



VI Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia

Instituto de Estudos Brasileiros, USP - 16 a 19 de maio de 2017

***Osikirip*: “especiais” Karitiana entre parentes e profissionais de saúde¹⁵**

Íris Morais Araújo¹⁶

Resumo: A comunicação tem como objetivo refletir sobre “práticas de cuidado” (Mol) voltadas aos “especiais” (*osikirip*) Karitiana. Ao mesmo tempo que são estimulados a buscar instituições não indígenas, usufruindo assim de tratamento médico e benefícios sociais específicos, tal população jamais questiona seus vínculos de parentesco com os mesmos. As “práticas de cuidado”, realizadas ao mesmo tempo por parentes e profissionais de saúde (nutricionistas, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais), nem sempre são convergentes. Essa tensão constitutiva, por sua vez, se coaduna com a maneira com que os Karitiana concebem a existência dos “especiais”, caudatária do estabelecimento de relações perenes com os não indígenas.

Palavras-chaves: “especiais” (*osikirip*) Karitiana – práticas de cuidado – pessoa ameríndia – políticas públicas

Os Karitiana, população Tupi-Arikém de 346 pessoas (mai. 2014) do sul da Amazônia, definem seus parentes “especiais” observando questões concernentes à noção de humanidade – resultado da convivialidade, que produz corpos e os relaciona por meio de afecções apropriadas – tal qual diversos autores já discutiram para outras populações ameríndias (para sínteses sobre o assunto, ver Overing, 1991, 1999). A esse respeito, Peter Gow (1997) refletiu sobre o parentesco como um sistema que requer de seus participantes os atributos da consciência – que possibilita o notar-se em meio aos outros – e da linguagem. Retomando sua etnografia com os Piro, o autor demonstra que as ações de comer, falar, aprender e conviver estão implicadas no desenvolvimento subjetivo dessa consciência.

15 Trabalho apresentado na VI Reunião de Antropologia da Ciência e Tecnologia, realizada entre 16 e 19 de maio de 2017, em São Paulo. O texto é uma versão algo revisada de parte do capítulo 1 da minha tese de doutorado (Araújo, 2014). O trabalho de campo que sustenta a reflexão foi realizado entre 2011 e 2014.

16 Professora adjunta substituta do Instituto de Saúde e Sociedade da UNIFESP (Campus Baixada Santista). Doutora em Antropologia Social pela USP.



VI Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia

Instituto de Estudos Brasileiros, USP - 16 a 19 de maio de 2017

Mas, para os Karitiana, justamente, os “especiais” não falam ou não falam direito; não sabem se alimentar ou a hora de dar de comer aos seus; não aprendem; têm acessos de raiva, sendo agressores de seus próprios parentes. Pensando nos termos de Gow (1997), a impossibilidade de essas pessoas realizarem a contento essas atividades acarreta, obrigatoriamente, na dificuldade em se perceberem como parte dessa rede de seres humanos.

Vejamos, porém, como meus anfitriões discorrem sobre tais afirmações. Eles definem os “especiais” como aqueles que não são capazes de dizer ao menos que têm fome. Alguns dos “especiais” também não se alimentam, e dependem da mãe, do pai, de uma avó ou de um irmão para fazê-lo. Há também o oposto da mesma moeda: há mulheres “especiais” que, por não saberem dar de comer aos filhos – não são capazes, portanto, de fazer o que se espera de uma mulher, que é criar (Vander Velden, 2012; Araújo, 2014) –, dependem da ajuda de outra pessoa para fazê-lo.

Ademais, os Karitiana reclamam que os “especiais” não aprendem. A referência primordial à escola – que nem todos os “especiais” chegam a frequentar –,¹⁷ porém, não é suficiente para compreender o alcance dos problemas dos “especiais”. As tarefas cotidianas, que deveriam ser realizáveis por qualquer um – como, no caso das mulheres e crianças, lavar louça no rio ou varrer a casa, ou dos homens, caçar – são difíceis para quem é “especial”. Ao não conseguirem aprender, essas pessoas não demonstram poder ter autonomia no trabalho, um valor importante no mundo ameríndio.

Cabia ao indivíduo *escolher ou não escolher* seguir as maneiras apropriadas de fazer as coisas [...] O trabalho diário era organizado de modo fluido e, assim sendo, comumente refletia os humores e preferências pessoais dos indivíduos envolvidos. [...] A comunidade afluente, para os Piaroa, era aquela que poderia levar em conta, ao nível diário, tanto a flexibilidade no horário de trabalho quanto as preferências individuais para as tarefas específicas (Overing, 1991, p. 17-18).

Notar-se como parte dessa multiplicidade de pessoas que Overing (1991) denominou “comunidade” permite, nos termos de Peter Gow (1997, p. 56), “viver bem”:

o termo significa, literalmente, “morar e não fazer mais nada”; ele se refere à tranquilidade do dia a dia da vida na aldeia, a uma vida marcada pela ausência de qualquer tristeza, insatisfação ou ressentimento que leve uma pessoa a querer se mudar.

17 Os primeiros anos de educação formal do grupo são conduzidos por um professor Karitiana, que os ensina português, língua materna e matemática. Todas as aldeias possuem escola, e, em minhas estadias em campo, pude verificar de que modo tal espaço produz relações que reverberam para fora de seu domínio. Crianças se unem – geralmente, sob supervisão de uma mãe – para os deveres de casa e adolescentes se organizam para fazer os trabalhos propostos pelos professores.



VI Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia

Instituto de Estudos Brasileiros, USP - 16 a 19 de maio de 2017

As tristezas, insatisfações ou ressentimentos as quais menciona o antropólogo são, por sua vez, inevitáveis quando se está envolto de pessoas indispostas à vida social. A raiva, que caracteriza os “especiais”, permite a forma de relação privilegiada – denominada por Eduardo Viveiros de Castro (2002a, p. 163-180) como “afinidade potencial” – com o mundo exterior,¹⁸ mas é extremamente deletéria se for a tônica do nexa entre parentes.

Todavia, ainda que não falem, não comam, não aprendam e tenham raiva, não ouvi menção de dúvida sobre o fato de os “especiais” Karitiana serem “‘parentes’, isto é, humanos” (Coelho de Souza, 2002, p. 615; ver também Gow, 1997). Nenhum Karitiana deixa de reconhecer seus vínculos com essas pessoas. O grupo nota que os “especiais” são capazes de distinguir aqueles que lhes são próximos – mãe, pai, avó, irmãos. Se não podem falar, notam fisionomias; se não conseguem ver, discernem vozes. Por isso, os Karitiana demonstram um esforço em construir um cotidiano – entendido como a valorização da socialidade, nos termos de Overing (1999, p. 85; ver também 1991) – com esse parente, mesmo que ele não disponha inteiramente das “maneiras ou de modos de ser que constituem um *habitus*” (Viveiros de Castro, 2002b, p. 380).

Todos contribuem para isso: uma mãe me explicou que aos pais cabe a tarefa de ensinar aos filhos o cuidado e a paciência que se deve ter com aqueles que são “especiais”. E pude verificar essa atenção entre as próprias crianças. Ainda no começo da pesquisa, por exemplo, num fim de tarde, uma mãe veio comentar espontaneamente, um pouco espantada, que vários meninos seguiram pela estrada, em caminhada, para observar os macacos nas copas das árvores. Eles haviam levado seu filho, que tem dificuldade para caminhar, para a brincadeira.

Assim, tais pessoas são extremamente cuidadas e incentivadas a participar das tarefas cotidianas – fazendo com que um neófito no convívio com os Karitiana tenha alguma dificuldade para notar quem são os “especiais”. Mesmo que não consiga apreender totalmente o que fala o

18 “Os Karitiana recordam que para atacar seus inimigos era preciso provocar certa disposição nos indivíduos, descrita pelo termo *pa'ira*, glosado em português como ‘bravo’, no sentido de *agressivo, pronto para o ataque* e – importante – *sedento de sangue*. Diz-se ‘*animal pa'ira*’ para aquele que efetivamente investe contra os humanos, esta pode ser tanto uma característica da espécie como a descrição do *estado* de um determinado animal que, sob certa circunstância, ataca um indivíduo. No que tange aos homens, uma condição *pa'ira* duradoura e permanente é indesejável, pois assim são pessoas antissociais, excessivamente violentas e pouco confiáveis, que recusam as boas regras da convivência alegre e produtiva da aldeia e não cultivam relações interpessoais amigáveis e harmoniosas. Mas estar *pa'ira* em certas ocasiões controladas é condição necessária para a reprodução do social, e a guerra – o *derramamento de sangue* inimigo – era uma delas: para guerrear, era preciso ‘*estar bravo*’” (Vander Velden, 2011, p. 39).



VI Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia

Instituto de Estudos Brasileiros, USP - 16 a 19 de maio de 2017

professor, alguns “especiais” seguem as aulas. Ou, que não executem bem certas tarefas, como a limpeza dos utensílios domésticos, são levados para o rio por suas mães. Ainda que não saibam a hora de começar a fazer o almoço, as mulheres “especiais” têm seus filhos. Os homens “especiais” seguem caçando, mesmo que com suas armas possam ameaçar suas famílias.

Por reconhecer a rede de relações entre os componentes do grupo, os Karitiana parecem tentar minimizar o fato de alguns de seus membros não falarem, não comerem, não aprenderem e terem raiva. Vão seguindo, procurando meios para que, ao menos, conversem mais, tenham mais apetite, sejam mais hábeis nas tarefas do dia a dia e fiquem mais tranquilos.

* * *

Dada a precariedade geral do sistema de saúde pública no Brasil, que atinge as populações indígenas de forma particularmente violenta, não é de hoje que se afirma que os Karitiana estão em situação privilegiada no acesso a serviços de saúde. Mauro Leonel e Betty Mindlin (1983, p. 50) chamavam a atenção, nos anos 1980, para o fato de que a administração do então Parque Indígena Karitiana era, provavelmente, a única a “manter fichas de controle médico e de atendimento de enfermagem em Rondônia”. Duas décadas depois, Felipe Vander Velden (2004, p. 130) constatou o bom funcionamento do atendimento à saúde oferecido aos Karitiana, operacionalizado, àquele momento, por meio de um convênio entre a Fundação Nacional de Saúde – FUNASA e a Coordenação da União das Nações e Povos Indígenas de Rondônia – CUNPIR.

Nos períodos em que estive com os Karitiana, todos posteriores à criação da SESAI, foi uma constante observar, além do trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde – AIS e Agentes Indígenas de Saneamento – AISAN, estadias, nas aldeias, de agentes de controle biológico, dentista, enfermeiro e técnicos em enfermagem. O período de permanência desses profissionais foi muito variável, a depender de vários fatores e, inclusive, da aldeia em questão. Enquanto a equipe (enfermeiro, dentista, técnicos) permanecia uma semana por mês em três das aldeias existentes entre 2011 e 2012, uma técnica trabalhava especificamente em Kyōwã durante três semanas seguidas. Em 2014, os Karitiana contavam também com uma nutricionista (que não cheguei a conhecer), além do aguardado médico cubano, já apresentado à comunidade, que iniciaria seus trabalhos em breve.



VI Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia

Instituto de Estudos Brasileiros, USP - 16 a 19 de maio de 2017

Em minhas estadias, vi o técnico em enfermagem e o AIS visitando casas, auferindo a pressão dos Karitiana, acompanhando o peso de crianças e idosos. Também presenciei equipes maiores, por exemplo, de agentes de controle biológico aplicando inseticida, ou de técnicos e enfermeiros em campanha para verificação de diabetes e aplicando vacina contra gripe e HPV. Ademais, chamou-me a atenção como os Karitiana foram cuidados de perto por tais profissionais por ocasião dos falecimentos (tanto o que acompanhei como as notícias que tive dos demais): os técnicos em enfermagem monitoravam constantemente o estado de saúde daqueles que estavam gravemente abalados.

Assim, o convívio entre os Karitiana e tais profissionais é intenso e íntimo,¹⁹ ainda que sempre tenha me parecido muito discreta a forma com que os Karitiana operam essa aproximação – preferem conversar com tais profissionais sobre eventuais problemas desacompanhados e de forma reservada. Os próprios profissionais reconhecem que toda iniciativa que foge desse padrão, como palestras sobre sexualidade, por exemplo, redundam em fracasso.²⁰

Além dos cuidados promovidos em prol da saúde no cotidiano aldeão, os enfermeiros possuem, ademais, papel central para o acesso dos Karitiana às consultas médicas – que ocorriam todas na rede pública de Porto Velho.²¹ O caminho dos “especiais” para obterem sua “aposentadoria” – com efeito, o Benefício de Prestação Continuada – BPC, que assegura ao deficiente de baixa renda o pagamento mensal de um salário mínimo –²² se inicia, justamente, com a solicitação, a um técnico

19 Tal aproximação é prenhe de consequências. A morte dos Karitiana em hospitais causa suspeita de que as enfermeiras sejam as responsáveis por tais falecimentos. No próximo capítulo, mencionaremos que o óbito de uma Karitiana, por câncer, em 2013, levantou a hipótese, da parte de seu filho, de que uma das profissionais que assistia a mãe nos seus últimos dias de vida é que a teria matado. Um amigo me contou, emocionado, que o falecimento de um de seus filhos recém-nascidos – fato ocorrido há cerca de 15 anos – só poderia ter sido por conta de algum ato da enfermeira. Internado na UTI, o pai teria burlado a vigilância dos funcionários do hospital e colocou seu dedo na boca do bebê. Percebendo que ele chupava o dedo – era, portanto, capaz de mamar –, não havia motivo para ele não ter saído do hospital com vida.

20 Rosalen (2008, *passim*) verificou a mesma norma entre os Wajãpi. Dominique Gallois (1988, p. 215) argumenta que a vergonha, para o referido grupo Tupi-Guarani, é uma das maneiras de controlar as relações de alteridade, e me parece que podemos generalizar tal sentido para os Karitiana. Alguns deles admitiram reservas, também, para conversar ao rádio com parentes que vivem em outra aldeia para falar de problemas concernentes aos “especiais”, justamente para não suscitar fofocas.

21 Ao se deslocarem para a cidade, os Karitiana dispõem, ainda, de outros meios para lidar com problemas de saúde. Adquirem medicamentos em farmácia e não descartam consultas particulares. Contudo, especificamente em relação aos “especiais”, nunca ouvi falar de atendimentos médicos, realização de exames ou outros procedimentos, tampouco o acesso a remédios, que não fossem por intermédio da SESAI.

22 A “aposentadoria” a qual os “especiais” são detentores é o Instituído pela Constituição Federal de 1988 e operacionalizado pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, “o BPC é um



VI Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia

Instituto de Estudos Brasileiros, USP - 16 a 19 de maio de 2017

ou enfermeiro, da parte do próprio “especial” ou de algum corresidente, de uma consulta com um neurologista ou neuropediatra. Os Karitiana sempre são protagonistas desse processo: os profissionais de saúde não vão à procura daqueles que poderiam ser, para a medicina, “especiais”; não há, portanto, “busca ativa”.

Nem todo Karitiana “especial” está, todavia, disposto a procurar o serviço não indígena de saúde. Tal é o caso de um dos jovens solteiros que, ao final de todas as tardes, segue para o campo de futebol com o uniforme completo de seu time favorito, do boné às chuteiras, para jogar bola com os demais parentes. Afirmaram-me que o rapaz é “especial”, justamente, porque não sabe distinguir a dor. Quando cai em campo – sua posição diletta é a de goleiro –, jamais se machuca. Pois ele se recusou a tentar o BPC. Ainda adolescente, seu pai o obrigou a ir ao médico que poderia diagnosticar sua condição. Contudo, na consulta, o rapaz disse que não queria “se aposentar”, afinal, não era velho. Em função da recusa do filho – respeitada pelo médico –, e para desgosto do pai, o processo foi finalizado nessa primeira consulta.

A maior parte daqueles entendidos como “especiais”, contudo, considera relevante realizar esse processo. Não sei dizer como os Karitiana percebem sua duração, que, ao menos das notícias de alguns dos meus anfitriões que o pleiteavam, demora alguns anos para ser concluído. Nos meus primeiros dias de campo, chegou a notícia de que uma das crianças Karitiana tinha sido diagnosticada como “especial”; e na minha última visita, em maio de 2014, ela havia passado a receber o BPC há poucos meses. Outra “especial”, uma mulher adulta, realizou suas primeiras consultas médicas em 2012, e, em maio de 2014, eu a encontrei na Casa de Saúde Indígena – CASAI de Porto Velho, logo após ela ter feito o exame de ressonância magnética solicitado pelo neurologista.

benefício da Política de Assistência Social, que integra a Proteção Social Básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS e para acessá-lo não é necessário ter contribuído com a Previdência Social. É um benefício *individual, não vitalício e intransferível*, que assegura a transferência mensal de 1 (um) salário mínimo ao idoso, com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Em ambos os casos, devem comprovar não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem tê-lo provido por sua família. A renda mensal familiar *per capita* deve ser inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo vigente” (MDS, s.d.).



VI Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia

Instituto de Estudos Brasileiros, USP - 16 a 19 de maio de 2017

Após o agendamento, a data da consulta é informada via rádio por algum enfermeiro lotado na CASAI, na véspera do procedimento. Assim, o paciente e seu acompanhante aguardam o carro que os levará à cidade, geralmente, um dia antes do atendimento. Alojados na casa de apoio, onde realizam refeições e dormem, outro veículo leva o paciente e seu acompanhante até o médico.

Da consulta, o paciente sai com a solicitação de exames de eletroencefalograma e ressonância magnética que, novamente, são marcados pelos enfermeiros e demora alguns meses até serem realizados. O procedimento é o mesmo: o enfermeiro avisa de véspera que o exame ocorrerá e que um carro será disponibilizado para que o paciente e seu acompanhante possam estar presentes – finalmente, o “especial” “irá entrar no tubo” (os Karitiana associam a descoberta pela medicina do fato de serem “especiais”, particularmente, em função do exame de ressonância magnética). Com as provas prontas, outra consulta é marcada. A depender do resultado dos exames e do diagnóstico, o paciente passa a realizar um tratamento contínuo.

Há aqueles que, desde o ponto de vista médico, acabam não sendo diagnosticados como deficientes. Se os doutores não reafirmam que tal parente é “especial”, porém, o grupo não abandona a sua verdade. Na maior parte das vezes, de fato, a medicina tem reiterado a percepção Karitiana. Como me disse uma amiga, “os médicos comprovam o que a comunidade já sabe”. Aos diagnosticados nesse processo, ficam previstos retornos regulares ao médico –²³ eventualmente, a outros profissionais de saúde, como fisioterapeutas –,²⁴ além da realização de tratamento com medicamentos. Os “especiais” de até 12 anos também passam a receber uma cesta básica. Tal medida visa controlar possíveis casos de baixo peso e desnutrição infantil.²⁵

Evidentemente, na prática, todos esses procedimentos descritos estão passíveis de imponderáveis. Alguns que presenciei, envolvendo ou não aqueles considerados “especiais”: o

23 Dentre as mães que têm filhos “especiais” com quem conversei, apenas uma delas soube me dizer que seu filho retornava ao médico, em 2012, de três em três meses e, em 2014, de seis em seis meses. As demais se fiavam nos avisos dos profissionais da SESAI pelo rádio.

24 Em momentos distintos da minha pesquisa, soube de duas crianças “especiais” que foram submetidas a tratamento fisioterapêutico. Enquanto uma delas apenas se consultou com o profissional, que ensinou sua mãe a realizar uma série de exercícios para o desenvolvimento físico da criança, a outra passou a frequentar sessões de fisioterapia, na cidade, três vezes na semana.

25 Todas as crianças de até 5 anos também recebem uma cesta básica. Em entrevista com a profissional de saúde responsável pela equipe de saúde em área, a enfermeira me disse que a decisão por distribuir cestas para todas as famílias com crianças pequenas ocorreu porque as mães deixavam seus filhos com baixo peso para terem acesso ao farnel. Com a distribuição geral, isso não ocorre mais.



VI Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia

Instituto de Estudos Brasileiros, USP - 16 a 19 de maio de 2017

paciente já se encontrava na cidade; o responsável designado pela família para acompanhar o “especial” viver em uma aldeia e o paciente, em outra; o rádio estar quebrado ou o recado não chegar àquele que deveria recebê-lo; o carro não estar na aldeia na hora acordada, ou o paciente preferir deslocar-se em veículo próprio e acontecerem desencontros; ou, por motivos dos mais diversos, o paciente se recusar a ir até a cidade.

Os Karitiana também se queixam bastante de permanecer na CASAI, não importa se por pouco ou muito tempo.²⁶ Reclamam do calor, do fato de ficarem parados e não terem para onde ir. Sempre que possível, tentam se deslocar a pé para a FUNAI, local em que possuem mais liberdade, no centro de Porto Velho. Em 2014, passaram a lamentar, também, a superlotação da casa de apoio em função da transferência do polo-base de Humaitá (AM) para a capital rondoniense, por conta do trágico incêndio na CASAI da referida cidade, ocorrido no final de 2013, e de outras ações de ódio realizadas contra os Tenharim.

Os fármacos são fornecidos pela SESAI e encaminhados mensalmente, dentro de envelopes identificados com o nome do paciente, pelos técnicos em enfermagem que trabalham nas aldeias, que distribuem, também, para os “especiais” de até 12 anos, a cesta básica a que têm direito. Não são apenas os “especiais” que têm acesso aos medicamentos dessa maneira. Recebem-nos, da mesma forma, os que possuem outros problemas de saúde, como pressão alta, por exemplo. “Remédios controlados” não são, portanto, sinônimo de medicamento psicotrópico; para os Karitiana, são aqueles que os profissionais entregam em um envelope para o Karitiana consumir de acordo com a recomendação médica.

Novamente, ressalto que não é tarefa óbvia fazer chegarem ao destinatário os remédios e a cesta básica. Uma cena me marcou bastante. Da varanda da casa da FUNAI, que oferece visão privilegiada do pátio da Aldeia Central, avistei duas caminhonetes em direções opostas, aproximando-se uma da outra bem à minha frente. Em meio ao movimento de convergência entre os veículos, o que vinha de Porto Velho – que, logo pude perceber, trazia uma equipe da SESAI – parou, e dele desceu, rapidamente, uma das técnicas em enfermagem. Esbaforida, com um pacote à mão, a

26 E se aborrecem também quando não são bem tratados pelo médico que os atende. Não ouvi nenhuma reclamação de neurologistas ou neuropediatras que atendem os “especiais”, mas outros Karitiana que realizam tratamentos contínuos de saúde diversos me contaram tanto que não conseguiram entender o que, de fato, o médico dizia a eles como a falta de educação ou atenção do referido profissional.



VI Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia

Instituto de Estudos Brasileiros, USP - 16 a 19 de maio de 2017

profissional saiu correndo em direção ao outro carro, que abrigava uma família de partida para outra aldeia. Conversou com alguém de dentro do veículo (que não consegui distinguir) e aguardou. Logo em seguida, a técnica retornou ao seu lugar, enquanto o carro Karitiana prosseguiu viagem. Assim que possível, fui tentar descobrir o motivo de tamanha urgência. A enfermeira, responsável por trazer à aldeia os remédios controlados, não poderia deixar de entregar o lote que cabia ao filho “especial” daquele casal. Caso houvesse um desencontro, outro veículo da SESAI teria de ser mobilizado para que a entrega fosse feita, ou, muito pior, o rapaz ficaria sem os comprimidos. Portanto, a profissional se apressou para os entregar à sua mãe.

Embora lamentem que os remédios receitados pelos médicos não façam com que o “especial” saia dessa condição, os Karitiana veem como imprescindível o uso desses medicamentos por essas pessoas. Abduco, porém, de designar os remédios que consomem, cuja informação obtive especialmente por intermédio das mães, tendo à mão as cartelas de remédios ou (raramente) as receitas. Considerarei a tarefa complicada do ponto de vista ético, uma vez que não obtive o diagnóstico médico que baseou a indicação de tal ou qual substância. Ademais, os Karitiana não partem dos medicamentos que consomem ou do diagnóstico médico para refletir sobre os “especiais”. Assim, tomo partido de que os medicamentos não possuem realidade última. Nos termos de Philippe Pignarre (1999, p. 134), “os objetos não bastam para estabilizar: para tanto é preciso acrescentar o social ao biológico”: as relações sociais construídas em torno da substância garantem sua eficácia (Pignarre, 1999).

O autor questiona fortemente a construção em torno do medicamento como um resultado da evolução científica. Em seus termos,

temos que abandonar a ideia de que as “neurociências” partem da “ciência fundamental” em direção à “ciência aplicada”, permitindo um melhor conhecimento do cérebro e nos fazendo passar do período pré-científico à era da “Ciência”. Isto não descreve, em absoluto, o que aconteceu, e nós continuamos a ser, frequentemente, espectadores impotentes (Pignarre, 2012, p. 141).

Pignarre conclama os pacientes a se tornarem “atores da invenção e da prescrição. Seus saberes coletivos sobre o que fazem os psicotrópicos permitirão fazer progredir a medição enfim revelada da subjetividade” (Pignarre, 2012, p. 144).

Mais importante que nomear os medicamentos é, portanto, verificar as relações que eles estabelecem. Todos os Karitiana notam uma melhora significativa naqueles que passam a consumir essas substâncias: ficam mais calmos, mais falantes, passam a aprender mais, a comer com mais



VI Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia

Instituto de Estudos Brasileiros, USP - 16 a 19 de maio de 2017

apetite. Em outros termos, os remédios minimizam os problemas que se verificam naqueles que são “especiais”, como o fato de eles não saberem falar, comer, terem dificuldade para aprender e de apresentarem ataques de raiva.

Isso não significa que os Karitiana acatem toda recomendação médica sem hesitar. Uma mãe me contou que o médico lhe recomendou restringir o consumo de carne pelo filho. Contudo, mesmo assim, ela dá um pouco do alimento ao filho, pois ele o pede. Dois cuidadores admitiram, também, que os “especiais” pelos quais eles são responsáveis não usam os remédios tal qual a orientação profissional. Um deles afirmou que certo medicamento fazia o “especial” dormir o dia inteiro. Outro cuidador sugeriu que o “especial” só toma seu comprimido noturno quando nota que, sem a substância, passará a noite em claro.

Obtendo o diagnóstico médico de que é “especial”, o Karitiana sai igualmente com o laudo que o permite pleitear o Benefício de Prestação Continuada – BPC. O acesso a bens de consumo exógenos, por meio dos sistemas de saúde não indígenas – dos quais os medicamentos também fazem parte, aliás, desde os tempos dos primeiros contatos com os seringueiros –, já foi estabelecido em estudos como o de Buchillet (2002, p. 130), no qual a antropóloga ressalta que, para os Desana, a gripe, a varíola e o sarampo estão relacionados aos não indígenas e seus objetos manufaturados.

Nem todos os pacientes usufruem, todavia, do benefício. Ouvi falar de uma criança cuja família não pôde solicitá-lo por problemas com a documentação pessoal. A mãe de outra criança que teve o pedido negado garantiu que o INSS errou. Ela entrou com uma ação no Ministério Público Federal de Rondônia, tentando requerer, dessa forma, o benefício para o filho.

Com efeito, para os Karitiana, todo “especial”, independentemente do trabalho dos demais membros da família, tem direito ao BPC e, mais, deve gerir o benefício conforme suas necessidades e interesses. Se a família precisa do dinheiro para outros motivos, como comprar comida, deve negociar e explicar para o “especial” o motivo do uso do dinheiro para outro fim – sob pena, inclusive, de o beneficiário ficar com raiva de seus familiares. Crianças e mulheres consomem alimentos, roupas, brinquedos, utensílios domésticos, móveis e eletrodomésticos. Os homens, além desses bens, utilizam o BPC também para frequentar as prostitutas da cidade. Todos esses modos de gastar a “aposentadoria” são, assim como os remédios, maneiras de minorar a condição de “especiais”.

É assim que tais Karitiana estabelecem relações específicas com instâncias não indígenas que os lega, além da prática terapêutica, o acesso a bens de consumo. Remédio e dinheiro são tomados



VI Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia

Instituto de Estudos Brasileiros, USP - 16 a 19 de maio de 2017

como meios que aproximam os “especiais” dos ideais de humanidade e convivialidade que, segundo Overing (1991, 1999), devem reger as relações entre parentes.

Referências bibliográficas:

- ARAÚJO, Íris Morais. 2014. *Osikirip: os “especiais” Karitiana e a noção de pessoa ameríndia*. Tese de Doutorado em Antropologia Social. São Paulo: FFLCH-USP.
- BUCHILLET, Dominique. 2002. Contas de vidro, enfeites de branco e potes de malária: epidemiologia e representação de doenças infecciosas entre os Desana do Alto Rio Negro. In: ALBERT, Bruce & RAMOS, Alcida (orgs.). *Pacificando o branco: cosmologias do contato no Norte-Amazônico*. São Paulo: Ed. UNESP/Imprensa Oficial, p. 113-142.
- COELHO DE SOUZA, Marcela. 2002. *O traço e o círculo: o conceito de parentesco entre os Jê e seus antropólogos*. Tese de Doutorado em Antropologia Social. Rio de Janeiro: MN-UFRJ.
- GALLOIS, Dominique. 1988. *O movimento na cosmologia Wajãpi: criação, expansão e transformação do universo*. Tese de Doutorado em Antropologia Social. São Paulo: FFLCH-USP.
- GOW, Peter. 1997. O parentesco como consciência humana: o caso dos Piro. *Mana: Estudos de Antropologia Social*, v. 3, n. 2, p. 39-65.
- LEONEL, Mauro & MINDLIN, Betty. 1983. *Relatório de avaliação da situação da comunidade Karitiana*. Brasília: Ministério do Interior-SUDECO/FIPE.
- MDS. s.d. Benefício de Prestação Continuada. <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais/bpc>, 15 mai. 2012.
- OVERING, Joanna. 1991. A estética da produção: o senso de comunidade entre os Cubeo e os Piaroa. *Revista de Antropologia*, n. 34, p. 7-33.
- _____. 1999. Elogio do cotidiano: a confiança e a arte da vida social em uma comunidade amazônica. *Mana: Estudos de Antropologia Social*, v. 5, n. 1, p. 81-107.
- PIGNARRE, Philippe. 1999. *O que é o medicamento? Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade*. São Paulo: Ed. 34.
- _____. 2012. A revolução dos antidepressivos e a medida. *R@U: Revista de Antropologia da UFSCar*, v. 4, n. 1, p. 140-145.
- ROSALEN, Juliana. 2008. *Aproximações à temática das DST junto aos Wajãpi do Amapari*. São Paulo: Serviço de Comunicação Social-FFLCH-USP.



VI Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia

Instituto de Estudos Brasileiros, USP - 16 a 19 de maio de 2017

VANDER VELDEN, Felipe Ferreira. 2004. *Por onde o sangue circula: os Karitiana e a intervenção biomédica*. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social. Campinas: IFCH-UNICAMP.

_____. 2011. Banhos de sangue: relatos Karitiána de guerras, canibalismo e troféus humanos. In: CABRAL, Ana Suely Arruda Câmara; RODRIGUES, Aryon Dall'Igna; LOPES, Jorge Domingues & JULIÃO, Maria Risolêta Silva (orgs.). *Línguas e culturas Tupi: volume 3 / Línguas e culturas Macro-Jê: volume 2*. Campinas/Brasília: Curt Nimuendajú/LALI-UNB, p. 27-58.

_____. 2012. *Inquietas companhias: sobre os animais de criação entre os Karitiana*. São Paulo: Alameda.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. 2002a. O problema da afinidade na Amazônia. In: *A inconstância da alma selvagem e outros ensaios de antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, p. 87-180.

_____. 2002b. Perspectivismo e multinaturalismo na América indígena. In: *A inconstância da alma selvagem e outros ensaios de antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, p. 345-399.