

Entre os caminhos de curar e adoecer: Os Awa Guajá e seu itinerário terapêutico.¹

Lirian Ribeiro Monteiro. Doutoranda em antropologia/ UFBA

RESUMO

Os Awa Guajá, entre “isolados” e “recente e contato”, são conhecidos na literatura etnológica como caçadores e coletores da Amazônia Maranhense. Desde finais da década de 70, alguns grupos Awa passaram por mudanças violentas em seu estilo de vida. Nesse período, foram transferidos do interior da floresta para uma área mais próxima dos povoados não indígenas nas proximidades da Terra Indígena Caru, que é seu território homologado e compartilhado com o povo Guajajara e grupos isolados. Segundo os Awa, a partir do processo de aldeamento – onde hoje localizam-se as aldeias Awá e Tiracambu - passaram a viver de forma mais aglomerada, diferente de sua própria organização espacial no interior da floresta, onde viviam mais dispersos em grupos familiares pequenos. Nessa transição, da vida em floresta para a vida em aldeia, começaram a consumir a comida dos *Karai* (não indígenas), tal como carne de gado, frango, arroz, feijão, sal, açúcar, café e farinha; a morar em casas de taipa e a ter contatos cada vez mais frequentes com os não indígenas. Como consequência do contato, as doenças se proliferaram, e com isso, surgiu a necessidade de atravessar da aldeia à cidade para o atendimento hospitalar. Este trabalho apresenta os principais resultados das discussões realizadas com os Awa Guajá, entre 2017 e 2023, sobre processos de adoecimento e cura com relação entre três mundos distintos: floresta-aldeia-cidade, compreendendo aqui a floresta como o mundo Awa, a cidade como o mundo dos não indígenas e a aldeia como um espaço de fronteira.

Palavras-chave: intermedicalidade; itinerário terapêutico; saúde Awa Guajá

¹ Trabalho apresentado na 34ª Reunião Brasileira de Antropologia (Ano: 2024)

Introdução

A saúde dos Awa Guajá do tempo de aldeia não é mais como era “nos tempos do mato”, conforme relatavam os Awa durante encontros pontuais para discutir sobre a saúde, entre 2017 e 2022, na ocasião das atividades do subprograma saúde do Plano Básico Ambiental do Componente Awa, referente à duplicação da Estrada de Ferro Carajás, da empresa VALE S. A². Os anciões costumavam mencionar com frequência, durante as reuniões, que as dores no corpo que sentem, desde que passaram a morar em aldeia, são diferentes das dores que sentiam quando viviam só no mato. O ancião Takamÿxa’a Awa Guajá, durante uma oficina³ de saúde na aldeia Awá relatou que, quando viviam no mato, os Awa andavam mais, não ficavam muito tempo deitados na rede, costumavam sentar-se mais no chão e ficar mais acorados, por isso o corpo não doía tanto como acontece na aldeia, quando começaram a sentar em cadeiras. Disse ainda que o trabalho da roça, como uma atividade da aldeia, fazia doer o corpo e, por isso precisavam tomar remédio dos *Karaí (não indígena)*, no posto de saúde⁴. O que se compreende, no geral, é que para tratar dos sinais e sintomas das doenças de *Karaí*, incluindo aquelas resultantes do trabalho de *Karaí*, como por exemplo, a roça, necessita de remédio de *Karaí*. Ao passo que, as doenças conhecidas pelos Awa – antes do contato – são curadas com os remédios dos Awa. Não é uma regra, pois como veremos mais adiante, a partir da noção de “intermedicalidade” e “zona de contato” (Folér, 2004) e interculturalidade (Walsh, 2019), muitos dos conhecimentos Awa são utilizados para o processo de cura, paralelo ao atendimento “biomédico” do sistema oficial de saúde. Contudo, é interessante perceber que há doenças provenientes da colonização que os Awa podem tratar de forma complementar, e às vezes, só o remédio do mato já resolve, mesmo com o discurso de que o remédio do *Karaí* “já está pronto” ou “cura mais rápido”. Porém, há doenças conhecidas pelos Awa, que somente eles sabem tratar, como por exemplo, aquelas provocadas por feitiços.

² O Plano Básico Ambiental – Tomo Awa Guajá e Guajajara é implementado pelo Instituto Sociedade População e Natureza/ ISPN, instituição onde a autora do presente trabalho atuou como coordenadora do Subprograma Saúde no período de 2016-2021 e como consultora para o apoio à produção de materiais bilíngues e interculturais em saúde entre 2022 e 2023.

³ Atividade, no âmbito do subprograma saúde do Plano Básico Ambiental, que consiste em discussões relacionadas à saúde e produção de materiais bilíngues e interculturais em saúde.

⁴ UBSI – Unidade Básica de Saúde Indígena Awa Guajá, localizada na aldeia Awa. A UBSI atende, atualmente, os Awa da aldeia Awa e aldeia Cachoeira, totalizando 277 pessoas, aproximadamente, de acordo com o levantamento populacional da Associação Arari (2023)

Nesse sentido, este trabalho apresenta, preliminarmente, os principais resultados das discussões realizadas com os Awa Guajá, sobre processos de cura e adoecimento com relação entre três mundos distintos: floresta-aldeia-cidade, compreendendo aqui a floresta como o mundo Awa, a cidade como o mundo dos não indígenas e a aldeia como um espaço de fronteira.

Os Awa Guajá: demografia, localização e breve histórico de contato.

Os Awa Guajá se constituem em um povo composto por grupos de contato recente⁵ e em isolamento voluntário. Localizam-se entre os biomas Cerrado e Amazônia, respectivamente, na região sul (T. Indígena Araribóia⁶) e noroeste do Maranhão, entre as bacias dos rios Pindaré e Gurupi e, pertencem à família Tupi-Guarani, tronco tupi, da Amazônia Oriental. (Berto, 2017; Magalhães, 2007). Na região noroeste do Estado seu território, demarcado e ameaçado pela globalização econômica, compreende três Terras Indígenas: a T.I Awa, de uso exclusivo dos Awa Guajá, somando 279 pessoas; a T.I Alto Turiaçu, compartilhada com o povo Ka'apor e Tembê, totalizando 4.183 pessoas, e a T.I Caru, com os Guajajara e isolados, somando uma população de 779 pessoas⁷. As três Terras Indígenas são vizinhas da Reserva Biológica do Gurupi, a última fronteira amazônica de área contínua do Maranhão⁸ e, somando às Terras Indígenas Alto Rio Guamá e Terra Indígena Rio Pindaré, formam o Mosaico Gurupi. De acordo com o levantamento populacional da Associação Arari⁹ (2023), os Awa, de recente contato, da T.I Caru somam, aproximadamente, 400 pessoas.

Em alguns momentos, quando os Awa falam sobre a vida dos antigos, no interior da floresta, comparando-a à vida da aldeia, geralmente se referem à “aldeia do *Karai*” (não indígena), sendo que as aldeias originaram-se a partir dos Postos Indígenas criados pela Funai, o Posto Indígena Awa, criado em 1980, o Posto Indígena Tiracambu, em 1994, ambos situados na Terra Indígena Caru; o Posto Indígena Guajá, criado em 1973, na T.I

⁵ Para a Funai o termo “recente contato” se refere àqueles povos ou grupos indígenas que mantêm relações de contato permanente e/ou intermitente com segmentos da sociedade nacional e que, independentemente do tempo de contato, apresentam singularidades em sua relação com a sociedade nacional e seletividade (autonomia) na incorporação de bens e serviços. Acesso em 20 de agosto de 2023.

⁶ A Terra Indígena Araribóia está a região sul do Maranhão, envolvendo os municípios de Arame, Buriticupu, Amarante do Maranhão, Bom Jesus das Selvas e Santa Luzia.

⁷ Ver: [Terra Indígena Caru | Terras Indígenas no Brasil \(terrasindigenas.org.br\)](https://terrasindigenas.org.br)

⁸ https://pt.wikipedia.org/wiki/Reserva_Biol%C3%B3gica_do_Gurupi

⁹ A Associação Arari é composta pelas aldeias Awa, Tiracambu, Cachoeira e Samijy (T.I Caru) e Juriti (T.I Awa).

Alto Turiaçu e, P.I Awa, criado em 1980, na T.I Awa. (Almudena, 2013:25). As aldeias Awa e Tiracambu são as mais próximas, distando poucos metros, dos povoados do entorno e da estrada de ferro Carajás (Cardoso, 2019: 46).

Inicialmente, esses Postos Indígenas ofereciam alimentos, sobretudo carne de gado, para que os Awa contatados se acostumassem a uma vida sedentária, à medida que ensinavam aos homens o cultivo de roça. Como destaca a professora Eliane Cantarino O'Dwyer, durante sua estadia entre os Awá na passagem do século XX-XXI:

Os Awá do Pin Juriti foram em parte transformados em agricultores, pelo disciplinamento de uma prática segundo as diretrizes do posto indígena, que contrata alguns lavradores entre os regionais para desenvolver o cultivo e conta com a participação praticamente integral dos homens jovens adultos Awá, que são assim subtraídos das atividades de caça e coleta, realizadas nesse mesmo período de verão quando se derruba as capoeiras e/ou a mata para o plantio do roçado.” (O'Dwyer, 2016, p. 37).

Em seu artigo, O'Dwyer retrata a situação Awa Guajá, durante sua atividade de campo pericial na Terra Indígena Awa, entre 2000-2002. O que a antropóloga nos traz sobre a realidade do antigo Posto Indígena de Juriti, atual aldeia Juriti da T.I Awa, não foi diferente do formato do Posto Indígena Awa e Tiracambu/ T.I Caru cujo objetivo era o de adaptar os Awa à uma vida de aldeia, o que significa ter que habituar-se às práticas agricultoras. Sob essa perspectiva, Uirá Garcia acentua:

Os relatórios da Frente de Atração reportam sobre a compra de farinha de mandioca a ser fornecida aos grupos contatados na década de 1980, algo que logo se tornou insustentável, obrigando as aldeias que se formaram a produzir a própria farinha em um regime de trabalho coordenado pela Funai. Tal situação fez rapidamente com que a farinha de mandioca passa-se tornasse a base da dieta. (Garcia, 2022:56)

É muito recorrente ouvir, nos diálogos com os Awa, que antigamente não comiam farinha e sim *maraty* (parece batata doce do mato). Acostumaram a comer farinha e arroz com a Funai. Inclusive, na aldeia Awa, a roça coletiva fica atrás da casa do órgão indigenista, sendo a primeira criada com o objetivo inicial de habituar os Awa na prática do plantio e, posteriormente, replicar os conhecimentos em suas roças familiares.

Segundo Cardoso “Com a justificativa, que permanece no discurso da maioria dos indigenistas até hoje, de que apenas a agricultura é capaz de garantir a segurança alimentar dos indígenas e de que essa é, ou deveria ser, uma prática tradicional indígena, a Funai passou a estimular que os Awa se dedicassem cada vez mais à prática agrícola”. (Cardoso, 2019:46). Atualmente a farinha e o arroz fazem parte da dieta básica dos Awa Guajá. Contudo, como atesta Garcia “(...) não podemos afirmar que os Awá sejam algo como horticultores” (2022:57), pois, os Awa manifestam preferência considerável aos alimentos da floresta, de caça e coleta, podendo deixar todos os afazeres da roça ou compromissos com os *Karai* (não indígenas) para ir atrás de caça, frutos e mel. Forline (2008) sugere que os Awa Guajá, talvez, já tenham praticado agricultura no passado, mas as invasões de suas fronteiras e conflitos não lhes deixaram alternativas além da dispersão territorial. Outra consideração é que “podem ter sido um grupo satélite de forrageiros, invadindo as horticulturas de seus vizinhos Tupi-Guarani” (Forline, 2008:70, tradução nossa).

O cacique e professor da aldeia Awa, Tatuxa’ a Awa Guajá, durante uma atividade de Roda de Conversa sobre Saúde Mental e Bem Viver Awa¹⁰ : “a vida Awa é na mata”. Ainda, conforme explicou a liderança, os Awa ficam alegres quando andam na mata, quando conseguem caçar porcão, macaco, cotia, paca, anta entre outros animais de caça. No tempo de tirar mel, na época de verão, as crianças ficam muito alegres, assim como todo o povo, pois todos gostam muito deste alimento.

Viver bem (*Awa Ikukaty ma’a*), segundo Tatutxa’ a Awa Guajá, é também não ter o território invadido pela mineração, madeireiros, caçadores e pescadores ilegais, é ter o território protegido. Conforme análise de Forline, “a Amazônia serve de entreposto para o Brasil extrair matérias primas para exportação para outras nações” (Forline, 1997:13, tradução nossa), o que, por sua vez, vulnerabiliza os povos que vivem da floresta, principalmente porque não há políticas efetivas e eficazes para a proteção de seus territórios. Desta forma, desde os primeiros contatos dos Awa com o a sociedade do entorno e agentes do Estado, seus modos de vida vêm sofrendo significativas transformações, que perpassam, fundamentalmente pelas mudanças nos hábitos alimentares, como consequência da invasão constante de seus territórios, e que, por sua vez, interferem diretamente na saúde. Como a floresta Awa está ameaçada, mediante todo o impacto desenvolvimentista (invasão de madeireiros e mineradoras), o acesso ao

¹⁰ A atividade fez parte da Campanha de Prevenção e Controle de Doenças Endêmicas do Subprograma Saúde/Plano Básico Ambiental

alimento da floresta e os conhecimentos sobre os processos de cura e prevenção de doenças também ficam ameaçados, pois tais conhecimentos dependem dos recursos e da relação com a floresta. Os conhecimentos Awa de saúde e bem viver são produzidos e atualizados nessa relação, aliás.

Os caminhos de curar e adoecer: da mata a aldeia, da aldeia a cidade

Mihaxa'a, ancião da aldeia Awa, lembrou durante conversas sobre saúde, em 2018, que no tempo em que os Awa Guajá viviam no mato, antes do invasor chegar, a doença não passava de uma pessoa para a outra. Havia doenças como dor de cabeça, febre (Haku), dor de barriga, mas tratavam com os recursos medicinais da floresta. Com a chegada dos *Karai* (não indígenas) doenças como a gripe e a malária surgiam se espalhando rapidamente e os Awa morriam pela mata. O professor Amiri Awa Guajá, contribuindo com a tradução do Awa para o português (*Karai iha*) reforçou a fala de Mihaxa'a, explicando que no mato os grupos não viviam juntos como ocorre hoje na aldeia, desta forma, as doenças não eram transmitidas de uma pessoa para outra.

Como explica Garcia (2018) sobre o processo de aldeização dos Awa:

As aldeias, tal como experimentam hoje, são resultado de uma reengenharia social empreendida pelo contato, cujo resultado foi a reunião de diversos grupos locais anteriormente dispersos. Muitas das famílias que hoje vivem juntas não se conheciam pessoalmente antes do contato oficial. As cinco aldeias existentes foram criadas a partir desta máquina estatal de contato que marcou a ocupação da Amazônia indígena brasileira durante a ditadura militar, sobretudo no seu fim no decorrer da década de 1980, quando a maior parte dos Guajá foram contatados (Garcia, 2018, p.27)

Se a aldeia é um lugar com grandes chances de proliferação das doenças, - pela proximidade com os povoados do entorno, da estrada de ferro e, mais recentemente, com as constantes construções de casas¹¹ dentro da aldeia - a cidade é ainda mais. Os Awa Guajá costumam falar que a poeira deixa suas crianças doentes, surgindo, por vezes, os sintomas de febre, dor de cabeça, garganta irritada. Da mesma forma, quando vão à cidade – seja em reuniões, tratamento de saúde, em Santa Inês/MA e para participar do

¹¹ A partir das ações do Plano Básico Ambiental da Estrada de Ferro Carajás/VALE S.A

movimento indígena, como o Acampamento Terra Livre e Marcha das Mulheres, em Brasília/DF, geralmente costumam ter náuseas, dores de cabeça, dores de barriga. Atribuem as dores de barriga e diarreias, que se contrai na cidade, à comida dos *Karaí*, que segundo eles, é gordurosa e muito temperada. De acordo com o Agente Indígena de Saúde Awa (*Awa puhy pyhykahara*), da aldeia Tiracambu, a partir do contato com os *Karaí* desde o contato no mato, na aldeia e nas idas para a cidade eles passaram a ter também outras doenças como a pressão alta/baixa, gripe, diarreia, constante dor de cabeça, dor de estômago (*H. pylori*, úlcera, azia, gastrite), dor nas costas, dor no braço, dor nos rins, doença de pele, leishmaniose, cabeça de prego (furúnculo), dentes estragados, coceiras na pele, pneumonia, tuberculose, sarampo, malária (houve um surto logo que foram aldeados, na década de 70). Há também uma grande preocupação dos Awa com os crescentes casos de partos prematuros, que entendem ter se intensificado com a vida em aldeia¹².

Para Xipaxa'a Awa Guajá, as doenças de *karaí* (não indígenas) são transmitidas através da fumaça expelida pela boca. Uritxia Awa Guajá, da aldeia Tiracambú, contou que, na época em que pegou gripe pela primeira vez era um rapaz, e os outros que pegaram, morreram, pois naquele tempo o remédio do mato não curava esse tipo de gripe. Eram doenças que até então, os Awa desconheciam. Segundo Uritxia, os Awa não tinham doenças antes de encontrar os brancos. Relatou que, certa vez, os Awa avistaram os brancos tirando juçara (nome que os maranhenses dão ao açaí, *euterpe oleracea*). Ao se aproximarem, os brancos falaram com eles e pelo ar que saía de suas bocas os Awa já pegavam a doença (*hahykerá*).

Há também o odor como forma de transmissão de doenças, sendo este último sempre lembrado por eles durante as reuniões de saúde. Sentir certos odores pode ser fatal ou, minimamente, desequilibrar o corpo, fragilizando-o e, assim, deixando a pessoa vulnerável às doenças que chegam. A mulher gestante deve ser resguardada de cheiros considerados perigosos, como por exemplo, os pêlos queimados das caças.

Em sua tese, “Karawara: a caça e o mundo dos Awá-Guajá”, Garcia (2010) discorre sobre a relação do cheiro com o processo de adoecimento:

Assim como são sanadas, muitas dores e doenças também são transmitidas pelo odor (*katxã*) (ou fedor, *iramyhy*): uma mulher não pode sentir cheiro de vísceras (*ipia ákéra*) e do sangue de um

¹² O parto prematuro vem sendo investigado no trabalho de pesquisa de doutorado da autora sobre Gestaçã, Parto e Puerpério Awa Guajá.

veado (araphá), pois afeta a sua saúde, e mais especificamente, o seu ciclo menstrual; crianças não podem sentir o cheiro de vísceras de diversos animais recém abatidos; o fedor do gambá (ajỹ) e das vísceras do quati (kwatí) são chamados *iramyhy* (“fedorentos” ou “fedor deles”) pois possuem *mitxahy*, “fedores patogênicos”, e são próximos ao cheiro da morte. (GARCIA, 2010, p. 106)

Para os Awa Guajá muitas doenças, são trazidas pelo vento (*ha'akura*), poeira, fumaça, mau cheiro. Há também um causador de doenças denominado *Imahyhakera*, traduzido, aproximadamente, por sentimento de raiva. Viver em aldeia, andar pela cidade e povoados circunvizinhos é também estar propensos a essas doenças.

Os Awa, de modo geral, refletem que a estrada de ferro Carajás impacta de forma negativa sobre a saúde, relacionando transmissão de doenças à fumaça e à poeira disseminada na passagem constante do trem com seus minérios, extraídos da Serra dos Carajás¹³. De acordo com os Awa, essa poeira, proveniente do trem da Vale, impacta o rio Pindaré e, como consequência os peixes que costumam consumir, como o piau, surubim, sardinha, mandí, curimatá, traíra, liro, piranha. Desconfiam, inclusive, que os peixes possam estar contaminados, sendo também uma das causas dos partos prematuros. Costumam relatar que mesmo se estiverem andando no interior da floresta seus corpos são atingidos pela fumaça, bem como os animais e as plantas. Além da poluição causada pela fumaça do trem e poeiras do minério há, da mesma forma, a poluição sonora, que estressa os animais de caça, e os seres vivos, de modo geral. Em um verão recente, durante uma varrida de *kararuhua* paca (*Cuniculus paca*) em mata próxima da aldeia, que consiste na limpeza do caminho por onde o animal costuma passar, os Awa informaram alguns insucessos durante a caçaria, alegando que, devido ao barulho do trem, a paca estava fugindo para mais longe. Em conversas informais, na tentativa de compreender melhor sobre a relação do barulho do trem e a fuga das caças, os Awa relataram que em qualquer lugar dentro da T.I Caru é possível ouvir não só o som, mas também sentir o tremor do trem, sendo os animais extremamente sensíveis à poluição sonora.

¹³ A Serra dos Carajás está localizada no município de Parauapebas/PA (conhecido como capital do minério) e abriga a maior jazida de ferro explorada do mundo. Além do ferro há também a exploração do manganês, cobre, ouro e níquel, pela empresa VALE S.A, que é a maior produtora de ferro e umas das maiores mineradoras. Em 2012 a empresa foi também eleita a pior do mundo em direitos humanos e meio ambiente. Em 2015, o título de pior do mundo foi reforçado pelos desastres socioambientais de Mariana e Brumadinho. O trem, que atravessa o território Awa Guajá, percorre 861 km transportando minérios desde a Serra dos Carajás até o porto de Ponta da Madeira, em São Luís/MA.

O conceito “zona de contato”, atribuído por Mary Louise Pratt na década de 90, ajuda a compreender o processo de aldeização, como um empreendimento da colonização, onde a aldeia pode ser entendida como um “espaço dos encontros coloniais, o espaço no qual povos antes separados pela geografia e história entram em contato e estabelecem relações contínuas, sendo que estas, geralmente, envolvem condições de coação, desigualdade radical e conflito intratável” (Follér, 2005:132). No caso dos Awa Guajá, ainda que estejam encurralados pela avidez consumista da sociedade nacional, a floresta é ainda um espaço onde exercem sua autonomia na “biointeração” (Santos, 2023) com o organismo vivo que é a mata.

A aldeia Awa e Tiracambu, da Terra Indígena Caru, é essa zona de contato, esse espaço de fronteira entre o mundo da floresta e o mundo da cidade, onde as relações entre os Karáí (agentes governamentais, não governamentais, missionários, pesquisadores etc.) e os Awa são estabelecidas e essas relações, no geral, são assimétricas. Se na floresta suas casas são feitas de palmeira do babaçu - os tapiris -, na aldeia passam a ser de taipa e mais, recentemente de alvenaria ou adobe. Se na floresta, a medicina está nas árvores e na relação humanos-não humanos, na aldeia a biomedicina (ainda) se impõe como representante do processo colonizador. Se na floresta o aprendizado é um processo junto ao seu grupo familiar, um saber na prática, na aldeia os conhecimentos dos livros didáticos do Estado (em português e apenas com os conhecimentos da cidade) se reúnem através de lápis, papel e cópia de texto da lousa, em uma sala de aula (embora a escola tem se tornado uma instituição importante para os Awa na luta por seus direitos frente ao Estado Nacional). Nesse sentido, fica claro que os impactos da colonização revelam essa relação de poder assimétrica e, no sistema oficial de saúde, essa relação se mostra ainda mais evidente, principalmente porque se apresenta, com todo o seu aparato tecnológico pós-moderno, como possibilidade de sobrevivência no mundo pós contato, por deter o poder da cura de doenças que a própria colonização trouxe. Conforme reflexão de Maj-Lis Follér “a história colonial consiste em três estágios: conquista territorial, inclusão de economias periféricas em um comércio dominado pelo centro, forte influência sobre religião e cultura e o uso da ciência (leia-se biomedicina) como arma”. (2005:134).

“Muitas vezes o branco desvaloriza nosso conhecimento, mas nós somos cultura também, é diferente os conhecimentos dos pajés e parteiras”, reflete, Hajmakoma’ã, Agente Indígena de Saneamento Awa (*Awa ‘yramihy japohara*), da aldeia Tiracambu, durante um dos encontros sobre a saúde indígena. Ele expressou a insatisfação de muitos Awa, por não serem ouvidos pelas pessoas que trabalham com eles e esse “não ouvir”

passa pela descredibilização do sistema ocidental de saúde por seus conhecimentos, por suas práticas medicinais, que, por sua vez, é também um sistema médico, mas, que a medicina ocidental não reconhece.

Cardoso descreve, durante seu trabalho de campo que resultou na tese “Ariku Karai Pyry: O “ficar no meio dos brancos” para os Awa do Pindaré, MA”, a tentativa dos Awa de se fazer entender pelos profissionais de saúde da UBSI Awa, ao lecionarem sua língua para que a equipe de saúde conseguisse compreender melhor os Awa durante o atendimento de saúde. Em suas palavras: “Tatuxa'a, outra liderança, contou que vinha até mesmo dando aulas para os profissionais de saúde que atendem nas aldeias. Segundo ele, os profissionais já haviam recebido lições para poder entender e falar frases básicas, de modo que “os velhinhos, que não falam muito português, podem ir sozinhos ao posto, falar o que estão sentindo, e eles já entendem e dão o remédio.” (Cardoso, 2019:41). Com a intensa rotatividade de profissionais de saúde na aldeia Awa, é um grande desafio avançar na qualificação desses profissionais, inclusive porque leva-se um tempo necessário para que se estabeleça uma relação de confiança entre a equipe de saúde e a comunidade. Uma outra questão que merece destaque é que muitas vezes, o espaço da intermedicalidade só acontece caso o profissional de saúde, representando a biomedicina, se sensibilize. Isso ocorre tanto na esfera da atenção primária, quanto secundária e terciária de saúde.

Mesmo após 22 anos da criação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Portaria 254/2002), ainda não há espaço para as relações simétricas de poder entre os sistemas médicos indígenas e não indígena. Isso não desmerece todo o avanço na saúde indígena, como a criação dos 34 Distritos Especiais Indígenas, a contratação de equipes multidisciplinares para atuar nos Polos Bases de Saúde Indígena e toda a luta, inclusive dos movimentos indígenas, para o fortalecimento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SasiSus. Contudo, nas palavras de Jean Langdon “ainda está longe de colocar em prática um modelo de atenção diferenciada” (Langdon, 2011:1), de modo a reconhecer os sistemas médicos indígenas. Como aponta Pedrana et al “(...) o monitoramento da saúde indígena não é definido em termos interculturais: não prevê indicadores para monitorar as práticas interculturais de cuidado, nem tampouco considera a participação das comunidades indígenas na gestão, implementação e acesso aos dados” (2018:2). Mesmo na atualidade, e, por ser muito recente na história do país ter a inclusão de profissionais indígenas na posição de coordenação na Secretaria de Saúde Indígena/SESAI e nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas/DSEIs, a biomedicina

ainda se mantém hegemônica e o reconhecimento ao sistema médico Awa Guajá ainda se encontra no espaço do discurso. Importante enfatizar que, mesmo que haja avanços significativos na saúde indígena, “a biomedicina continua sendo a forma preeminente de conhecimentos médicos e de ideologia, e isso não apenas por sua eficácia curativa, mas também como resultado da expansão da economia global de mercado.” (Follér, 2005:134).

As aldeias Awa e Tiracambu, da Terra Indígena Caru, contam com a estrutura de atendimento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEIs, cada uma, com uma Unidade Básica de Saúde Indígena – UBSI e equipe multidisciplinar (EMSI): agente indígena de saúde e de saneamento básico Awa, médica, enfermeira, técnica de enfermagem, odontólogo e auxiliar de saúde bucal; Polo-base de Saúde Indígena, localizado em Santa Inês/MA e Casa de Saúde Indígena – CASAI, em São Luís/MA. A unidade hospitalar de referência na saúde indígena se localiza em Bom Jardim, município mais distante da aldeia (106 km), em relação aos municípios de Santa Inês (90 km) e Alto Alegre do Pindaré (30 km). O hospital macrorregional Tomás Martins, do município de Santa Inês/MA, de especialidade em média e alta complexidade, atende 19 municípios do Vale do Pindaré, incluindo os municípios de Bom Jardim e Alto Alegre.

Os primeiros contatos que os Awa tiveram com a cidade foi para atendimento hospitalar. Itaxi relembra sua juventude, quando saiu, pela primeira vez, do antigo Posto Indígena Awa para viajar, como acompanhante, até o hospital em Santa Inês, acrescentando que chegava ao hospital de carro e só saía de lá no retorno para a aldeia, não fazendo parada para conhecer a cidade. “Os Awa só saíam para a cidade para atendimento de saúde, no hospital. Sofriam muito para chegar até lá, muita poeira”, reforçou. Os Awa ainda hoje sofrem com o deslocamento de suas aldeias para o hospital, dizem sentir muitas náuseas na viagem de carro, que balança muito na estrada.

Certa vez, no inverno de 2022, houve um acidente ofídico na aldeia Awa e a equipe de saúde da UBSI foi acionada. Como a balsa, que faz a travessia do porto da aldeia até o lado que desemboca na estrada, estava quebrada, o carro ficou aguardando do lado da estrada. Os Awa, junto à técnica de enfermagem, levaram o paciente, que sentia muita dor, de quadriciclo, da aldeia até a beira do rio. De lá, atravessaram de canoa e seguiram de carro até o hospital mais próximo, no município de Alto Alegre. Chegando ao hospital foram informados de que não havia soro antiofídico e, por este motivo, deveriam seguir até o hospital de Bom Jardim, município de referência da T.I Caru. Percorreram então, mais 130 km, com o paciente sentindo muita dor. De lá foram

encaminhados para o hospital de Santa Inês, que, por sua vez, alegou ter acabado o estoque do soro e, por isso, o paciente teve que percorrer mais 248 km até a capital, São Luís, sendo lá atendido. Reforçamos aqui que este não é um caso isolado, sendo muito comum percursos assim com os pacientes Awa Guajá, um povo de recente contato.

Importante mencionar ainda a angústia dos familiares que ficam na aldeia sem notícia de seus parentes enfermos. Os acompanhantes, ainda que falem um pouco a língua portuguesa, muitas vezes não conseguem estabelecer comunicação com os profissionais de saúde do hospital, sentindo-se, nas palavras dos Awa “perdidos” no ambiente hospitalar. De acordo com o professor Amiria Awa Guajá, quando as pessoas saem da aldeia para ser atendido nos hospitais, os Awa pensam que vão curar, mas às vezes isso não acontece, “às vezes as crianças, as pessoas morrem e a gente fica sem entender”. Relatou ainda que, durante as estadias no hospital ficam junto com os brancos, que também estão doentes, e por isso os pacientes Awa e seus acompanhantes acabam ficando doentes também. Os mais velhos não gostam de acompanhar as pessoas doentes, cansam na espera e dormindo em cadeiras, além de não estarem acostumados com a alimentação da cidade. “Aí acaba que a pessoa fica mais doente ainda”, concluiu.

Em seguida, apresentamos o relato do Agente Indígena de Saúde, que atualmente é professor, Itaxi Awa¹⁴, na ocasião de um encontro de cantores, pajés e parteiras Awa e Guajajara, em 2019¹⁵, no município de Santa Inês, que se refere aos modos de vida Awa no “tempo do mato” e o processo saúde-doença nessa transição vida na mata – vida na aldeia. Neste relato Itaxi destaca o canto, que permeia toda a vida Awa, também como processo de cura, e das dificuldades que os Awa enfrentam na relação com o sistema ocidental de saúde.

No tempo do mato a gente cuidava do que era nosso, não usava plástico, usava taboca para tomar água, usava cesto para carregar as coisas. As coisas do karaí é coisa que não acaba, não decompõe. O nosso lixo se acaba na mata. O plástico não se acaba tão fácil e fica acumulando na aldeia. Antigamente não era aldeia que a gente morava, era diferente. Eu sou cantor também. Quando meu filho tinha gripe e febre, eu cantava também, eu canto ainda. Canto música de porcão para não sofrer, não sentir dor. Também, quando a gente vai baleiar o porcão, cantava para não sentir dor, passava três

¹⁵ Encontro realizado em outubro de 2019, no âmbito das ações desenvolvidas pelo Programa Saúde do Plano Básico Ambiental, implementado pelo Instituto Sociedade População e Natureza/ISPN.

dias cantando para não ficar doente. Hoje todo mundo fala pajé, mas cada um de nós aqui somos pajés. Hoje em dia a gente usa mais remédio do karaí, achando que vai resolver rápido, mas passa muitos dias no hospital, toma soro. A gente está esquecendo nosso remédio. A gente resolvia nossos problemas no mato, com remédio do mato. Hoje em dia tudo que acontece a gente vai para a enfermaria, não cuidamos com nosso remédio. Antigamente a comida era natural. Hoje em dia as crianças têm diarreia, febre, às vezes até morre por causa disso. No tempo do mato as crianças não ficavam doentes assim, não nasciam tossindo assim, se leva para o hospital, piora, às vezes até morre. A gente pensa que, como tem médico, a pessoa vai sair boa do hospital, mas nem sempre é assim. Parteira Awa faz um trabalho com um conhecimento igualmente do médico e da enfermeira. Com as mulheres grávidas ainda precisa de mais cuidado, mas hoje toma muito remédio do karaí. Quando a mulher está parida nem ela e nem o marido pode olhar muito longe, porque senão tem visão, se o homem olhar longe a sua mulher que vai ter a visão. Para ir longe tem que calçar sandália senão pode dar caroço no pé. Foi assim que eu aprendi, meu pai contava, minha avó contava. Na aldeia tem uns mais velhos que todo mundo leva as crianças para eles cuidarem, ele cantava as crianças, soprava, mais 3 dias a criança melhorava. Quando ele não estava na aldeia, os parentes o esperavam chegar. Tem outros parentes que tem esse conhecimento também e é muito importante não perder. A gente canta e dança ao redor das crianças para curar. A gente tem remédio próprio, mas está usando pouco, tem que usar mais. Tem remédio para dor de cabeça, para febre, mas se for coisa mais grave tem que levar para o hospital. (Itaxi Awa Guajá)

Sobre os tratamentos das doenças, como relatou Itaxi, os Awa Guajá, das aldeias Awa e Tiracambu, recorrem ao medicamento do posto de saúde quando contraem as doenças dos *Karaí*. Costumam solicitar medicamentos para dores no corpo, principalmente após árduo trabalho na roça ou nos ramais¹⁶. Não há uma regra preestabelecida para a busca do tratamento. Os profissionais de saúde, por sua vez, preocupam-se com a crescente demanda dos Awa pelo uso dos medicamentos alopáticos. Há casos em que os próprios especialistas de cura Awa resolvem a situação com suas práticas medicinais e há casos que os Awa recorrem à UBSI da aldeia, em busca de tratamento do sistema ocidental de saúde, contudo, complementando com suas práticas medicinais e empregando múltiplas tecnologias de cura: cantos de cura, remédios do

¹⁶ Abertura ou limpeza dos caminhos na mata.

mato para beber, para passar e defumar no corpo, para cheirar, para banhar, para amarrar (com tipos de embiras) pelo corpo: região abdominal, pescoço, cabeça, braço, perna, a depender dos sinais e sintomas. Há também conhecimentos da medicina Awa, como por exemplo “soprar o corpo cantando” que os Awa anseiam por fortalecimento, pois são práticas que vão ficando no “tempo dos antigos”, mas que, também, pela devastação de sua floresta e, como consequência, as mudanças nos modos de vida (impostas pela sociedade nacional), não encontram meios adequados ou eficazes para as formas de transmissão desses conhecimentos. Kamairuá e Uritxia, da aldeia Tiracambu, falaram certa vez que sabem soprar o corpo, sem fumaças e sem plantas, só cantando. Mulheres e homens podem realizar essa prática de cura. Geralmente os mais velhos. Os mais novos costumam seguir aprendendo com seus cônjuges, porém, na atualidade, como os casamentos estão se realizando entre jovens, e não mais com, pelo menos um dos cônjuges mais velho, os conhecimentos sobre os cantos estão diminuindo.

Considerações finais

Conforme artigo de Dominique Buchillet, escrito em finais da década de 80 sobre a diversidade dos sistemas médicos indígenas frente a uma medicina da colonização e pretensamente hegemônica, argumenta que “a introdução da medicina ocidental nos países em desenvolvimento não vem preencher um vazio: todas as sociedades, no mundo inteiro, dispunham de meios eficazes para enfrentar e resolver seus problemas de saúde antes da introdução e disseminação da medicina ocidental (Buchillet, 1991:243). Porém, como a medicina ocidental chega como arma de dominação no processo de colonização, junto à religião e a desapropriação territorial (Fóller, 2005) é ainda um desafio, em pleno século XXI, o reconhecimento da diversidade dos sistemas médicos indígenas no Brasil, que por sua vez, está completamente relacionado com a demarcação e a proteção de seus territórios, ameaçados frente ao avanço nocivo do capitalismo global. E, mesmo as terras demarcadas e homologadas, como o caso das Terras Indígenas Caru, Awa, Alto Turiaçu, seguem em constante ameaça com as invasões de madeireiros, mineradoras e com a tese jurídica do Marco Temporal, que prevê aos povos indígenas o direito de ocupar apenas as terras que já ocupavam a partir de 1988, desconsiderando todo o massacre e desapropriação que os povos indígenas sofreram ao longo dos 500 anos de invasão.

Frente à dura realidade imposta aos povos indígenas, no geral, e aos Awa Guajá, em particular, consideramos - como uma das propostas elencadas durante as oficinas

sobre saúde - o fortalecimento de suas medicinas relacionadas aos seus territórios. Nesse sentido discutir os itinerários terapêuticos possibilita abordar de forma mais ampliada as concepções e compreensões interculturais em torno do processo de adoecimento e de cura nos diferentes espaços geográficos, como a mata, a aldeia e a cidade.

Podemos encontrar múltiplos discursos em torno dos itinerários terapêuticos, onde nem todos os agentes se reconhecem e se complementam. Nem sempre a equipe de saúde tem conhecimento dos tratamentos endógenos adotados, nem sempre os usuários do serviço compreendem a lógica de ação dos tratamentos exógenos a que estão sendo submetidos. Há também a impressão generalizada de que o primeiro recurso é sempre o posto de saúde e o medicamento alopático, mas é possível perceber cuidados cotidianos, que nem sempre são elencados dentro dos itinerários de algumas doenças. Assim, discutir e registrar os itinerários terapêuticos possibilita a reflexão sobre as alternativas possíveis em uma mesma realidade, evidenciando que os espaços de construção da intermedicalidade e interculturalidade devem ser de via dupla, ou seja, não só um interesse e empenho dos Awa, mas também que haja o interesse e empenho da equipe multidisciplinar de saúde, sobretudo da gestão e de protocolos interculturais de atendimento na saúde indígena. A construção da interculturalidade na saúde indígena deve compreender um processo de descolonização para que se efetive um diálogo simétrico entre medicinas indígenas e ocidental. Para isso é preciso tirar a biomedicina e sua classe médica do pedestal. Conforme analisa Walsh “a interculturalidade representa uma lógica, não simplesmente um discurso, construída a partir da particularidade da diferença.” (Walsh, 2019:15). Com isso, a autora argumenta que interculturalidade não é tornar os conhecimentos híbridos, mas sugere pensar “na construção de um novo espaço epistemológico que incorpora e negocia os conhecimentos indígenas e ocidentais (2019:17).

Diante da pergunta sobre o que precisamos para construir a interculturalidade na saúde indígena, o professor Amiria Awa Guajá respondeu: “Primeiro que as instituições que trabalham com a gente conheçam e respeitem a nossa cultura. O pessoal da Secretaria de Saúde tem que reconhecer nosso remédio tradicional da mata. Hoje a gente toma remédio da cidade. Minha preocupação é como vamos melhorar o atendimento dos nossos parentes nos hospitais, para garantir o respeito aos parentes Awa Guajá e Guajajara. Eu tenho confiança de que vai melhorar para a gente, melhorar o reconhecimento da nossa cultura, dos nossos remédios tradicionais”.

Referências Bibliográficas

Berto, Flávia de Freitas. Tipologia de Articulação de Cláusulas: contribuições de um estudo sobre o Guajá. Tese. Doutorado em Linguística. Unesp/Araraquara, 2017.

Buchillet, Dominique. A questão da integração dos sistemas médicos: problema e perspectivas. Uma introdução. In: Medicina Tradicional e Medicina Ocidental na Amazônia. Belém, MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP, 1991.

Cardoso. Guilherme Ramos. Ariku Karai Pyry: O “ficar no meio dos brancos” para os Awa do Pindaré, MA. Tese. Doutorado em Antropologia. Unicamp/Campinas, 2019.

Ferreira, Luciane Ouriques. Entre discursos oficiais e vozes indígenas sobre gestação e parto no alto juruá: A emergência da medicina tradicional indígena no contexto de uma política pública. Tese de Doutorado. UFSC, 2013.

Follér, M.A. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: Langdon, E.J.; Garnelo, L. (Org). Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre a antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contracapa: Associação Brasileira de Antropologia, 2004.

Forline, Louis Carlos. Putting History Back into Historical Ecology: Some Perspectives on the Recent Human Ecology of the Amazon Basin. *Journal of Ecological Anthropology*. Vol 12, 2008.

_____. The Persistence and Cultural Transformation of the Guajá Indians: Foragers of Maranhão State, Brazil. Tese de Doutorado. University of Florida, 1997.

Garcia, Uirá. Karawara: a caça e o mundo dos Awá-Guajá. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2010.

_____. Crônicas de Caça e Criação, Editora Hedra, São Paulo, 2018.

Hernando, Almudena; Coelho, Elizabeth Maria Beserra (orgs.). Estudo sobre os Awá: Caçadores-Coletores em Transição, EDFUMA, São Luis do Maranhão, 2013.

Langdon, E. Jean. A Construção Sociocultural da Doença e seu Desafio para a Prática Médica. In: Curso de Especialização em Saúde Indígena UAB/UNIFESP, 2010/2011

Magalhães, Marina Maria Silva. Sobre a Morfologia e a Sintaxe da Língua Guajá (Família Tupi-Guarani). Tese de Doutorado. Universidade de Brasília, 2007.

Monteiro, Lirian; Furtado, Vicente. Relatórios Metodológicos. Subprograma Saúde, Plano Básico Ambiental, Instituto Sociedade População e Natureza, 2017-2019.

Pedrana L, Trad LAB, Pereira MLG, Torrenté MON, Mota SEC. Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e178. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.178>

SANTOS, Antônio Bispo dos. *A terra dá, a terra quer*. São Paulo: UBU, 2023.

Walsh, Catherine. Interculturalidade e decolonialidade do poder, um pensamento e posicionamento "outro" a partir da diferença colonial. Revista Eletrônica da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), V. 05, N. 1, Jan.-Jul., 2019.