas, comportamentos e técnicas que se insere o espaço de negociação e aprendizado aplicados aos “processos de saúde/enfermidade/atenção” (MENENDEZ, 2003). A cultura, neste sentido, não é um conjunto de costumes e crenças estáticas, mas sim, significados simbólicos que emergem na dinâmica das interações sociais (conforme capítulo 1).

Como apresentado no capítulo teórico, os processos de doença e tratamento por levarem os sujeitos a situações limites, em termos existenciais, são, ao mesmo tempo, para os

atores sociais envolvidos situações que confirmam ou negam aspectos ontológicos da realidade (YOUNG, 1976). É a própria realidade factual que está sendo testada empiricamente. Dentro destas considerações procurou-se destacar que *hanseníase* é uma categoria construída socialmente em relação ao conhecimento biomédico ou mesmo uma atualização deste na vida social Mura a partir de suas representações e práticas já estruturadas socialmente. Isto se estende as próprias relações políticas e sociais em que os atores avaliam com “quem se pode contar” e com “quem é preciso contar” durante os episódios de doença.

As “formas tradicionais de atenção” à saúde emergem culturalmente em um contexto permeado por novas experiências, seja na re-elaboração constante das tradições, ou na incorporação de algumas práticas e concepções biomédicas. A forma biomédica, representada pelos serviços estatais de saúde, tem sido de uso recorrente, importante e imprescindível aos Mura. Entretanto, quando se trata de “buscar saídas” para o sofrimento gerado por problemas de saúde, são também acionadas “formas de atenção tradicionais”. No nível das práticas terapêuticas é possível citar que os indígenas Mura, de modo geral, valem-se dos conhecimentos partilhados nas redes de parentesco cujo aprendizado é transferido na própria “práxis” da “auto-atenção” à saúde.

No contexto específico dos Mura de Autazes, nota-se que as mudanças nas concepções e práticas biomédicas referentes à “hanseníase”, promovidas no âmbito dos serviços de saúde estatais, especialmente, à disponibilização da “poliquimioterapia” propiciou um recorte temporal na percepção nativa da doença entre casos antigos e casos recentes. No Capítulo 2, afirmou-se que os casos antigos evocam imagens de corpos gravemente deformados pela doença e experiências marcantes de isolamento social e morte enquanto os casos mais recentes remetem à experiência do tratamento junto ao Setor de Dermatologia do Ambulatório Municipal Danilo Correia, evidenciando a centralidade deste setor na

experiência dos pacientes que fizeram o tratamento.

Por exemplo, a antiga prática do isolamento social, medida sanitária comum na história do tratamento da “lepra”, hoje reflete como principal causa do temor e angústia dos indivíduos frente à enfermidade. Este temor pauta-se pela “memória social” de casos do passado, dos doentes que eram afastados da família ou abandonados, obrigados a viver sem o contato mais próximo com a sociedade, mas também, emerge da compreensão do diagnóstico biomédico e da relação entre os indígenas e os profissionais do Ambulatório.

Do ponto de vista dos indígenas Mura, o tratamento da *hanseníase* inclui-se dentro do leque de serviços prestados pelo município e pela FUNASA. Isso se deve essencialmente em função do diagnóstico biomédico. Tudo aquilo que foi possível apreender durante o trabalho de campo indica que é o diagnóstico biomédico que focaliza sintomas da *hanseníase*. Nenhum dado de campo mostrou que, atualmente, diagnósticos de “hanseníase” são feitos por especialistas de saber tradicional. A *hanseníase* existe na vida indígena em relação ao saber biomédico.

Por sua vez, na compreensão do porquê da doença os indígenas articularam causalidades múltiplas construídas a partir de modelos de saúde e doença ênicos como comportamentos *extravagantes*, *queimar o sangue*, *quebra do resguardo*, *ter o corpo aberto* ou o *feitiço*. Estes modelos foram evocados e devem ser compreendidos em contextos específicos, nos quais as falas dos interlocutores sobre eventos ocorridos no passado, casos de doença experimentados pelo grupo, expressam “causas socialmente relevantes”, focalizam a quebra de prescrições, comportamentos inadequados e conflitos sociais (conforme capítulo 9).

O que ficou evidente, durante o trabalho de campo, é que há pouca informação disponível sobre a “hanseníase” para os indígenas. Haveria de se esperar que muita informação estivesse disponível, já que o Amazonas tem várias localidades consideradas



hiper-endêmicas (Autazes é apenas uma delas). Destaca-se também que a cura tem sido alcançada pelos pacientes indígenas mesmo sob as dificuldades de deslocamento e transporte, reações “hansênicas”, efeitos colaterais à medicação e o preconceito inter-étnico a que estão sujeitos.

Por último, não se poderia deixar de comentar que a cultura indígena, suas concepções e práticas, não deve ser vista como um empecilho à atuação biomédica. Os indígenas Mura demandam essa atuação. Ao seu modo, compreendem a ação dos remédios usados no tratamento. Para obter a cura, estão dispostos a seguir as prescrições biomédicas e não têm dificuldades em compreender o tratamento biomédico, uma vez que remédios e prescrições, tão ou mais complexos, estão presentes nos seus tratamentos tradicionais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMOROSO Marta Rosa. “Os Mura Lutam para Recuperar Suas Terras” In: **Povos Indígenas no Brasil, 1996-2000**/[Carlos Alberto Ricardo (editor)]. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2000.

\_\_\_\_\_. “Corsários no Caminho Fluvial, Os Mura do Rio Madeira” In: **História dos Índios no Brasil** (Manuela Carneiro da Cunha, org). ed. Companhia das Letras. São Paulo. 2002.

ATHILA, Adriana Romano Athila. **Índios de Verdade: Territorialidade, História e Diferenças entre os Mura da Amazônia Meridional**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Sociologia e Antropologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1998.

ANONIMO. “Ilustração necessária e interessante relativa ao Gentio da Nação Mura, habitador dos Rios Madeira, Trombeta, Guatazes, Codajazes, Purus, Mamiá, Coari, Paruá, e Copacá, na Capitania do Rio Negro Feita por hum anônimo em 1826”. [Compilado por Moreira Neto (1988)]. In: **Índios na Amazônia, de Maioria a Minoria**. Editora Vozes. 1826.

ANONIMO. “Observações adicionais a ilustração sobre o Gentio Mura, escrita por um Anônimo no ano de 1826.” [Compilado por Moreira Neto (1988)]. In: **Índios na Amazônia, de Maioria a Minoria**. Editora Vozes. 1846 (?).

BRASIL. **Lei 9.010 de 29 de março de 1995**. Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Para o Controle da Hanseníase/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas da Saúde – Versão Preliminar** – Brasília: Ministério da Saúde. 2002.

\_\_\_\_\_. **Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em Nível Municipal 2006-2010**. <disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/hanseniase\\_plano.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/hanseniase_plano.pdf) >.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. C. **Sobre o Pensamento Antropológico**, ed. Unb. Brasília DF. 2003.

\_\_\_\_\_. **O Índio e O Mundo dos Brancos**, 4ª edição. Ed. Da Unicamp. Campinas-SP. 1996.

\_\_\_\_\_. “O Trabalho do Antropólogo: Olhar, Ouvir, Escrever” In: **O Trabalho do Antropólogo**, 2ª ed. São Paulo Editora, UNESP, 2000.

CLEMENT, E. et alli. **Dicionário Prático de Filosofia**. Ed Terramar, Lisboa. 1994.

CSORDAS, T.J. **The Rhetoric of Transformation in Ritual Healing**. New York. 1983.

\_\_\_\_\_. “Embodiment as a Paradigm for Anthropology”, **Ethos, Journal of the Society for Psychological Anthropology**, vol. 18(1): 5-47, mar. 1990.

CUNHA, Ana Z. “Hanseníase: aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle”. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, 7 (2):235-242, 2002 < disponível no scielo >.

DIAS-SCOPEL, Raquel P.; GARNELO, Luiza. **“Tuberculose e Hanseníase em Áreas Indígenas no Amazonas: A perspectiva do usuário em processos avaliativos de ações programáticas de controle de endemias.”** Projeto de Pesquisa, Centro de Pesquisas Leônidas & Maria Deane/FIOCRUZ. Manaus. 2005.

DIAS-SCOPEL, Raquel Paiva. **O Agente Indígena de Saúde Xokleng: por um mediador entre a Comunidade Indígena e o Serviço de Atenção Diferenciada à Saúde – uma abordagem da Antropologia da Saúde.** Dissertação de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina. PPGAS-UFSC. Florianópolis. 2005.

DOUGLAS, Mary. 1966. **Pureza E Perigo.** Edições 70. Lisboa. Portugal.

EVANS-PRITCHARD, E. **Bruxaria, Oráculos e Magia entre os Azande.** Ed Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 2005.

FABRE, Alain. **Diccionario etnolingüístico y guía bibliográfica de los pueblos indígenas sudamericanos.** 2005. disponível em < <http://butler.cc.tut.fi/~fabre/BookInternetVersio/Alkusivu.html> >.

FASSNACHT e WOODS, **Transana 2.** (software livre) Wisconsin University. Madison 2006. Disponível em <[www.transana.org](http://www.transana.org)> .

FOUCAULT, M. **As Palavras e as Coisas: uma arqueologia das ciências humanas.** Ed. Martins Fontes. São Paulo. 2002.

FUNAI – **Relatório de Viagem ao Posto Indígena e de Criação “Barbosa Rodrigues – Rio Autaz Açu.”** Documento arquivado na Funai em Manaus. 1971.

FUNAI – **Relatório de Viagem – Murutinga de 20/03/91** Documento arquivado na Funai em Manaus. 1991.

FURTADO, Lourdes Gonçalves. **Pescadores do Rio Amazonas.: Um estudo antropológico da pesca ribeirinha numa área amazônica.** Museu Goeldi. Belém. Pará. 1993.

GARNELO, Luiza.; SAMPAIO, Sully. “Globalização e ambientalismo: etnicidades polifônicas na Amazônia”. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 12, n. 3, p. 755-68, set.-dez. 2005.

GARNELO, Luiza *e. al.* **Os Povos Indígenas e a Construção das Políticas de Saúde no Brasil.** Brasília: OPAS, 2003.

GEERTZ, C., **A Interpretação Das Culturas.** Rio de Janeiro: LTC Editora, 1978.

\_\_\_\_\_. **O Saber Local: Novos ensaios em antropologia interpretativa.** 2ª. Edição. Ed. Vozes. Petrópolis. 1999.

GIGLIO-JACQUEMOT, Armelle. **Urgências E Emergências Em Saúde: Perspectivas De Profissionais E Usuários.** Editora da Fiocruz. Rio de Janeiro. 2005.

GOOD, B. "The narrative representation of Illness.” **Medicine, rationality and Experience: An Anthropological Perspective.** New York, Cambridge University Press. 1994.

GONÇALVES, Marco Antonio Teixeira. **O Significado do Nome — Cosmologia e Nomenclatura entre os Pirahã**. Rio de Janeiro: Sette Letras. 1993.

\_\_\_\_\_. **O Mundo Inacabado: Ação e criação em uma cosmologia amazônica. Etnografia pirahã**. Ed. UFRJ. Rio de Janeiro. 2001.

FERREIRA. S.B. Holanda, **Novo Dicionário Eletrônico Aurélio** versão 5.0. Editora Positivo. 2004.

ICETI, Instituto de Cooperação Técnica Inter-municipal. **Informações Básicas do Município de Autazes**. Secretaria de Estado de Planejamento e Articulação com Municípios. Governo do Estado do Amazonas. 1992.

ISA. “Tapajós/Madeira” In: **Povos Indígenas do Brasil:1996-2000**. Instituto Sócio-Ambiental. São Paulo. 2000.

ISA. **Povos Indígenas do Brasil: 2001-2005**. Instituto Sócio-Ambiental. São Paulo. 2006.

IMBIRIBA, Elsia N. B. **Vigilância epidemiológica da Hanseníase baseada em um sistema de informação Geográfica em Manas- 1998 a 2004**. Dissertação de Mestrado Universidade Federal do Amazonas, Mestrado Multidisciplinar em Patologia Tropical, Manaus,2006.

KEESING, Roger. “Anthropology as an interpretative quest” In: **Current anthropology** 28:3:161-169. 1987.

KLEINMAN. A. M. Concepts and a Model for Comparison of Medical Systems as Cultural Systems”. In: **Social Science and Medicine**. Vol. 12. Pergamon Press Ltd, Printed in Great Britain. 1973. p.85-93.

LANGDON, E. J. “Breve Histórico da Antropologia da Saúde” In: **A negociação do Oculto: Xamanismo, Família e Medicina entre os Siona no Contexto Pluri-Étnico**. Trabalho Apresentado para o Concurso de Professor Titular na UFSC. 1994.

\_\_\_\_\_, “Cultura e os processos de saúde e doença” In: **Anais do Seminário Cultura, Saúde e Doença** (L.S Jzola M. de Oliveira, orgs) Londrina, Pr. 2003.

\_\_\_\_\_, “A doença como experiência: Construção da doença e seu desafio para a prática médica”. **Antropologia em Primeira Mão nº 12**. PPGAS-UFSC. Florianópolis.1995.

\_\_\_\_\_, “Representações de doenças e Itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana” in **Saúde dos Povos Indígenas** (Santos e Coimbra, orgs) Rio de Janeiro, Ed Fiocruz. 1994

\_\_\_\_\_, “A Fixação da Narrativa: Do Mito para a Poética de Literatura Oral” In: **Horizontes Antropológicos**. V(12):13-32. PPGAS/UFRG Porto Alegre. 1999.

\_\_\_\_\_, “A Doença como Experiência: O Papel da Narrativa na Construção Sociocultural da Doença” In: **Etnográfica: Revista do Centro de Estudos de Antropologia Social**. V(2):241-260. Lisboa. 2001.

\_\_\_\_\_, “Introdução: Xamanismo - Velhas e Novas Perspectivas”. In: **Xamanismo no Brasil: Novas Perspectivas**. Ed. UFSC. Florianópolis. 1996.

LANGDON, Esther Jean et al . “A participação dos Agentes Indígenas de Saúde nos Serviços de Atenção à Saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>

LANGER, Suzanne, **Filosofia em Nova Chave**, São Paulo, Perspectiva, 2004, 2ª edição.

LEVI-STRAUSS, C. “Guerra e Comércio entre os Índios da América do Sul” In: **Leituras de Etnologia** (Egon Schaden,org.). Cia Editorial Nacional São Paulo. 1976.

LIRA,G.;CATRIB, A.M.F.; NATIONS, M. K. “A Narrativa na Pesquisa Social em Saúde: Perspectiva e Método”. In: **RPBS nº 16 (1/2)**: 59-66. 2003.

LOCK, Margaret e SCHEPPER-HUGHES, Nancy. “ A Critical-interpretative approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent” In: **Contemporary Theory and Method** (Johnson and Sargent, editors). PRAEGER. New York. 1993.

MALINOWSKI, B. **Argonautas do Pacífico Ocidental**, ed. Abril, São Paulo, 1976.

MAUES, R. H. e MOTTA, M. “O modelo da Reima: Representações alimentares em uma comunidade Amazônica.” In: **Anuário Antropológico 77**. ed Tempo Brasileiro. Rio de Janeiro. 1978.

MAUES, Raymundo Heraldo. “Um aspecto da diversidade cultural do caboclo amazônico: a religião”. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 19, n. 53, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>

MELATTI, Júlio Cezar. Índios da América do Sul - 3a ed. (versão em arquivo digital PDF cedida pelo autor). 2006.

\_\_\_\_\_. **Ritos de uma tribo Timbira**. Ensaio 53. Ed. Ática. São Paulo, 1978.

MENÉNDEZ, Eduardo. “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol 8 (1). 2003, p.185-208.

MOREIRA NETO. **Índios da Amazônia de Maioria a Minoría**. Ed. Vozes 1988.

NETO, Antonio Levino da Silva (coordenador). *et. Al.* “**Tuberculose e Hanseníase em Áreas Indígenas: Pesquisa Avaliativa de Ações Programáticas**” Projeto de Pesquisa Interdisciplinar do Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane- Fundação Oswaldo Cruz. Manaus. 2005

NIMUENDAJU,Curt. **Textos Indigenistas** Ed. Loyola. São Paulo. 1982

\_\_\_\_\_. “The Mura and the Pirahã” In: Handbook of South American Indians 1948

OLIVEIRA, M. L. W. de; *et alli.* “Social representation of Hansen´s disease thirty years after the term leprosy was replaced in Brazil”. In: **História, Ciências, Saúde, Manguinhos**, vol. 10 (1): 41-8, 2003.

OLIVEIRA RODRIGUES, Adélica Engrácia de . **A terminologia de parentesco Mura-Pirahã**. Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Nova série: Antropologia, Belém (66) 1978

\_\_\_\_\_. “Os Índios Mura” In: **Cultura Indígena: Exposição Temporária.Semana do Índio**. MPEG. Museu Paraense Emílio Goeldi..Belém. Pa. 1983

\_\_\_\_\_. **O Mundo Maravilhoso e Encantado dos Índios Mura**. Academia Paraense de Letras. Ed Falangola Belém, PA 1984

ORTNER, Sherry B. “Tick Resistance: Death and Agency in Himalayan Mountaineering.” In: **The Fate of Culture: Geertz and Beyond**. University of California Press, Berkley. 1999

QUEIROZ , Marcos de Souza; PUNTEL, Maria Angélica. **A Endemia Hansênica: Uma Perspectiva Multidisciplinar**. Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro, 1997.

RABINOW, P. **Antrpologia da Razão**. Ed. Relume Dumará. Rio de Janeiro. 2002

RAMINELLI, R. “Do conhecimento físico e moral dos povos: iconografia e taxinomia na Viagem Filosófica de Alexandre Rodrigues Ferreira”. In: **História. Ciências, Saúde – Manguinhos** vol VIII(suplemento) 2001

RENISI-FUNASA. Rede Nacional de Estudos e Pesquisas em Saúde dos Povos Indígenas. 2006. <Disponível em: [https://sis.funasa.gov.br/portal/detalhe\\_dsei.asp?strcddsei=17](https://sis.funasa.gov.br/portal/detalhe_dsei.asp?strcddsei=17)>

RIBEIRO,Darcy. **Os Índios e a Civilização** (3ª edição, 1ª reimpressão). Ed. Cia das Letras, São Paulo. 2000

RIBEIRO, Berta G.**Amazonia Urgente: Cinco séculos de história e ecologia**. 2ª ed.. Editora Itatiaia LTDA. Belo Horizonte. 1992

RIVIERE, Peter. “The Amerindianization of Descent and Affinity”. **L’Homme** 126-128. 1993.

RODRIGUES, Ivelise; OLIVEIRA RODRIGUES, Adélia .E. De. Alguns aspectos da ergologia Mura-Piraha. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi** , 65: 1-47. 1977

ROSA MACIEL, L. *et alli* “Memories and history of Hansen’s disease in Brazil told by witnesses (1960-2000) In: **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**. Vol. 10 (suplemento 1.): 308-36, 2003.

SAHLINS, Marshall, **Ilhas de História**, ed. Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 1990.

SANTOS, José Roberto Marques dos. **Trincheira: A Luta do Povo Mura**. COIAB. Manaus. AM. 2002

SANTOS, Francisco Jorge dos. **Além da Conquista:Guerra e rebeliões indígenas na Amazônia Pombalina**. UFAM. Manaus. Amazonas. 2002.

SEEGER, A., DA MATTA, R., VIVEIROS DE CASTRO, E. “A Construção da Pessoa Nas Sociedades Indígenas Brasileiras”, In:**Boletim do Museu Nacional, N.S. Antropologia** nº.32. 1979.

SILVA, Aglair Gomes da. [et. al.]. **Aldeias Indígenas Mura**. OLIVEIRA, Clóvis Fernando Palmeira (org.). OPIM- SEDUC-AM. Manaus. AM. (no prelo).

STERNBERG, Hilgard O'Reilly. **A Água e o Homem na Várzea do Careiro**. 2ª ed. Museu Emílio Goeldi. Belém. Pará. 1998.

SCHUSKY, Ernest L. **Manual para Análise do Parentesco**. Coleção Antropologia e sociologia. Editora Pedagógica Universitária Ltda. São Paulo. 1973.

TAMBIAH, A Performative Approach of Ritual, In: **Culture Thought and Social Action**. Cambridge, 1985.

TAUSSIG, Michael. **Xamanismo, Colonialismo e o Homem Selvagem - Um Estudo sobre o Terror e a Cura**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1993.

TASTEVIN, C. "Les Indiens Mura de la région de l'Autaz (Haut Amazone)." *L'Anthropologie*, 33: 509-533. Paris. 1923.

TURNER, Victor, "Social Dramas and Ritual Metaphor" In: **Dramas, Fields and Metaphors**, Ed. Cornell.1971

TURNER, Victor, **Floresta de Símbolos: Aspectos do Ritual Ndembu**. Eduff. Niteroi. 2005.

TURNER, Victor, **O processo ritual**. Petropolis: Ed. Vozes, 1974.

TRONCA, I. A. **As máscaras do medo. Leproids**. 1. ed. Campinas - SP: Editora da UNICAMP, 2000.

UFAM/CEDEAM. **Autos da devassa contra os Índios Mura do Rio Madeira e Nações do Rio Tocantins (1738-1739)**. Manaus. Amazonas. 1986.

VERNAU, R.. "Introducion par Les Indiens Mura de la région de l'Autaz (Haut Amazone) de C. Tastevin (1923)" In: *L'Anthropologie*, 33: 509-533. Paris. 1923.

WIIK, Flávio B., **Christianity Converted: An Ethnography Analysis of the Xokleng Laklanõ Indians and the Transformations Resulting from their Encounter with Pentecostalism**, PhD Dissertation. University of Chicago. Chicago Illinois, USA,2004

YOUNG, Allan. **Algumas implicações das Crenças e Práticas Médicas para a Antropologia Social**. Separata traduzida para o português.1976

ZEMPLÉNI, A. A "Doença" e suas "Causas". **Cadernos do Campo** IV,4: 137-164. São Paulo, USP-FFCLH. 1994

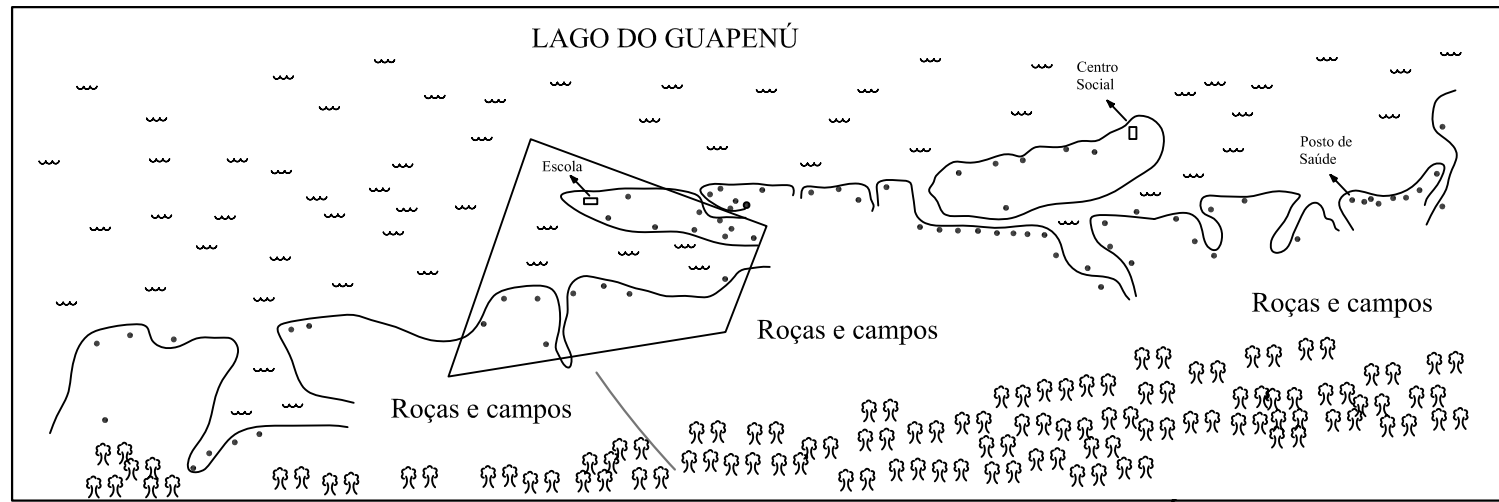
## APÊNDICE 1

**Tabela 8 – Apêndice 1 – Detalhamento do itinerário realizado na trabalho de campo**

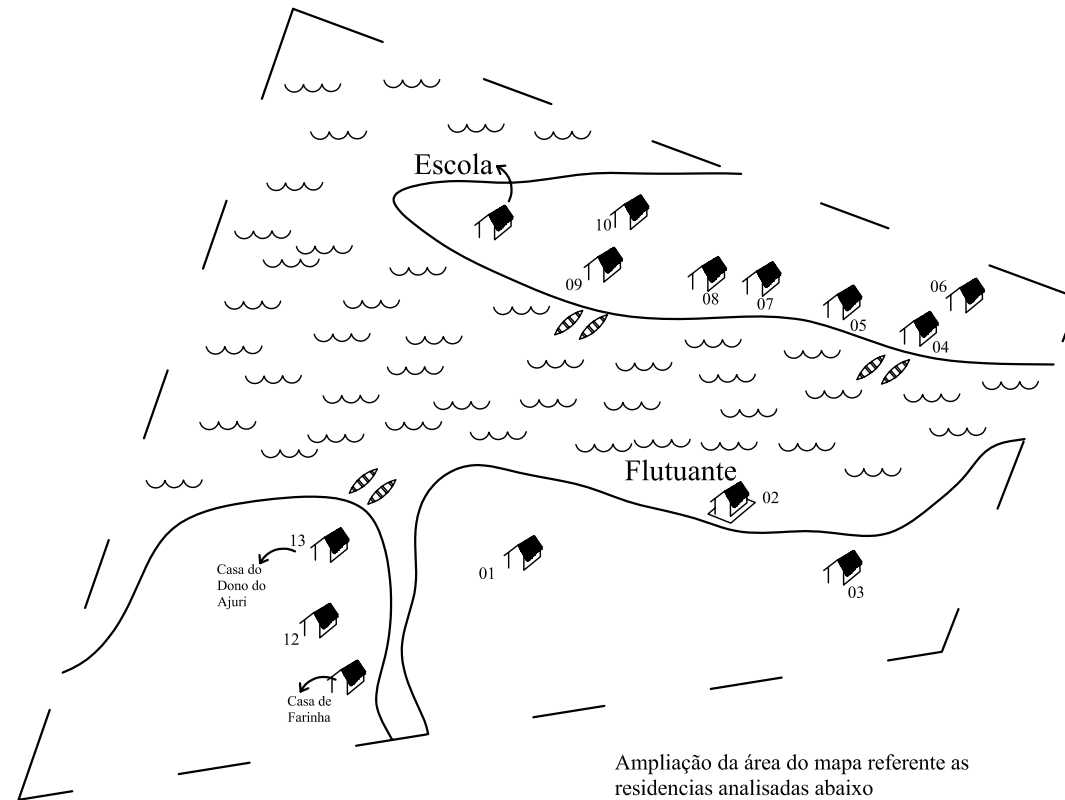
<p>CONTATO INICIAL. De 16 a 18 /12/ 2005. - Participação de reunião com lideranças Mura. Obtivemos a autorização para realização da pesquisa durante a IV Conferência Nacional de Saúde Indígena - Etapa Distrital do DSEI Manaus, realizada em Manaus - AM.</p>
<p>PRIMEIRA IDA A CAMPO - De 19 a 22 /12/ 2005 - Visita ao pólo-base Pantaleão, entrevistas com profissionais dos sistemas de saúde municipal e do pólo-base Pantaleão. Local: Aldeia Pantaleão, Autazes- AM.</p>
<p>SEGUNDA IDA A CAMPO- De 05/04 a 13/05/2006 - Reunião com o Tuxaua da Aldeia Pantaleão. Início das entrevistas com os indígenas que passaram pelo tratamento da hanseníase. Visita a aldeia Guapenú e reunião com lideranças para autorização de entrada na área indígena. Observação das rotinas do pólo-base Pantaleão e do Ambulatório. Entrevistas com lideranças e usuários indígenas do Serviço de Saúde durante o período que aguardavam as consultas. Visita a associação de Produtores Indígenas de Babaçu. Acompanhamento do trabalho do AIS na visita domiciliar. Locais: Aldeias Pantaleão e Guapenú.</p>
<p>TERCEIRA IDA A CAMPO- De 24/05 a 06/05/2006 - Entrevistas, visita as casas e observação participante nos Bairros Mutirão, São José, Olinda e Cidade Nova. Entrevistas, visita as casas e observação participante na Aldeia Guapenú Participação de reunião geral na aldeia Trincheira. Acompanhamento da entrega de remédios junto ao Ambulatório Danilo Correa. Acompanhamento de itinerários terapêuticos. Observação da fabricação da farinha e visita as roças.Locais: Aldeias Pantaleão, Guapenú e Trincheira.</p>
<p>QUARTA IDA A CAMPO. Em 29/06/2006. - Visita ao Pólo Base Murutinga, reunião com Tuxaua e lideranças locais para a autorização de entrada na área Indígena. Local: Aldeia Murutinga.</p>
<p>QUINTA IDA A CAMPO. De 17/07 a 15/08/2006 - Entrevistas, visita as casas e observação participante nas Aldeias Murutinga, Sissáima, Cuia e Guapenú. Acompanhamento do trabalho do pajé e de itinerários terapêuticos. Participação na Reunião do Conselho Indígena Local de Saúde. Participação em Ajuri (plantio da roça) na aldeia Guapenú.Locais: Aldeia Guapenú, Aldeia Murutinga, Aldeia Pantaleão, Aldeia Sissáima, Aldeia Cuia.</p>



**APÊNDICE 2 - GENEALOGIAS**



**ALDEIA GUAPENÚ**  
 fonte: Esboço a tinta feito pelo Tuxaua da aldeia



- LEGENDA**
- Mulher
  - △ Homem
  - == Casamento indicado pelo informante
  - ⊕ Falecido
  - M Mora fora da Aldeia
  - Local
  - (nº) Idade
  - ≠ Divórcio
  - \* Teve papel ativo no Ajuri

**OBS.**  
 Cada linha pontilhada representa uma das casas do mapa.  
 Mapas sem escala

