

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**

**ENTENDIMENTOS, PRÁTICAS E CONTEXTOS
SOCIOPOLÍTICOS DO USO DE MEDICAMENTOS ENTRE
OS *KAINGÁNG* (TERRA INDÍGENA XAPECÓ, SANTA
CATARINA, BRASIL)**

ELIANA ELISABETH DIEHL

RIO DE JANEIRO

2001

**TESE DE DOUTORADO APRESENTADA À COORDENAÇÃO DE PÓS
GRADUAÇÃO DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA PARA OBTENÇÃO
DO TÍTULO DE DOUTOR EM SAÚDE PÚBLICA**

ORIENTADORES

**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
PROFESSOR DOUTOR RICARDO VENTURA SANTOS
PROFESSOR DOUTOR CARLOS EVERALDO ÁLVARES COIMBRA JUNIOR**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROFESSORA DOUTORA ESTHER JEAN LANGDON**

Catálogo na fonte

Centro de Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

D559e Diehl, Eliana Elisabeth

Entendimentos, práticas e contextos sociopolíticos do uso de medicamentos entre os *Kaingáng* (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil). / Eliana Elisabeth Diehl. — Rio de Janeiro : s.n., 2001.

230p., ilus., tab., graf., mapas

Orientador: Santos, Ricardo Ventura

Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública.

1. Índios sul-americanos. 2. Serviços de saúde. 3. Hábitos de consumo de medicamentos. 4. Antropologia.

CDD - 20.ed. – 980.41

"...enfim, só o revisor aprendeu que o trabalho de emendar é o único que nunca se acabará no mundo..."

José Saramago, *História do Cerco de Lisboa*.

Aos Kaingáng

*Aos meus pais Vitor e Antônia e minha avó Hilda (in
memoriam)*

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que apoiou a realização do curso através de uma bolsa de estudos.

À Organização Panamericana da Saúde (OPAS), que viabilizou financeiramente o trabalho de campo, através de seu *Programa de Subvenciones para Tesis de Postgrado en Salud Pública*. Em especial, manifesto a minha gratidão à Ms. Suzanna Stephens, do programa de subvenções, por sua atenção, paciência e dedicação.

Ao Programa de Apoio à Pesquisa Estratégica em Saúde (PAPES), da Fundação Oswaldo Cruz, pelo apoio financeiro.

À Fundação Nacional do Índio (Funai), tanto em Brasília, através da Coordenadora Geral de Estudos e Pesquisas Mari N. Baiocchi, como na Administração Regional de Chapecó, nas pessoas do Irani e do cacique Orides, pela rápida autorização da pesquisa e da entrada na Terra Indígena.

À Universidade Federal de Santa Catarina, que sempre apoiou minhas demandas e incentivou a minha formação.

Aos colegas e amigos do Departamento de Ciências Farmacêuticas, que “seguraram as pontas” nesse período em que estive afastada.

À Escola Nacional de Saúde Pública, que me faz sentir orgulho de ser filha da casa, e aos seus professores, que compartilharam conhecimentos, tornando esse trabalho menos árduo e possibilitando trabalhos futuros.

Ao pessoal do Departamento de Endemias, particularmente Carla, Amâncio, Luciene e Cristiano, pela amigável convivência e que nos apuros sempre me deu atenção.

À equipe da Secretaria Acadêmica, por sua eficiência e cortesia no trato pessoal.

À Beth, Sheila e Maria, que sempre me abriram as portas do Museu do Índio, Rio de Janeiro.

Aos Professores Aduino, Beth, Diana, Kimiye, Rosely e Regina, que gentilmente dedicaram uma parte de seus preciosos tempos para avaliar esse trabalho.

À comunidade de Ipuaçu, que me tratou com carinho durante toda a minha estadia na cidade.

À equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Ipuaçu, em especial Elenir, Rosa, Iracema, Nelícima, Marinês, Iva, Celso, Neri e Sueli, que tão gentilmente me receberam em seu local de trabalho.

Ao Gilberto, Flávia, Marli, Pita, Márcio e Ben Hur, colegas profissionais que se propuseram a trabalhar em um contexto para o qual não somos preparados. Admiro neles a coragem.

À Dona Irma, Dona Adelaide, Irmã Delminda e Irmã Anita, pelas horas agradáveis de prosa.

Aos agentes indígenas de saúde Maria, Alexandre, Márcia e Petrolinda, companheiros que me mostraram alguns caminhos para entender a realidade em que vivem.

Aos amigos com os quais convivi na “Enfermaria”, especialmente Carolina, Rondon, Loreni, Vilmar, Mari, Rosana e Neusa, que igualmente me ajudaram a compreender muito do que exponho aqui. A eles, também dedico esse trabalho.

Aos meus orientadores Ricardo, Jean e Carlos, sempre presentes, que me conduziram com equilíbrio e tranquilidade. Sinto-me privilegiada em tê-los como mestres e amigos.

Aos *Kaingáng* da Terra Indígena Xapecó, com quem há alguns anos tanto tenho aprendido sobre a vida, sobre lutas e que, mesmo em condições adversas, mantêm o riso.

Ao meu pai e minha mãe, meus irmãos, minhas cunhadas e sobrinhos queridos, que sempre estão comigo, torcendo pelas conquistas, amparando nos momentos difíceis e cujo carinho me dá a solidez interna necessária para agüentar as inúmeras viagens, as saudades.

RESUMO

Os medicamentos são possivelmente a tecnologia biomédica mais difundida no mundo, sendo demandados e utilizados pelas mais diversas populações. Esse trabalho investiga questões que envolvem o uso e os entendimentos que os índios *Kaingáng* da Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, têm a respeito dos medicamentos. Para o desenvolvimento da pesquisa (realizada de setembro de 1999 a fevereiro de 2000), utilizou-se a perspectiva da antropologia médica, em especial da antropologia farmacêutica, que é uma abordagem voltada para o estudo de medicamentos em contextos locais, analisando essa tecnologia como um fenômeno cultural e social e não somente como pertencente aos domínios da farmacologia e bioquímica. Através de métodos antropológicos e epidemiológicos, buscou-se levantar dados sobre os diferentes setores que fazem parte dos sistemas de saúde atuantes entre os *Kaingáng*. Além disso, procurou-se examinar o tema à luz da recém implantada política de assistência à saúde para os povos indígenas, baseada no modelo diferenciado de atenção e nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). A precariedade em que vive a maioria da população da aldeia Sede caracteriza-se por moradias inadequadas e pela falta de sistema de esgoto e de abastecimento de água, bem como de um tratamento adequado ao lixo. As doenças infecto-parasitárias nas crianças de 0 a 14 anos foram o principal motivo de consulta na “Enfermaria” da aldeia Sede. A análise das prescrições médicas, da dispensação sem receita pelos atendentes/auxiliares de enfermagem e da “farmácia caseira” – os medicamentos encontrados nos domicílios *Kaingáng* – revelou que alguns grupos terapêuticos se sobressaem, entre eles os antibacterianos, os analgésicos não opióides, os antiparasitários, os ansiolíticos e os anticonvulsivantes. A pluralidade de opções terapêuticas disponíveis aos *Kaingáng* permite a busca de diferentes recursos de cuidado, cujo comportamento é influenciado pela maneira como os sistemas e setores de saúde estão organizados e interagindo, bem como pelos conhecimentos, crenças, valores e práticas específicos a esse grupo indígena. Os dados desse trabalho confirmam que não há uma medicina essencial, independente da história de interação entre diferentes culturas. Pensar a questão dos medicamentos no modelo diferenciado de atenção à saúde indígena permanece um desafio a ser superado.

Palavras-chave: Índios *Kaingáng*; Saúde Indígena; Serviços de Saúde; Medicamentos; Antropologia Farmacêutica.

ABSTRACT

Industrialized medicines are possibly the most widespread biomedical technology in the world, demanded and used by the most diverse human populations. This dissertation investigates the issues involved in the ways in which the *Kaingáng* Indians, of the Xapecó Indian Area in Santa Catarina, Brazil, perceive and use these medicines. The fieldwork (from September 1999 to February 2000) was conducted from the perspective of medical anthropology, particularly that of pharmaceutical anthropology, which studies medicines in local contexts, analyzing this technology as a cultural and social phenomenon and not belonging only to the fields of pharmacology and biochemistry. Through anthropological and epidemiological methods, an attempt was made to collect data about the different health alternatives that make up the health system. Moreover, the use of medicines by the *Kaingáng* was discussed in light of the recently established policy of health assistance for Indian populations in Brazil, based on a model of differentiated assistance and on the Special Indian Health Districts (Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI). The precarious situation in which most of the population of the main village live is characterized by inadequate housing and the lack of a sewerage system and water supply, as well as an adequate treatment of garbage. Infectious and parasitic diseases in children up to 14 years old were the main cause of consultation in the "Infirmery" in the main village. The analysis of medical prescriptions issued, of the medications distributed without prescription, by the attendants/assistants in the "Infirmery" and of the medicines found in the "home pharmacies" in the *Kaingáng* houses, showed the predominance of certain therapeutic groups, among them the antibacterials, non-opioid analgesics, anthelmintics, anxiolytics and antiepileptics. The plurality of therapeutic options permits the *Kaingáng* to search for different health care resources. Their choices are influenced by the manner in which the health systems and sectors are organized and interacting, as well as by their specific knowledge, beliefs, values and practices. It is argued that there is not an essential medical practice, independent of the history of interaction among different groups. The issue of the use of medicines in the model of differentiated attention for Indian populations remains a challenge yet to be resolved.

Key-words: *Kaingáng* Indians; Indigenous Health; Health Services; Medicines; Pharmaceutical Anthropology.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 A proposta teórica de Arthur Kleinman – Sistemas de Saúde.....	3
1.2 O pluralismo.....	7
1.2.1 O pluralismo e os medicamentos.....	9
1.3 A perspectiva local, os medicamentos e a saúde indígena no Brasil.....	10
1.4 Entre a Farmácia e a Antropologia.....	15
1.5 Estrutura da tese.....	19
2 Os <i>KAINGÁNG</i>	22
2.1 Alguns dados etnográficos.....	22
2.2 Breve história do contato e a Terra Indígena Xapecó.....	27
2.3 A nova configuração geográfica e demográfica da região da T.I. Xapecó.....	32
3 ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDÍGENA: MACRO- E MICRO-CONTEXTOS.....	41
3.1 A prestação de assistência à saúde indígena no oeste de Santa Catarina.....	44
3.1.1 Antes do DSEI Interior Sul.....	44
3.1.2 O DSEI Interior Sul.....	48
3.2 A “Enfermaria” da aldeia Sede, T.I. Xapecó – setembro de 1999 a fevereiro de 2000.....	55
3.2.1 A Estrutura.....	55
3.2.2 A aquisição dos medicamentos e outros insumos.....	61
3.2.3 O contexto da prestação de serviço à comunidade <i>Kaingáng</i>	62
3.2.4 A prestação de serviços: os medicamentos.....	68
4 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA ALDEIA SEDE E AGRAVOS NA SAÚDE <i>KAINGÁNG</i>	70
4.1 A aldeia Sede (T.I. Xapecó): dados sociodemográficos.....	72
4.2 As consultas médicas: análise dos prontuários.....	78
5 OS REMÉDIOS: O SETOR POPULAR DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	87
5.1 Os especialistas nativos em cura.....	92
5.1.1 <i>Kujà</i>	92
5.1.2 Curador/Curandeira.....	93
5.1.3 Remedieiras (benzedadeiras).....	94

5.2 Algumas noções relacionadas à saúde <i>Kaingáng</i>	95
5.2.1 Força.....	95
5.2.2 Dieta.....	97
5.3 Remédio do mato e remédio da farmácia.....	98
5.4 Percepções sobre remédios e medicamentos.....	104
6 OS MEDICAMENTOS: OS SETORES PROFISSIONAL E FAMILIAR DE SAÚDE.....	106
6.1 As prescrições médicas.....	108
6.2 Dispensação sem prescrição médica.....	111
6.3 A “farmácia caseira” <i>Kaingáng</i>	112
6.4 Demandas dos usuários.....	116
6.4.1 Os antibióticos.....	119
6.4.2 A febre da dipirona.....	122
6.4.3 Outros medicamentos.....	125
6.4.4 Controlar o que?.....	128
6.5 Eficácia.....	134
6.5.1 Aderência.....	139
6.6 Automedicação.....	148
6.6.1 A “Enfermaria”.....	151
6.6.2 Os outros locais.....	156
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	162
8 REFERÊNCIAS.....	175
ANEXOS.....	188

LISTA DE FIGURAS

2 Os *KAINGÁNG*

2.1	Croqui da Terra Indígena Xaçecó, Ipuçu, Santa Catarina.....	35
-----	---	----

3 ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDÍGENA: MACRO- E MICRO-CONTEXTOS

3.1	Percentual de recursos federais do SUS repassados ao município de Ipuçu (jan.1999-fev.2000) para a assistência à população indígena da T.I. Xaçecó (convênio DSEI Interior Sul), cuja área encontra-se nesse município.....	52
3.2	Percentual de recursos federais do SUS repassados ao município de Entre Rios (jan.1999-fev.2000) para a assistência à população indígena da T.I. Xaçecó (convênio DSEI Interior Sul), cuja área encontra-se nesse município...	53

4 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA ALDEIA SEDE E AGRAVOS NA SAÚDE *KAINGÁNG*

4.1	Croqui da Aldeia Sede, Terra Indígena Xaçecó, Santa Catarina.....	71
4.2	Pirâmide populacional dos <i>Kaingáng</i> da aldeia Sede (T.I. Xaçecó, SC), outubro-novembro de 1999.....	73
4.3	Número de indivíduos por faixa etária e gênero atendidos pelo médico A, setembro de 1999.....	79
4.4	Classificação das morbidades nos grandes grupos (CID-10) para o médico A, setembro de 1999.....	80
4.5	Número de indivíduos por faixa etária e gênero atendidos pelo médico B, setembro de 1999.....	81
4.6	Classificação das morbidades nos grandes grupos (CID-10) para o médico B, setembro de 1999.....	82

6 OS MEDICAMENTOS: OS SETORES PROFISSIONAL E FAMILIAR DE SAÚDE

6.1	Percentual dos 9 grupos farmacológicos (n total = 26) mais prescritos pelo médico A, setembro de 1999 (T.I. Xaçecó, SC).....	109
6.2	Percentual dos 9 grupos farmacológicos (n total = 20) mais prescritos pelo médico B, setembro de 1999 (T.I. Xaçecó, SC).....	110

6.3	Percentual dos 9 grupos farmacológicos (n total = 19) mais dispensados pela enfermeira e auxiliares/atendentes, 15.setembro – 16.outubro.1999 (T.I. Xapecó, SC).....	112
6.4	Percentual dos 12 principais grupos farmacológicos (n total = 41) mais encontrados nas casas <i>Kaingáng</i> da aldeia Sede (T.I. Xapecó, SC), outubro-novembro de 1999.....	114

LISTA DE MAPAS

2 Os *KAINGÁNG*

2.1	Localização das Terras Indígenas <i>Kaingáng</i> , Brasil.....	28
2.2	Região do Alto Irani, Santa Catarina.....	33

3 ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDÍGENA: MACRO- E MICRO-CONTEXTOS

3.1	Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil, 2000.....	44
3.2	Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul.....	49

LISTA DE TABELAS

4 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA ALDEIA SEDE E AGRAVOS NA SAÚDE *KAINGÁNG*

4.1	Nível de escolaridade na aldeia Sede (T.I. Xapecó), outubro-novembro de 1999.....	74
4.2	Principais ocupações e/ou fontes de renda dos <i>Kaingáng</i> (com 15 ou mais anos) da aldeia Sede (T.I. Xapecó), outubro-novembro de 1999.....	75

6 OS MEDICAMENTOS: OS SETORES PROFISSIONAL E FAMILIAR DE SAÚDE

6.1	Especialidades mais observadas nas casas <i>Kaingáng</i> da aldeia Sede (T.I. Xapecó, SC), outubro-novembro de 1999.....	113
6.2	Fármacos mais observados nas casas <i>Kaingáng</i> da aldeia Sede (T.I. Xapecó, SC), outubro-novembro de 1999.....	114
6.3	Quem receitou os medicamentos encontrados nas casas <i>Kaingáng</i> da aldeia Sede (T.I. Xapecó, SC), outubro-novembro de 1999.....	115
6.4	Medicamentos que contêm substâncias sujeitas a controle especial (Portaria n. 344/1998/SVS/MS), encontrados nas casas <i>Kaingáng</i> da aldeia Sede (T.I.Xapecó, SC), outubro-novembro de 1999.....	129
6.5	Formas farmacêuticas dos medicamentos encontrados nas casas <i>Kaingáng</i> da aldeia Sede (T.I. Xapecó), outubro-novembro de 1999.....	145
6.6	Principais laboratórios farmacêuticos fabricantes (n total = 107) dos medicamentos encontrados nas casas <i>Kaingáng</i> da aldeia Sede (T.I.Xapecó, SC), outubro-novembro de 1999.....	147
6.7	Locais de aquisição dos medicamentos encontrados nas casas <i>Kaingáng</i> da aldeia Sede (T.I. Xapecó, SC), outubro-novembro de 1999.....	151
6.8	Número de vezes que os antibacterianos foram dispensados, sem prescrição médica, em quantidades inferiores ao indicado farmacologicamente, 15.setembro – 16.outubro.1999 (T.I. Xapecó, SC).....	156
6.9	Estabelecimentos farmacêuticos e mercados onde os <i>Kaingáng</i> compraram os medicamentos encontrados em suas casas (aldeia Sede, T.I. Xapecó, SC), outubro-novembro de 1999.....	157

LISTA DE QUADROS

2 Os *KAINGÁNG*

- 2.1 Terras Indígenas *Kaingáng* no estado de Santa Catarina – Situação jurídica atual (2000)..... 27
- 2.2 Número total de habitantes e de índios na região Sul, estado de Santa Catarina e região oeste de Santa Catarina, segundo diferentes fontes..... 37

3 ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDÍGENA: MACRO- E MICRO-CONTEXTOS

- 3.1 Profissionais, por tipo de contrato, alocados para a prestação dos serviços de atenção biomédica na T.I. Xaçecó, SC, período de 01 de setembro de 1999 a 08 de fevereiro de 2000..... 60

1 INTRODUÇÃO

Os medicamentos são extensivamente utilizados pelas mais variadas populações, sejam em países desenvolvidos, não desenvolvidos ou emergentes. O termo “medicamento” é aqui entendido como uma substância ou preparação que se utiliza como remédio, elaborada em farmácias ou indústrias farmacêuticas e que atende especificações técnicas e legais. O termo “remédio” é utilizado em uma acepção mais ampla, aplicado a todos os recursos terapêuticos utilizados para combater e/ou prevenir doenças ou sintomas, como plantas *in natura*, repouso, benzeduras, rituais de cura, etc. (Schenkel, 1991).

A penetração dos medicamentos nas mais diversas partes do mundo é imensa, a despeito de diferenças sociais, culturais, políticas e econômicas. Como entidades físicas e simbólicas, talvez sejam a tecnologia que melhor corporificam o poder da medicina ocidental – ou medicina científica, ou ainda biomedicina. Enquanto mercadorias, representam a “concentração da saúde” como um bem adquirível no mercado; como símbolos, são a possibilidade mágica da saúde que a ciência materializa (Lefrève, 1991).

Os medicamentos, sendo substâncias capazes de alterar as condições de um organismo vivo, têm um poder atribuído que está ligado à sua concretude como substância, à sua tangibilidade como “coisa”, objetivando a cura. Sendo tangíveis, podem ser usados de uma maneira concreta, o que os torna objetos por excelência tanto da prática biomédica como de outras terapêuticas (Van der Geest *et al.*, 1996). Além disso, a qualidade de concreto permite aos medicamentos um tratamento como mercadorias, podendo ser negociados, trocados. Os medicamentos podem ser negociados de um contexto para outro, mudando a sua percepção, porém retendo seu valor baseado no inerente poder para curar (Van der Geest & Whyte, 1989).

Apesar dos medicamentos representarem um dos maiores mercados do mundo, apenas alguns fatores relacionados à sua difusão têm sido foco de pesquisas há mais tempo, como o papel das indústrias químico-farmacêuticas na produção e *marketing* e o papel das políticas de saúde e de medicamentos. Mesmo com o desenvolvimento da antropologia médica, os antropólogos não dedicaram maior atenção até o final dos anos 80 ao que Van der Geest (1988) chama de “‘hard core’ da biomedicina: os medicamentos” (Van der Geest, 1988: 330), quando então esse

símbolo da moderna medicina tornou-se um dos focos centrais nas pesquisas, principalmente naquelas conduzidas em países não desenvolvidos e emergentes (ver, por exemplo, Bledsoe & Goubaud, 1985; Greenhalgh, 1987; Hardon, 1987; Tedlock, 1987; Van der Geest, 1987; Wolffers, 1987). Pode ser considerado um marco nesse novo enfoque a publicação do livro *The Context of Medicines in Developing Countries - Studies in Pharmaceutical Anthropology*, editada por Van der Geest e Whyte em 1988, onde os vários artigos agrupam-se em dois temas principais: negociação (*transaction*) e entendimento (*meaning*) sobre os medicamentos.

Van der Geest & Whyte (1988), preocupados em evidenciar a escassez e ao mesmo tempo a necessidade de conduzir pesquisas sobre os medicamentos em uma perspectiva local, propuseram a “antropologia farmacêutica”, que pressupõe a coexistência de medicamentos e de remédios e a questão de como as percepções e usos de um afeta o outro. Para eles, não basta rotular os medicamentos como substâncias com propriedades bioquímicas e farmacológicas, mas sim pesquisar as situações dinâmicas nas quais os mesmos são percebidos e utilizados. Alguns anos mais tarde, Nichter & Vuckovic (1994a) propuseram uma agenda para uma antropologia da prática farmacêutica, em que alguns temas chamariam a atenção para as realidades sociais e econômicas da prática de prescrição e uso de medicamentos; examinariam o efeito da difusão de medicamentos nas percepções de saúde e doença; e explorariam a interrelação entre demanda de consumidores, produção de medicamentos e *marketing*.

As instigantes propostas para uma antropologia farmacêutica resultaram em um número considerável de publicações ao longo dos últimos anos, abordando um grande número de temáticas, como medicamentos e sistemas médicos (Tan, 1989; Whyte, 1992; Ngokwey, 1995), contextos e entendimentos sobre medicamentos (os vários artigos em Etkin & Tan, 1994), consumo de medicamentos (Haak, 1988 e 1989; Sachs & Tomson, 1992), papel dos provedores de saúde na disponibilidade de medicamentos (Vogel & Stephens, 1989; Trostle, 1996; Ferraz *et al.*, 1996; Goel *et al.*, 1996; Nizami *et al.*, 1996), automedicação (Price, 1989; Kamat & Nichter, 1998), reinterpretação de medicamentos (Etkin *et al.*, 1990; Reeler, 1990; Etkin, 1992), medicamentos essenciais (Bennett, 1989), entre outros.

Uma nova perspectiva trazida por estes estudos coloca a importância de conduzi-los dentro dos contextos locais de distribuição e uso dos medicamentos (Van der Geest, 1987; Etkin *et al.*, 1990; Van der Geest *et al.*, 1996), pois abordagens macropolíticas e macroeconômicas produzidas em países excluídos do grupo dos

desenvolvidos não têm sido suficientes para explicar por que, por exemplo, o consumo de medicamentos é prática relevante mesmo onde os serviços de saúde são deficientes; os medicamentos de venda sob prescrição são disponíveis livremente; e a automedicação é importante recurso de cuidado.

Para Van der Geest & Whyte (1989), o significado dos medicamentos é apreendido em termos da experiência e concepção da doença. Sendo a antropologia médica interpretativa uma abordagem que privilegia a compreensão da doença como uma experiência subjetiva, torna-se também adequada para as pesquisas sobre medicamentos em cenários locais.

Embora a grande maioria dos trabalhos em antropologia farmacêutica não assumir explicitamente o referencial teórico da antropologia interpretativa, desenvolvendo mais a práxis de tal campo, parece-nos muito claro que suas pesquisas apoiam-se nessa abordagem. Nessa linha temática, a proposição de Arthur Kleinman para a antropologia médica fornece subsídios úteis para a compreensão do papel dos medicamentos em diferentes cenários.

1.1 A proposta teórica de Arthur Kleinman – Sistemas de Saúde¹

Até meados dos anos 70, a antropologia médica dedicou basicamente suas etnografias aos fenômenos médicos tradicionais, dando uma especial atenção a dimensões consideradas “exóticas” das culturas nativas. A partir desse período, um novo olhar foi lançado sobre os sistemas de saúde, principalmente sobre a medicina ocidental, com os estudos se voltando para a sua presença tanto nos contextos ocidental como tradicional², tornando-os segundo Hahn & Kleinman (1983: 305) “uma nova fronteira na antropologia médica”. Segundo Singer (1989), a antropologia médica foi o resultado da interseção entre os movimentos internacionais de grupos ligados à saúde pública e a atividades clínicas e as pesquisas etnomédicas em antropologia cultural.

¹ Apesar da literatura trazer muitas vezes os termos *medical systems*, utilizaremos preferencialmente na tradução os termos “sistemas de saúde”, pois entendemos que eles melhor revelam as questões simbólica, cultural, social e institucional implicadas nos diferentes processos de saúde, doença e cura. Kleinman (1978) justificou o uso dos vocábulos *health care system* porque são “mais inclusivos, indicando tanto as funções preventivas quanto curativas que o sistema desempenha, enquanto os termos *medical system* é médico-cêntrico” (Kleinman, 1978: 92).

² Adotamos para o termo “tradicional” a noção de tradição proposta por Laplantine: “La tradición no significa la inmovilidad sino un cierto modo de transmisión (oral o también escrita) que no pasa por el intermediarismo de la institución escolar, eclesiástica o médica.” (Laplantine, 1989: 669).

Paralelamente ao desenvolvimento da antropologia simbólico-interpretativa na década de 1970 nos Estados Unidos, representada principalmente por Geertz (1986), os estudos de Kleinman propuseram examinar os sistemas de saúde como sistemas culturais, seguindo a definição daquele autor. Por essa abordagem, a medicina é um sistema cultural como qualquer outro (como religião, linguagem ou parentesco) e, a partir da perspectiva interpretativa, postula-se que a doença deve ser vista como experiência subjetiva, sendo importante entender o seu significado para o doente e para as pessoas que o cercam. Good, por exemplo, entende que a doença é um produto dinâmico do relacionamento de uma pessoa com seu ambiente social e cultural, e que necessariamente configura uma “síndrome de experiências típicas” (Good, 1977: 27). Para Langdon, “a doença não é um evento primariamente biológico, mas é concebida em primeiro lugar como um processo experienciado cujo significado é elaborado através de episódios culturais e sociais, e em segundo lugar como um evento biológico” (Langdon, 1995: 07).

Kleinman³ está primeiramente interessado em uma visão microscópica, interna, clínica, baseada em estudos de localidades (comunidades, vizinhanças, grupos de famílias), mas salienta que o modelo empregado não ignora os aspectos externos (macrossociais e bioambientais) da atenção à saúde, como fatores econômicos, políticos e epidemiológicos que outros modelos enfatizam (Kleinman, 1980: 27). Segundo ele, os contextos locais são úteis para os estudos de campo pois permitem aos investigadores relacionar o sistema de saúde às influências particulares do meio.

O modelo proposto por Kleinman vai contra a visão reducionista e etnocêntrica do modelo biomédico tradicional, para o qual os processos biológicos sozinhos constituem o "mundo real" e são o foco central na interpretação da pesquisa e na manipulação terapêutica (Kleinman, 1980: 25).

³ É importante esclarecer previamente que já no início dos anos 80, a antropologia médica simbólico-interpretativa e o modelo de Kleinman passaram a ser apreciados por um conjunto de antropólogos, que visavam basicamente trazer uma outra compreensão para a antropologia médica, baseada em uma análise marxista dos sistemas de saúde. A Reunião Anual da *American Anthropological Association* em 1983 e a posterior publicação de um número especial da revista *Social Science and Medicine* em 1986 (*Toward a Critical Medical Anthropology*) foram consideradas o marco para essa nova perspectiva (Baer et al., 1986). Os críticos apontaram algumas falhas da chamada antropologia médica convencional: circunscrição no nível micro, negligência das relações sociais mais amplas e medicalização da antropologia médica (ênfase no monopólio médico sobre o sofrimento humano) ao não considerar na análise fatores como posse dos meios de produção, exportação de capital, opressão racial e sexual, entre outros (Singer, 1989). Conquanto muitas das críticas sejam relevantes e alguns de seus aspectos tenham estado presentes de maneira ideológica durante o trabalho de campo, metodologicamente optou-se pela abordagem kleinmaniana, pois era importante primeiro apreender uma realidade local até então não investigada. Porém, essa escolha não implica que uma “fé cega” foi depositada na teoria. Ao contrário, no decorrer desse trabalho, apontaremos alguns espaços não preenchidos pelo modelo de Kleinman.

Kleinman observou que em todas as sociedades as atividades de atenção/cuidado à saúde são mais ou menos inter-relacionadas, devendo ser estudadas de maneira holística como respostas socialmente organizadas à doença, constituindo um sistema cultural especial: o chamado "sistema de saúde" (Kleinman, 1980: 24). Para ele, todos os sistemas de saúde são construídos a partir da visão cultural, em que o aspecto simbólico traduz a doença como um processo, como uma experiência individual, como uma construção social.

O sistema de saúde inclui as crenças e valores das pessoas e os modelos de comportamento. As crenças e os comportamentos são influenciados por instituições sociais particulares (como clínicas, hospitais, associações profissionais, instituições burocráticas de saúde), papéis sociais (como papel do doente, papel da cura), relações interpessoais (como relação médico-paciente, paciente-família, rede social), cenários de interação (como casa, consultório médico), limitações econômicas e políticas, incluindo ainda tratamentos disponíveis e o tipo de problema de saúde, entre outros fatores. O sistema de saúde é organizado como uma parte especial do mundo social através da interação destas variáveis.

O modelo de Kleinman pressupõe a existência de realidades concêntricas. A realidade psicobiológica é constituída pelo mundo interno e pela estrutura biológica do indivíduo. A realidade social é representada pelas interações externas ao indivíduo, onde ocorrem as negociações de papéis e dos símbolos. Ela apresenta dois aspectos principais: o mundo social e cultural (realidade social *per se*) e a realidade simbólica de aquisição da linguagem e de significados, que é a ponte entre a pessoa e o mundo/realidade social. A realidade clínica é o contexto socialmente legitimado da doença (crenças, expectativas, normas, comportamentos e negociações) e da procura de cuidado (relações família-paciente, especialista-paciente, atividades terapêuticas, avaliação de resultados) (Kleinman, 1980: 41-42). Como a realidade clínica é construída social e culturalmente, ela pode diferir de sociedade para sociedade, de setores do mesmo sistema de saúde e ainda de diferentes instituições e agentes do mesmo setor.

Para Kleinman, a estrutura interna do sistema de saúde é baseada em uma tipologia tripartite, descrita como um sistema cultural local, cujos setores se sobrepõem: familiar, popular e profissional⁴. O setor familiar é particularmente importante e o mais utilizado do ponto de vista do itinerário terapêutico; é nele que

⁴ Kleinman (1980) utiliza os termos *popular*, *folk* e *professional* para designar os setores (Kleinman, 1980: 50). Na tradução, preferimos traduzir *popular* como familiar (ou leigo) e *folk* como popular, evitando para este último a significação pejorativa de "folclórico".

primeiro “percebem-se e experimentam-se os sintomas, rotula-se e avalia-se a doença, sanciona-se um tipo particular de papel do doente (agudo, crônico, psiquiátrico, etc.), decide-se o que fazer e engaja-se em um comportamento específico de procura por cura, aplica-se o tratamento e avalia-se o efeito do autotratamento e/ou da terapia obtida dos outros setores do sistema de saúde.” (Kleinman, 1980: 51-52). Nos Estados Unidos e Taiwan, de 70% a 90% dos episódios de doença são manipulados nesse domínio (Kleinman, 1978). O setor popular é não-burocrático, não-profissional e não há regulamentação. Ele é constituído pelos especialistas de cura, como parteiras, xamãs, pajés, ervateiros, etc. O reconhecimento e a legitimação pela comunidade faz parte do papel do especialista popular. Este setor é o que mais tem recebido atenção por parte das etnografias clássicas. Finalmente, o setor profissional compreende as profissões de saúde organizadas burocraticamente, cujos profissionais passam por um treinamento formal. A organização profissional tem o poder de autocontrole e auto-avaliação, o que a torna uma fonte de poder social, hegemônica. Na maioria das sociedades, este setor é representado pela moderna medicina científica, mas em alguns países, como Índia e China, os sistemas médicos tradicionais também são profissionalizados.

É importante enfatizar que, apesar dessa divisão aparentemente estática, os limites entre os três setores não são claros, “funcionando como pontos de entrada e saída para pacientes que seguem a trajetória de suas doenças através dos emaranhados do sistema de saúde” (Kleinman, 1980: 60).

Esses setores ajudam a construir diferentes formas de realidades clínicas. Por exemplo, um indivíduo é um “membro doente da família” em um cenário, um “paciente” em outro e um “cliente” em um terceiro. Em cada contexto, sua doença é percebida, rotulada e interpretada e um tipo de cuidado é aplicado (Kleinman, 1980: 52).

Kleinman, nas publicações de 1978 e 1980, utilizava a concepção de modelos explicativos (no original *explanatory models*), que poderiam ser enunciados pelo doente, por membros da família e pelos especialistas (profissionais ou não) quando ocorria um episódio de doença, ou seja, diferentes realidades clínicas seriam construídas para um mesmo caso. O modelo explicativo estava baseado nos aspectos específicos de cognição e de comunicação, traçando explicações sobre etiologia, sintomas, sinais, patofisiologia, curso da doença e tratamento (Kleinman, 1978; 1980). Alguns anos mais tarde, ele rechaçou a idéia de modelo explicativo, já que a ênfase na cognição como determinante do comportamento ignoraria a emergência dos fatores sociais e interativos (Kleinman, 1997).

Kleinman se utiliza dos conceitos de *disease* e *illness*, originalmente elaborados por Alan Young. O termo *disease* é cunhado para referir-se aos processos de mau funcionamento do corpo humano, associado ao modelo explicativo do setor profissional de saúde, normalmente a biomedicina, cuja linguagem é abstrata, altamente técnica e impessoal. Por outro lado, *illness* atribui importância à experiência culturalmente construída, isto é, como no setor familiar a doença é percebida, rotulada, avaliada e respondida, tendo um idioma concreto, não técnico e pessoal (Kleinman, 1978). Essas divergências geram conflitos comunicativos e Kleinman estudou particularmente aqueles configurados na relação médico-paciente.

Alguns anos mais tarde, respondendo a um artigo crítico sobre seu livro *Social Origins of Distress and Disease* (publicado em 1986) Kleinman salientou que havia reformulado seus conceitos de *illness* e *disease*, apresentando nessa obra a idéia de *illness* como experiência e *disease* como uma reinterpretação por especialistas da experiência da doença em termos de uma nosologia formal, incluindo a biomedicina, a medicina ayurvédica, o xamanismo da Ásia oriental e da América do Sul, os sistemas de cura autóctones e importados na África, os sistemas de cura populares na sociedade norte-americana, entre outros (Kleinman, 1988).

1.2 O pluralismo

As idéias propostas por Arthur Kleinman para a compreensão da dinâmica dos processos de saúde, doença e cura são particularmente interessantes, pois permitem mapear o pluralismo dos sistemas de saúde que operam lado a lado, autorizando os indivíduos e suas famílias a procurarem por tratamentos dentro dos vários sistemas, simultaneamente ou não.

A expansão da lógica médica ocidental em diferentes contextos culturais é um fenômeno amplamente observado. Em um contexto de interação, mesmo que adverso, as trocas de técnicas, tecnologias, informações e conhecimentos sobre o ato terapêutico de trazer alívio às doenças produziu (e continua a produzir) uma outra realidade, caracterizada pela existência simultânea de inúmeras práticas médicas e registrada pela literatura em antropologia médica como pluralismo médico, sistemas médicos plurais (ou pluralistas), configuração médica plural (ou pluralista ou sistêmica), entre outros termos (Press, 1980).

Para Greene (1998), a partir dos anos 80, a antropologia médica deslocou o conceito de “medicina primitiva” – vista basicamente como mágico-religiosa, estática e primordial – para o conceito de etnomedicina, isto é, passou a considerar os conhecimentos e práticas nativos sobre medicina como culturalmente legitimados. Segundo esse autor, foi esse deslocamento epistemológico que “trouxe os termos que hoje estão virtualmente em todos os discursos de desenvolvimento médico na pesquisa *cross-cultural* de sistema de cura: pluralismo médico” (Greene, 1998: 636).

Segundo Leslie, os sistemas de saúde podem ser concebidos com uma estrutura pluralística, em que a medicina ocidental é apenas mais um dos componentes em relações competitivas e complementares com as numerosas “terapias alternativas” (Leslie, 1980: 191). Para Press (1980), as várias tradições médicas existentes na Índia, China, México, Estados Unidos ou qualquer outra sociedade constituem uma configuração médica plural, cujo aspecto mais importante é a natureza das relações entre os sistemas médicos constituintes.

A coexistência de múltiplos sistemas terapêuticos e de uma diversidade de comportamentos em relação à saúde não é enfraquecida ou eliminada, apesar dos esforços – muitas vezes oficiais – de regulação das medicinas tradicionais conforme o modelo burocrático normativo da medicina ocidental (Nichter, 1980). Leslie (1980) também apontou esta questão, afirmando que os planejadores em saúde compartilham a meta de transformar os sistemas médicos locais em meros componentes de uma grande estrutura, que em última instância está ligada ao sistema médico ocidental. Este autor ainda enfatizou que a implementação de projetos institucionais caros, baseados em modelos de países desenvolvidos, em nações não incluídas nesse grupo é cultural e economicamente inadequada. Para Singer (1989), o legado do colonialismo às nações não desenvolvidas tem sido a montagem de um sistema de saúde que mantém uma ligação com o núcleo capitalista, em detrimento da melhoria real da saúde de suas populações. Segundo ele, “a intervenção do estado serve mais para reproduzir as relações sociais desiguais do que para desafiá-las” (Singer, 1989: 1197).

De forma semelhante, Greene enfatizou que a idéia de “colaboração” – a proposição do uso da etnomedicina como recurso terapêutico alternativo de atenção à saúde – traz consigo uma relação assimétrica, já que a etnomedicina é vista como útil somente à medida em que é manipulável pelas ações e interesses econômicos da ciência biomédica e das políticas de saúde. Raramente a etnomedicina é compreendida em termos de “*active indigenous cultural survival*” (Greene, 1998: 640).

Para ele, as investigações etnobotânicas e etnofarmacológicas, que têm por trás os interesses das grandes companhias farmacêuticas, são um exemplo dessa assimetria. Greene sugere que o pluralismo seja entendido em termos da noção de intermedicalidade, “um espaço contextualizado de medicinas híbridas e agentes sociomédicos conscientes” (Greene, 1998: 641), já que em muitas situações esse pluralismo significa apropriação de medicamentos, por exemplo.

1.2.1 O pluralismo e os medicamentos

Se as práticas terapêuticas locais não foram assimiladas por uma ciência médica transcultural, criando um sistema ideal, os medicamentos, por sua vez constituem a tecnologia biomédica mais difundida no mundo, representando assim um foco privilegiado no entendimento da inserção da biomedicina em sociedades nativas e trazendo à tona temas como o pluralismo médico, o pluralismo farmacêutico e a escolha de terapias.

O pluralismo, seja médico ou farmacêutico, está ligado a transformações sociais mais amplas. A degradação do meio ambiente, as mudanças nas relações domésticas e públicas, nos estilos de vida e de trabalho, bem como nos modos de produção têm implicações diretas sobre os comportamentos de busca por atenção à saúde. O grande e eclético número de sistemas e de recursos terapêuticos convivendo mutuamente permite a experimentação e a improvisação, baseadas nas estruturas familiares e nas instituições religiosas, econômicas e políticas das sociedades regionais e nacionais.

Para Van der Geest (1988), o pluralismo farmacêutico concentra-se na questão de como os medicamentos são concebidos, trocados/comprados e consumidos, forçando o desvio da visão naturalizante que se tem sobre eles. Isto significa deixar de abordá-los como pertencendo somente aos domínios da farmacologia e bioquímica e passar a tratá-los também como fenômenos culturais.

Assim como o pluralismo médico evoca concepções de etiologia, noções de terapia, interações entre pacientes e curadores e maneiras pelas quais um conjunto de tradições e instituições médicas se relacionam, em situações de pluralismo farmacêutico os medicamentos ocidentais e os remédios indígenas fornecem contextos de um para outro, enfatizando similaridades e/ou contrastes (Whyte & Van der Geest, 1988). Sendo o processo dinâmico e modelado culturalmente, a investigação deve ser conduzida em contexto local, o que ainda contribuirá mais

amplamente para entender as maneiras pelas quais uma população procura soluções para seus problemas de saúde.

Uma análise focalizada primeiramente no contexto local, buscando os variados modos de consumo de medicamentos sem fazer julgamentos éticos *a priori* e relativizando alguns conceitos importantes, como eficácia e reinterpretação (em capítulo posterior esses temas serão abordados minuciosamente), pode auxiliar sobremaneira o desenvolvimento de intervenções que sejam capazes de mudar comportamentos que realmente constituem ameaças à saúde.

1.3 A perspectiva local, os medicamentos e a saúde indígena no Brasil

No Brasil, diferente do que ocorre em outros países, ainda é raro o interesse em analisar a presença dos medicamentos sob uma abordagem da antropologia médica. As pesquisas têm enfatizado questões políticas e econômicas, como o controle do mercado pelas indústrias farmacêuticas transnacionais, o impacto da propaganda de medicamentos sobre o consumo, a adoção da lista de medicamentos essenciais proposta pela Organização Mundial de Saúde, entre outras (Giovanni, 1980; Cordeiro, 1985; Bermudez, 1992 e 1995; Bermudez & Possas, 1995; Bonfim & Mercucci, 1997).

Os trabalhos de Haak (1988, 1989), Ngokwey (1995) e de Ferraz *et al.* (1996) enfocaram o uso de medicamentos em contextos ocidentais locais. As questões que esses estudos salientaram foram a presença marcante da prática de automedicação, a prescrição de medicamentos pelo balconista da farmácia e o pluralismo de modelos médicos interagindo complementarmente. As etnografias de Ott (1982), Loyola (1984) e Queiroz (1994) abordaram secundariamente os medicamentos, sendo os serviços de saúde oferecidos em alguns municípios do interior do Brasil a ênfase central.

A revisão de literatura sobre saúde indígena aponta uma escassez de registros específicos sobre medicamentos entre os índios brasileiros, ao contrário do que podemos verificar quando se trata de contextos nativos em outros países.

A maioria das pesquisas antropológicas que enfoca a questão da saúde de populações indígenas no Brasil tem privilegiado a abordagem sobre as interpretações nativas de doença e as terapêuticas tradicionais de cura (ver, por exemplo, alguns dos vários artigos publicados em Buchillet, 1991a; Verani, 1990 e 1994; Pollock, 1994). Os remédios indígenas também têm merecido trabalhos específicos, tanto do ponto de

vista da etnobotânica (Brunelli, 1989; Haverroth, 1997) como da etnofarmacologia (Elisabetsky & Setzer, 1985; Elisabetsky & Posey, 1986; Prance, 1987; Montagner, 1991). É importante assinalar que a grande maioria desses estudos foi conduzida entre etnias que vivem na região amazônica brasileira, caracterizando a carência e mesmo a falta de trabalhos sobre os grupos que vivem nas regiões nordeste, sudeste e sul do país.

A introdução de doenças infecto-parasitárias, como gripe, sarampo, caxumba, tuberculose, infecções respiratórias, provocaram a devastação demográfica e a conseqüente perda de autonomia das populações indígenas sob diversos prismas. São amplas as evidências históricas do aumento da dependência dessas populações pela sociedade ocidental, principalmente após surtos epidêmicos, conforme atestaram Ribeiro (1956), Conklin (1989; 1994) e Viveiros de Castro (1992). O artigo de Ribeiro (1956), que abordou os efeitos dissociativos da depopulação provocada por epidemias em grupos indígenas brasileiros, permite sugerir que na interação entre as sociedades tradicionais indígenas e a sociedade ocidental uma significativa mediação se deu através das epidemias. Assim, a categoria “doença” e os recursos terapêuticos são úteis para analisar as experiências de contato interétnico.

Ribeiro (1956) já apontava um menor efeito letal das epidemias entre grupos indígenas que recebiam cuidados básicos de saúde, que incluíam fornecimento de água, de alimentos e também de medicamentos. Conklin (1989; 1994) observou igualmente uma sobrevivência diferencial entre subgrupos *Wari'* (Rondônia) logo após as investidas de pacificação em 1956 e 1961, ocorrendo um menor percentual de mortes entre os índios que permaneceram nos postos de contato e receberam medicamentos e assistência, enquanto que entre aqueles que fugiram para a floresta houve uma maior mortalidade. As epidemias também provocaram (e ainda provocam) abruptas interrupções das atividades produtivas, o que compromete a subsistência para os períodos posteriores, especialmente onde não há estoques de alimentos, com conseqüências sobre a saúde de cada grupo (Ribeiro, 1956; Conklin, 1989). Os *Araweté* requisitam medicamentos e demandam os serviços dos agentes de saúde de acordo com necessidades reais ou imaginadas, seja em períodos de epidemias ou em fases de boa saúde do grupo, demonstrando uma alta dependência do mundo dos brancos (Viveiros de Castro, 1992).

Em outros trabalhos, os medicamentos também aparecem como elementos secundários, servindo como exemplos da inserção da biomedicina entre populações indígenas.

Brunelli (1989), ao analisar sob um olhar histórico a interação entre o sistema médico tradicional *Zoró* (Rondônia) e a medicina ocidental, sugeriu que as modificações sanitárias daí decorridas permitiam entender as transformações globais observadas nesse grupo. A inserção dos medicamentos ocidentais não levou à melhoria do estado de saúde desse grupo indígena. Pollock (1994), em pesquisa realizada entre os *Kulína* do Alto Rio Purus, Acre, fez uma contribuição aos estudos etnomédicos, ressaltando que houve uma preocupação em focalizar “as dimensões culturais das crenças e práticas relacionadas à doença, assim como os contextos sociais nos quais se dão os diagnósticos e tratamentos” (Pollock, 1994: 143). Ele observou que os medicamentos não eram usados corretamente, justificando essa situação como derivada da não distinção, por parte dos nativos, das diferentes categorias de medicamentos ocidentais, já que eles tomariam “os critérios básicos empregados na avaliação das plantas curativas” (Pollock, 1994: 157).

Esta explicação em relação ao uso de medicamentos por populações indígenas tem sido a corrente nos trabalhos em etnomedicina. Morgado (1994) observou entre os *Wayana-Aparai* (extremo norte do Pará) uma pluralidade terapêutica, cuja diversidade se manifestava através da coexistência do sistema terapêutico *Wayana-Aparai* com os métodos terapêuticos ocidentais. Essa etnia tinha familiaridade com os medicamentos, principalmente antibióticos e injeções, porém não os manipulava de acordo com a indicação ocidental e sim com o sistema médico nativo. Entre os *Baniwa* (noroeste amazônico), a demanda por medicamentos é significativa e eles são associados ao poder mágico dos não índios, simbolizando ainda “o acesso ao processo civilizatório” e materializando “uma forma de prestígio nas relações comunitárias” (Garnelo & Wright, 2001: 282). Para as lideranças *Baniwa*, não ter acesso aos medicamentos significa a exclusão dos benefícios sociais, o que aumenta “as tensões e desconfianças em relação aos brancos e define o perfil das demandas de saúde” (Garnelo & Wright, 2001: 283). Fassheber (1998) demonstrou que entre os *Kaingáng* de Palmas, Paraná, as noções de corpo-saúde-doença-cura são mantidas a partir da perspectiva tradicional, apesar da intensa utilização de medicamentos ocidentais e dos serviços públicos de saúde, via Sistema Único de Saúde (SUS).

Recentemente, duas dissertações de mestrado dedicaram uma atenção especial à presença dos medicamentos entre dois grupos indígenas. Novaes (1996; 1998) observou uma intensa medicalização entre os *Wari* de Rondônia e que a busca pelos serviços médicos, em especial os medicamentos, ocorria na maioria das situações de doença. Em seu trabalho, a preocupação em traçar detalhes mais

quantitativos sobre o uso de medicamentos restringiu-se à avaliação do consumo no serviço de farmácia do Posto Indígena mantido em uma aldeia pela Fundação Nacional do Índio (Funai) durante 04 meses. Em seus resultados, a autora encontrou que aproximadamente 66% da população total da aldeia recorreram a estes serviços, sendo que deste total 86% consumiram medicamentos. As classes terapêuticas mais prescritas pela atendente de enfermagem em 45% das consultas foram os antibióticos, os quimioterápicos (em especial os antiparasitários gastrointestinais) e os broncodilatadores (principalmente aminofilina).

Além disso, Novaes observou que a eficácia dos medicamentos era avaliada sob a luz das noções nativas de terapia e que eles foram incorporados no ritual xamânico, como pré-requisito para a cura. Entre os *Wari'*, as terapias aromáticas com vapor ou fumaça são especiais pois enfraquecem os agentes agressores. Isso explicaria o sucesso de alguns medicamentos que têm odores ou provocam a eliminação de cheiros no corpo, como Vick Vaporub®, antibióticos, xaropes, etc., considerados por isso como poderosos para debilitar o causador da doença. Da mesma forma, as injeções e o soro endovenoso, muito populares, ao agredirem excessivamente o corpo, acabam por atacar também o agente etiológico.

No trabalho de Pellegrini (1998), os medicamentos serviram como elemento central na análise do discurso *Yanomami* (Roraima), focalizada na performance da narrativa. Desde os primeiros contatos com os missionários até a entrada permanente da Funai, as “palavras de dar remédios” (Pellegrini, 1998: 55, 118) mostraram-se com poder de troca, beneficiando os índios que vivem mais próximos dos brancos. O autor não coletou dados quantitativos sobre o consumo de medicamentos, mas descreveu os contextos de interação entre o sistema médico tradicional *Yanomami* e a biomedicina utilizando uma abordagem da antropologia interpretativa. Ele observou a dependência dos índios pelo setor biomédico, em especial pelos medicamentos. As falas *Yanomami* enfatizavam a necessidade pelos remédios dos brancos, principalmente para a malária e tuberculose, vinculando o uso à possibilidade de crescimento populacional.

Em que pesem os diferentes momentos de diminuição e recuperação demográfica, a população indígena brasileira está estimada atualmente em torno de 351.000 indivíduos, distribuídos em mais de 215 etnias com língua, cultura, organizações social, política e econômica próprias. Essa situação coloca uma diversidade de contextos locais, marcados pela existência de diferentes sistemas de saúde tradicionais, atuando dinamicamente com o sistema biomédico.

A biomedicina, inclusive através dos medicamentos, invariavelmente passou a ocupar um espaço notável no cotidiano das populações indígenas uma vez em contato permanente com a sociedade nacional. No contexto brasileiro, talvez com particular intensidade na região amazônica, a idéia de um Posto Indígena bem estruturado passa pela existência de uma farmácia bem estruturada, considerando que o acesso aos serviços médicos fora das aldeias é dificultado pelas grandes distâncias e falta de transporte. Para as Terras Indígenas que ficam próximas a cidades, esse quadro apresenta-se diferente, pois o acesso aos bens manufaturados é facilitado. Os medicamentos que não estão disponíveis no serviço de farmácia local podem ser adquiridos rapidamente em estabelecimentos farmacêuticos dos municípios vizinhos. Em ambas situações, há que se salientar o controle exercido pelas chefias indígenas e agentes de saúde sobre a disponibilidade e acesso aos medicamentos.

Considerando a dependência dos recursos tecnológicos da medicina ocidental, especialmente dos medicamentos, no caso indígena brasileiro a sua crescente influência tem significado por um lado a perda de autonomia frente aos problemas de saúde. Por outro lado, os sistemas tradicionais de crenças etnomédicas e as explanações etiológicas da doença permanecem (Conklin, 1989 e 1994; Oliveira, 1996; Fassheber, 1998). Segundo Conklin (1994), as discordâncias e insatisfações dos *Wari'* em relação à medicina ocidental não estão "na eficácia ou não dos tratamentos, mas na forma de organização dos serviços de saúde" (Conklin, 1994: 178), em primeiro lugar porque o igualitarismo característico da sociedade *Wari'* (na socialização dos conhecimentos médicos básicos, por exemplo) contradiz com o sistema biomédico baseado em práticas e recursos especializados e hierarquizados. Em segundo lugar, a centralização da assistência médica em um local (normalmente a aldeia principal) e no agente de saúde é incoerente com a grande mobilidade deste grupo. Entre os *Kaingáng* de Santa Catarina, um grupo que vive próximo a cidades importantes deste estado, Oliveira (1996) observou que o xamanismo, longe de ter sido abandonado completamente, ainda hoje apresenta elementos tradicionais, reinterpretados e integrados às vivências dos índios.

1.4 Entre a Farmácia e a Antropologia

Para que o leitor possa melhor compreender o trabalho que ora tem em mãos, julguei necessário apresentar rapidamente minha trajetória na área da saúde e, mais especificamente, na saúde indígena.

Mesmo antes de entrar para o curso de graduação em farmácia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), já havia me aproximado da prática em saúde, trabalhando em uma farmácia homeopática. Durante os primeiros anos da faculdade, continuei atuando na homeopatia, o que contribuiu grandemente para uma visão diferenciada dos processos de saúde, doença e cura, ou seja, fui desde cedo colocada frente a diferentes paradigmas daqueles que o curso de graduação enfatizava.

Ainda durante a faculdade, vinculei-me à pesquisa de plantas medicinais, através de uma bolsa de iniciação científica. Novos aprendizados foram incorporados, resultando na realização, logo após o término da graduação, de um curso de especialização em farmacologia de produtos naturais. Finalizado esse curso, ingressei no mestrado em ciências farmacêuticas da UFRGS, realizando pesquisa em fitoquímica e atividades biológicas de substâncias extraídas de plantas. Embora esse período tenha significado uma atuação sob o paradigma científico vigente, o trabalho com plantas incentivou um deslocamento para a proposta da etnofarmacologia. Além disso, a ligação em 1991 à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) como professora da disciplina de farmacotécnica homeopática manteve viva a perspectiva do olhar sobre o sujeito e não sobre a doença.

Já na UFSC, influenciada por amigos antropólogos, como Jacqueline B. Pólvora, e por leituras, aproximei-me do curso de pós-graduação em antropologia social, onde conheci a professora e antropóloga Esther Jean Langdon, que tornou-se minha mestre nos caminhos que passei a trilhar. A criação do Núcleo de Estudos de Saúde Indígena (NESI), com a participação da prof^a Jean e de colegas estudantes do mestrado em antropologia, como Ledson Kurtz de Almeida, Maria Conceição de Oliveira e Moacir Haverroth, entre outros antropólogos e profissionais da saúde, foi o impulso para a proposição de um trabalho sobre a etnofarmacologia *Kaingáng*, inspirada nas pesquisas da brasileira Elaine Elisabetski e da norteamericana Nina L. Etkin.

Em abril de 1994, por poucos dias, eu, Maria Conceição e Moacir fizemos a primeira viagem à Terra Indígena Xapecó, que serviu para mim muito mais para

produzir um estranhamento à realidade *Kaingáng* do que uma visão romântica do cotidiano da comunidade. Em maio desse mesmo ano, nós três retornamos, acompanhados do antropólogo canadense Robert Crépeau, Ledson e do estudante Rogério Reus (pós-graduação em antropologia da UFRGS). O objetivo dessa viagem foi a gravação em vídeo e o registro fotográfico do ritual do *Kiki-koia* (simplesmente chamado por eles de *Kiki*), culto aos mortos realizado pelos *Kaingáng* (no capítulo Os *KAINGÁNG*, o ritual será melhor explanado).

Após um ano, em junho, nova expedição à Terra Indígena Xapecó pelo grupo, exceto Moacir, gravou mais imagens fotográficas e de vídeo do ritual do *Kiki*. As gravações resultaram no vídeo “Ritual do *Kiki*: imagens antropológicas”, apresentado na V Reunião de Antropologia (Merco)Sul em 1995, em outros eventos e para a comunidade *Kaingáng*. Nessa viagem, acompanhamos também os trabalhos de cura da “Igreja da Saúde”, executados por uma curandeira – a “Igreja da Saúde” foi um dos temas centrais da dissertação de mestrado de Maria Conceição.

Em 1996, abril, fiz minha quarta viagem aos *Kaingáng*. A equipe havia mudado ligeiramente: eu, prof^a Jean, Maria Conceição, Ledson e Rogério. Novamente, o ritual do *Kiki* foi o principal motivador da ida à Terra Indígena.

Em todas essas viagens, me deslocava ao Posto de Saúde (“Enfermaria”) existente na aldeia Sede, onde tomava conhecimento do seu *modus operandi*, bem como anotava os medicamentos disponíveis para a dispensação aos índios (somente em maio de 1994 não realizei levantamento dos medicamentos). Além disso, conversava com os *Kaingáng*, especialistas em cura ou não, sobre as plantas e suas propriedades curativas, sob a perspectiva da etnofarmacologia proposta por Nina Etkin – os usos multicontextuais de plantas e suas relações com a biomedicina. Apresentei um trabalho sobre esse assunto na V Reunião de Antropologia (Merco)Sul, assim como proferi palestras em dois seminários realizados também em 1995. Nesses encontros científicos, estabeleci contatos com outros pesquisadores da etnologia *Kaingáng* e de saúde indígena. Em um deles, conheci os professores Ricardo Ventura Santos e Carlos E. A. Coimbra Jr., para quem submeti, um ano após, meu projeto de doutorado “Os medicamentos e as plantas entre os *Kaingáng*: um estudo interdisciplinar”, cujo enfoque principal era o estudo da etnofarmacologia.

À medida que, já no curso de pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), cumpria disciplinas, fazia outras leituras e interagia com os professores Ricardo e Carlos, meu interesse deslocou-se da

etnofarmacologia para o estudo focalizado nos medicamentos, utilizando as *epistême* da antropologia (médica) e da saúde pública/epidemiologia.

O processo de aquisição do conhecimento interdisciplinar em saúde, aliado a questionamentos sobre meu papel como farmacêutica, tornaram evidente que minha contribuição deveria ser no sentido de aplicar esses conhecimentos na saúde indígena, tema ainda tão pouco explorado. Considerei que o estudo sobre medicamentos no contexto local *Kaingáng* traria informações ricas sobre comportamento médico e práxis, inclusive envolvendo o uso de plantas medicinais, que poderiam mais tarde servir de subsídios para o desenvolvimento de programas e projetos mais adequados a uma realidade específica. Além disso, tal estudo posicionar-me-ia como uma profissional da área médica, bem como uma pesquisadora consciente das relações de poder que se desenvolvem entre o pesquisador e o pesquisado. Nesse sentido, a antropologia foi a imprescindível ferramenta, teórica e metodológica, para a necessária relativização do meu olhar, permitindo enxergar além da visão biomédica.

Em agosto de 1998, realizei nova viagem à Terra Indígena Xaçecó, por uma semana, para coletar informações atuais que se relacionassem à abordagem que pretendia desenvolver no doutorado e contribuíssem para a elaboração do projeto final da tese. Reencontrei velhos amigos e assumi o compromisso de retornar no ano seguinte para passar uma temporada bem mais longa do que aquelas dos anos anteriores. No final de agosto de 1999 já me encontrava novamente entre os *Kaingáng* da Terra Indígena Xaçecó, com quem permaneci convivendo⁵ até fevereiro de 2000. A grande maioria dos dados aqui apresentados se referem a esse período. No Anexo 1.1, encontra-se a descrição detalhada do trabalho de campo.

Desde as primeiras viagens, o modo de vida *Kaingáng* produziu em mim um grande paradoxo: ao mesmo tempo que parecia ser um grupo bastante familiarizado com muitos aspectos da cultura ocidental – não se trata aqui do espanto de vê-los usando roupas como acontece muitas vezes quando olhamos índios da Amazônia, mas sim de detalhes mais sutis, como comentários sobre um programa de televisão; o uso da cruz e de lata de refrigerante como instrumento musical durante o ritual do *Kiki*; a solicitação de um medicamento pelo seu nome, entre vários outros –, os *Kaingáng* expressavam formas particulares de ver/viver no mundo, como dormir diretamente no chão com os pés voltados para o fogo, reunir para conversar no idioma, cantar e rezar

⁵ Fixei residência na casa de um casal de não índios no centro do município de Ipaçu e fazia o trajeto de 17 ou 23 Km (dependendo do caminho) até a aldeia Sede praticamente todos os dias.

no idioma durante o ritual do *Kiki*, designar plantas, animais e a si próprios com nomes em *Kaingáng*, etc.

Se o distanciamento e a objetividade em campo são melhor alcançados quando o pesquisador e o pesquisado não compartilham de uma mesma cultura, como proceder na situação dos *Kaingáng*, que à semelhança dos índios do nordeste, “não se apresentam como entidades descontínuas e discretas” (Oliveira, 1998a: 49)? Procurei manter-me sensível ao fato de que somos produtores e produtos dinâmicos da cultura, de que a cultura é dinâmica, e portanto qualquer definição, em qualquer âmbito, deve levar isso em consideração.

Outra angústia vivida em campo relacionou-se à minha própria atuação como profissional na saúde. Esteve sempre presente a tensão entre conservar o papel de pesquisadora/observadora – não interferindo nas ações – e intervir baseada na formação ética – conforme julgava comportamentos inadequados em relação à dispensação e ao uso dos medicamentos.

O curto período passado *full-time* na “Enfermaria” foi utilizado para compreender a dinâmica da prestação do serviço biomédico à comunidade *Kaingáng*. Consequentemente, justificava-se o fato de produzir o menor número possível de interferências. Apesar disso, instalei uma cortina do tipo *black-out* na sala dos medicamentos, chamei a atenção para o fato de que alguns antibacterianos estavam sendo dispensados em quantidade inferior ao prescrito pelos médicos, comentei com os médicos que os fármacos dipirona e ampicilina não constavam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Brasil, 1999e), exceto sob as formas injetável para uso hospitalar e restrito (no caso da dipirona).

O convívio intenso e cotidiano com a comunidade permitiu que eu avaliasse melhor os momentos em que intervenções eram importantes, como em situações de risco provocadas pelo uso dos medicamentos. À medida que os índios me conheciam mais e tomavam parte do meu trabalho, eles próprios demandavam opiniões e sugestões sobre questões de saúde. Esses eram momentos especialmente ricos, pois confrontávamos visões diferentes do mesmo assunto.

Ainda gostaria de comentar um pouco sobre quem são as pessoas que aparecem mais explicitamente na tese. Esse trabalho não teria sido realizado se não fosse a participação delas, que, gentilmente, se propuseram conversar sobre saúde, doença, cura, medicamentos, plantas e outros temas não diretamente relacionados à questão da saúde indígena, mas que ajudaram a construir o panorama da vida social,

cultural, política e econômica atual dos *Kaingáng*. Saliento que essas pessoas são apresentadas no decorrer da tese por nomes fictícios.

Nas viagens anteriores, conheci determinadas famílias cujos membros tornaram-se valiosos colaboradores e que ajudaram a tornar o período de pesquisa do doutorado não só em um exercício de aprendizagem, mas também em momentos de amigável convivência e contentamento. Entre esses colaboradores mais antigos e que continuaram cooperando, estão Pedro, sua esposa Rosa e filhos, a curandeira Irene, a benzedeira/remedieira Virgínia, Francisco e sua esposa Laudelina, as atendentes de enfermagem Lurdes e Dora. Outros foram importantes nos períodos anteriores, porém durante a pesquisa do doutorado não estavam mais presentes na aldeia Sede.

De setembro de 1999 a fevereiro de 2000, outras pessoas foram incorporadas, como Alzira, Indiamara, Inês, Angelina, Olga, Marta, Margarida, Carmen, o curador João e sua esposa Marlene, o *Kujà* (xamã) Ari e sua esposa Eva, entre outros. Além deles, os profissionais que trabalhavam no Posto de Saúde da aldeia Sede também foram fontes preciosas de dados para a tese. Os índios que colaboraram serão melhor descritos no Anexo 1.1 e os profissionais serão apresentados no capítulo ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDÍGENA: MACRO- E MICRO-CONTEXTOS.

Como a técnica de observação participante nos permite coletar informações de vários atores sem necessariamente considerá-los centrais, às vezes as falas de alguns índios serão colocadas sem a devida identificação. Portanto, os informantes descritos no Anexo 1.1 foram aqueles que participaram mais ativamente de toda a pesquisa.

Para encerrar a narrativa de minha trajetória – que já torna-se demasiada longa –, acredito que as intervenções em saúde pública têm mais chances de provocarem um impacto na mudança de certos comportamentos se os povos indígenas forem participantes ativos, com o reconhecimento e respeito de cada especificidade cultural e social. Julgo que meus achados podem contribuir para isso.

1.5 Estrutura da tese

Essa tese busca contribuir para uma discussão crítica sobre diferentes fatores que envolvem o acesso e uso dos medicamentos no cenário *Kaingáng*, a partir de um estudo de caso baseado em pesquisa conduzida no interior de Santa Catarina, sul do Brasil, na Terra Indígena Xapecó. Procurou-se explorar não só a percepção cultural em relação aos medicamentos, mas também como se dão as interações entre os

diferentes atores e setores que compõem o contexto de prestação de cuidado à saúde *Kaingáng*. Sendo os medicamentos elementos presentes nas diversas etapas do processo de interação entre as populações indígenas e a sociedade ocidental e permeando as várias dimensões do processo de procura por atenção, eles tornam-se uma categoria privilegiada de análise, podendo servir como um ângulo que amplia questões do processo histórico de transformação social e cultural que estes grupos têm vivido.

O capítulo OS *KAINGÁNG* apresenta aspectos relativos à cultura e à sociedade *Kaingáng*, bem como uma breve história sobre os contatos interétnicos do grupo. Especial atenção é dada à atual configuração demográfica, política e econômica da região, pois julgamos que o traçado desse contexto nos auxilia na compreensão da dinâmica da inserção do sistema biomédico e de suas tecnologias, com ênfase para os medicamentos, na Terra Indígena (T.I.) Xaçecó.

O capítulo ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDÍGENA: MACRO- E MICRO-CONTEXTOS apresenta primeiramente o macrocontexto, isto é, a configuração atual das políticas de saúde para os povos indígenas no Brasil. A seguir, discute-se a prestação da assistência à saúde do índio no estado de Santa Catarina antes da implantação do subsistema de atenção à saúde para os povos indígenas. Em seguida, é delineado o microcontexto, com informações sobre a montagem do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Interior Sul na T.I. Xaçecó e com a análise do impacto econômico que esse DSEI provocou nos recursos financeiros captados pelos municípios de Ipuçu e de Entre Rios. Por último, com o olhar ainda mais focado, é apresentada a estrutura do serviço oferecido aos *Kaingáng* dessa T.I., bem como o contexto de prestação de tal serviço.

O capítulo ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA ALDEIA SEDE E AGRAVOS NA SAÚDE *KAINGÁNG* descreve os aspectos sociodemográficos dos *Kaingáng* da aldeia Sede, resultantes da pesquisa de domicílio, juntamente com a análise dos prontuários dos médicos que atuavam na “Enfermaria” dessa aldeia. Os prontuários médicos fornecem informações que ajudam a compreender melhor a presença de determinados medicamentos entre os índios, bem como permitem traçar um perfil das morbidades.

Esses três primeiros capítulos, juntamente com a INTRODUÇÃO, visam criar um arcabouço que servirá *a posteriori* para abrigar os dados epidemiológicos e antropológicos apresentados nos dois próximos capítulos.

O capítulo OS REMÉDIOS: O SETOR POPULAR DE ATENÇÃO À SAÚDE apresenta mais detidamente o setor popular de atenção, com seus especialistas nativos em cura. São introduzidas algumas noções centrais da cosmologia *Kaingáng* e quais as implicações delas na questão dos remédios e medicamentos. Apontando para o dinamismo da cultura, inicia-se a discussão sobre a apropriação e reinterpretação dos medicamentos no contexto intermédico *Kaingáng*.

O capítulo OS MEDICAMENTOS: OS SETORES PROFISSIONAL E FAMILIAR busca esboçar os caminhos que levam os medicamentos aos *Kaingáng* e vice versa. Em primeiro lugar, os dados obtidos das prescrições médicas, da dispensação sem receita pelos auxiliares e atendentes da “Enfermaria” e da “farmácia caseira” são analisados no sentido de fornecerem informações quantitativas sobre os medicamentos que fazem parte do cotidiano da comunidade. Assim, obtêm-se a frequência e os percentuais de ocorrência dos fármacos em cada uma das três situações, bem como as suas respectivas classes terapêuticas. Esses resultados são então contextualizados no conjunto dos achados etnográficos, procurando dar um caráter dinâmico à questão do consumo de medicamentos, bem como explicar a intrínseca relação entre os setores que compõem o sistema médico *Kaingáng*. Os dados de literatura servem de base para as análises e discussões. Posteriormente, a análise mais detalhada dos dados coletados durante o levantamento da “farmácia caseira” permite trazer outras informações relacionadas à automedicação e aos locais de aquisição dos medicamentos. Aqui também nos valem da etnografia e de relatos na literatura para compor o cenário.

As CONSIDERAÇÕES FINAIS procuram retomar alguns achados em campo que são julgados centrais para uma abordagem interdisciplinar dos medicamentos e que podem ser importantes instrumentos para pensar sobre o lugar deles no modelo diferenciado de atenção à saúde recentemente aprovado pelo governo federal.

2 OS KAINGÁNG

2.1 Alguns dados etnográficos

Até o final do século XIX, os *Kaingáng*¹ eram conhecidos – entre outras denominações – por Coroados, devido ao corte de cabelo na forma de coroa. Em 1882, Telêmaco Borba (1908) introduziu na literatura o termo Caingangue, denominação pela qual o grupo passou a ser mais conhecido e que serviu para diferenciá-lo dos índios *Guarani* e *Xokleng*, também habitantes da região. O Coronel Borba, preocupado “que os indígenas tendem a, em breve, desaparecer” (Borba, 1908: 3), compilou dados coletados ao longo de um convívio de mais de 20 anos com os *Kaingáng* e *Guarani* do Paraná, descrevendo aspectos dos seus sistemas sociais, língua, medicina, lendas e mitos, habitações, alimentação, preparo de bebidas, utensílios, vestuário, entre outros.

A língua *Kaingáng* é filiada ao tronco lingüístico Macro-Jê, à semelhança dos *Xokleng* e outros grupos da região central do Brasil, como os *Xávante* e os *Kayapó*. Atualmente, a grande maioria dos *Kaingáng* da T.I. Xapecó entende e fala o português. Os mais velhos são bilíngües e os jovens em idade escolar têm recebido formalmente, através da escola, o ensino do idioma. Porém, em algumas casas, principalmente naquelas com idosos, as crianças são simultaneamente inseridas no mundo da língua nativa e do português. A particularidade do domínio da língua portuguesa pela maioria, que os diferencia de muitas outras etnias no país, traz implicações diretas nas relações com a população não indígena e, para o caso específico tratado nessa tese, estabelece especificidades na comunicação índio – profissional de saúde (não índio), como destacaremos no decorrer do trabalho.

A organização social *Kaingáng* é baseada na uxorilocalidade, ou seja, após o casamento o homem vai morar na casa da mulher, e na patrilinearidade, isto é, os filhos pertencem ao grupo social do pai. Há duas metades exogâmicas patrilineares, *Kamé* e *Kanhru*, divididas nas subseções *lantky-by* (ligada aos *Kamé*) e *Votor* (ligada

¹ Utilizaremos a grafia proposta por RODRIGUES, A.D., 1986. *Línguas brasileiras: para o conhecimento das línguas indígenas*. São Paulo: Loyola.

aos *Kanhru*), que desempenham funções cerimoniais durante o ritual do *Kiki-koia* (para maiores detalhes, ver por exemplo Veiga, 1994; Crépeau, 1994).

No tempo antigo – *vãsy* – a economia tradicional *Kaingáng* era baseada na pesca com o *pãri*², na caça de pequenos e médios animais e na coleta de frutos (como o pinhão da araucária), sementes, raízes e mel. A agricultura (basicamente, cultivo em roças de coivara de milho, feijão, abóbora e amendoim) não era a principal atividade econômica. Costumavam ter um local de moradia permanente (*emã*) e outro provisório (*wãre*), que eram utilizados de acordo com as atividades de subsistência (Tommasino, 1996).

As descrições arqueológicas sobre as habitações indicam o uso de estruturas subterrâneas. O processo colonizador provocou alterações na habitação e forma de organização espacial, introduzindo o agrupamento em aldeias e pequenas choças de palha (Becker, 1999), que foram sendo substituídas pelas casas de madeira. O fogo era elemento central em cada habitação, visto que a região do planalto oeste castiga com invernos muito rigorosos – até hoje os *Kaingáng* mais velhos prezam dormir ao chão com os pés voltados para o fogo, como no *vãsy*. Os utensílios para as atividades domésticas constavam de cestas e balaios construídos de cipós ou taquaras, cabaças de porongo para várias finalidades, panelas e potes cerâmicos, facas de cristal lascado, pinças de madeira para mexer nas brasas ou pedras quentes, espetos de madeira para assar a carne (Becker, 1999). Quanto à vestimenta, andavam praticamente nus (o prepúcio era protegido com uma fita e o pênis amarrado na cintura, em uma corda, enquanto que as mulheres usavam uma tanga feita de imbira). Na época do inverno, cobriam-se com panos feitos de fibra de urtiga. Adornavam-se com colares e pulseiras, feitos de cipó, sementes e dentes de animais, enfeitados com penas de pássaros (Tommasino, 1996; Becker, 1999).

Ao longo do século atual, algumas publicações, sejam como capítulos de livros, relatórios, artigos ou breves citações, dedicaram-se a descrever os *Kaingáng* sob vários aspectos de suas vidas, abordando-os sob um ponto de vista antropológico (Maniser, 1930; Schaden, 1946; Baldus & Ginsberg, 1947; Róheim, 1950; Albert, 1982; Nacke, 1983), arqueológico (Silva, 2000), histórico (Becker, 1976 e 1999; Melatti, 1976; Santos, 1979; D'Angelis, 1989; Mota, 1994 e 2000), lingüístico (Wiesemann, 1960 e 1971; Veiga & D'Angelis, 2000), demográfico (Ribeiro, 1956), biológico

² Armadilha com paredes de pedra ou cesto de taquara colocada nas corredeiras dos rios.

(Fernandes, 1955; Pourchet, 1966; Salzano *et. al.*, 1980) e folclórico (Horta Barboza, 1947; Santos, 1949; Mendes, 1954).

Porém, foi na década dos anos 90 que este grupo tornou-se foco sistemático de estudos etnográficos, trazendo questões sobre organização social (Veiga, 1994), urbanização (Tommasino, 1995 e 1998), xamanismo (Oliveira, 1996), etnobotânica (Haverrot, 1997), religião (Crépeau, 1994 e 1997; Almeida, 1998), política (Fernandes, 1998) e serviços de saúde (Fassheber, 1998).

Apesar do intenso contato com a sociedade nacional, esses trabalhos recentes remetem a uma riqueza de traços culturais específicos, configurando-se como forma de resistência política e cultural, como por exemplo a realização do ritual do *Kiki-koia* na T.I. de Xapecó e a procura por cuidado à saúde dentro do sistema médico tradicional *Kaingáng*, com o conseqüente uso dos “remédios do mato”.

Uma das expressões culturais-religiosas *Kaingáng* mais significativas, e da qual a literatura antropológica tem dedicado especial atenção, é o ritual do *Kiki-koia*, também conhecido como “ritual dos mortos” (Baldus, 1937; Nimuendajú, 1993; Veiga, 1994; Crépeau, 1994; Oliveira, 1996; Almeida, 1998) ou simplesmente *Kiki* pelos índios. Nesse ritual, que ocorre anualmente entre os meses de abril e junho, é evidenciada a divisão da sociedade *Kaingáng* nas metades exogâmicas *Kamé* e *Kanhru*. As noções de complementaridade, reciprocidade e assimetria entre as metades são vivenciadas em todas as etapas de sua realização. Além de ressaltar elementos significativos da cultura através das rezas, da música e da dança, expressa a relação com a natureza e seus seres, a vida e a morte, presentificando no espaço ritual a cosmologia e o modelo ideal da organização social. O *Kiki* foi abandonado por aproximadamente 25 anos e retomado de maneira intermitente a partir de 1976, sendo realizado anualmente desde 1994 na T.I. Xapecó.

No ritual do *Kiki-koia*, existem elementos do catolicismo popular – como as cruzes –, prática católica associada aos monges que atuaram no oeste catarinense, como o monge São João Maria D’Agostini, que peregrinou na região por volta de meados do século XIX. Esse monge e outros dois que também teriam se chamado São João Maria, tornaram-se um personagem único, que para os *Kaingáng* sempre existiu e está entre eles (Oliveira, 1996), não só nas imagens que se observam nas casas dos católicos, mas também nas fontes de “água santa” (distribuídas nos três estados do sul do país e tidas como milagrosas), nos rituais de cura, nos batismos, etc.

Além da incorporação de elementos pelo ritual, o catolicismo popular foi assimilado através das rezas nas casas das famílias, das festas de santos e dos batismos em casa (Almeida, 1998), que até hoje são praticados pelos católicos. Conforme Almeida (1998), o grupo *Kaingáng* ligado à religiosidade que emergiu a partir da amalgamação da cultura *Kaingáng* com o catolicismo popular elaborou um discurso que identifica o católico com o tradicional. Essa identificação é importante na medida em que se contrapõe aos índios convertidos a outras religiões.

Afora o catolicismo popular, há que se salientar a atuação da igreja católica, através das paróquias dos municípios vizinhos à T.I. Xaçecó e principalmente do Conselho Indigenista Missionário (CIMI) e das Pastorais (da Saúde e da Criança), que passou a realizar trabalhos a partir dos anos 70 na região, em especial nas questões referentes à luta pelo direito de terras e à saúde.

No início dos anos 50, instalou-se na aldeia Sede uma igreja Batista³, cuja adesão dos índios cresceu até os anos 70. Foi somente em meados dos anos 80 que começaram a entrar na T.I. Xaçecó outras igrejas evangélicas, como Assembléia de Deus, Só o Senhor é Deus, Deus é Amor, entre outras (Almeida, 1998). Os índios convertidos a “*crentes*” formaram um bloco (embora havendo diferenças internas dependendo a qual igreja o índio aderiu), que se identifica através da oposição aos índios católicos: índio civilizado *versus* índio do mato, índio limpo *versus* índio sujo, proibição de bebida alcoólica *versus* permissão de bebida alcoólica (Almeida, 1998).

O comportamento em relação às questões de saúde é outro aspecto que demonstra a heterogeneidade da situação dos *Kaingáng*. Esse comportamento é construído a partir das várias opções de sistemas de saúde e de recursos terapêuticos disponíveis na T.I. Xaçecó, bem como é baseado nos conhecimentos e práticas em saúde locais. Os serviços biomédicos são oferecidos há muitos anos dentro dessa T.I., em especial através da existência das “Enfermarias”, como são chamados os Postos de Saúde. Nesses locais, atuam os atendentes de enfermagem e até muito recentemente não havia a presença sistemática de médicos, dentistas e enfermeiros, que atendiam eventualmente através das equipes volantes de saúde. Os medicamentos, em que pesem fases de fartura ou de escassez, são disponibilizados gratuitamente a toda população, seja via prescrição médica ou dispensação sem receita. Atualmente, com o crescente aumento do comércio de medicamentos – legal

³ A igreja Católica ergueu seu primeiro templo na aldeia Sede cerca de 20 anos após a igreja Batista.

ou ilegal – na região, os *Kaingáng* ainda podem adquiri-los independentemente quando dispõem de algum recurso financeiro.

O sistema de cura nativo está vinculado aos conhecimentos e práticas relativos à saúde, doença e cura, baseados na cultura tradicional, assim como em elementos assimilados e reinterpretados de outras culturas. Há várias categorias de especialistas nativos, cada qual com suas especificidades, que utilizam os “*remédios do mato*” como um dos recursos terapêuticos.

A busca pelo cuidado entre os *Kaingáng* é orientada pela multicausalidade atribuída às doenças (Haverroth, 1997) e portanto a utilização dos diferentes sistemas de saúde e terapias não é excludente. Segundo Haverroth (1997: 85), “o diagnóstico segue, essencialmente, de acordo com as representações de saúde e doença tradicionais e o itinerário terapêutico é seguido basicamente em função dessas concepções. Diversos recursos terapêuticos são buscados, selecionados a partir de vários fatores pertinentes a situação sócio-cultural particular dessas pessoas e, nessa busca, os recursos da medicina ocidental disponíveis passam a ser uma das alternativas, além das várias outras existentes e representadas pelas categorias de curadores tradicionais.”

Atualmente, os *Kaingáng* habitam a região sul do Brasil e parte do estado de São Paulo (Mapa 2.1), distribuindo-se em várias Terras Indígenas (T.I.)⁴. A população estimada é de 18.750 índios (FUNASA, 2000). As sedes de duas dessas T.I. encontram-se no Estado de Santa Catarina: T.I. Xaçecó e T.I. Toldo Chimbanguê; a T.I. Toldo Pinhal, apesar de homologada, ainda não tem *Kaingáng* habitando; a T.I. Palmas tem parte de sua área no município de Abelardo Luz (SC), porém a sede fica em território paranaense. A Administração Regional da Fundação Nacional do Índio (Funai) em Chapecó, SC, é a responsável por essas três T.I. Em 1998, foi instituído pela Funai um Grupo de Trabalho, visando a elaboração de laudos antropológicos para a identificação e demarcação de outras 4 áreas *Kaingáng*: Toldo Imbu (em Abelardo Luz), Aldeia Condá (em Chapecó) e parte do Toldo Chimbanguê (em Chapecó) que não constou na delimitação em 1985 (Quadro 2.1). Além disto, existem vários acampamentos fora dessas Terras (Tommasino, 1995 e 1998).

⁴ Optou-se nesse trabalho utilizar os termos Terra Indígena no lugar de Posto Indígena, pois Terra Indígena é uma categoria jurídica definida pelo Estatuto do Índio (Lei n. 6001/1973) e ampliada pela Constituição Federal de 1988, que traz consigo a idéia de território indígena de “uso ou ocupação tradicional” por essas populações (Oliveira, 1998b), além da noção de multiculturalismo, enquanto o termo Posto está ligado ao indigenismo baseado em uma ideologia de dominação (Santos, 1979), que pregava a assimilação do índio à sociedade nacional.

Quadro 2.1: Terras Indígenas *Kaingáng* no estado de Santa Catarina – Situação jurídica atual (2000).

Terra Indígena	Extensão (hectares)	Situação jurídica
Xapecó	15.623	Homologada
Toldo Chimbangue	988	Homologada
Toldo Chimbangue II	975	Identificada/Aprovada (Funai)
Toldo Pinhal	880	Homologada
Aldeia Condá	0	Em identificação
Toldo Imbu	0	Em identificação

Fonte: Ricardo (2000).

2.2 Breve história do contato e a Terra Indígena Xapecó⁵

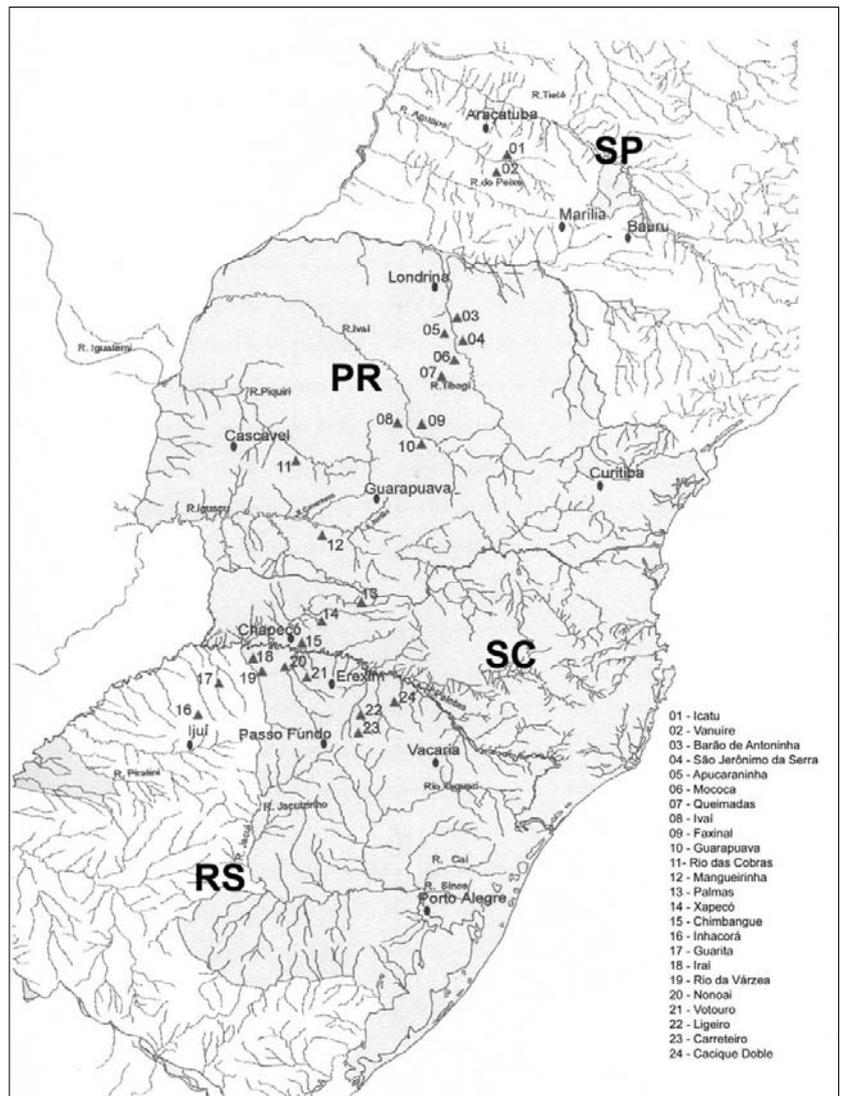
Consta que os primeiros contatos efetivos entre os europeus e os grupos indígenas no sul do Brasil se deu por volta de 1609, principalmente pelos jesuítas, que fundaram diversas Reduções (ou Missões). Estas Reduções eram formadas basicamente por *Guarani*, que a partir de 1628 passaram a ser alvo constante dos bandeirantes paulistas, que escravizavam os índios em São Paulo (D'Angelis, 1992).

Até o início do século XIX, a ocupação das terras indígenas no sul do país ocorreu de forma intermitente, porém não menos violenta, de acordo principalmente com as necessidades de acesso entre as Missões riograndenses e o sudeste brasileiro. No final do século XVIII, os territórios indígenas no sudoeste paranaense, no oeste catarinense e no noroeste do Rio Grande do Sul foram invadidos, pois essa região tornou-se alvo de disputa entre as coroas portuguesa e espanhola. É a partir de 1809, com a chegada da coroa portuguesa ao Brasil, que as terras do sul do Brasil passaram a ser sistematicamente ocupadas, sobretudo através de incursões militares.

A área onde hoje localiza-se a T.I. Xapecó tem sido objeto de dissensões desde o século XIX. Após a ocupação por fazendeiros dos campos de Guarapuava em 1810, no Paraná, houve o interesse em expandir as fazendas de gado, levando à conquista dos campos de Palmas em 1839 (Mota, 2000). Em 1848, foi aberta uma estrada para o comércio de gado e da erva mate, que ligava os campos de Guarapuava às Missões riograndenses, passando em Palmas e no Toldo *Kaingáng* de

⁵ *Xáembetkó*: *Xá* = cachoeira; *embetkó* = maneira de caçar ratos à noite com fochos (Borba, 1908).

Mapa 2.1: Localização das Terras Indígenas *Kaingáng*, Brasil.



Fonte: adaptado de Tommasino, *apud* Monteiro (1999).

Formigas, entre os rios Chapecó e Chapecozinho. Em 1859, visando resolver problemas de fronteira com a Argentina e proteger os campos de Guarapuava e de Palmas contra a invasão dos índios, foi criada a colônia militar de Chapecó na margens do rio Chapecó (Mota, 2000). Em 1882 fundou-se outra colônia militar na atual região de Xanxerê, tendo sido distribuídos títulos de propriedade de terras para ex-soldados (Santos, 1979). É quando chegam os primeiros colonos alemães (Mota, 2000). A partir da colonização dos campos, os índios passaram a ser confinados em aldeamentos chamados “Colônias Indígenas”, que pretendiam levá-los à condição de “civilizados e catequizados”; a Colônia de Palmas foi criada em 1869, porém como assinalou Santos (1979), muitos índios permaneciam insurgidos em seus Toldos. É importante assinalar que a conquista dessas terras contou com o auxílio de alguns caciques, entre eles o cacique Vitorino *Kondá* e o cacique *Viry*, que, “pacificados” e em troca de soldos (os caciques e seus principais auxiliares receberam títulos militares) e de presentes, juntaram-se aos bugreiros⁶ na caça aos índios arredios e hostis, principalmente os Botocudos (*Xokleng*).

Preocupado com a situação dos *Kaingáng* que viviam no Toldo de Formigas, o cacique *Waitkrê* solicitou ao governo do Paraná uma área de terras entre os dois rios e a estrada do gado. Assim, em 1902, foi designada uma área de aproximadamente 50.000 hectares (ha), dando origem à Colônia de Formigas. Porém, o documento ressaltava que a terra seria dos índios “salvo direito de terceiros”, beneficiando aqueles que possuíam documentação de posse ou de propriedade (Santos, 1979).

A partir de 1916, com o término da Guerra do Contestado⁷, definiram-se os limites geográficos, vigentes até hoje, entre Santa Catarina e Paraná, ficando a área de Formigas para Santa Catarina. Santos (1979) enfatizou que toda essa região do Paraná e de Santa Catarina passou, entre os séculos XIX e XX, por uma mudança na estrutura social, econômica e política, marcada até 1916 pela predominância da criação de gado e extração de erva mate e após pela exploração madeireira, associada a frentes pioneiras baseadas na atividade agrícola, evoluindo até a atual complexa economia da região, marcada pela agroindústria. É nesse período pós-Guerra do Contestado que imigrantes europeus e/ou seus descendentes foram muito estimulados a colonizar o oeste.

⁶ O termo “bugreiro” designava os grupos organizados e armados de não índios que saíam à caça dos “bugres”, termo pejorativo para nomear os índios e pelo qual ainda hoje são chamados por muitos.

⁷ A Guerra do Contestado, ocorrida entre 1912 e 1916, foi um movimento milenarista pelo direito sobre a terra, que colocou colonos sem-terra contra o exército. Com o fim da Guerra, as fronteiras entre Paraná e Santa Catarina foram definidas.

A invasão e a diminuição de áreas originalmente ocupadas pelos *Kaingáng*, que iam de São Paulo até a região de *Misiones*, na Argentina, continuaram pelas décadas seguintes, mesmo após a criação do Serviço de Proteção aos Índios (SPI) em 1910. O regime tutelar instituído por este órgão e que teve continuidade através da Funai, que substituiu o SPI em 1967, não coibiu os abusos infligidos contra os índios.

As serrarias, primeiramente pertencentes a não índios, passaram a derrubar as matas de araucária (*Araucaria angustifolia*) que cobriam grandes extensões da região, com a conivência dos governos estaduais e do SPI. Os índios viviam ameaçados e suas terras eram constantemente invadidas, seja para a derrubada das árvores como para o cultivo das terras. Em vista das inúmeras contendas, o advogado Antonio Selistre de Campos, juiz de direito em Chapecó e defensor dos índios, pressionou o órgão tutelar para implantar um Posto Indígena (P.I.) na área entre os dois rios, o que aconteceu em 1941, sendo chamado de Posto Indígena Dr. Selistre de Campos. Porém, dos originais 50.000 ha, aos *Kaingáng* foram destinados um pouco mais de 15.000 ha no novo Posto (Santos, 1979). Anos mais tarde, o P.I. Dr. Selistre de Campos passou a ser denominado P.I. Xaçecó, como é conhecido na região até hoje.

Nos anos 60, os arrendatários não índios começaram a invadir sistematicamente as terras da T.I. Xaçecó, iniciando a agricultura moderna, com o uso de máquinas agrícolas e de adubos e agrotóxicos (Santos, 1979). Além disso, nessa década é iniciada a construção da hidrelétrica de Xanxerê, às margens do rio Chapecozinho, porém não levada a termo devido à falta de verbas (Nacke & Fachini, 1998).

Conforme Santos (1979), as práticas de gestão iniciadas pelo SPI foram consolidadas segundo uma visão empresarial assumida pela Funai a partir de 1967, que passou a implantar projetos para a exploração dos recursos naturais e da mão de obra indígena nas T.I. Dentre esses projetos, destacaram-se a implantação de serrarias com o aval do Instituto Brasileiro de Desenvolvimento Florestal (IBDF), o reflorestamento e a criação de lavouras mecanizadas coletivas e individuais. Para Santos, esses projetos oficiais visavam gerar recursos mantenedores da burocracia “gestora dos negócios indígenas”, caracterizando a dominação colonial, já que as reservas são vistas “como um território em transição, isto é, que deixará de ser de domínio dos índios na medida que se integrem na sociedade nacional” (Santos, 1979: 01). A serraria da T.I. Xaçecó foi instalada em 1976, com participação mínima dos *Kaingáng*. Em poucos anos de funcionamento, uma boa parte da cobertura de araucária que ainda existia foi devastada, restando hoje tão somente alguns

espécimes espalhados nas várias aldeias. O projeto de reflorestamento cobriu uma pequena área próxima à aldeia Sede.

Em 1977, foi autorizada pelo Ministério das Minas e Energia a realização de estudos que visavam mapear os recursos hidro-energéticos da bacia do Rio Uruguai, coordenados pelas Centrais Elétricas do Sul do Brasil S.A. (Eletrosul). Foram chamados para fazer parte do grupo de estudos antropólogos da Universidade Federal de Santa Catarina, entre eles o Prof. Dr. Sílvio Coelho dos Santos. O projeto Uruguai acabou contemplando a construção de aproximadamente 10 barragens na sub-bacia dos rios Chapecó e Chapecozinho, mesmo com o alerta dos antropólogos para as conseqüências nefastas sobre a população indígena da T.I. Xaçecó. A antiga hidrelétrica de Xanxerê, próxima à aldeia Sede, constava desse projeto. Em 1999, outra barragem incluída no projeto Uruguai – chamada de Quebra-Queixo – foi objeto de negociações junto às prefeituras de Ipuacu e de São Domingos, mas até fevereiro de 2000 as partes interessadas (colonos proprietários das terras a serem inundadas, prefeitura e empresa de engenharia) ainda não haviam chegado a um acordo.

Nos anos 90, uma outra forma de exploração manifestou-se na T.I. Xaçecó, caracterizada pelo arrendamento de 300 ha contíguos de suas terras a uma grande agroindústria, produtora de grãos. Além da participação da Funai, algumas lideranças indígenas atuaram ativamente na desobstrução de terras que estavam sendo utilizadas por famílias em suas roças, transferindo aquelas que se opunham à liberação para outros locais dentro da T.I. ou mesmo para outras T.I. Em 1998, o contrato de arrendamento não foi renovado pela Funai, não só devido à sua ilegalidade mas também em função das inúmeras denúncias por parte de índios e de organizações como CIMI. Porém, a agroindústria retirou-se completamente da T.I. somente em 1999.

Ainda nessa década, uma olaria foi instalada na T.I. com recursos advindos da venda dos equipamentos da serraria, já fechada, e de empréstimo junto à prefeitura de Marema. Essa olaria, existente até os dias de hoje, emprega mão de obra indígena e não indígena e matéria prima oriunda da T.I. (Nacke & Fachini, 1998). Um terceiro negócio na T.I. é o garimpo de pedras semi-preciosas na área onde vivem os índios *Guarani*, com mão-de-obra indígena. Nesses projetos estabelecidos nos últimos 25 anos, há que se considerar os interesses de alguns membros pertencentes a facções *Kaingáng* e ligados às lideranças indígenas, que controlam e tomam para si e seus aliados a maioria dos dividendos oriundos desses vários empreendimentos.

2.3 A nova configuração geográfica e demográfica da região da T.I. Xaçepó

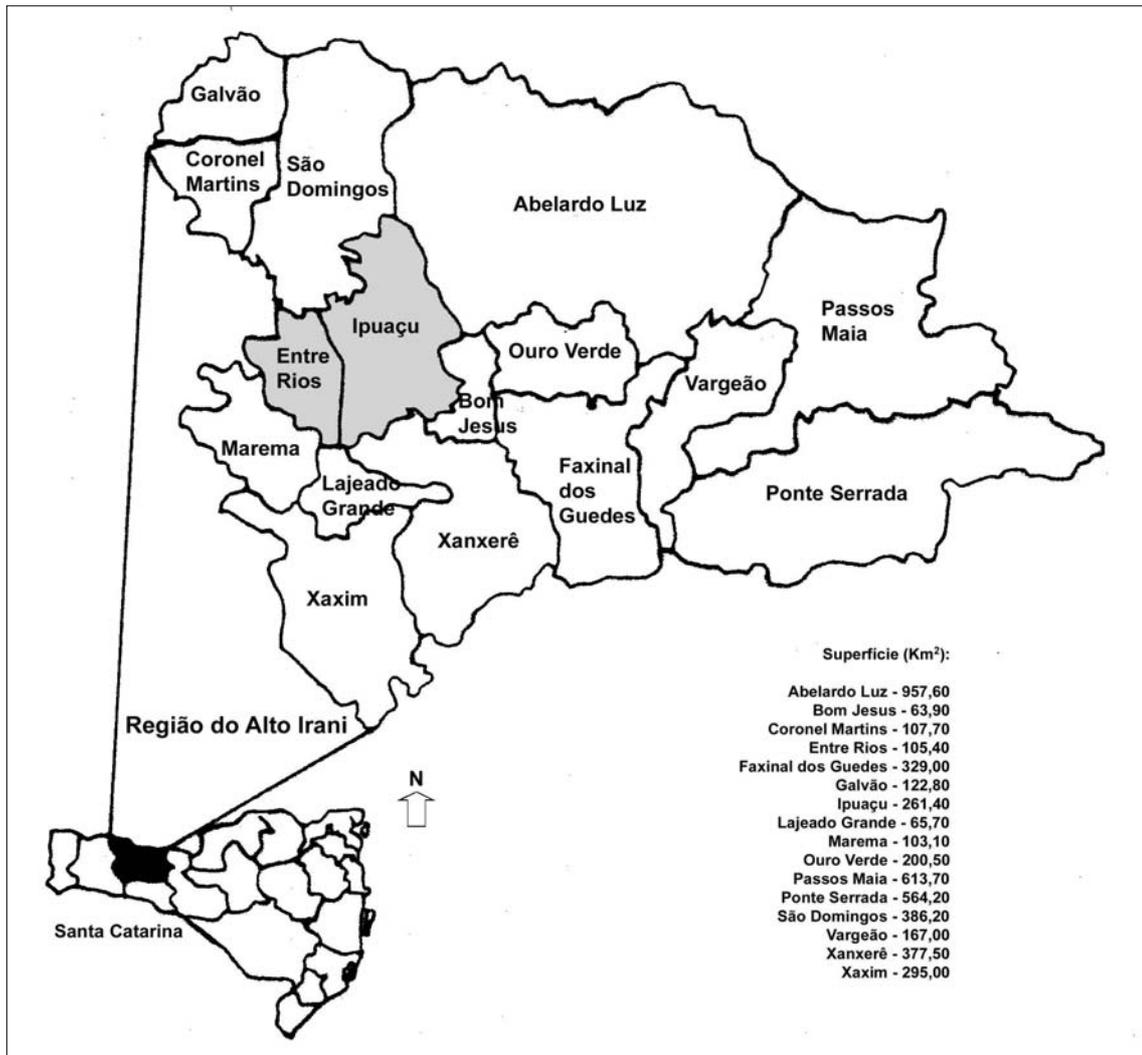
Após a fixação das fronteiras entre Paraná e Santa Catarina, foram criados em 1917 os municípios de Chapecó e Joaçaba, ficando a área indígena nos limites do primeiro. A partir de 1953, ambos passaram por uma significativa fragmentação territorial, dando origem a Xanxerê⁸ e Xaxim⁹, desmembrados de Chapecó. Poucos anos depois, em 1958, os distritos de Abelardo Luz e de Faxinal dos Guedes, pertencentes a Xanxerê, foram emancipados, originando os municípios de mesmo nome. Nesse mesmo ano foi criada a cidade de Ponte Serrada, separada de Joaçaba. Na década de 60, surgiram os municípios de São Domingos, Galvão e Vargeão. Somente no final dos anos 80 (1989) um novo município é instalado: Marema, desligado de Xaxim. Nesse período, a T.I. Xaçepó tem sua área dividida entre os municípios de Xanxerê e de Marema, esse último representado pelo distrito de Entre Rios. É na década de 90 que são instalados outros cinco municípios: Ipuçu¹⁰ em 1992, desmembrado de Xanxerê e de Abelardo Luz; Passos Maia em 1992, que pertencia a Ponte Serrada; Coronel Martins, desanexado de São Domingos em 1993; Lajeado Grande em 1993, a partir de Xaxim; e Ouro Verde também em 1993, desligado de Abelardo Luz. Em 1997, tomam posse os prefeitos dos novos municípios de Entre Rios e de Bom Jesus, desmembrados de Marema e de Xanxerê/Ouro Verde, respectivamente. Todos esses municípios surgidos a partir dos anos 50 formam a Microrregião do Alto Irani, criada pelo governo de Santa Catarina em 1978 (Mapa 2.2).

⁸ O nome Xanxerê vem do *Kaingáng sã-sã-re*, literalmente campo (*re*) da cascavel (*sã-sã*).

⁹ Xaxim significa “cachoeira pequena”, nominada do *Kaingáng sa-si* (*sa* = cachoeira; *si* = pequeno). Há outra versão para o nome, que significaria “pouco sal” (*sa* = sal; *si* = pouco), ligada ao fato de que um grupo de índios, ao passar por esse lugar quando da abertura de picadas da linha telegráfica (início da década de 1890), verificou que o sal que traziam estava acabando (D’Angelis, 1989).

¹⁰ O nome Ipuçu significa “lajeado grande”, originado do *Tupi Guarani*.

Mapa 2.2: Região do Alto Irani, Santa Catarina.



Fonte: adaptado de AMAI (1998).

Atualmente, a T.I. Xaçecó possui uma área de 15.623 hectares, entre os paralelos 26°30' e 27°00' de latitude sul e os meridianos 52°00' e 52°37' de longitude oeste, distribuída nos municípios de Ipuçu e Entre Rios, SC. Há 9 aldeias *Kaingáng* e 1 *Guarani* (Figura 2.1), embora existam grupos de casas espalhados pela T.I. e que têm nomes que os identificam, como Matão e Cerro Doce, identificados por alguns autores como aldeias (por exemplo Veiga, 1994; Haverroth, 1997).

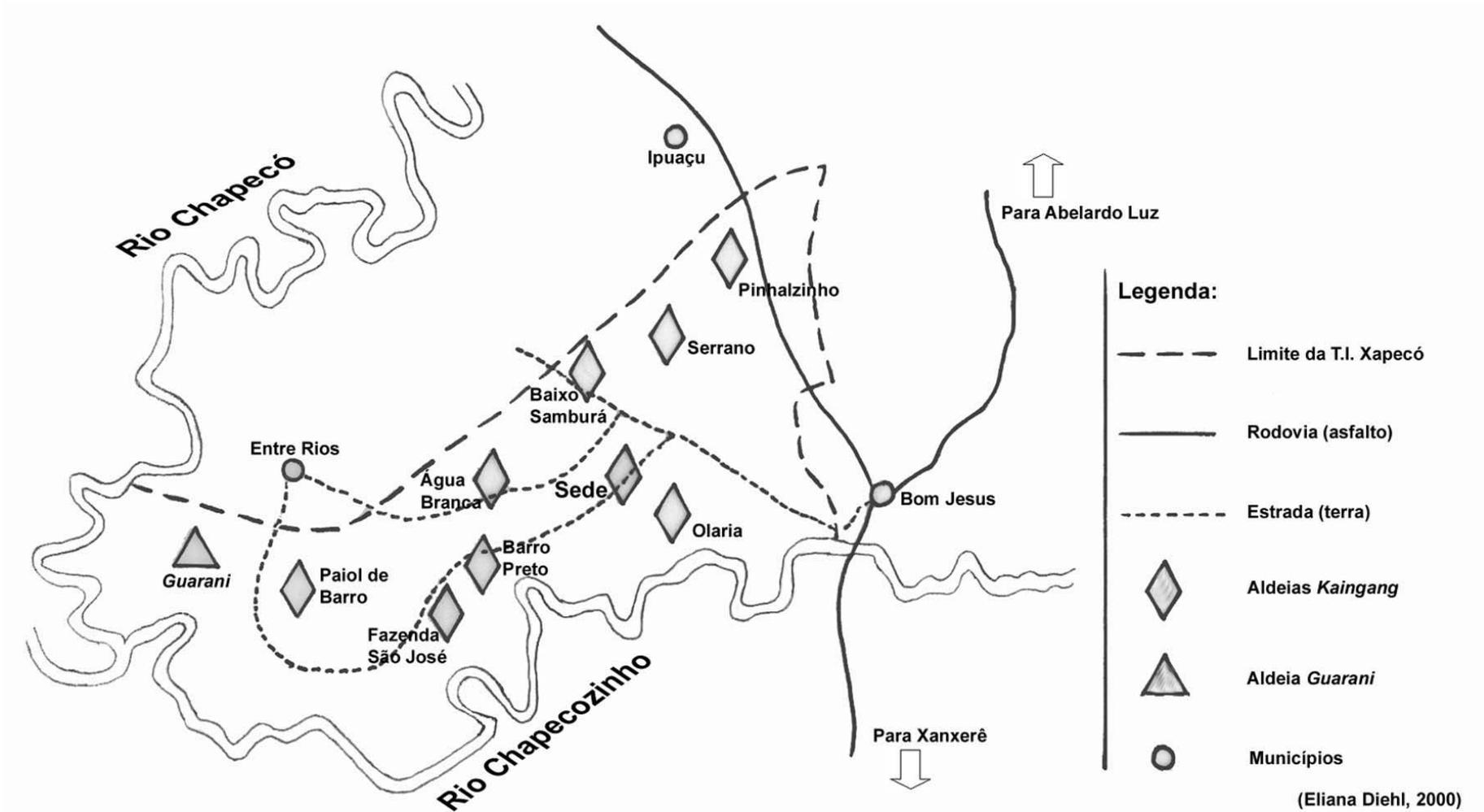
A T.I. Xaçecó está localizada muito próxima das sedes dos municípios da Microrregião do Alto Irani, ficando aproximadamente a 70 Km de Chapecó, importante centro da região oeste do Estado. Há uma rodovia estadual que corta a T.I.,

exatamente na aldeia Pinhalzinho. As estradas no interior da T.I. não são pavimentadas e há um serviço diário de linha de ônibus (Xanxerê – Entre Rios – Xanxerê) que passa por algumas aldeias, incluindo a Sede. A aldeia Pinhalzinho, por localizar-se à beira da rodovia, é melhor servida em termos de transporte coletivo. A movimentação dos índios entre as aldeias e para fora da T.I. é bastante freqüente. Dentro da T.I., percorrem as distâncias entre as aldeias (que podem variar de alguns poucos quilômetros até mais de 10 Km) principalmente a pé, utilizando as estradas ou atalhos, chamados de “carreiros”. Alguns ainda usam animais de carga, como cavalos, bicicleta ou automóvel próprio (casos raros) para deslocar-se. Eventualmente, conseguem carona dos inúmeros caminhões ou automóveis utilitários que atravessam a T.I. O uso dos ônibus depende muito da disponibilidade financeira para pagar as passagens.

Os descendentes europeus, principalmente de italianos que se instalaram na região mais próxima da T.I. Xaçecó na qualidade de pequenos produtores agrícolas ou pecuários (aves e suínos), desenvolveram um forte preconceito aos “bugres”, vistos como sujos e preguiçosos, donos de uma “grande” extensão de terra inculta. Alguns deles, com olhos empresariais, invadiram a área indígena e estabeleceram contratos com índios para o cultivo de roças, sempre com a conivência do órgão tutelar. O lucro ia para as mãos desses colonos, já que os índios não sabiam controlar negócios. A exploração das terras indígenas pelos pequenos produtores foi substituída nos anos 90 pelo comércio, na forma de mercados, onde os índios passaram a gastar seu dinheiro – esse tópico, devido à sua importância, será retomado em outro capítulo.

A longa história do contato entre índios e não índios na região Sul teve impacto marcante sobre os seus contingentes populacionais. De maioria demográfica nos primeiros séculos da chegada dos colonizadores, foram sendo exterminados, principalmente pelas inúmeras incursões e batalhas com os não índios e pelas epidemias. Os registros esparsos sobre o número de índios que habitavam a região do rio Chapecó indicam 48 índios em 1859 e mais de dez mil Botocudos, Coroados e *Guarani* em 1869 na Província do Paraná (*apud* D’Angelis & Fókâe, 1994). Em 1890, o primeiro censo realizado no país indicou 2.074 índios, 2.099 mestiços, 4.759 brancos e 669 negros na Comarca de Palmas, região que englobava vários dos atuais municípios do Alto Irani e do sudoeste do Paraná; na Colônia Militar de Xanxerê (onde hoje é a T.I. Xaçecó) viviam 151 índios e 182 mestiços, sendo esses últimos descendentes diretos dos *Kaingáng* a partir dos casamentos interétnicos (*apud* D’Angelis, 1989).

Figura 2.1: Croqui da Terra Indígena Xaçecó, Ipuacu, Santa Catarina.



A depopulação entre os *Kaingáng* continuou no decorrer do século XX. Ribeiro (1956) registrou que entre os *Kaingáng* paulistas, a redução demográfica deveu-se em primeiro lugar às epidemias de gripe e sarampo logo após os primeiros contatos (em 1912 eram 1200 índios e 4 anos após restavam menos de 200); em segundo lugar, à queda da natalidade. Em 1979, Santos sugeriu que essa fase havia sido superada, já que dados da Funai indicavam uma população de cerca de 1.250 *Kaingáng* na T.I. Xapecó, com maior concentração nas faixas etárias abaixo de 25 anos. Nesse mesmo ano, o município de Xanxerê, onde situava-se a T.I. Xapecó, contava com aproximadamente 52.000 habitantes em uma extensão de 625 Km² (Santos, 1979). A pequena proporção de índios em relação à população não indígena estendeu-se até os anos 90, quando inicia o outro movimento de emancipação municipal já mencionado. Com os desmembramentos de Ipuaçu em 1992 e de Entre Rios em 1997, ocorre o curioso fenômeno de transformação da minoria indígena em quase maioria nos novos municípios. Através de diferentes fontes, é possível observar no Quadro 2.2 a evolução dos números.

Em 1999, através dos dados coletados pelos Programas de Saúde da Família de Ipuaçu e Entre Rios, têm-se os registros para os índios da T.I. Xapecó: na área localizada em Ipuaçu, em agosto-setembro de 1999 viviam 2.802 indivíduos na zona rural, sendo a aldeia Sede a mais populosa, com 848 pessoas (Siab-Ipuaçu, 1999). No município de Entre Rios, a população indígena era de 1.050 pessoas, todos na área rural, sendo que 90% eram *Kaingáng* e os restantes *Guarani* (Siab-Entre Rios, 1999). Considerando os dados de 1996 (IBGE) e esses de 1999 para Ipuaçu, os índios compõem 49,1% da população total; para Entre Rios, os índios representam 38,2% do número total de habitantes desse município.

Quadro 2.2: Número total de habitantes e de índios na região Sul, estado de Santa Catarina e região oeste de Santa Catarina, segundo diferentes fontes.

	Número de habitantes							
	1991 ^a		1995 ^b		1996 ^c		2000 ^d	
	Índios	Total	Índios	Total	Índios	Total	Índios	Total
Região Sul	30.342	22.129.131	22.522	23.184.865	-	23.513.736	30.174	-
Estado de Santa Catarina	4.884	4.537.164	1.143	4.853.391	-	4.875.244	4.396	-
Microrregião Alto Irani	1.937	130.382	-	-	-	137.104	2.838	-
Xanxerê	1.448	37.638	-	-	-	37.392	-	-
Ipuaçu	-	-	-	-	-	5.702 ^e	2.317	5.593
Entre Rios	-	-	-	-	-	2.747 ^f	521	2.597

(^a) IBGE - Censo Demográfico 1991.

(^b) IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (não disponibiliza dados por microrregião ou município).

(^c) IBGE - Contagem da População 1996 (não disponibiliza dados por cor ou raça).

(^d) FUNASA, 2000.

(^e) Em torno de 87,5% da população viviam na zona rural.

(^f) Dado da Contagem da População 1996, mas que considera a população dos municípios que passaram a constituir a base político-administrativa do país a partir de 01.01.1997.

Oliveira (1998b), procurando levantar o número de Terras Indígenas existentes no Brasil e avaliar como elas têm sido ocupadas, constatou que de 30 municípios localizados em diferentes estados (Roraima, Mato Grosso do Sul, Maranhão, Amazonas, Mato Grosso, Acre, Pernambuco e Pará), 5 têm sua população rural composta por maioria indígena (por exemplo, em Normandia, RR, os índios são 92,7% da população) e em outros 10 municípios os índios exibem percentuais acima de 20% da população rural. Para Oliveira (1998b: 57-58), esse quadro revela-se “algo bastante significativo do ponto de vista do mercado de terras e de força de trabalho, além de assumir expressão político-eleitoral”.

A nova configuração demográfica trouxe implicações políticas e econômicas significativas para a região da T.I. Xaçecó. Já em 1992, quando das primeiras eleições municipais em Ipuaçu, um índio (à época cacique da T.I. Xaçecó) foi eleito vereador. Nas recentes eleições municipais (outubro de 2000), o atual cacique dessa T.I. foi eleito vice-prefeito de Ipuaçu, com aproximadamente 40% dos votos de um total de 3.303 eleitores, além de terem sido eleitos três vereadores da T.I., um deles com o maior número de votos do município; em Entre Rios foram eleitos dois vereadores indígenas no último pleito (CIMI, 2001).

A principal atividade econômica dos dois municípios onde encontra-se a T.I. Xaçecó é a agropecuária e, em menor proporção, a extração de erva mate. As terras fora da T.I. são divididas entre grandes fazendas (chamadas de granjas) e pequenas e médias propriedades, normalmente administradas por famílias. Os proprietários das granjas plantam basicamente soja e milho, com lavoura altamente mecanizada e sujeita ao uso extensivo de agrotóxicos. Nas pequenas e médias propriedades, além do milho, outras culturas como feijão e hortifrutigranjeiros são plantadas, destinadas ao uso próprio ou para a venda em caso de excedente. A pecuária é representada basicamente pela criação de aves e suínos, reservados para os grandes frigoríficos existentes na região oeste do estado. Os setores secundário e terciário são incipientes, marcados fundamentalmente por pequenas oficinas e comércio ligado à área de alimentação (mercados, supermercado, pequenos restaurantes e bares); havia um posto de uma agência bancária em Ipuaçu, que abria 2 vezes por semana. Para ambos municípios, essas características têm significado recursos financeiros reduzidos, implicando na dificuldade de investimentos em outras áreas, inclusive no que diz respeito aos seus habitantes indígenas.

Como já salientamos, as terras dos índios sempre foram vistas como empreendimentos econômicos, beneficiando indivíduos ou governos municipais e

estaduais. Nesse sentido, sendo Ipuacu e Entre Rios municípios recentes, muito pouco puderam “aproveitar” das riquezas naturais, como os dividendos resultantes da exploração de madeira. Atualmente, projetos para a plantação em maior escala de soja e milho na T.I. têm contado com a participação de técnicos e agrônomos de Ipuacu, que ainda fornece as máquinas e os grãos e adubos/agrotóxicos, em troca de uma parte da colheita. Esses projetos normalmente envolvem alguns poucos índios, denotando que a maioria continua alijada do processo. Além disso, como apontaram Nacke & Fachini (1998), o empréstimo de uma máquina para a extração do barro usado na confecção de tijolos pela olaria resulta no pagamento na forma de tijolos ao município de Ipuacu.

Uma terceira obtenção de renda por parte dos municípios, via índios, está se configurando muito recentemente, com a participação ativa nas questões de atenção à saúde indígena. Nesse momento, já que em capítulo posterior desenvolveremos minuciosamente esse tema, basta mostrar que até junho de 1999 Ipuacu recebia através de transferência do Ministério da Saúde (MS) para a atenção básica (Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS – e Programa de Saúde da Família – PSF) o montante de R\$ 9.365,73. Quando foi implantado o PSF para a área indígena, o valor aumentou progressivamente de R\$ 11.699,07 em julho de 1999 para R\$ 17.129,27 em novembro de 1999; em dezembro do mesmo ano, quando o MS, através da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), assinou convênio para a assistência à população indígena (implantação do Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul), foram destinados para esse projeto específico R\$ 14.600,00, que somados aos da atenção básica totalizaram R\$ 31.729,27. Esses valores representaram, em menos de 1 ano, algo em torno de 339% de aumento nos repasses fundo a fundo. No caso de Entre Rios, até outubro de 1999 não havia a transferência para a atenção básica, mas somente para outras rubricas (vigilância sanitária, farmácia básica), com valor total de R\$ 2.806,02. Em novembro, com a inclusão dos dois programas (PACS e PSF), o total passou para R\$ 13.589,35; em janeiro de 2000, após a assinatura do convênio entre FUNASA e Entre Rios para a atenção ao índio, houve diminuição do valor para o PSF, porém foram alocados R\$ 8.450,00 para esse convênio, totalizando R\$ 16.856,00 de transferência fundo a fundo, ou seja, em três meses houve um aumento de aproximadamente 600% nos recursos obtidos do governo federal para questões de saúde (Fonte dos dados: <<http://credpab.saude.gov.br/cgi/pab.exe?>>, em 01 de junho de 2000).



O povo indígena *Kaingáng*, localizado no Brasil Meridional, vive em um contexto de contato interétnico muito intenso. Distingue-se por suas especificidades culturais e sociais, resistindo e afirmando sua condição étnica frente à sociedade nacional. Os *Kaingáng* da T.I. Xapecó, oeste de Santa Catarina, têm tido um papel relevante no cenário demográfico, político e econômico dos municípios que abrangem a T.I. Atualmente, compõem em torno da metade da população de Ipuçu e aproximadamente 1/3 da população de Entre Rios, o que lhes têm proporcionado participação em cargos políticos. As terras onde vivem (e viveram) e suas riquezas naturais sempre foram alvo de interesses econômicos, principalmente através do extrativismo e da agricultura. Muito recentemente, as questões de saúde tornaram-se uma outra forma de benefício econômico para a região, como veremos no próximo capítulo.

No capítulo ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDÍGENA: MACRO- E MICRO-CONTEXTOS, discutimos as políticas de saúde dirigidas aos grupos indígenas brasileiros, evidenciando o contexto nacional e seqüencialmente reduzimos o foco até a prestação da assistência biomédica aos *Kaingáng* da T.I. Xapecó. Observaremos que a implementação, em 1999, do subsistema de atenção à saúde indígena, tornou os *Kaingáng* assunto prioritário para os municípios de Ipuçu e Entre Rios.

3 ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDÍGENA: MACRO- E MICRO-CONTEXTOS

Historicamente, o atendimento à saúde do índio teve (e ainda tem) como “característica central a grande oposição entre as medicinas ocidental e indígena” (Langdon & Rojas, 1991: 66). Os órgãos tutelares oficiais de proteção do índio (primeiro o Serviço de Proteção aos Índios/SPI e a partir de 1967 a Funai), apesar de terem entre seus objetivos a garantia da assistência à saúde indígena, não foram capazes de implementar políticas e projetos realmente efetivos nesse campo. Ao contrário, as frentes de pacificação foram muito mais eficazes em provocar uma ruptura social, cultural, ecológica e sanitária de grande parte dos povos indígenas contactados.

Nos últimos anos, a responsabilidade pela atenção à saúde indígena no Brasil tem flutuado entre a Funai, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)¹ e recentemente, com a paulatina implantação do sub-sistema de atenção à saúde (Brasil, 1999a), que tem como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's) (Brasil, 1999b), diversas prefeituras e/ou Organizações Não-Governamentais (ONG's) têm assumido a questão de prover os serviços. Algumas missões religiosas e universidades também vêm prestando cuidados de saúde às comunidades indígenas.

Em 1986, a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio discutiu e deliberou sobre políticas de saúde e propostas foram encaminhadas. Passaram então a ser centrais as discussões em torno da implementação de um modelo diferenciado para a saúde indígena, baseado no respeito à organização social e política, aos costumes, às crenças e às tradições das diversas comunidades indígenas, preceitos que acabaram sendo contemplados na Constituinte de 1988. Em 1991, com a assinatura do Decreto n. 23 (Brasil, 1991), o âmbito de coordenação e execução de políticas de saúde para o índio passou do Ministério da Justiça (sob o comando da Funai) para o Ministério da Saúde (representado pela FUNASA), criando a figura do Distrito Sanitário Especial Indígena como estratégia para a implantação de um sub-sistema de saúde articulado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, o único Distrito criado foi o *Yanomami*, em fevereiro de 1991, que segundo Pellegrini (1998)

¹ Até muito recentemente, a sigla da Fundação Nacional de Saúde era FNS. Nesse trabalho, adotaremos a atual sigla FUNASA.

não se concretizou porque não houve a participação efetiva dos índios. Em 1994, pelo Decreto n. 1.141 (Brasil, 1994), a gestão das políticas de saúde indígena foi novamente transferida para a Funai. Ainda nesse ano, a Resolução n. 02 definiu que a Funai seria a responsável pelas ações assistenciais médico-sanitárias, enquanto a FUNASA trataria as questões de prevenção e controle de agravos.

Questões mal resolvidas quanto ao âmbito de competência das instituições envolvidas provocaram uma desarticulação ainda maior na prestação da atenção à saúde indígena. Além disso, nenhuma dessas mudanças legais em torno da responsabilidade sobre a saúde indígena implicou em provisão de recursos financeiros por parte do governo federal, o que ocasionou grandes problemas para a definição de uma política de saúde indígena que garantisse serviços adequados e treinamento de pessoal (Langdon, 1993).

Apesar das discussões terem sido iniciadas na década dos anos 80, é somente em 1999, a partir do Decreto n. 3.156 de 27/08/1999 (Brasil, 1999b), que as diretrizes básicas para a implantação dos DSEI's foram estabelecidas legalmente e a FUNASA tornou-se a gestora das questões relacionadas à saúde indígena. Os DSEI's são as instâncias operacionais do subsistema de atenção à saúde indígena, articulado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Esse subsistema deve atender às seguintes condições (FUNASA, 2000):

- Considerar os próprios conceitos de saúde e doença da população e os aspectos intersetoriais de seus determinantes;
- Ser construído coletivamente a partir de um processo de planejamento participativo;
- Possuir instâncias de controle social formalizados em todos os níveis de gestão.

O controle social dos DSEI's ficou a cargo dos Conselhos Locais de Saúde (composto somente por representantes das comunidades indígenas) e dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (formado por 50% de representantes indígenas e 50% de organizações governamentais, prestadores de serviços, como Secretarias Municipais de Saúde e/ou ONG's, e trabalhadores do setor saúde), sendo que no nível nacional a responsabilidade recaiu sobre o Conselho Nacional de Saúde, assessorado pela Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI).

A montagem da rede de serviços de atenção básica prevê integração e hierarquização, com complexidade crescente e articulada com o SUS. Na primeira instância, a base da organização são os agentes indígenas de saúde, vinculados aos postos de saúde das aldeias. A segunda instância é o Pólo-Base, localizado na Terra

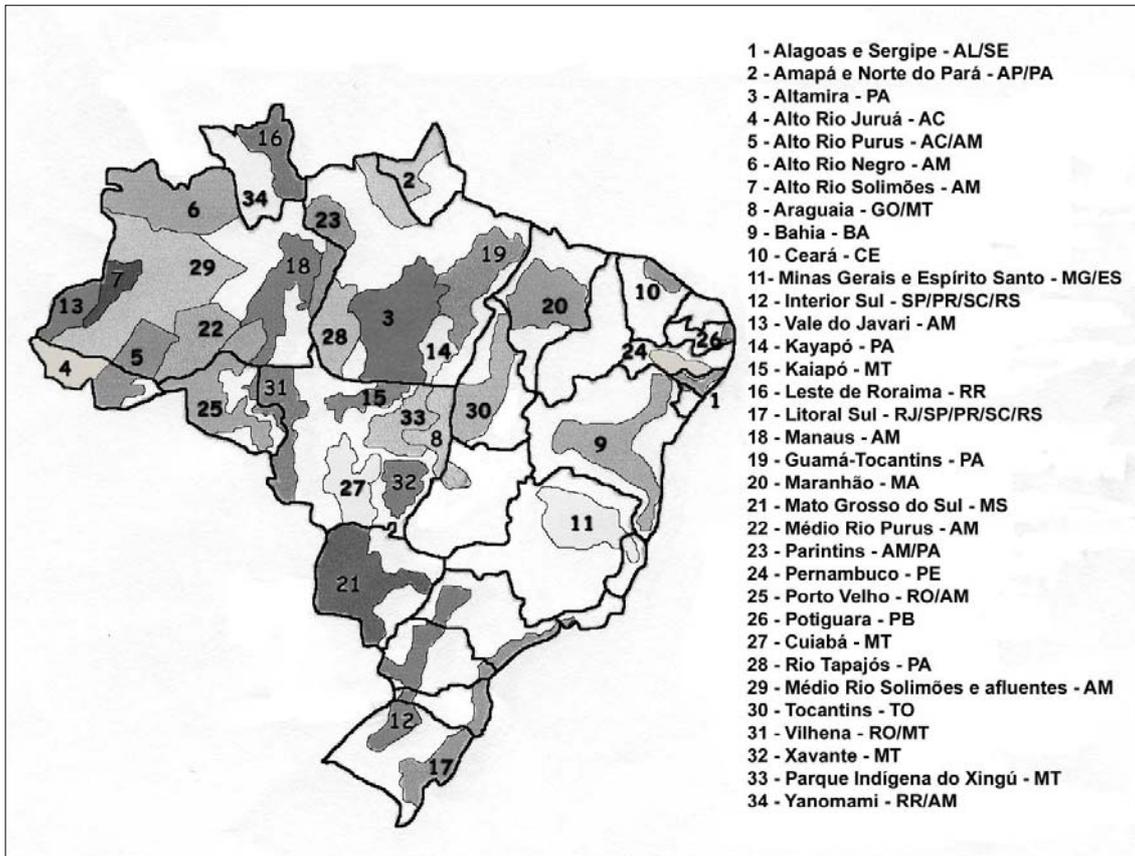
Indígena e/ou em municípios de referência (nesse caso em unidades básicas já existentes), cuja assistência será prestada pela equipe multiprofissional, formada basicamente pelo médico, dentista, enfermeiro e auxiliar de enfermagem. O Pólo-Base ainda estará vinculado às equipes de saúde da família, não só em relação à prestação da atenção, mas também na capacitação e supervisão dos agentes indígenas e auxiliares. A estrutura do DSEI prevê que a maioria dos agravos seja resolvida nessas duas instâncias. As demandas não resolvidas nesse nível devem ser encaminhadas para serviços especializados na sede de municípios próximos ou dependendo do caso para hospitais de baixa à alta complexidade e resolutividade. Além disso, as Casas do Índio, estruturas criadas pela Funai, serão readaptadas para funcionarem como Casas de Saúde do Índio, servindo de apoio entre as aldeias e a rede de assistência do SUS.

O saneamento nas aldeias é outro ponto importante nas ações do DSEI, prevendo a provisão de serviços de água, esgotamento sanitário e coleta/remoção/destino final do lixo, bem como a promoção de ambientes saudáveis, através da preservação das fontes de água limpa, controle da poluição de nascentes e cursos d'água, construção de poços, apoio aos meios de subsistência e cultivo de espécies tradicionais, entre outros (FUNASA, 2000).

A capacitação das equipes multiprofissionais contempla aspectos antropológicos, perfil epidemiológico da região e capacitação pedagógica, habilitando-as para a formação dos agentes indígenas de saúde. O Sistema de Informações de Saúde Indígena (SIASI) deve gerar dados que possam servir de subsídios para a construção de indicadores de saúde indígena e para a avaliação da qualidade da atenção dispensada.

Atualmente, o subsistema de atenção à saúde indígena está organizado em 34 DSEI's que cobrem uma boa parcela do território nacional, atendendo em torno de 351.000 índios (Mapa 3.1). É importante salientar que diferentemente dos anos anteriores, através desse Decreto, o governo federal destinou R\$ 62 milhões à montagem dos DSEI's para o ano de 1999, prevendo mais recursos para os próximos anos (FUNASA, 2000).

Mapa 3.1: Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil, 2000.



Fonte: adaptado de FUNASA (2000).

3.1 A prestação de assistência à saúde indígena no oeste de Santa Catarina

3.1.1 Antes do DSEI Interior Sul

Até 1991, a Funai, cuja Administração Regional (ADR) no oeste de Santa Catarina está em Chapecó, se responsabilizava pela presença de atendentes de enfermagem² nos Postos Indígenas, que respondiam pelo serviço ambulatorial.

² A categoria atendente de enfermagem não existe mais legalmente e os profissionais assim categorizados, para se manterem atuando na saúde, devem concluir o ensino médio e passarem por formação como auxiliar de enfermagem. Porém, como alguns funcionários que trabalhavam na T.I. Xaçepó ainda não haviam regularizado sua situação, se manterá na tese o termo atendente.

Além disso, deveria manter equipes volantes de saúde para visitas periódicas às aldeias, visando a vacinação, diagnóstico inicial, distribuição de medicamentos, assistência odontológica e educação sanitária³. A resolução de casos mais complexos ficava a cargo dos hospitais locais e/ou serviços do Ministério da Saúde, assim como da Casa do Índio, localizada em Curitiba (Langdon & Rojas, 1991).

Entre 1991 e 1994, a Coordenação Regional da FUNASA, com sede em Florianópolis, passou a supervisionar os projetos de saúde e manter os recursos financeiros necessários. Porém, a ADR-Chaçapécó da Funai permaneceu com a execução dos serviços através de seu quadro funcional. Segundo Langdon (1993), essa estrutura burocrática gerou entraves para uma nova definição de políticas de saúde indígena no estado, pois o pessoal da FUNASA, responsável pela proposição de projetos, não tinha experiência para tratar com questões indígenas e no nível local nada mudava, já que a administração dos serviços continuava sob a Funai.

A partir de 1994, a FUNASA manteve somente os programas de imunização, controle de endemias, capacitação e treinamento dos recursos humanos da Funai, saneamento básico e vigilância sanitária⁴. A Funai, com os seus setores de saúde desmantelados, permaneceu com sua postura descompromissada em relação à proposição de políticas e projetos de saúde, transferindo a resolução dos problemas para os serviços do SUS nos municípios vizinhos às T.I. de Santa Catarina. Os poucos recursos vindos da administração federal serviam somente para a aquisição de medicamentos, o abastecimento de veículos, gastos com deslocamento dos índios para centros de tratamento maiores, entre outras soluções paliativas. É óbvio pensar que a situação de saúde permaneceu a mesma, se não pior, já que o processo de municipalização não garantiu os preceitos básicos da reforma sanitária (universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde), assim como o respeito às especificidades socioculturais e aos sistemas indígenas de saúde, previsto na Constituição de 1988, não passou de mera retórica.

No caso da T.I. Xaçapécó, a disponibilidade dos serviços oferecidos foi caracterizada até meados de 1998 pela intermitência. Em viagens anteriores à T.I. (abril e maio de 1994; junho de 1995; abril de 1996 e agosto de 1998), observou-se

³ Em algumas dissertações, há breves descrições sobre a estrutura do serviço biomédico oferecido na T.I. Xaçapécó, como em Nacke (1983) e Haverroth (1997). Ambas apontam a existência do Posto de Saúde na aldeia Sede, bem como dos atendentes de enfermagem. A presença de médicos e dentistas era esporádica, principalmente através das equipes volantes.

⁴ Por exemplo, o projeto específico para atuação nas atividades preventivas de saúde das populações indígenas de SC, proposto pelo Departamento de Operações do Ministério da Saúde, Coordenação de Saúde do Índio e Coordenadoria Regional da FUNASA de SC, previu um orçamento de R\$ 388.577,00 para o período de abril a dezembro de 1998.

que nos anos de 1994 e 1995 não eram oferecidos serviços sistemáticos de profissionais de nível superior, contando a “Enfermaria”⁵ somente com a presença dos atendentes de enfermagem. No ano de 1996, havia a presença de um dentista duas vezes por semana na aldeia Sede, cedido pela prefeitura de Ipuçu através de convênio com a Funai; os equipamentos odontológicos eram novos, fornecidos pela FUNASA. Eventualmente as equipes volantes, compostas por médicos e enfermeiros, visitavam as diversas aldeias da T.I., como em julho de 1997, quando um grande grupo de profissionais realizou um “rastreamento de tuberculose entre os sintomáticos respiratórios nas populações indígenas das aldeias das reservas do oeste catarinense e Palmas/PR” (MS, 1997). Nessa atividade, a qual envolveu várias instituições e órgãos⁶, além do levantamento de casos de tuberculose, foram realizadas consultas médicas, com solicitação de exames e distribuição de medicamentos.

Em agosto de 1998, o dentista continuava atendendo duas vezes por semana e um médico (nessa tese chamado de “médico A”), também disponibilizado pelo município de Ipuçu via convênio com a Funai, prestava atendimento uma vez por semana na aldeia Sede. Nessa época, a provisão dos medicamentos e outros insumos continuava tarefa da Funai. Além disso, o convênio com a prefeitura de Ipuçu e outro estabelecido com a ONG Documentação Indigenista Ambiental (DIA) proporcionaram a contratação de auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde para atuarem dentro das aldeias. Por causa de problemas políticos, os contratados pelo convênio DIA-Funai foram disponibilizados para a Pastoral da Criança⁷. Essa configuração permaneceu atuante até final de 1999, o que gerou alguns conflitos, já que a existência de diferentes contratos entre os funcionários da “Enfermaria” provocava discussões em torno de salários⁸, tarefas e horários a serem cumpridos, bem como a quem se devia obediência. Uma funcionária da Funai assumia as funções de chefe e organizadora local do serviço, apesar de ter salientado que só poderia

⁵ “Enfermaria” é o termo corrente entre a comunidade *Kaingáng*, bem como entre os funcionários das diferentes organizações, para designar o Posto de Saúde instalado na aldeia Sede.

⁶ Participaram a FUNASA, a Funai, a Secretaria Estadual de Saúde/SC, a Diretoria de Vigilância Epidemiológica de SC, as Prefeituras de Ipuçu e de Entre Rios, as Secretarias Municipais de Saúde de Xanxerê, de Chapecó e de Seara, os Postos de Saúde de Xanxerê e de Chapecó, os Hospitais São Paulo (Xanxerê) e Santo Antônio (Chapecó) e a Pastoral da Saúde (Xanxerê).

⁷ A Pastoral da Criança, organismo de ação social da CNBB (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil), está em atividade desde setembro de 1983 e sua base é a comunidade e a família, treinando líderes comunitárias, moradoras da própria comunidade, para a mobilização das famílias em atividades de combate à mortalidade infantil e de melhoria da qualidade de vida familiar (Fonte: <http://www.rebidia.org.br/pastoral/fr_pasto.html>, 2001).

⁸ Segundo a informação de um profissional, os auxiliares do convênio Ipuçu-Funai e DIA-Funai receberiam mensalmente R\$ 714,00 brutos e R\$ 650,00 líquidos; os auxiliares na população não indígena e agentes do convênio DIA-Funai perceberiam R\$ 480,00; e os agentes do PSF ganhariam R\$ 178,00.

chamar a atenção dos contratados pelo convênio Ipuauçu-Funai após conversar com o secretário de saúde.

No período acima referido, por falta de uma política setorial no SUS que contemplasse as populações indígenas e de uma Funai mais atuante, muitos foram os conflitos em relação a quem cabiam as responsabilidades, o que levava em última instância ao mau atendimento dos índios. Deste modo, todas as medidas adotadas desde 1998 não significaram uma melhoria nas condições de assistência à saúde, mas talvez sim um aumento da dependência pelos serviços biomédicos, caracterizada cada vez mais por uma certa complexidade que não se observa em T.I. de outras regiões do Brasil.

Durante a pré-implantação do DSEI⁹, o Posto de Saúde localizado no município de Ipuauçu foi a referência para a busca de atenção biomédica quando não se resolvia o problema na “Enfermaria” da aldeia Sede. Porém, como a maioria dos pequenos municípios localizados em zonas rurais, a carência de infra-estrutura adequada para atender a população provocava quase sempre o encaminhamento dos casos, muitas vezes de simples resolução, para municípios maiores, como Xanxerê e Chapecó. Para os casos que exigiam atendimentos especializados ou mesmo internação hospitalar, os índios eram levados para os municípios de Xanxerê, Abelardo Luz, Chapecó, Florianópolis ou Curitiba, à Casa do Índio. Cumpre salientar que em meados de 1999 o médico de Ipuauçu (médico A) prestava atendimento na “Enfermaria” duas vezes por semana.

A Funai mantinha no município de Xanxerê contratos com especialistas nas áreas de psiquiatria, neurologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, dermatologia e cirurgia pediátrica, além de uma ótica. As internações eram feitas dentro da cota de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) dos municípios de Ipuauçu e de Entre Rios. Durante o segundo semestre de 1999, a prefeitura de Ipuauçu tinha uma cota mensal de 90 exames bioquímicos corriqueiros (para a sua população total), via contrato com um laboratório de análises clínicas em Xanxerê e ainda 20 exames de raios X com um laboratório de radiologia nesse mesmo município.

Em julho de 1999, com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) para a área indígena, Ipuauçu montou uma equipe de 06 agentes indígenas, uma auxiliar de enfermagem (não índia), uma enfermeira (não índia) e um médico (denominado no decorrer da tese de “médico B”); o médico B passou a dar consultas

⁹ No final de agosto de 1999 a FUNASA assumiu o controle das ações em saúde, atendendo ao Decreto n. 3.156/99 (Brasil, 1999b), caracterizando um período transitório para a implantação do DSEI Interior Sul.

na “Enfermaria” em agosto do mesmo ano. Em novembro de 1999, Entre Rios também criou sua equipe, composta de 07 agentes de saúde, sendo três deles para atuar entre os *Kaingáng* e um entre os *Guarani*, uma auxiliar de enfermagem, uma enfermeira e um médico (os dois últimos já haviam sido contratados em setembro de 1999). Porém, A infra-estrutura oferecida por Entre Rios aos índios era ainda mais precária que àquela oferecida por Ipuçu.

Entre os *Kaingáng* de Palmas, no Paraná, Fassheber (1998) apontou a existência de um Posto de Saúde dentro da T.I., construído em 1995 com a ajuda da Diocese local. Apesar de possuir 6 leitos, cotidianamente só funcionavam o ambulatório para atendimentos simples e a sala de medicamentos, cuja responsabilidade era de um atendente de enfermagem e de um agente indígena de saúde, ambos contratados pelo convênio DIA-Funai. Um dentista da prefeitura de Palmas prestava serviços uma vez por semana e não havia médicos com regularidade. Os índios ainda contavam com os Postos de Saúde, hospitais e clínicas da cidade de Palmas, atendidos pelo Sistema Único de Saúde. Segundo esse autor, a Funai (essa T.I. também pertence à jurisdição da ADR de Chapecó, SC) basicamente fazia o transporte dos doentes para a cidade e pagava os medicamentos comprados na farmácia conveniada. Ainda usava como recurso o envio de doentes para a Casa do Índio, em Curitiba. As ações da FUNASA iniciaram-se em 1994, a partir de projetos de construção de rede de abastecimento de água e de prevenção de doenças; o primeiro projeto falhou e quanto ao segundo, a FUNASA realizou algumas campanhas de vacinação e de rastreamento de tuberculose. Além disso, Fassheber (1998) observou que a Diocese local promovia uma semana assistencial de saúde por ano, levando uma equipe composta de médicos, dentistas, assistentes sociais, entre outros, às áreas indígenas da região.

3.1.2 O DSEI Interior Sul

O DSEI Interior Sul abrange os estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e São Paulo, em suas porções mais a oeste, contemplando a atenção à saúde *Kaingáng*, *Guarani*, *Xokleng*, *Krenak* e *Terena* (Mapa 3.2). A população indígena total do DSEI Interior Sul está estimada em 30.860 índios, exibindo a terceira maior população entre todos os 34 DSEI's, sendo que o maior grupo é dos *Kaingáng*, representado aproximadamente por 61% do total (FUNASA, 2000). Em Santa

Catarina, onde existem 04 T.I. demarcadas ou homologadas, os Pólos-Base estão nos municípios de José Boiteaux e Chapecó, sendo que esse último será substituído quando estiverem prontas as instalações de um novo Posto de Saúde na aldeia Sede da T.I. Xaçecó. A coordenação geral do DSEI ficou a cargo de uma funcionária da Coordenação Regional da FUNASA/SC e o escritório central seria em Chapecó; porém, até fevereiro de 2000, continuava em Florianópolis e em Chapecó eram utilizadas dependências do prédio da ADR/Funai para a resolução dos problemas locais.

Mapa 3.2: Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul.



Fonte: adaptado de FUNASA (2000).

A base territorial do DSEI Interior Sul, compreendendo jurisdições de 4 estados brasileiros e de inúmeros municípios, colocou em jogo questões políticas e de interesse econômico muito fortes. Segundo um funcionário da FUNASA/Florianópolis, no início das discussões sobre quem operaria os convênios nesse Distrito, a ONG “Projeto Rondon”, criada pela Associação Estadual dos Rondonistas de Santa Catarina, era a principal candidata. Porém, políticos da região pressionaram para que as prefeituras assumissem os convênios. Ficou então estabelecido que municípios com mais de 1.000 índios receberiam os recursos diretamente do Ministério da Saúde, enquanto que aqueles com populações menores teriam incentivos do Ministério para aquisição de medicamentos e outros insumos e a ONG “Projeto Rondon” assumiria a gestão dos recursos humanos¹⁰. Assim, em Santa Catarina, três municípios tomaram para si a gestão total dos convênios, entre eles Ipuçu e Entre Rios, onde localiza-se a T.I. Xapecó. Os índios de T.I. localizadas nos municípios restantes desse estado e aqueles no Paraná e São Paulo foram cobertos pela referida ONG. No Rio Grande do Sul, todas as prefeituras de municípios com índios fizeram articulações com o Ministério da Saúde, contratando pessoal através do repasse fundo a fundo da Secretária de Assistência à Saúde/MS.

A elevada população a ser atendida – quando comparada à maioria dos outros DSEI’s – e o amplo território a ser coberto têm criado sérias dificuldades para a operacionalização dos serviços, tanto que em janeiro de 2000 alguns funcionários da FUNASA/Florianópolis expressaram suas preocupações, alegando que somente questões administrativas estavam sendo priorizadas e que conflitos específicos oriundos da ineficiente política indigenista¹¹ em cada um dos estados tornavam a realidade muito heterogênea.

No caso da T.I. Xapecó, o DSEI Interior Sul foi rapidamente implementado, sem a participação da comunidade, à semelhança do que ocorreu em Pernambuco (Athias & Machado, 2001). As discussões centraram-se no nível da FUNASA com os executores (prefeituras) e as lideranças indígenas¹², que tiveram um papel importante

¹⁰ No dia 10.01.00, foi firmado o convênio entre a FUNASA e a Associação Estadual dos Rondonistas de Santa Catarina, cujo objeto é o programa de promoção, prevenção e assistência primária à saúde de populações indígenas, com recursos da FUNASA, no valor de R\$ 4.406.577,44, sendo R\$ 1.144.546,34 para o ano de 1999 e R\$ 3.262.031,10 para 2000. No mesmo dia, foi publicado o Extrato de Protocolo de Intenções entre a FUNASA e essa ONG, no valor total de R\$ 17.626.312,00 para vigência de 5 anos.

¹¹ O território do DSEI Interior Sul abrange várias ADR da Funai, que mesmo tendo que responder a uma política nacional, estão muito sujeitas às especificidades regionais e locais.

¹² Entre setembro de 1999 e fevereiro de 2000, houve uma reunião na escola da aldeia Sede para discutir a montagem do DSEI. Participaram o prefeito e secretária de saúde de Entre Rios, a enfermeira de Ipuçu, o cacique da T.I. Xapecó, outras lideranças indígenas e agentes indígenas de saúde. Outras reuniões foram feitas em Florianópolis com representantes da FUNASA, os dois prefeitos e o cacique.

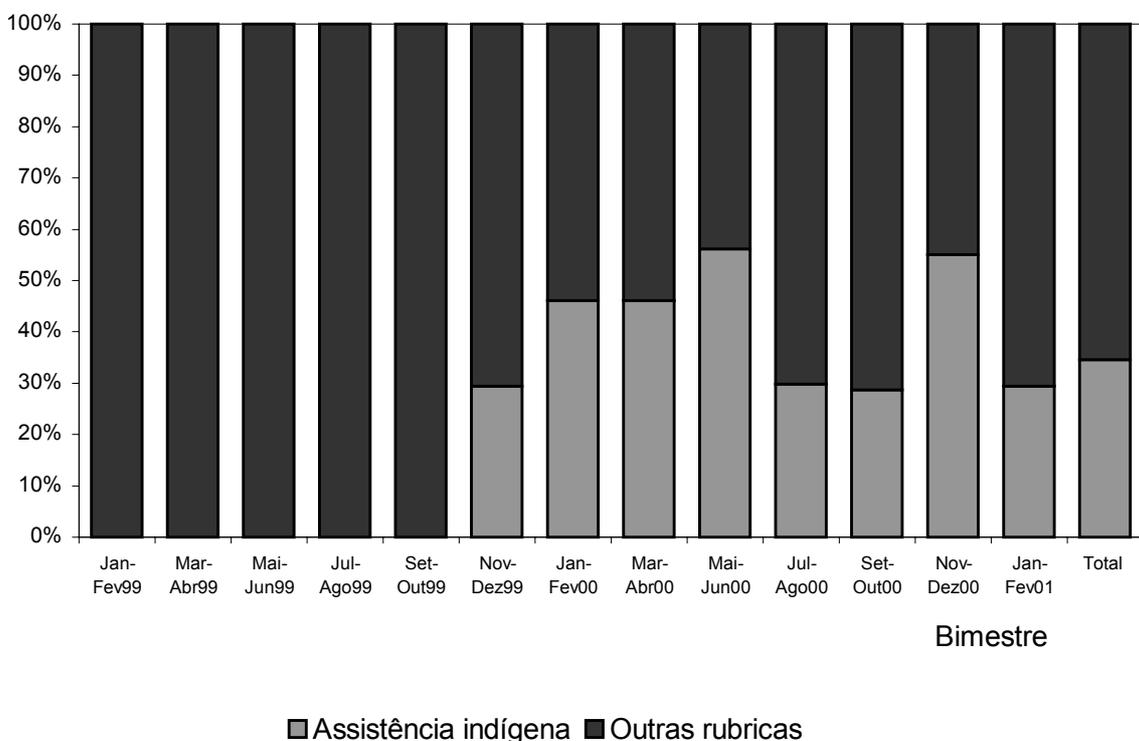
nessa definição. Havia interesses em alianças políticas que conduzissem alguns dos líderes a cargos administrativos, principalmente na prefeitura de Ipuacu – não podemos nos esquecer que o processo de distritalização coincidiu com o período pré-eleitoral (ano de 1999 a outubro de 2000) e as eleições municipais confirmaram a importância da nova configuração no âmbito da saúde, quando 04 líderes indígenas foram eleitos em Ipuacu e dois em Entre Rios (CIMI, 2001). A comunidade permaneceu alijada dos debates e o que se observou no período do trabalho de campo é que o subsistema de atenção à saúde na T.I. Xapecó estava sendo implantado com os mesmos “vícios” administrativos/burocráticos que sempre caracterizaram a prestação de serviços de saúde via SUS. Isso porque, no planejamento das ações, não houve efetiva preocupação em contemplar aspectos sociais e culturais específicos à realidade *Kaingáng*, mesmo já existindo alguns trabalhos que poderiam ajudar a direcionar tais ações, como as etnografias de Oliveira (1996), Haverroth (1997), Almeida (1998) e Fassheber (1998), só para citar aquelas realizadas na T.I. Xapecó e de Palmas – há inúmeros trabalhos conduzidos em outras T.I. *Kaingáng* que também poderiam auxiliar.

Em 30 e 31 de dezembro de 1999, foram publicados no Diário Oficial da União os Extratos de Convênio entre a FUNASA e os municípios de Ipuacu e de Entre Rios, respectivamente, com os objetivos de atender a população indígena e cooperar tecnicamente (Brasil, 1999c; Brasil, 1999d). Foi a partir desse momento que o DSEI Interior Sul na T.I. Xapecó passou a existir de fato. No Extrato de Convênio firmado entre a FUNASA e Ipuacu para o “atendimento integral à saúde da população indígena”, a FUNASA alocaria recursos financeiros no valor total de R\$ 259.000,00 (R\$ 139.000,00 para o exercício de 1999 e R\$ 120.000,00 para 2000) e para “cooperação técnica”, com vigência de 5 anos, seriam destinados R\$ 1.040.000,00. O Extrato de Convênio entre a FUNASA e Entre Rios previu R\$ 78.000,00 para a implantação do programa de assistência à saúde indígena (1999 e 2000) e R\$ 312.000,00 para cooperação técnica durante 5 anos. É importante salientar que a contratação e capacitação das equipes multiprofissionais seriam feitas com recursos do SAS (transferência fundo a fundo) e do VIGISUS, respectivamente, sem utilizar os valores para os anos de 1999 e 2000, de ambos municípios, do convênio FUNASA - Municípios.

Como já comentado rapidamente no capítulo anterior, assumir a responsabilidade da assistência à saúde indígena tornou-se uma fonte importante de captação de recursos para os dois municípios. Analisando mais detalhadamente uma

série histórica de recursos federais do SUS repassados para Ipuauçu e Entre Rios (MS, 2001), é possível visualizar o quanto o DSEI tem sido significativo na dinâmica dos dois municípios. Entre janeiro de 1999 e fevereiro de 2001, foram transferidos os totais de R\$ 590.663,10 e de R\$ 237.424,08 para Ipuauçu e Entre Rios, respectivamente. Considerando somente a rubrica “Assistência à população indígena” via DSEI (nesse cálculo não computamos os valores do PACS, PSF e outros que também tiveram parte dos seus recursos usados com os índios), Ipuauçu recebeu entre dezembro de 1999 e fevereiro de 2001 o valor de R\$ 204.400,00, ou seja, 34,6% de todo o dinheiro enviado de janeiro de 1999 a fevereiro de 2001 (se contarmos a partir de dezembro de 1999, quando iniciaram os pagamentos, até fevereiro de 2001, os repasses do SUS para a atenção aos índios corresponderam a 43,8% do valor total para esse mesmo período). Na Figura 3.1, podemos comparar bimestralmente, em valores percentuais, a contribuição financeira que o DSEI Interior Sul tem proporcionado a Ipuauçu.

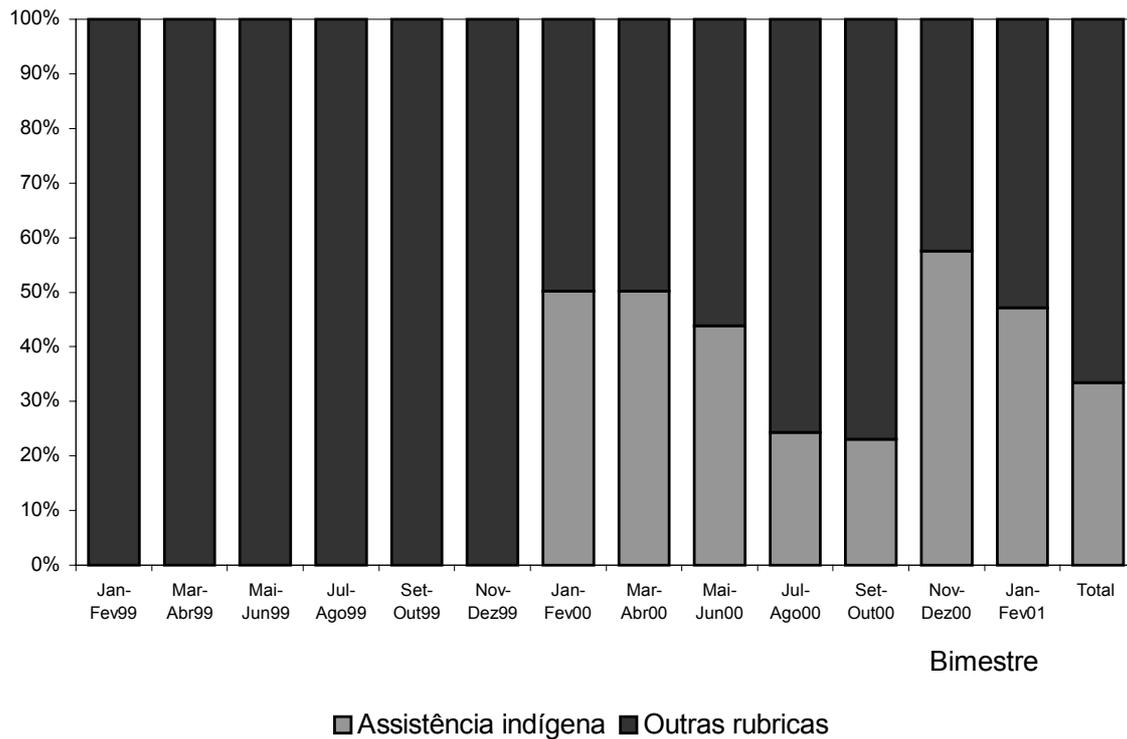
Figura 3.1: Percentual de recursos federais do SUS repassados ao município de Ipuauçu (jan.1999-fev.2000) para a assistência à população indígena da T.I. Xapecó (convênio DSEI Interior Sul), cuja área encontra-se nesse município.



Quanto a Entre Rios, o SUS pagou entre janeiro de 1999 e fevereiro de 2001 para a “Assistência à população indígena” R\$ 79.350,00, isto é, 33,4% do valor total repassado no mesmo período. Porém, analisando o período a partir do qual o município efetivamente passou a receber tais recursos (janeiro de 2000), 43,5% do dinheiro total transferido corresponderam à atenção indígena. A Figura 3.2 traz comparativamente os recursos alocados, em valores percentuais, para o DSEI e para outras despesas do SUS, organizados bimestralmente.

Nos Anexos 3.1 e 3.2 estão as tabelas completas com todos os repasses (incluindo a cotação do dólar), mês a mês, para Ipuacu e Entre Rios, respectivamente.

Figura 3.2: Percentual de recursos federais do SUS repassados ao município de Entre Rios (jan.1999-fev.2000) para a assistência à população indígena da T.I. Xapecó (convênio DSEI Interior Sul), cuja área encontra-se nesse município.



Ficou estabelecido entre a FUNASA e os executores que na primeira instância (Postos de Saúde nas aldeias + agentes de saúde) seria feita a maioria dos atendimentos, já que havia uma equipe multiprofissional agindo, apesar das

instalações da “Enfermaria” não serem as mais adequadas. O projeto apresentado por Ipuacu à FUNASA para implementação da atenção à saúde *Kaingáng* incluía a construção de um novo prédio na aldeia Sede para funcionamento da “Enfermaria”. No proposta de convênio apresentada pelo município, foram alocados R\$ 62.000,00 para a construção e R\$ 17.000,00 para a aquisição dos equipamentos (correspondem a aproximadamente 30,5% do valor total do convênio – anos 1999/2000). Em fevereiro de 2000, as obras de terraplanagem foram iniciadas e segundo informações obtidas em julho do mesmo ano, o prédio já estava praticamente concluído.

Além da construção e aparelhamento de um novo Posto de Saúde, outros 6 objetivos foram traçados por Ipuacu, entre eles promover, prevenir e assistir a saúde *Kaingáng*. É nesse objetivo que estava prevista a disponibilização de “medicação básica adequada conforme os quadros nosológicos identificados, dia, mês da consulta médica prévia” (Ipuacu, 1999: s.p.), entre outras atividades; o projeto de Ipuacu destinou R\$ 122.000,00 para executar esse objetivo (47,1% dos R\$ 259.000,00 previstos). Da mesma forma, Entre Rios traçou alguns objetivos (06), sendo a provisão dos medicamentos contemplada no objetivo “prestar serviço de promoção, prevenção e assistência à saúde da população Indígena (Kaingang e Guarani)” (Entre Rios, 1999: s.p.); o orçamento previsto para a implementação desse objetivo foi de R\$ 45.000,00 (57,7% do valor total do convênio para 1999 e 2000).

Como Ipuacu e Entre Rios não possuem rede hospitalar, a estrutura para a assistência nesse nível ficou assim definida:

- População indígena no âmbito de Ipuacu:
 - Primeira referência: Hospital Bom Jesus (Xanxerê) e Hospital Nossa Senhora Aparecida (Abelardo Luz);
 - Segunda referência: Hospital São Paulo (Xanxerê);
 - Terceira Referência: Casa de Saúde do Índio (Curitiba, PR).

- População indígena no âmbito de Entre Rios:
 - Primeira referência: Hospital São Domingos (São Domingos);
 - Segunda referência: Hospital São Paulo (Xanxerê);
 - Terceira referência: Casa de Saúde do Índio (Curitiba, PR).

Esses hospitais não receberiam cotas adicionais de AIH, mas sim incentivos financeiros para o atendimento da população indígena.

3.2 A “Enfermaria” da aldeia Sede, T.I. Xapecó – setembro de 1999 a fevereiro de 2000

3.2.1 A Estrutura

O Posto de Saúde (“Enfermaria”) nessa aldeia, instalado no mesmo prédio desde 1973 por determinação do coronel Kleber Assunção, administrador da 4ª Delegacia Regional da Funai em Chapecó¹³, mantinha no início do período de trabalho de campo um leito para internações ocasionais (doenças sem gravidade, mas que necessitavam de acompanhamento para medicação, por exemplo), um ambulatório para prestação de primeiros socorros e preparação dos pacientes para as consultas, um consultório médico, um consultório odontológico, uma sala de medicamentos, uma cozinha, dois banheiros (um, inoperante, anexo ao leito e o outro no consultório médico) e uma sala tipo despensa¹⁴. Havia uma varanda na entrada do ambulatório e uma pequena sala de espera junto ao consultório médico. A localização da “Enfermaria” é central na aldeia Sede, muito próxima da escola (ver Figura 4.1 no próximo capítulo). Há muitos anos não passava por uma reforma, apresentando problemas freqüentes nas instalações elétrica e hidráulica, bem como madeiramento apodrecido, vidros quebrados e pintura gasta.

A sala do dentista possuía os equipamentos mínimos, como cadeira odontológica e estufa, adquiridos pela FUNASA em anos anteriores, e um armário fechado de vidro para a guarda dos anestésicos e outros insumos odontológicos. No consultório médico existia uma maca, uma geladeira e uma mesa ginecológica, essa última também fornecida pela FUNASA. O ambulatório mantinha uma maca, um balcão com pia e uma balança, além de instrumentos como nebulizador, termômetro e esfigmomanômetro manual.

Na sala de medicamentos, as prateleiras de aço, abertas, eram dispostas em duas paredes, onde os medicamentos ficavam expostos por ordem alfabética e se guardavam os prontuários médicos; nas outras duas paredes, balcões com gavetas acondicionavam papéis e outros insumos, como algodão, gaze, esparadrapo, etc. A

¹³ Diz o texto do Relatório da viagem de Inspeção à Região da 4ª DR período - 18/03 a 30/03/73, de autoria de Clodomiro Fortes Flores e Valter Ferreira Mendes (Série Avaliação Indigenista): “Ficou definido que a atual casa da escola seja transformada em enfermaria e que seja construída uma casa para escola próximo as casas dos índios.” (Fonte: FUNAI - Departamento de Documentação, Brasília, 2001).

¹⁴ Em anos passados, a “Enfermaria” possuía mais de um leito, realizando partos e mantendo internados pacientes não graves. Aos poucos, os cômodos localizados na parte de trás foram sendo utilizados para outros fins, até que foram totalmente ocupados pela família de um dos atendentes.

janela dessa sala, de vidro e direcionada para oeste, recebia os raios solares diretamente no período da tarde, com incidência sobre alguns dos medicamentos; somente em outubro de 1999 foi providenciada uma cortina do tipo *black-out*.

Na cozinha existiam um fogão a gás, uma geladeira e uma mesa. No final de novembro de 1999, uma equipe da FUNASA esteve na aldeia para fazer o levantamento de todos os bens da “Enfermaria”, visando a transferência para a FUNASA/Ministério da Saúde.

Em janeiro de 2000, foi providenciado um telefone celular para a “Enfermaria”.

Havia funcionários disponíveis 24 horas para o atendimento, sendo que um dos atendentes de enfermagem (nesse trabalho denominado atendente 1), não índia, esposa de um ex-cacique e pertencente ao quadro da Funai, trabalhava na “Enfermaria” desde 1983; seu horário era de segunda à sexta-feira, horário comercial, exercendo a função de chefe da “Enfermaria” até final de dezembro de 1999, quando foi substituída pela enfermeira do DSEI. Em novembro, durante suas férias¹⁵, um dos motoristas, também funcionário da Funai, a substituiu no comando da “Enfermaria”, responsabilizando-se pelas marcações dos exames e pelas compras no posto de medicamentos de Bom Jesus; para trabalhar como motorista nesse mês, foi chamado o atendente 2.

O quadro de horários dos outros atendentes (2, 3 e 4)¹⁶ passou por várias mudanças no decorrer do período, muitas vezes provocadas pelo descontentamento com os horários de plantão (à noite e finais de semana). Esses três profissionais, índios, trabalhavam na atenção à saúde indígena há muitos anos, seja na T.I. Xapecó como em outras áreas. O grau de escolaridade deles era o básico incompleto, sendo que a atendente 3 estava cursando em 1999 o supletivo, visando concluir até a 8ª série. A formação em saúde de todos esses atendentes foi se dando ao longo do exercício da profissão, através de cursos promovidos pelos órgãos responsáveis pela saúde indígena.

A auxiliar de enfermagem não índia (auxiliar 1), do convênio Ipuacu-Funai e que também emprestava o nome para a equipe do PSF, trabalhou até o dia 10 de setembro nas segundas, quartas e sextas-feiras, das 08:00 h às 17:00 h; nas terças-feiras das 13:00 às 17:00 h e nas quintas-feiras das 08:00 h às 11:30 h. A partir de 13 de setembro, após conversa com o secretário municipal de saúde de Ipuacu e acordo com a atendente 1, passou a trabalhar de segunda à sexta-feira das 08:00 h às 11:30

¹⁵ As férias, porém, não significaram ausência na “Enfermaria”.

¹⁶ Dois atendentes eram contratados pelo convênio Ipuacu-Funai como auxiliares de serviços gerais.

h e das 13:00 h às 17:00 h. O seu deslocamento do centro de Ipuauçu até a aldeia era feito com automóvel próprio. A auxiliar 1 contava com a ajuda de um dos atendentes (2, 3 ou 4) para os atendimentos em geral, para a preparação das fichas médicas e dispensação dos medicamentos. Essa auxiliar possuía o ensino médio, tendo cursado a formação específica para atuar como auxiliar de enfermagem.

O outro auxiliar de enfermagem (auxiliar 2) na “Enfermaria”, contratado pelo convênio DIA/Funai, cumpria horário de segunda a sexta-feira, nos mesmos horários da auxiliar 1, até 15 de outubro, quando chegou ao fim o referido convênio. Em dezembro, após acordo com o secretário de saúde de Ipuauçu, substituiu a atendente 3 em suas férias. Esse auxiliar índio foi reconduzido em janeiro através do DSEI Interior Sul. Suas funções eram basicamente colaborar no atendimento aos índios, dispensar medicamentos, participar da ação de vigilância nutricional da Pastoral da Criança, mediante o controle do peso e do crescimento da criança, e controlar a distribuição de leite em pó para as crianças consideradas desnutridas. O auxiliar 2 também tinha o nível médio de ensino, com formação em auxiliar de enfermagem, concluída em 1994.

A enfermeira, integrante da equipe do PSF, era a responsável direta pelos agentes de saúde, acompanhando e orientando os trabalhos. Além disso, esperava-se dela o acompanhamento das consultas médicas, bem como a triagem dos pacientes, o que nem sempre ocorria, já que sua presença na “Enfermaria” não era cotidiana. A partir de janeiro de 2000, passou a ir diariamente (segunda a sexta-feira), acumulando os cargos de enfermeira do PSF e do DSEI e coordenando localmente o serviço.

O médico A, contratado pelo município de Ipuauçu, atendia preferencialmente gestantes e mulheres em geral nas tardes de terça-feira (14:00 h às 17:00 h)¹⁷ e os homens tinham primazia nas manhãs de quinta-feira (09:00 h às 12:00 h). O médico B, da equipe de saúde da família (PSF), consultava crianças de 0 a 14 anos nas tardes de segunda-feira e sexta-feira (13:00 h às 16:00 h); esse profissional não foi às casas da aldeia Sede no período do trabalho de campo e na aldeia Pinhalzinho não teria sido bem recebido quando fez algumas visitas, já que sugeriu melhorar as condições de higiene. O dentista, cujo contrato por Ipuauçu expirou em dezembro de 1999, atendia nos mesmos horários do médico A.

No final de outubro, o município de Ipuauçu contratou duas psicólogas para atendimento de toda a sua população. Foi acordado que os índios seriam atendidos uma vez por semana em Entre Rios. No período de setembro de 1999 a fevereiro de

¹⁷ Os horários de atendimento dos médicos aqui apresentados são os oficiais, o que não significava rigor no seu cumprimento.

2000, somente alguns índios jovens foram levados para tais consultas, aqueles considerados como apresentando problemas psicológicos e de ajustamento social. A presença dessas profissionais foi criticada por outros funcionários, que não teriam sido avisados das contratações.

O médico B, a enfermeira e a auxiliar de enfermagem 1 haviam iniciado suas atividades com a comunidade *Kaingáng* na “Enfermaria” a partir de meados de 1999. Em janeiro de 2000, o médico A e o dentista, que trabalhavam na “Enfermaria” há alguns anos, foram substituídos por outros dois profissionais, que passaram a prestar serviços 40 horas semanais, a maior parte do tempo na aldeia Sede; os outros profissionais foram mantidos, sendo que dois deles, lotados no Ministério da Justiça/Funai, foram transferidos para o Ministério da Saúde/FUNASA. O Quadro 3.1 apresenta um resumo do número e tipo de profissionais que estiveram envolvidos com a prestação de atendimento à saúde *Kaingáng* no período de setembro de 1999 a fevereiro de 2000, quando foi realizado o trabalho de campo.

No período analisado, o médico A iniciou curso de especialização em saúde coletiva, com duração de 18 meses e aulas bimensais às sextas e sábados, promovido pela Universidade do Oeste de Santa Catarina e pela Universidade Estadual de Londrina. A enfermeira, considerando sua efetivação no DSEI, fez os dois primeiros módulos de formação para profissionais em saúde indígena, organizados pela Coordenação Regional da FUNASA, em Florianópolis; estava agendado para março de 2000 outro módulo, direcionado aos três profissionais de nível superior. A auxiliar 1 participou de dois cursos de curta duração, organizados pela prefeitura de Ipuacu, mas que não tratavam especificamente sobre questões de saúde. Em 15 de setembro, o médico A, juntamente com a enfermeira, promoveram treinamento para os agentes indígenas do PSF, com convite estendido aos atendentes e auxiliares da “Enfermaria”; seria agendado um encontro mensal, porém não houve essa periodicidade. A enfermeira costumava reunir-se na “Enfermaria” com os agentes indígenas do PSF, quando passava instruções e recolhia os relatórios mensais.

Na aldeia Pinhalzinho também existia um Posto de Saúde, que funcionava em uma sala contígua ao ginásio de esportes, na beira da rodovia estadual. Sua estrutura era mais precária, não tendo por exemplo uma sala específica para a estocagem dos medicamentos. Havia uma auxiliar de enfermagem, não índia, contratada da mesma maneira que a auxiliar 1 da “Enfermaria”, que permanecia de segunda-feira à sexta-feira, nas manhãs e tardes. O médico B prestava atendimento todas às quartas-feiras à tarde nesse local, especificamente para as crianças. Os medicamentos eram

principalmente disponibilizados por Ipuacu – a proximidade dessa aldeia com o centro administrativo do município (em torno de 5 Km) facilitava o deslocamento dos índios para o Posto de Saúde lá existente, tanto para buscar medicamentos quanto para consultar nos outros dias da semana.

Quadro 3.1: Profissionais, por tipo de contrato, alocados para a prestação dos serviços de atenção biomédica na T.I. Xaçecó, SC, período de 01 de setembro de 1999 a 08 de fevereiro de 2000.

	Funai	Convênio Ipuacu-Funai	Convênio DIA ^a -Funai	PSF ^b	DSEI ^c Interior Sul
01.set.1999 a 15.out.1999	Atendente de enfermagem (02)	Médico (01)	Auxiliar de enfermagem (03)	Médico (01)	-----
		Dentista (01)	Agente de saúde (04)	Enfermeira (01)	
		Auxiliar de enfermagem (02)		Auxiliar de enfermagem (01) ²	
		Auxiliar de serviços gerais (03) ¹		Agente indígena de saúde (06)	
16.out.1999 a 17.jan.2000	Atendente de enfermagem (02)	Médico (01)	-----	Médico (01)	-----
		Dentista (01)		Enfermeira (01)	
		Auxiliar de enfermagem (02)		Auxiliar de enfermagem (01) ²	
		Auxiliar de serviços gerais (03) ¹		Agente indígena de saúde (06)	
18.jan.2000 a 08.fev.2000	-----	Auxiliar de serviços gerais (03) ¹	-----	Médico (01)	Médico (01) ³
				Enfermeira (01)	Dentista (01) ³
				Auxiliar de enfermagem (01) ²	Enfermeira (01) ⁴
				Agente indígena de saúde (06)	Auxiliar de enfermagem (04) ⁵ Atendente de enfermagem (02) ⁶

^a DIA = Documentação Indigenista Ambiental; ^b PSF = Programa de Saúde da Família; ^c DSEI = Distrito Sanitário Especial Indígena.

() Número de profissionais.

¹ Apesar do contrato como auxiliar de serviços gerais, duas delas trabalhavam na saúde; a terceira era responsável pela limpeza da “Enfermaria”.

² Essa auxiliar de enfermagem era uma das contratadas pelo convênio Ipuacu-Funai.

³ Substituíram os profissionais do convênio Ipuacu-Funai.

⁴ Trata-se da mesma profissional da equipe do PSF.

⁵ Três desses auxiliares eram os mesmos do convênio DIA-Funai; a quarta era do convênio Ipuacu-Funai + equipe do PSF.

⁶ Trata-se dos dois funcionários da Funai que foram transferidos para a FUNASA.

3.2.2 A aquisição dos medicamentos e outros insumos

Quando do início do trabalho de campo, alguns medicamentos estavam disponíveis para a distribuição gratuita aos índios. De setembro a dezembro de 1999, os medicamentos para composição do estoque da farmácia básica na “Enfermaria” da aldeia Sede, apoiada principalmente nos atendimentos dos médicos, eram adquiridos junto às distribuidoras por um ex-funcionário administrativo da Funai, lotado para a FUNASA. Nesse período, duas grandes remessas de medicamentos foram enviadas à “Enfermaria” (em 23 de setembro e 08 de novembro), além de algumas poucas unidades em 07 de dezembro. Eventuais faltas eram cobertas paliativamente por Ipuçu. No início de janeiro de 2000, a auxiliar 1 comentou que a situação estava crítica, pois quase não havia medicamentos no estoque. No final deste mês, já sob a responsabilidade do município, uma nova remessa foi enviada à Sede. Na Secretaria Municipal de Saúde de Ipuçu havia a deliberação de passar a comprar diretamente dos laboratórios farmacêuticos produtores, pois o preço seria menor do que com as distribuidoras.

Logo após a segunda grande remessa de medicamentos, em novembro, o médico e a enfermeira de Entre Rios vieram à “Enfermaria” buscar algumas unidades para uso entre os índios residentes no município, sendo atendidos. Em janeiro, o médico e a secretária de saúde desse município novamente solicitaram medicamentos, como Metronidazol®, porém receberam como resposta não, pois o que havia era do convênio entre Ipuçu e a FUNASA.

Os medicamentos prescritos que não faziam parte do estoque eram adquiridos no comércio farmacêutico pela atendente 1, basicamente no posto de medicamentos do município de Bom Jesus, cujo contrato foi primeiro firmado pela Funai e depois mantido pela FUNASA. Após a assinatura do convênio com Ipuçu para o DSEI, os medicamentos que porventura não existiam no estoque passaram a ser adquiridos pela enfermeira no posto de medicamentos ou na farmácia existentes no município de Ipuçu. Os problemas de falta de medicamentos do estoque e outros insumos, quando não solucionados pelo município, eram contornados através da solicitação por prescrição médica, levando também à compra nos estabelecimentos farmacêuticos da região, em especial Bom Jesus e Ipuçu.

As dívidas com o posto de medicamentos de Bom Jesus levaram às vezes a ameaças de interrupção no fornecimento, mas sempre a atendente 1, juntamente com o funcionário em Chapecó, resolviam a situação. Por exemplo, a atendente 1

comentou que R\$ 3.000,00 liberados no final de agosto pela FUNASA para comprar medicamentos no posto de medicamentos de Bom Jesus já haviam sido gastos até 14 de setembro, considerando o pagamento parcial das dívidas acumuladas anteriormente pela Funai. Um funcionário da FUNASA em Florianópolis afirmou que de agosto de 1999 a início de janeiro de 2000, o posto de medicamentos de Bom Jesus vendeu aproximadamente R\$ 11.000,00 em medicamentos para a T.I. Xaçecó. As dívidas, porém, não afetaram o fornecimento para a T.I., pois o estabelecimento de Bom Jesus seria o único na região a aceitar negociações dessa maneira.

A compra de outros insumos, como seringas, esparadrapo, gaze, etc., era feita primeiramente pela FUNASA da mesma maneira que os medicamentos, após assumida por Ipuçu.

Havia um carro modelo passeio disponível para o traslado dos índios aos serviços de saúde dos municípios vizinhos, cuja manutenção mecânica e de combustível também foi sendo repassada entre as diferentes instâncias. Dois motoristas, funcionários da Funai, se revezavam semanalmente, porém o atendente 2 muitas vezes também era solicitado para transportar doentes. Em janeiro, um dos motoristas oficiais foi substituído por outro. Por vezes, tinha-se a impressão de que o automóvel e sua disponibilidade para o transporte dos doentes eram os maiores problemas na área da saúde, levando a embates entre o pessoal ligado diretamente ao serviço e as lideranças. Um outro automóvel, que dizia-se ser o da saúde, estava quebrado há algum tempo; o que era disponibilizado para a saúde acabava sendo usado também para resolver outros problemas da T.I., como transportar índios para resolver questões de confecção de título eleitoral, de transferência para outras T.I., etc. O outro automóvel foi consertado somente do final de 1999, amenizando as polêmicas.

3.2.3 O contexto da prestação de serviço à comunidade Kaingáng

A “Enfermaria” prestava serviços basicamente aos índios da etnia *Kaingáng* (de setembro de 1999 a fevereiro de 2000 nenhum *Guarani* foi atendido nesse local). O fato da T.I. Xaçecó localizar-se em Ipuçu e Entre Rios tem trazido implicações diretas sobre a prestação dos serviços médicos. A jurisdição do título eleitoral a um ou outro município foi objeto de debate muitas vezes, inclusive em reunião do Conselho Indígena com representantes municipais e profissionais prestadores do serviço,

ocorrida em 21 de setembro na aldeia Sede¹⁸. Apesar de um discurso por parte das lideranças indígenas que pregava a não discriminação segundo o título e a chefe do serviço na “Enfermaria” (atendente 1) afirmar que todos eram atendidos, na prática havia uma seleção, com prioridade para os moradores – e eleitores – da área localizada em Ipuacu ou para as lideranças de toda a T.I. Especial imbróglio referia-se às cotas de exames bioquímicos e às Autorizações de Internação Hospitalar (AIH). Além disso, essa disposição geográfica complicava o atendimento na “Enfermaria” daqueles índios que mudavam-se constantemente de um limite a outro dentro da própria T.I. ou que viviam na divisa entre os dois municípios.

Os índios procuravam o serviço apresentando as mais variadas queixas, com ênfase para dores em geral, febre, gripe e diarreia (ver adiante análise dos prontuários médicos para o mês de setembro). Quando não havia o médico, o atendimento era feito pelo profissional que lá estivesse que, ciente do problema, decidia o que fazer: medida de febre e/ou pressão arterial, realização de curativos, encaminhamento para o médico e/ou, na maioria das vezes, dispensação de algum medicamento.

A procura pelos médicos também era motivada pela solicitação de atestados, visando aposentadoria por incapacidade ou outros benefícios da previdência social, como salário maternidade e pensão para pessoas portadoras de deficiências (físicas ou mentais). A atendente 1, que também acumulava a chefia do Posto Indígena¹⁹, salientou que o seu procedimento era sempre encaminhar para a perícia, evitando assim confrontos pessoais.

Nos dias de consulta médica, os índios moradores de aldeias mais distantes costumavam chegar antes da distribuição das fichas, em geral coordenada pela auxiliar 1²⁰, que era ajudada pelo atendente; os residentes na aldeia Sede normalmente chegavam quando a entrega das fichas iniciava (quando o atendimento era pela manhã, começava em torno das 08:00 h; para a tarde, às 13:00 h).

Para o médico A, havia um acordo verbal de limitar o número de atendimentos em 16 por cada turno; porém, freqüentemente esse número foi excedido, com a anuência do mesmo. No decorrer do período, ouviu-se comentários de que era melhor limitar em 16 pessoas, já que o médico não estaria consultando direito e só dava

¹⁸ Alguns dias antes dessa reunião, o secretário de saúde de Ipuacu teria dito que a “Enfermaria” não deveria mais atender quem não votasse no município, caso de uma liderança que sempre procurava o serviço de saúde. Verificou-se, com o passar dos meses, que essa liderança continuava sendo atendida na “Enfermaria”.

¹⁹ A chefia do Posto Indígena é um cargo burocrático, que representa o órgão tutelar dentro da Terra Indígena.

²⁰ A opinião geral era de que a enfermeira deveria ser a responsável pela triagem, mas como sua freqüência no decorrer do segundo semestre de 1999 não era diária, a auxiliar 1 tomava o seu lugar.

remédio – essa limitação não ocorreu. Nas tardes de terça-feira, o critério mais importante para a seleção das pacientes era o estado de gravidez; se sobravam fichas, o que normalmente acontecia, o restante das mulheres era atendido. O atendimento dos homens e crianças nesse dia ocorria somente em casos de emergência ou quando havia pressão por parte da atendente 1. Nas manhãs de quinta-feira, primeiramente eram dadas as fichas para os homens e após para as mulheres; se alguma gestante aparecia e seu caso não era de emergência, a ela era solicitado voltar na terça-feira, seu dia de consulta. Para os adultos, o procedimento inicial na triagem, feita no ambulatório, era anotar no prontuário médico²¹ as medidas de peso e pressão arterial, sendo a febre determinada somente quando havia desconfiância de sua presença. Não havia privacidade para o paciente nesse momento, pois de modo geral a preparação do prontuário era feita de porta aberta para a varanda, onde estavam os outros esperando a sua vez. Preenchido o prontuário, o índio dirigia-se para próximo do consultório, cuja entrada era pela frente do prédio, na rua principal.

O médico A e o dentista eram trazidos de Ipuacu por carro e motorista da prefeitura, que esperava até o final do expediente para levá-los de volta. O médico, antes de passar ao consultório, às vezes atendia no ambulatório pacientes que não haviam sido triados e que portanto não tinham seus prontuários preenchidos. Era também nesse momento de chegada que a atendente 1 solicitava a ele o preenchimento de Notificações de Receita B e de Receitas de Controle Especial em duas vias.

O médico B exigia que não fosse ultrapassada a cota diária de crianças, estipulada em 16, sendo 14 para consultas em geral e 2 reservadas para emergências ou apresentação de resultados de exames; houve dias que esse número foi superado, outros que não. Durante a triagem, o profissional se valia de alguns critérios para determinar quem seria atendido, aqui apresentados por ordem de importância: presença de febre²²; presença de um adulto; onde mora, com preferência para aqueles de aldeias mais distantes; não ter sido atendido em ocasião anterior; e uma criança por cada mãe/família. No preenchimento do prontuário, eram registrados o peso e a temperatura. O médico B chegava à aldeia em seu próprio carro, indo diretamente para o consultório.

²¹ Não havia um controle rígido dos prontuários (às vezes, um mesmo paciente tinha 2 ou mais registros).

²² Se a febre era alta, a criança já recebia nesse momento antitérmico.

Apesar da existência de critérios para o atendimento, lideranças, seus parentes e aliados dificilmente deixavam de receber a atenção. Nesse sentido, a atendente 1 tinha o papel de intermediar, solicitando a consulta inclusive sem a presença do doente. Por exemplo, para a irmã de uma liderança foi pedida consulta em uma tarde de terça-feira (preferencial para gestantes) especialmente concorrida, com várias emergências; ela foi atendida e encaminhada para ultrassonografia, também rapidamente providenciada.

Tanto para o médico A quanto para o médico B, muitas vezes houve confusão quando alguém deixou de ser atendido. Nesses casos, a dispensação de algum medicamento acalmava os ânimos.

A marcação de exames bioquímicos e de raio X, segundo as cotas do município, era controlada pela auxiliar 1, mas a atendente 1 tinha por hábito intervir, selecionando quem seria atendido primeiro, principalmente porque era comum o número máximo ser alcançado antes do final do mês. Para alguns pacientes, a solicitação precisou ser renovada pelo médico, pois haviam se passado mais de 30 dias do primeiro pedido, o que não era aceito pelo laboratório conveniado²³. Assim, o paciente saía da “Enfermaria” sem saber o dia que teria que comparecer para a coleta do material ou fazer o raio X, o que demandava um esquema para avisá-lo: a auxiliar 1 passava a lista ao agente do PSF ou informava um parente/amigo, que deveriam dar ciência ao doente sobre o dia e horário da apresentação, quando então seriam levados a Xanxerê, acompanhados de um dos atendentes (2, 3 ou 4). Para alguns índios, aqueles reconhecidos como possuindo melhores condições financeiras, era dada a opção de pagar por cada exame o valor de R\$ 2,00, a ser feito em outro laboratório de Xanxerê, com coleta de material uma vez por semana em Ipuçu; durante o período observado, raríssimos foram aqueles que aceitaram essa proposta.

No caso de exames não incluídos na cota, como ultrassonografia, tomografia, eletroencefalograma e eletrocardiograma, a situação era ainda mais complicada, gerando conflitos sobre quem pagaria, se Ipuçu, a FUNASA ou ainda a Funai. Por exemplo, em setembro de 1999, a maior parte do suprimento de fundos da Funai (R\$ 1.000,00/mês) foi usada para pagar exames mais sofisticados e consultas especializadas para moradores da T.I. Xapecó. Em carta enviada no dia 13 de setembro pelo setor de saúde da Funai, foi solicitado aos médicos que restringissem

²³ Esse laboratório foi alvo de desconfiança por parte do médico B, pois segundo ele teria havido diferenças no resultado quando o material biológico de alguns pacientes foi submetido à análise em outro laboratório, com os piores resultados para o laboratório conveniado. Apesar das suspeitas terem sido confirmadas, nenhuma providência foi tomada a respeito.

ao máximo as requisições para essas consultas especializadas e exames mais sofisticados. A atendente 1 corroborou o pedido, especialmente em relação às ultrasonografias, já que as mulheres estariam querendo, na sua opinião, tal exame para saber o sexo do bebê. Houve o caso de uma índia, que precisando de ultrassonografia transvaginal, foi internada em Abelardo Luz por sugestão da atendente 1, pois nesse local seria mais fácil fazer o exame e a curetagem, se necessária, não seria cobrada já que o médico A conhecia o médico responsável do hospital.

Por outro lado, muitos foram os índios que procuraram a “Enfermaria” para reclamar sobre os exames não marcados. Em alguns casos, a pressão funcionava e a data do exame era então combinada. A atendente 1 era de opinião que aquelas famílias que sempre reclamavam (“são difíceis”) deveriam ser levadas para Xanxerê mesmo que não fosse preciso, para evitar discussões. Houve situações que essa profissional solicitou que os exames de algumas pessoas fossem marcados na frente de requisições mais antigas, como foi o caso de um funcionário da Funai, não índio, que além de consultar e receber gratuitamente os medicamentos, teve preferência na realização de raio X. Alguns dias depois, também foi pedida autorização para mamografia da esposa desse mesmo funcionário. Esses fatos causaram indignação em alguns profissionais da “Enfermaria”, já que existia um convênio de saúde específico para funcionários da Funai, mas mesmo assim estariam permitindo que eles usassem da cota dos índios.

No final de outubro, a enfermeira e a auxiliar 1 fizeram as coletas de material para exame preventivo de câncer do colo uterino, cuja análise era de responsabilidade do laboratório de análises clínicas do estado de Santa Catarina; apresentaram-se 56 mulheres. Os resultados, divulgados em novembro, mostraram que em algumas mulheres havia a presença de *Gardnerella vaginalis*. Foi solicitado que os maridos as acompanhassem na consulta, o que não ocorreu. As mulheres então comentaram que os homens deviam ter passado a doença para elas. Em fevereiro houve nova coleta, com frequência bem menor de mulheres.

Quando havia a necessidade de encaminhamento para outros especialistas, a atendente 1 organizava a marcação das consultas, cujo aviso ao doente era feito da mesma maneira que para os exames. A autorização era dada por um ex-funcionário da Funai, agora lotado na FUNASA, mas que continuava despachando das dependências da ADR-Funai/Chapecó. Normalmente, eram levados aos especialistas conveniados de Xanxerê, também acompanhados por um dos atendentes. Alguns índios que já haviam sido tratados na Casa do Índio de Curitiba, eram para lá

reencaminhados quando julgado necessário ou por solicitação do doente ou de alguém da família, diretamente pela atendente 1; as passagens eram pagas via Funai ou FUNASA, para o doente e mais um ou dois membros da família. Em qualquer uma das situações acima, as prescrições eram entregues na “Enfermaria” para a dispensação imediata a partir do estoque ou na falta desse, a compra dos medicamentos.

No caso das hospitalizações, o médico A não fazia o acompanhamento durante a permanência no hospital, já que trabalhava somente no município. Quando o médico B encaminhava para hospitalização ou quando estava no plantão do Hospital São Paulo (Xanxerê) no momento da internação, a criança recebia sua atenção durante toda a estadia, assim como no retorno para a T.I.

Os índios que apresentavam-se em situações de emergência, fossem elas para consulta ou internação, fora dos períodos dos médicos, eram levados por um dos atendentes a Xanxerê após as 18:00 h, horário a partir do qual o plantão do hospital aceitava os índios pelo SUS. Nesses casos, o diagnóstico era feito pelo profissional que estivesse na “Enfermaria”, mas quem autorizava o encaminhamento era a atendente 1.

As intervenções ambulatoriais, como curativo, retirada de pontos, nebulização e injeção, rubricas pagas pelo SUS, eram registradas no “Boletim de atendimentos básico de enfermagem”.

O médico C, chegado na aldeia Sede em 18 de janeiro, nunca havia trabalhado com população indígena e era recém formado. O secretário de saúde, a enfermeira e o médico estabeleceram que o horário de atendimento seria das 13:00 h às 20:00 h, o que rapidamente mostrou ser inviável, já que a demanda na parte da manhã era intensa e porque a dinâmica de funcionamento da “Enfermaria” (encaminhamento de pacientes para os exames, preparação de material e das fichas, entre outros) ficaria muito comprometida. As lideranças indígenas, então, colocaram que ele deveria atender os índios que fossem necessários, todos os dias, das 09:00 h às 12:00 h e das 13:00 h às 17:00 h, exceto nos períodos em que o médico B estaria atendendo na “Enfermaria” (segundas e sextas à tarde) e nas quartas-feiras pela manhã, quando estaria na aldeia Pinhalzinho. A vinda desse novo profissional gerou uma grande procura, o que levou-o a solicitar a limitação do número de fichas a 16 por turno, sendo quatro dessas para eventuais emergências; o cacique, apesar de reafirmar que ele deveria atender a todos que viessem, inclusive crianças, concordou com a petição.

Logo no início, a atendente 1 acompanhou as consultas do médico C, pois conhecendo todos os índios da T.I., ela serviria como intermediadora. Apesar de não mais ocupar a chefia da “Enfermaria”, ela continuava dando conselhos sobre condutas e medicamentos a prescrever.

Em relação ao dentista que atuou até dezembro de 1999, um dos dias da semana ele dedicava a visitas na escola da aldeia Sede, quando fazia um trabalho preventivo para a saúde oral. No outro período, atendia em sua sala, realizando basicamente procedimentos simples, como extração de dentes. A prescrição de medicamentos foi pouco comum, restringindo-se aos analgésicos não opióides. O dentista contratado via DSEI em janeiro de 2000 tinha projetos de dar continuidade ao trabalho preventivo, porém no início manteve ações curativas, atendendo os índios (12 pessoas por turno) nos mesmos horários do novo médico. Esse dentista, ao contrário do anterior, prescrevia muito analgésico não opióide e eventualmente antiinflamatório não esteroideal. No projeto apresentado por Ipuacu ao Ministério da Saúde, visando o convênio para o DSEI, havia a previsão de distribuição de próteses dentárias.

3.2.4 A prestação de serviços: os medicamentos

Após a consulta, o índio dirigia-se ao ambulatório, trazendo consigo a prescrição médica. Os medicamentos que existiam no estoque eram disponibilizados na hora; quando o medicamento prescrito não estava disponível no momento, as prescrições ficavam retidas com a atendente 1 para posterior aquisição junto ao comércio farmacêutico, em Bom Jesus. Essa compra habitualmente era feita após o acúmulo de um número razoável de prescrições, que poderia ser no mesmo dia das consultas ou após um segundo dia de consulta. Ao índio, era avisado o dia em que o(s) medicamento(s) estaria(m) disponível(eis). Essas prescrições, bem como aquelas de medicamentos sujeitos a controle especial, eram carimbadas e rubricadas no verso pela atendente 1, ficando retidas no posto de medicamentos até que essa atendente as levava para cobrança junto ao responsável na sede da ADR-Chapecó/Funai. A atendente 1 controlava os medicamentos comprados mantendo registro em caderno. Eventualmente, Ipuacu remetia alguns medicamentos de seu estoque da farmácia básica para atender às consultas de seus médicos.

Ao usuário, não era entregue a prescrição, sendo a posologia anotada na embalagem ou em pedaços de papel. Em janeiro, após a chegada do novo médico, determinou-se que a prescrição seria devolvida ao índio. Os medicamentos

comprados ficavam dispostos em uma estante, com o nome do paciente na embalagem, à espera de que alguém viesse buscar; para aqueles da aldeia Sede, o agente da equipe do PSF costumava entregar na casa. Considerando que nem sempre eram retirados, determinou-se que ficariam retidos por no máximo uma semana, quando então passariam a compor o estoque geral de medicamentos.



Em que pesem as inúmeras discussões sobre saúde indígena desde os anos 80, foi somente em 1999 que o governo federal tomou medidas reais, com alocação de recursos financeiros, para a implantação de uma política voltada à saúde de suas populações indígenas, criando um subsistema de atenção através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Em Santa Catarina, mais especificamente na região da T.I. Xapecó, a assistência biomédica aos *Kaingáng* antes do DSEI Interior Sul era dada a partir de um *mix* de instituições (Funai, prefeituras, ONG, FUNASA), caracterizada pela demanda espontânea e ações curativas. Após a assinatura dos convênios entre a FUNASA/MS e os municípios de Ipuçu e Entre Rios, podemos salientar que os índios tornaram-se uma significativa fonte de obtenção de recursos financeiros. Até fevereiro de 2000, período final do trabalho de campo, a prestação dos serviços no nível local continuava sendo eminentemente intervencionista e curativa e não havia sinais concretos de que as especificidades culturais e sociais do grupo seriam levadas em consideração.

No próximo capítulo, apresentaremos alguns dados atuais que caracterizam o contexto local onde foi realizada a pesquisa. São dados demográficos e de aspectos sociais, além dos agravos de saúde que demandam a busca espontânea do serviço biomédico oferecido na T.I. Xapecó.

4 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA ALDEIA SEDE E AGRAVOS NA SAÚDE *KAINGÁNG*

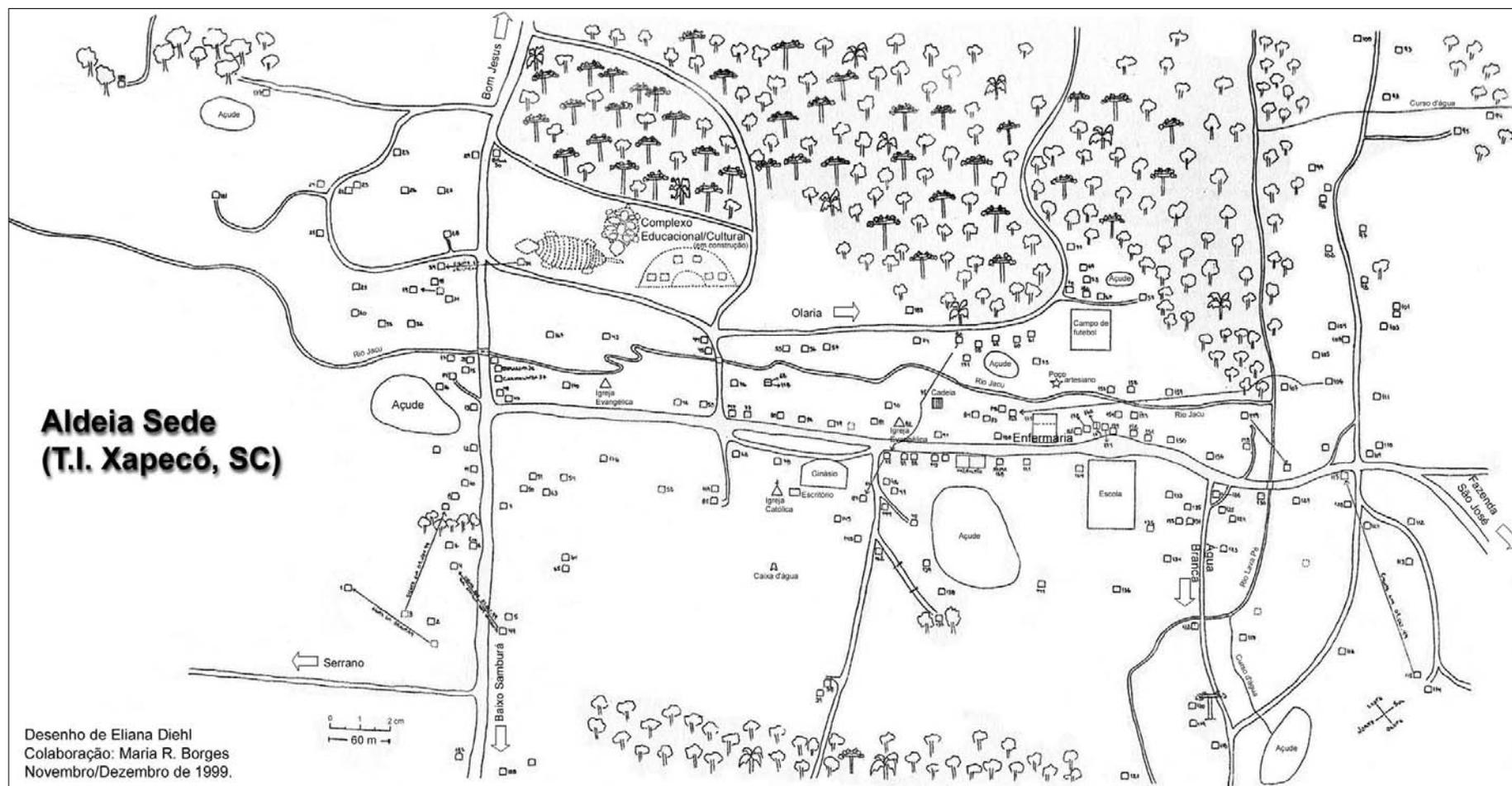
É notória a falta de informações sobre perfil demográfico e de saúde das populações indígenas brasileiras nos bancos de dados oficiais. As informações disponíveis são esparsas e de diferentes fontes, muitas vezes não havendo concordância entre uma e outra, o que dificulta ainda mais qualquer tipo de análise. Não foi diferente para os *Kaingáng*, embora vivam em regiões de alta densidade demográfica e sem o problema de grandes distâncias em relação aos centros urbanos.

Em vista disso, procuramos coletar dados sobre o perfil sociodemográfico dos *Kaingáng* da aldeia Sede¹ (Figura 4.1) da T.I. Xapecó, nosso local de investigação, através da pesquisa de domicílio, bem como fazer uma análise dos prontuários médicos preenchidos no mês de setembro de 1999. Esses dados são importantes na medida em que fornecem uma imagem instantânea do contexto local, onde vive um grupo culturalmente diferenciado da sociedade envolvente, mas que experimenta todos os influxos dessa mesma sociedade.

Previamente se esclarece que a análise dos prontuários não objetivou examinar criticamente as condutas médicas, mas tão somente obter através deles informações que ajudassem a compreender melhor a presença de determinados medicamentos entre a comunidade. Assim, no decorrer desse trabalho esses achados serão retomados juntamente com os dados obtidos para os medicamentos. Secundariamente, a análise dos prontuários permitiu aproximar o perfil de saúde e doença dos *Kaingáng*. Salienta-se que o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB/DATASUS) de Ipuauçu e de Entre Rios, traz as informações sobre “alcoolismo, chagas, diarreia, epilepsia, hipertensão, hanseníase, malária, tuberculose e deficiência”, sendo portanto o levantamento aqui apresentado inédito.

¹ A aldeia Sede já foi chamada de aldeia Jacu, nome de um dos pequenos riachos que deságua no Rio Chapecozinho. Essa aldeia também é designada por aldeia Xapecozinho. Para fins de padronização, utilizaremos a expressão “aldeia Sede”.

Figura 4.1: Croqui da Aldeia Sede, Terra Indígena Xaçecó, Santa Catarina.



4.1 A aldeia Sede (T.I. Xapecó): dados sociodemográficos

A aldeia Sede, distante cerca de 24 Km de Xanxerê, 23 Km de Ipuaçú e 13 Km de Entre Rios (considerando as principais vias de acesso), é a que possui a mais completa infra-estrutura, contando com uma escola estadual para ensino básico e médio (é oferecida a educação bilíngüe português-Kaingáng), um Posto de Saúde (a “Enfermaria”), a administração local da T.I. (residência e “escritório” do cacique), um ginásio de esportes, uma igreja católica e duas igrejas evangélicas. Em outubro de 1999, foi iniciada a construção de um complexo educacional e cultural, composto de uma escola e um ginásio maiores do que os existentes e um centro cultural.

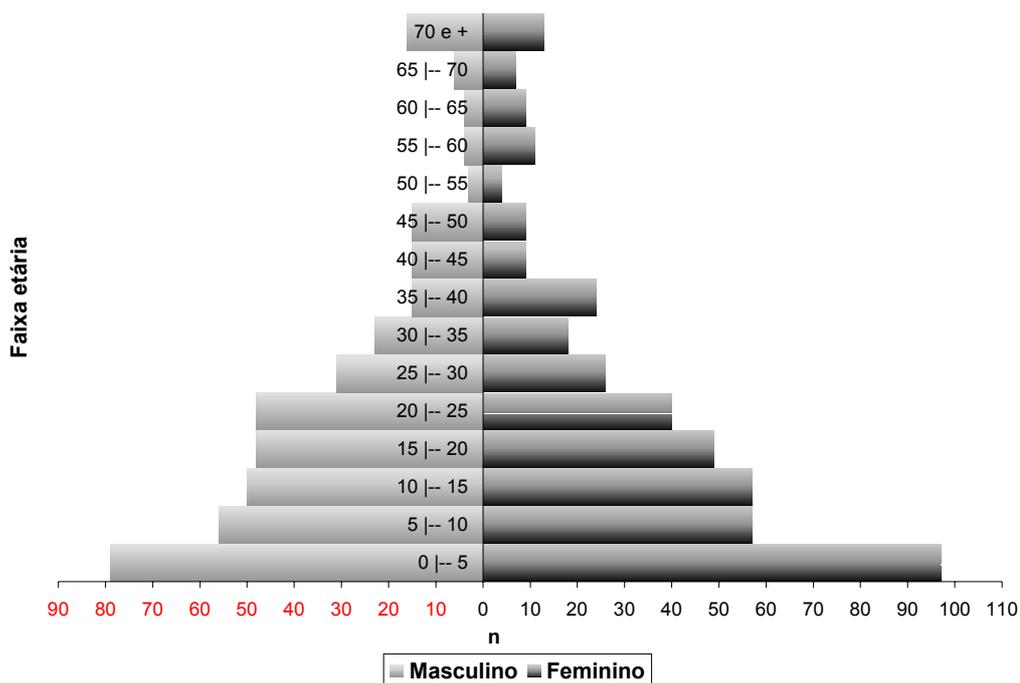
A maioria dos índios vive lá em moradias precariamente construídas, feitas de madeira (beneficiada ou não), plástico, tijolo, telha cerâmica e de amianto, zinco e bambu trançado (Fotos no Anexo 4.1). O acesso à energia elétrica e à água potável (de um poço artesiano) é restrito a uma parte da comunidade e não há sistema de esgoto; o lixo é deixado a céu aberto, sendo eventualmente queimado. Não há pavimentação nas ruas e estradas e um ônibus faz duas viagens por dia entre os municípios de Entre Rios e Xanxerê. Para os alunos, há transporte gratuito entre as aldeias. O tráfego de caminhões é intenso, principalmente nas aldeias Sede, Pinhalzinho, Água Branca e Baixo Samburá, já que a T.I. está encravada em uma região agropecuária. Porém, quando chove muito, algumas estradas no interior da T.I. tornam-se intransitáveis para veículos automotores. Ainda há que se considerar o ambiente bastante degradado, com pouquíssimos espécimes de mata nativa (próximo da aldeia há um capão onde restam algumas araucárias – ver Figura 4.1 – e a alguns quilômetros existe uma área que foi reflorestada por projeto da Funai) e de animais silvestres e uma terra enfraquecida para o cultivo. Na aldeia, as terras disponíveis para roças são mínimas e algumas famílias se deslocam quilômetros até os seus “sítios”.

Os dados agora apresentados se referem à pesquisa domiciliar realizada nos meses de outubro e novembro de 1999, a qual forneceu os registros sociodemográficos, auto-referidos, como nome de cada morador, sexo, idade, data de nascimento, filiação, escolaridade e ocupação.

Durante os meses de outubro e novembro, foram visitados todos os 190 domicílios da aldeia Sede, abrangendo 855 indivíduos. A população nessa aldeia encontrava-se distribuída conforme Figura 4.2, excluídos 12 indivíduos com idade ignorada. Observa-se que há uma proporção maior de mulheres (n = 430),

especialmente com idade abaixo de 20 anos. Estão incluídos os não índios, que perfaziam uma fração aproximada de 5% da população total. A base larga da pirâmide representa altas taxas de natalidade e de fecundidade, com uma população essencialmente jovem.

Figura 4.2: Pirâmide populacional dos *Kaingáng* da aldeia Sede (T.I. Xapecó, SC), outubro-novembro de 1999.



Na aldeia Sede, os analfabetos (15,4%) estavam distribuídos em todas as faixas etárias acima de 6 anos, sendo que entre as crianças de 7 a 14 anos observou-se que 18 indivíduos nunca haviam freqüentado a escola. A maioria da população (51,3%) concentrou-se no ensino básico, seguido pelos ensinos médio (4,2%) e superior (0,8%). As crianças menores de 7 anos representavam 26,9% da população e não foi possível obter os dados de escolaridade para 1,3% dos indivíduos (Tabela 4.1).

O percentual de analfabetos nessa aldeia está acima da taxa média brasileira (13,2%), aproximando-se das taxas da região Centro-oeste (15,4%) e das taxas dos Estados de Rondônia (15%), Roraima (14,7%) e Pará (15,8%) (Jorge & Gotlieb, 2000).

A existência de uma escola na aldeia proporcionava o acesso a uma fração significativa da população da aldeia (20,2% da população total eram estudantes, a maioria na escola da aldeia), bem como de outras aldeias da T.I., onde o transporte escolar gratuito é mais um incentivo.

Saber ler e escrever foi apontado por alguns índios como sendo importante para a apreensão de informações sobre remédios, especialmente aqueles da farmácia. Índios velhos também comentaram que o registro escrito sobre os “*remédios do mato*” era necessário para a conservação e divulgação dos seus conhecimentos ao restante da comunidade *Kaingáng*.

Tabela 4.1: Nível de escolaridade na aldeia Sede (T.I. Xaçecó), outubro-novembro de 1999.

Escolaridade	n	%
Analfabeto(a)	132	15,4
1ª - 4ª séries	295	34,5
5ª - 8ª séries	144	16,8
II Grau completo	1	0,1
II Grau incompleto	35	4,1
III Grau completo	2	0,2
III Grau incompleto	5	0,6
Ignorado	11	1,3
Crianças menores de 7 anos	230	26,9
Total	855	100,0

Considerando somente a população com 15 anos ou mais, a principal ocupação reportada pelos *Kaingáng* da aldeia Sede foi a manutenção de roças próprias pelo núcleo familiar (45,3%), cuja produção excedente é negociada, sendo que 18,2% e 13,5% desses indivíduos ainda faziam artesanato e trabalhavam em roças de terceiros, respectivamente. Outras fontes de renda eram a aposentadoria pelo sistema previdenciário, que somava 15,6% desse estrato da população (15,1% dos índios aí incluídos também produziam artesanato), além daqueles que recebiam

pensão previdenciária (1,9%); o artesanato era exclusivamente manufaturado por 6,6% desses índios; 3,3% desses indivíduos estavam empregados na construção civil (hidrelétrica de Itá, SC, e complexo educacional na aldeia Sede); 2,1% trabalhavam como professores na escola da aldeia e 1,7% como agentes de saúde/auxiliares de enfermagem; havia 5 indivíduos (1,2%) que eram funcionários da Funai, incluídos aí o cacique da aldeia e dois atendentes de enfermagem; 1,2% desse estrato estavam empregados na olaria da T.I. Indígena; exerciam atividades como servente da escola ou da “Enfermaria” 0,9% dessas pessoas; 2 homens (0,5%) eram motoristas de transporte escolar; as ocupações ligadas ao comércio, religião (pastor), medicina tradicional (curandeira) e liderança indígena (vice-cacique) estavam representadas por 1 indivíduo cada (0,2% dessa faixa populacional). No referido estrato, havia 1,2% de desempregados, 16,7% estavam envolvidos nas atividades domésticas e 0,9% eram incapacitados (Tabela 4.2).

Tabela 4.2: Principais ocupações e/ou fontes de renda dos *Kaingáng* (com 15 ou mais anos) da aldeia Sede (T.I. Xapecó), outubro-novembro de 1999.

Ocupação/Fonte de renda	Total com mais de 15 anos	% com mais de 15 anos
Roça própria	121	28,5
Roça + Artesanato	35	8,3
Roça própria + Roça de terceiros	36	8,5
Aposentado(a)	56	13,2
Aposentado(a) + Artesanato	10	2,4
Pensão	8	1,9
Artesanato	28	6,6
Construção	14	3,3
Ensino	9	2,1
Saúde	7	1,7
Funai	5	1,2
Olaria	5	1,2
Servente escola/enfermaria	4	0,9
Motorista	2	0,5
Comércio	1	0,2
Pastor	1	0,2
Curandeiro(a)	1	0,2
Liderança	1	0,2
Desempregado	5	1,2
Do lar ou empregada doméstica	71	16,7
Deficiente físico	4	0,9
Total	424	100,0

Os *Kaingáng* cultivavam em suas pequenas roças milho, feijão, amendoim, abóbora, mandioca, cebola. Raramente plantavam verduras e frutas, preferindo adquiri-las de colonos que iam vender dentro da T.I. ou nos pequenos comércios próximos ou eventualmente nos supermercados. Como praticamente não há mais animais para caça, algumas famílias criavam galinhas, porcos e patos, mas como muitos salientaram, essa prática estava cada vez mais difícil na aldeia Sede, pois não havia espaço para deixá-los livres e os furtos eram freqüentes; alguns índios criavam gado para leite e transporte e cavalo. Essa agricultura e pecuária de subsistência não eram suficientes para alimentar a família toda durante o ano, o que tornou os *Kaingáng* dependentes dos alimentos industrializados.

Além disso, a devastação ambiental dificultava as formas de subsistência tradicionais, impondo uma agricultura não-indígena (Tommasino, 1996) sujeita à mecanização, ao uso de fertilizantes e agrotóxicos e às inerentes dívidas advindas dos empréstimos para plantio em maior escala. Esse contexto tem obrigado os índios a procurarem outras formas de obtenção de renda, trabalhando como assalariados eventuais. Além disso, a infra-estrutura da aldeia possibilitou o surgimento de categorias como professor e profissionais de saúde.

Os aposentados e aqueles ligados ao sistema de pensão previdenciária, devido à regularidade da remuneração, muitas vezes eram os principais mantenedores da família. Com seu dinheiro, mantinham contas nos mercados de secos & molhados próximos à T.I. Todos os meses, nos dias de pagamento junto às agências bancárias (Ipuçu e Xanxerê), alguns donos desses estabelecimentos, situados em Ipuçu (no distrito de Samburá e no centro) e em Bom Jesus (perímetro urbano), iam às casas onde há aposentados e os transportavam (em carros de passeio ou utilitários) até o local de pagamento. Após, os levavam até seus mercados para realizarem compras de alimentos, medicamentos e outros objetos, como tecidos, panelas, ferramentas. Em alguns casos, o aposentado nem ia todos os meses ao banco, deixando para o “*patrão*”, como é chamado pelos índios o dono do mercado, a tarefa de retirar a aposentadoria, munido da respectiva carteira de identidade, que permanecia retida com ele. Mesmo nessa situação, o carro do “*patrão*” buscava-os após para as compras. Em casas onde o casal era aposentado, era comum que cada cônjuge tivesse um “*patrão*” diferente, o que dava flexibilidade para a aquisição das mercadorias. Essa dinâmica colocava os índios em permanente débito, inclusive porque continuavam comprando durante o resto do mês; porém, nessas circunstâncias eles não tinham à disposição o carro do “*patrão*”, o que os levava a deslocar-se muitos

quilômetros a pé, carregando as sacolas – às vezes, com sorte conseguiam carona. Houve depoimentos de moradores não índios (não residentes na T.I.) colocando que os “*patrões*” superfaturavam os preços e que continuariam recebendo as aposentadorias mesmo após a morte do aposentado. O indivíduo identificado na Tabela 4.2 como trabalhador no comércio, na verdade não era índio e seu mercado também era utilizado pelos índios – notícia recente deu conta de que ele e sua família foram expulsos da aldeia. Esses mercados também eram as principais fontes de fornecimento de bebidas alcoólicas aos índios, que apesar de serem legalmente proibidas na T.I., eram livremente vendidas pelos “*patrões*”.

Essa forma de exploração era praticada há mais tempo dentro da T.I. Entre 15 de abril e 03 de julho de 1997, um importante jornal de ampla circulação (editado pela Rede Brasil Sul, ligada às Organizações Globo) publicou matérias sobre a “prática de comerciantes da região Oeste de SC, que retêm cerca de 300 cartões magnéticos de aposentados Guarani e Kaingang. Quando ocorre troca de proprietários dos mercados, cada cartão tem um preço: R\$ 200,00” (Ricardo, 2000: 796). Além dos comerciantes, algumas lideranças indígenas estariam envolvidas nas irregularidades, entre elas o ex-cacique, esposo da atendente 1. Apesar do conhecimento dos fatos à época por parte da Procuradoria da República em SC, de alguns parlamentares e da Polícia Federal, essa prática de extorsão continuou, como observado em 1999.

O artesanato era basicamente elaborado pelas mulheres, mas os homens ajudavam na busca e beneficiamento da matéria prima, como taquara, taquaruçu e cipó. Faziam cestas, peneiras e balaies de diversos tamanhos, arco & flecha, colares, entre outros. As cores hoje são dadas pela anilina. A venda era feita pelas próprias artesãs nos municípios próximos ou então algumas delas compravam de outras para revender fora da T.I.

A existência de algumas categorias, como professores, agentes de saúde e funcionários da Funai, possibilitava uma vida mais confortável às suas famílias, em cujas casas, sempre melhor construídas, não era raro encontrar aparelhos eletroeletrônicos, fogão a gás, água encanada, comida abundante.

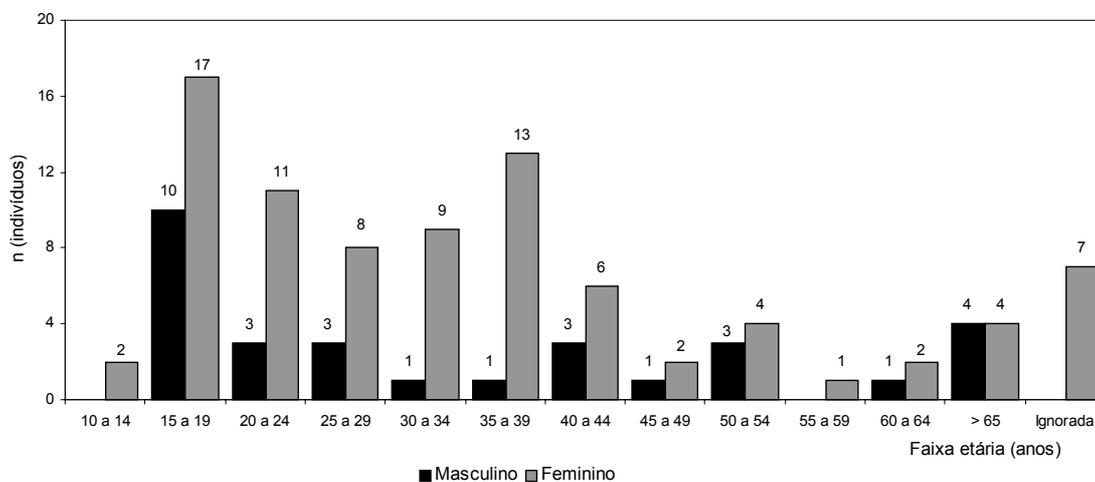
4.2 As consultas médicas: análise dos prontuários

O médico A, no mês de setembro, realizou na “Enfermaria” 121 atendimentos entre gestantes e adultos em geral, com uma média de 15,1 atendimentos por período (total de 8 períodos), sendo que 16 atendimentos corresponderam a reconsultas. O tempo médio dispensado² por esse profissional a cada consulta foi de aproximadamente 7 minutos e 22 segundos. Dessas 121 consultas, 6 gestantes foram encaminhadas para exame pré-natal; para 18 índios foram requeridos outros exames; foram encaminhadas 4 pessoas para especialistas, 1 para hospitalização e 1 para Curitiba; e foram emitidas 99 prescrições (ou seja, em 81,8% dos atendimentos o médico prescreveu medicamentos). Além dos atendimentos, o médico emitiu 20 prescrições sem a presença do usuário, a pedido da atendente 1, tratando-se a maioria de Notificações de Receita B (8 Notificações) e de Receita de Controle Especial em duas vias (6 Receitas); 3 prescrições foram de contraceptivo hormonal e as 3 restantes de outros medicamentos.

Considerando os índios que foram atendidos e aqueles que somente receberam prescrição (total de 116 pessoas), as mulheres representaram 74,1% do total e os homens 25,9%, com uma concentração na faixa etária entre 15 e 44 anos (Figura 4.3). Os índios que moravam na aldeia Sede foram os que mais procuraram a “Enfermaria” (44,8%), seguidos pelos índios residentes na aldeia Olaria (15,5%) e na aldeia Água Branca (12,9%); 13,8% eram de local ignorado; também foram atendidos índios provenientes das aldeias Fazenda São José, Baixo Samburá, Serrano, Paiol de Barro e Pinhalzinho.

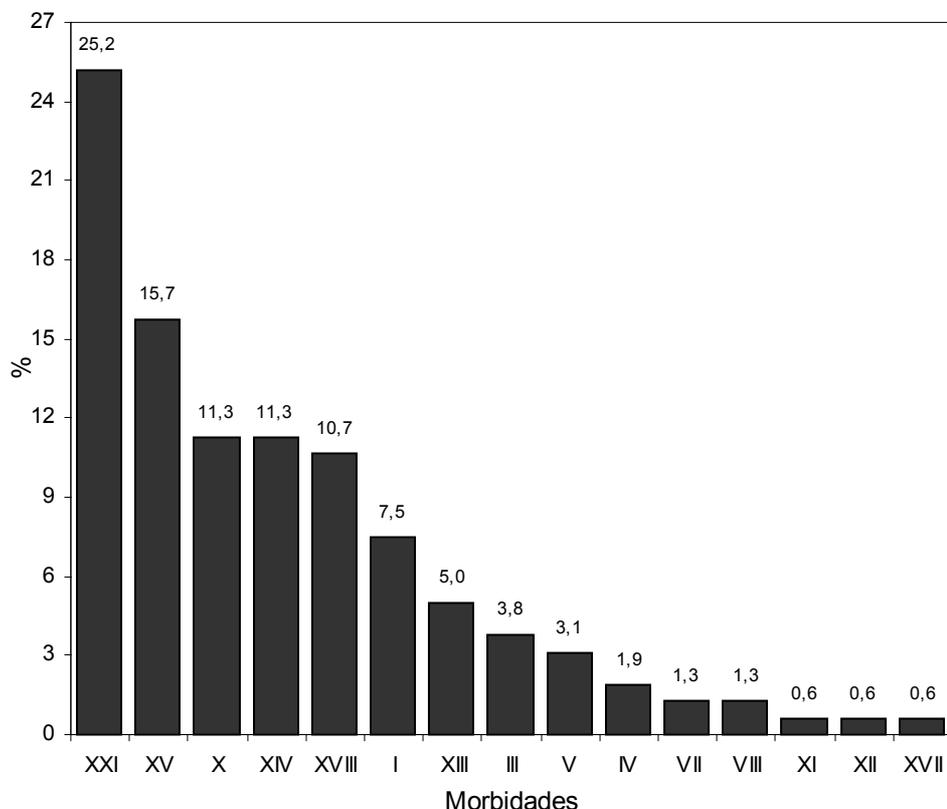
² Tempo real, considerando o tempo utilizado para efetuar todas as consultas dividido pelo número de consultas do dia.

Figura 4.3: Número de indivíduos por faixa etária e gênero atendidos pelo médico A, setembro de 1999.



A análise dos prontuários do médico A levou à classificação em 15 grupos da CID-10, sendo que os grupos XXI (Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde – 25,2%), XV (Gravidez, parto e puerpério – 15,7%), X (Doenças do aparelho respiratório – 11,3%), XIV (Doenças do aparelho genitourinário – 11,3%) e XVIII (Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte – 10,7%) totalizaram 74,2% do conjunto total (Figura 4.4).

Figura 4.4: Classificação das morbidades nos grandes grupos (CID-10) para o médico A, setembro de 1999.

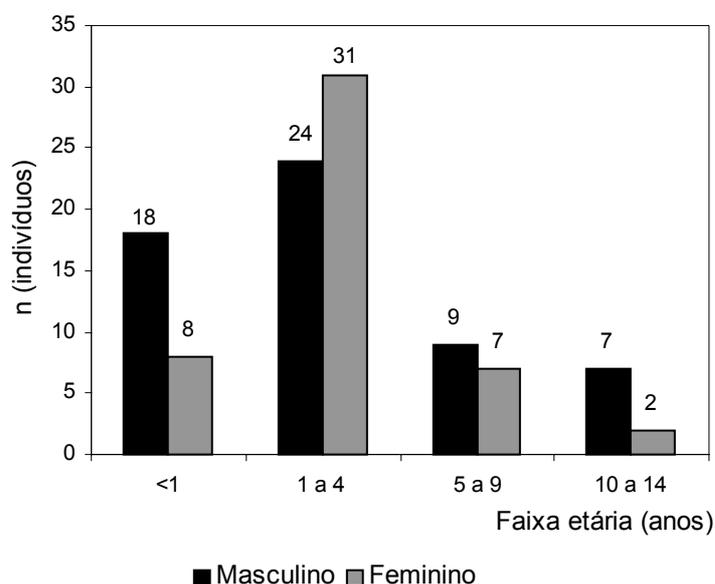


XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde; XV - Gravidez, parto e puerpério; X - Doenças do aparelho respiratório; XIV - Doenças do aparelho geniturinário; XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte; I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias; XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários; V - Transtornos mentais e comportamentais; IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; VII - Doenças do olho e anexos; VIII - Doenças do ouvido e da apófise mastóide; XI - Doenças do aparelho digestivo; XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo; XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas.

O médico B atendeu no mesmo período 106 crianças, com média de 15 consultas por tarde (total de 8 tardes), com um tempo médio em torno de 7 minutos e 40 segundos por consulta. Foram encaminhadas para exames 11 crianças, para especialistas 9 e para internação 6. Foram emitidas 102 prescrições (isto é, 85% das consultas resultaram em uma prescrição). Os meninos representaram 54,7% e as meninas 45,3%; com menos de 1 ano ambos os gêneros somaram 24,5%, de 1 a 4

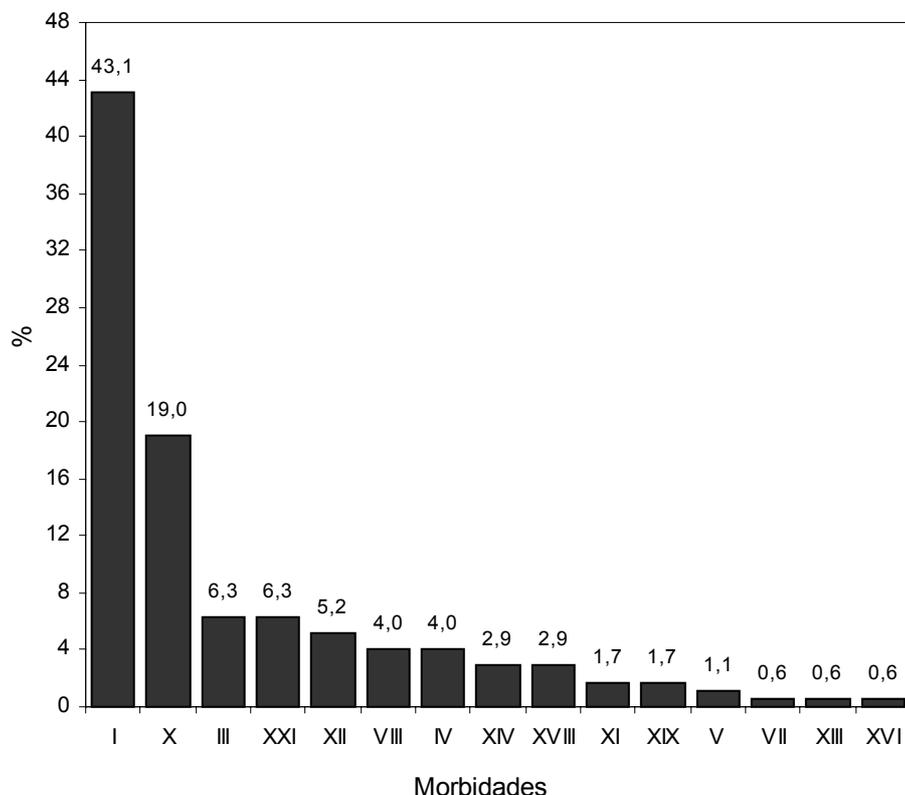
anos 51,9%, de 5 a 9 anos 15,1% e de 10 a 14 anos 8,5% (Figura 4.5). A maior parte das crianças trazidas ao médico residia na aldeia Sede (56,6%), seguidas pelas que moravam nas aldeias Água Branca (14,2%) e Olaria (9,4%); da aldeia Serrano 4 crianças (3,8%) consultaram e as restantes eram provenientes das aldeias Fazenda, Pinhalzinho, Baixo Samburá e Barro Preto; 11,3% eram de local ignorado.

Figura 4.5: Número de indivíduos por faixa etária e gênero atendidos pelo médico B, setembro de 1999.



O exame dos prontuários do médico B permitiu classificar as morbidades em 15 grupos da CID-10. Os grupos I (Algumas doenças infecciosas e parasitárias – 43,1%), X (Doenças do aparelho respiratório – 19,0%), III (Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns imunitários – 6,3%), XXI (Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde – 6,3%) e XII (Doenças da pele e do tecido subcutâneo – 5,2%) somaram 79,9% do quadro total (Figura 4.6).

Figura 4.6: Classificação das morbidades nos grandes grupos (CID-10) para o médico B, setembro de 1999.



I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias; X - Doenças do aparelho respiratório; III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários; XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde; XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo; VIII - Doenças do ouvido e da apófise mastóide; IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; XIV - Doenças do aparelho geniturinário; XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte; XI - Doenças do aparelho digestivo; XIX – Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas; V - Transtornos mentais e comportamentais; VII - Doenças do olho e anexos; XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; XVI – Algumas afecções originadas no período perinatal.

No cenário apresentado acima, com a presença regular de médicos e constante de profissionais de nível básico e médio, o serviço de saúde tem sido oferecido aos *Kaingáng*. Para os índios de 0 a 14 anos, o maior percentual nas doenças de caráter infecto-parasitário, corrobora a idéia de que essa comunidade está inserida em uma realidade característica de populações pobres de outras regiões do Brasil, vivendo sob condições precárias, sem abastecimento de água potável e de

rede e tratamento de esgotos e com uma alimentação protéico-calórica insuficiente. Segundo Illich (1975), a diarreia e as infecções respiratórias agudas são os agravos mais freqüentes, mais duráveis e matam mais quando a alimentação é insuficiente, seja qual for o grau de cuidados médicos disponíveis.

Os agravos respiratórios como segundo grupo mais freqüente nessa faixa etária ainda podem ser explicados pelo fato de que em setembro de 1999 fez bastante frio, mantendo os *Kaingáng* ao redor de seus fogos de chão e/ou fogões a lenha, cuja fumaça produzida é mais um agravante para o quadro dessas doenças.

Hökerberg *et al.* (2001), analisando os dados de óbitos evitáveis por assistência básica à saúde dos *Kaingáng* do Rio Grande do Sul, no período de 1985 a 1995, encontraram que as doenças respiratórias foram as principais responsáveis pelos óbitos, seguidas pelos sinais e sintomas mal definidos e pelas doenças relacionadas à nutrição (consolidado geral).

Os dados obtidos para os adultos a partir dos prontuários refletem a estrutura relativamente complexa do serviço. A presença de um clínico que uma vez por semana atendia como obstetra, poderia estar influenciando a grande procura por parte das índias grávidas. No universo de 116 pessoas atendidas em setembro, 27 eram gestantes, correspondendo a aproximadamente 31% sobre o número total de mulheres que consultaram. Além disso, as mulheres *Kaingáng* grávidas poderiam estar sendo estimuladas a irem ao serviço de saúde porque somente dessa maneira é que eram inscritas no programa de Salário-Maternidade, benefício assegurado pela previdência social brasileira e que lhes garantia um salário mínimo mensal por 4 meses. Se as gestantes forem excluídas do grupo, ainda assim as mulheres foram as que mais procuraram o serviço na “Enfermaria”, representando 66,3% de todos os atendimentos, e se considerarmos apenas o grupo XXI da CID-10, 29 mulheres e apenas 7 homens foram influenciados pelo seu estado de saúde, levando-os a procurar a “Enfermaria”.

Para Cleary *et al.* (1982), os preditores das diferenças de uso dos serviços de saúde entre homens e mulheres estão relacionados ao número de relatos de condições crônicas e ao fato se a mulher tinha dado à luz ou não no período sob estudo, isto é, as diferenças podem ser atribuídas às reais diferenças de saúde entre os dois gêneros. Para esses autores, as diferenças de uso entre os gêneros são “o resultado de processos de ocorrência da doença, percepção da doença e comportamento da doença, variando de acordo com o tipo de desordem e fatores situacionais que afetam homens e mulheres em diferentes populações” (Cleary *et al.*,

1982: 107). As mulheres relatam mais os episódios de doença, sugerindo que têm uma maior necessidade de atenção à saúde. Segundo Green & Pope (1999), o gênero feminino é um preditor para a alta utilização dos serviços médicos. Além disso, esses autores encontraram que o *status* de saúde, os sintomas físicos e mentais e os fatores psicossociais e comportamentais também são preditivos para o uso.

Loyola (1984) observou entre moradores de um bairro do município de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, que “a mulher é considerada o ‘médico da família’, cabendo-lhe não somente encaminhar os doentes aos serviços médicos mas também observar e conhecer sintomas, os remédios, as dietas e as alternativas de tratamento dos diferentes males que ocorrem no seio da família” (Loyola, 1984: 128), situação semelhante descrita por Queiroz (1993) ao analisar as representações e práticas sobre saúde e doença entre famílias operárias de dois bairros de Paulínea, São Paulo.

Entre os *Kaingáng*, foi verificado que as mulheres são as principais responsáveis pelos diagnósticos primários e pelas tomadas de decisão sobre o que fazer, o que as torna mais suscetíveis a procurarem para si os serviços de saúde, assim como levarem seus filhos.

Hunte & Sultana (1992), estudando o comportamento de busca por cuidado à saúde em uma comunidade rural no norte do Paquistão, observaram que no mês anterior às entrevistas, as mulheres e as crianças utilizaram o tratamento médico ocidental (posto de saúde, hospital e farmácia de referência) em 64% e 48,3% dos episódios relatados de doença, respectivamente, embora tivessem ainda como opção o tratamento tradicional com especialistas religiosos e parteiras (mulheres: 10%; crianças: 16,5%), outros práticos, como aplicador de injeções (mulheres: 6%; crianças: 5,5%), além do autocuidado (mulheres: 20%; crianças: 26,2%). Também verificaram que os médicos tinham por prática prescrever muitos medicamentos, em um tempo muito breve para cada consulta (em torno de 5 minutos). Além disso, quando um medicamento não se mostrava eficaz, as mães procuravam rapidamente outro médico. Essa situação levava a um uso exagerado de medicamentos para episódios simples de doença, como febre e tosse.

O tempo médio dispensado por ambos profissionais da “Enfermaria” às consultas era usado basicamente para o relato dos sintomas, a ausculta pulmonar/cardíaca, a observação orofaríngea (quando os sintomas referiam-se a problemas nessa região) ou o exame do abdome no caso de gestantes (medida do tamanho do ventre e verificação da presença dos batimentos cardíacos fetais), finalizando com a conduta normalmente associada à prescrição de medicamentos.

Kleinman (1980) verificou que em Taiwan o encontro entre o paciente e o médico ocidental durava em média 3 minutos e 15 segundos, o que caracterizava pouca qualidade na comunicação. As explicações eram dadas de acordo com o grau de educação e de classe social do doente, com vantagens para aqueles melhor posicionados socialmente e/ou com maior grau de instrução. Aos analfabetos ou semi-alfabetizados e pertencentes a classes menos favorecidas normalmente não eram fornecidas explicações sobre sua doença, a menos que perguntassem, recebendo nesse caso esclarecimentos limitados e em termos muito técnicos ou abstratos. A maioria dos exemplos citados por ele tinha como particularidade a prescrição de medicamento ao final da consulta.

Na T.I. Xapecó, o provimento dos serviços dentro da aldeia Sede conferia praticidade, suprimindo ainda de modo gratuito quase que totalmente os medicamentos. Além disso, os moradores dessa aldeia levavam vantagem devido à proximidade, o que pode ser verificado pelo número de atendidos no mês de setembro de 1999: as crianças e adultos que procuraram os médicos representaram 13,2% da população total dessa aldeia.

Além de todos os fatores ligados às facilidades oferecidas na aldeia Sede, um elemento mais subjetivo poderia estar concorrendo para a procura do serviço, citado algumas vezes por índios mais velhos (alguns deles curandeiros e um pajé), que era garantir primeiro o diagnóstico médico para só então buscar os recursos da medicina tradicional, evitando assim que os especialistas tradicionais carregassem uma culpa se por acaso acontecer algo de negativo com a pessoa doente.

É importante salientar que os dados de prontuário aqui analisados se referem a registros feitos em um período de 30 dias, o que pode estar potencialmente mascarando situações que só se tornariam visíveis através de um maior tempo de observação. Além disso, a “Enfermaria”, apesar de ser a referência central dentro dessa T.I., não é o único local de recursos utilizado pelos *Kaingáng*, que buscam outros canais, sejam eles oficiais ou não, para a resolução de seus problemas. A falta de dados mais detalhados em alguns prontuários médicos também foi crítica na aproximação do perfil de saúde, já que a qualidade dessas informações estava comprometida. Um outro fator a ser considerado diz respeito à baixa frequência de uso dos serviços de saúde por parte dos homens, comparada à frequência das mulheres, o que influenciou sobremaneira o perfil epidemiológico obtido para os adultos.



A população *Kaingáng* da T.I. Xapecó, embora seja praticamente a metade da população total de Ipuacu e um pouco mais de 1/3 da população de Entre Rios, ainda vive em situação bastante precária de moradia e, principalmente, de saúde. Mesmo que os dados censitários apresentados se refiram à aldeia Sede, de modo geral os *Kaingáng* que vivem nas outras aldeias também exibem condições socioeconômicas e de saúde características de outros grupos populacionais pobres do país. A implementação, em 1999, das medidas para a criação do subsistema de atenção à saúde indígena, ainda não havia provocado mudanças significativas nesse quadro. O serviço mantinha-se baseado na demanda espontânea e os medicamentos continuavam sendo uma das principais preocupações, como veremos nos próximos capítulos.

5 OS REMÉDIOS: O SETOR POPULAR DE ATENÇÃO À SAÚDE

As pesquisas em antropologia médica têm dedicado atenção especial ao estudo dos sistemas classificatórios nativos das doenças – a etnomedicina. O trabalho desenvolvido por Frake (1961) é um exemplo clássico de estudo em etnomedicina. Ao estudar o sistema médico dos *Subanum*, Filipinas, enfocando principalmente a organização taxonômica das doenças de pele e os seus critérios classificatórios, demonstrou que este sistema tem mais capacidade de distinguir um número maior de doenças de pele do que o sistema médico ocidental.

Langdon & MacLennan (1979), comparando os diagnósticos biomédico e dos *Sibundoy*, grupo que vive no sul da Colômbia, observaram que a classificação nativa é feita com base nas manifestações e/ou etiologias das doenças (aqui definida como *illness*), sendo um sistema explanatório mais abrangente do que aquele reconhecido pelo sistema biomédico, que restringe-se à categorização das doenças no senso de *disease*.

O impacto do contato interétnico sobre os sistemas médicos tradicionais de grupos indígenas no Brasil tem sido abordado por alguns autores (ver por exemplo alguns dos artigos publicados em Buchillet, 1991a; Morgado, 1994; Buchillet, 1995; Garnelo & Wright, 2001). A principal questão colocada é se seria mantida uma distinção entre “doença de branco” e “doença de índio” ou se as doenças introduzidas seriam integradas ao sistema etiológico êmico e interpretadas de acordo com cada esquema cognitivo.

Buchillet (1991b e 1995) e Gallois (1991) apontaram a limitação quando se restringe a questão à dicotomia “doença de branco” e “doença de índio”. Buchillet (1991b) salientou a assimilação e adaptação de técnicas e objetos estranhos nos sistemas médicos nativos; em seu artigo de 1995, mencionou que os *Desana* incorporam a “doença do branco” às teorias de contágio, considerando a malária autóctone e associando a varíola, o sarampo e a gripe ao branco. Gallois (1991) demonstrou que os *Waiãpi* integram a “doença de branco” enquanto categoria etiológica à teoria de contágio, exemplificando com o mito de origem da gripe, e

enquanto categoria nosológica à teoria indígena mais ampla da contaminação¹, além de incorporarem no plano das opções terapêuticas (“doença do branco” deve ser tratada com “remédio do branco”). Entre os *Baniwa* (Garnelo & Wright, 2001), as informações biomédicas são abrigadas na cosmologia nativa, ressignificando-as de acordo com a lógica do pensamento indígena mítico.

Greene (1998), utilizando-se de uma narrativa de cura xamânica entre os Aguaruna (Peru), demonstrou que o xamanismo é um conhecimento etnomédico e uma prática dinâmicos e criativos, em que o especialista está consciente da realidade interétnica e intermédica em que vive. Dessa forma, a apropriação xamânica da cultura ocidental, através principalmente dos medicamentos, “produz ativamente uma medicina híbrida” (Greene, 1998: 653).

Embora o enfoque desse trabalho não tenha sido o estudo das representações de doença entre os *Kaingáng*, durante o trabalho de campo ouvimos algumas falas que procuravam explicar as transformações ocorridas, principalmente no sistema médico tradicional, comparando o tempo *uri* (atual) com o tempo *vãsy* (antigo). Observamos que a opção religiosa levava a conflitos entre católicos e evangélicos, que as crenças e a atuação dos especialistas nativos tinham uma natureza sincrética, que conhecimentos e práticas locais eram acionados tanto no caso dos remédios quanto dos medicamentos.

Para Francisco, muita coisa foi mudando com a entrada dos vários chefes brancos e dos “*crentes*” (evangélicos) no Posto Indígena Xapecó. Segundo esse *Kaingáng*, os “*crentes*” chegaram por volta de 1950 e as igrejas evangélicas começaram a ser erguidas há 12 ou 13 anos. A refutação aos hábitos tradicionais *Kaingáng* pelos convertidos era tida por Francisco como uma das responsáveis por uma parte da população atual não ter sido criada “*no sistema do índio*”. Além disso, afirmou que “*hoje é difícil criar as crianças no sistema porque não tem frutinha do mato, não tem verdura do mato*”, em alusão ao processo de degradação do ecossistema conseqüente das suas inúmeras explorações.

Assim como Francisco, Pedro alegou que hoje tudo está muito diferente, “*essas igrejas que tão tirando a natureza do índio, hoje o parente se casa com o parente, hoje tá tudo misturado*”. Outros católicos também criticavam os “*crentes*”, que não cuidavam direito das crianças e por isso iam seguidamente para o hospital. A esposa de Pedro falou sobre uma mãe “*crente*” cuja filha havia falecido recentemente por

¹ A teoria da contaminação “explica a transmissão de toda uma série de estados, mórbidos ou não” (Gallois, 1991: 195), incluindo formas de contágio por contato indireto.

causa de diarreia, que foi tratada somente com o “*sorinho*”; sobre uma outra criança que já havia sido internada mais de uma vez por causa de diarreia, criticou dizendo “*Os crente não cuidou direito das crianças. A multimistura eles pincho fora*”².

Por outro lado, a conversão à religião evangélica era vista por alguns como uma saída para curar-se do vício do álcool. A esposa de Francisco contou a história de um primo que bebia muito e batia na mulher e nos filhos, gastava o dinheiro com “*pinga*”. Quando ele “*virou crente*”, parou de beber e hoje tem “*uma casa que quero que você veja, com tudo, limpinha*”. Os casos de cura de outras doenças através dessa religião também foram citados. A índia Angelina, por exemplo, descreveu as doenças que um de seus filhos teve aos 5 anos. Eram a míngua do tipo macaquinho e o amarelão, em que o sangue foi sumindo, a criança parou de comer e teve muita diarreia. Os curandeiros e o pessoal da “Enfermaria” não resolveram o problema. A filha evangélica que morava em Mangueirinha (PR) convenceu-a a ir para lá, onde um pastor poderia curar o menino. Após 6 meses, a filha avisou que o menino estava bom. Então, Angelina converteu-se à religião evangélica.

Segundo Almeida (1998), os primeiros contatos dos *Kaingáng* com o cristianismo parecem ter sido no início do século XVII, através dos jesuítas que atuavam na região sul. Desde então, elementos do catolicismo, principalmente o não ortodoxo praticado pelos monges (São João Maria, por exemplo), foram sendo incorporados e reelaborados no contexto sociocultural, de tal modo que passaram a fazer parte do discurso sobre a tradição *Kaingáng*. O aparecimento de outras expressões de religiosidade, como o protestantismo, explicitou, segundo esse autor, um conjunto de “simetrias, distinções e oposições entre diferentes grupos locais” (Almeida, 1998: 17).

O Conselho Indigenista Missionário (CIMI), ligado à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), tem atuado constante e intensamente desde os anos 70 entre os *Kaingáng* da região sul, mantendo até hoje atividades relacionadas principalmente com a luta pela garantia das terras indígenas e a defesa da cultura *Kaingáng*. A Pastoral da Saúde, organismo de ação social também ligado à CNBB, iniciou suas atividades na T.I. Xapecó por volta de 1993, sucedendo o “Projeto Nossa Aldeia” que realizava trabalhos de educação em saúde. A Pastoral da Criança estava atuando na T.I. há aproximadamente 3 anos.

² A multimistura (um preparado à base de cereais, folhas, sementes e casca de ovo, destinado à complementação alimentar, principalmente de desnutridos), foi introduzida na T.I. Xapecó pelas irmãs da Pastoral da Saúde, de ascendência católica. Portanto, é compreensível que os “*crentes*”, de ascendência protestante, não utilizem tal recurso para o tratamento de seus filhos.

Em Xanxerê, vivem algumas religiosas ligadas à saúde indígena. Duas dessas religiosas, pertencentes à Congregação das Irmãs Franciscanas Missionárias de Maria Auxiliadora, eram as responsáveis pelos projetos de saúde na T.I. Xaçecó. Segundo uma delas, antes de 1992, ano em que chegou à região, não havia um trabalho sistemático em saúde com os índios e que a Pastoral começou com reuniões nas comunidades indígenas, explicando os seus objetivos, mostrando a importância da cultura, das ervas, da alimentação, com uma proposta de *“voltar aos antigos e valorizar o que tem”*. As atividades envolviam cursos de formação para agentes indígenas de saúde (os contratados pelo convênio DIA-Funai fizeram esses cursos), produção de remédios caseiros, cultivo de hortas medicinais, entre outros. Em Medianeira (PR), havia um laboratório de produção de fitoterápicos, onde alguns índios (dentre eles os três contratados como auxiliares pelo DSEI Interior Sul) já tinham ido realizar cursos. Desde dezembro de 1998 havia a produção sistemática³ de multimistura, xarope, pomada e sabão para toda a região do oeste de SC. O projeto, financiado por uma instituição alemã, acabou em dezembro de 1999, quando os agentes de saúde fizeram a última produção em Xanxerê.

A irmã que estava desde 92 disse trabalhar com ervas medicinais há mais de 20 anos e para ela *“gente [os índios] de 30 anos para cá não sabe usar as ervas”*, já que a Funai proibiu o uso de remédios do mato durante muito tempo e com a entrada dos *“crentes”* (evangélicos), mais índios deixaram de buscar a medicina indígena. Na sua opinião, atualmente os *“crentes”* mostram-se mais abertos, inclusive pedindo que a Pastoral fizesse cursos sobre o assunto, bem como a Funai relaxou nas proibições ao uso dos remédios indígenas. No seu depoimento, disse que *“foi uma luta de quatro anos a aceitação dos medicamentos fitoterápicos”* e que o reconhecimento aumentou a partir do momento em que os médicos começaram a prescrevê-los. A recomendação dada aos agentes é que em casos graves, como pneumonia, o médico deve ser procurado; em casos como gripe e diarreia, devem estimular o uso das ervas e preparações caseiras.

Durante o trabalho de campo, observamos que o discurso dos católicos fazia constantes referências aos especialistas nativos e ao remédio do mato, enquanto que os evangélicos procuravam enfatizar o uso do serviço biomédico e a intervenção do pastor em casos mais graves. Porém, isso não significava que os *“crentes”* não

³ Em outubro, a atendente 1 autorizou a liberação de frascos de Benzoato de benzila®, recebidos na remessa de setembro, para a Pastoral da Saúde, visando a preparação de sabão para escabiose. A preparação dos *“remédios caseiros”*, como o sabão, pomadas, xaropes e multimistura, era feita pelos agentes de saúde, tanto os contratados pelo convênio DIA-Funai como os do PSF.

lançassem mão de outros recursos terapêuticos, em especial os remédios obtidos de plantas, e que os católicos não prezassem a utilização dos medicamentos. Além disso, o ir e vir entre uma religião e outra não era raro. Francisco e sua esposa Laudelina, por exemplo, já haviam se convertido ao protestantismo e retornado para o catolicismo; apesar disso, Laudelina ainda contava as vantagens de ser “*crente*”, como assinalado acima.

Em que pesem as várias opiniões, entre os *Kaingáng* as doenças eram primeiro tratadas no núcleo familiar, com o “*remédio do mato*” conhecido pela mãe ou outro membro da família, e/ou com medicamentos existentes na casa. Se não houvesse sinais de melhora, os diferentes sistemas de saúde disponíveis eram procurados. Se o problema ainda não era resolvido, demandava a busca de um outro especialista. Definia-se o itinerário terapêutico de acordo com o curso da doença e com o sucesso ou não da terapia usada. A cada momento, o episódio da doença era avaliado, reclassificado e decidia-se o que fazer.

Os mais velhos, como o *Kujà* Ari, Pedro, Francisco e a índia Margarida, salientaram que é preferível que a procura pelo especialista tradicional aconteça após o diagnóstico médico. O curador ou o *Kujà* ainda podem curar quando a pessoa vem “*desenganada*” do médico. Porém, como disse Ari, “*quando é final, não tem curador, não tem médico, não tem nada quando é o final da pessoa*”. Nesse caso, se o doente for levado primeiro no médico e só depois no curador ou *Kujà*, a culpa pela morte não recairá sobre o especialista tradicional. A curandeira Irene comentou que fez um acordo com as “*autoridades*” (no caso, o cacique anterior e o capitão) de que ela realizaria os serviços e daria remédio somente depois que o doente tivesse procurado o médico e não tivesse obtido a cura ou melhora. Ainda para essa curandeira, as pessoas que vinham do médico “*desenganadas*” eram mais difíceis de curar, pois traziam em seu corpo os “*remédios da farmácia*”, que precisavam primeiro ser eliminados. Esperava três ou quatro dias, fazendo somente orações, quando então já podiam usar o seu remédio. Em seu relato, apontou muitas curas de “*pessoas desenganadas*”, casos de “*ataque de bichas*”, amarelão, paralisia, entre outros.

Porém, mesmo com a exigência por parte das lideranças, os sistemas de saúde oficial e *Kaingáng* e as várias opções terapêuticas poderiam ser utilizados em seqüência ou em paralelo, como observamos em campo e conforme Haverroth (1997) já havia salientado.

5.1 Os especialistas nativos em cura

Entre os *Kaingáng*, algumas categorias de especialistas em cura foram legitimadas pela comunidade. Oliveira (1996) e Haverroth (1997) identificaram algumas delas, como o curador, o *Kujà* e o feiticeiro por Oliveira (1996) e o *Kujà*, o curador/curandeira, a remedieira e a parteira por Haverroth (1997). Esses autores citaram somente os especialistas indígenas, porém é importante assinalar que os *Kaingáng* também utilizam os serviços de especialistas não índios, residentes fora da T.I. Xapecó, e que são conhecedores de plantas e benzedores. O contato da comunidade, bem como de seus especialistas nativos, com esses outros agentes de cura proporciona troca de conhecimentos, técnicas e instrumentos (principalmente plantas medicinais). Dessa forma, é difícil estabelecer com precisão até que ponto os especialistas *Kaingáng*, em especial aqueles que fazem benzedura e usam remédios de plantas, estão se valendo somente de saberes nativos ou se já incorporaram e reinterpretaram elementos estrangeiros.

Segundo Haverroth (1997: 86), os especialistas “apesar de compartilharem alguns traços em termos de concepção de cura, doença, causalidade, saúde e até em relação à prática, são categorizados diferentemente pelas próprias pessoas da Área em função, principalmente, da natureza de seus guias espirituais, mas também em função de suas especialidades, de seu poder de cura, da sua legitimidade, características que são interrelacionadas”. Apontaremos aqui aquelas categorias nativas com as quais nos deparamos durante o trabalho de campo.

5.1.1 *Kujà*

No xamanismo *Kaingáng*, o pajé-curador ou *Kujà*, possui um guia espiritual animal, ou *jagre*, que pode ser o tigre, o gavião ou a abelha, entre outros “*bichinhos do mato*”. Através dos sonhos, esses guias trazem/mostram os remédios, indicam onde está a boa caça e determinam certas regras e prescrições (Oliveira, 1996). Além disso, os sonhos do *Kujà* são premonitórios, conferindo a ele poderes sobrenaturais. O *Kujà* não costuma falar sobre o seu *jagre* e normalmente há em sua história pessoal relatos sobre episódios paranormais ou comportamentos ligados à loucura (Haverroth, 1997).

Os animais que pertencem à espécie do *jagre* de um *Kujà* não podem ser mortos por este, pois segundo um informante de Veiga (1994: 156)

“se o iangre dele é o gavião, e o gavião mata as galinhas dele e ele vai e mata o gavião, ele matou o próprio iangre dele (...) Quando a gente era piizada [criançada] ia passarilhar com bodoque, o avô dizia: ‘só não vão matar as corujas, que aquele é meu companheiro’.”

Segundo Pedro, cada *Kujà* tem um sistema de consulta, através dos guias animais que contam o que o doente tem, mas o *Kujà* não pode revelar pois “o guia sai, fica fraco”.

Entre os *Kaingáng*, quando alguém morre, seu espírito abandona o corpo e vai para “o mundo das almas”, ou *Nugme*⁴. Segundo Veiga, “a representação que os *Kaingáng* fazem do *Nugme* é de uma outra aldeia em que se vive como aqui, com a diferença apenas de ser uma aldeia ideal, um ‘paraíso perdido’ onde se preservam todas as coisas boas que eles não possuem mais” (Veiga, 1994: 151).

Ainda sobre este “mundo das almas”, somente o *Kujà* pode, ao visitá-lo, sentar-se e comer da comida oferecida. Qualquer outro *Kaingáng*, se sentar ou comer, não volta mais. O depoimento do *Kujà Kémuprâg*, dado à Veiga (1994: 150) é muito ilustrativo:

“Esta noite estive no Numbê. As casas são feitas de folhas de palmeira. Eles estavam fazendo erva mate. Estive na casa da prima Sinhaninha Kamuri (...) A casa ficava embaixo de uma guajuvira. Ela não estava em casa então eu vim embora. Saí numa serraria, vim por aquela estrada velha, ali no Serrano.” (Veiga, 1994: 150)

Apesar de ser possível a existência de *Kujà* homem ou mulher, tanto nessa pesquisa quanto em outros estudos recentes (Veiga, 1994; Oliveira, 1996; Haverroth, 1997) não foram identificadas mulheres atuando como especialistas dentro dessa categoria.

5.1.2 Curador/Curandeira

Nessa categoria, o especialista possui um ou mais guias espirituais humanos, sejam de mortos ou santos. Além disso, ele conhece os “remédios antigos” (“remédio do índio”), adotando assim elementos da cultura indígena, o que caracteriza sua prática como sincrética. Da mesma maneira que o *Kujà*, não revela seus

⁴ Em Veiga (1994), esse termo foi grafado *Numbê*. Em Wiesemann (1971), *Nugme* foi traduzido como “abismo, inferno”.

conhecimentos. O início de suas atividades como especialista normalmente está vinculado a algum evento trágico ou dramático (Haverroth, 1997).

A “*mesa de trabalho*” normalmente ocupa um lugar central na casa ou no espaço muitas vezes construído especificamente para atender as pessoas. Sobre ela, pode-se encontrar imagens de santos católicos, como Nossa Senhora, Nossa Senhora Aparecida, Santo Antonio, São Sebastião, a bandeira do Divino Espírito Santo⁵, uma reprodução da foto do monge São João Maria, velas, fitas, rosários, presentes, etc. Os rituais de cura e as orações de benzedura dos remédios e das pessoas são característicos de cada curador.

O remédio normalmente é preparado a partir de espécies vegetais, coletadas perto ou longe da casa, que são “*cozidas*” e colocadas em garrafas trazidas pela pessoa que solicitou o trabalho. Sobre a “*mesa de trabalho*”, as garrafas contendo o “*remédio*” são unguidas.

O processo que envolve o tratamento e a cura tem como preceito básico a fé, semelhante ao exigido quando se procura o *Kujà*. A curandeira Irene salientou que

“a pessoa que tem fé em mim, tem que vim aí onde eu estou né? Que quem tem fé pra se curar comigo abaixo de Deus, tem que me procurar. Mas eu ir de atrás daquele um doente, que tá às vezes doente bastante, assim longe, eu não vou lá. Nem que eu tô sabendo que tá morrendo né? que tá... assim enferma, mas eu não vou. Eu vou dar um passeada lá, mas eu não vou... falar pr’eles né? que vão lá em casa, buscar um remédio. Não, isso aí eu não falo”.

5.1.3 Remedieiras (benzedeiras)

Assim como os outros especialistas, conhece muito os remédios do mato e por isso sua atuação se assemelha muito àquela dos curadores/curandeiras. Porém, não tem a “*mesa de trabalho*”⁶ e necessariamente não guarda segredo de seus conhecimentos. A atuação desses especialistas costuma ampliar-se para fora da T.I., atendendo não indígenas, que custeiam as viagens. O contato desses especialistas com outros especialistas não indígenas foi observado durante o trabalho de campo, como foi o caso de uma remedieira que citou visitas feitas a uma curandeira de Bom Jesus, com a qual trocava informações, principalmente sobre plantas.

⁵ Os *Kaingáng* são muito devotos ao São Sebastião, padroeiro da igreja da aldeia Sede, e ao Divino Espírito Santo, para os quais realizam festas anualmente.

⁶ Isso não significa, porém, que não tenha as imagens dos santos, rosário, vela, etc., em casa.

Como já apontado por Oliveira (1996) e Haverroth (1997) e também verificado no decorrer dessa pesquisa, a preparação dos remédios normalmente envolvia o uso do número três e seus múltiplos na quantificação das quantidades de plantas a serem usadas na formulação, tanto por parte dos curadores/curandeiras como das remedieiras. Também, poderiam usar uma espécie vegetal ou várias espécies em uma mesma preparação. Isso evidencia a dificuldade em diferenciar, muitas vezes, essas duas categorias de especialistas nativos. Entre os próprios especialistas, podia-se ouvir a autodenominação de curador(eira) em um momento e de benzedor(eira) em outro.

5.2 Algumas noções relacionadas à saúde Kaingáng

5.2.1 Força

A noção de força permeava o entendimento sobre o que é ter saúde. Para a índia Carmen, estar com saúde é ter alegria, ânimo e força para trabalhar. Segundo Oliveira (1996), manter-se ou tornar-se forte é a base explicativa de saúde para os *Kaingáng*, sendo um elemento fundamental da cosmovisão desse grupo, já que “para os *Kaingáng* ter saúde é sinônimo de ‘força’ (Tar) sendo que a perda da mesma, traz como principal conseqüência a vulnerabilidade às doenças (Kaga)” (Oliveira, 1996: 85). A noção de força para Oliveira (2000: 330-331) “remete ao paralelo com um dos aspectos cosmológicos dos Kaingang: a dualidade forte x fraco, expressa por exemplo no mito de criação do sol e da lua (intimamente ligado à divisão de metades exogâmicas patrilineares Kamé e Kairu respectivamente. Nesse mito, a partir do enfraquecimento de um dos dois sóis (que eram irmãos) cria-se a lua. É praticamente consenso entre os Kaingang que o Kamé (ligado ao leste) é mais forte em relação ao Kairu (oeste)”.

Os atributos de forte e fraco também são usados para designar e comparar as próprias doenças e os recursos terapêuticos.

A mÍngua – que no idioma se diz *gir kròj* (*gir* = criança; *kròj* = fraco) – e o amarelão⁷ (no Anexo 5.1 há a descrição dessas categorias) foram doenças associadas ao “sentir-se fraco” e a cura estava ligada com a restituição da força, só possível dentro do sistema de saúde *Kaingáng*. Segundo Amélia, os médicos não curam a mÍngua e o amarelão porque não “*compreendem o remédio pra essa doença*”. Ainda segundo ela, o amarelão dá sono, muita fraqueza, o que come vomita

“seca a criança, a criança come e não engorda (...) não sente dor, só vai enfraquecendo”.

Somente com benzedura ou “*remédio do mato*” que ela é curada. Citou o caso de sua neta que já havia nascido com a doença e como a mãe era “*crente*”, não procurou um curador; levaram no médico e não adiantou; a doença “*tomou conta*” e a menina morreu aos oito meses de idade.

Francisco e o curador João salientaram que o índio tem o remédio certo para essas doenças. Inês, 48, reconhecida como especialista em benzedura, especialmente para mÍngua e amarelão, disse que preferia usar o remédio do mato, que conhece bem. Aprendeu com dois velhos índios e com curandeiras de fora da T.I.

A curandeira Irene fazia analogia entre o estado da pessoa doente e a força do “*remédio do mato*”. Quando ela observava pouca doença, fazia orações ou receitava um remédio forte, para curar logo. Já se a pessoa era fraca ou se havia muita doença, o remédio deveria ser fraco também para ir curando devagar. A força do remédio era dada pelo tipo e quantidade de cada planta usada. A raiz, por exemplo, era mais forte do que a folha porque ficava embaixo da terra, “*não pega ar do tempo, do calor (...) tá escondido*”, enquanto a folha “*fica por cima, pega muitas coisas*”. Em qualquer situação, deveriam ser retiradas do “*mato virgem*”, ainda frescos.

Como a mÍngua e o amarelão deixam as pessoas muito fracas, muito doentes, o tratamento deve ser conduzido primeiramente no sentido de restaurar a saúde e só após se pode utilizar os “*remédios da farmácia*” (“*vitaminas*”), que dão força. Já entre os *Baniwa*, por exemplo, o quadro crônico da categoria de doença *mánhene* (“veneno da região”) – a mais grave entre todas as categorias tradicionais, provocada por envenenamento – tem a fraqueza como principal sintoma e para tratar os índios usam por automedicação os antibióticos, considerados fortes, ou as vitaminas e Sulfato ferroso®, reputados com o poder de conferir força (Garnelo & Wright, 2001).

⁷ Para alguns *Kaingáng*, tratavam-se de duas doenças diferentes, para outros eram a mesma coisa.

5.2.2 Dieta

Segundo Oliveira (1996: 97), a dieta (*vãkre*) “pode ser considerada uma série de cuidados com o corpo (...) inserida em uma ampla concepção e visão de mundo *Kaingáng* ligadas à idéia de prevenção e proteção”. As regras de *vãkre* podiam envolver restrições a alimentos (em especial carne e gordura de porco), a bebidas (principalmente bebida alcoólica), a atividades físicas e normas relacionadas a cuidados com os elementos da natureza (vento, sol, água, relâmpago), com o nascimento e com os mortos, entre outras. Essa autora fez uma discussão pormenorizada sobre a noção de dieta entre o grupo *Kaingáng*, enfatizando dois momentos “liminares: o nascimento e a morte”, que por serem a princípio “potencialmente perigosos, estão repletos de normas e prescrições” (Oliveira, 1996: 98). Para maiores detalhes, portanto, reportar-se a esse trabalho.

Nas falas *Kaingáng*, a alusão às diferenças na dieta alimentar quando comparam o tempo antigo e o atual demonstra que o contato interétnico intenso teve impacto marcante sobre as condições de saúde do grupo.

Na opinião de Ari, os *Kaingáng* mais jovens estão fracos porque comem comida contaminada, os animais são criados à força sob ração e vacinados. Antigamente, o porco, a galinha, o gado eram deixados se criando conforme as suas naturezas, soltos e alimentando-se com milho, pinhão (fruto do pinheiro araucária). Os índios comiam e trabalhavam bem na roça, sem o arado. Tinham muita terra disponível e podiam variar livremente os locais de plantação a cada ano. Atualmente, precisam de máquina, adubo, veneno e a maioria das comidas já vêm pronta do mercado.

Para Angelina, uma *Kaingáng* de 63 anos, as doenças atuais são causadas pela comida, que já no plantio requerem o uso de adubo e veneno. Antigamente não conheciam o arroz e o trigo, não comiam pão. As crianças agora têm sido acostumadas com o pão desde pequenas.

No tempo antigo, a comida também era remédio. O marido de Inês, nascido há 41 anos na T.I. Xapecó, citou a urtiga da folha grande, que ao mesmo tempo que era comida também servia para a “*limpeza do corpo*”. A necessidade atual de comprar comida e de usar adubo e veneno nas plantações vai de encontro à época em que a subsistência e o tratamento para as doenças eram obtidos diretamente da natureza.

5.3 Remédio do mato e remédio da farmácia

O termo *Kaingáng venh-kagta* designa remédio e, conforme Haverroth (1997: 129), “a expressão ‘*venh*’ significa ‘de alguém’ ou ‘de si mesmo’ e antecede um grande número de palavras”, se referindo “a qualquer substância que tenha alguma ação no organismo, independentemente do resultado da ação”. Portanto, uma planta que serve como veneno também é designada como *venh-kagta*⁸, como por exemplo *kãpò-kagta* (*kãpò* = pulga; *kagta* = veneno)⁹. Segundo Pedro, há “*remédio brabo, não presta, a gente nem mexe, se passa a mão, seca a mão*”. Completou dizendo que existe um espinho preto no mato que é veneno mas também é remédio, porém não sabia para qual doença pois só tinha ouvido falar.

Haverroth (1997) propôs para a etnobotânica *Kaingáng* três sistemas básicos de classificação, quais sejam morfoecológico, utilitário e simbólico. Em relação à classificação morfoecológica, que leva em consideração a nomenclatura *Kaingáng* sistematizada de acordo com autores que propõem uma categorização etnobiológica, é importante apreender que “não há uma terminologia etnobotânica morfológica específica ou restrita ao domínio vegetal” (Haverroth, 1997: 108), ou seja, um mesmo termo que designa uma planta ou parte dela pode também nomear objetos de outra esfera.

Na classificação utilitária, Haverroth (1997) deu especial ênfase à categoria medicinal, apesar de outras categorias, como plantas usadas na alimentação, artesanato, construção, comércio e ritual, também terem sido objetos de sua pesquisa. O uso de um *venh-kagta* de planta está associado à nosologia e à etiologia da doença. Os critérios para a classificação utilitária podem ser de acordo com (1) a doença a ser curada ou o efeito desejado e (2) o beneficiário. No primeiro caso, há *venh-kagta* para cada doença, sintoma ou parte do corpo (exemplo: *venh-kagta tyfòr kaga my* = remédio/estômago/dor/para) e *venh-kagta* não ligado à cura mas sim a algum efeito desejado, como aborto, anticoncepção, fortificante, etc. No segundo critério, existe *venh-kagta* para qualquer pessoa, para mulheres, para homens, para crianças e para animais. O autor salientou que nesse sistema de classificação, uma única planta pode pertencer a uma ou mais categorias.

⁸ O termo grego *pharmakon* também denomina medicamento e veneno, assinalando a tênue linha que existe entre um e outro.

⁹ Essa mesma planta foi citada por Pedro como *kãpò-prun* (*prun* = limpar) para matar pulgas. A espécie foi identificada como *Chenopodium sp.* (*Chenopodiaceae*), gênero a qual pertence *C. ambrosioides*, ou erva-de-santa-maria, popularmente conhecida como inseticida e também como vermífuga. Diferentes nomes *Kaingáng* para uma mesma espécie foram observados no trabalho de Haverroth (1997).

É nessa classificação que Haverroth (1997) chama a atenção para o fato de que os *Kaingáng* “assimilam e incorporam facilmente o conhecimento e uso das plantas tidas como medicinais” (Haverroth, 1997: 133), em alusão ao fato de que muitas das plantas utilizadas por eles foram introduzidas após o contato, remoto ou recente, e que podem ou não ter um nome no idioma. É nesse contexto que a Pastoral da Saúde teve e continua exercendo um papel importante na introdução e assimilação de novas plantas e novas formulações de remédios.

Assim como os seres humanos são classificados como *Kamé* ou *Kanhru*, cada metade tendo seu estoque de nomes (Veiga, 1994), os seres da natureza também são categorizados de acordo com o dualismo *Kaingáng* (Haverroth, 1997). Os critérios para a classificação simbólica das plantas podem variar de uma pessoa para a outra, levando muitas vezes a categorizações diferentes. Haverroth (1997) apontou que uma das maneiras de classificar segundo a metade “é lembrando de uma pessoa que tenha o nome associado àquela planta. Se tal pessoa é *Kamé*, assim será também a planta, o mesmo acontecendo para a categoria *Kanhru*” (Haverroth, 1997: 145). Outro critério seria a cor, sendo as plantas escuras ou pretas associadas à metade *Kanhru* e as claras ou brancas à metade *Kamé*. A forma também serviria para classificar, em analogia às marcas rituais redonda (*ror*) do *Kanhru* ou comprida (*têj*) do *Kamé*.

Apesar da grande maioria dos “remédios do mato” ser produzida a partir de espécies vegetais, alguns curadores citaram o *venh-kagta* obtido a partir de animais ou suas partes. Tanto Francisco quanto Pedro fizeram alusão ao chifre de boi ou de cabrito (se não encontrar do primeiro) para “*derrubar as bichas*”. O chifre deve ser queimado e raspado para retirar as cinzas, que são colocadas em água para tomar em jejum, uma ou mais colheres. Pedro ainda disse que poderia misturar com o chá das folhas de hortelã, tomado como água pela manhã, depois do almoço e depois do jantar. Segundo ele, não se deve fazer o chá das cinzas muito forte, pois além de “*derrubar*” a lombriga ou a solitária pode matar a pessoa. Outro exemplo de remédio de animal referido por Pedro e também mencionado pela curandeira Eva, foi as cinzas das penas de galinha para colocar sobre o umbigo dos recém nascidos para “*não arruinar*”. A gordura obtida de diferentes animais também foi citada algumas vezes para preparações aplicadas sobre a pele, como em feridas.

Além dos remédios preparados com plantas ou partes de animais, a “*água santa*” de São João Maria também era muito utilizada entre os católicos. Margarida falou da “*água santa*”, cuja fonte era próxima da aldeia Sede, que havia curado as feridas dos pés do neto. Disse ainda que só o barro já era bom para curar. O curador

João comentou que o barro poderia ser guardado, pois “às vezes se não tem a água santa, mói e mistura com outra água e bebe”. A curandeira Eva também citou casos que foram tratados e curados com a “água santa” e seu barro, como ela própria. Ela tinha dor nos braços e canseira nas pernas, indo buscar ajuda no médico. Os medicamentos fizeram mal a ela, ao seu estômago. Pediu então ao marido que trouxesse um pouco de barro da “água santa de São João Maria”. Passou o barro sobre a dor e colocou um pouco embaixo da língua, com muita fé. A dor sumiu e ela se sentiu melhor.

O termo *venh-kagta* é utilizado para denominar tanto o “remédio do mato” – “remédio dos antigos”, “remédio dos índios” – quanto o “remédio de farmácia”. Pedro salientou que primeiro se diz *venh-kagta* e depois para que, isto é, o nome da doença e que no caso do “remédio do branco” é a receita que diz o nome.

Enquanto que os “remédios do mato” podem ser classificados de acordo com a cosmologia das metades exogâmicas *Kamé* e *Kanhru*, não há consenso para o *venh-kagta* da farmácia. Francisco deixou claro que os “remédios da farmácia” não poderiam ser classificados como *Kamé* ou *Kanhru*, a não ser que fossem objetos de estudos, assim como o são permanentemente os “remédios do mato”. Já Pedro foi categórico: “remédio da farmácia não tem *Kamé* ou *Kanhru*”. Porém, a índia Margarida, interrogada se era possível categorizar os remédios da farmácia em *Kamé* e *Kanhru*, respondeu que sim: o Gerovital®, grandes comprimidos de cor vermelha, foi classificado por ela como *Kanhru*, já que era redondo como a marca ritual dessa metade. As cápsulas de ampicilina foram identificadas como *Kamé*, pois eram compridas como a marca *Kamé*. Ela utilizou-se, portanto, da característica forma apontada por Haverroth (1997) para a classificação simbólica das plantas.

As comparações de eficácia entre o *venh-kagta* do mato e o *venh-kagta* da farmácia foram inevitáveis. Marta, Carmen e Maria disseram que o remédio do mato era o primeiro recurso, apesar de enfatizarem que quando esse não funcionava, a “Enfermaria” era procurada. Para a índia Olga, o argumento foi que quando vivia entre “os gringos”, não usava o remédio do mato pois tinha “medo do remédio do mato me envenenar, não tô acostumada”. Ela citou exemplos de índios que haviam morrido recentemente porque, na sua opinião, estavam usando o remédio do mato: “era bom proibir isso aí”. Quando interrogada sobre as plantas medicinais que estavam sendo cultivadas ao redor da casa, explicou que “gosto de plantar pra bonito” e a maçonilha (*Matricaria sp.*) costumava colocar no chimarrão (em outra visita, sua fala a esse respeito foi um pouco diferente, como veremos adiante). Para o esposo de Francisca,

o remédio da farmácia é mais rápido do que o remédio do mato, pois *“hoje a gente tá contaminado pelo remédio da farmácia e o remédio do mato não faz mais efeito”*. Ele completou afirmando que o *“remédio do mato”* é bom, porém é difícil de acertar pois é dado sem consulta, enquanto *“o remédio da farmácia a gente consulta, faz exame e vem certo, pra tomar na hora certa”*.

Outro aspecto importante a respeito do *“remédio do índio”* e do medicamento dizia respeito à dieta. A prescrição de regras de *vãkre* para o primeiro era bastante clara, não só entre os especialistas de cura, como também entre a comunidade em geral. Quanto aos *“remédios do branco”*, diziam que não precisava dieta, a não ser em alguns casos recomendados pelo médico. A curandeira Irene explicou que a dieta para o remédio dela era necessária porque tratava-se de um remédio *“pesado”*, enquanto que o *“remédio da farmácia”* não exigiria dieta específica, exceto alguns em relação à bebida alcoólica, pois eram preparações *“descansadas”*, *“não pesadas”*, *“frias”*.

Em relação ao uso concomitante dos dois tipos de remédios, os especialistas em cura compartilhavam a opinião de que não se poderia misturar, muitos deles incluindo a proibição como uma regra de *vãkre*. A benzedeira Inês afirmou que não se deve misturar o remédio do mato com o remédio da farmácia, pois o efeito esperado pode não ocorrer. Da mesma maneira, a curandeira Irene proibia a mistura dos dois remédios pois o efeito desejado não seria alcançado e outras doenças poderiam complicar. Porém, algumas classes terapêuticas foram citadas como exceção, podendo ser administradas junto com o remédio do mato. Margarida referiu o uso de chá com o comprimido para dor de cabeça, que chamava de *“calmador”*. Os vermífugos e os fortificantes também poderiam ser dados simultaneamente, em algumas doenças como minguá.

O dinamismo da cultura que se reflete na assimilação e reinterpretação de elementos originalmente exógenos, como o catolicismo nos rituais de cura, também se observou na atualidade com a inclusão tanto de nomes de medicamentos nas plantas quanto dos próprios medicamentos nas formulações dos *“remédios do mato”*. O contexto de pluralismo farmacêutico possibilita que medicamentos e remédios sejam tratados de maneira similar. Por exemplo, Burghart (1988) observou que um especialista tradicional na Índia interpretou a injeção de penicilina como um antigo remédio do sistema médico tradicional ayurvédico.

Se os estudos têm enfatizado a inclusão dos medicamentos nas farmacopéias nativas, é notório apontar a falta de registros para os casos em que os remédios tradicionais, principalmente os de origem vegetal, são reinterpretados a partir da lógica

da medicina científica. Esse não é um fenômeno restrito aos *Kaingáng*, também aparecendo nas diversas práticas populares de tratamento às doenças. Assim, tem sido cada vez mais comum ouvirmos falar de plantas usadas para tratar infecções sendo chamadas de terramicina ou penicilina; plantas eficazes contra dor-de-cabeça ou febre com o nome de novalgina; para dor, a raiz anador.

Entre os *Kaingáng*, a nomeação de uma espécie vegetal como dipirona ou novalgina foi o caso mais recorrente. A indicação era basicamente para os mesmos sintomas tratados com o remédio da farmácia, ou seja, febre, dor de cabeça e gripe.

Para Pedro, a planta novalgina é remédio novo, para dor de cabeça e gripe, tratando-se da mesma chamada dipirona. Essa planta foi coletada e identificada como *Artemisia cf. verlotorum* (*Asteraceae*). Francisco conhece a dipirona de folha, que usa para a gripe, assim como a dipirona de farmácia. Segundo ele, o nome dipirona para designar uma planta veio “do português mesmo, do comprimido” e que aprendeu com um “companheiro velho”. Uma das religiosas da Pastoral da Saúde disse que as plantas com nome de medicamentos “é uma onda” [moda] e que conhecia as plantas dipirona, novalgina, anador, terramicina e figatil.

O auxiliar de enfermagem 2, que havia feito curso sobre plantas medicinais, mostrou a dipirona plantada ao redor da “Enfermaria” e disse que eventualmente preparava um “destilado” dela para ser dispensado aos índios para a febre.

Segundo Carmen, os filhos nunca haviam sido internados e quando ficavam doentes, a primeira coisa que fazia era tratar com “remédio do mato”. Plantava ao redor de sua casa várias plantas que usava como remédio, como novalgina, erva de santa maria, cânfora da lavoura e aspirina. A novalgina ela usava muito com as crianças, quando tinham febre. Preparava a partir de três pequenos pedaços das folhas, que esmagava e deixava com um pouco de água fria. Para adultos, pegava uma quantidade maior da planta. O remédio ficava com cor vermelha, um odor de creme dental, sem gosto amargo e as crianças gostavam de tomar. Ela dava à vontade, como água, sem misturar com outros remédios, fossem da farmácia ou do mato. Além disso, esse remédio também era bom para a cãibra de sangue, a tosse, o coração e a pressão. Quem ensinou a ela foi um curador da aldeia e o nome podia ser também dipirona. Carmen ainda mencionou o remédio feito com a planta aspirina, aprendido com as freiras. Era indicado para as feridas e coceira no corpo, podendo ser ingerido ou passado no corpo. No primeiro caso, o remédio devia ser preparado com três folhas da planta e três colheres de água quente, dando como água. Para o segundo caso, pegava-se uma quantidade maior de planta, que esmagava em água

quente suficiente para um banho na criança. Em dois dias as feridas já estariam secas.

Em uma outra visita à Olga, sua fala em relação aos “*remédios do mato*” havia mudado um pouco. Ela demonstrou conhecer alguns, como para o amarelão. Novamente interrogada sobre as plantas que tinha no pátio, citou a terramicina, o ponta alívio¹⁰ e uma outra que não sabia o nome. Sobre a primeira, com identificação provável como *Gomphrena sp.* (*Amaranthaceae*), disse ser boa para a febre, o chá sendo preparado com três folhas em água quente, administrado frio; porém, enfatizou que nunca o havia feito. A segunda espécie tratava-se de *Achillea millefolium* (*Asteraceae*), indicada para “*pontada*”; o chá devia ser preparado com 2 galhos em água quente e dado frio. A espécie sem nome, receita para coceira por uma irmã da Pastoral da Saúde, foi também identificada provisoriamente como *Gomphrena sp.*, mas Olga a considerava como outra planta. Diferentemente do que havia dito na primeira visita, tinha as plantas próximas para não precisar buscar longe no mato.

A inclusão de um medicamento na fórmula do “*remédio do mato*” foi observada com o curador João. Esse curador *Kaingáng* preparava seus remédios e benzia-os em uma mesa no canto da casa, onde existiam imagens de Nossa Senhora e Nossa Senhora Aparecida, dois rosários incompletos e um quadro roto de São Sebastião, além de panelas, louças e garrafas. Dizia buscar seus ingredientes no mato, a alguns quilômetros da aldeia Sede, bem como no mercado em Samburá ou Bom Jesus, onde comprava as “*misturas prontas*”.

Para pessoa com dor de estômago e preocupação, ele preparou dois litros de um remédio contendo plantas que não quis revelar e as “*misturas prontas*”, ou seja, noz moscada, cravo, canela e Novalgina®. Os remédios do mato ele havia aprendido com o pai, “*que sabia muito*” e a Novalgina® foi a esposa Marlene quem falou. Ela teria consultado em um hospital, quando alguém disse que esse remédio era bom para o coração e para os nervos. Sempre que podiam pegavam com receita nos Postos de Saúde, mas também compravam. Para ele, a Novalgina® era tão boa para o coração e os nervos, que podia ser tomada sozinha, umas duas ou três gotas em um copo de água. Marlene comentou que foi comprar a Novalgina® (fármaco dipirona) no mercado de Samburá, mas só tinha Dipirona®, obrigando-a a buscar em Bom Jesus o primeiro. Nos dois litros do remédio preparado, disse ter colocado 5 ou 6 gotas da Novalgina® e que a pessoa devia tomar como água, estando proibidas a gordura e carne de porco

¹⁰ No comércio, há uma pomada chamada Prontoalívio®, usada como revulsivo (Melo, 1997/1998).

(“é muito forte”), a bebida alcoólica, a água gelada, assim como o “*remédio da farmácia*”. Segundo ele, após o tratamento a pessoa poderia até tomar “*pinga*” [cachaça]. Em um outro dia, a respeito da Novalgina®, o curador disse que “*se não tem a de gota, bota umas seis folhinhas dessa de lavoura*”, a esposa mostrando um punhado da “*novalgina de lavoura*” que buscou ao lado da casa.

5.4 Percepções sobre remédios e medicamentos

Segundo Angelina, “*hoje em dia não tem mais índio puro, que usavam remédio do mato*”. Os antigos não precisavam do “*remédio da farmácia*” e morriam de velho, tinham mais saúde. Amélia lembrava-se do tempo em que era criança e tinha muito “*índio puro*”, não precisavam ir para o hospital, todo mundo vivia com o “*remédio do mato*”, as mulheres trabalhavam na roça durante a gravidez e davam à luz em casa. Nas várias conversas em torno do “*remédio do mato*” e do “*remédio da farmácia*”, Pedro enfatizou suas narrativas sobre o primeiro: “*o remédio da farmácia é diferente e o nosso é de natureza*”.

Na sua opinião, não são as doenças novas que estão matando os *Kaingáng*:

“A gente trabalha demais e não tem nada. Levaram toda nossa comida, fruta, água. Aí apareceu a pinga, o jogo”.

As brigas violentas, resultando feridos e até morte, começaram entre 10 e 12 anos segundo Pedro. A índia Olga também disse que “*aqui morre pouco de doença, morre mais de matado*”, em alusão às brigas na área. A cachaça costuma ser o combustível nesses casos, além de provocar atropelamentos, em especial na rodovia estadual que liga Bom Jesus a Ipuçu e passa no meio da aldeia Pinhalzinho.

Para Francisco, muitas doenças dos novos são diferentes daquelas dos velhos, e que para as primeiras o “*remédio do branco*” é o mais adequado. Francisco entendia que os jovens não sabem contar o sintoma verdadeiro, o que dificulta a procura pelo remédio correto. Em relação aos velhos que não tinham alguém para cuidá-los (citou alguns), disse que às vezes era melhor levar no médico, pois se fossem tratados com o “*remédio do mato*”, a dieta não seria cumprida rigorosamente. Também, parecia ser importante ouvir a opinião do médico, se a pessoa seria “*desenganada*” por ele.

Quando era criança, Alzira lembrava que sua mãe não usava “*remédio da farmácia*”, curando as doenças mais facilmente. Hoje, ela vê como necessário o uso

do medicamento, pois tem a impressão que há mais doenças do que no tempo antigo, que suas filhas não se criam sem o medicamento. Salientou que mesmo quando morava fora da T.I., não usava tanto remédio, já que a filha mais velha não era uma criança doente. Foi a partir do nascimento da segunda filha, já morando na aldeia Sede, que passou a ter um número elevado de medicamentos em casa. A *Kaingáng* Indiamara, em alusão à presença da “Enfermaria”, lembrou o tempo antigo, quando não precisavam de médico e enfermeira, dizendo que hoje está tudo mudado. Seu pai, um índio de 74 anos, ainda a ensinava fazer “*remédio do mato*”, o que permitia a ela utilizar diferentes recursos terapêuticos em episódios de doença. Apesar de dizer que usava primeiramente os “*remédios do mato*” para os adultos e o “*remédio da farmácia*” para as crianças, em suas conversas citou casos em que as crianças foram tratadas logo de início com o “*remédio do mato*”, como a diarreia no filho bebê. Uma outra índia de 44 anos, casada e com 5 filhos (um era adotado), afirmou que “*pra gente grande é melhor o remédio do mato. A gente sabe o que tá sentindo. Mas criança não, é melhor levar no médico*”.



O setor popular de atenção à saúde *Kaingáng* está vivo e atuante. O seu caráter dinâmico promove assimilações, adaptações, reinterpretações, pois já que não é possível viver sem o contato com o mundo, é necessário recriá-lo de modo coerente e congruente. Nesse processo, os medicamentos, principal tecnologia biomédica presente há muitas décadas entre esse grupo, são “bons para pensar (e agir)” (Van der Geest *et al.*, 1996). No capítulo a seguir, procuraremos trazer a questão dos medicamentos inserida nos setores profissional e familiar, refletindo sobre alguns tópicos que demonstram a complexidade do tema.

6 OS MEDICAMENTOS: OS SETORES PROFISSIONAL E FAMILIAR DE SAÚDE

Nichter (1996: 275) afirma que “o apelo às populações indígenas está mais nos medicamentos ocidentais do que na medicina ocidental, pois são os medicamentos que prometem controlar a febre e dor, reduzir a ansiedade e aumentar a confiança, e não um sistema médico *per se*”. As evidências, sejam elas observadas em relatos literários ou científicos, apontam que o processo de interação entre índios brasileiros e a sociedade não indígena envolveu, desde longa data, a oferta de medicamentos. A troca não era só à base de espelhos e bugigangas, mas também de pílulas mágicas, líquidos coloridos e agulhas, como espinhos penetrantes.

Segundo os índios Francisco, 85 anos¹, e Ari, 70 anos, o medicamento chegou primeiramente na T.I. Xapecó através do SPI, com o chefe do posto Francisco Fortes (período de 1942-1948), que possuía um livro onde estudava a preparação dos “remédios”. Pedro, 75, já havia dito que, em 1948, o chefe do posto trouxe uma caixa de medicamentos, contendo inclusive injeção: “*Naquele tempo, o remédio era bom porque era rápido. A injeção é rápida.*”

Francisco comentou que nessa época, o sarampo, a “*tosse comprida*” e a varíola, estavam matando os *Kaingáng*. Há ainda a informação desse índio sobre o dr. Selistre de Campos, juiz de direito em Chapecó e que lutou pela demarcação dessa T.I. nos anos 40 (ver o capítulo OS *KAINGÁNG*), que teria enviado comprimidos e “*remédio em gotas*” de homeopatia, como beladona (*Atropa belladonna*) e arsênico (*Arsenicum*). Pedro, em várias conversas, também aludiu a nomes de medicamentos homeopáticos², como na epidemia de febre amarela³ que teria ocorrido quando ele ainda não era nascido e seu pai era jovem, que foi combatida com “*alho sativo*” (*Allium*

¹ Na dissertação de Oliveira (1996), aparece como septuagenário, o que revela a dificuldade em precisar a idade dos índios mais velhos.

² À Oliveira (1996), Pedro também citou o uso de medicamentos homeopáticos em décadas passadas.

³ Na literatura pesquisada, não foram encontrados registros sobre epidemia de febre amarela na região onde habitavam os *Kaingáng*. Ribeiro (1956) citou a gripe epidêmica que contagiou os *Kaingáng* paulistas durante os primeiros contatos, por volta de 1912, e Baldus (1937) citou a epidemia de gripe entre os *Kaingáng* de Palmas (PR) em 1918. Em janeiro de 2000, os meios de comunicação divulgaram massivamente ao público os casos de febre amarela que assolavam o país. Assim, ouvindo os noticiários, Pedro pode ter se lembrado de “*uma febre igual ao fogo, queimando*”, que seria na realidade a febre da gripe que matou tantos *Kaingáng* no tempo antigo, mas que ele chamou de febre amarela.

sativum), o “*alho macho, grande*”; os curandeiros aprenderam a preparar a tintura⁴ com alguém que trouxe “*os vidrinhos*”.

A medicina homeopática, trazida em 1840 ao Brasil pelo francês Benoit Mure que primeiramente instalou-se no litoral de Santa Catarina e após no Rio de Janeiro, foi muito divulgada e interiorizada no país a partir do final do século XIX por farmacêuticos, fazendeiros, padres e médiuns espíritas (Luz, 1996). No decorrer dos anos e até muito recentemente, tornou-se uma prática terapêutica aplicada por pessoas munidas de um manual de matéria médica e de uma botica. Portanto, a homeopatia estar presente na memória dos velhos *Kaingáng* não é espantoso, desde que muito provavelmente foi mais um recurso disponível para fazer frente às novas doenças que surgiam. Contudo, o medicamento dito alopático⁵ teve uma penetração muito mais marcante e hoje faz parte do cotidiano de todos. A homeopatia é reminiscência.

Os *Kaingáng* da T.I. Xapecó, em vista do permanente contato com a sociedade nacional, têm acesso intenso à biomedicina e suas tecnologias há décadas, principalmente através da Funai, da FUNASA e de instituições religiosas, como o CIMI e a Pastoral da Saúde. Além dessas instituições, há que se considerar o papel do comércio, oficial ou não, de medicamentos.

No decorrer desse capítulo, procuraremos traçar os caminhos que levam os medicamentos aos *Kaingáng* e vice versa. Em primeiro lugar, os dados obtidos das prescrições médicas, da dispensação sem receita pelos auxiliares e atendentes da “Enfermaria” e da “farmácia caseira” foram analisados no sentido de fornecerem informações quantitativas sobre os medicamentos que fazem parte do cotidiano da comunidade. Assim, obteve-se a frequência e os percentuais de ocorrência dos fármacos em cada uma das três situações, bem como as suas respectivas classes terapêuticas. Esses resultados foram então contextualizados no conjunto dos achados etnográficos, procurando dar um caráter dinâmico à questão do consumo de medicamentos, bem como explanar a intrínseca relação entre os setores que compõem o sistema médico *Kaingáng*. A análise mais detalhada dos dados coletados durante o levantamento da “farmácia caseira” permitiu trazer outras informações

⁴ Enrolar o alho grande em palha de milho e colocar na cinza quente, perto do fogo até amolecer; colocar em um pano de algodão e espremer até sair toda a água do alho. Pedro foi controverso quanto à posologia: em uma primeira conversa, disse que a pessoa com febre amarela deve tomar poucas gotas algumas vezes ao dia; em outro momento, salientou que ao adulto se deve dar três colheres de sopa de cada vez e para crianças uma colher de chá.

⁵ O termo alopático, do grego *állos* = outro, estranho e *páthos* = doença, é aqui utilizado somente para contrapor com o termo homeopático, do grego *homoios* = semelhante. No decorrer desse trabalho, quando usamos o termo “medicamento”, estamos nos referindo ao medicamento não homeopático.

relacionadas à automedicação e aos locais de aquisição dos medicamentos. Aqui também nos valem da etnografia e de relatos na literatura para compor o cenário.

6.1 As prescrições médicas

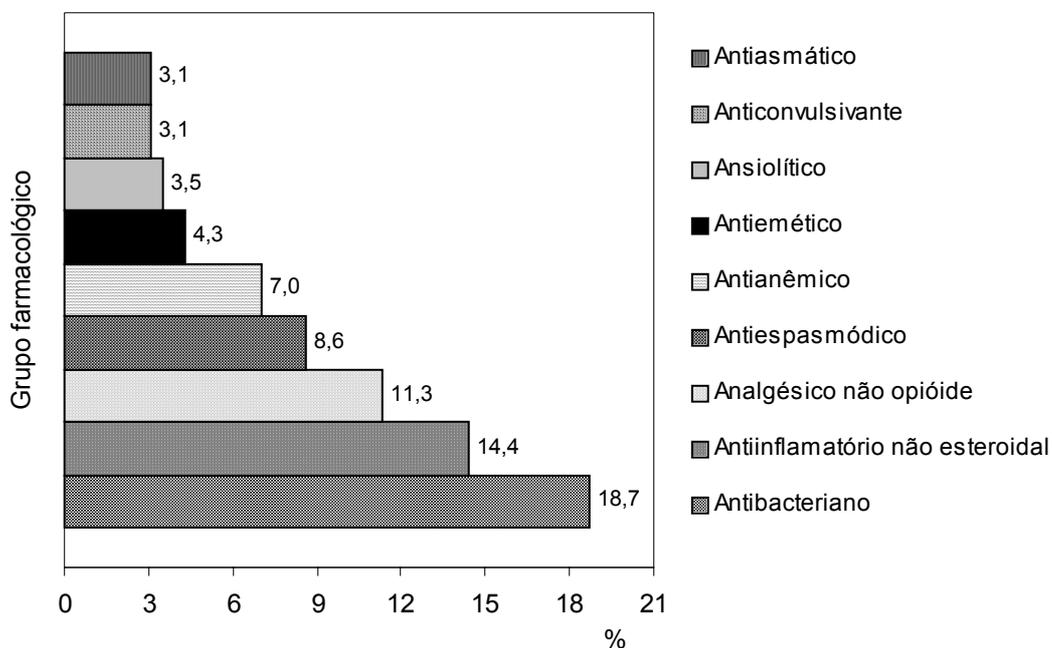
As prescrições aqui analisadas foram emitidas no mês de setembro de 1999 pelos médicos A e B nas consultas realizadas na “Enfermaria”. O médico A atendia como clínico geral uma manhã por semana e como obstetra uma tarde por semana. O médico B, pediatra, prestava atendimento duas tardes por semana.

Os medicamentos prescritos pelo médico A pertencem a 26 grupos farmacológicos, sendo que os 9 grupos mais prescritos perfazem um total de 74% (ver Figura 6.1). Foram receitadas 19 especialidades sob a forma de “Associação” farmacêutica (7,4%) e 2 especialidades classificadas como “Outro” (0,8%). Nos antibacterianos (18,7%), o medicamento mais indicado foi a Ampicilina® (25 vezes), seguido da Penicilina G procaína + Penicilina G potássica® (7 vezes). Entre os antiinflamatórios não esteroidais (14,4%), o Diclofenaco®, nas suas diferentes apresentações, foi o mais prescrito (35 vezes). O Ácido acetilsalicílico®, a Dipirona® e o Paracetamol® foram prescritos 4, 15 e 10 vezes respectivamente no grupo dos analgésicos não opióides (11,3%). Merece destaque a prescrição de ansiolíticos (3,5%) e de anticonvulsivantes (3,1%). Os ansiolíticos foram prescritos 9 vezes (2 vezes bromazepam e 7 vezes diazepam), somente para mulheres, sendo que apenas em três situações houve a consulta médica. Os anticonvulsivantes foram receitados sem a presença do usuário. Ainda se deve enfatizar que as associações Naldecon® (3 vezes indicado) e Sinutab® (uma vez receitado) foram prescritas em receituário comum, quando deveriam ter sido na Receita de Controle Especial C1, pois contêm em sua composição fenilpropanolamina⁶, fármaco sujeito a controle especial (Brasil, 1998). A lista completa de todos os grupos farmacológicos, com seus respectivos fármacos e especialidades farmacêuticas, está no Anexo 6.1.

⁶ No D.O.U. foi publicada no dia 10 de novembro de 2000 uma Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC n. 96, de 08 de novembro de 2000), suspendendo “como medida de segurança sanitária, a fabricação, a distribuição, a comercialização/venda e a dispensação dos medicamentos que contenham em sua fórmula, isolada ou associada, a substância fenilpropanolamina e seus sais” (Artigo 1º). Alguns dias após, a RDC n. 98/2000 já trazia esse fármaco na Lista F3 de substâncias de uso proscrito no Brasil (ANVISA, 2001).

Considerando a concentração do fármaco e a forma farmacêutica, entre todos os medicamentos prescritos (257) pelo médico A, incluídas as associações, 48,2% constam na RENAME 1999 e 41,1% estão na lista da OMS 1998. Desses fármacos, 21 estão em ambas as listas, 27 não são incluídos em nenhuma, 6 estão na RENAME mas não constam da lista da OMS e 2 pertencem à lista da OMS porém não à RENAME.

Figura 6.1: Percentual dos 9 grupos farmacológicos (n total = 26) mais prescritos pelo médico A, setembro de 1999 (T.I. Xapecó, SC).

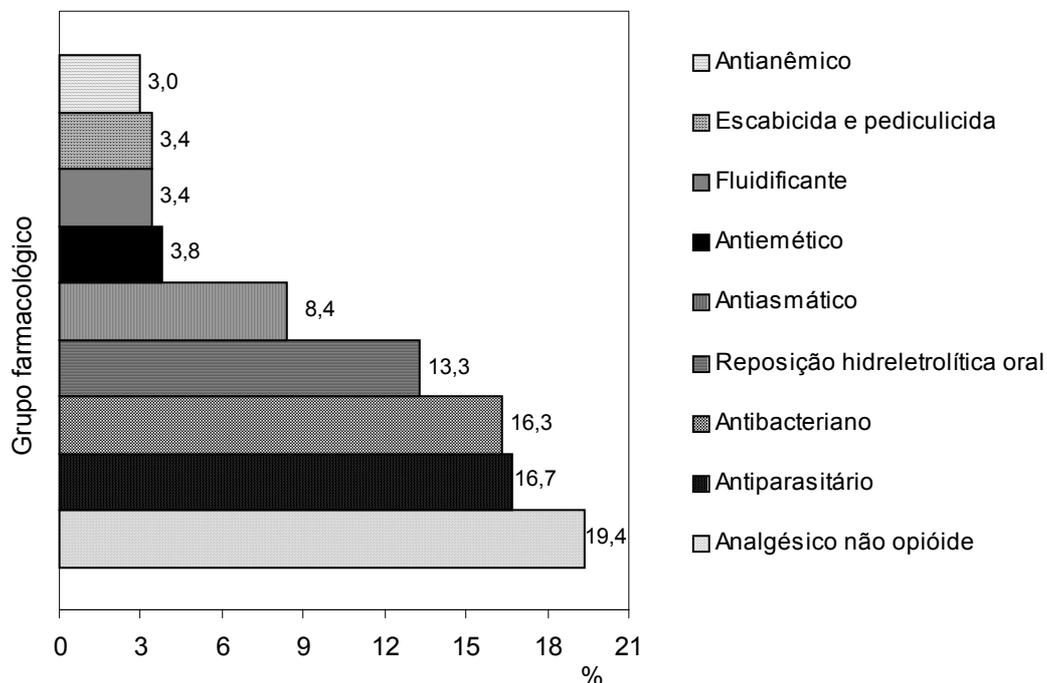


Dentre os 20 grupos farmacológicos prescritos pelo médico B (ver lista completa no Anexo 6.2), 9 atingem um total de 87,7% (ver Figura 6.2). Ainda foram receitadas 6 especialidades sob a forma de “Associação” (2,3%) e 2 especialidades classificadas como “Outro” (0,8%). Os analgésicos não opióides (19,4%) foram representados pela Dipirona® (26 vezes prescrita) e pelo Paracetamol® (25 vezes receitado). Dentre os antibacterianos, o Sulfametoxazol + Trimetoprima® e a Amoxicilina® foram indicados 23 e 13 vezes respectivamente, sendo os principais

medicamentos desse grupo. Foram indicados antiparasitários anti-helmínticos (14,4%) e antiprotozoários (2,3%); o Mebendazol® foi o mais prescrito no primeiro sub-grupo (36 vezes) e o Metronidazol® foi o único receitado no segundo (6 vezes). Os Sais para reidratação oral® foram indicados 35 vezes, representando 13,3% para o grupo de reposição hidreletrolítica oral. O médico B ainda prescreveu Nedax Plus®, medicamento que contém a substância lindano, sujeita a controle especial pela Portaria n. 344/98/SVS/MS (Brasil, 1998); da mesma maneira que o médico A, usou receituário comum, quando deveria ter emitido a Receita de Controle Especial C1.

Entre todos os medicamentos prescritos (263) pelo médico B, inclusive as associações de fármacos, 53,3% constam na RENAME 1999 e 40% estão na lista da OMS 1998. Pertencendo a ambas as listas estão 17 fármacos e a nenhuma delas 20; 7 fármacos são listados na RENAME mas não na lista da OMS e 1 consta na lista da OMS porém não na RENAME.

Figura 6.2: Percentual dos 9 grupos farmacológicos (n total = 20) mais prescritos pelo médico B, setembro de 1999 (T.I. Xapecó, SC).

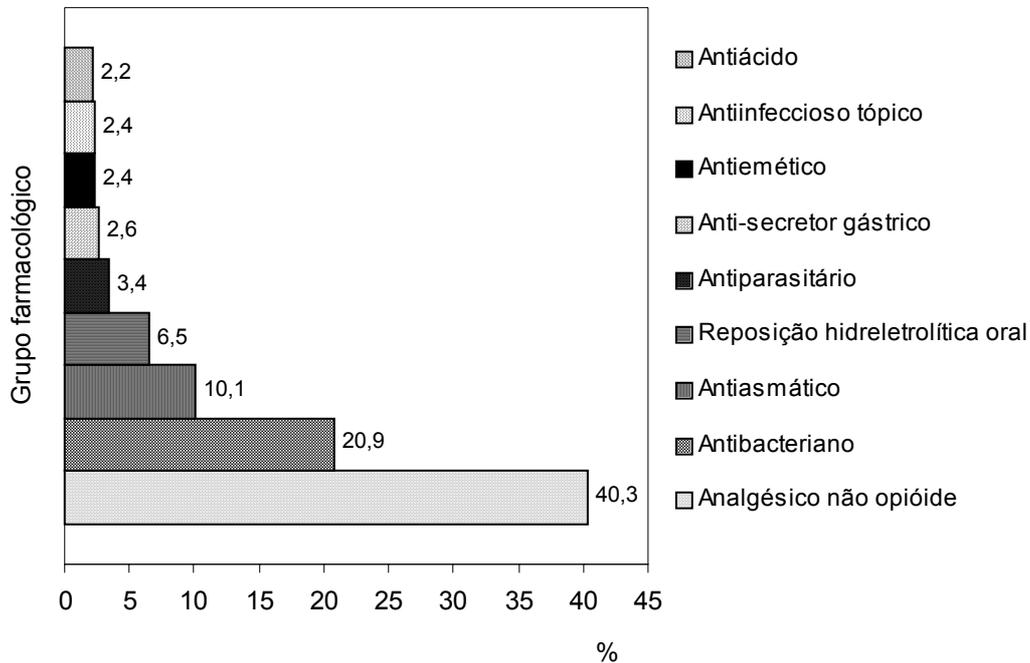


6.2 Dispensação sem prescrição médica

Após os primeiros dias de contato com os funcionários do serviço de saúde da “Enfermaria”, foi solicitado a eles que registrassem em folha o nome do doente, a idade, o nome do medicamento, a quantidade dispensada, o nome do dispensador e a data. As folhas ficavam disponíveis em local visível, durante todo o tempo. Inicialmente houve alguma resistência para o preenchimento, logo superada com explicações sobre a sua utilidade. Porém, tratando-se de um autocontrole, nem sempre todas as dispensações foram anotadas, assim como alguns dos campos às vezes não eram preenchidos, como observado em várias ocasiões. Assim, os resultados apresentados provavelmente estão subdimensionados, servindo mais para apontar pistas sobre o uso de medicamentos sem a apresentação da prescrição.

No período analisado (16 de setembro a 15 de outubro), foram dispensados 417 medicamentos, sendo 2 “Associações” (0,5%) e os restantes pertencentes a 19 grupos farmacológicos (ver tabela com todos os grupos no Anexo 6.3). Os 9 grupos mais prescritos atingem 90,8% do total (Figura 6.3), estando os analgésicos não opióides no primeiro lugar da lista, representados pela Dipirona® (78 vezes), Ácido acetilsalicílico® 500 mg (60 vezes), Ácido acetilsalicílico® 100 mg (21 vezes) e Paracetamol® (9 vezes). Nos antibacterianos (20,9%), foram dispensados Eritromicina® (43 vezes), Sulfametoxazol + Trimetoprima® (25 vezes), Amoxicilina® (7 vezes), Ampicilina® (6 vezes) e Penicilina G procaína + Penicilina G potássica® (6 vezes). Os antiasmáticos fenoterol (21 vezes), salbutamol (18 vezes) e aminofilina (3 vezes) foram os fármacos de escolha da enfermeira e dos auxiliares e atendentes.

Figura 6.3: Percentual dos 9 grupos farmacológicos (n total = 19) mais dispensados pela enfermeira e auxiliares/atendentes, 15.setembro – 16.outubro.1999 (T.I. Xapecó, SC).



6.3 A “farmácia caseira” Kaingáng

Em 70,5% dos 190 domicílios visitados na aldeia Sede (em outubro e novembro de 1999) foi observada a presença de medicamentos, com média de 3,9 itens por casa, sendo que em 10 casas existiam mais de 10 medicamentos. Entre os 525 medicamentos encontrados, não foi possível identificar 10, pois não apresentavam rótulo ou qualquer outra marca que pudesse determiná-los. Para a maioria (n = 337) havia coincidência entre o nome como especialidade farmacêutica (®) e o nome do fármaco (40 diferentes fármacos). Na Tabela 6.1, são apresentadas as 15 especialidades farmacêuticas que abrangem 50,9% da totalidade dos medicamentos. Salienta-se que para uma especialidade apresentada sob diferentes concentrações do fármaco e/ou formas farmacêuticas, considerou-se ela como uma única especialidade.

Tabela 6.1: Especialidades mais observadas nas casas *Kaingáng* da aldeia Sede (T.I. Xapecó, SC), outubro-novembro de 1999.

Especialidade®	n	%
Dipirona	39	7,4
Sulfametoxazol + Trimetoprima	34	6,5
Eritromicina	23	4,4
Mebendazol	23	4,4
Salbutamol	21	4,0
Ampicilina	19	3,6
Acido acetilsalicílico	17	3,2
Amoxicilina	14	2,7
Sulfato ferroso	13	2,5
Paracetamol	12	2,3
Sais de reidratação oral	12	2,3
Hidróxido de alumínio	11	2,1
Metronidazol	11	2,1
Benzoato de benzila	9	1,7
Fenaren	9	1,7
Subtotal	267	50,9

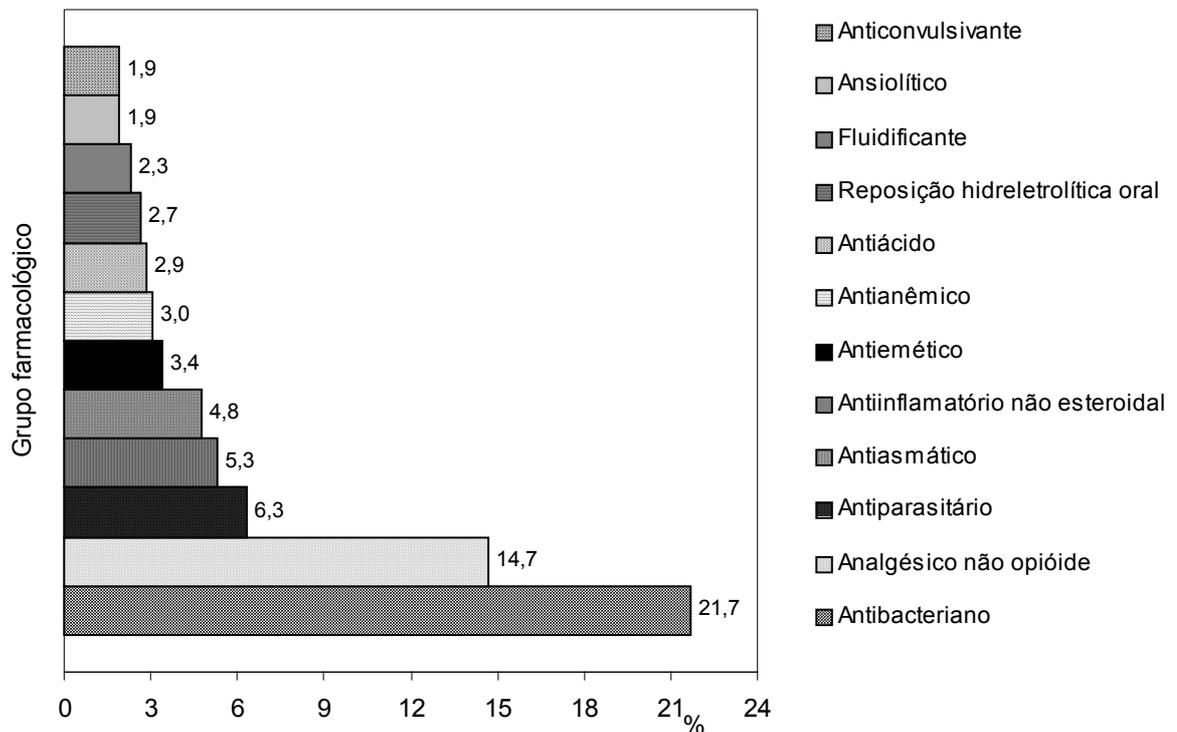
Os 525 medicamentos foram agrupados em seus respectivos fármacos, sendo que 15 deles somam 55,5% do número total de itens, conforme Tabela 6.2. Nesse agrupamento, foram incluídas todas as especialidades, por exemplo, Dipirona® (7,4%), Anador® (0,8%), Dornal® (0,2%) e Novalgina® (0,2%), resultando em 8,6% para o fármaco dipirona.

A classificação farmacológica dos fármacos resultou em 41 grupos (ver lista completa no Anexo 6.4), além dos medicamentos incluídos nas categorias “Associação” (8,4%), “Outro” (1,5%) e aqueles sem identificação (2,3%). Desses grupos, 12 deles abrangem 70,8% de todos os medicamentos (Figura 6.4).

Tabela 6.2: Fármacos mais observados nas casas *Kaingáng* da aldeia Sede (T.I. Xapecó, SC), outubro-novembro de 1999.

Fármaco	n	%
Dipirona	45	8,6
Sulfametoxazol + Trimetoprima	38	7,2
Eritromicina	23	4,4
Mebendazol	23	4,4
Salbutamol	21	4,0
Ampicilina	20	3,8
Ácido acetilsalicílico	17	3,2
Diclofenaco de potássio	16	3,0
Amoxicilina	15	2,9
Paracetamol	14	2,7
Sais de reidratação oral	14	2,7
Sulfato ferroso	13	2,5
Hidróxido de alumínio	11	2,1
Metronidazol	11	2,1
Metoclopramida	10	1,9
Subtotal	291	55,5

Figura 6.4: Percentual dos 12 principais grupos farmacológicos (n total = 41) mais encontrados nas casas *Kaingáng* da aldeia Sede (T.I. Xapecó, SC), outubro-novembro de 1999.



Os *Kaingáng*, quando perguntados sobre quem havia receitado os medicamentos que tinham em suas casas, deram como resposta, na maioria das vezes, os profissionais que atuam na “Enfermaria” (75% das especialidades) (Tabela 6.3), com ênfase para os médicos (45,5% dos itens). Em segundo lugar, aparecem médicos que atuam em outros municípios, tanto do estado de SC quanto do PR (13,7% dos medicamentos). A autodecisão e a indicação por vizinhos e/ou parentes contribuíram com 5,0% de todos os medicamentos existentes e a prescrição em balcão de estabelecimentos farmacêuticos e de comércio em geral representou 1,5% e 0,6%, respectivamente. Em algumas casas, o informante não sabia ou não lembrava quem havia prescrito alguns dos medicamentos (4,2%).

Tabela 6.3: Quem receitou os medicamentos encontrados nas casas *Kaingáng* da aldeia Sede (T.I. Xaçecó, SC), outubro-novembro de 1999.

Quem receitou	n	%
Médicos - "Enfermaria" (aldeia Sede, T.I. Xaçecó, SC)	237	45,5
Auxiliares/Atendentes - "Enfermaria"	157	29,5
Subtotal "Enfermaria"	394	75,0
Médicos – Xanxerê (SC)	45	8,6
Médicos - outros Municípios (SC e PR)	27	5,1
Subtotal Médicos de Municípios	72	13,7
Autodecisão	19	3,6
Parentes/Vizinha	7	1,4
Subtotal	26	5,0
Farmácias/Postos de Medicamentos (SC)	8	1,5
Mercados (SC)	3	0,6
Subtotal	11	2,1
Não lembra/Não sabe	22	4,2
Total	525	100,0

6.4 Demandas dos usuários

“O índio tem que ganhar o remédio”

Índio, 51 anos.

Entre a comunidade *Kaingáng*, tanto as crianças quanto os adultos têm sido amplamente tratados com medicamentos, como atestaram as quantidades de prescrições emitidas por ambos profissionais, diferentemente dos achados de Haak (1988, 1989), que mostraram que em duas comunidades rurais na Bahia “as crianças são o foco central da cultura farmacêutica” (Haak, 1988: 1424), principalmente através da automedicação. Na análise da “farmácia caseira”, observou-se que 59,2% de todos os medicamentos encontrados nas casas foram indicados por médicos (45,5% pelos médicos A e B e 13,7% pelos médicos de outros locais).

A prática de uma medicina baseada na prescrição e dispensação de medicamentos por parte dos médicos, como observado entre os *Kaingáng*, encontra paralelos em estudos que descrevem a realidade para outros grupos sociais (Hardon, 1987; Greenhalgh, 1987; Calva, 1996; Paredes *et al.*, 1996). A presença sistemática de dois médicos na “Enfermaria” da T.I. Xapecó, um específico para o atendimento de crianças (0 a 14 anos) e outro direcionado às consultas de adultos cobria praticamente o espectro das principais morbidades que afetam os *Kaingáng*.

Muitos foram os índios que, comparando o período atual com anos anteriores, disseram que agora as coisas estavam diferentes na “Enfermaria”, pois só ganhavam remédio consultando e com a receita, salientando que davam no máximo uma ou duas “*frutinhas*” (comprimidos) para dor de cabeça.

Os índios, cientes das dificuldades para conseguir medicamento, dirigiam-se ao serviço mesmo sem motivo para consultar, como comentou um agente de saúde sobre uma família que freqüentemente estava na “Enfermaria” e que haviam levado um dos filhos no médico B somente para “*pegar remédio porque iam acampar no fim de semana*”.

A prescrição é o instrumento que consolida o ato médico e confirma os papéis sociais do doente e do profissional, refletindo o impulso curativo da medicina ocidental. Van der Geest *et al.* (1996), lembrando o clássico artigo de Smith sobre as “funções latentes” da prescrição, declararam que “uma prescrição tem efeitos psicológicos, é um meio de comunicação, demonstra poder e facilita o controle social, produz salário e tem uma significância simbólica” (Van der Geest *et al.*, 1996: 158).

Paredes *et al.* (1996), avaliando o comportamento de médicos (Lima, Peru) em relação à indicação de medicamentos em casos de diarreia, concluíram que alguns motivos influenciam a prescrição, entre eles a preservação do papel como um bom profissional definido socialmente e a sua prévia experiência em tratar casos de diarreia (o tempo de prática médica criaria hábitos que independem do cenário público ou privado em que o médico atua). Para Nichter (1996), em uma arena competitiva de atenção, os médicos podem acabar se tornando meros administradores de medicamentos, realizando os desejos e expectativas do paciente para conservar os seus negócios.

A demanda do usuário é um forte apelo para que ocorra tanto a prescrição formal quanto a informal, ou seja, a consulta é percebida como válida quando é marcada ao seu final pela prescrição de um ou mais medicamentos. Em cenários onde há um grande número de medicamentos de prescrição e de venda livre que podem ser adquiridos a qualquer momento pelo paciente, os provedores de atenção à saúde são colocados frente a uma população que demanda por coisas novas (Nichter & Vuckovic, 1994a).

Ainda que os médicos da “Enfermaria” estivessem inseridos em um contexto de prestação pública de serviços, recebendo salários do governo, as suas prévias percepções de demanda social fundamentariam o grande número de prescrições, ou seja, a manutenção de seus cargos dependeria da satisfação da comunidade, cujas expectativas estariam mais na indicação de um medicamento, que promete a cura, do que propriamente na consulta em si. Cabe salientar que reclamações feitas às lideranças poderiam ocasionar a dispensa do profissional.

Além disso, as prescrições serviam de guia para a aquisição dos medicamentos, isto é, justificava a manutenção de um estoque, bem como a compra no comércio farmacêutico. Ou seja, as prescrições tinham a dupla finalidade de ajudar a sustentar o profissional na função e de contemplar os interesses de algumas lideranças no negócio lucrativo da compra de medicamentos e na conservação de alianças políticas locais⁷. Langdon & Rojas (1991), avaliando a situação de saúde dos *Xokleng* da área de Ibirama, Santa Catarina, observaram que no final da década de 80, devido à falta de resolução dos problemas de saúde por parte da Funai, as lideranças indígenas montavam seu estoque de medicamentos. Portanto, o uso dos

⁷ O posto de medicamentos de Bom Jesus ainda era de propriedade de uma família com inserção política na região.

medicamentos como forma de manipulação política não é uma realidade circunscrita aos *Kaingáng*, nem tampouco recente.

Um outro fator estimulante à prescrição também observado em campo foi a propaganda da indústria farmacêutica. Não cabe aqui analisar minuciosamente o papel exercido pelos fabricantes sobre o comportamento médico, mas apenas deixar claro que além de questões locais que influenciavam a prescrição, como apontado acima, os profissionais da “Enfermaria” também estavam sujeitos a forças macroeconômicas. Por exemplo, logo após a visita de um representante farmacêutico de um determinado laboratório, um dos médicos passou a emitir prescrições com uma especialidade desse laboratório, contendo o fármaco diclofenaco, mesmo existindo o similar de outra indústria no estoque da “Enfermaria”.

Mesmo que se possa dizer que entre os *Kaingáng* o medicamento era um importante apelo pela busca de atenção à saúde no setor biomédico, há que se enfatizar o poder que os representantes desse sistema de saúde exercem sobre eles.

Alguns índios pareciam dar grande importância à consulta médica, aos exames, aos aparelhos do médico. As *Kaingáng* Francisca e Olga acreditavam que o “*remédio da farmácia*” vinha corretamente após a consulta. Francisca tinha um filho que foi tratado em Curitiba por muitos meses, tendo sido curado; ela mesma passou por duas cirurgias. Olga, como ela mesma gostava de enfatizar, foi criada fora da T.I., entre “os *gringos*”, não estando acostumada com os “*remédios do mato*”. Segundo ela, os médicos podem ver as doenças com os seus aparelhos. Ao contrário, criticava os curandeiros, pois não consultam e só dão o remédio. Fazia exceção aos curandeiros que possuíam diploma e carteirinha, como dois que ela conhecia em Clevelândia (PR) e que mostravam uma grande placa na frente da casa. Da mesma maneira, disse que não gostava de pedir na “Enfermaria” pois, ao não examinarem, poderiam dar o remédio errado. Para ela, quando o médico trata e não cura, tem que fazer exame: “*Aí faz exame e cura*”.

Tendo feito essa ressalva, devemos considerar o papel desempenhado pelos médicos no estímulo ao uso de medicamentos. Uma das conseqüências mais diretas do ato médico de prescrever é que legitima e encoraja a escolha de medicamentos sintomáticos, influenciando a automedicação e conseqüentemente a prescrição informal.

A seguir, procuramos apresentar alguns medicamentos e seus grupos farmacológicos que fizeram parte da cadeia iniciada no consultório médico, intermediada pelos outros profissionais de saúde da “Enfermaria” e que por fim foi

referendada pelos *Kaingáng*. Esses foram os medicamentos mais prescritos e demandados pelos índios.

6.4.1 Os antibióticos

“Antibiótico é... antibiótico é remédio pra gripe né?”

Alzira, 33 anos.

Entre os auxiliares e atendentes da “Enfermaria”, esse grupo terapêutico foi o segundo mais dispensado (20,9% de todos os medicamentos). A atendente 1 autorizou a entrega de Amoxicilina® a uma criança com dor de garganta, justificando que o médico sempre receitava Amoxil® nesses casos, ainda que se tratasse de um antibiótico. Ainda para essa funcionária, a Eritromicina® não tem contra-indicação, podendo ser dada até para recém nascido.

A atendente 3, que cobria horários de plantão, relatou que em um final de semana sob sua responsabilidade, uma mãe negou-se a aceitar medicação dada por ela, exigindo que a criança fosse levada a Xanxerê. Lá, após horas de espera, o médico receitou Amoxicilina® e Dipirona®, medicamentos que a atendente já havia oferecido. Na sua opinião, a exigência dos índios em serem levados para um médico teria iniciado após a vinda dos profissionais na “Enfermaria”.

A atendente 4 chamava carinhosamente o medicamento Sulfametoxazol + Trimetoprima® de “*sulfinha*”. Para ela, o tratamento completo para a tosse era a *sulfinha*, o Salbutamol® e a Benzilpenicilina®, aprendido em um Posto de Saúde de outro município próximo. A sulfa também era sua escolhida quando alguém relatava sintomas de diarreia.

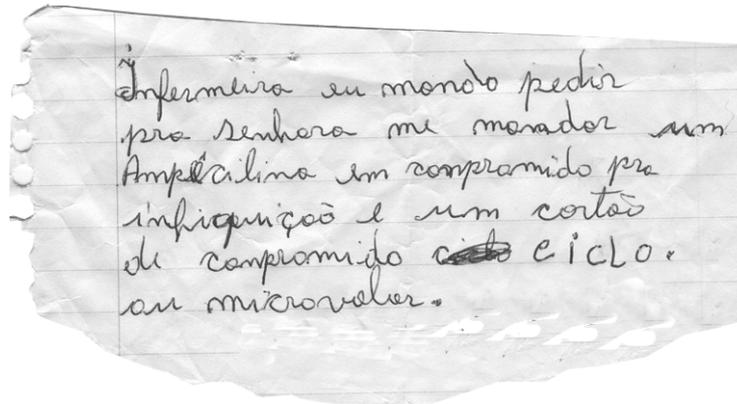
A Eritromicina®, se disponível no estoque, era o medicamento de escolha pelos profissionais da “Enfermaria” quando a queixa era dor de garganta. Em todas as ocasiões foi dispensada em subquantidades.

Nas casas *Kaingáng*, dos 114 antibacterianos encontrados, o médico A havia indicado 17,5% e o médico B 26,3%.

Indiamara já havia dado Ampicilina® para o filho menor de um ano, receitada por um médico em Xanxerê. O médico prescreveu 5 mL, mas segundo ela, a atendente 1 mandou ela dar 3 mL pela manhã e à tarde. Para Indiamara

“Eu acho que em parte essa ampicilina é bom pra ele [o filho menor], pra gripe. Não dou muito, só quando tá com a garganta.”

Uma índia, moradora de outra aldeia, relacionou a Ampicilina® com a existência de infecção, como demonstra o bilhete enviado à auxiliar de enfermagem:



Quando perguntado quais os antibióticos que conhecia, Alzira citou a Ampicilina®, a Eritromicina® e a Amoxicilina®. A Amoxicilina®

“...eu uso pra criança que tá bem mal de engripada e tem chio no peito e tosse. Aquele é um porrete! Bom que nossa a amoxilina. Eu usava na pequeninha, né, a pequeninha tinha chio no peito, tinha gripe. Aí eu dava pra menina sabe, em dois dias, nem dois dias a menina melhorava. E ele é bom até pra diarréia, aquele amoxilina.”

Sobre a Ampicilina®, dizia também ser boa para a gripe, porém quando a criança não tinha febre, diferente da Amoxicilina®, recomendada quando a febre estava presente. Já a Eritromicina®, considerava quase a mesma coisa que a Ampicilina®. O seu conhecimento permitiu julgar a força desses antibacterianos:

“O mais forte, qual seria o mais forte... O certo acho que era amoxilina. Acho, não sei. É porque amoxilina... ele é... acho que o melhor, amoxilina do que ampicilina e eritromicina.”

O Sulfametoxazol + Trimetoprima®, não citado por Alzira como sendo antibiótico, é largamente utilizado entre a comunidade, seja via prescrição médica ou dispensado pelos auxiliares e atendentes de enfermagem, assim como por

autodécisão. Em uma outra visita à Alzira, ela disse que não tinha sulfa em casa, tendo procurado o serviço para “só pedir pr’eles”. Ela dizia saber o uso da sulfa, portanto não precisava ler a bula:

“A sulfa eu só uso quando as meninas tãõ com diarréia né? No caso ele é bom pra diarréia. Infecção ele também é bom.”

Durante o trabalho de campo foram observados vários episódios de diarréia, principalmente em crianças, e a análise dos prontuários do médico B (Capítulo 4) demonstrou que as doenças classificadas na categoria I da CID-10 (“Algumas doenças infecciosas e parasitárias”) foram as mais recorrentes, levando os *Kaingáng* à “Enfermaria”. Tanto os profissionais (médicos e auxiliares/atendentes) quanto os índios demonstraram uma predileção pelo uso de antibióticos nos episódios diarréicos, principalmente do Sulfametoxazol + Trimetoprima®.

Hardon (1987) observou que os médicos filipinos prescreviam três ou mais medicamentos para a maioria das diarréias simples, sendo que os antibióticos constavam em aproximadamente 30% das prescrições, enquanto que na automedicação os usuários normalmente usavam um medicamento. Entre médicos do setor privado na Índia, uma variedade de antibacterianos foi prescrita para tratar casos de diarréia, sendo que em 43% de todos os casos foram indicados dois ou mais medicamentos desse grupo terapêutico (Greenhalgh, 1987). As mães peruanas que saíram da consulta médica somente com a indicação de sais de reidratação oral para a diarréia consideraram o médico charlatão, que não sabe curar; para elas, o bom médico era aquele que dava injeção (Paredes *et al.*, 1996).

Ao contrário da grande aceitação dos antibacterianos no tratamento das diarréias, as mães *Kaingáng* são reticentes em usar os Sais de reidratação oral®, reclamando quando somente eles eram indicados pelos médicos ou pelos outros profissionais da “Enfermaria”. Por exemplo, a filha menor de Marisa consultou 4 vezes no período de setembro de 1999 a fevereiro de 2000, as duas primeiras vezes com infecção aguda das vias aéreas superiores e as duas últimas com diarréia. Em todas as consultas foram prescritos medicamentos. A mãe demonstrou descrédito com o médico pediatra da “Enfermaria”, comparando quando levava a outro em Xanxerê e os filhos logo saravam. O descontentamento referia-se ao fato de que o médico da “Enfermaria” só dava soro (Sais de reidratação oral®) para a diarréia, que na sua opinião deixa a criança “desnutrida”. Em um episódio de diarréia, segundo ela provocado pela carne de galinha que a menina comeu, deu um pouco de sulfa três

vezes, mesmo sabendo que para *“sara bem tem que dar 2 ou 3 vidros”*. Ela considerava a sulfa fraca e por isso *“tem que misturar com chá”* [da casca de pitanga]. Outras mães citaram o gosto desagradável do *“sorinho”*, o que não incentivava as crianças a tomarem a preparação. Além disso, a aparente resolução rápida proporcionada pelo uso de antibacterianos contrapõe-se a uma terapia baseada em substâncias cotidianas (fluídos e alimentos) (Paredes *et al.*, 1996) e que exige uma atenção especial, com um número maior de administrações ao dia.

Em janeiro de 2000, a enfermeira e auxiliar de enfermagem 1 comentaram que estavam aparecendo muitos casos de diarreia e cãibra de sangue na “Enfermaria”, tanto em crianças quanto em adultos. Para a remediadora Virgínia, as diarreias nessa época do ano deviam-se ao *“andaço, é muito veneno ao redor de nós, a poluição, a água tá poluída”*. Ela comparou ao inverno, quando não ocorriam casos de diarreia porque não botavam veneno nas plantações nesse período. Para ela, a diarreia não é provocada pelos vermes, pois o remédio da farmácia não *“derruba as bichas”*.

6.4.2 A febre da dipirona

“Dipirona é pra febre né? A dipirona que nós sabemos”

Indiamara, 31 anos.

Quanto aos analgésicos não opióides, do total de 77 unidades encontradas nos domicílios, o médico A havia prescrito 23,4% e o médico B 16,9%, sendo que a dipirona foi o fármaco mais observado durante o levantamento (em 39 casas ele estava presente), seja com ou sem prescrição. Mesmo nas casas onde não tinha tal fármaco, as pessoas eventualmente se referiam à Dipirona® como o *“remédio da farmácia”* que era bom para a febre. Ao analisarmos as prescrições médicas, a dipirona também foi o fármaco preferido pelos médicos A (receitou a Dipirona® 15 vezes) e B (26 vezes prescrita). Entre os outros funcionários, a Dipirona® foi indicada 78 vezes em um período de um mês, contra 60 vezes para o Ácido acetilsalicílico® 500 mg. É importante salientar que esse último fármaco estava disponível no estoque, em grande quantidade, recebido na primeira remessa da FUNASA em setembro de 1999, o que pode ter estimulado a dispensação pelos auxiliares e atendentes por um lado, mas não compelido os médicos a prescreverem por outro.

A febre era um dos sintomas que mais fazia as mães levarem os filhos à “Enfermaria”. Entre os 190 domicílios, havia termômetro somente nas casas de uma agente de saúde (contrato DIA-Funai), dos atendentes 1, 2 e 4 da “Enfermaria” e de um dos professores da escola da aldeia Sede. Assim, os *Kaingáng* usavam como parâmetros a temperatura do corpo (“o corpo quente” foi o mais citado), a medida dos batimentos no pulso (citado por dois curandeiros), a presença de sede, a sensação de frio, a falta de apetite, o abatimento geral, a cor vermelha no rosto e nos olhos, o ato de gemer, entre outros.

Alzira, apesar de dizer que não comprava medicamento, salientou que em tempos passados, quando não tinha Dipirona® na “Enfermaria”, ela se esforçava para conseguir dinheiro, principalmente com a mãe, e adquirir o frasco no comércio. Para ela, era importante ter sempre esse medicamento em casa. Essa índia disse já conhecer para que serve a dipirona e por isso não precisava ler a bula:

“Eu uso quando a gente tem febre, tem dor no corpo, dor de cabeça né? Agora, que nem a criança, se tá com febre a gente usa. Se não, não. (...) Pra criança eu dou 8 gotas dissolvido na água. Pra mim, tomo 20 gotas. No caso é 30, mas eu tempero menos. É boa a Dipirona®. Quando a gente tá com dor na cabeça, aí tomou se foi. Dipirona® é um remedião!”

Sobre outros analgésicos não opióides, também mostrou seu conhecimento. O Ácido acetilsalicílico® (AAS) ela usava para dor de cabeça e de garganta. Porém, disse que

“O AS no certo até nem é...acho que até nem é bom remédio. (...) Diz que tomando AS o ano interinho dá problema no coração. Não sei se é verdade.”

Quanto ao Paracetamol®, também o considerava bom para febre e dor, assim como para a gripe. Contudo, ele não seria tão eficaz quanto à Dipirona®, tanto que ao ser perguntado qual dos três analgésicos ela preferia, sem titubear, respondeu a Dipirona®.

Para a *Kaingáng* Indiamara, 31, a Dipirona® é para a febre e ela usa com as crianças sem receio, diferentemente de outros medicamentos que ela tem medo, como a já citada Ampicilina®. Costuma dar às crianças 8 gotas misturadas com algum chá caseiro.

O filho de 3 anos de Marta, usuário de Tegretol®, tinha desmaios quando dava febre. Assim, a presença de Dipirona® em casa era considerada de extrema importância. Normalmente pegavam na “Enfermaria”, mas quando ali não havia, davam um jeito de comprar. Afirmou que somente a Dipirona® era usada sem consultar o médico, mesmo tendo outros medicamentos em casa. Costumava administrar aos menores 8 gotas e aos mais velhos 10 gotas, até baixar a febre. Assim como Alzira, mostrava-se céptica em relação ao Ácido acetilsalicílico®, que “*não acalmava a febre deles*”.

A curandeira Eva, mesmo sendo enfática quanto à preferência pelo tratamento tradicional, quando questionado se conhecia algum remédio de farmácia, citou a Dipirona® para dor de cabeça. Da mesma maneira, a Índia Amélia disse que aprendeu que Novalgina® é boa para a febre na “Enfermaria”.

Os analgésicos não opióides prescritos e encontrados nas casas são medicamentos de venda livre (*Over-the-counter drugs*) no Brasil. Arrais *et al.* (1997), em um estudo multicêntrico sobre automedicação na América Latina realizado pela Organização Mundial de Saúde, verificaram que os analgésicos representaram 17,3% da frequência geral, em que o ácido acetilsalicílico foi o fármaco mais solicitado, seguido da dipirona. Heineck *et al.* (1998), analisando 77 especialidades farmacêuticas do mercado popular que mais foram vendidas no período de junho de 1992 a junho de 1993 no Brasil, encontraram que os analgésicos não opióides e antipiréticos representaram o maior valor em vendas, sendo o ácido acetilsalicílico o fármaco mais freqüente, seja sob associações a doses fixas ou como monofármaco. Já Greenhalgh (1987), em um estudo exploratório sobre a utilização de medicamentos na Índia, observou que a Dipirona® foi o analgésico de escolha entre os médicos, enquanto que o paracetamol em preparação como monofármaco foi o preferido na automedicação.

Todos os medicamentos contendo o fármaco dipirona foram retirados do comércio nos Estados Unidos em 1977. A *Food and Drug Administration* (FDA) justificou essa medida baseando-se em relatos de ocorrência⁸ de agranulocitose fatal associada ao uso de aminopirina e dipirona (um sulfonato sódico derivado da

⁸ Desde meados dos anos 1960, a literatura médica vêm registrando associação entre o uso de aminopirina e dipirona e o desenvolvimento de discrasias sangüíneas, em especial agranulocitose. O tema tornou-se polêmico na década dos 80, pois alguns investigadores demonstraram que o risco estimado não foi mais do que 1,1 por milhão de pessoas expostas, o que levou a companhia farmacêutica produtora (Hoescht) reafirmar a segurança de seu produto. As divergências baseavam-se principalmente no método de análise e na interpretação dos resultados. Mesmo com a polêmica, a determinação de exclusão foi mantida em muitos países.

aminopirina) (FDA, 1977). Desde então, sucessivas publicações desse órgão mantêm a proibição de comercialização (FDA, 1998; 1999). Essa deliberação da FDA refletiu inclusive em edições posteriores de alguns livros clássicos da área de farmacologia, que deixaram de citar a dipirona (por exemplo, na sétima edição em inglês de *Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*, publicada em 1985, há uma breve citação sobre esse fármaco, enfatizando o risco de ocorrência de discrasia sangüínea e sugerindo reportar-se a edições anteriores para maiores detalhes sobre a dipirona; nas edições posteriores, a dipirona foi suprimida do texto). Outros países desenvolvidos seguiram a postura de retirar do mercado ou restringir a prescrição de tais medicamentos, porém no restante do mundo, mesmo com a adesão da OMS (a sua lista de medicamentos essenciais não contém a dipirona sob qualquer forma farmacêutica) e de alguns governos, a dipirona continuou (e continua) sendo vendida livremente. No Brasil, por exemplo, a RENAME excluiu tal fármaco, exceto a forma injetável para uso hospitalar e restrito.

6.4.3 Outros medicamentos

***“Daí ele receitou aquele remédio [Salbutamol®].
Eu sempre tomo aquele pra tosse”***
Inês, 48 anos.

Os antiparasitários apareceram como o terceiro grupo farmacológico mais observado nos domicílios. A inexistência de sistema de esgoto e a falta de tratamento do lixo em uma aldeia habitada por 855 pessoas tornavam o ambiente bastante propício à proliferação das doenças parasitárias. Aliado a isso, as principais fontes de abastecimento de água eram os córregos e pequenos poços a céu aberto, também sujeitos à contaminação.

A análise das prescrições emitidas pelo médico B, pediatra, mostrou que os antiparasitários estão em segundo lugar entre os mais receitados. Na maioria das vezes, não houve a solicitação de exames.

Para os *Kaingáng*, somente a presença de “*bichas*” era vista como indicativa de parasitismo. Assim, “*derrubar as bichas na obra*”, isto é, expelir as lombrigas nas fezes após o uso de medicamento significava que esse havia sido bom. O mebendazol foi o fármaco antiparasitário mais observado nas casas dos índios, assim como o mais prescrito pelos médicos A e B. Ele age imobilizando e destruindo os parasitas

gastrointestinais lentamente, sendo que a eliminação pode não se completar até alguns dias após o tratamento (Hardman & Limbird, 1996). Dessa forma, algumas vezes o Mebendazol® não foi considerado eficaz, pois não foram vistas as “bichas” ou pedaços delas⁹. Isso porém, não significava que os índios não apreciassem tal medicamento, como demonstraram as falas de alguns deles.

Segundo Alzira, era muito fácil diagnosticar a presença de vermes, mesmo sem ir ao médico. Segundo ela, quando a criança comia terra, reclamava de dor de barriga, não tinha fome e os olhos ficavam com um aspecto feio (“*vista comprida*”), com certeza as “bichas” estavam presentes. Afirmou não utilizar remédio do mato pois não conhecia nenhum. Da mesma maneira, Marta, não usava o remédio do mato para vermes, buscando sempre na “Enfermaria”.

A respeito do tratamento para as “bichas”, disse Indiamara:

“Quando tem bicha a gente dá remédio do mato, ferve e acalma as bichas. Se não acalma, a gente leva no doutor pra pedir receita.”

A benzedeira Inês disse que a oração de benzedura só “*acalma as bichas*” e que para “*derrubar*”, precisa usar o remédio da farmácia.

A índia Maria afirmou que a doença que mais aparecia nas crianças era a diarreia e que a primeira coisa que fazia era um chá com plantas que cultivava ao redor da casa. Porém, quando o problema era a presença de vermes, considerava o remédio da farmácia melhor.

Ao contrário, Carmen preparava para os vermes um remédio de erva de santa maria (*Chenopodium ambrosioides*) ou de cânfora da lavoura¹⁰ (*Artemisia annua*) ou ainda de hortelã. Segundo ela, pegava “*três pontinhas*” da erva de santa maria e esmagava em três colheres de água fervendo; da cânfora eram três folhas para três colheres de água fervendo; e da hortelã duas folhas para duas colheres de água fervendo. A posologia era a quantidade preparada pela manhã, em jejum. As “bichas” eram visivelmente expelidas. Também poderia optar pela benzedura, citando o exemplo de um dos filhos que assim foi tratado. O benzedor consultado fez uma medida cruzada da criança com uma linha, depois colocou na barriga e por fim picou a linha dentro de um copo com água; fez então a benzedura e os pedaços de linha

⁹ Garnelo & Wright (2001) também observaram que entre os *Baniwa* (alto Rio Negro, noroeste amazônico) os vermífugos eram desvalorizados pois as pessoas que os usavam não botavam os vermes.

¹⁰ A erva de santa maria e a cânfora da lavoura foram coletadas e identificadas por botânico.

boiaram¹¹, indicando que a criança tinha “*bichas*”; receitou ainda um chá de duas folhas de hortelã e uma de cânfora de lavoura. O filho mais novo teria “*derrubado cinco bichas*” após esse tratamento.

Os antiasmáticos foram a quarta classe terapêutica mais encontrada nas casas dos índios, representados pelo Salbutamol® em primeiro lugar (havia 21 frascos de Salbutamol®). Considerando que no mês de setembro os médicos da “Enfermaria” prescreveram no total 7 frascos desse fármaco e que os outros profissionais dispensaram sem receita outros 18 frascos no período de 16 de setembro a 15 de outubro, é possível pensar que esse medicamento tem sido adquirido principalmente sem o acompanhamento médico.

Apesar da atendente 1 saber que o Salbutamol® é perigoso, que provocava nela mesma taquicardia, ela permitia que fosse entregue quando alguém solicitava. Já a auxiliar 1 dispensava o Salbutamol® para tosse em adultos, avisando para não tomar muito pois poderia provocar “*tremedeira*”; na sua opinião, esse medicamento causava problemas cardíacos.

Alguns usuários índios falaram que o xarope de salbutamol dá problema. Alzira citou o caso de sua filha:

“Aquele ali, do meio, no inverno ela tinha gripe e tosse. Então quando eu dava esse xarope pra ela, a menina ficava cansada sabe? Uma cansada que nossa. Daí eu me assustei umas três vezes com a menina. E a menina dormia que nossa. Daí eu levei ela no médico. contei pro médico. Daí ele disse que não era pra mim dar mais esse xarope. O xarope dá problema no coração. Dá disparamento. Daí parei, não dei mais.”

Para Inês, 48, o Salbutamol® só deve ser usado quando o “*fôlego*” está atacado e tem chio no peito, caso dela quando fica gripada. Para seus filhos gripados não o usava, pois esses sintomas não costumavam estar presentes.

¹¹ Se os pedaços de linha tivessem afundado, seria sinal de que os vermes não estavam presentes.

6.4.4 Controlar o que?

“Pra que tomo esse [Diazepan®]? Pra pressão né?”

Angelina, 63 anos.

Os transtornos mentais e comportamentais (grupo V da CID-10) foram registrados em 1,1% e 3,1% dos prontuários médicos das crianças e adultos, respectivamente (ver análise dos prontuários no capítulo 4). Porém, medicamentos que contêm substâncias sujeitas a controle especial pela Portaria n. 344/1998/SVS/MS¹² (Brasil, 1998) foram prescritos pelo médico A mesmo sem a presença dos usuários, acolhendo solicitações feitas por um dos atendentes da “Enfermaria”. Assim, no mesmo período utilizado para a análise dos prontuários (mês de setembro de 1999), esse profissional prescreveu 3,5% de ansiolíticos e 3,1% de anticonvulsivantes, indicando que o número de usuários é muito maior do que aquele que efetivamente passou por uma consulta médica. Além disso, tanto o médico A quanto o médico B emitiram em receituário comum medicamentos que incluíam em suas formulações substâncias registradas na Lista C1 dessa mesma Portaria.

Nas Notificações de Receita de medicamentos sob controle especial, o comprador e o fornecedor não eram identificados – são itens de preenchimento obrigatório – mas a atendente 1 carimbava e rubricava no verso. Algum tempo depois, a vigilância sanitária de Ipuçu exigiu que as pessoas fossem identificadas, levando a atendente 1 a solicitar as carteiras de identidade dos usuários desse grupo de medicamentos. Porém, quando não traziam suas carteiras, a Notificação era preenchida no nome da atendente 1. A dinâmica de distribuição desses medicamentos entre os índios usuários era obscura. Normalmente, as Notificações e Receitas de Controle Especial eram emitidas com o número máximo de caixas permitido pela legislação (no início de outubro, vieram ordens de Chapecó para restringir a uma caixa por Notificação ou Receita, o que na prática não foi atendido), mas observou-se que os pacientes costumavam receber uma ou duas caixas de cada vez; quando nova solicitação era feita pelo usuário ou alguém da família, a nova emissão trazia o

¹² Desde a data de sua publicação, as listas da Port. N. 344/98 têm sido periodicamente atualizadas. Nessa tese, usou-se a atualização contida na Portaria n. 722/10.09.1998/SVS/MS, já que as substâncias de todos os medicamentos controlados prescritos e encontrados nas casas *Kaingang* se mantiveram em suas respectivas listas nas revisões publicadas até junho de 2000. Em novembro de 2000, uma nova atualização (Resolução da Diretoria Colegiada/RDC n. 98) foi publicada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, incluindo os fármacos cisaprida na Lista C1 e terfenadina na Lista F3 (medicamentos com esses fármacos foram prescritos pelo médico B) e deslocando a fenilpropranolamina da Lista C1 para a Lista F3. Salienta-se que a Lista F refere-se às substâncias de uso proscrito no Brasil (ANVISA, 2001).

máximo de embalagens e o índio não recebia tudo. O excedente não ficava retido na sala de medicamentos da “Enfermaria”, mas apenas aqueles medicamentos à espera do dono ficavam na prateleira, expostos. A partir de janeiro, a enfermeira continuou com os procedimentos adotados pela atendente 1, porém o médico A foi quem continuou emitindo essas prescrições, mesmo com a presença do médico C na T.I.

Durante o levantamento nas casas, nos meses de outubro e novembro de 1999, chamou a atenção a presença de medicamentos sujeitos a controle especial (Brasil, 1998). Foi observada a presença de ansiolíticos (1,9%) e anticonvulsivantes (1,9%), além de antipsicóticos (Neozine®, Melleril® e Neuleptil®Pediátrico), hipnótico/sedativo (Maliasin®), analgésico opióide (Elixir Paregórico®), anestésico local (Dentisan®) e associações que continham fármacos dependentes de uma Receita de Controle Especial C1 (Naldecon®, Sinutab® e Um Minuto®), conforme Tabela 6.4.

Tabela 6.4: Medicamentos que contêm substâncias sujeitas a controle especial (Portaria n. 344/1998/SVS/MS), encontrados nas casas *Kaingáng* da aldeia Sede (T.I.Xaçecó, SC), outubro-novembro de 1999.

Medicamento®	Substância sujeita a controle	n	%
Elixir Paregórico	Tintura de ópio canforado	2	0,4
Notificação de Receita A1		2	0,4
Diazepan NQ 5 mg	Diazepam	6	1,1
Valium 10 mg	Diazepam	2	0,4
Valium 5 mg	Diazepam	2	0,4
Gardenal 100	Fenobarbital	3	0,6
Gardenal pediátrico	Fenobarbital	1	0,2
Maliasin 100 mg	Barbexaclona	1	0,2
Notificação de Receita B1		15	2,9
Hidantal	Fenitoína	4	0,8
Tegretol 200	Carbamazepina	2	0,4
Neozine	Levomepromazina	1	0,2
Neuleptil pediátrico	Periciazina	2	0,4
Melleril 100 mg	Tioridazina	1	0,2
Akineton	Biperideno	1	0,2
Naldecon	Fenilpropanolamina	1	0,2
Sinutab	Fenilpropanolamina	1	0,2
Um Minuto	Tetracaína	1	0,2
Dentisan*	Tetracaína	1	0,2
Receita de Controle Especial C1		15	3,0

* Foi retirado do comércio pelo laboratório fabricante (Multilab).

Na primeira visita à casa de Alzira, 33, havia uma caixa vazia de Diazepan NQ® 5 mg, prescrito pelo médico A. No seu prontuário, em 04 de maio de 1999 estava registrado o sintoma de palpitações e as condutas foram requisitar um eletrocardiograma (ECG) e prescrever Valium® 5 mg. Em nova consulta no dia 11 de maio, foi apresentado o ECG, cujo resultado foi normal; novamente o Valium® 5 mg foi prescrito. Em 09 de setembro, Alzira procurou o médico A mais uma vez, reclamando de tonturas e palpitações (apontadas no prontuário). O Valium® 5 mg foi receitado.

Em uma das conversas, Alzira descreveu sua doença como *“uma tontura e disparamento no coração”*. Além disso, sentia-se fraca, salientando que não doía nada em seu corpo. Foi então procurar o médico, que não explicou o que ela tinha, mas só deu o remédio e mandou *“bater o eletro do coração”*. No momento do exame, ao colocarem os aparelhos, ela sentiu o *“disparamento”* muito forte, levando-a a pensar que realmente tinha um problema sério. Para sua surpresa, o exame deu normal e o médico receitou o mesmo remédio. Segundo ela, os *“disparamentos”* continuaram, inclusive quando estava quieta. Em setembro voltou à “Enfermaria” e conversando com a auxiliar 1, disse que não agüentava mais, que tinha tomado o medicamento como devia e continuava com o mesmo problema. A auxiliar recomendou fazer uma nova consulta. Alzira ainda tomou mais uma caixa do medicamento (a caixa encontrada em sua casa). Ela tomava um comprimido à noite e sentia muito sono. Quando acordava, o *“disparamento”* vinha mais forte. Decidiu então buscar a ajuda da curandeira Irene.

A curandeira disse que não era doença o problema dela e que prepararia dois litros de um remédio, não precisando mais usar o do médico. Alzira deveria tomar 3 colheres a cada hora, regime respeitado só no primeiro dia; por sua conta, mudou para três vezes ao dia. Quando terminou o primeiro litro, já sentia-se bem melhor, mas mesmo assim foi buscar o restante. Havia uma dieta em que não podia comer feijão e carne de porco, nem tomar café enquanto usava o remédio. Além disso, não poderia molhar as mãos e os pés na água fria, recomendação não cumprida já que Alzira precisava continuar com suas lides domésticas. Após terminar os dois litros, ela sentia-se forte e curada. Mesmo depois de alguns meses, ela não se queixou mais do problema.

Segundo a curandeira Irene, o problema de Alzira era a *“recaída das mães”*, que dá quando a mulher não cumpre a dieta ao dar a luz, pegando frio e vento. Diferente de Alzira, que estava satisfeita com o resultado do tratamento, Irene pareceu

descontente pois Alzira não havia pagado pelo trabalho – ela achava que podia, já que o marido trabalhava na olaria.

No prontuário de Angelina constava uma consulta em 23 de setembro de 1999, descrevendo “dores epigástricas, fraqueza, não consegue dormir (risada), azia”. A conduta foi a prescrição de Hioscina® 10 mg, Hidróxido alumínio®, Sais minerais® e Mebendazol®, além de Valium® 5 mg que não foi registrado no prontuário. No momento da dispensação, a Hioscina® foi substituída pelo Ductopan®.

Quando perguntado à Angelina sobre a doença que fez ela usar o Diazepan®, explicou que não conseguia dormir à noite¹³, tinha tontura e sentia uma “*queimação no estômago*”. Completou dizendo que sofria da pressão, não podendo por isso andar sob o sol. Segundo ela, o médico receitou o Diazepan® para a pressão, que aliviou e permitiu que ela dormisse. Tomou um comprimido à noite durante alguns dias, sem terminar a caixa. Já fazia aproximadamente 3 meses que não usava mais o medicamento e as tonturas haviam voltado. Por isso, estava pensando em procurar a “Enfermaria” para pedir mais.

Em visita à casa de Inês, a conversa iniciou com o problema do filho de 16 anos. Fazia em torno de três anos que o filho havia caído pela primeira vez, batendo a cabeça, que ficou inchada. Um ano e meio depois, ele machucou novamente a cabeça no lado da primeira batida. A partir de então, ele passou a conversar sozinho, sair de casa sem avisar, chorar e desmaiar. Levou ao médico em Ipuacu, que disse não ser nada. Inês achava que o filho não era mais normal, porém ninguém acreditava nela. Procurou curandeiros para fazer benzeduras e eles diziam que não adiantava mais, que o problema dele deveria ser tratado com os médicos. Após alguns meses, foi levado a um psiquiatra em Xanxerê, que solicitou exame da cabeça; mostrando o resultado à ela, o médico teria dito que o problema dele era “*um nervinho que se choca e daí dá a crise nele*”. Passou então a tratá-lo com Gardenal® e Hidantal®, proibindo a exposição ao sol forte. O Maliasin® e o Melleril® foram indicados depois de um ano. Em outubro de 1999, o jovem foi submetido a uma tomografia completa do crânio, cujo resultado foi normal. Como as visitas ao psiquiatra aconteciam esporadicamente, os medicamentos eram mantidos com as prescrições emitidas pelo médico A; Inês elogiou muito a atendente 1, que nunca deixava faltar nenhum deles.

¹³ Angelina queixou-se muito das dificuldades de viver sozinha, tendo que pagar por qualquer serviço que precisasse. Essa situação deixava-a muito preocupada e à noite vinham os pensamentos ruins, que tentava afastar com rezas a Jesus.

Para Inês, o filho estava melhor quando comparado ao período em que não tomava nada, querendo até voltar a estudar. Porém, salientou que ele dorme muito e passou a ter tonturas, dor nas pernas, vômitos e sentir-se fraco após o início do tratamento. Mostrava-se preocupada com essa situação e o médico a acalmava, dizendo que era melhor ele dormir, ficar quieto, já que a falta dos remédios deixava-o agressivo. Inês tinha esperanças de que um dia o filho voltaria ao normal e não precisaria mais usar os remédios.

O filho de 3 anos de Marta vinha sofrendo desmaios, segundo a mãe provocados inicialmente pela aplicação de injeções, que ao assustá-lo, deixavam-no nervoso e com febre. Em vista disso, ela não o levava mais para fazer vacinas de injeção, mas somente quando era a de “gotinha” (para poliomielite). Relatou ainda que o menino não conseguia falar e após ser levado a Chapecó, onde foi feito eletroencefalograma, receitaram o Tegretol®. O médico é quem teria comentado que os desmaios poderiam ser causados pela febre alta. Fazia em torno de um mês que o medicamento estava sendo dado e as crises diminuíram, bem como ele começava a falar. Ele deveria tomar primeiramente 6 vidros de Tegretol®, 3 mL “duas vezes por dia. É em 8 em 8 horas né?” [no frasco: “3 mL de 12 em 12 horas”]. Na opinião de Marta, a criança gostava de tomar esse medicamento porque ele era doce.

Em meados de novembro, a índia Mirian foi levada à “Enfermaria” desfalecida, tendo sido encaminhada para hospitalização. O médico que a atendeu na internação receitou Hidantal®, Dramin® e Novalgina®. Comentando sobre o ocorrido, Mirian disse que havia se incomodado com a irmã na roça e quando acordou já estava no hospital. Ela disse

“sofro dos nervos e agora o doutor disse que soffro do coração (...) Antes eu não era nervosa. Eu só tinha um ronco na minha cabeça. Depois que eu tive aquilo o ronco parou”.

Falando sobre a doenças dos nervos, explicou que

“dá só nas pernas, enrola tudo. Fica uma bolinha. Depois para espichar é difícil pois de certo os nervos estão tudo duro. Só com o remédio”.

Outras pessoas, mesmo não usando ansiolítico ou anticonvulsivante, comentaram que sofriam “dos nervos”, relacionando esse estado com problemas nos membros, como a índia Marlene, esposa do curador João, que disse “me doía muito minhas cadeiras, meus nervos”, mostrando suas pernas.

Mais de uma vez, o médico A fez uma ligação entre a existência de problemas sociais e a necessidade dos medicamentos ansiolíticos, salientando que *“sozinho eu não consigo fazer nada”*. Segundo esse profissional, a dependência já existia antes de iniciar o seu trabalho na T.I. Xapecó e ele tentou evitar a emissão de prescrições, mas as reclamações sobre as dificuldades para dormir foram tantas que obrigou-o a emitilas. Em uma conversa entre a enfermeira e uma das atendentes de enfermagem, a primeira quis saber se não era uma mulher quem passava a caixa do medicamento para outra e essa vinha pedir, ao que a segunda respondeu que era o médico quem dava para as mulheres, pois *“ele quer todas calminhas”*.

O médico A, apesar de um discurso que colocava a origem dos problemas como sendo social, mantinha uma prática que reduzia a questão da *“ansiedade”* a um conjunto de sintomas ligado ao indivíduo, levando à medicalização do problema. A alta medicalização dos processos de doença pode estar encobrendo questões de mudanças sociais e culturais mais profundas, semelhante ao que Rozemberg (1994) encontrou entre uma população rural no Espírito Santo em relação ao uso de ansiolíticos, onde as dificuldades em manter os modos tradicionais de agricultura de subsistência têm sido *“silenciadas pelo uso de calmantes”* (Rozemberg, 1994: 307).

Da mesma maneira, Silveira (2000) observou que entre moradoras de um bairro de Florianópolis, Santa Catarina, o uso de medicamentos através da *“receita azul”* significou a *“medicalização de problemas socioafetivos, econômicos e outros não passíveis de melhora com calmantes, erros na dosagem e uso prolongado de agentes psicoativos, com graus de dependência e iatrogênese variáveis”* (Silveira, 2000: 76). Segundo essa autora, na perspectiva das pacientes e de sua família, a medicalização dos problemas sociais funciona somente como uma solução para o médico, já que, mesmo usando tais medicamentos, as crises permanecem.

6.5 Eficácia

“Não importa qual é o remédio. Fica bom eu paro”

Alzira, 33 anos.

Van der Geest *et al.* (1996) chamaram a atenção para a fina linha que existe entre o medicamento prescrito e a automedicação, isto é, os profissionais de saúde nunca têm a certeza de que os medicamentos serão adquiridos e/ou tomados da maneira como foram indicados. Noções de eficácia, que envolvem temas como reinterpretação, uso racional e aderência, materializam essa tênue linha.

Quando se aborda a atenção à saúde sob a perspectiva da multiplicidade de sistemas médicos e principalmente de recursos terapêuticos disponíveis em contextos locais, faz-se necessário abordar a noção de eficácia. A eficácia é um tema bastante tratado na literatura de antropologia médica e em outros textos clássicos da antropologia cultural, como o capítulo que Lévi-Strauss (1989) dedicou à eficácia simbólica dos rituais xamanísticos ou os registros de Turner (1980) sobre os *Ndembu*.

Os autores que têm trabalhado sob o ponto de vista da antropologia farmacêutica são unânimes na opinião de que para entender eficácia é necessário ir além da generalização que a define como simples redução dos sintomas e outras transformações físicas e/ou mentais, com o objetivo de restaurar a saúde. Como salientaram Van der Geest *et al.* (1996: 167), “os efeitos das substâncias medicinais são também sociais, culturais, psicológicos e ainda metafísicos”.

Em seu artigo sobre a construção cultural da eficácia, Etkin (1988) fez uma distinção entre as interpretações êmicas e éticas, considerando-a essencial à compreensão da eficácia. Para ela, “a perspectiva êmica (*local*) é específica à cultura e consistente com a ideologia da sociedade sob estudo”, enquanto “a perspectiva ética (*outside*) usa conceitos e teorias que têm como base outra ideologia, com o objetivo de criar estruturas que projetam e interpretam as crenças e comportamentos médicos” (Etkin, 1988: 300). No caso, a perspectiva ética está fundamentada no paradigma científico ocidental.

Van der Geest (1988), citando Helman, considerou o “efeito total da droga”, cujos aspectos incluem além da substância química, os atributos do paciente que recebe a droga, os atributos das pessoas que prescrevem ou dispensam a droga, o cenário onde a droga é administrada e os atributos da própria droga (cor, sabor, forma, nome). Assim, quando um medicamento foi adequado para uma pessoa mas não para outra, esta última pode culpar sua constituição ou o modo de administração.

Similarmente, se uma injeção retira sangue ou provoca dor/abcesso, a constituição do indivíduo é considerada culpada ou o aplicador da injeção tem uma “mão ruim”. A injeção raramente falha, o medicamento sozinho nunca é o culpado (Senah, 1994).

As diferentes idéias e concepções de saúde, doença e cura afetam as maneiras pelas quais os medicamentos e remédios são usados e avaliados pelos indivíduos. Em alguns casos, o que é considerado efeito secundário ou colateral pela medicina ocidental é adotado por outro sistema terapêutico como um requisito que faz parte do processo de cura (Etkin, 1992). Desta forma, vômitos, diarréias, pruridos ou salivação decorrentes do uso de um medicamento podem indicar, por outro lado, que a doença e seus agentes estão sendo expulsos do corpo. Ou seja, o setor familiar constrói os significados para a experiência da doença, criando uma linguagem que pode assimilar elementos dos outros setores (profissional e popular), facilitando portanto a busca pelo cuidado em um contexto de diversidade de sistemas.

Esse processo dinâmico no qual os medicamentos ocidentais tornam-se imbuídos das qualidades culturais e da história de uma determinada sociedade tem sido chamado de indigenização (Kleinman, 1980) ou reinterpretação (ver por exemplo Etkin, 1992). A indigenização significa mudanças no sistema de conhecimento, nas instituições de atenção à saúde e nas crenças, expectativas, normas e comportamentos associados com a doença, procura por atenção, relações paciente-especialista, atividades terapêuticas e avaliação de resultados (Kleinman, 1980).

Para Kleinman (1980), os modelos explicativos produzidos pelos leigos podem incorporar a linguagem do setor profissional, porém de acordo com seus processos cognitivos, isto é, continuarão falando da doença (*illness*) em termos culturais de experiência. O resultado do processo interativo entre os sistemas de saúde ocidental e tradicional tem sido, portanto, a procura simultânea de ambos sistemas e os medicamentos são reputados como muito poderosos e efetivos.

A forma farmacêutica é considerada uma das principais características na escolha de um medicamento, passível de reinterpretação cultural. As injeções exercem uma atração especial, tanto entre os usuários quanto entre os profissionais de saúde e outros provedores de atenção. O ritual de encher a seringa combinado com a penetração da agulha no corpo podem ser interpretados como uma invocação de poderosas forças estrangeiras de cura, além de estarem de acordo com alguns rituais tradicionais de cura, como escarificação, acupuntura e inserção de objetos sob a pele (Reeler, 1990).

Os motivos para a popularidade das injeções são apontados por alguns autores, como Kleinman (1980) que observou que sob o ponto de vista da cultura popular chinesa em Taiwan, elas representam a essência do poder dos medicamentos ocidentais. Entre os médicos, havia uma preocupação em satisfazer a demanda dos pacientes, pois a perspectiva de perdê-los significava diminuir seus ganhos.

Outros fatores para a popularidade das injeções são a acessibilidade geográfica e econômica, com provedores informais disponíveis em locais públicos, como mercados, ou viajando pelas aldeias e cobrando menos por seus serviços; as campanhas exitosas de erradicação de algumas doenças, em que as pessoas observam em si bons resultados após a administração de injeções; maior controle do profissional de saúde em relação à aderência ao tratamento, pois na maior parte das vezes é ele quem administra a injeção (Reeler, 1990).

Os medicamentos sob a forma de comprimidos, de drágeas, de líquidos, etc., também têm seu uso influenciado de acordo com os padrões culturais locais. Nestes casos, estão intimamente associados à cor e ao sabor. Nichter (1980) observou que os líquidos para uso oral são bastante populares em regiões da Índia para fraqueza e anemia, pois são percebidos com a capacidade de juntar-se prontamente ao sangue, sendo assim ótimos para grávidas. Porém, comprimidos não são adequados para elas, pois reduzem a capacidade digestiva e podem causar doenças no feto. A cor escura, tendendo ao preto, é poderosa e boa para vômito, febre e ataques, mas não para distúrbios digestivos, fraqueza ou anemia, o que torna por exemplo os comprimidos escuros de sulfato ferroso impopulares para grávidas e pessoas anêmicas. Medicamentos vermelhos são quentes e apropriados para reduzir a tosse e o resfriado, assim como para produzir mais sangue. Os amarelos também são quentes e como tópicos têm ação purificadora. Os sabores adstringente e amargo são frios; o sal é perigoso para os ossos; e o sabor acre é um bom digestivo e próprio para tosse, mas não para doenças cutâneas, reumáticas ou do trato urinário. Este autor enfatizou que muitas vezes o especialista utilizava a estratégia de combinar medicamentos com diferentes características, visando contrabalançar os efeitos adversos de cada um.

Em Sierra Leone, os *Mende* vêem os comprimidos e tabletes como menos efetivos que as injeções, mas que devem ser mastigados antes de engolir pois podem causar dor de estômago. As cápsulas são um dos mais fortes dentre os medicamentos ocidentais, sendo preferidas para o tratamento de feridas porque apresentam-se sob a forma de pó: as pessoas abrem a cápsula e colocam o pó sobre a ferida. As cores branca e vermelha são indicadas para febre e para aumentar/purificar o sangue,

respectivamente; um grande tablete amarelo antiparasitário é comumente usado para tratar malária, porque quando se tem esta doença a urina é amarela. Os medicamentos com sabor acre são adequados para acalmar a garganta; o amargo para febre e tosse; e os mentolados para a garganta, febre e tosse (Bledsoe & Goubaud, 1985 e 1988).

Na experiência *Hausa*, na Nigéria, não há polarização de uso entre os medicamentos e as plantas medicinais indígenas, que são usados concomitantemente tanto por indicação de curadores como em situações de auto-medicação. Isto inclui a interpretação e a manipulação dos efeitos primários e secundários da terapia medicamentosa, da mesma maneira que a seqüência do uso de plantas é manejada. Por exemplo, as plantas com látex têm propriedades galactogogas; as plantas com óleo ou que facilmente deixam cair suas flores ou amadurecem seus frutos são apropriadas para parturientes; as plantas com sabor amargo são ideais para dores estomacais. Para os medicamentos, os mesmos critérios são usados: a solução branca de penicilina é ingerida para estimular a lactação; as suspensões farmacêuticas oleosas usadas para facilitar o nascimento; o sabor amargo do cloranfenicol é eficaz nas desordens estomacais. As plantas e medicamentos de cor amarela tratam icterícia e as de coloração vermelha malária, pois fortificam o sangue (Etkin *et al.*, 1990).

Apesar dos inúmeros exemplos que reforçam a importância da reinterpretação como um processo local, há que se considerar alguns pontos. Van der Geest (1988) advertiu para o perigo de uma visão "excessivamente cultural" da cultura indígena, em que os antropólogos, ao buscarem conceitos nativos, acabam por construí-los, quando na realidade as idéias e ações sobre problemas de saúde são bem menos definidas, ou seja, os motivos para usar um determinado medicamento podem ser ambíguos e inconscientes. Van der Geest *et al.* (1996) alertaram ainda para o fato de que muitas vezes a reinterpretação conduz a uma dicotomia entre os conceitos locais e biomédicos, simplificando uma questão que é mais ampla e complexa, que envolve também contextos de entendimentos e regimes de valores influenciados pelas indústrias farmacêuticas, campanhas publicitárias e práticas de venda, modelando o comportamento pela busca de saúde.

Ainda há um ponto que deve ser enfatizado quando discutimos as noções de eficácia e de reinterpretação de medicamentos. Trata-se do delicado tema "racionalidade médica" e "uso racional de medicamentos". Os debates costumam ser altamente polarizados, apresentando de um lado os defensores de um ponto de vista

baseado na ciência médica ocidental e de outro os representantes das ciências sociais que interpretam a questão sob um olhar cultural.

Em 1985, em Nairobi (Kenia), a OMS organizou uma “Conferencia de expertos sobre uso racional de los medicamentos” (OMS, 1986), cujas deliberações abrangeram políticas farmacêuticas, comercialização de medicamentos, programas nacionais de medicamentos essenciais e educação e formação, entre outras. Foi definido que “para um uso racional é preciso que se receite o medicamento apropriado, que este esteja disponível e a um preço exeqüível, que se dispense nas condições adequadas e que se tome na dose indicada, nos intervalos e durante o tempo prescritos. O medicamento apropriado será eficaz e de qualidade e inocuidade aceitáveis” (OMS, 1986: 62). Desde então, países membros têm formulado políticas que contemplam a questão, como o Brasil.

O uso de medicamentos fora dos padrões farmacológicos comprovados é tido como “irracional”, isto é, eticamente errado. Porém, sob a perspectiva ética, crenças e noções próprias permitem que os medicamentos sejam reapropriados dentro de um discurso médico pré-existente, ou seja, o consumo sob outros parâmetros que não os cientificamente explicáveis e aceitáveis deixa de ser “irracional” (Geissler *et al.*, 2000), já que baseado em uma outra racionalidade.

Claro está que os medicamentos não são destituídos de riscos, tanto quando são usados corretamente como quando de sua utilização incorreta (falamos aqui de perspectiva ética)¹. Portanto, é importante que hábitos populares que ensejam perigo para o indivíduo e/ou para a coletividade (a resistência bacteriana oriunda do uso indiscriminado e errado de antibacterianos é um exemplo) sejam modificados. Porém, como salientou Yoder (1997), não basta propor intervenções que relacionam mudança de conhecimento, usando a biomedicina como modelo normativo, com mudança de comportamento. É necessário ir além, buscando nas inúmeras interações entre os diferentes atores envolvidos e setores de saúde os elementos que condicionam determinados comportamentos em saúde. Nesse sentido, as intervenções, incluindo as ações em saúde pública, devem ser consideradas como processos de troca cultural e social (Hanh, 1999), em que a comunidade, os pacientes e suas famílias são participantes ativos.

¹ Ver por exemplo CHETLEY, A., 1994. *Medicamentos Problema*, 2. Ed. Chimbote: Acción Internacional por la Salud/América Latina y Caribe; SCHENKEL, E.P., 1991. *Cuidados com os Medicamentos*. Porto Alegre: Sagra-Luzzatto/Ed. da UFRGS.

Talvez o mais importante quando se trata da questão “uso racional” *versus* “uso irracional” ou “uso racional” *versus* “racionalidade não clínica” (visão êmica), é ter presente o que Trostle chamou a atenção: a ênfase no “conceito de ‘uso racional de medicamentos’ pode limitar a compreensão da variedade de maneiras que os medicamentos são prescritos, dispensados e usados” (Trostle, 1996: 119).

Abordando a aderência, trazemos para o contexto *Kaingáng* as questões de eficácia, reinterpretação e uso racional discutidas acima.

6.5.1 Aderência

Para Trostle (1988), o discurso médico sobre a aderência é uma ideologia que assume e justifica a autoridade médica. A não aderência aos tratamentos é sempre considerada pelos profissionais médicos como um problema, que pode levar a conseqüências mais sérias que não são assumidas como de responsabilidade do médico, já que centraliza a questão no paciente. O autor enfatiza que muito tem sido publicado sobre o assunto desde os anos 60, mas que a maioria das pesquisas é “dominada por uma série de concepções ideológicas dos papéis dos pacientes e dos médicos” (Trostle, 1988: 1299), tratando em última instância de poder e controle do setor profissional biomédico. Em sua análise histórica da aderência como ideologia, propõe que o início do grande destaque dado ao tema coincide com o desenvolvimento do monopólio da profissão médica e da indústria farmacêutica (a partir da segunda metade do século XX), que usa o discurso da aderência como uma estratégia para promover e vender seus produtos, além de criar uma imagem positiva dos medicamentos para os médicos e para a população em geral. Embora o comportamento dos pacientes tenha sido categorizado em termos diferentes por essa literatura, Trostle (1988) salientou que qualquer uma dessas categorias “ainda usa normas profissionais retiradas do interior da clínica para definir e julgar o comportamento em saúde fora da clínica” (Trostle, 1988: 1306).

Conrad (1985), ao centrar na perspectiva do paciente, observou que entre pessoas com epilepsia tratava-se mais de um desejo de auto-regulação do que não aderência a tomada de decisões sobre os tratamentos fora da autoridade médica. Para Conrad, enfatizar a aderência sob o ponto de vista do médico é apresentar uma visão distorcida de como e porque as pessoas manipulam os tratamentos prescritos.

Apresentaremos a seguir essa temática analisando-a sob dois aspectos: primeiro sob o ponto de vista dos auxiliares e atendentes da “Enfermaria” e após sob a perspectiva dos *Kaingáng*.

A literatura costuma focalizar a questão da aderência sobre o paciente e sua família, não considerando que entre o médico e o usuário do medicamento existe um outro profissional, responsável pela dispensação do que foi prescrito. Os registros parecem assumir que esse intermediário obedecerá o que vem determinado na prescrição ou que somente dispensará coisa diferente do prescrito em função principalmente das disponibilidades econômicas do usuário. Além disso, os trabalhos têm enfatizado as relações entre doentes e profissionais, desde os clássicos trabalhos de Illich (1975) e de Boltanski (1989), até a antropologia médica crítica (por exemplo, Waitzkin, 1979; Pappas, 1990), não abordando as interações entre os diferentes sujeitos que provêm o serviço de saúde. Kleinman, que em seu clássico trabalho *Patients and Healers in the Context of Culture* (1980) analisou detalhadamente as relações do doente com os indivíduos dos distintos setores do sistema de saúde, não contextualizou as ações mútuas entre os diferentes profissionais dentro do setor profissional, como se admitisse que não há conflitos e que uma homogeneidade caracterizaria essas relações.

Se aceitamos que as dificuldades na “tradução” da linguagem médico-paciente (segundo Kleinman, 1980, esse é o maior obstáculo na relação diádica médico-paciente, pois estão em jogo dois modelos explicativos que não são compartilhados) podem ser superadas ou aliviadas quando a prescrição e o medicamento entram em cena na negociação (Van der Geest & Whyte, 1989), dando a ilusão de que ambos concordam que é a melhor terapia (Van der Geest *et al.*, 1996), não podemos dizer o mesmo das relações entre os vários profissionais que atuavam na “Enfermaria”. Nesse caso, os medicamentos materializavam as disputas entre os médicos e os auxiliares/atendentes.

Uma das arenas era no campo do saber e da experiência. O fato dos médicos pertencerem a uma outra categoria hierárquica, cujo *status* está embasado na formação científica e acadêmica, não significava que sua autoridade não pudesse ser colocada em jogo. Ao contrário, os outros funcionários, ao observarem que a prática médica era basicamente prescrever, não diferindo portanto de seu costumeiro comportamento, muitas vezes mudavam a prescrição baseados em seu próprio conhecimento. Por exemplo, a atendente 1 considerava a dose de Ampicilina® 500 mg quatro vezes ao dia, como prescrito pelo médico A, muito forte e por isso havia

instruído mudar a posologia para uso de 8 em 8 horas. Em uma outra situação, ela comentou que esse médico prescrevia muito antibiótico, quando deveria dar Buscopan® e esperar. Ainda criticou o médico B que receitava três frascos de Amoxicilina® por criança, o que era muito na sua opinião. A auxiliar de enfermagem questionou o médico A quanto ao fato dele prescrever Buscopan® para dores, quando existia no estoque Paracetamol®, que também era indicado para esse sintoma. Tanto no caso da Ampicilina® quanto Buscopan® *versus* Paracetamol®, o médico A explicou suas condutas em termos técnico-científicos.

A disputa de poder também era muito clara nas relações entre os profissionais. A atendente 1, sendo diretamente ligada à uma liderança indígena – um ex-cacique, mas cuja família continuava exercendo cargos de chefia – e desempenhando a função de coordenadora local, dispunha de autoridade para tomar decisões, inclusive ignorando as prerrogativas colocadas pelos médicos e outros funcionários. Era ela quem controlava todas as compras de medicamentos, solicitava a prescrição de medicamentos controlados (Brasil, 1998), marcava e desmarcava exames (algumas vezes “ordenou” que os médicos requisitassem exames), instruía sobre o uso do carro. Assim como atender a demanda dos índios significava a manutenção do emprego, respeitar as deliberações da atendente 1 também expressava a segurança no cargo, até mesmo para os outros atendentes e auxiliares. Os embates aconteciam principalmente quando o medicamento estava presente, como por exemplo em uma situação em que o médico B criticou o fato de uma criança ter sido medicada no final de semana, deixando claro que não se responsabilizaria por esse tipo de conduta. Esse evento foi muitas vezes citado pelos atendentes, que achavam que então deveria ter médico 24 horas disponível na “Enfermaria” ou carro para levar qualquer doente ao plantão em Xanxerê.

No caso em estudo, observamos que outras razões também influenciavam os auxiliares e atendentes a entregarem quantidades ou especialidades diversas das prescritas, não aderindo à prescrição. Uma delas era que as receitas normalmente não indicavam a quantidade de frascos ou comprimidos necessários para o tratamento completo, o que levava à dispensação de subquantidades². A má qualidade da comunicação e a falta de treinamento poderiam ser motivos para tal situação. A troca de Cefalium® (dihidroergotamina + paracetamol + cafeína + metoclopramida), prescrito pelo médico B para dor de cabeça, por quatro comprimidos de Cefalexina®,

² Após observação feita por mim, passou-se a calcular a quantidade suficiente ao tratamento completo.

um antibiótico, também foi evidência de falhas na comunicação, já que provavelmente as grafias semelhantes geraram a confusão.

A existência no estoque da “Enfermaria” ou mesmo no posto de medicamentos de Bom Jesus era um outro fator que motivava a mudança da prescrição, em especial as substituições de uma especialidade por outra. A substituição mais comum era Dipirona® no lugar de Paracetamol®. Além da falta do medicamento prescrito, questões econômicas poderiam estar por trás das substituições, principalmente quando demandava a compra no posto de medicamentos. Por exemplo, algumas vezes em que foi prescrita a Hioscina® (escopolamina), houve a troca por Ductopan® (butilbrometo de escopolamina + dipirona). O primeiro custava R\$ 6,00 uma caixa com 20 comprimidos, enquanto que a mesma quantidade do segundo era vendida a R\$ 11,17 (Fonte: Guia da Farmácia, mês de setembro de 1999, n. 82). Em novembro, o médico A chegou a colocar em suas prescrições uma etiqueta auto-adesiva com os dizeres “Não autorizo substituir os medicamentos”, oferecida por um conhecido laboratório farmacêutico. Para ele, o uso da etiqueta poderia coibir a substituição. Porém, as trocas, a maioria decidida pelos auxiliares e/ou atendentes, continuaram.

Entre a comunidade *Kaingáng*, o comportamento em relação à aderência aos tratamentos prescritos envolvia noções de força e o risco era sempre avaliado. Pedro ensinou que qualquer remédio *“não faz mal se souber tomar, só não pode tomar muito”*. Alzira, uma das informantes que mostrou-se mais à vontade para falar dos medicamentos, afirmou que pára o uso de um remédio quando observa que a cura ou melhora se deu, pois acha que vai fazer mal se continuar o tratamento, exceção aos vermífugos, que administra às filhas até o final (o médico sempre prescrevia o uso de dois vidros de Mebendazol®, com o intervalo de uma semana entre um e outro).

Para a benzedeira Inês, a força de um remédio, seja ele do mato ou da farmácia, estava relacionada à quantidade que se usa. Para crianças, o remédio devia ser preparado mais fraco ou dado em quantidade menor. Assim, o número de gotas de Dipirona® receitado pelo médico para um dos filhos era diminuído por ela, pois sendo ele usuário crônico de outros medicamentos (anticonvulsivantes), havia o medo de que agravasse o estado de saúde.

Indiamara considerava o remédio da farmácia muito mais forte que o do mato, já que esse último ela faz mais fraco e se não sabe não usa. A Ampicilina®, por exemplo, seria muito forte, saindo na urina e exalando um cheiro quando sua. Dessa forma, nem sempre terminava o tratamento. Alzira, ao se referir ao antibacteriano

Amoxicilina®, salientou que por ser um medicamento forte, ele era muito perigoso e que por isso não davam mais na “Enfermaria” sem consultar com o médico.

Além da noção de força, questões mais práticas pareciam contribuir para a manipulação da posologia por parte dos índios usuários. Como já comentado, os índios não ficavam com as suas prescrições e a posologia era anotada sobre as embalagens ou em pedaços de papel. Considerando que na maioria das vezes mais de um medicamento tinha sido prescrito, esse procedimento resultava falho, não só porque os índios podiam perder as anotações, como de fato se observou várias vezes, mas também porque sempre existia o risco das embalagens serem avariadas, principalmente por causa do modo de armazenagem (ver no Anexo 6.5 os locais dentro dos domicílios onde os *Kaingáng* guardavam os seus medicamentos).

Os medicamentos prescritos para uso mais do que três vezes ao dia, dificilmente eram tomados à risca, sendo preferencialmente adotado o regime “*um cedo*” (entendido como as primeiras horas da manhã), outro “*ao meio dia*” e o terceiro “*à tarde*” (final do dia/noite). Da mesma maneira, quando a posologia vinha indicada em termos de horas, como de 8 em 8 horas, raramente faziam a relação direta com o número de vezes ao dia, adotando um modo que lhes fosse mais conveniente. Por exemplo, para Marta havia sido receitado um comprimido de Diclofenaco® a cada 8 horas (anotado sobre a embalagem) mas ela estava tomando duas vezes ao dia. Ao filho mais novo de Maria foram prescritos 3 mL de Amoxicilina® de 8 em 8 horas, ela porém administrou duas vezes ao dia por três dias, quando parou pois o menino já estaria bom. Além disso, a prescrição de mais de um medicamento para uma mesma pessoa, principalmente criança e idoso, dificultava o cumprimento do regime posológico, já que muitas vezes não havia na casa quem soubesse ler ou mesmo organizar as várias tomadas diárias.

A aderência aos tratamentos com injeção era ainda mais crítica. Segundo Pedro, “*nós já estamos tudo queimado de injeção. Dizem que com um certo tempo faz mal, estraga o sangue*”. Por isso, justificou ele, preferia usar o remédio do mato. Para Ari, as injeções deixam a pessoa fraca.

A índia Marta considerou a injeção mais forte que o comprimido e relacionou o aparecimento de desmaios no filho de 3 anos com uma seqüência de injeções aplicadas na “Enfermaria” – o menino passou então a ser tratado com o anticonvulsivante Tegretol®, receitado por um neurologista do município de Chapecó. A *Kaingáng* Angelina, ao relatar doença que um dos filhos teve aos 5 anos, culpou a injeção que havia deixado o filho paraplégico. Já Amélia salientou que antigamente na

“Enfermaria” davam muita injeção, mas que agora somente consultando. Para ela, a injeção é mais forte e mais rápida, porém provoca muita dor. Da mesma maneira, outra índia decidiu tomar só uma dose de Penicilina® por dia por causa da dor, quando haviam sido prescritas duas doses ao dia.

Essas percepções podem explicar por que as aplicações de injeção, para serem feitas na “Enfermaria”, nem sempre foram cumpridas completamente pelos índios, contradizendo o argumento de Reeler (1990) sobre o maior controle do profissional de saúde na aderência às injeções.

Outros registros na literatura demonstram a ambivalência de sentimentos e percepções em torno das injeções. Greene (1998), analisando a narrativa de uma cura xamânica entre os *Aguaruna* (terras baixas peruanas), observou que esse povo simultaneamente reverencia e teme as injeções. O xamã, ao apropriar-se do poder dos medicamentos (e injeções) em seu discurso (e cantos), confere a eles qualidades para curar, mas também deixa antever que podem ser a causa da doença: “Injeções não curam simplesmente a dor, elas podem causar a dor. E a dor que essas injeções causam podem se manifestar como sinais de ações anti-sociais de feitiçaria” (Greene, 1998: 651).

Outro fator que poderia estar implicado na baixa aderência ao tratamento completo por injeções é a distância, isto é, índios moradores de outras aldeias tinham dificuldades em deslocar-se diariamente para fazer as aplicações.

Além disso, as vacinas, principalmente aquelas aplicadas através de injeções, não gozavam de uma boa reputação. Vários relatos sobre as vacinas antitetânica e contra a gripe apontaram os efeitos negativos advindos de suas aplicações, como a dor no membro e a impossibilidade de caminhar por alguns dias, o que em última instância impedia para o trabalho. Francisco disse que ficou três dias na cama após a aplicação dessas vacinas. Para Angelina a vacina deixa a pessoa fraca. A curandeira Irene afirmou nunca ter vacinado os dois filhos “*porque eles não têm doença*”. Há que se salientar as constantes campanhas de vacinação dentro da T.I. no intervalo do trabalho de campo. No período de agosto a setembro de 1999, por exemplo, foram vacinadas 87,36% de todas as crianças menores de 2 anos que viviam na área localizada no município de Ipuaçu (Siab-Ipuaçu, 1999).

Vale lembrar que durante o levantamento da “farmácia caseira”, as formas líquidas para uso oral somaram 290 itens (55,2%), enquanto as formas sólidas totalizaram 149 unidades (28,4%). Para uso tópico, foram observados 76 medicamentos (14,5%) e para 1,0% não foi possível identificar a forma farmacêutica

(na Tabela 6.5 encontram-se listadas as formas farmacêuticas sob as quais os medicamentos estavam apresentados).

Tabela 6.5: Formas farmacêuticas dos medicamentos encontrados nas casas *Kaingáng* da aldeia Sede (T.I. Xapecó), outubro-novembro de 1999.

Forma farmacêutica	n	%
Comprimido	120	22,9
Suspensão oral	110	21,0
Solução oral gotas	63	12,0
Solução oral	44	8,4
Xarope	36	6,9
Pó para suspensão oral	20	3,8
Pó para solução oral	17	3,2
Solução tópica	15	2,9
Solução nasal	14	2,7
Pomada	13	2,5
Cápsula	12	2,3
Drágea	12	2,3
Creme	11	2,1
Emulsão	9	1,7
Comprimido revestido	5	1,0
Pó para suspensão injetável	5	1,0
Gel	4	0,8
Pomada oftálmica	3	0,6
Solução oftálmica	3	0,6
Loção	2	0,4
Ungüento	1	0,2
Pasta	1	0,2
Sem identificação	5	1,0
Total	525	100,0

Para as diferentes formas farmacêuticas, Alzira comparou o comprimido com o líquido, dizendo que não havia diferença em relação ao efeito, mas somente à facilidade em tomar: o comprimido precisa ser tomado com água e a pessoa pode engasgar, enquanto que com o líquido não. Em referência ao uso de injeção, Alzira disse ter tomado uma vez, quando a filha do meio era pequena. Lembrava-se de que tinha sido pior, pois ao chegar em casa precisava deitar-se, tinha *calorão*. Depois de uns momentos, citou a vacina do tétano, que deixou sua perna dura por dois dias.

Quando perguntado sobre as características organolépticas dos medicamentos, as mães *Kaingáng* citaram o sabor e o cheiro muitas vezes, ligando-os a uma melhor eficácia do medicamento:

“Essa ampicilina é doce no início e no fim fica amarginha. Em parte é bom pra garganta o docinho, pras crianças.” (Indiamara)

E aquele amoxilina elas [as filhas] gostam de tomar, de certo ele é cheiroso né? Tem um gosto de açúcar.” (Alzira)

Indiamara ainda referiu-se à cor, exemplificando com uma situação em que a “Enfermaria” dava sem receita um “*remédio preto*”. Para ela, esse remédio era muito forte e ela não usava com as crianças.

Em relação aos remédios do mato, a curandeira Irene associou a cor das suas preparações a determinadas doenças, como o preto para a “*recaída das mães*” (tontura e dor de cabeça), o amarelo para o amarelão, o vermelho para a pressão alta e o branco para todo tipo de doença.

Além dos casos acima, os *Kaingáng* reinterpretem o uso do pó de antibacterianos (as várias penicilinas) como remédio para feridas e coceiras. Segundo a auxiliar 1, as solicitações eram muito comuns. As mulheres chegavam pedindo o “*pozinho para ferida*”, que podia ser misturado com água ou com pomada caseira. É difícil determinar quando, como e onde começou esse hábito bastante difundido entre os *Kaingáng*. Uma antiga atendente de enfermagem e aposentada da Funai, que trabalhou na T.I. Xapecó entre 1981 e 1992, disse que “*no início vinha caixas e caixas de benzetacil que a gente chegava a dar para fazer pomada*”. Segundo ela, aprendeu a fazer essa pomada (água destilada e o pó, aplicando sobre as feridas) na época em que trabalhou no Hospital São Paulo de Xanxerê, antes de entrar na T.I. Esse depoimento sugere que o costume foi introduzido entre a comunidade.

Na construção cultural da eficácia, Van der Geest *et al.* (1996) apontaram a procedência do medicamento como um outro elemento importante. A enorme atração exercida pelos medicamentos que vêm de países desenvolvidos foi associada por Nichter (1996) à modernização que eles representam, faceta muito explorada pela propaganda das indústrias farmacêuticas. Ainda, a crença de que os medicamentos são mais fortes do que os recursos terapêuticos nativos faz parte da avaliação da eficácia em muitas culturas (Reeler, 1990; Senah, 1994; Van der Geest *et al.*, 1996).

Os medicamentos encontrados nos domicílios *Kaingáng* haviam sido fabricados por 107 diferentes laboratórios farmacêuticos, sendo que 12 deles fabricaram 282 unidades (53,7%), conforme Tabela 6.6. Para 14 unidades (2,7%) de medicamentos não foi possível identificar o fabricante.

Tabela 6.6: Principais laboratórios farmacêuticos fabricantes (n total = 107) dos medicamentos encontrados nas casas *Kaingáng* da aldeia Sede (T.I.Xapecó, SC), outubro-novembro de 1999.

Laboratório farmacêutico	n	%
Teuto	42	8,0
Iquego	36	6,9
Braskap	32	6,1
Fundação para o Remédio Popular	25	4,8
Instituto Vital Brasil	23	4,4
Laboratório Farmacêutico da Marinha	18	3,4
Bergamo	17	3,2
Laboratório Farmacêutico de Pernambuco	17	3,2
Cibran	16	3,0
Prodotti	16	3,0
Neo-Química	13	2,5
Uniao Química	13	2,5
Subtotal	282	53,7

Para os funcionários da “Enfermaria”, os índios não gostavam dos medicamentos que não vinham embalados em caixa, como é o caso daqueles produzidos pelos laboratórios farmacêuticos públicos. Segundo a atendente 1, a Amoxicilina® preferida seria a comprada na farmácia, dentro de uma caixa. A atendente 3 era de opinião que antes, com a Funai, eram comprados medicamentos bons, de farmácia. Para ela, o medicamento CEME³ é mais fraco, tendo feito experiência em si própria: em um episódio de doença, tomava várias vezes ao dia o medicamento CEME (não lembrava se era Ampicilina® ou Tetraciclina®) sem melhorar e que quando mudou para o de laboratório, comprado, teve até que diminuir a dose para duas vezes ao dia, ficando logo boa. Completou dizendo que agora [janeiro de 2000] os medicamentos da “Enfermaria” são da CEME.

³ Central de Medicamentos, órgão do Ministério da Saúde que já foi extinto.

A índia Alzira dizia não entender porque às vezes os remédios da farmácia resultavam no efeito esperado, outras não. Lembrava-se de um tempo em que na “Enfermaria” existiam bons remédios para a diarreia, como Colestase®⁴. Agora, os remédios disponíveis eram diferentes.

A filha de 17 anos de Marta, informante na primeira visita, comparou os três frascos de Dipirona® existentes na casa, fabricados por três laboratórios farmacêuticos:

“Esse aí [laboratório X] tem que dar bastante, a quantia que eles marcam tem que dar mais senão não adianta. Ele é fraco. Pode pingar ele junto com os outros [laboratórios Y e Z] e ele é mais branco, os outros mais amarelinho”.

6.6 Automedicação

A prescrição é prerrogativa legal dos profissionais médicos. Porém, nos países emergentes e pobres outros profissionais de saúde, como enfermeiros e farmacêuticos, auxiliares de enfermagem, especialistas tradicionais, balconistas de farmácia e de outros comércios assemelhados estão diretamente envolvidos na dinâmica do ato de prescrever (informalmente) e de dispensar (Wolffers, 1987 e 1988; Burghart, 1988; Haak, 1988 e 1989; Price, 1989; Senah, 1994; Goel *et al.*, 1996; Ferraz *et al.*, 1996; Kamat & Nichter, 1998), pois há procura por automedicação.

Estes autores apontaram que os cenários deficientes de serviços médicos e as limitações econômicas, geográficas e de tempo predispõem a prática informal de prescrição. Além disto, estes “prescritores” estão mais próximos dos doentes, pois articulam mais facilmente a necessidade do usuário com as culturas locais, são mais acessíveis que os médicos na linguagem e na disposição de ouvir as queixas e, dependendo do contexto, oferecem descontos, opções de pagamento e venda de pequenas quantidades de medicamentos.

A automedicação é um dos comportamentos mais comuns na busca por saúde, uma prática cotidiana e primeira reação à experiência de sentir-se doente (Van der

⁴ Associação de furazolidona + difenoxilato + sulfato de atropina. É indicado para a diarreia aguda de origem infecciosa, não devendo ser administrado a crianças menores de 12 anos ou quando a diarreia é persistente. O difenoxilato consta da lista A1 (substâncias entorpecentes) da Port. N. 344/1998 (Brasil, 1998), exigindo portanto para a sua dispensação a Notificação de Receita A.

Geest, 1987). Seu campo de ação está principalmente na esfera doméstica, fora do controle do setor médico profissional, que critica duramente a sua “irracionalidade” e os riscos potenciais. Sendo a automedicação praticada na esfera doméstica, a família e a rede de relações sociais próximas são importantes fontes para a sua manutenção. Quando um determinado medicamento foi eficaz para tratar uma certa doença, ele torna-se referência para tratar outros casos semelhantes. Além disto, a automedicação baseada em conselhos familiares faz parte de muitos sistemas médicos tradicionais, traduzidos pelo uso dos remédios caseiros e linguagem sobre saúde e doença de acordo com os padrões culturais locais (Van der Geest, 1988; Price, 1989).

Nos países emergentes e pobres, o setor profissional público de saúde geralmente encontra-se em uma situação que não responde à demanda da maioria da população, pois está mal distribuído, os recursos são limitados e muitas vezes aplicados sem planejamentos baseados nas realidades locais e os profissionais melhor capacitados acabam optando pelo setor privado, já que os estímulos financeiros desse setor são mais atrativos. Paralelamente aos problemas advindos de tal situação, muitos dos governos destes países ainda não foram capazes de efetivar políticas para a regulação e controle da produção, distribuição e acesso aos medicamentos, sejam os de prescrição ou de venda livre, que estão disponíveis não somente em estabelecimentos farmacêuticos, mas também em mercados públicos, supermercados e outras formas de comércio (Nichter, 1996; Van der Geest *et al.*, 1996).

Esse contexto facilita a procura por autocuidado, em especial pelos medicamentos, reduzindo a dependência dos escassos e caros serviços médicos e colocando os usuários como responsáveis pela sua saúde. Para Van der Geest & Whyte (1989) é justamente o poder “liberador” dos medicamentos que rompe com a hegemonia dos médicos e seu controle social, habilitando para o tratamento individualizado. Porém, salientaram que ainda assim os medicamentos mantêm uma conexão potencial com esses profissionais, as indústrias farmacêuticas e a ciência médica, residindo aí o seu “encanto”.

O fato de que a automedicação diminui a dependência dos usuários pelos médicos não significa, contudo, que outras formas de subordinação não operem. Ao contrário, o controle se desloca no nível local para os potenciais dispensadores e no plano macro para a indústria farmacêutica. A distribuição sem prescrição é uma prática ilegal mas aceita socialmente e vista como “normal”. Os práticos de farmácia muitas vezes são considerados melhores do que os médicos, exercendo portanto grande

influência sobre os comportamentos na busca de cuidados à saúde. Além disso, seus interesses econômicos – a farmácia é um negócio – direcionam a venda de produtos que lhes propiciam mais lucros, como os bonificados, as associações farmacológicas, os antibacterianos de última geração, entre outros. A indústria, ocultando o interesse econômico por trás do caráter científico e médico, desempenha um papel central sobre as estratégias de consumo em saúde. A propaganda direcionada à população, bem como às categorias profissionais na área de saúde, alardeia promessas de obtenção de saúde, de uma vida melhor, colocando as pessoas dependentes de seus produtos, isto é, não se pode viver sem eles.

Os 525 medicamentos existentes nos domicílios foram adquiridos em diversos locais, distribuídos conforme Tabela 6.7, sendo que a “Enfermaria” é a principal fonte de obtenção (79,4% de todos os medicamentos). Os índios ainda receberam gratuitamente 3,3% dos medicamentos em outros serviços públicos de saúde. Eles compraram no comércio farmacêutico e no comércio em geral 11,6% e 1,5%, respectivamente, do total de unidades. Aqueles recebidos de parentes e/ou vizinhos representaram 1,7% e de local ignorado foram 2,5% das especialidades.

Analisando as Tabelas 6.3 (página 115) e 6.7, podemos dizer que a comunidade *Kaingáng* dispunha de duas vias principais para a obtenção de seus medicamentos por automedicação: a primeira, disponível durante 24 horas e a mais utilizada, era a “Enfermaria”, onde conseguiam gratuitamente os medicamentos, e a segunda era o comércio da região, legal (farmácias) ou ilegal (mercados), no qual precisavam dispor de recursos financeiros para adquirir tais produtos.

Tabela 6.7: Locais de aquisição dos medicamentos encontrados nas casas *Kaingáng* da aldeia Sede (T.I. Xaçecó, SC), outubro-novembro de 1999.

Local de aquisição	n	%
“Enfermaria” (aldeia Sede, T.I. Xaçecó, SC)	417	79,4
Casa do Índio - Curitiba (PR)	8	1,5
Posto de Saúde - Palmas (PR)	4	0,8
Posto de Saúde - General Carneiro (PR)	2	0,4
Posto de Saúde - Mangueirinha (PR)	1	0,2
Equipe FUNASA (SC)	1	0,2
Médico - amostra grátis	1	0,2
Subtotal	17	3,3
Farmácia - Xanxerê (SC)	27	5,1
Farmácia - Chapecó (SC)	3	0,6
Farmácia	2	0,4
Posto de Medicamentos - Bom Jesus (SC)	25	4,8
Posto de Medicamentos - Ipuçu (SC)	4	0,8
Subtotal Farmácias/Postos de Medicamentos	61	11,6
Mercado - Samburá (Ipuçu, SC)	6	1,1
Mercado - Bom Jesus (SC)	1	0,2
Mercado - aldeia Sede (T.I. Xaçecó, SC)	1	0,2
Subtotal Mercados	8	1,5
Casa de Vizinha(o)	7	1,3
Casa de parente	2	0,4
Subtotal Casa de Vizinha(o)/Parente	9	1,7
Ignorado	13	2,5
Total	525	100,0

6.6.1 A “Enfermaria”

“Conforme o problema, se é pouca coisa ali na ‘Enfermaria’ eles resolvem pra gente”

Alzira, 33 anos.

A “Enfermaria” se caracteriza, desde a sua criação, como uma estrutura formal de provimento de cuidado com uma prática informal de dispensação de medicamentos. Os atendentes, índios ou não, moradores da aldeia, ao fazerem parte da rede social da comunidade, são mais suscetíveis e flexíveis para dispensar os medicamentos. A montagem de um serviço que dispunha sistematicamente de médicos e dentista não significou alteração nessa dinâmica, a não ser pelo fato de que

agora os índios também têm acesso aos medicamentos via prescrição formal. Havia ordens de que não se poderia dispensar medicamentos sem a receita médica, particularmente antibióticos. Porém, a maioria dos que trabalhavam na “Enfermaria” tinha anos de prática, no decorrer do qual foram “aprendendo” a receitar. Além disso, participaram de uma época em que a presença de médicos não era constante, o que os colocava potencialmente em situações de medicalização, necessária ou não. Também, a demanda dos próprios índios fazia com que os medicamentos fossem dados.

Entre os *Kaingáng*, não foram raros os momentos em que já pediam pelo nome ou característica organoléptica do medicamento, sem relatar sintomas. Nessas situações, quando algum medicamento não era entregue, seja por falta no estoque ou porque o profissional havia julgado que não era preciso medicar ou ainda que o melhor era consultar, ocorriam discussões, muitas vezes acaloradas e com ameaças de denúncia ao cacique. Aqueles usuários que eram conhecidos particularmente como difíceis ou que ocupavam cargos de liderança normalmente tinham seus pedidos atendidos. Em depoimento de uma antiga atendente, que não trabalhava mais entre os *Kaingáng*, foi dito que “os índios eram muito mal acostumados, pediam e pegavam muito medicamento”. Segundo ela, os outros atendentes davam remédio aos punhados e às vezes os índios tinham mais em casa do que na “Enfermaria”. A atendente 1, que trabalhou na época dessa ex-funcionária, também era de opinião que “os índios são muito dependentes”. A enfermeira, recém chegada entre a comunidade, criticava os “*maus hábitos*” dos índios, querendo tudo de graça; para ela, era difícil crer que não poderiam pagar R\$ 2,00 por exame ou comprar seus medicamentos.

O retorno à “Enfermaria” para repetir a receita era outro motivo de busca pelo serviço. Um índio de aproximadamente 40 anos tinha vindo consultar porque sentia dores nas costas. Tomando os remédios, disse que sentiu-se um pouco melhor. Quando os remédios acabaram, a dor voltou, o que obrigou-o a procurar novamente a “Enfermaria”. Em comentário à auxiliar 1, disse que “*quem sabe um tratamento pra 60 dias adiantasse*”.

Assim, na prática, antibióticos, analgésicos não opióides, antiasmáticos, entre outros, eram disponibilizados praticamente sem restrições, como demonstrado nas análises da dispensação sem receita e da farmácia caseira (29,5% de todos os medicamentos encontrados nas casas foram dispensados pelos auxiliares e atendentes).

As duas meninas menores de Alzira continuamente tinham febre ou diarreia, obrigando-a a levá-las no serviço da “Enfermaria”, seja somente para pedir medicamento ou para consultar – no período de setembro de 1999 a fevereiro de 2000, a de 3 anos e meio consultou duas vezes e a menor 5 vezes; a filha mais velha era tida como saudável, raramente ficando doente.

Freqüentadora assídua da “Enfermaria”, Alzira considerava importante ter “remédio” em casa, pois se alguém ficava doente já tinha como medicar. Antes da chegada do médico B, quando uma das meninas ficava doente e não era dia do outro médico (médico A), ia à “Enfermaria” e eles davam medicamento:

“Conforme o problema, se é pouca coisa ali na ‘Enfermaria’ eles resolvem pra gente. Daí nem precisa ir no médico. Eu até nem gosto de sair de casa pra ir no médico.(...) Por exemplo, se é diarreia eu trato em casa.”

Porém, para algumas situações em que ela já havia tratado em casa sem sinais de melhora, seus pedidos de medicamentos na “Enfermaria” eram negados, a não ser que fizesse a consulta médica. Esses eram momentos delicados, que tornaram Alzira conhecida entre os funcionários como de difícil trato e exigente.

Ela admitia conhecer alguns remédios para certas doenças, como diarreia e ataque de “bichas”, o que a habilitava usar por conta própria, em casa. Teria aprendido com as vizinhas, com a observação e com a leitura de bulas.

Ao comparar tempos passados e o atual em relação à “Enfermaria”, Marta considerou que agora está bem melhor, pois tem médico pediatra duas vezes por semana e há medicamentos, “eles dão um jeito de comprar”.

Por outro lado, opiniões divergentes também foram ouvidas. Olga mostrou-se bastante crítica em relação às condições em que vivia na T.I., sob o jugo das lideranças: “nós *tamo na sogá*” [presos como gado]. Em relação ao serviço de saúde oferecido dentro da T.I., julgava-o ineficiente, pois nem sempre conseguia ficha para o médico e quando pedia medicamento, ganhava “só *uma frutinha*” (comprimido). Dizia que fora, entre os “brancos”, era bem atendida e ganhava muito remédio.

A esposa do curador João criticava muito a “Enfermaria”, dizendo que “*de primeiro remédio não faltava ali, agora vai lá e diz que não tem*”.

Chamou a atenção a procura intensa de medicamentos pelos jovens em idade escolar. Como já salientado, a escola ficava muito próxima da “Enfermaria” (a menos de 100 m), facilitando a “visita” ao ambulatório para pedir “remédios”. As queixas mais comuns eram algum tipo de dor, gripe e machucados. Os analgésicos não opióides

eram os principais eleitos pelos profissionais nessas situações. Também, vinham com solicitações da família, que podiam ser contempladas ou não, dependendo de quem era, se conhecido ou não.

Geissler *et al.* (2000) relataram que entre 57 estudantes (idades entre 11 e 17 anos) do nível primário em uma zona rural do Quênia, entrevistados semanalmente por 30 semanas, os 1423 episódios de doenças registrados podiam ser classificados em 4 grupos principais: resfriado (sintomas referentes a infecções respiratórias), dor de cabeça (dor de cabeça propriamente dita, dores pelo corpo e febre, sem sintomas de resfriado), queixas abdominais (dor de estômago e diarreias) e feridas (feridas e machucados na pele). Os dois primeiros estão relacionados à doença nativa “*homa*”, caracterizada por febre e dores no corpo, que tipicamente estão presentes no resfriado ou nas crises maláricas. As crianças, mesmo distinguindo os principais sintomas de uma ou outra doença, percebem-na como um *homa*-complexo. Do total de episódios, 58% não foram tratados, em 28% houve a assistência de um adulto e em 14% as crianças buscaram autocuidado. O autocuidado foi dependente do gênero, idade e tipo de doença, assim como a escolha entre medicamento e remédio à base de plantas. Entre o meninos, o autocuidado variou de 12% (menores de 13 anos) a 34% (maiores de 14 anos), enquanto que entre as meninas manteve-se em torno de 9% para todas as idades. Os medicamentos (analgésicos e antimaláricos) foram preferencialmente a terapia de escolha para os resfriados e dores de cabeça (*homa*-complexo) e os remédios de plantas para as queixas abdominais e feridas (antibióticos foram usados somente nos últimos dois tipos de doença: 8% e 6%, respectivamente, dos episódios).

Os autores apontaram que a deficiência dos serviços de saúde oficiais (e por conseqüência, a falta de medicamentos por vias legais), aliada à fácil disponibilidade dos medicamentos em mercados próximos da aldeia, bem como em algumas casas, possibilitavam às crianças o autocuidado através de medicamentos. Os meninos, que podiam ganhar dinheiro através de algumas atividades, como a pesca, compravam mais facilmente os medicamentos do que as meninas, normalmente dedicadas às tarefas domésticas. Para Geissler *et al.* (2000), as crianças no Quênia têm crescido em um contexto de pluralismo médico, o que as torna potencialmente autônomas em relação às decisões sobre cuidado de saúde. Isso é negativo por um lado, pois estão expostas aos riscos inerentes da polifarmácia, do uso excessivo de medicamentos normalmente não perigosos, dos envenenamentos fatais (a cloroquina é a maior fonte de casos fatais) e do uso indiscriminado e em doses insuficientes de antibióticos, levando a cepas microbianas resistentes. Por outro lado, é positivo pois colocando-as

como participantes do processo de apropriação cultural dos medicamentos, são um grupo suscetível às intervenções para aumentar a competência na manipulação dos medicamentos.

Outra questão que merece ser considerada na prática de dispensação sem a receita se refere aos antibacterianos, que na grande maioria das vezes foram disponibilizados em quantidades inferiores ao que recomendam os tratamentos. Na Tabela 6.8 pode-se visualizar melhor essa questão. Greenhalgh (1987) observou que na Índia 21% dos antibacterianos prescritos em um centro de saúde rural (para atendimentos primários) haviam sido indicados em doses suficientes para tratamento entre um e três dias e que 30% foram receitados em outras doses inadequadas.

O efeito placebo foi um forte apelo para as dispensações em quantidades impróprias, como se observou no comportamento da auxiliar 1, que para não ouvir reclamações, às vezes dispensava alguns poucos comprimidos⁵, mesmo dizendo saber que as doses eram insuficientes e que não resultariam na atividade farmacológica esperada. Sob o ponto de vista biomédico, o “efeito final da terapia farmacológica é a soma dos efeitos farmacológicos do fármaco e os efeitos placebo inespecíficos associados ao esforço terapêutico” (Hardman & Limbird, 1996: 38), ou seja, o efeito placebo é tudo aquilo que escapa ao estritamente esperado pela ação comprovada cientificamente.

Podemos tratar aqui da questão da eficácia simbólica que perpassa também o setor profissional (no decorrer desse capítulo já apresentamos outras situações que também podem ser vistas sob essa perspectiva). Nos deparamos nesse caso com um dilema, pois enquanto a eficácia simbólica legitima comportamentos dos sujeitos inseridos nos setores familiar e popular, no caso do setor biomédico é esperado que somente a eficácia instrumental seja levada em consideração. Portanto, utilizarmos a noção de eficácia simbólica para justificar as condutas dos profissionais da “Enfermaria” pode significar que estamos legitimando uma postura que pode ser questionável sob o ponto de vista ético.

Em vista disso, salientamos que não estamos fazendo qualquer julgamento sobre as atitudes de quem quer que seja, mas tão somente apresentando eventos que foram observados em campo e que merecem ser apontados e discutidos.

⁵ Por exemplo, ela deu três cápsulas de Cloranfenicol® para uma mulher que reclamava de dor abaixo da barriga (a posologia foi uma cápsula ao dia).

Tabela 6.8: Número de vezes que os antibacterianos foram dispensados, sem prescrição médica, em quantidades inferiores ao indicado farmacologicamente, 15.setembro – 16.outubro.1999 (T.I. Xapecó, SC).

	Eritromicina	SMZ + TMP	Amoxicilina	Ampicilina	Penicilina
1 comprimido/cápsula	1 vez	--	1 vez	--	--
2 comprimidos/cápsulas	1 vez	1 vez	--	--	--
3 comprimidos/cápsulas	2 vezes	--	--	--	--
4 comprimidos/cápsulas	1 vez	1 vez	1 vez	2 vezes	--
5 comprimidos/cápsulas	--	--	1 vez	--	--
6 comprimidos/cápsulas	12 vezes	--	1 vez	--	--
10 comprimidos/cápsulas	--	5 vezes	--	1 vez	--
1 vidro	15 vezes	17 vezes	2 vezes	3 vezes	--
½ injeção	--	--	--	--	2 vezes
1 injeção	--	--	--	--	4 vezes

6.6.2 Os outros locais

“Pois ali onde a gente faz compra ele é meio farmacêutico”

Olga, 76 anos.

Na região do Alto Irani, incluindo ainda o município de Chapecó, atualmente existem 90 farmácias públicas⁶, 03 drogarias⁷ e 07 postos de medicamentos⁸ (dados fornecidos pelo Conselho Regional de Farmácia de Santa Catarina em 23 de fevereiro de 2001). Os maiores números encontram-se nas cidades de Chapecó e Xanxerê, com 45 e 16 estabelecimentos respectivamente. Nos municípios mais próximos da T.I. Xapecó (Bom Jesus, Ipuaçu e Entre Rios) existem 04 estabelecimentos, sendo 02 farmácias e 02 postos de medicamentos. Considerando que durante a pesquisa de domicílio os índios não especificaram quais as farmácias de Chapecó e Xanxerê em que haviam comprado medicamentos e que não houve referência ao posto de medicamentos de Entre Rios, apresentaremos mais detalhadamente somente os

⁶ “Estabelecimento de manipulação de fórmulas magistrais e oficinais, de comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, compreendendo o de dispensação e o de atendimento privativo de unidade hospitalar ou de qualquer outra equivalente de assistência médica” (Brasil, 1973).

⁷ “Estabelecimento de dispensação e comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos em suas embalagens originais.” (Brasil, 1973).

⁸ “Estabelecimento destinado exclusivamente à venda de medicamentos industrializados em suas embalagens originais e constantes de relação elaborada pelo órgão sanitário federal, publicada na imprensa oficial, para atendimento a localidades desprovidas de farmácia ou drogaria.” (Brasil, 1973).

estabelecimentos situados em Ipuauçu e Bom Jesus. Afora o comércio legal, os *Kaingáng* adquiriam seus medicamentos nos mercados onde habitualmente faziam suas compras de alimentos e outros bens industrializados.

A compra nesses estabelecimentos podia ser a partir de uma prescrição ou por automedicação, conforme Tabela 6.9.

De acordo com a legislação farmacêutica brasileira (Brasil, 1973; 1976; 1995; 1998; 1999f; 1999g), a dispensação de medicamentos em estabelecimentos farmacêuticos pode ser sujeita à apresentação de uma prescrição ou não. A Portaria n. 2/1995/SVS/MS (Brasil, 1995) estabeleceu uma lista de medicamentos que podem ser vendidos sem a prescrição médica, entre eles os analgésicos não opióides (ver no Anexo 6.6 a íntegra dessa Portaria). Exceto essa relação, todos os medicamentos restantes exigem a apresentação de uma prescrição, com retenção (Brasil, 1998) ou sem retenção da mesma pelo estabelecimento.

Tabela 6.9: Estabelecimentos farmacêuticos e mercados onde os *Kaingáng* compraram os medicamentos encontrados em suas casas (aldeia Sede, T.I. Xapecó, SC), outubro-novembro de 1999.

Local de aquisição	Com prescrição	Sem prescrição	n
Farmácia – Xanxerê (SC)	24	3	27
Farmácia - Chapecó (SC)	3	--	3
Farmácia	--	2	2
Posto de Medicamentos - Bom Jesus (SC)	5	20	25
Posto de Medicamentos - Ipuauçu (SC)	3	1	4
Subtotal Farmácias/Postos de Medicamentos	35	26	61
Mercado – Samburá (Ipuauçu, SC)	--	6	6
Mercado - Bom Jesus (SC)	--	1	1
Mercado – aldeia Sede (T.I. Xapecó, SC)	1	--	1
Subtotal Mercados	1	7	8
Subtotal	36	33	69

No caso dos postos de medicamentos, considerando sua particular situação em que não há a exigência de responsabilidade técnica de um farmacêutico, entre outras características, somente podem ser comercializados os medicamentos previstos na Portaria n. 2/1995/SVS/MS (Brasil, 1995). Portanto, a venda de medicamentos que não faziam parte dessa lista pelos postos de medicamentos de Bom Jesus e Ipuauçu,

como observamos no decorrer do trabalho de campo, configurou ato ilegal do exercício farmacêutico.

O posto de medicamentos de Bom Jesus foi aberto em maio de 1995 pela esposa de um vereador⁹ da região e tendo como sócia a atendente 1, quando seu marido ainda era cacique na T.I. Xapecó. Em 1999, a atendente afirmou que não era mais proprietária do negócio¹⁰, porém informações coletadas com a comunidade indígena diziam o contrário. No período do trabalho de campo, esse estabelecimento localizava-se na beira da rodovia estadual que ligava Bom Jesus a Ipuacu. Era uma sala com porta para a calçada, junto da casa onde moravam os proprietários. Em visita no final de setembro de 1999, encontrou-se as prateleiras cheias, medicamentos de venda sob prescrição (tarja vermelha) expostos.

No final de novembro, foi dada a informação de que esse posto de medicamentos havia sido interditado devido à denúncia de um médico de Xanxerê. Para um paciente (criança) desse médico, o balconista teria trocado o medicamento prescrito, o que provocou a sua internação. Não foi possível confirmar a informação. Sabe-se porém que não houve paralisação no fornecimento de medicamentos à T.I. e que poucos dias depois da menção, o posto estava com suas portas abertas.

O posto de medicamentos em Ipuacu existia em torno de 6 anos. Localizava-se à beira da rodovia estadual, no centro do município. Era uma sala ampla, com algumas prateleiras de livre acesso ao público, contendo inclusive medicamentos que exigiam prescrição médica para a dispensação. Em uma sala contígua estava o escritório, onde eram guardadas as prescrições dos medicamentos adquiridos via secretaria de saúde. Segundo o proprietário, em janeiro de 2000 a situação do município começava a melhorar, pois a assinatura do convênio para a saúde do índio (DSEI Interior Sul) e a construção da barragem (ver capítulo *OS KAIINGÁNG*) já estavam trazendo recursos financeiros. Com a assinatura do convênio entre a prefeitura e a FUNASA, os medicamentos prescritos¹¹ para os índios passaram a ser comprados em seu estabelecimento e no final de janeiro o volume de prescrições aguardando o pagamento era grande.

Ainda no município de Ipuacu, em setembro de 1999, foi aberta uma farmácia de propriedade de um farmacêutico, também junto à rodovia estadual, a uns 200

⁹ Esse vereador ainda era proprietário do posto de medicamentos em Entre Rios.

¹⁰ No Conselho Regional de Farmácia de Santa Catarina, o posto está registrado no nome de uma só pessoa, que não é a atendente 1.

¹¹ Havia entre as prescrições comuns Notificações de Receita (lista B1) e Receitas de Controle Especial (lista C1).

metros do outro estabelecimento. No início de janeiro, a enfermeira comentou que com a assinatura do convênio, a compra dos medicamentos seria intercalada entre o posto de medicamentos e a farmácia, para “evitar falatório”. Porém, o farmacêutico salientou que muito pouco estava sendo comprado com ele, sugerindo que grande parte era obtida no posto de medicamentos do mesmo município. Conforme previsto em lei (Brasil, 1973), a existência de uma farmácia implica que o posto de medicamentos deve ou fechar suas portas ou mudar sua licença para farmácia ou drogaria, cuja responsabilidade técnica de um farmacêutico é obrigatória. No ano 2000, o posto de medicamentos desse município tornou-se farmácia pública, atendendo portanto ao disposto na legislação farmacêutica.

O mercado localizado no distrito de Samburá pertencia a uma família que havia morado dentro da T.I. entre os anos de 1965 e 1976. Nesse período, a mulher dava aulas para os índios e a família cultivava a terra. Os seus filhos nasceram na aldeia Sede e quando mudaram-se para o local atual, passaram a trabalhar com comércio e criação de animais. Um dos filhos era vereador no município de Ipuçu. Os índios eram assíduos fregueses do mercado e o vereador era chamado de “*patrão*”, que todos os meses levava-os para retirar o dinheiro da aposentadoria no banco – às vezes o índio não ia junto, já que o vereador tinha procuração e identidade para receber em seu lugar (ver capítulo 4). Segundo Rosa, esposa de Pedro, esse mercado só abria a porta da frente “*quando é dia dos aposentados*”.

O mercado era em uma grande sala, anexa à casa da família, com prateleiras de madeira escura, alguns itens espalhados de maneira desorganizada. Ao fundo havia outra sala, de onde o dono buscava a maioria dos pedidos. Em janeiro, disse ter Dipirona®, que custava R\$ 1,50, e Essência de Olina®. Segundo ele, comercializava Terramicina® e Tetraciclina® de 250 e 500 mg, mas os fiscais da prefeitura haviam passado há uns seis meses e recolhido tudo. Desde então já não tinha tanto medicamento e vendia esses “*calmador na moita*” [escondido]. Os dois antibacterianos “receitava” para machucaduras, como pé fincado por prego, “*dois ou três comprimidos somente, para tomar um hoje e outro amanhã para a infecção*”. Além de víveres e medicamentos, vendia cachaça para os índios. Em uma segunda ida à bodega, levando Rosa para comprar comida, observou-se que havia na prateleira Leite de Magnésia Phillips® e Lactopurga®, além de Dipirona® gotas e Essência de Olina® observados na primeira visita.

Um dos mercados de Bom Jesus era localizado na beira da rodovia estadual Bom Jesus – Ipuçu, em frente ao posto de medicamentos. Era bem organizado e

possuía um pouco de tudo, desde alimentos até ferragens. Em visita feita em janeiro de 2000, tinha em suas prateleiras Sadol®, Sal de Fruta Eno® e Dipirona®, que vendiam a R\$ 1,50 o frasco.

O mercado existente dentro da aldeia Sede era de uma família não índia, vinda do distrito de Samburá há aproximadamente 2 anos. No período do trabalho de campo, o mercado foi ampliado. Vendiam gêneros alimentícios e bebidas (inclusive cerveja), além de medicamentos, como o Anador® vendido a R\$ 2,00 e encontrado em uma casa. Além do mercado, tinham um carro utilitário para o transporte dos alunos entre as aldeias.

A aquisição de medicamentos nos mercados refletia a realidade já apontada no capítulo OS *KAINGÁNG*, qual seja o controle econômico exercido por alguns proprietários desses locais sobre os índios. Da mesma maneira que vendiam víveres, a oferta de alguns grupos terapêuticos, em especial aqueles de venda livre, servia para colocá-los em permanente dependência, pois se não tinham dinheiro para comprar a tão desejada Dipirona® ou a Essência de Olina® em outro estabelecimento, o “*patrão*” vendia a crédito.

A índia Alzira não costumava comprar medicamentos porque não tinha dinheiro, já que a olaria somente pagava seu marido na forma de vale para aquisição de comida nos mercados dos municípios vizinhos. Contudo, às vezes recorria à sua mãe, aposentada, para pedir dinheiro para comprar Dipirona® ou Tônico Ferruginoso®.

A maior parte dos medicamentos encontrados na casa de Indiamara veio da “Enfermaria” e ela salientou que “*agora não dão sem receita*”. Porém, disse que sempre pede na “Enfermaria”, só comprando em último caso quando “*eles [“Enfermaria”] não têm verba*”, como os comprimidos de Neovlar®, a Dipirona® e a Terramicina® pomada oftálmica encontrados em sua casa. Segundo Indiamara, a farmácia vende sem receita e “*faz fiado pra pagar em 30 dias.*”

Angelina disse que às vezes comprava no mercado de Bom Jesus onde fazia suas compras. Citou um dia em que estava com muita dor de cabeça e a mulher do mercado vendeu para ela o Anador®. Da mesma maneira, uma índia comentou que

“Às vezes quando tenho dinheiro compro. Às vezes quando vou fazer rancho eu compro. Nos mercados têm remédio.”

Olga adquiriu alguns medicamentos por conta própria. Referindo-se a eles, mencionou o “*patrão*” do mercado de Bom Jesus:

“Pois ali onde a gente faz compra ele é meio farmacêutico. (...) Ele tem um irmão em Xanxerê que tem farmácia e ele ensina como tomar o remédio. (...) Ele é bonzinho, ele dá o remédio mesmo sem dinheiro”.

Quando necessário, Margarida comprava somente o “*remédio de gota pra febre*” (do neto) no mercado de Samburá, onde costumava fazer suas compras.

Segundo Amélia, em cuja casa foram observados medicamentos adquiridos no posto de medicamentos de Bom Jesus e no mercado de Samburá, compravam remédios porque na “Enfermaria” diziam não ter. Por isso também quase não procurava o serviço.

Mesmo enfatizando que preferia os remédios do mato, Carmen comentou que sempre que precisava de medicamento, buscava na “Enfermaria”, exceto Novalgina® e Melhoral®, que comprava sem receita nos mercados.



Van der Geest *et al.* (1996) propuseram traçar uma “biografia dos medicamentos”, isto é, descrever os vários estágios que compõem a história da sua “vida social” (produção e *marketing*, prescrição, distribuição, uso e eficácia). Na pesquisa entre os *Kaingáng*, evidenciamos todos esses estágios. Mesmo que a produção e o *marketing* não tenham sido objetos de estudo minucioso, já que tratam-se de etapas que envolvem um contexto específico mediado pelos cientistas e pelos empresários das indústrias, observamos indiretamente os seus papéis no cenário local *Kaingáng*. Buscando estabelecer uma linha de pensamento que colocava os medicamentos no setor profissional de atenção à saúde, mas também deslocava-os para o setor familiar, foi possível localizar tal tecnologia como importante mediadora nas relações entre os dois setores, bem como no setor popular (capítulo 5). Os profissionais de saúde, cujas atribuições eram cumpridas como parte do processo, geravam demandas nos usuários indígenas, que por sua vez consumiam os medicamentos de acordo com suas percepções próprias de saúde, doença e cura.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os *Kaingáng*, povo indígena localizado no Brasil Meridional (distribuído do sudoeste de São Paulo ao noroeste do Rio Grande do Sul), compõem atualmente a terceira maior população indígena do país, que tem um total estimado em aproximadamente 351 mil pessoas. Constituem o maior grupo (em torno de 61%) do Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul (FUNASA, 2000).

Oliveira (1998a), em um ensaio que discute a ausência, até recentemente, de investigações antropológicas sistemáticas sobre os “índios misturados” do nordeste, sugeriu que tal quadro decorreu da ênfase dos estudos etnológicos em sociedades indígenas cuja “distintividade cultural” permitiria o distanciamento e a objetividade em relação ao observador. Os *Kaingáng*, por viverem em uma região de contato muito antiga com as frentes colonizadoras, assim como os índios do nordeste, estabelece(ra)m relações interétnicas que se revestem de uma complexidade que dificulta a busca de padrões culturais discretos. Como salientou Sáez (s.d.), a comparação de conjuntos complexos é mais profícua para desvelar a heterogeneidade entre os modos de saber de sociedades diferentes do que confrontar elementos que as distinguem. Trabalhos produzidos no Brasil que envolvem temas como “índios urbanos” (Tommasino, 1995 e 1998), “igreja da saúde” (Oliveira, 1996; Almeida, 1998) e pluralismo médico (Morgado, 1994; Novaes, 1996 e 1998), são exemplos que revelam os vários aspectos da intrincada relação entre diferentes grupos humanos.

As sociedades indígenas, inclusive aquelas que convivem intensa e cotidianamente com a sociedade nacional, sequer aparecem nos bancos de dados oficiais em demografia e saúde, dificultando análises que possam contribuir para o delineamento das condições de vida, bem como das desigualdades frente ao restante da população. Essa é uma problemática que se observa para os povos indígenas do país em geral, como apontaram Coimbra Jr. & Santos (2000) ao salientar a “danosa invisibilidade demográfica e epidemiológica” (Coimbra Jr. & Santos, 2000: 131) resultante da falta de informações fidedignas. As categorias utilizadas pelos vários censos nacionais até 1980, por exemplo, não permitiram que os índios fossem considerados enquanto grupos étnicos diferenciados (Oliveira, 1997).

Nas últimas décadas, movimentos de afirmação étnica indígena tomaram corpo no Brasil, no âmbito das próprias organizações indígenas e incentivados pelas

organizações não governamentais, intelectuais, missionários, entre outros. A Constituinte de 1988 delineou os preceitos básicos de respeito às especificidades culturais e às práticas tradicionais dos diversos grupos indígenas. Para Langdon (2000), o surgimento da identificação e resistência étnica na América Latina tem alcançado uma dimensão política importante, pois ao confrontar os governos nacionais, obriga os seus governantes a reformularem políticas públicas, enfatizando a provisão da atenção à saúde indígena. Esse movimento também tem redimensionado o papel dos cientistas sociais vinculados às pesquisas ou aos projetos da área da saúde.

Em vários países – e não se limitando à questão indígena – percebe-se que a colaboração entre a antropologia e a saúde pública tem sido cada vez mais constante, levando a avanços nas pesquisas em saúde. Trostle & Sommerfeld (1996) assinalaram que as trocas que se observam estão na apropriação e redefinição de conceitos sociais e culturais chave (mudança cultural, estratificação social, risco), no nível metodológico (a antropologia auxiliando na compreensão e “medida” das características subjetivas, que são de difícil quantificação), nos estudos descritivos e de intervenção e no uso de conceitos epidemiológicos pela antropologia, facilitando a generalização de algumas conclusões antropológicas.

Questões ligadas ao relativismo cultural permanecem como desafios importantes na colaboração entre a antropologia e a saúde pública. A antropologia reconhece que a cultura, enquanto sistema de crenças, valores e normas de comportamento, é coerente, sistemática e racional dentro de seu próprio contexto (Hahn, 1999). Nessa perspectiva, a medicina indígena e a medicina científica ocidental (biomedicina) são sistemas culturais. A saúde pública, por sua vez, erige seu campo de pesquisa e ação sobre a biomedicina, assumindo-a como possuidora de conhecimentos e técnicas aplicáveis aos mais diversos contextos e populações. Para superar o impasse, tanto a medicina indígena quanto a biomedicina devem ser “relativizadas”, tratando a ambas como sistemas médicos que podem ser complementares. Como bem afirmado por Langdon (2000), relativizar a biomedicina significa que seus profissionais precisam reconhecer as suas limitações e admitir que existem outros sistemas médicos que podem contribuir para o conhecimento e a implementação de projetos e programas em saúde. Essa é a premissa fundamental para o respeito às especificidades de cada povo indígena.

Essa tese buscou contribuir com a discussão que envolve grupos indígenas em convívio intenso com a sociedade não indígena, políticas de saúde e colaboração

entre antropologia e saúde pública no nível local. Os medicamentos foram escolhidos como objetos de análise porque estão fortemente presentes nos cotidianos das sociedades indígenas, sendo permanentemente demandados.

Conquanto os registros na literatura internacional sobre a presença de medicamentos em contextos locais sejam relativamente numerosos, há que se salientar que, no Brasil, as pesquisas sob a abordagem da antropologia dos medicamentos – ou antropologia farmacêutica como nominam alguns pesquisadores – são ainda raras. Em relação aos povos indígenas, os medicamentos costumam aparecer como elementos secundários de análise, com algumas poucas exceções (por exemplo, Novaes, 1996; Pellegrini, 1998).

Direcionando a pesquisa para o contexto local, observamos que a pluralidade de sistemas de saúde e a oferta de uma série de recursos terapêuticos permitem aos indivíduos e seus grupos familiares várias possibilidades de escolha na procura de soluções para seus problemas de saúde (Kleinman, 1980). A antropologia farmacêutica é útil a esses estudos na medida em que, nos episódios de doença, o setor familiar muitas vezes elabora explicações baseadas no tipo, quantidade e “poder” dos medicamentos e/ou remédios utilizados (Nichter & Vuckovic, 1994b). Além disso, sendo os medicamentos entidades físicas e com poder simbólico, a análise baseada nos mesmos permite relativizar a polarização entre as perspectivas cultural-simbólica e biomédica.

Por outro lado, sendo os medicamentos representantes do mundo globalizado – estão em toda parte –, eles podem ser um interessante instrumento para compreender as formas pelas quais comunidades específicas interagem e são influenciadas por cenários regionais, nacionais e mundiais, ou seja, salientar que as culturas locais não são sistemas autônomos ou independentes (Hahn, 1999).

No final dos anos 90, o governo federal implementou uma política de saúde voltada especificamente aos povos indígenas, cuja coordenação ficou a cargo da FUNASA. O modelo de atenção, considerado como um subsistema integrado ao SUS, prevê o atendimento diferenciado dos índios, que devem participar na proposição, alocação financeira e implementação de projetos, assim como nas avaliações dos resultados. O respeito à cultura e às práticas indígenas de cuidados à saúde também é linha norteadora do modelo. Esse movimento na política, aliado ao processo de criação de novos municípios nas últimas décadas e a uma mais eficiente organização por parte dos índios, os têm colocado em destaque no cenário político e econômico nacional.

Os *Kaingáng* da T.I. Xaçecó, oeste de Santa Catarina, até então considerados um “mal necessário” pelas elites políticas e econômicas locais, passaram a ocupar um *locus* diferenciado no plano político e econômico dos dois pequenos municípios que têm a T.I. em seus territórios. A política incorporou os índios em cargos administrativos e os projetos elaborados a partir de meados de 1999, visando a captação de recursos por Ipuçu e Entre Rios, traziam como atores principais os *Kaingáng* (e os *Guarani* em menor proporção). Na área da saúde em especial, a questão indígena tem colaborado significativamente sob o ponto de vista econômico, como demonstrado no capítulo 3. Os valores repassados desde a assinatura dos convênios com a FUNASA até fevereiro de 2001 para Ipuçu e Entre Rios foram semelhantes, representando algo em torno de 43,8% e 43,5%, respectivamente, de todos os recursos transferidos pelo Ministério da Saúde a ambos municípios.

A provisão de serviços médicos aos povos indígenas no Brasil sempre foi marcada pelo enfoque curativo, com pouco espaço para as atividades de prevenção. Nos anos anteriores à montagem do DSEI Interior Sul na T.I. Xaçecó, que na prática começou por volta de setembro de 1999 e oficialmente no final de dezembro de 1999, as confusões e conflitos gerados pelas diferentes instituições responsáveis pela saúde foram agravantes para o atendimento aos *Kaingáng*. Com a FUNASA assumindo no plano federal e os municípios no nível local, observamos que se houve um significativo aumento de entrada de recursos econômicos para Ipuçu e Entre Rios, o mesmo não se deu em relação aos índios e à uma mudança na maneira de prestar o atendimento.

As lideranças indígenas tomaram as decisões diretamente com os prefeitos e a Coordenação Regional da FUNASA em Santa Catarina, sem uma participação mais efetiva de toda a comunidade. O modelo de assistência continuou sendo marcado pelas ações curativas, em que os medicamentos assumem o papel principal. No período analisado – setembro de 1999 a fevereiro de 2000 –, não faltaram medicamentos na “Enfermaria” da aldeia Sede, sejam aqueles adquiridos para a composição do estoque como os comprados diretamente no comércio farmacêutico (quando não havia no estoque). O padrão de prescrição e de dispensação (com ou sem receita) não foi alterado, isto é, os medicamentos continuaram a ser disponibilizados a cada consulta e/ou a cada solicitação por parte dos índios.

Embora estivessem programados cursos de formação para os profissionais (um dos profissionais de nível superior realizou os dois primeiros módulos organizados pela FUNASA durante esse período), o que se notou na prática foi que a filosofia do atendimento diferenciado não era o eixo central do funcionamento do serviço, ou seja,

os profissionais continuavam não sendo preparados para trabalhar com uma população indígena. Os estudos etnográficos já desenvolvidos entre os *Kaingáng* da região, que forneceriam subsídios importantes para a compreensão do grupo, sequer foram mencionados nos projetos para a implantação do DSEI Interior Sul na T.I. Xaçecó.

O saneamento básico, importante aspecto para o controle e prevenção de doenças infecto-parasitárias, ainda não tinha projeto específico até fevereiro de 2000. Por outro lado, nesse mesmo mês, foi iniciada a construção do novo Posto de Saúde na aldeia Sede, um dos objetivos traçados por Ipuaçu no projeto do DSEI. Um dos desafios para os implementadores do DSEI Interior Sul é reverter um quadro onde esses agravos nas crianças de 0 a 14 anos são o principal motivo de consulta na “Enfermaria”. O levantamento sociodemográfico realizado na aldeia Sede, onde concentram-se a administração local da T.I. Xaçecó e a mais completa infra-estrutura de serviços de saúde e de educação, salientou a situação de precariedade em que vive a maioria dos *Kaingáng*, semelhantemente a várias outras etnias. Essa situação caracteriza-se, entre outros aspectos, pela falta de sistema de esgoto, de abastecimento de água e de um tratamento adequado ao lixo, pelas moradias inadequadas, pelas dificuldades em trabalhar na terra, fatores agravantes às condições de saúde.

O oferecimento de um serviço mais especializado e constante levou à uma demanda significativa na busca de cuidado. As crianças e as mulheres *Kaingáng* como os maiores usuários não difere do padrão para a população em geral. É no setor familiar que o episódio da doença é primeiro detectado e avaliado, tomando-se a decisão sobre o que fazer. A mulher é a principal responsável nesse processo, tornando-se assim mais suscetível a procurar o serviço para si ou levar seus filhos. Seus conhecimentos e práticas sobre saúde, doença e cura podem auxiliar, portanto, no desenvolvimento de medidas complementares ao sistema biomédico.

Outro desafio – e é esse que particularmente nos interessa – é como pensar a questão dos medicamentos e o modelo diferenciado de atenção à saúde indígena. Não se trata de uma questão simples ou de fácil resolução. Fala-se nos problemas do consumo exacerbado de medicamentos, que os índios demandam sobremaneira, mas na definição da política dos DSEI’s não houve uma reflexão ou maior elaboração por parte dos planejadores e executores a respeito dos diversos fatores que influenciam o acesso a eles. Além disso, não levaram em conta que a percepção e o consumo dessa tecnologia variam de acordo com cada cultura. Na avaliação feita pela FUNASA

sobre os diferentes estágios de implantação do subsistema de atenção, por exemplo, a “disponibilidade de medicamentos” foi colocada como um dos objetivos alcançados na fase da implantação dos DSEI’s e a “melhoria no suprimento de insumos” (aqui incluídos os medicamentos) foi considerada uma das condições para a assistência permanente (FUNASA, 2001).

A questão do “suprimento” e “disponibilidade” é apenas uma faceta na complexa dimensão que envolve o uso de medicamentos em contextos locais. Sob o ponto de vista da organização das ações que cercam os medicamentos, a disponibilidade deve ser pautada pela realidade epidemiológica de cada grupo indígena (às vezes de cada aldeia), que por sua vez definirá os grupos terapêuticos que devem fazer parte de cada “farmácia básica”. Situações como a observada no caso *Kaingáng*, em que a demanda baseada nas consultas e prescrições médicas definia os medicamentos, devem ser cuidadosamente avaliadas, pois estão sujeitas a particularidades do exercício profissional médico. Estar “disponível” nas diferentes instâncias da rede de serviços prestados aos indígenas (Postos de Saúde das aldeias, Pólos-Base, Casas de Saúde do Índio e hospitais) não é de modo algum garantia de que o medicamento será distribuído conforme preconiza a racionalidade biomédica. Ao contrário, a distribuição é determinada pela política e economia nacionais, pelas questões burocráticas da FUNASA e sua política de distribuição, pela natureza da relação médico-paciente, pelas interações e negociações de poder no local do serviço e pelas expectativas da população. O comportamento em relação às questões de saúde implica a maneira pela qual os diferentes sistemas e setores de saúde estão organizados e interagindo, bem como os conhecimentos, crenças, valores e práticas de cada cultura, que estão constantemente em reelaboração.

Considerar os medicamentos – recursos tão centrais na prática médica – no modelo diferenciado de atenção à saúde indígena significa, portanto, que devem ser estudados e avaliados segundo as realidades locais, sem perder de vista as diferentes forças que operam nos outros níveis. Aparentemente, parece um objetivo de difícil alcance, mas pensamos que a estrutura dos DSEI’s – com os agentes indígenas de saúde e a equipe multiprofissional – pode ser usada para superar o desafio. Incluiríamos ainda a necessidade do farmacêutico – esquecido na organização do subsistema, o que vale também como uma crítica –, que seria de grande importância na montagem da rede de assistência farmacêutica para cada grupo indígena. A formação desses profissionais deve ter um forte cunho antropológico, em que o antropólogo é participante ativo como todos os outros envolvidos (Langdon, 2001).

Assim, utilizando os achados do trabalho de campo entre os *Kaingáng* da T.I. Xapecó, procuramos trazer elementos que podem colaborar na reflexão crítica sobre os medicamentos e a nova política nacional de saúde indígena.

A análise das prescrições médicas, da dispensação sem receita pelos atendentes/auxiliares de enfermagem e da “farmácia caseira” – os medicamentos encontrados nos domicílios *Kaingáng* – revelou que alguns grupos terapêuticos se sobressaem, entre eles os antibacterianos, os analgésicos não opióides e os antiparasitários. Especial atenção deve ser dada aos medicamentos que contêm substâncias sujeitas a controle especial, como ansiolíticos e anticonvulsivantes, que na maioria da vezes foram prescritos sem a presença do usuário.

Considerando os dois médicos que atuavam na “Enfermaria” em setembro de 1999, foram prescritos medicamentos em uma faixa de 80 a 85% de todos os atendimentos feitos nesse mês. Os auxiliares e atendentes dispensaram sem prescrição, em um período de um mês, 417 medicamentos. Entre as 190 casas *Kaingáng* da aldeia Sede, em 70,5% foi observada a presença de medicamentos, com média de 3,9 unidades por casa. Radicalizando Illich (1975), poderíamos falar de uma “farmaceuticalização da saúde”, em que os medicamentos são reputados como centrais no fornecimento de cuidados, tanto na visão dos provedores quanto dos usuários. Esses resultados não são espantosos, se notarmos que o Brasil foi o quinto maior mercado de medicamentos do mundo em 1997, com vendas de aproximadamente R\$ 11,1 bilhões (Bermudez & Bonfim, 1999). Além disso, há uma indústria farmacêutica que investe pesadamente na publicidade de seus produtos.

Entre os *Kaingáng*, a disponibilidade da grande maioria dos medicamentos na “Enfermaria” era um forte estímulo para a significativa demanda observada. E é nesse sentido que devemos procurar entender a atuação dos profissionais. O fato dos médicos da “Enfermaria”, trabalhando em um contexto público de atenção, terem emitido prescrições em grande parte de suas consultas, juntamente com o número expressivo de medicamentos encontrados nas casas, corrobora a idéia de que essa atitude dos profissionais legitima e encoraja os índios a procurarem por medicamentos sintomáticos. Como salientou Nichter (1996), a expansão do mercado de medicamentos na Índia foi promovida pelo serviço nacional de saúde, que colocou a população em estreito contato com médicos e poderosos medicamentos, em especial os antibióticos.

Se antes de 1999 os serviços médicos oferecidos na T.I. Xapecó eram esporádicos, a “Enfermaria” sempre contou com uma sala reservada para a

estocagem de medicamentos. Os atendentes e auxiliares de enfermagem assumiam o serviço, tomando decisões baseadas em seus conhecimentos e experiências prévias, em que os medicamentos eram um importante recurso. A partir de agosto de 1999, o serviço passou a contar com dois médicos e um odontólogo, além de um profissional da enfermagem, mas a coordenação local continuou sendo incumbida à uma antiga atendente, ligada à liderança indígena. Essa situação, em que se observavam *status* diferenciados e uma inversão na hierarquia, levou a conflitos gerados pelas disputas de poder e pelos interesses pessoais.

Os conflitos eram muito evidentes na questão dos medicamentos, pois se os médicos possuíam autonomia para prescrever, isso não significava que o índio iria receber exatamente o que foi prescrito. Havia uma avaliação por parte dos dispensadores que podia ser referendada na sua própria experiência ou ainda em critérios de existência ou não no estoque, ou mesmo na disponibilidade de recursos financeiros para a aquisição no comércio farmacêutico. De igual modo, nos dias em que não tinha médico, a dispensação sem prescrição continuou sendo feita. Mesmo quando as atitudes divergentes eram confrontadas, isso não significava que os conselhos médicos passariam a ser ouvidos e cumpridos. Ao contrário, a autonomia dos atendentes e auxiliares era mantida. Ainda, a chefia da “Enfermaria” podia usar de sua autoridade e solicitar que os médicos atendessem um paciente em especial ou mesmo prescrevessem um determinado tipo de medicamento, como foi o caso das emissões de receituário especial periodicamente requeridas a um dos médicos.

Esses dados confirmam que a construção cultural da prática clínica inclui as relações sociais de médicos, enfermeiros, auxiliares, atendentes de enfermagem e pacientes, bem como os conflitos entre eles, as políticas de saúde no Brasil e a própria história da atenção à saúde indígena no país. A não racionalidade (sob o ponto de vista ético) na distribuição dos medicamentos é, conseqüentemente, resultado das interações entre os diferentes atores no local do serviço, bem como reflexo de questões mais amplas.

Deslocando o foco do setor profissional de atenção à saúde para o nível da família e do setor popular, observamos que as decisões cotidianas sobre saúde, doença e cura também eram influenciadas pela experiência, que é dependente do contexto histórico em que vivem os *Kaingáng*.

São amplas as evidências na literatura de que, à medida que culturas não ocidentais foram tendo contato com a biomedicina e suas tecnologias, elas passaram a ser apropriadas e reinterpretadas (Nichter, 1980; Bledsoe & Goubad 1985 e 1988;

Etkin *et al.*, 1990; Reeler, 1990; Etkin, 1992). A assimilação dos medicamentos pelas farmacopéias nativas e as novas interpretações e usos dados pelas comunidades demonstram a permeabilidade das fronteiras entre os diferentes setores que compõem os sistemas de saúde.

Para Greene (1998), o contato neocolonial na América do Sul é historicamente constituído de relações interculturais, interétnicas e também intermédicas. É no espaço de interação que operam medicinas híbridas e agentes conscientes de sua situação interétnica e intermédica. Enquanto certos segmentos, que incluem desde cientistas até planejadores em saúde, pretendem que as práticas etnomédicas se tornem úteis a partir de sua comprovação científica e das políticas de saúde, no contexto intermédico os nativos, através de seus conhecimentos e práticas indígenas, “xamanizam” (no original *shamanizes* – Greene, 1998: 653) a ciência (a biomedicina), tornando-a simbolicamente congruente à sua visão de mundo. Isso em parte pode ser explicado pelo fato de que os sistemas de saúde indígenas são sistemas simbólicos totalizantes (holísticos), enquanto que a experiência ocidental é fragmentada, isto é, o conjunto de símbolos que referencia um determinado contexto não é transportado para um próximo (Douglas, 1976).

Portanto, os medicamentos assumem uma dimensão que escapa à simples categorização de “remédio de branco”. Assim como Gallois (1991) observou que a polarização entre classificações de “doença de branco” e “doença de índio” reforça a oposição entre medicina científica e medicina tradicional, salientar um arranjo que coloca “remédio de branco” e “remédio de índio” como duas categorias antagônicas impede a compreensão das maneiras pelas quais os índios consomem tais recursos terapêuticos. Entre os *Kaingáng*, por exemplo, o termo nativo *venh-kagta* designa remédio, seja ele obtido na farmácia ou no mato. Tanto para os “remédios do mato” quanto para os “remédios da farmácia”, noções de força, dieta, eficácia eram construídas de acordo com a cosmologia *Kaingáng*.

Assim como os *Kaingáng* se referiram à “Enfermaria” como local em que buscavam soluções para seus problemas de saúde, de igual modo citaram a procura por especialistas nativos em cura. Há várias categorias de especialistas, cada uma delas com suas especificidades como já apontaram Oliveira (1996) e Haverroth (1997). Em nosso trabalho, encontramos com um *Kujà* (pajé-curador), com curadores e curandeiras e com benzedeiras/remedieiras. Assim como esses especialistas prescreviam “remédios do mato”, observamos que medicamentos foram incorporados

à formulação obtida de plantas, da mesma maneira que denominavam algumas espécies com nome de medicamentos, como planta dipirona, novalgina ou aspirina.

Haverroth (1997) notou que os *Kaingáng* podem identificar as plantas em categorias simbólicas diferentes dependendo do critério utilizado. No caso dos medicamentos, não houve consenso se eles poderiam ser categorizados de acordo com as metades *Kamé* ou *Kanhru*. O fato de não existir concordância é um bom exemplo do quanto a apreensão do mundo pode variar de um sujeito para outro, o quanto a cultura pode ser interpretada segundo cada subjetividade. O consenso está no fato de que as categorias existem e servem para classificar e ordenar o mundo, porém, dependendo do critério utilizado, cada sujeito organiza a vida cotidiana de uma maneira.

“Força” é uma importante noção que permeia o cotidiano *Kaingáng*. Ter saúde significa estar forte e a fraqueza traz como consequência a vulnerabilidade às doenças (Oliveira, 1996). Tanto os especialistas nativos quanto a comunidade em geral explicitaram suas opiniões a respeito da força do remédio, seja o da farmácia como o do mato. A força podia ser associada ao tipo (raízes são mais fortes do que folhas; injeções são mais fortes que comprimidos, mas causam dor e deixam a pessoa fraca; Amoxicilina® é o mais forte dos antibióticos) e à quantidade usada (tanto o remédio quanto o medicamento, quando administrados às crianças, deveriam ser preparados mais fracos ou dados em quantidades menores, por exemplo).

A dieta (*vãkre*) é outra questão essencial da cultura *Kaingáng*, assim como o é em outras culturas indígenas da América Latina. A dieta é central na etiologia das doenças e também relevante no uso dos recursos terapêuticos. Em muitas falas *Kaingáng*, os alimentos foram computados como causadores de determinado episódio de doença. Em outras, a comida moderna, comprada no mercado, foi tida como a responsável pela atual natureza fraca dos índios e portanto está na gênese das doenças. A respeito da dieta que envolve o uso de *venh-kagta*, todos os índios consultados foram unânimes sobre a necessidade de cumprir determinadas regras alimentares (principalmente) quando do uso do “remédio do mato”. Já em relação ao medicamento, diziam que o médico não especificava cuidados especiais, exceto em alguns casos em que a bebida alcoólica não era permitida. A utilização concomitante do “remédio do mato” e do medicamento não era recomendada e isso foi muitas vezes tido como uma regra de dieta.

O estudo dos medicamentos no contexto *Kaingáng* também permitiu que trouxéssemos a discussão sobre eficácia. A percepção de eficácia por parte dos

profissionais da saúde, eminentemente considerada instrumental e ligada à racionalidade biomédica, é pouco permeável à inclusão de outras racionalidades médicas que percebem eficácia de outra maneira. Essa postura está muito apegada à antiga idéia de que as medicinas indígenas (etnomedicinas) não possuem uma lógica médica, sendo de caráter mágico-religioso e cultural e historicamente estáticas, enquanto a biomedicina é científica, moderna e progressista. Porém, vários fatores explicitam que eficácia não só é instrumental, mas também culturalmente construída. Entre os *Kaingáng*, a reinterpretação influenciava suas noções de eficácia e por consequência a aderência aos tratamentos prescritos.

Tanto as injeções quanto os medicamentos sob outras formas farmacêuticas eram avaliados de acordo com seu poder de cura ser mais ou ser menos rápido. Comparações de cor, sabor e odor definiam se o remédio ou o medicamento eram bons. A procedência dos medicamentos também foi um forte apelo para a determinação da eficácia. Vale lembrar que a noção de força permeava as situações de reinterpretação e de eficácia.

Os medicamentos sob a forma de injeções merecem um destaque particular, já que foram muito citados pelos *Kaingáng*. Ao mesmo tempo que eram considerados fortes e de rápido efeito, causavam muita dor, às vezes endurecimento do membro – o que podia impedir para o trabalho – e até causar outras doenças, como alguns relatos enfatizaram. Essa característica ambígua das injeções auxilia na compreensão do fato de que em muitas ocasiões os *Kaingáng* não levaram a termo o tratamento prescrito pelos médicos.

Mais um fator a ser considerado com respeito à aderência é a acessibilidade aos medicamentos. Como há várias aldeias na T.I. Xapecó, com distâncias da aldeia Sede que podem variar de 2 a mais de 10 Km dependendo do caminho percorrido e do meio de transporte utilizado, era de se esperar que o acesso aos serviços e aos medicamentos não fosse igualitário. As análises dos prontuários médicos demonstraram que os moradores da aldeia Sede, seguidos de outras duas aldeias próximas dessa, foram os que mais procuraram o serviço em um período de um mês. Nesse sentido, os tratamentos contínuos, fossem eles de injeções ou sob outras formas farmacêuticas, poderiam estar sendo prejudicados naquelas situações em que os índios moravam mais distantes da aldeia Sede.

Outro tópico abordado relacionou-se à automedicação, que costuma ser uma das primeiras reações na busca de resolução para um problema de saúde. Voltando à questão do papel dos provedores de saúde, a literatura é rica em exemplos de

situações em que profissionais – sejam de nível superior ou não –, através de suas práticas, estimulam a automedicação por medicamentos. Entre os *Kaingáng*, não foi diferente. Entre os medicamentos encontrados nas casas *Kaingáng*, em torno de 36% foram obtidos por automedicação. Os índios tinham como principais fontes de aquisição a “Enfermaria” e o comércio regional, legal (farmácias e postos de medicamentos) ou ilegal (mercados). Na “Enfermaria”, onde adquiriram a maior parte dos medicamentos por automedicação, não precisavam dispor de dinheiro, mas no comércio sim. Eles argumentaram que somente compravam quando não havia na “Enfermaria” ou quando lá diziam não ter.

Os resultados encontrados para a automedicação indicam que, embora o fato de se automedicarem com medicamentos significasse autonomia frente à autoridade dos médicos, os *Kaingáng* continuavam dependentes do serviço oferecido dentro da T.I. Xapecó, seja por falta de recursos financeiros próprios, seja porque a distribuição de medicamentos era garantida. Ainda que pudessem adquirir em outros locais, continuavam subordinados aos interesses econômicos de outros dispensadores e da indústria farmacêutica.

Essa pesquisa, direcionada para o estudo de medicamentos em um contexto local, demonstrou que não há uma medicina essencial, independente da história de interação entre diferentes sociedades. Os profissionais da saúde, fortemente impregnados por noções de eficácia e de racionalidade biomédica, sistematicamente ignoram que o comportamento cotidiano dos *Kaingáng* na busca por atenção à saúde é orientado pelos conhecimentos e normas culturais locais, experiência individual, juntamente com conflitos de poder que intervêm no acesso ao serviço e na distribuição de medicamentos, além das influências políticas e econômicas mais amplas.

Por outro lado, conquanto os governantes estejam empenhados em elaborar políticas para a saúde indígena ou mesmo para os medicamentos, reiteramos que isso não significa que os problemas no nível macro serão superados. No caso dos medicamentos, por exemplo, o problema maior não é a falta de instrumentos e mecanismos reguladores, desde a produção até a venda ao usuário. As dificuldades e entraves para o bom andamento das políticas que versam sobre medicamentos estão na efetivação de tais instrumentos, na falha da vigilância sanitária, no fraco controle sobre o exercício profissional, seja ele médico ou farmacêutico, na pressão da indústria transnacional, entre outros.

Para finalizar – ou melhor, deixar em aberto –, retomamos a cooperação entre antropologia e saúde pública. Segundo Yoder (1997), um desafio significativo para a

colaboração é negociar as informações que são relevantes para o programa ou projeto específico em saúde, bem como evidenciar a importância dos conhecimentos locais no seu planejamento e execução. O antropólogo, portanto, deixa de ser neutro ou simples mediador para tornar-se um membro crítico e reflexivo (Langdon, 2001). Ele deve facilitar o entendimento de que a cultura é heterogênea, emergente e dinâmica e que o comportamento em relação à saúde e aos processos de doença e cura não está ligado somente a aspectos cognitivos (conceitos locais, crenças, atitudes e valores), mas também às interações sociais que caracterizam o contexto interétnico, intercultural e intermédico.

Acreditamos que é essa colaboração que produzirá resultados promissores, garantindo um melhor planejamento e implementação das ações voltadas para a assistência à saúde dos povos indígenas.

8 REFERÊNCIAS

- ALBERT, B., 1982. Yanomami - *Kaingang*: la question des terres indiennes au Brésil. In: *Indianité, Ethocide, Indigenisme en Amérique Latine*. Toulouse: Centre Régional de Publications de Toulouse.
- ALMEIDA, L.K., 1998. *Dinâmica religiosa entre os Kaingang do Posto Indígena Xaçecó-SC*. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina.
- AMAI (Associação dos Municípios do Alto Irani), 1998. *AMAI 20 anos*. Xanxerê: AMAI.
- ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), 2001. Medicamentos e Produtos. 31 de janeiro de 2001, <<http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/medicamentos/index.htm>>.
- ARRAIS, P.S.; COELHO, H.L.; BATISTA, M.C.D.S.; CARVALHO, M.L.; RIGHI, R.E. & ARNAU, J.M., 1997. Perfil da automedicação no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 31 (1): 71-77.
- ATHIAS, R. & MACHADO, M., 2001. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cadernos de Saúde Pública*, 17 (2): 425-431.
- BAER, H.A.; SINGER, M. & JOHNSON, J.H., 1986. Toward a critical medical anthropology. *Social Science and Medicine*, 23 (2): 95-98.
- BALDUS, H., 1937. *Ensaio de Etnologia Brasileira*. São Paulo: Cia. Ed. Nacional.
- BALDUS, H. & GINSBERG, A., 1947. Aplicação do psico-diagnóstico de Rorschach a índios *Kaingang*. *Revista do Museu Paulista*, 1: 75-105.
- BECKER, I.I.B., 1976. *O índio Kaingáng no Rio Grande do Sul*. São Leopoldo: Instituto Anchieta de Pesquisas.
- BECKER, I.I.B., 1999. *O índio Kaingáng do Paraná – subsídios par uma etno-história*. São Leopoldo: Unisinos.
- BENNETT, F.J., 1989. The Dilemma of essential drugs in Primary Health Care. *Social Science and Medicine*, 28 (10), 1085-90.
- BERMUDEZ, J.A., 1992. *Remédios: Saúde ou Indústria? A Produção de Medicamentos no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- BERMUDEZ, J.A., 1995. *Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade - Crítica da Política de Medicamentos no Brasil*. São Paulo: Hucitec/SOBRAVIME.
- BERMUDEZ, J.A. & POSSAS, C.A., 1995. Análisis crítico de la política de medicamentos en el Brasil. *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana*, 119 (3): 270-77.
- BERMUDEZ, J.A. & BONFIM, J.R.A., 1999. Prefácio. In: *Medicamentos e a reforma do setor saúde* (J.A. Bermudez & J.R.A. Bonfim, org.), pp. 9-13, São Paulo: Hucitec/SOBRAVIME.
- BLEDSOE, C.H. & GOUBAUD, M.F., 1985. The reinterpretation of Western pharmaceuticals among the Mende of Sierra Leone. *Social Science and Medicine*, 21 (3): 275-282.

- BLEDSOE, C.H. & GOUBAUD, M.F., 1988. The reinterpretation and distribution of Western pharmaceuticals: an example from the Mende of Sierra Leone. In: *The Context of Medicines in Developing Countries - Studies in Pharmaceutical Anthropology* (S. Van der Geest & S. R. Whyte, ed.), pp. 253-276, Dordrecht: Kluwer Acad. Publ.
- BOLTANSKI, L., 1989. *As classes sociais e o corpo*. 3 ed. Rio de Janeiro: Graal.
- BONFIM, J.R.A. & MERCUCI, V.L. (org.), 1997. *A Construção da Política de Medicamentos*. São Paulo: Hucitec/SOBRAVIME.
- BORBA, T., 1908. *Actualidade Indígena*. Curitiba: Imprensa Paranaense.
- BRASIL, 1973. Lei n 5.991 de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos e dá outras providências. São Paulo, SP: *LEX-Coletânea de Legislação e Jurisprudência*, v. 37, pp. 1934-1943.
- BRASIL, 1976. *Lei n. 6.360 de 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos e dá outras providências*. 09 de abril de 2001, <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/genericos/legis/legis/leis/lei6360.htm>>.
- BRASIL, 1991. Decreto n. 23 de 04 de fevereiro de 1991. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas. São Paulo, SP: *LEX-Coletânea de Legislação e Jurisprudência*, v. 55, f. 4, pp. 99-100.
- BRASIL, 1994. Decreto n. 1.141 de 19 de maio de 1994. Dispõe sobre as ações de proteção ambiental, saúde e apoio às atividades produtivas para as comunidades indígenas. Brasília, DF: *Diário Oficial da União*, n. 95, p. 7443-44. Seção 1.
- BRASIL, 1995. Portaria n. 2 de 24 de janeiro de 1995. Dispõe sobre os medicamentos de venda sem exigência de prescrição médica. São Paulo, SP: *LEX-Coletânea de Legislação e Jurisprudência*, v. 59, pp. 343-345.
- BRASIL, 1998. *Portaria n. 344 de 12 de maio de 1998 e publicada na Diário Oficial da União em 19 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial*. 25 de setembro de 1999, <<http://www.cras.simpleweb.com.br/pharmanet>>.
- BRASIL, 1999a. *Lei n. 9.836 de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena*. 11 de julho de 2000, <<http://www.planalto.gov.br>>.
- BRASIL, 1999b. Decreto n. 3.156 de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde. Brasília, DF: *Diário Oficial da União*, Edição Extra, n. 165-A, pp. 37-38, 28 de agosto de 1999. Seção 1.
- BRASIL, 1999c. Extrato de Convênio n. 1.677/99. Convenientes: Fundação Nacional de Saúde e o Município de Ipuacu. Brasília, DF: *Diário Oficial da União*, n. 250-E, p. 116, 30 de dezembro de 1999. Seção 3.
- BRASIL, 1999d. Extrato de Convênio n.1.570/99. Convenientes: Fundação Nacional de Saúde e o Município de Entre Rios. Brasília, DF: *Diário Oficial da União*, n. 251-E, 31 de dezembro de 1999. Seção 3.

- BRASIL, 1999e. Portaria n. 507/GM de 19 de maio de 1999. Dispõe sobre a revisão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME. Brasília, DF: *Diário Oficial da União*, n. 94, pp. 19-33, 19 de maio de 1999. Seção 1.
- BRASIL, 1999f. Lei n. 9.787 de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei n. 6.360 de 23 setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Brasília, DF: *Diário Oficial da União*, n. 29, pp. 1-2, 11 de fevereiro de 1999. Seção 1.
- BRASIL, 1999g. *Resolução n. 328 de 22 de julho de 1999. Dispõe sobre os requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácias e drogarias*. 28 de dezembro de 2000, <http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/328_99.htm>.
- BRUNELLI, G., 1989. *De los Espiritus a los Microbios - Salud y cambio social entre los Zoró de la Amazonia brasileña*. Quito: Abya-Yala, Colección 500 años, n. 10.
- BUCHILLET, D. (org.), 1991a. *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP.
- BUCHILLET, D., 1991b. Introdução. In: *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia* (D. Buchillet, org.), pp. 161-173, . Belém: MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP.
- BUCHILLET, D., 1995. Contas de vidro, enfeites de branco e “potes de malária”. Brasília: Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília. *Série Antropologia*, 187: 2-24.
- BURGHART, R., 1988. Penicillin: an ancient Ayurvedic medicine. In: *The Context of Medicines in Developing Countries - Studies in Pharmaceutical Anthropology* (S. Van der Geest & S. Whyte, ed.), pp. 289-298, Dordrecht: Kluwer Acad. Publ.
- CALVA, J., 1996. Antibiotic use in a periurban community in Mexico: a household and drugstore survey. *Social Science and Medicine*, 42 (8): 1121-28.
- CID (Classificação Internacional de Doenças), 1993. *Classificação Internacional de Doenças*, 10. ed. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, versão eletrônica 1.4.
- CIMI (Conselho Indigenista Missionário), 2001. *Eleições Municipais 2000 – Quadro de Candidatos Indígenas Eleitos*. 12 de fevereiro de 2001, <<http://www.cimi.org.br/eleitos.htm>>.
- CLEARY, P.D; MECHANIC, D. & GREENLEY, J.R., 1982. Sex differences in medical care utilization: an empirical investigation. *Journal of Health Social Behavior*, 23 (2): 106-118.
- COIMBRA Jr., C.E.A. & SANTOS, R.V., 2000. Saúde, minorias e desigualdades: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1): 125-132.
- CONKLIN, B., 1989. *Images of Health, Illness and Death among the Wari' (Pakaas Novos) of Rondônia, Brazil*. Ph. D. in Medical Anthropology, San Francisco: University of California.
- CONKLIN, B., 1994. O sistema médico Wari' (Pakaanóva). In: *Saúde & Povos Indígenas* (R.V. Santos & C.E.A. COIMBRA Jr., orgs.), Rio de Janeiro: Fiocruz.
- CONRAD, P., 1985. The meaning of medications: another look at compliance. *Social Science and Medicine*, 20 (1): 29-37.
- CORDEIRO, H., 1985. *A Indústria da Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal.

- CRÉPEAU, R., 1994. Mythe et rituel chez les indiens Kaingang du Brésil Méridional. *Religiologues*, 10: 143-157.
- CRÉPEAU, R., 1997. La pratique du chamanisme chez les Kaingang du Brésil Méridional: une brève comparaison avec le chamanisme bororo. In: Quatrième Conférence Internationale de la International Society for Shamanic Research (ISSR), *Mimeo*. Chantilly.
- D'ANGELIS, W.R., 1989. Para uma história dos índios do Oeste Catarinense. In: *Cadernos do Centro de Organização da Memória Sócio-Cultural do Oeste de Santa Catarina*. Chapecó: Universidade do Oeste de Santa Catarina, n. 6.
- D'ANGELIS, W.R., 1992. Para uma história dos índios do oeste catarinense. In: *Cadernos do Centro de Organização da Memória Sócio-Cultural do Oeste de Santa Catarina* (E. Schwade, coord.), pp. 04-88. Chapecó: Universidade do Oeste de Santa Catarina, n. 8.
- D'ANGELIS, W.R. & FÓKÂE, V.F., 1994. *Toldo Imbú. Série Documento*. Chapecó: Universidade do Oeste de Santa Catarina.
- DOUGLAS, M., 1976. *Pureza e Perigo*. São Paulo: Perspectiva.
- ELISABETSKY, E. & SETZER, R., 1985. Caboclo concepts of disease and therapy: implications for ethnopharmacology and health systems in Amazonia. In: *The Amazon Caboclo: Historical and Contemporary Perspectives. Studies in Third World Societies*. (E.P. Parker, ed.), v. 32, pp. 243-278, Virginia: College of William and Mary.
- ELISABETSKY, E. & POSEY, D.A., 1986. Pesquisa etnofarmacológica e recursos naturais no trópico úmido: o caso dos índios Kayapó do Brasil e suas implicações para a ciência médica. In: *Anais do I Simpósio Internacional do Trópico Úmido*, v. II, pp. 85-93.
- ENTRE RIOS, 1999. *Programa de promoção, prevenção e assistência à saúde indígena PI Xaçecó Município de Entre Rios*. Entre Rios: Prefeitura Municipal.
- ETKIN, N.L., 1988. Cultural constructions of efficacy. In: *The Context of Medicines in Developing Countries - Studies in Pharmaceutical Anthropology* (S. Van der Geest & S. R. Whyte, ed.), pp. 299-326, Dordrecht: Kluwer Acad. Publ.
- ETKIN, N.L., 1992. "Side effects": Cultural constructions and reinterpretations of Western Medicine. *Medical Anthropology Quarterly*, 6 (2): 99-113.
- ETKIN, N.L.; ROSS, P.J. & MUZZAMU, I., 1990. The indigenization of pharmaceuticals: therapeutic transitions in rural hausaland. *Social Science and Medicine*, 30 (8): 919-928.
- ETKIN, N. & TAN, M. (ed.), 1994. *Medicines: Meaning and Contexts*. Philippines: Health Action Information Network/Medical Anthropology Unit University Of Amsterdam.
- FASSHEBER, J.R., 1998. *Saúde e Políticas de Saúde entre os Kaingáng de Palmas/PR*. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina.
- FDA (Food and Drug Administration), 1977. Drug products containing dipyron. *Drug Study Bulletin*, 231.
- FDA (Food and Drug Administration), 1998. Proposed Rules. *Federal Register*, 63 (195): 54082-54089.
- FDA (Food and Drug Administration), 1999. Rules and Regulations. *Federal Register*, 64 (44): 10944-10947.

- FERNANDES, J.L., 1955. Contribuição à antropometria e á hematologia dos *Kaingang* do Paraná. In: XXXI Congresso Internacional de Americanistas, *Anais*, v. II, p. 895-898. São Paulo: Anhembi.
- FERNANDES, R.C., 1998. *Autoridade Política Kaingang: em Estudo sobre a Legitimidade Política entre os Kaingang de Palmas*. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina.
- FERRAZ, M.B.; PEREIRA, R.B.; PAIVA, J.G.; ATRA, E. & DOS SANTOS, J.Q., 1996. Availability of over-the-counter drugs for arthritis in Sao Paulo, Brazil. *Social Science and Medicine*, 42 (8): 1129-31.
- FRAKE, C.O., 1961. The diagnosis of disease among the Subanun of Mindanao. *American Anthropologist*, 63: 113-132.
- FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), 2000. *Saúde Indígena*. 05 de fevereiro de 2000, <<http://www.fns.gov.br/ind.htm>>.
- FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), 2001. *Avaliação do estágio atual de implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena*. 12 de abril de 2001, <<http://www.funasa.gov.br/ind/ind02.htm>>.
- GALLOIS, D., 1991. A categoria “doença de branco”: ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena? In: *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia* (D. Buchillet, org.), pp. 175-205, . Belém: MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP.
- GARNELO, L. & WRIGHT, R., 2001. Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa. *Cadernos de Saúde Pública*, 17 (2): 273-284.
- GEERTZ, C., 1986. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. (Edição em inglês de 1973).
- GEISSLER, P.W.; NOKES, K.; PRINCE, R.J.; ACHIENG'ODHIAMBO, R.; AAGAARD-HANSEN, J. & OUMA, J.H., 2000. Children and medicines: self-treatment of common illnesses among Luo schoolchildren in western Kenya. *Social Science and Medicine*, 50 (12): 1771-1783.
- GIOVANNI, G., 1980. *A Questão dos Remédios no Brasil: Produção e Consumo*. São Paulo: Polis.
- GOEL, P.; ROSS-DEGNAN, D.; BERMAN, P. & SOUMERAI, S. 1996. Retail pharmacies in developing countries: a behavior and intervention framework. *Social Science and Medicine*, 42 (8): 1155-61.
- GOOD, B., 1977. The heart of what's the matter - The semantics of illness in Iran. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1: 25-58.
- GREEN, C.A. & POPE, C.R., 1999. Gender, psychosocial factors and the use of medical services: a longitudinal analysis. *Social Science and Medicine*, 48: 1363-372.
- GREENE, S., 1998. The shaman's needle: development, shamanic agency, and intermediality in Aguaruna Lands, Peru. *American Ethnologist*, 25 (4): 634-658.
- GREENHALGH, T., 1987. Drug prescription and self-medication in India: an exploratory survey. *Social Science and Medicine*, 25 (3): 307-318.
- HAAK, H., 1988. Pharmaceuticals in two brazilian villages: lay practices and perceptions. *Social Science and Medicine*, 27 (12): 1415-27.

- HAAK, H., 1989. Padrões de consumo de medicamentos em dois povoados da Bahia (Brasil). *Revista de Saúde Pública*, 23 (2): 143-151.
- HAHN, R.A., 1999. Anthropology and the enhancement of Public Health practice. In: *Anthropology in Public Health – Bridging differences in culture and society* (R.A. Hahn, ed.), pp. 3-24, New York: Oxford University Press..
- HAHN, R. & KLEINMAN, A., 1983. Biomedical practice and anthropological theory: frameworks and directions. *Annual Review of Anthropology*, 12: 305-33.
- HARDMAN, J.G. & LIMBIRD, L.E., (ed.-chefes), 1996. *Goodman & Gilman – As Bases Farmacológicas da Terapêutica*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill
- HARDON, A.P., 1987. The use of modern pharmaceuticals in a Filipino Village: doctor's prescription and self medication. *Social Science and Medicine*, 25 (3): 277-292.
- HARDON, A.; BRUDON-JAKOBOWICZ, P. & REELER, A., 1992. *How to Investigate Drug Use in Communities – Guidelines for social science research*. Geneva: World Health Organization.
- HAVERROTH, M., 1997. *Kaingang: um Estudo Etnobotânico - O Uso e a Classificação das Plantas na Área Indígena Xaçecó (oeste de SC)*. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina.
- HEINECK, I.; SCHENKEL, E.P. & VIDAL, X., 1998. Medicamentos de venta libre en el Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 3 (6): 385-91.
- HÖKERBERG, Y.H.M.; DUCHIADE, M.P. & BARCELLOS, C., 2001. Organização e qualidade da assistência à saúde dos índios Kaingáng do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 17 (2): 261-272.
- HORTA BARBOZA, L.B., 1947. A pacificação dos índios Caingangue paulistas - hábitos, costumes e instituições desses índios. In: *O Problema Indígena do Brasil*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional. [Conferência realizada em 19.11.1913, na Biblioteca Nacional, RJ].
- HUNTE, P.A. & SULTANA, F., 1992. Health-seeking behavior and the meaning of medications in Balochistan, Pakistan. *Social Science and Medicine*, 34 (12): 1385-1397.
- ILLICH, I., 1975. *A expropriação da saúde – Nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- IPUAÇU, 1999. *Programa de promoção, prevenção e assistência à saúde indígena PI Xaçecó Município de Ipuacu*. Entre Rios: Prefeitura Municipal.
- JORGE, M.H. & GOTLIEB, S.L.D., 2000. *As condições de saúde no Brasil – retrospecto de 1979 a 1995*. Rio de Janeiro: Fiocruz/MS.
- KAMAT, V.R. & NICTER, M., 1998. Pharmacies, self-medication and pharmaceutical marketing in Bombay, India. *Social Science and Medicine*, 47 (6): 779-94.
- KLEINMAN, A., 1978. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine*, 12 (2B): 85-93.
- KLEINMAN, A., 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.

- KLEINMAN, A., 1988. On reading Shweder's reading of Social Origins of Distress and Disease. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 12 (4): 499-502.
- KLEINMAN, A., 1997. *Writing at the Margin – Discourse between Anthropology and Medicine*. Berkeley: University of California Press.
- LANGDON, E.J., 1993. Quem cuida da saúde do índio em Santa Catarina? Florianópolis, *Boletim da ABA*, 14: 4-5.
- LANGDON, E.J., 1995. A Doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. In: Conferência 30 Anos do Xingu, *Mimeo*. São Paulo.
- LANGDON, E.J., 2000. Salud y pueblos indígenas: los desafíos en el cambio del siglo. In: *Salud y Equidad: una mirada desde las ciencias sociales* (R. Briceño-León; M.C.S. Minayo & C.E.A. Coimbra Jr., org.), pp. 107-117, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- LANGDON, E.J., 2001. The new health policy for brazilian indian population: current research and preoccupations regarding "differentiated attention". In: XXIII Congresso Internacional de Americanista, Simposio Questioni di Antropologia Medica nel Continente Americano, "Circolo Amerindiano", *Mimeo*. Perugia, 13 de maio.
- LANGDON, E.J. & MacLENNAN, R., 1979. Western biomedical and Sibundoy diagnosis: an interdisciplinary comparison. *Social Science and Medicine*, 13B (3): 211-220.
- LANGDON, E.J. & ROJAS, B.G.1991. Saúde: um fator ignorado numa situação de mudança rápida - A situação da Área Indígena Ibirama (SC). In: *A Barragem de Ibirama e as Populações Atingidas na Área Indígena - Documento Denúncia* (S.C. Santos), Florianópolis, *Boletim de Ciências Sociais*, 51/51: 65-89.
- LAPLANTINE, F., 1989. Medicinas tradicionales y medicina oficial en Brasil – doble perspectiva: antropología médica y antropología religiosa. *América Indígena*, XLIX (4): 665-674.
- LEFÈVRE, F., 1991. *O Medicamento como Mercadoria Simbólica*. São Paulo: Cortez.
- LESLIE, C., 1980. Medical pluralism in world perspective. *Social Science and Medicine*, 14B (1): 191-95.
- LÉVI-STRAUSS, C., 1989. *Antropologia Cultural*. 3. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- LOYOLA, M.A., 1984. *Médicos e Curandeiros - Conflito Social e Saúde*. São Paulo: Difel.
- LUZ, M.T., 1996. *A arte de curar versus a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil*. São Paulo: Dynamis Editorial.
- MANISER, H.H., 1930. Les *Kaingangs* de Sao Paulo. In: Proceedings of the Twenty-Third International Congress of Americanists, *Mimeo*. New York.
- MELATTI, D.M., 1976. *Aspectos da Organização Social dos Kaingang Paulistas*. Brasília: Departamento Geral de Planejamento Comunitário/Divisão de Estudos e Pesquisas/ Funai.
- MELO, J.M.S., 1997/1998. *Dicionário de Especialidades Farmacêuticas*. Rio de Janeiro: Publicações Científicas.
- MENDES, N., 1954. *O Império dos Coroados*. Porto Alegre: Centro de Tradições Gaúchas Ronda Crioula.

- MONTAGNER, D., 1991. Mani Pei Rao: remédios do mato dos marúbo. In: *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. (D. Buchillet, org.), Belém: MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP.
- MONTEIRO, M.E.B., 1999. *Relatório de Identificação e Delimitação da Terra Indígena Toldo Chimbangue II*. Rio de Janeiro: Museu do Índio.
- MORGADO, P., 1994. Pluralismo médico *Wayana-Aparai*: a intersecção entre a tradição local e a global. *Cadernos de Campo (Revista dos Alunos de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade de São Paulo)*, 4: 41-69.
- MOTA, L.T., 1994. *As guerras dos índios Kaingang: a história épica dos índios Kaingang no Paraná (1769 - 1924)*. Maringá: Editora da Universidade Estadual de Maringá.
- MOTA, L.T., 2000. Os índios Kaingang e seus territórios nos campos do Brasil meridional na metade do século passado. In: *Uri e Wãxi – Estudos Interdisciplinares dos Kaingang* (L.T. Mota, F.S. Noelli & K. Tommasino, org.), pp. 81-189, Londrina: Editora da Universidade Estadual de Londrina.
- MS (Ministério da Saúde), 1997. *Rastreamento de tuberculose, outros agravos na reservas indígenas do oeste catarinense – documento final*. Florianópolis: Coordenação Regional de SC, Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde.
- MS (Ministério da Saúde), 2001. Recursos Federais do SUS (por Município) – Conceito de período de competência. Secretaria Executiva, SUS, Ministério da Saúde, 16 de abril de 2001, <<http://www.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?recsus/rs1SC.def>>.
- NACKE, A., 1983. *O Índio e a Terra: a Luta pela Sobrevivência no P.I. Xaçecó/SC*. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina.
- NACKE, A. & FACHINI, M.A., 1998. A AI Xaçecó e a Hidrelétrica Xanxerê. In: *A implantação de usinas hidrelétricas e os indígenas no Sul do Brasil* (C.M.V. Helm, coord.), pp. 64-75, Curitiba: Instituto Ambiental do Paraná/GTZ.
- NGOKWEY, N., 1995. Home remedies and doctor's remedies in Feira (Brazil). *Social Science and Medicine*, 40 (8): 1141-53.
- NICHTER, M., 1980. The layperson's perception of medicine as perspective into the utilization of multiple therapy systems in the Indian context. *Social Science and Medicine*, 14B (4): 225-33.
- NICHTER, M., 1996. Pharmaceuticals, the commodification of health, and the health care-medicine use transition. In: *Anthropology and International Health - Asian Case Studies* (M. Nichter & M. Nichter, orgs.), v. 3, cap. 9, pp. 265-326, Sem local: Gordon and Breach Publ.
- NICHTER, M. & VUCKOVIC, N., 1994a. Agenda for an anthropology of pharmaceutical practice. *Social Science and Medicine*, 39 (11): 1509-25.
- NICHTER, M.; VUCKOVIC, N., 1994b. Understanding medication in the context of social transformation. In: *Medicines: Meanings and Contexts* (N.L. Etkin, M.L. Tan, ed.), pp. 285-303, Philippines: Health Action Information Network/Medical Anthropology Unit University of Amsterdam.
- NIMUENDAJÚ, C., 1993. *Etnografia e Indigenismo*. Campinas: UNICAMP.

- NIZAMI, S.Q.; KHAN, I.A. & BHUTTA, Z.A., 1996. Drug prescribing practices of general practitioners and paediatricians for childhood diarrhoea in Karachi, Pakistan. *Social Science and Medicine*, 42 (8): 1133-40.
- NOVAES, M.R., 1996. *A Caminho da Farmácia: Pluralismo Médico entre os Wari' de Rondônia*. Dissertação de Mestrado, Campinas: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UNICAMP.
- NOVAES, M.R., 1998. Interpretação da doença e simbolismo terapêutico entre os Wari' de Rondônia. *Revista de Divulgação Cultural*, 64: 69-76.
- OLIVEIRA, J.P., 1997. Pardos, mestiços ou caboclos: os índios nos censos nacionais no Brasil (1872-1980). *Horizontes Antropológicos*, 6: 60-83.
- OLIVEIRA, J.P., 1998a. Uma etnologia dos "índios misturados"? Situação colonial, territorialização e fluxos culturais. *Mana*, 4 (1): 47-77.
- OLIVEIRA, J.P., 1998b. Terras indígenas, economia de mercado e desenvolvimento rural. In: Indigenismo e territorialização – Poderes, rotinas e saberes coloniais no Brasil contemporâneo (J.P. Oliveira, org.), pp. 43-68, Rio de Janeiro: Contra Capa.
- OLIVEIRA, M.C., 1996. *Os Curadores Kaingang e a Recriação de suas Práticas: estudo de caso na aldeia Xapecó (Oeste de S.C.)*. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina.
- OLIVEIRA, M.C., 2000. Dinâmica do sistema cultural de saúde Kaingang – aldeia Xapecó, Santa Catarina. In: Uri e Wãxi – Estudos interdisciplinares dos Kaingang (L.T. Mota, F.S. Noelli & K. Tommasino, org.), pp. 327-377, Londrina: Editora UEL.
- OMS (Organización Mundial de la Salud), 1986. *Uso racional de los medicamentos*. Informe de la Conferencia de Expertos, Nairobi. Ginebra: OMS.
- OMS (Organización Mundial de la Salud), 1998. *Uso de Medicamentos Esenciales: octavo Informe del Comité de Expertos de la OMS*. *Serie de Informes Técnicos*, Ginebra, 882.
- OTT, A.M.T., 1982. *O Setor Profissional do Sistema de Cuidados Médicos em Sergipe*. Dissertação de Mestrado, Brasília: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade de Brasília.
- PAPPAS, G., 1990. Some implications for the study of the doctor-patient interaction: power, structure, and agency in the works of Howard Waitzkin and Arthur Kleinman. *Social Science and Medicine*, 30 (2): 199-204.
- PAREDES, P.; la PEÑA, M.; FLORES-GUERRA, E.; DIAZ, J. & TROSTLE, J., 1996. Factors influencing physicians' prescribing behaviour in the treatment of childhood diarrhoea: knowledge may not be clue. *Social Science and Medicine*, 42 (8): 1141-54.
- PELLEGRINI, M., 1998. *Falar e Comer: Um Estudo sobre os Novos Contextos de Adoecer e Buscar Tratamento entre os Yanomamè do Alto Parima*. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina.
- POLLOCK, D., 1994. Etnomedicina Kulína. In: *Saúde & Povos Indígenas* (R.V. Santos & C.E.A. COIMBRA Jr., orgs.), Rio de Janeiro: Fiocruz.
- POURCHET, M.J., 1966. Estudo comparativo entre dois grupos *Kaingang* puros. In: XXXI Congresso Internacional de Americanistas, *Anais*, v. II, p. 377-379. São Paulo: Anhembi.

- PRANCE, G.T., 1987. Etnobotânica de algumas tribos amazônicas. In: *Etnobiologia 1 (Suma Etnológica Brasileira)* (B.G. Ribeiro, coord.). 2. ed. Petrópolis: Vozes/FINEP.
- PRESS, I., 1980. Problems in the definition and classification of medical systems. *Social Science and Medicine*, 14B (1): 45-57.
- PRICE, L.J., 1989. In the shadow of biomedicine: self-medication in two ecuadorian pharmacies. *Social Science and Medicine*, 28 (9): 905-15.
- QUEIROZ, M.S., 1993. Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras. *Cadernos de Saúde Pública*, 9 (3): 272-282.
- QUEIROZ, M.S., 1994. Farmacêuticos e médicos: um enfoque antropológico sobre o campo de prestação de serviços de saúde em Paulínea. In: *Saúde e Doença - Um Olhar Antropológico* (P.C. Alves & M.C. Minayo, orgs.), pp. 153-166, Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz.
- REELER, A.V., 1990. Injections: a fatal attraction? *Social Science and Medicine*, 31 (10), 1119-25.
- RIBEIRO, D., 1956. Convívio e contaminação - efeitos dissociativos da depopulação provocada por epidemias em grupos indígenas. *Sociologia*, 18: 3-50.
- RICARDO, C.A. (ed.), 2000. *Povos Indígenas do Brasil, 1996-2000*. São Paulo: Instituto Socioambiental.
- RÓHEIM, G., 1950. Les Kaingang des hautes plateaux du Brésil. In: *Psychanalyse et Anthropologie* (G. Róheim, ed). Paris: Gallimard.
- ROZEMBERG, B., 1994. O consumo de calmantes e o "problema de nervos" entre lavradores. *Revista de Saúde Pública*, 28 (4): 300-308.
- SACHS, L. & TOMSON, G., 1992. Medicines and culture – a double perspective on drug utilization in a developing country. *Social Science and Medicine*, 34 (3): 307-315.
- SÁEZ, O.C., s.d. Saberes e sociedades. Uma proposta crítica. Florianópolis: UFSC. *Mimeo*.
- SALZANO, F.M.; CALLEGARI JACQUES, S.M.; FRANCO, M.H.; HUTZ, M.H.; WEIMER, T.A.; SILVA, R.S. & ROCHA, F.J., 1980. The Caingang revisited: blood genetics and anthropometry. *American Journal of Physical Anthropology*, 53: 513-24.
- SANTOS, F.J.V., 1949. *Apontamentos sobre os índios "Caingangues"*. Porto Alegre: Posto de Nonoai, Serviço de Proteção aos Índios, Ministério da Agricultura.
- SANTOS, S.C., 1979. *Indigenismo e expansão capitalista – faces da agonia Kaingang*. Florianópolis: UFSC.
- SANTOS, R.V. & COIMBRA Jr., C.E., 1996. Socioeconomic Differentiation and Body Morphology in the Suruí of Southwestern Amazonia. *Current Anthropology*, 37 (5): 851-56.
- SCHADEN, E., 1946. *Ensaio Etno-Sociológico sobre a Mitologia Heróica de algumas Tribos Indígenas do Brasil*. São Paulo: USP.
- SCHENKEL, E.P., 1991. *Cuidados com os Medicamentos*. Porto Alegre: Sagra-Luzzatto/Ed. da UFRGS.

- SENAH, K., 1994. *Blofo Tshofa: Local Perception of Medicines in a Ghanaian Coastal Community*. In: *Medicines: Meaning and Contexts* (N.L. Etkin & M. Tan, ed.), pp. 83-102, Philippines: Health Action Information Network/Medical Anthropology Unit University Of Amsterdam.
- SIAB-ENTRE RIOS (Sistema de Informação de Atenção Básica), 1999. *Sistema de Informação de Atenção Básica*. Entre Rios: Secretaria Municipal de Saúde.
- SIAB-IPUAÇU (Sistema de Informação de Atenção Básica), 1999. *Sistema de Informação de Atenção Básica*. Ipuaçú: Secretaria Municipal de Saúde.
- SILVA, F.A., 2000. As cerâmicas dos Jê do sul do Brasil e os seus estilos tecnológicos: elementos para uma etnoarqueologia Kaingang e Xokleng. In: *Uri e Wãxi – Estudos Interdisciplinares dos Kaingang* (L.T. Mota, F.S. Noelli & K. Tommasino, org.), pp. 59-80, Londrina: Editora da Universidade Estadual de Londrina.
- SILVEIRA, M.L., 2000. *O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- SINGER, M., 1989. The coming of age of critical medical anthropology. *Social Science and Medicine*, 28 (11): 1193-1203.
- SMITH, P.G. & MORROW, R.H. (ed.), 1991. *Methods for Field Trials of Interventions against Tropical Diseases: a "Toolbox"*. New York: Oxford Univ. Press.
- TAN, M.L., 1989. Traditional or transitional medical systems? Pharmacotherapy as a case for analysis. *Social Science and Medicine*, 29 (3): 301-307.
- TEDLOCK, B., 1987. An interpretive solution to the problem of humoral medicine in Latin America. *Social Science and Medicine*, 24 (12): 1069-83.
- TOMMASINO, K., 1995. Os acampamentos *Kaingang* na cidade de Londrina. In: V Reunião ABA (MERCOSUL), *Mimeo*. Tramandaí: UFRGS.
- TOMMASINO, K., 1996. Os Kaingáng e a construção do tempo atual. *Boletim do Centro de Letras e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Londrina*, 31: 46-65.
- TOMMASINO, K., 1998. Os novos acampamentos (*Wãre*) Kaingang na cidade de Londrina: mudança e persistência numa sociedade Jê. *Revista Mediações*, 3 (2): 66-71.
- TROSTLE, J., 1988. Medical compliance as an ideology. *Social Science and Medicine*, 27 (12): 1299-308.
- TROSTLE, J., 1996. Inappropriate distribution of medicines by professionals in developing countries. *Social Science and Medicine*, 42 (8): 117-20.
- TROSTLE, J. & SOMMERFELD, J., 1996. Medical anthropology and epidemiology. *Annual Review of Anthropology*, 25: 253-274.
- TURNER, V., 1980. Un doctor Ndembu en accion. In: *La Selva de los Simbolos - aspectos del ritual Ndembu*. Espanha: Siglo Veintiuno.
- VAN DER GEEST, S., 1987. Pharmaceutical in the Third World: the local perspective. *Social Science and Medicine*, 25 (3): 273-76.
- VAN DER GEEST, S., 1988. Pharmaceutical Anthropology: Perspectives for Research and Application. In: *The Context of Medicines in Developing Countries - Studies in*

- Pharmaceutical Anthropology* (S. Van der Geest & S. Whyte, ed.), pp. 329-66, Dordrecht: Kluwer Acad. Publ.
- VAN DER GEEST, S. & WHYTE, S.R. (ed.), 1988. *The Context of Medicines in Developing Countries - Studies in Pharmaceutical Anthropology*. Dordrecht: Kluwer Acad. Publ.
- VAN DER GEEST, S. & WHYTE, S.R., 1989. The charm of medicines: metaphors and metonyms. *Medical Anthropology Quarterly*, 3 (4): 345-367.
- VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S.R. & HARDON, A., 1996. The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach. *Annual Review of Anthropology*, 25: 153-78.
- VEIGA, J., 1994. *Organização Social e Cosmovisão Kaingang: uma introdução ao parentesco, casamento e nomeação em uma sociedade Jê Meridional*. Dissertação de Mestrado, Campinas: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade de Campinas.
- VEIGA, J. & D'ANGELIS, W., 2000. Bilingüismo entre os Kaingang: situação atual e perspectivas. In: *Uri e Wáxi – Estudos Interdisciplinares dos Kaingang* (L.T. Mota, F.S. Noelli & K. Tommasino, org.), pp. 307-326, Londrina: Editora da Universidade Estadual de Londrina.
- VERANI, C.B.L., 1990. *A "Doença da Reclusão" no Alto Xingu: Estudo de um Caso de Confronto Cultural*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional/UFRJ.
- VERANI, C.B.L., 1994. A construção social da doença e seus determinantes culturais: a doença da reclusão do Alto Xingu. In: *Saúde & Povos Indígenas* (R.V. Santos & C.E.A. Coimbra Jr., orgs.), Rio de Janeiro: Fiocruz.
- VIVEIROS DE CASTRO, E., 1992. *From the Enemy's Point of View – Humanity and Divinity in an Amazonian Society*. Chicago: The University of Chicago Press.
- VOGEL, R.J. & STEPHENS, B., 1989. Availability of pharmaceuticals in Sub-Saharan Africa: roles of the public, private and church mission sectors. *Social Science and Medicine*, 29 (4): 479-86.
- WAITZKIN, H., 1979. Medicine, superstructure and micropolitics. *Social Science and Medicine*, 13 : 601-609.
- WHYTE, S.R., 1992. Pharmaceuticals as folk medicine: transformation in the social relations of health care in Uganda. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 16: 163-86.
- WHYTE, S.R. & VAN DER GEEST, S., 1988. Medicines in context: an introduction. In: *The Context of Medicines in Developing Countries - Studies in Pharmaceutical Anthropology* (S. Van der Geest & S. Whyte, ed.), pp. 03-11, Dordrecht: Kluwer Acad. Publ.
- WIESEMANN, U., 1960. Semantic categories of "Good" and "Bad" in relation to Kaingang personal names. *Revista do Museu Paulista*, XII: 177-84.
- WIESEMANN, U., 1971. *Dicionário Kaingang-Português, Português-Kaingang*. Brasília: Summer Institute of Linguistics/Funai.
- WOLFFERS, I., 1987. Drug information and sale practices in some pharmacies of Colombo, Sri Lanka. *Social Science and Medicine*, 25 (3): 319-21.

- WOLFFERS, I., 1988. Traditional Practitioners and Western pharmaceuticals in Sri Lanka. In: *The Context of Medicines in Developing Countries - Studies in Pharmaceutical Anthropology*. (S. Van der Geest & S. Whyte, ed.), pp. 47-56, Dordrecht: Kluwer Acad. Publ.
- YODER, P. S., 1997. Negotiating relevance: belief, knowledge, and practice in international health projects. *Medical Anthropology Quarterly*, 11 (2): 131-146.

SOBRE O TRABALHO DE CAMPO

Para o desenvolvimento da pesquisa, valeu-se de instrumentos antropológicos e epidemiológicos, buscando levantar dados sobre os diferentes setores que compunham os sistemas de saúde atuantes entre os *Kaingáng* da Terra Indígena Xaçecó.

A elaboração dos questionários estruturados e das entrevistas foi baseada nas publicações Smith & Morrow (1991), Hardon *et al.* (1992) e Santos & Coimbra (1996).

O setor profissional de atenção à saúde Kaingáng

Os dados para a descrição desse setor foram obtidos durante o mês de setembro de 1999 na “Enfermaria” da aldeia Sede da Terra Indígena Xaçecó. Além dos dados de prontuário médico, prescrição médica e prescrição por parte dos outros profissionais, também foram registradas em caderno de campo observações sobre o funcionamento do serviço, opiniões e reclamações dos usuários e dos prestadores do serviço e toda informação que pudesse, mais tarde, possibilitar uma análise mais contextual da situação de atenção à saúde *Kaingáng*. Essas observações não se restringiram somente ao período de análise dos prontuários e prescrições, mas ao período total de permanência em campo, aos momentos em que eventualmente se retornou à “Enfermaria”.

Prontuários médicos

Os dados de prontuários foram analisados independentemente por três médicos de diferentes especialidades (clínica geral, otorrinolaringologia e dermatologia) e que não conheciam a realidade dos *Kaingáng*, visando construir hipóteses diagnósticas que levassem à classificação das doenças segundo a Classificação Internacional de Doenças, 10^a. edição (CID, 1993). As condutas adotadas pelos médicos A (clínica geral/obstetrícia) e B (pediatra) não foram divulgadas aos três médicos. Pelo consenso entre as três opiniões, optou-se por classificar dentro dos grandes grupos, garantindo uma maior veracidade dos achados, já que em muitos prontuários havia somente uma descrição de alguns sinais e sintomas. Cada visita aos médicos recebeu pelo menos uma classificação na CID-10,

ou seja, para algumas pessoas houve mais de uma inclusão ou mesmo a repetição de um grupo.

Prescrições dos médicos e dos outros profissionais

À medida que os pacientes, após as consultas, dirigiam-se à sala de medicamentos, eram anotadas todas as prescrições (nome dos medicamentos e posologia), incluindo ainda o nome do paciente, idade e procedência.

O controle dos medicamentos dispensados pelos outros profissionais da “Enfermaria” foi feito em ficha padronizada, que deveria ser preenchida com os seguintes dados: nome do usuário, idade, nome do medicamento, quantidade, quem forneceu e data. Foram analisados os dados referentes ao período de 16 de setembro a 15 de outubro.

Os setores familiar e popular de atenção à saúde Kaingáng

Nos meses de outubro e novembro foi realizado uma pesquisa de domicílio na aldeia Sede, obtendo os registros sociodemográficos, auto-referidos, como nome de cada morador, sexo, idade, data de nascimento, filiação, escolaridade e ocupação.

O levantamento da “farmácia caseira”, isto é, os medicamentos existentes em cada casa no momento da visita, foi feito com o informante (na maioria das vezes as mulheres), solicitando que mostrasse todos os medicamentos, quando então eram anotados nome e dosagem, forma farmacêutica, laboratório fabricante, número de lote, data de fabricação, data de validade, quantidade, local de armazenagem, quem receitou, onde adquiriu e data da visita. A amostra abrangeu a totalidade das 190 casas *Kaingáng*. Nessa etapa, contou-se com o auxílio de um índio, com formação em auxiliar de enfermagem.

Posteriormente, retornou-se a 19 casas, uma ou mais vezes, visando evidenciar aspectos mais detalhados sobre consumo e percepções sobre medicamentos. Os critérios para a escolha das casas basearam-se na presença e ausência de medicamentos durante a primeira etapa da pesquisa de domicílio, subdivididas em casas com idoso, famílias em melhores condições econômicas e famílias com poucos recursos econômicos. Além disso, dois especialistas tradicionais em cura, moradores em outras aldeias, foram procurados. Nessa fase foram utilizadas

entrevistas semi-estruturadas e abertas, com gravação e/ou anotação em diário de campo, realizadas no período de dezembro de 1999 a fevereiro de 2000.

Classificação das especialidades farmacêuticas

Cada medicamento prescrito pelos médicos e pelos outros profissionais (registros na “Enfermaria”) e observado nas casas teve sua composição determinada e os fármacos foram identificados nos seus respectivos grupos farmacológicos, utilizando-se a classificação da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais 1999 (RENAME) (Brasil, 1999e) e da Lista de Medicamentos Essenciais da OMS (OMS, 1998). Quando o grupo terapêutico não constava da RENAME ou da Lista da OMS, utilizou-se a literatura médica. Para a maioria das especialidades farmacêuticas sob um nome fantasia, o nome dos fármacos foi obtido no Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (Melo, 1997/1998); algumas especialidades tiveram sua composição definida através de pesquisa direta junto às farmácias do Rio de Janeiro ou de consulta a pesquisadores do Curso de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Aqueles medicamentos cuja composição apresentava mais de um fármaco foram classificados como “Associação”, não sendo incluídos nos grupos farmacológicos, exceto aquelas associações que a RENAME considera racionais, como os anti-infecciosos antibacterianos sulfametoxazol + trimetoprima e penicilina G procaína + penicilina G cristalina, o anti-infeccioso tópico neomicina + bacitracina e o contraceptivo hormonal levonorgestrel + etinilestradiol. Também houve algumas preparações que foram classificadas como “Outro”, pois tratavam-se de produtos fitoterápicos.

Aspectos Éticos

O projeto de tese foi avaliado e aprovado pela Comissão de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, bem como pela Fundação Nacional do Índio, visando a autorização para entrada e permanência da pesquisadora na Terra Indígena Xapecó. As lideranças indígenas assinaram, em nome da comunidade, o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”.

Os informantes

1. Alzira

A índia Alzira, 33 anos, nasceu na T.I. Xaçecó, mas ao casar com um não índio, foi morar em Faxinal dos Guedes, município próximo a Xanxerê, segundo ela porque não “*deixavam branco morar dentro da área.*” Quando a primeira filha tinha 4 anos, voltaram para a T.I. Xaçecó e o marido foi trabalhar na olaria. Primeiramente, moraram em uma casa na rua principal da aldeia Sede, mas após aproximadamente um ano, já com a segunda filha, mudaram-se para a casa atual, muito próxima do maior açude da aldeia, visando facilitar o abastecimento de água. Na nova casa, nasceu a terceira filha. Os pais de Alzira, que não dividiam a mesma casa, eram seus vizinhos mais próximos.

A casa, de madeira e cobertura com telhas de amianto, possuía 2 cômodos (a cozinha e o quarto) assoalhados; o banheiro era fora da casa, do tipo latrina; havia luz elétrica e a água vinha dentro da casa, a partir do poço artesiano. Possuíam geladeira, rádio e toca fitas (na época estragado), televisão P & B, fogão a lenha e a gás, duas bicicletas, máquina de lavar, além de móveis e alguns eletrodomésticos, como liquidificador. Não exerciam atividades de agricultura, tirando seu sustento do trabalho na olaria. Eram católicos e Alzira não falava o idioma *Kaingáng*, segundo ela porque os pais não ensinaram; seu grau de instrução era o nível médio incompleto.

Alzira dizia-se arrependida da nova morada, pois pensava que as constantes doenças nas meninas surgiram quando foram para essa casa, localizada em um local muito baixo, com muita umidade proveniente do açude, o que provocava as gripes. Porém, como salientou ela, a casa estava muito velha, impossibilitando o desmanche e posterior remontagem em outro local.

Na primeira visita à casa de Alzira, durante o inquérito domiciliar, havia 19 unidades de medicamentos armazenadas sobre a geladeira, pertencentes a 9 grupos farmacológicos, além de 2 itens classificados como associação. Nessa visita, sua casa foi a segunda com o maior número de medicamentos. O Sulfato ferroso®, sob comprimidos e solução oral, estava com sua validade vencida; os comprimidos de Eritromicina® 250 mg e de Ácido acetilsalicílico® 500 mg, bem como o Colírio de dexametasona + neomicina® não apresentavam qualquer informação sobre número de lote, data de fabricação e de validade. Em uma outra visita à casa, aproximadamente 2 meses após a primeira, havia 16 unidades de medicamentos, distribuídas em 6 grupos farmacológicos e uma associação. Todos os medicamentos

foram adquiridos na “Enfermaria”, exceto um frasco de Eritromicina® suspensão oral (primeira visita) que foi dado por uma vizinha e um vidro de Vinho Ferruginoso® (primeira visita) e de Tônico Ferruginoso® (segunda visita), comprados por ela.

2. Amélia

Amélia, 54 anos, e seu marido dividiam a casa com um dos filhos e sua esposa, além do neto de 9 anos. A casa tinha três cômodos, assoalho, mas não era abastecida de água ou de energia elétrica; o banheiro era do tipo latrina. Tiravam o sustento da aposentadoria do marido e de uma roça; ainda criavam galinhas, dois porcos e um cavalo. Todos eram católicos.

No inquérito, foram observadas 7 unidades de medicamentos, sendo que uma sob a forma de comprimidos, em cartela fracionada, não trazia a sua identificação. Os restantes pertenciam aos grupos antibacteriano, antiinfecioso oftálmico, antiinflamatório esteroideal tópico e analgésico opióide; as duas unidades restantes foram classificadas como outro e associação. Somente duas unidades foram obtidas na “Enfermaria” (Eritromicina® e os comprimidos não identificados). O Elixir Paregórico® e a Essência de Olina® foram adquiridos no mercado de Samburá; os outros três medicamentos foram comprados no Posto de Medicamentos de Bom Jesus.

3. Angelina

A *Kaingáng* Angelina, 63 anos, nasceu na área indígena de Palmas (PR) e veio para a T.I. Xapecó aos 12 anos de idade. Morava sozinha em uma pequena casa de um cômodo, sem assoalho. Não havia energia elétrica e a água era trazida de uma fonte na beira da estrada principal. Apesar de ter um fogão a lenha, costumava fazer fogo no chão. Ao redor da casa havia alguns pés de milho e mandioca, além de galinhas. A principal renda vinha da aposentadoria. Angelina era evangélica fazia 13 anos. Falava fluentemente o idioma. Um de seus filhos morava na aldeia Sede, a uns cem metros de sua casa.

Na primeira visita, durante o inquérito, enfatizou muito o fato de ser “*crente*” (evangélica) e que por isso não usava o remédio do mato, indo sempre procurar a “Enfermaria” quando ficava doente. Na segunda visita, porém, falou de episódios em que utilizou o “*remédio do curador*”, dizendo inclusive que preferia os remédios do mato.

No inquérito domiciliar, feito no dia 21 de outubro, foram observados os medicamentos Diazepan NQ® 5 mg, Hidróxido de alumínio®, Ductopan®, Sulfametoxazol + Trimetoprima®, Metronidazol®, Paracetamol® e Sais de reidratação oral®.

4. Ari

Ari era um *Kujà* que morava próximo à aldeia *Guaraní*, nos limites da T.I. Dizia ter 70 anos e vivia com sua mulher Eva, curandeira, dois filhos, uma nora e um neto. Ele e sua esposa atendiam os índios da T.I. como não índios que os procuravam. Na casa, havia uma “*mesa de trabalho*”, com algumas imagens de santos (São Sebastião, Nossa Senhora, a bandeira do Divino Espírito Santo). Eva cobrava pelo remédio, em dinheiro, comida ou roupa, pois também havia pagado para aprender. Ari disse não estar mais trabalhando com o seu guia animal, portanto como *Kujà*, mas somente benzendo através de Deus. Comentou que um dos filhos estava aprendendo os remédios, mas o problema, segundo ele, é que o rapaz não falava o idioma.

5. Carmen

A índia Carmen, 39 anos, vivia com seu marido e seus sete filhos (idades entre 3 e 18 anos) em uma casa dividida em dois cômodos, um de madeira com assoalho e outro contíguo com paredes de plástico e não assoalhado. Não tinham banheiro e luz elétrica e a água era obtida de uma fonte próxima. Os móveis eram mínimos, construídos por eles, e o fogo era feito no chão. O marido e os dois filhos mais velhos trabalhavam na roça própria e também na roça de terceiros, enquanto Carmen fazia artesanato e pequenos serviços de costura, ajudando eventualmente na roça; criavam somente galinhas. Eram católicos e todos falavam o idioma *Kaingáng*. Os filhos nasceram em casa e ela usou remédio do mato para “*limpar por dentro*”.

No inquérito domiciliar, foram mostrados somente quatro envelopes de Sais de reidratação oral®, dados por um dos atendentes para a cólica e diarreia de Carmen.

6. Francisca

A *Kaingáng* Francisca, 46 anos, e seu marido índio moravam com seis filhos (um era adotado) em uma casa próxima à escola, recebendo luz elétrica e água dentro de casa. Uma das paredes da casa era de plástico e a família esperava a madeira prometida pela liderança para acabar a construção. A subsistência era mantida com a

venda de artesanato e com o cultivo de uma roça. Ainda criavam galinhas e uma junta de bois. Eram evangélicos da igreja “Unida de Jesus”.

Na visita do inquérito, foi mostrado apenas um frasco de Amoxil®, receitado para o filho menor pelo médico da Casa do Índio (Curitiba, PR) e comprado pela “Enfermaria”. Porém, no dia anterior, Francisca tinha ido à “Enfermaria” solicitar remédio para o filho mais novo, sendo dispensados um frasco de Metronidazol® suspensão e Sais de reidratação oral®, que não foram mostrados. Um dia após à visita, retornando à casa para fotografar as crianças conforme combinado, observou-se sobre uma prateleira na cozinha o frasco de Metronidazol® e um vidro contendo várias cartelas de comprimidos; foi considerado para a análise somente o frasco de Amoxil®.

7. Francisco

O *Kaingáng* Francisco, 85 anos, sua esposa Laudelina e um neto dessa viviam em uma casa de madeira, sem luz e abastecidos com água de uma fonte próxima. Plantavam para a subsistência e vendiam o excedente; criavam galinhas. Ambos eram aposentados e ainda complementavam a renda fazendo artesanato. Ele era católico e ela, no momento, evangélica.

No inquérito domiciliar, existia uma caixa vazia de Buscopan®, receitado para Laudelina pelo médico A.

Esse índio foi *Kujà* durante muitos anos, abandonando as atividades xamânicas porque havia se convertido a “*crente*” durante um período de sua vida. Ele é um dos especialistas tradicionais citado na dissertação de mestrado de Oliveira (1996), que descreveu minuciosamente o seu processo de formação como *Kujà*, já que Francisco podia falar livremente sobre o assunto pois não “*trabalhava mais com os bichinhos*”¹. No período estudado por essa pesquisadora Francisco estava atuando junto à curandeira Irene e ao curador Pedro na “Igreja da Saúde”. Em 1999, com a “Igreja da Saúde” desativada, Francisco eventualmente indicava os seus remédios, como em duas situações observadas durante essa pesquisa.

8. Indiamara

A índia Indiamara, 31 anos, nascida na T.I. Xapecó, passou períodos trabalhando fora como doméstica. Moravam na casa ela, seu segundo marido, dois

¹ O *Kujà* é proibido de falar sobre suas atividades, pois pode perder seu poder, seu guia animal.

filhos do primeiro casamento, seu filho com o segundo, além do filho desse de outro casamento; as quatro crianças tinham entre 0 e 14 anos. Indiamara falava o idioma e era evangélica da igreja Assembléia de Deus. Viviam na casa há três anos, localizada na beira da estrada principal que ligava Bom Jesus à aldeia Samburá e a Entre Rios, segundo ela porque a existência de ônibus na frente de casa facilitava o deslocamento de ida e vinda à T.I.

A casa era de madeira com telhas de amianto, assoalhada e dividida em quatro cômodos, além de uma área coberta sem paredes e de um banheiro completo, construído em alvenaria. Recebiam luz elétrica e água encanada. Possuíam geladeira, fogões a gás e a lenha, televisão colorida (no conserto), uma bicicleta de criança, uma máquina de lavar, além de móveis.

A fonte de renda principal vinha do cultivo de duas roças (dois “sítios”), uma basicamente para a subsistência (milho, feijão, mandioca, batata) e outra para a venda (soja). Ainda cultivavam uma pequena horta de verduras e criavam galinhas e duas vacas.

Na primeira visita, foram encontradas 18 unidades de medicamentos (terceira casa com o maior número), classificadas em 9 grupos farmacológicos, além de duas especialidades agrupadas como associação e duas que não tinham qualquer rótulo que pudesse identificá-las, mas que I. lembrava quem havia receitado e para que serviam. Os medicamentos eram guardados em uma caixa, no quarto. Em 6 embalagens não havia o número de lote e data de fabricação/validade; os restantes estavam no prazo estabelecido pela indústria fabricante. Em uma segunda visita, o número de medicamentos era menor (4 unidades), distribuído em três grupos terapêuticos.

9. Inês

Inês, 48 anos, vivia com seu segundo marido, índio, e 5 filhos desse casamento. A casa grande de três cômodos tinha ainda banheiro e uma área coberta. Possuíam geladeira, rádio-gravador, televisão P & B, fogão a lenha e uma bicicleta. Plantavam para uso próprio e para a venda (soja e milho), além de cultivarem uma horta nos fundos da casa e criarem galinhas, três cabeças de gado e uma égua. O marido fazia parte da liderança indígena e ambos eram católicos. Inês era reconhecida como benzedeira.

No levantamento dos medicamentos, foram mostrados Hidantal®, Gardenal®, Maliasin®, Melleril®, Dipirona®, Fenaren®, Salbutamol® e Eritromicina®. Todos eram

mantidos escondidos no quarto, pois I.B. tinha medo que algum dos filhos pegasse os medicamentos.

10. Irene

A índia Irene, 35 anos, era curandeira há cerca de 7 anos. Nasceu em Pato Branco (PR) e fazia 15 anos que morava na T.I. Xapecó. Era casada com um não índio e tinha 2 filhos, um menino de 4 anos e uma menina de 3 meses. I.R.S. e família mudavam constantemente sua casa de local. Entre 1995 e fevereiro de 2000, mudaram-se pelo menos 6 vezes dentro da aldeia Sede, sendo que entre setembro de 1999 e fevereiro de 2000 mudaram uma vez. A última casa ficava afastada da estrada, construída de restos de madeira e com um cômodo, sem assoalho e energia elétrica; a água era retirada de uma fonte. Cultivavam milho e mandioca próximo da residência e ela recebia pequenas ajudas financeiras ou na forma de comida e roupa pelo seu trabalho de cura. Eram católicos.

No inquérito domiciliar, não havia medicamentos em sua casa.

Oliveira (1996), abordando as questões do xamanismo e dos curadores *Kaingáng*, descreveu minuciosamente o caso de Irene, desde os trabalhos em sua “Casa de Culto” até a consolidação da “Igreja da Saúde”, onde além da curandeira participavam ativamente os índios Pedro e Francisco. Como observou a autora, Irene mantinha um espaço específico para as suas obrigações de cura, com uma clientela que podia variar entre os *Kaingáng* (os católicos) e membros não índios das comunidades vizinhas à T.I. Em que pesem as diferenças ocorridas entre os rituais e procedimentos terapêuticos da “Casa de Culto” e os da “Igreja da Saúde”, alguns elementos da cosmologia *Kaingáng* sempre estiveram presentes, como o uso da medicina indígena (remédios de plantas e regras de dieta), o catolicismo popular (principalmente o Divino Espírito Santo e o Santo Antonio) e a figura do monge São João Maria (importante referência da Guerra do Contestado) (Oliveira, 1996).

Irene já não tinha mais a sua “Igreja da Saúde” na aldeia Sede e Pedro e Francisco haviam se afastado. Para ela, todos na Sede já estavam curados, não necessitando portanto que fizesse seus “trabalhos”. Fazia em torno de um mês que se deslocava três vezes por semana até a aldeia Pinhalzinho, onde “a coisa tá braba (...) Muito pesado, os doentes, complicado”. Lá, não estaria mais fazendo o “remédio”, pois as orações e a “garantia da cura” eram suficientes. Os guias espirituais eram o Divino Espírito Santo, a N.S. Aparecida e o São Sebastião. Colocou como condição para continuar no Pinhalzinho o recebimento de ajuda financeira ou na forma de comida e

roupa. Se não desse certo, iria trabalhar na roça. Uma índia moradora do Pinhalzinho comentou que o pessoal dessa aldeia estava insatisfeito com a curandeira Irene, pois ela não estaria comparecendo aos encontros marcados.

Assim como o médico que consulta e vê as doenças com seus aparelhos, receitando o medicamento da farmácia, Irene disse que também consultava para dar os seus remédios, usando como “aparelhos” o rosário, a água em um copo de vidro (“*vejo a doença*”) e a vela acesa. A pessoa nem precisava contar para ela o problema, pois via no corpo, estando ou não presente. Agora, com mais poderes dados por Deus, era mais forte, podendo curar somente com as orações e “*operações*”, a não ser que a pessoa estivesse muito doente, quando então ainda receitava um pouco de remédio (“*só meia garrafa*”); conforme a doença e sua gravidade, o retorno era imprescindível. Nessa nova fase, o doente não precisava fazer dieta de espécie alguma, podendo comer e beber à vontade, inclusive bebida alcoólica.

Os remédios, quando necessários, ainda eram feitos com plantas do “*mato virgem*”, cozidas, à semelhança do período da “Igreja da Saúde”. Aprendeu com São João Maria e sozinha, recebendo diretamente de Deus, salientando que “*os remédios são dos antigos, dos índios puros*”. Segundo ela, como “*ninguém me ensinou a dar remédio, então eu também não mostro para os outros*”.

11. João

O curador João, 66 anos, e sua mulher moravam em um barraco de plástico com uma filha e dois netos, muito próximos do rio Lava Pé, onde tomavam banho, lavavam a roupa e pegavam água para consumo. Os dois eram aposentados e ainda faziam artesanato. Cultivavam ao redor da casa e criavam algumas galinhas. Eram católicos.

Na casa de João foram encontrados um envelope de Sais de reidratação oral® e um vidro sem rótulo, com metade de seu conteúdo, ambos dispensados por um funcionário da “Enfermaria” para uma das crianças.

12. Margarida

A *Kaingáng* Margarida, 60 anos, vivia com sua filha, genro e neto quando do inquérito em novembro. Em dezembro, havia voltado para sua pequena casa próxima a de sua filha. As duas casas eram construídas precariamente, com restos de madeira e cobertura de plástico e zinco, localizadas próximas ao encontro dos rios Jacu e Lava Pé. Nenhuma tinha assoalho e os móveis restringiam-se a uma cama do tipo tarimba e

prateleiras construídas de madeira. Na primeira, Margarida dormia no chão, próxima do fogo; na sua casa, havia uma tarimba e seus pertences, assim como os medicamentos, ficavam guardados em sacos e balaios. O fogo permanecia aceso quando tinha alguém em casa. Margarida relatou que já havia bebido muita “pinga” até ter ganhado a sua última filha de 18 anos. A gravidez teria sido muito difícil, obrigando-a a ser hospitalizada. Desde então, usava os medicamentos da farmácia.

No inquérito, foram observados os medicamentos Sulfato ferroso® e a Dipirona® de Margarida e Benzoato de benzila®, Mebendazol® e Dramavit B6® do neto de 1 ano. Todos os medicamentos estavam com suas embalagens bastante sujas.

13. Maria

A índia Maria, 46 anos (segundo a carteira de identidade), viúva, vivia em uma pequena casa com 6 filhos (idades entre 1 e 16 anos) de dois casamentos. A casa era construída com restos de madeira e pedaços de zinco, com cobertura de plástico. Não tinham energia elétrica e a água era de uma fonte. Os móveis eram mínimos, com camas do tipo tarimba. A principal renda provinha da pensão de viúva, mas ainda possuíam uma roça, cuidada pelo filho mais velho. Todos eram católicos.

No inquérito, foram registrados os medicamentos Metronidazol® suspensão, Eritromicina® suspensão e Cimetidina® comprimidos. Todos haviam sido dispensados sem prescrição na “Enfermaria”.

14. Marisa

Marisa, índia de 33 anos, seu marido também índio e os três filhos (1, 5 e 11 anos) moravam há 2 anos na pequena casa de um cômodo, dividido entre cozinha e quarto por um armário. As paredes e o assoalho eram de madeira, com cobertura de telhas de amianto; não existia banheiro; a energia elétrica estava presente, mas a água era retirada de uma fonte relativamente próxima da casa (essa também localizava-se a pouca distância do grande açude). Possuíam uma geladeira, uma televisão P & B, fogão a lenha e uma moto; os móveis eram mínimos. Marisa e o marido eram evangélicos, porém de templos diferentes (ela da Assembléia de Deus e ele da igreja Unida de Jesus).

O sustento da família era obtido através do cultivo de roça, seja para a subsistência como para a venda (soja). Ainda criavam galinhas, uma porca e três vacas leiteiras.

Durante o inquérito domiciliar, havia na casa 4 medicamentos, sendo que dois deles eram Sulfametoxazol + Trimetoprima® nas formas de comprimido e de suspensão; os restantes pertenciam a outros dois grupos terapêuticos. Na segunda visita, havia somente um frasco quase vazio de Sulfametoxazol + Trimetoprima®.

15. Marta

Marta, uma não índia de 34 anos, morava em uma pequena casa com seu marido índio e os 4 filhos com idades entre 1 e 17 anos. A casa assoalhada e de madeira, com telhas de amianto, localizava-se à beira da estrada principal (Bom Jesus – aldeia Samburá – Entre Rios). Ela conheceu o marido em Pato Branco (PR) e fazia 18 anos que morava na T.I. Xapecó e na casa atual há 6 ou 7 meses. Segundo ela, os dois filhos adolescentes eram mais saudáveis em comparação aos dois menores, que inclusive foram hospitalizados algumas vezes. A mudança para a aldeia Sede teria sido por causa da facilidade de levar as crianças ao médico. Os filhos estavam aprendendo o idioma na escola. Todos na casa eram católicos.

O único cômodo da casa era dividido por um armário e cortinas de pano. Não tinham luz elétrica nem água encanada, abastecendo-se a partir de uma fonte natural; não havia banheiro. Possuíam um rádio, um fogão a lenha, duas bicicletas, além de móveis como sofá, mesa e cadeiras, armário com pia. Cultivavam roça para subsistência e para a venda (soja), assim como uma pequena horta próxima de casa. Ainda criavam galinha. Nem ela nem o marido tinham um emprego fixo, trabalhando eventualmente em roças de terceiros e fazendo artesanato (a filha mais velha também ajudava fazendo balaios).

No inquérito domiciliar, foram encontrados em sua casa três frascos de Dipirona® de diferentes laboratórios e dois vidros de Amoxicilina® (pó para suspensão oral). Na segunda visita, havia Tegretol®, Diclofenaco®, Ductopan®, loção de Calamina®, Dipirona® (três frascos), Ciclo 21®, Sulfametoxazol + Trimetoprima® e Sais de reidratação oral®.

16. Mirian

A *Kaingáng* Mirian, 38 anos, morava em uma pequena casa de madeira com seu filho de 10 anos. Não recebiam energia elétrica e a água vinha de uma fonte. Ela e uma irmã mantinham uma roça no interior da T.I., onde plantavam para a subsistência e quando sobrava vendiam; Mirian passava dias na roça quando era época do cultivo.

Ainda criava galinhas e uma cabeça de gado. Ela tinha seqüelas de poliomielite e por isso recebia um auxílio financeiro da previdência nacional.

No inquérito, havia os medicamentos Hidantal®, Dramin B6® e Novalgina®, receitados pelo médico psiquiatra de Xanxerê após sua internação e comprados pela atendente 1 da “Enfermaria”; estavam sendo guardados no paiol da roça.

17. Pedro

O índio Pedro, 75 anos, e sua esposa Rosa viviam em uma casa de 5 cômodos, assoalhada, com luz elétrica, porém água obtida de fonte. Moravam com eles a filha adotiva com seus dois filhos (5 meses e 4 anos), um outro filho adotivo (14 anos) e um neto (18 anos). Plantavam para a subsistência e criavam galinhas e um porco. Os dois eram aposentados. Todos na casa eram católicos.

Durante o inquérito domiciliar, foram observados uma bisnaga de Dexametasona® creme, dispensada por um dos funcionários da “Enfermaria” e um vidro de Salbutamol®, com validade vencida, também obtido na “Enfermaria”.

Pedro foi o outro curador descrito no trabalho de Oliveira (1996) e que participou da “Igreja da Saúde”. Esse *Kaingáng* é uma das principais referências quando se trata da cultura desse grupo, legitimado tanto pela própria comunidade indígena como pelos inúmeros pesquisadores que por lá já passaram. Conhece mitos, descreve rituais, faz batismos, realiza benzeduras e prescreve remédios. Além disso, é engajado politicamente, nas lutas pelos direitos dos índios e pela retomada de antigas terras tradicionais.

18. Olga

A índia Olga, de 76 anos, nasceu na T.I. Xapecó, mas foi criada em Pato Branco, entre os “*gringos*” como ela salientou, tendo voltado à área indígena há 17 anos. Dividia sua casa com o marido não índio e na primeira visita ainda com sua filha e neta, que esperavam o término da construção da casa própria. A casa de madeira e assoalhada, era dividida em dois cômodos, mas possuíam um anexo, chamado de paiol, onde guardava a colheita e fazia o fogo de chão. Não havia luz elétrica e a água era trazida de uma fonte. Cultivavam na roça para uso próprio e para a venda (soja), além de manterem uma horta bem cuidada próxima da casa. Criavam galinhas, dois porcos e uma vaca. O casal era aposentado e Olga ainda fazia artesanato. Eram católicos.

No inquérito, havia na casa um frasco de Sulfametoxazol + Trimetoprima® e dois envelopes de Sais de reidratação oral® da neta que passava um período na casa, ambos fornecidos sem prescrição na “Enfermaria”.

19. Virgínia

A especialista em benzeduras e remédios de plantas Virgínia, com idade aproximada de 60 anos, vivia na aldeia Pinhalzinho com seu marido e filho mais jovem. Próximo à casa, mantinha uma horta medicinal bastante variada, de onde retirava alguns dos ingredientes de suas formulações. Ela fazia seus trabalhos para os índios, de quem não cobrava, e também para não índios, dos quais cobrava R\$ 10,00 pelo litro de remédio (as benzeduras eram gratuitas). Viajava constantemente entre os municípios da região, a pedido de pessoas que se tratavam com ela. Também, era muito solicitada a ensinar seus conhecimentos, como fez durante algum tempo no ano de 1999 aos alunos da escola da aldeia Sede.

FICHA DOMICILIAR – DADOS DEMOGRÁFICOS GERAIS

CASA N.

DATA DA VISITA: ____/____/____

Constituição familiar:

N.	Identif	Nome	Sexo	Datanasc	Nomepai	Nomemae	Escolaridade	Trabalho

Observações: _____

Informante: _____

PESQUISA DOMICILIAR (Dados socioeconômicos)

CASA N.

DATA DA VISITA: ____/____/____

SE1. Tipo de casa

SE1.1. Paredes:

1. Madeira 2. Alvenaria 3. Plástico 4. Outra: _____

SE1.2. Cobertura:

1. Telhas cerâmicas 2. Telhas de amianto 3. Plástico 4. Zinco 5. Outra: _____

SE1.3. Assoalho:

Sim = 1 Não = 2 Misto = 3

SE1.4. Banheiro:

1. Dentro de casa completo 2. Dentro de casa (só chuveiro) 3. Dentro de casa (só privada)

4. Fora de casa com casinha 5. Fora de casa sem casinha 6. Outro: _____

SE1.5. Número de cômodos:

1. Um 2. Dois 3. Três 4. Quatro 5. Cinco 6. Mais de cinco

SE2. Energia elétrica: Sim = 1 Não = 2

SE3. Qual a principal fonte de água para os membros da casa:

1. Encanada dentro 2. Encanada fora 3. Encanada pública 4. Rio 5. Fonte

6. Chuva 7. Poço 8. Outra: _____

SE4. Quais dos seguintes itens existem na casa:

	Sim = 1	Não = 2	Quantidade	Observações
a. Geladeira	a.	<input type="checkbox"/>	_____	_____
b. Rádio	b.	<input type="checkbox"/>	_____	_____
c. Toca fitas	c.	<input type="checkbox"/>	_____	_____
d. CD player	d.	<input type="checkbox"/>	_____	_____
e. Televisão a cores	e.	<input type="checkbox"/>	_____	_____
f. Televisão P & B	f.	<input type="checkbox"/>	_____	_____
g. Vídeo cassete	g.	<input type="checkbox"/>	_____	_____
h. Fogão a lenha	h.	<input type="checkbox"/>	_____	_____
i. Fogão de chão	i.	<input type="checkbox"/>	_____	_____
j. Fogão a gás	j.	<input type="checkbox"/>	_____	_____
l. Bicicleta	l.	<input type="checkbox"/>	_____	_____
m. Moto	m.	<input type="checkbox"/>	_____	_____
n. Carro	n.	<input type="checkbox"/>	_____	_____
o. Sofá/poltrona	o.	<input type="checkbox"/>	_____	_____
p. Máquina lavar/"tanquinho"	p.	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Outros (qual/quantidade):	_____			

SE5. Qual igreja freqüentam os membros da casa:

SE6. Atividades de agricultura:

Roça: _____

Uso: Próprio Venda

Horta: _____

SE7. Criação de animais:

Algumas questões utilizadas nas entrevistas feitas em 19 domicílios.

1. Para cada medicamento em sua casa, você pode dizer para que utiliza (usar os termos nativos), como utiliza (modos de administração), com qual frequência, quem utiliza (observar se há prioridades na escolha de quem irá utilizar os medicamentos).
2. Quais são os locais que você pode adquirir medicamentos? Quais são as vantagens e desvantagens de cada um?
3. Você usa também remédios do mato? Você os têm em casa? Pode mostrar? Fale sobre cada um deles (buscar as informações segundo preconiza o método proposto por ETKIN, N.L., 1993. *Anthropological methods in ethnopharmacology. Journal of Ethnopharmacology*, 38: 93-104).
4. Onde você procura ajuda quando está doente ou quando alguém da sua família está doente?
5. Quando você ou alguém em sua casa está doente, vocês utilizam medicamentos por conta própria? Existe alguma doença em que você utiliza medicamento por conta própria? Por que?



Ministério da Saúde
Comissão de Ética
Escola Nacional de Saúde Pública
Fundação Oswaldo Cruz

COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER N°016

I - IDENTIFICAÇÃO:

Projeto: Entendimento e práticas sobre medicamentos em um contexto indígena: os Kaingang de Santa Catarina.

Aluna: Eliana Elisabeth Diehl

Orientador: Ricardo Ventura Santos

As demandas feitas pelo CEP-ENSP em parecer anterior dado a este projeto foram satisfatoriamente atendidas.
O projeto será enviado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa CONEP.

PARECER: APROVADO

Rio de Janeiro, 24 de novembro de 1999.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Margareth Crisóstomo Portela
COORDENADORA DA COMISSÃO DE ÉTICA ENSP/FIOCRUZ



Fundação Nacional do Índio
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

OFÍCIO Nº 133 CGEP

Brasília, 24 de agosto de 1999.

Prezada Senhora,

Cumprimentando-a, estamos encaminhando em anexo, original da autorização para Ingresso em Terra Indígena Nº 45 /GEP/99, concedida por esta Fundação, em nome da Senhora Eliana Elizabeth Diehl.

Atenciosamente,

Mari de Nasaré Baiocchi

Coordenadora – Geral de Estudos e Pesquisas – CGEP

Senhora,
Profª. ELIANA ELIZABETH DIEHL
Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ
R. Getúlio das Neves, 56, ap. 501
B. Jardim Botânico
Rio de Janeiro – RJ
22461-210

\\GUARANI\DEPTO\CGEP\OFNEliana.doc\ANDRADE

Proc: 1391/99

TERMO DE CONSENTIMENTO

O projeto de pesquisa “Entendimentos e Práticas sobre Medicamentos em um Contexto Indígena: os *Kaingang* de Santa Catarina”, a ser realizado por Eliana Elisabeth Diehl na Terra Indígena Xaçepó (município de Ipuçu), foi lido por esta chefia e lideranças da comunidade.

Entendemos que a pesquisa tem o objetivo de investigar como os *Kaingang* usam os medicamentos e como o consumo está relacionado com a medicina oficial e a medicina tradicional. Foi explicado pela pesquisadora que os medicamentos aqui tratados são aqueles preparados em indústrias farmacêuticas ou eventualmente em farmácias e que respeitam exigências da lei e da técnica farmacêutica.

Estamos cientes de que a pesquisa constará de coleta de dados demográficos das populações residentes nas aldeias Xaçepozinho e Pinhalzinho, bem como de dados sobre os medicamentos presentes na Enfermaria da aldeia Xaçepozinho e nos domicílios dos índios. Também estamos cientes da realização de entrevistas com os especialistas tradicionais de cura (curadores, pajés-curadores e parteiras), assim como do acompanhamento de alguns casos de diarreia em crianças.

A pesquisadora se comprometeu em fornecer a cada participante todos os esclarecimentos sobre a coleta dos dados, deixando claro que os procedimentos não são agressivos ou nocivos. Ela também observou que qualquer um dos participantes pode recusar-se em participar da pesquisa, sem danos aos indivíduos direta ou indiretamente envolvidos.

Quanto ao sigilo, a pesquisadora assegurou que ele será garantido, mantendo a privacidade das pessoas quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

Sabemos que não há qualquer despesa para os participantes da pesquisa.

Assim, assinamos este Termo de Consentimento, autorizando a realização da pesquisa.

Ipuçu, 25 de outubro de 1999.

Cacique

Vice-Cacique

Chefe do Posto

Anexo 3.1: Valores mensais (R\$) de recursos federais do SUS (MS, 2001) repassados para o município de Ipuacu (Jan.1999 a Fev.2001).

	janeiro/99	fevereiro/99	março/99	abril/99	maio/99	junho/99	julho/99	agosto/99	setembro/99
Assistência à população indígena	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PACS	1.466,67	1.466,67	1.466,67	1.466,67	1.466,67	1.466,67	1.466,67	1.466,67	2.566,67
PSF	2.333,33	2.333,33	2.333,33	2.333,33	2.333,33	2.333,33	4.666,67	4.666,67	4.666,67
PAB fixo	4.710,00	4.710,00	4.710,00	4.710,00	4.710,00	4.710,00	4.710,00	4.710,00	4.710,00
Farmácia Básica	0,00	0,00	0,00	468,58	468,58	468,58	468,58	466,08	466,08
Vigilância Sanitária	117,75	117,75	117,75	117,15	117,15	117,15	117,15	116,52	116,52
Carência nutricional	270,00	270,00	270,00	270,00	270,00	270,00	270,00	270,00	270,00
Epidemiologia e controle de doenças	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Subtotal (transferências Atenção Básica)	8.897,75	8.897,75	8.897,75	9.365,73	9.365,73	9.365,73	11.699,07	11.695,94	12.795,94
Atendimento ambulatorial (MS)	321,24	321,24	321,24	321,24	321,24	321,24	149,00	149,00	149,00
Subtotal (pagamentos federais)	321,24	321,24	321,24	321,24	321,24	321,24	149,00	149,00	149,00
Total	9.218,99	9.218,99	9.218,99	9.686,97	9.686,97	9.686,97	11.848,07	11.844,94	12.944,94
Cotação do dólar norte-americano (Us\$), média mensal	1,52	1,91	1,90	1,69	1,68	1,76	1,80	1,88	1,90

(Continuação Anexo 3.1)

	outubro/99	novembro/99	dezembro/99	janeiro/00	fevereiro/00	março/00	abril/00	maio/00	junho/00
Assistência à população indígena	0,00	0,00	14.600,00	14.600,00	14.600,00	14.600,00	14.600,00	14.600,00	29.200,00
PACS	2.566,67	2.566,67	2.566,67	2.566,67	2.566,67	2.566,62	2.566,62	2.566,62	2.566,62
PSF	4.666,67	9.000,00	9.000,00	9.000,00	9.000,00	9.000,00	9.000,00	9.000,00	9.000,00
PAB fixo	4.710,00	4.710,00	4.710,00	4.710,00	4.710,00	4.710,00	4.710,00	4.710,00	4.710,00
Farmácia Básica	466,08	466,08	466,08	466,08	466,08	466,08	466,08	466,08	466,08
Vigilância Sanitária	116,52	116,52	116,52	116,52	116,52	116,52	116,52	116,52	116,52
Carência nutricional	270,00	270,00	270,00	270,00	270,00	270,00	270,00	270,00	270,00
Epidemiologia e controle de doenças	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Subtotal (transferências Atenção Básica)	12.795,94	17.129,27	31.729,27	31.729,27	31.729,27	31.729,22	31.729,22	31.729,22	46.329,22
Atendimento ambulatorial (MS)	750,58	324,88	485,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Subtotal (pagamentos federais)	750,58	324,88	485,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	13.546,52	17.454,15	32.214,37	31.729,27	31.729,27	31.729,22	31.729,22	31.729,22	46.329,22
Cotação do dólar norte-americano (Us\$), média mensal	1,97	1,93	1,84	1,80	1,77	1,74	1,77	1,83	1,81

(Continuação Anexo 3.1)

	julho/00	agosto/00	setembro/00	outubro/00	novembro/00	dezembro/00	janeiro/01	fevereiro/01	Subtotal
Assistência à população indígena	0,00	14.600,00	0,00	14.600,00	14.600,00	29.200,00	0,00	14.600,00	204.400,00
PACS	2.566,62	2.566,62	2.566,62	2.566,62	2.566,62	2.566,62	2.566,62	2.566,62	57.932,82
PSF	9.000,00	9.000,00	9.000,00	9.000,00	9.000,00	9.000,00	9.000,00	9.000,00	176.666,66
PAB fixo	4.710,00	4.710,00	4.710,00	4.710,00	4.710,00	4.710,00	4.686,00	4.686,00	122.412,00
Farmácia Básica	466,08	466,08	466,08	466,08	466,08	466,08	463,67	463,67	10.725,02
Vigilância Sanitária	116,52	116,52	116,52	116,52	116,52	116,52	115,92	115,92	3.034,53
Carência nutricional	270,00	270,00	270,00	270,00	0,00	270,00	270,00	270,00	6.750,00
Epidemiologia e controle de doenças	0,00	0,00	916,67	1.140,39	916,67	916,67	0,00	916,67	4.807,07
Subtotal (transferências Atenção Básica)	17.129,22	31.729,22	18.045,89	32.869,61	32.375,89	47.245,89	17.102,21	32.618,88	586.728,10
Atendimento ambulatorial (MS)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.935,00
Subtotal (pagamentos federais)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.935,00
Total	17.129,22	31.729,22	18.045,89	32.869,61	32.375,89	47.245,89	17.102,21	32.618,88	590.663,10
Cotação do dólar norte-americano (Us\$), média mensal	1,80	1,81	1,84	1,88	1,95	1,96	1,95	2,00	

Anexo 3.2: Valores mensais (R\$) de recursos federais do SUS (MS, 2001) repassados para o município de Entre Rios (Jan.1999 a Fev.2001).

	janeiro/99	fevereiro/99	março/99	abril/99	maio/99	junho/99	julho/99	agosto/99	setembro/99
Assistência à população indígena	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PACS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PSF	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PAB fixo	2.242,50	2.242,50	2.242,50	2.242,50	2.242,50	2.242,50	2.242,50	2.243,00	2.243,00
Farmácia Básica	0,00	0,00	0,00	220,33	220,33	220,33	220,33	216,42	216,42
Vigilância Sanitária	56,06	56,06	56,06	55,08	55,08	55,08	55,08	54,10	54,10
Carência nutricional	292,50	292,50	292,50	292,50	292,50	292,50	292,50	292,50	292,50
Epidemiologia e controle de doenças	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Subtotal (transferências Atenção Básica)	2.591,06	2.591,06	2.591,06	2.810,41	2.810,41	2.810,41	2.810,41	2.806,02	2.806,02
Atendimento ambulatorial (MS)	33,84	33,84	33,84	22,56	33,84	33,84	33,84	0,00	6,00
Subtotal (pagamentos federais)	33,84	33,84	33,84	22,56	33,84	33,84	33,84	0,00	6,00
Total	2.624,90	2.624,90	2.624,90	2.832,97	2.844,25	2.844,25	2.844,25	2.806,02	2.812,02
Cotação do dólar norte-americano (Us\$), média mensal	1,52	1,91	1,90	1,69	1,68	1,76	1,80	1,88	1,90

(Continuação Anexo 3.2)

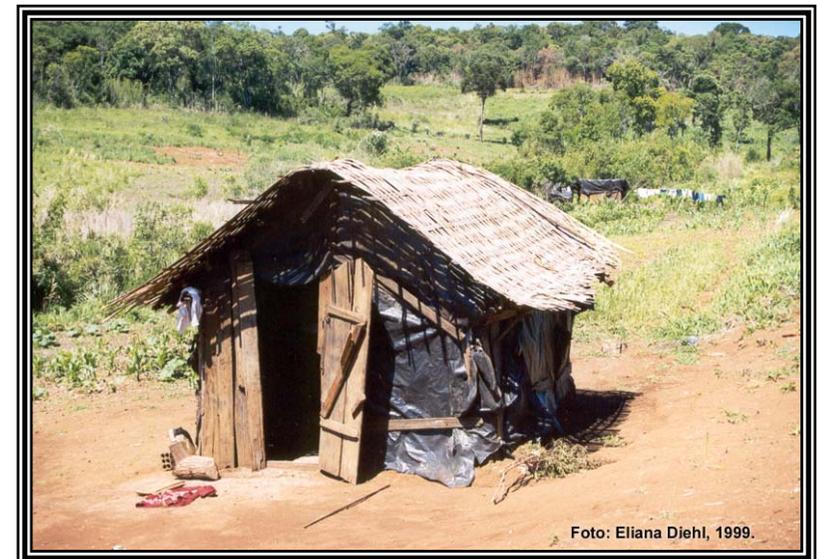
	outubro/99	novembro/99	dezembro/99	janeiro/00	fevereiro/00	março/00	abril/00	maio/00	junho/00
Assistência à população indígena	0,00	0,00	0,00	8.450,00	8.450,00	8.450,00	8.450,00	2.350,00	10.800,00
PACS	0,00	1.283,33	1.283,33	1.100,00	1.100,00	1.099,98	1.099,98	1.099,98	1.099,98
PSF	0,00	9.500,00	9.500,00	4.500,00	4.500,00	4.500,00	4.500,00	4.500,00	4.500,00
PAB fixo	2.243,00	2.243,00	2.243,00	2.243,00	2.243,00	2.243,00	2.243,00	2.243,00	2.243,00
Farmácia Básica	216,42	216,42	216,42	216,42	216,42	216,42	216,42	216,42	216,42
Vigilância Sanitária	54,10	54,10	54,10	54,10	54,10	54,10	54,10	54,10	54,10
Carência nutricional	292,50	292,50	292,50	292,50	292,50	292,50	292,50	292,50	292,50
Epidemiologia e controle de doenças	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Subtotal (transferências Atenção Básica)	2.806,02	13.589,35	13.589,35	16.856,02	16.856,02	16.856,00	16.856,00	10.756,00	19.206,00
Atendimento ambulatorial (MS)	6,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Subtotal (pagamentos federais)	6,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	2.812,02	13.589,35	13.589,35	16.856,02	16.856,02	16.856,00	16.856,00	10.756,00	19.206,00
Cotação do dólar norte-americano (Us\$), média mensal	1,97	1,93	1,84	1,80	1,77	1,74	1,77	1,83	1,81

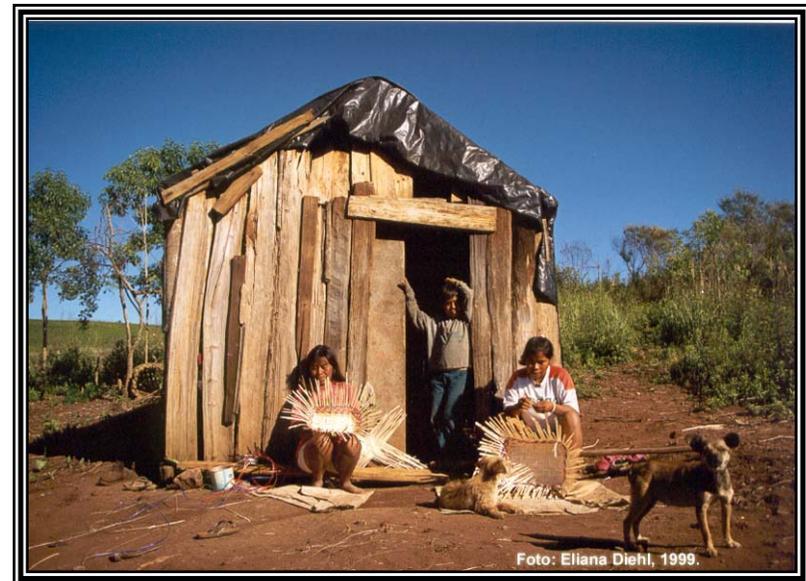
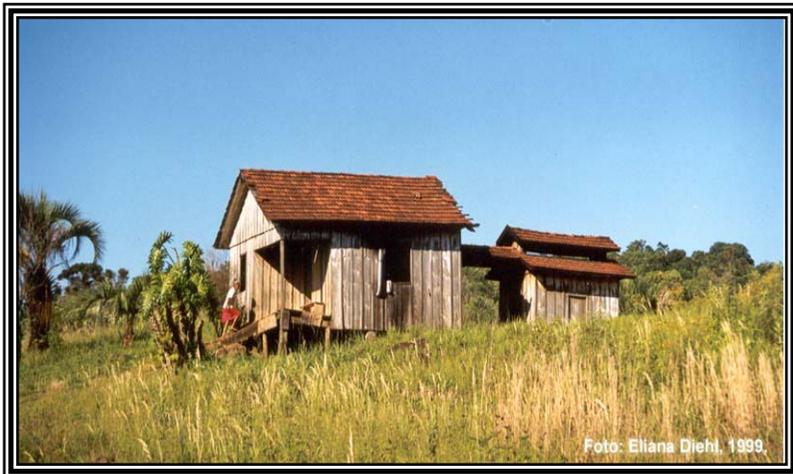
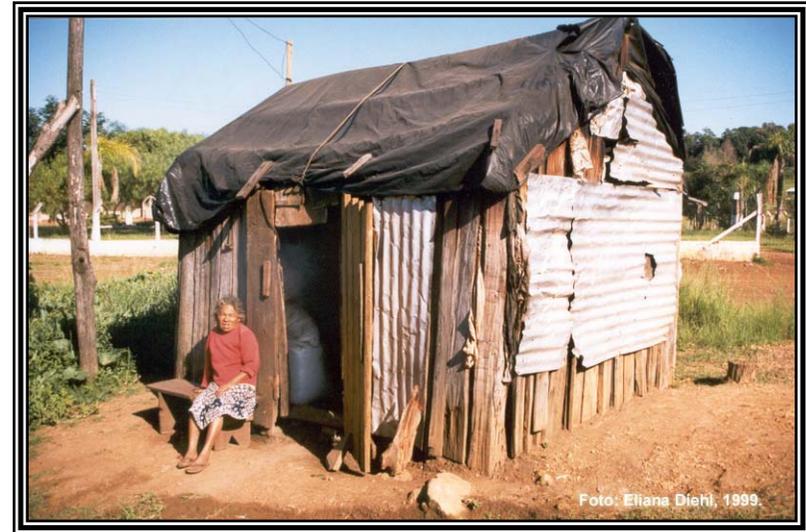
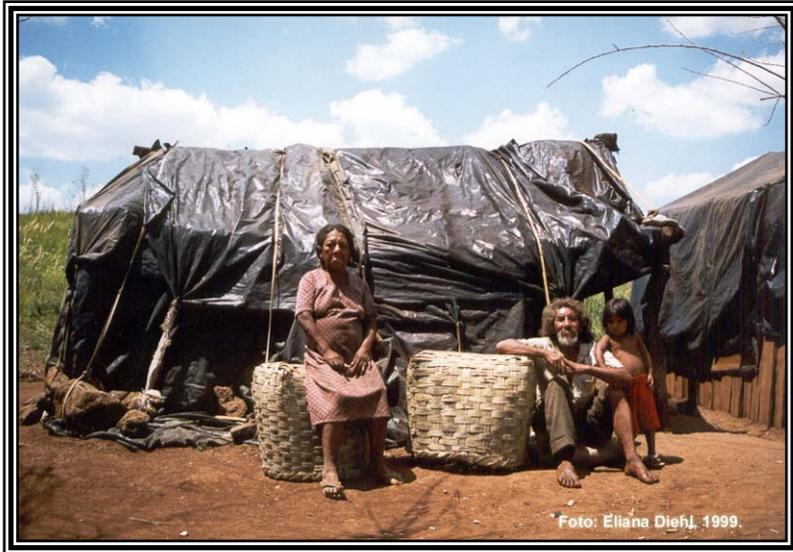
(Continuação Anexo 3.2)

	julho/00	agosto/00	setembro/00	outubro/00	novembro/00	dezembro/00	janeiro/01	fevereiro/01	Subtotal
Assistência à população indígena	0,00	5.400,00	0,00	5.400,00	5.400,00	10.800,00	0,00	5.400,00	79.350,00
PACS	1.099,98	1.099,98	1.099,98	1.099,98	1.099,98	0,00	0,00	0,00	14.666,48
PSF	4.500,00	4.500,00	4.500,00	4.500,00	4.500,00	0,00	0,00	0,00	68.500,00
PAB fixo	2.243,00	2.243,00	2.243,00	2.243,00	2.243,00	2.243,00	2.203,00	2.203,00	58.234,50
Farmácia Básica	216,42	216,42	216,42	216,42	216,42	216,42	212,50	212,50	4.985,46
Vigilância Sanitária	54,10	54,10	54,10	54,10	54,10	54,10	53,13	53,13	1.414,46
Carência nutricional	292,50	292,50	292,50	292,50	0,00	292,50	292,50	292,50	7.312,50
Epidemiologia e controle de doenças	0,00	0,00	523,84	627,72	523,84	523,84	0,00	523,84	2.723,08
Subtotal (transferências Atenção Básica)	8.406,00	13.806,00	8.929,84	14.433,72	14.037,34	14.129,86	2.761,13	8.684,97	237.186,48
Atendimento ambulatorial (MS)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	237,60
Subtotal (pagamentos federais)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	237,60
Total	8.406,00	13.806,00	8.929,84	14.433,72	14.037,34	14.129,86	2.761,13	8.684,97	237.424,08
Cotação do dólar norte-americano (Us\$), média mensal	1,80	1,81	1,84	1,88	1,95	1,96	1,95	2,00	



Uma vista da aldeia Sede.





As doenças que os médicos não curam: míngua e amarelão

Apesar das divergências de opinião, nas conversas em torno do “*remédio do mato*”, houve unanimidade sobre algumas doenças que não são passíveis de cura pelo médico, como a míngua e o amarelão, categorias nativas cuja correspondência biomédica é a anemia, como salientado por alguns. Mesmo os índios que mostravam-se céticos em relação ao *venh-kagta* (remédio) do índio referiram-se a essas categorias. Para Angelina, os médicos não curam quando há mais de uma enfermidade, porque ao dar remédio só para uma doença, a outra vai tomando conta.

Para a benzedeira Inês, na míngua, a criança não come e vai terminando o sangue. Ela nunca havia visto míngua em adulto. Classificou alguns tipos de míngua:

- (1) Cabeçuda, quando cresce a cabeça da criança;
- (2) Macaquinho, quando a criança fica dobrada, seca;
- (3) Peludinha, quando nasce pêlo;
- (4) Arquinha, quando a criança fica arcada, sendo parecida com a míngua macaquinho.

Segundo ela, é possível ter mais de um tipo de míngua ao mesmo tempo e quando há muita míngua, “*a pele gruda ao redor dos olhos e a testa fica saltada*”.

As etiologias da míngua poderiam ser a diarreia constante, a presença de vermes, a má alimentação e maus cuidados por parte da mãe.

Para diagnosticar a presença de míngua, citou três técnicas:

- (1) A criança levanta o braço direito e com um fio de linha mede da ponta da mão direita até o pé esquerdo; repete com o braço esquerdo levantado, medindo da mão até o pé direito. Não tem míngua quando as duas medidas são iguais, isto é, “*se sobrar tem míngua*”;
- (2) Deita a criança no colo de bruços (decúbito dorsal) e dobra o braço direito e a perna esquerda, tentando encostar a mão e o pé. Se encostar, não tem míngua. Porém, se tem míngua, “*pode quebrar as juntas e não encosta*”;
- (3) A curandeira/benzedeira mede por palmos no seu próprio braço, na parte interna, desde a altura do cotovelo (a) até a ponta dos dedos (b). Se não alcançar exatamente a ponta do dedo, é porque tem míngua. Nesse caso, conta “*quantos dedos*” de míngua a criança tem (c). Por essa técnica, a criança não precisa estar junto, bastando dar o seu nome. Por exemplo, se tem três ou mais dedos de míngua, a doença já está tomando conta (c):



(a)



(b)



(c)

O tratamento que Inês fazia para a minguia era o benzedura, cujo número dependia da quantidade de doença: três dedos fazia 9 benzeduras, dois dedos precisavam 6 benzeduras e um dedo três ou 4 benzeduras. Além disso, a mãe tinha que fazer o “*puxamento*” com um preparado à base de azeite, vinagre, arruda e manjerona. Inês não cobrava pelo tratamento, mas salientou que outras benzedadeiras e curandeiras cobravam e que “*se não pagar a minguia volta, de certo a velhinha [a curandeira] manda de volta*”.

A dieta prescrita proibia o banho frio (pois o “*puxamento*” era com a preparação quente), a carne e gordura de porco, a “*vitamina da farmácia*”. Essa só poderia ser dada após a cura da minguia. A “*vitamina*” que ela mais tinha “*fê*” era o Sulfato ferroso® comprimido, para adultos; no caso das crianças, existiam as gotas, que eram fortes e as crianças não gostavam muito.

Quando a doença é o amarelão, Inês disse que

“o sangue vai diminuindo, vai virando água, tem fraqueza, tontura, dor de estômago, dor de cabeça, vômito, dor nas pernas (...) dá mais em adulto ou criança de nove-dez anos (...) dá diarreia quando tá tomando conta”.

O amarelão era diagnosticado através da linha, à semelhança da míngua, e o tratamento era o benzedura com oração diferente da míngua.

Para a remedieira Virgínia, a míngua aparecia quando o amarelão não era curado. Já o amarelão era uma doença provocada por descuido na alimentação, inchando a barriga da criança.

Segundo ela, havia os seguintes tipos de míngua:

- (1) Arquinha, quando a criança puxa a perna;
- (2) Peluda, quando cresce pêlo;
- (3) Macaquinho, quando a cabeça cresce, os olhos puxam para trás e come muito, principalmente carne;
- (4) Atravessada, quando as pernas cruzam;
- (5) Morcego, quando a criança se assusta, não dorme direito, amanhece gritando.

Anexo 6.1: Frequência dos fármacos e marcas comerciais, por grupo farmacológico, prescritos pelo médico A, setembro de 1999 (T.I. Xapecó, SC).

Grupo farmacológico	Fármaco (número de vezes prescrito)	Marca comercial ® (número de vezes prescrita)*
Agente hipolipêmico	Fluvastatina (2)	Lescol 40 mg (2)
Analgésico não opióide	Ácido acetilsalicílico 500 mg (4), Dipirona (15), Paracetamol (10)	
Ansiolítico	Bromazepam 3 mg (2), Diazepam 5 mg (7)	Lexotan 3 mg (2), Valium 5 mg (6), Diazepam NQ 5 mg (1)
Antagonista do sistema renina-angiotensina	Captopril 25 mg (2)	
Anti-secretor gástrico	Cimetidina (2), Omeprazol (1)	Loprazol (1)
Anti-séptico bucofaringeo	Benzidamina (1)	Flogoral colutório (1)
Antiácido	Hidróxido de alumínio (6)	
Antianêmico	Sulfato ferroso (18)	
Antiarrítmico	Amiodarona 200 mg (1)	Ancoron 200 mg (1)
Antiasmático	Aminofilina 100 mg (3), Fenoterol (3), Salbutamol (2)	Berotec (3)
Antibacteriano (cefalosporinas)	Cefalexina 500 mg (6)	Keflex 500 mg (2)
Antibacteriano (outros)	Eritromicina 500 mg (1)	
Antibacteriano (penicilinas)	Amoxicilina 500 mg (6), Ampicilina 500 mg (25), Penicilina G procaína + Penicilina G potássica (7)	Despacilina (7)
Antibacteriano (sulfa e anti-séptico urinário)	Sulfametoxazol + Trimetoprima (3)	
Anticonvulsivante	Carbamazepina 200 mg (5), Fenitoína (1), Fenobarbital 100 mg (2)	Tegretol 200 mg (5), Hidantal (1), Gardenal (1)
Antiemético	Dimenidrato (3), Metoclopramida (8)	Dramin (3), Plasil 10 mg (6)
Antiespasmódico	N-Butilescopolamina (22)	Hioscina (21), Buscopan (1)
Antifúngico local	Metronidazol (3)	
Antigotoso	Alopurinol (1)	Zyloric (1)
Antiinfecioso tópico	Neomicina (1)	
Antiinflamatório não esteroidal	Ácido acetilsalicílico 500 mg (2), Diclofenaco de potássio 15mg/mL (1), Diclofenaco de potássio 50 mg (4), Diclofenaco de sódio 50 mg (17), Diclofenaco de sódio 75 mg (7), Diclofenaco dietilamônio (6)	Biofenac (1), Cataflam emulgel (5), Fenaflan emulgel (1)
Antiparasitário anti-helmíntico	Mebendazol (7)	
Contraceptivo hormonal	Levonorgestrel + Etilestradiol (3), Noretisterona (1)	Microvlar (2), Neovlar (1), Micronor (1)
Descongestionante nasal tópico	Oximetazolina (2)	Afrin (2)
Diurético	Furosemida (1), Hidroclorotiazida (1)	
Escabicida e pediculicida	Benzoato de benzila (2)	
Fluidificante	Carbocisteína (1), Solução fisiológica nasal (2)	Mucofan (1)
Glicosídeo cardíaco	Digoxina 0,25 mg (1)	
Vitamina	Vitaminas e sais minerais (5)	
Associação	Butilescopolamina + Dipirona (1), Butilescopolamina + Paracetamol (9), Dexclorfeniramina + Betametasona (2), Benzoilmetronidazol + Nistatina + Cloreto de benzalcônio (1), Feniltoxicolamina + Fenilpropanolamina + Fenilefrina (3), Feniltoxicolamina + Fenilpropanolamina + Paracetamol (1)	Buscopan Composto (1), Buscopan Plus (9), Celestamine (2), Bio-Vagin (1), Candicort (1), Tandrilax (1), Naldecon (3), Sinutab (1)
Outro	Própolis (2)	
TOTAL DE FÁRMACOS	257	

* Marcas cujo nome não coincide com o nome do fármaco.

Anexo 6.2: Frequência dos fármacos e marcas comerciais, por grupo farmacológico, prescritos pelo médico B, setembro de 1999 (T.I. Xapecó, SC).

Grupo farmacológico	Fármaco (número de vezes prescrito)	Marca comercial ® (número de vezes prescrita)*
Agente ceratolítico	Vaselina salicilada (1)	
Agente pró-cinético	Cisaprida (1)	Prepulsid (1)
Analgésico não opióide	Dipirona (26), Paracetamol (25)	
Anti-séptico e desinfetante	Permanganato de potássio (2), Violeta de genciana (3)	
Antialérgico	Terfenadina (1)	Teldane (1)
Antianêmico	Sulfato ferroso (8)	
Antiasmático	Cetotifeno (1), Fenoterol (16), Salbutamol (5)	Profilasmin pediátrico (1), Berotec (16)
Antibacteriano (outros)	Cloranfenicol (1), Eritromicina (4)	
Antibacteriano (penicilinas)	Amoxicilina (13), Ampicilina (1), Benzilpenicilina benzatina (1)	Amoxil (1), Benzetacil 600.000 UI (1)
Antibacteriano (sulfa e anti-séptico urinário)	Sulfametoxazol + Trimetoprima (23)	
Antiemético	Dimenidrato (10)	Dramin (10)
Antiespasmódico	N-Butilescopolamina (1)	Buscopan (1)
Antifúngico local	Terbinafina (1)	Lamisil (1)
Antifúngico sistêmico	Nistatina (1)	Micostatin (1)
Antiinfecioso tópico	Neomicina (3), Neomicina + Bacitracina (1)	Nebacetin (1)
Antiinflamatório esteroide tópico	Desonida (1), Dexametasona (1)	Desonol (1)
Antiinflamatório não esteroide	Diclofenaco (5)	
Antiparasitário antiamebiano e anti-giardíase	Metronidazol (6)	
Antiparasitário anti-helmíntico	Albendazol (2), Mebendazol (36)	Parasin (1), Zentel (1)
Escabicida e pediculicida	Benzoato de benzila (8), Lindano (1)	Nedax plus (1)
Fluidificante	Solução fisiológica nasal (5), Solução fisiológica (4)	
Reposição hidreletrolítica oral	Sais de reidratação oral (35)	
Vitamina	Vitaminas A, B1, B2, PP, B5, etc. (2)	Protovit (2)
Associação	Cloreto de benzalcônio + Soro fisiológico (1), Mepiramina + Tripelenamina + Pantotenato de cálcio (1), Cetoconazol + Betametasona (1), Isomepteno + Dipirona + Cafeína (1), Vitaminas A e D + Óxido de zinco (2)	Sorine infantil (1), Alergitrat (1), Candicort (1), Neosaldina (1), Hipoglós (2)
Outro	Própolis (2)	
TOTAL DE FÁRMACOS	263	

* Marcas cujo nome não coincide com o nome do fármaco.

Anexo 6.3: Freqüência dos fármacos e marcas comerciais, por grupo farmacológico, dispensados sem receita na "Enfermaria" (T.I. Xaçepó, SC), 15.set-16.out.1999.

Grupo farmacológico	Fármaco (número de vezes prescrito)	Marca comercial ® (número de vezes prescrita)*
Analgésico não opióide	Ácido acetilsalicílico 100 mg (21), Ácido acetilsalicílico 500 mg (60), Dipirona (78), Paracetamol (9)	
Antiácido	Hidróxido de alumínio (9)	
Antianêmico	Sulfato ferroso (1)	
Antiasmático	Aminofilina 100 mg (3), Fenoterol (21), Salbutamol (18)	Berotec (21)
Antibacteriano (outros)	Eritromicina 250 mg (43)	
Antibacteriano (penicilinas)	Amoxicilina (7), Ampicilina (6), Penicilina G procaína + Penicilina G potássica (6)	Despasilina (6)
Antibacteriano (sulfa e anti-séptico urinário)	Sulfametoxazol + Trimetoprima (25)	
Antiemético	Dimenidrato (1), Metoclopramida (9)	Dramin (1), Plasil (1), Plagex (2)
Antiespasmódico	N-butilescolamina (7)	Buscopan (2), Hioscina (5)
Antifúngico sistêmico	Nistatina (1)	
Antiinfecioso tópico	Neomicina + Bacitracina (9), Tiabendazol (1)	Foldan (1)
Antiinflamatório esteroide	Dexametasona (7)	
Antiinflamatório não esteroide	Diclofenaco (4), Diclofenaco de potássio (2)	Fenaren (2)
Antiparasitário anti-helmíntico	Mebendazol (9)	
Antiparasitário antiamebiano e anti-giardíase	Metronidazol (5)	
Anti-secretor gástrico	Cimetidina (11)	
Anti-séptico tópico	Violeta de genciana (2)	
Diurético	Furosemida (4)	
Escabicida e pediculicida	Benzoato de benzila (4)	
Fluidificante	Solução fisiológica nasal (3)	
Reposição hidreletrolítica oral	Sais de reidratação oral (27)	
Vitamina	Vitaminas e sais minerais (2)	
Associação	Cloreto de benzalcônio + Soro fisiológico (2)	Sorine (2)
TOTAL DE FÁRMACOS	417	

* Marcas cujo nome não coincide com o nome do fármaco.

Anexo 6.4: Frequência dos fármacos e marcas comerciais, por grupo farmacológico, encontrados nas casas *Kaingang* (aldeia Sede, T.I. Xapecó, SC), out-nov.1999.

Grupo farmacológico	Fármaco (número de vezes prescrito)	Marca comercial ® (número de vezes prescrita)*
Agente hipolipêmico	Fluvastatina (2)	Lescol 40 mg (2)
Agente pró-cinético	Cisaprida (1)	Prepulsid (1)
Analgésico não opióide	Ácido acetilsalicílico 100 mg (11), Ácido acetilsalicílico 500 mg (6), Ácido mefenâmico (1), Dipirona (45), Paracetamol (14)	Ponstan (1), Anador (4), Dornal (1), Novalgina (1), Tylenol (2)
Analgésico opióide	Tint. de ópio canforado - 0,05% morfina anidra (2)	Elixir Paregórico (2)
Anestésico local	Tetracaína (1)	Dentisan adulto (1)
Ansiolítico	Diazepam 5 mg (8), Diazepam 10 mg (2)	Valium 5 mg (2), Valium 10 mg (2), Diazepam NQ 5 mg (6)
Antagonista do sistema renina-angiotensina	Captopril 12,5 mg (1), Captopril 50 mg (2)	
Antiácido	Bicarbonato de sódio + Ácido cítrico + Carbonato de sódio (1), Carbonato de cálcio + Hidróxido de alumínio (1), Hidróxido de alumínio (11), Hidróxido de alumínio e magnésio (1), Hidróxido de magnésio (1)	Eno sal de fruta (1), Cadrox (1), Leite de Magnésia Phillips (1)
Antialérgico	Dexclorfeniramina (1)	
Antianêmico	Citrato de ferro amoniacal (1), Fumarato ferroso (1), Sulfato ferroso (13), Sulfato ferroso + Vit. C + Complexo B + etc. (1)	Vinho Ferruginoso (1), VI-Ferrin (1), Combiron (1)
Antiasmático	Aminofilina 100 mg (2), Cetotifeno (2), Dipropionato de beclometasona (1), Fenoterol 0,25mg/mL (1), Fenoterol 0,5 mg/mL (1), Salbutamol (21)	Zaditen (1), Profilasmin pediátrico (1), Beclosol spray (1), Berotec infantil (1), Berotec adulto (1)
Antibacteriano (cefalosporinas)	Cefaclor 250 mg (1), Cefalexina 500 mg (6)	Ceclor (1)
Antibacteriano (outros)	Cloranfenicol (5), Eritromicina 500 mg (23), Levofloxacina (1)	Quemicetina (1), Levaquin (1)
Antibacteriano (penicilinas)	Amoxicilina 250 mg (14), Amoxicilina 500 mg (1), Ampicilina 250 mg (5), Ampicilina 500 mg (15), Ampicilina benzatina e sódica (1), Benzilpenicilina benzatina 600.000 (1), Benzilpenicilina benzatina 1.200.000 (3)	Amoxil 250 mg (1), Amplacilina (1), Optacilin 250 injetável (1)
Antibacteriano (sulfa e anti-séptico urinário)	Sulfametoxazol + Trimetoprima (38)	Bactrim (2), Dientrin (1), Trimexazol pediátrico (1)
Anticoagulante tópico	Ácido mucopolissacárido-polissulfúrico (1)	Hirudoid 300 (1)
Anticonvulsivante	Carbamazepina 200 mg (2), Fenitoína (4), Fenobarbital (1), Fenobarbital 100 mg (3)	Tegretol 200 mg (2), Hidantal (4), Gardenal pediátrico (1), Gardenal 100 (3)
Antiemético	Dimenidrato + Vit. B6 (7), Metoclopramida (10), Metoclopramida + Vit. B6 (1)	Dramin B6 (7), Plagex (1), Plasil (3), Vomix (1), Dramavit B6 (1)
Antifisético	Dimeticona (1)	
Antifúngico local	Metronidazol (2)	
Antifúngico sistêmico	Nistatina (2)	
Antiinfecioso oftálmico	Oxitetraciclina (2), Tetraciclina 0,5% (1)	Terramicina (2), Tetraciclina oftálmica (1)
Antiinfecioso tópico	Neomicina + Bacitracina (7), Tiabendazol (2)	Neomicina composta (1), Foldan (2)
Antiinflamatório esteroideal	Dexametasona (3)	Decadron (2)
Antiinflamatório esteroideal tópico	Dexametasona (6), Prednicarboato (1)	Dermatop (1)
Antiinflamatório não esteroideal	Cetoprofeno (1), Diclofenaco de potássio (16), Diclofenaco de sódio (4), Diclofenaco dietilamônio (3), Nimesulida (1)	Profenid (1), Cataflam (2), Deltaren (1), Fenaren (9), Neocoflan (1), Voltrix (1), Cataflam emulgel (1), Fenaflan emulgel (2), Nimesulide (1)
Antiparasitário anti-helmíntico	Albendazol (1), Mebendazol (23)	Zentel dose única (1)
Antiparasitário antiamebiano e anti-giardíase	Metronidazol (7)	
Antiparasitário tricomonicida	Metronidazol (2)	
Antiparkinsoniano	Biperideno (1)	Akineton (1)
Antipsicótico	Levomepromazina 100 mg (1), Periciazina (2), Tioridazina (1)	Neozine (1), Neuleptil pediátrico (2), Melleril 100 mg (1)
Anti-secretor gástrico	Cimetidina (5)	

(Continuação Anexo 6.4)

Grupo farmacológico	Fármaco (número de vezes prescrito)	Marca comercial ® (número de vezes prescrita)*
Anti-séptico tópico	Cetilpiridínio (1), Cloreto de benzalcônio (1), Violeta de genciana (3)	Cepacol menta (1), Mertiolate (1)
Antitussígeno (ação periférica)	Erdosteína (2)	Erdotin pediátrico (2)
Broncodilatador	Acebrofilina (1)	Brondilat pediátrico (1)
Colerético	Ácido ursodesoxicólico (1)	Ursacol 50 mg (1)
Contraceptivo hormonal	Desogestrel + Etinilestradiol (1), Levonorgestrel + Etilestradiol (5)	Microdiol (1), Ciclon (1), Ciclo 21 (1), Evanor (1), Neovlar (2)
Descongestionante nasal tópico	Oximetazolina (2)	Afrin adulto (2)
Diurético	Clortalidona 50 mg (1), Furosemida (1), Hidroclorotiazida 50 mg (1)	Higroton (1)
Escabicida e pediculicida	Benzoato de benzila (9)	
Estrógeno	Estradiol + Noretisterona (1)	Cliane (1)
Fluidificante	Ambroxol (1), Carbocisteína (3), Solução fisiológica nasal (8)	Spectosan (1), Fluitoss (2), Mucolitic pediátrico (1)
Hipnótico/Sedativo	Barbexaclona (1)	Maliasin 100 mg (1)
Medicamento antiemético	Sumatriptano (4)	Sumax (4)
Mineral	Cálcio (lactato e fosfato) + NaF + etc. (1)	Calci-Ped (1)
Reposição hidroeletrolítica oral	Sais de reidratação oral (14)	Hidrabene (2)
Vitamina	Vitamina C 500 mg (1), Polivitamínico (4)	Protovit (3)
Associação	Ácido acetilsalicílico + Bicarbonato de sódio + Ácido cítrico (1), Ácido acetilsalicílico + Cafeína (1), Ácido benzóico + Iodo metalóide + Iodeto de potássio + Licor de Hoffman (1), Benzoato de sódio + Guaicosulfonato de potássio + Balsamo de tolu + Tintura de eucalipto + Xarope de mel (1), Betametasona + Gentamicina + Tolnaftato + Viofórmio (1), Butilbrometo de escopolamina + Dipirona (6), Calamina + Difenidramina + Cânfora + etc (1), Cânfora + Mentol (2), Cânfora + Terebintina + Mentol + Salicilato de metila (1), Cetozonazol + Betametasona (1), Cloranfenicol + Lidocaína (3), Cloreto de benzalcônio + Soro fisiológico (2), Cloreto de benzalcônio + Óxido de zinco + Cânfora (1), Dexametasona + Neomicina (1), Dihidroergocristina + Flunarizina (1), Dimenidrinato + Cloreto de potássio + etc (1), Dimeticona + Camilofina (1), Dimeticona + homatropina (1), Dipirona + Difenidramina (1), Enxofre sublimado + Essência de terebentina (1), Eritromicina + Azuleno (1), Fenilpropranolamina + Fenilefrina + Feniltoloxolamina + etc. (1), Feniltoloxolamina + Fenilpropranolamina + Paracetamol (1), Furazolidona + Difenoxilato + Pectina + etc. (2), Isomepteno + Dipirona + Cafeína (1), Paracetamol + Cloridrato fenilpropranolamina + Maleato clorfeniramina (3), Tetracaína + Mentol + Fenol + Óleo de cravo + Salicilato de bismuto (1), Tirotricina + Clorofila + etc (1), Vitaminas A e D + Óxido de zinco (3), Trietanolamina + 8-Hidroxiquinoleína (1)	Alka-Seltzer (1), Alicura (1), Ácido benzóico composto (1), Cineon infantil (1), Quadrilon (1), Dorscopan (1), Ductopan (1), Buscopan composto (4), Calamina composta (1), Vick Vaporub (1), Loção relaxante e hidratante (1), Massageol (1), Candicort (1), Ouvidonal (3), Sorine infantil (2), Minancora (1), Vertizine D (1), Hidrafix (1), Espasmo Silidron (1), Espasmo Luftal (1), Calmador (1), Gratia Inkas Probatum (1), Eritrex 125 mg (1), Naldecon (1), Sinutab (1), Colestase (2), Sedalgina (1), Descon (3), Um Minuto (1), Anapyon (1), Dermalisan (1), Hipoderman (1), Hipoglós (1), Cerumin (1)
Outro	Alcoolatura de agrião + etc. (1), Iodeto de potássio (1), Própolis (4), Tint. de Archangelica officinalis, Alpinia officinalis, Commiphora myrrha, Rheum palmatum, Gentiana lutea, Aloe ferox, Cinnamomum zeylanicum (2)	Mel-Agrião composto (1), Essência de Vida Olina (2)

TOTAL DE FÁRMACOS

513

* Marcas cujo nome não coincide com o nome do fármaco.

LOCAIS DE ARMAZENAGEM

Observações

Quando se trata da cozinha, considerou-se o ambiente como um todo. Entretanto, a maneira em que eram dispostos variou bastante, desde dentro de caixas, balaios e armários (gavetas) até sobre a geladeira ou em prateleiras nas paredes. No quarto, observou-se o uso de caixas e sacolas penduradas, prateleiras ou armários.

Ainda há que se considerar na questão de armazenagem a conservação dos medicamentos. Aqueles medicamentos que não se conseguiu identificar estavam acondicionados em embalagens bastante avariadas, sem rótulo. Porém, mesmo alguns dos identificados não se apresentavam em condições adequadas de preservação, principalmente comprimidos, cujas cartelas podiam estar rasgadas e o medicamento exposto.

Anexo 6.5: Locais de armazenagem dos medicamentos encontrados nas casas Kaingáng da aldeia Sede (T.I. Xapecó, SC), outubro-novembro de 1999.

Local de armazenagem	n	%
Cozinha	360	68,6
Quarto	144	27,4
Dentro da geladeira	10	1,9
Sala	7	1,3
Roça	3	0,6
Bolso da camisa	1	0,2
Total	525	100,0

PORTARIA Nº 2, DE 24 DE JANEIRO DE 1995
DOU de 25/01/1995

O Secretário de Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade de regulamentar o cumprimento dos arts. 52 e 53 da Medida Provisória nº 731/94, que dispõe sobre o Plano Real, o Sistema Monetário Nacional e dá outras providências;

Considerando a necessidade de aprimorar a relação de produtos de venda sem prescrição médica, constantes da Portaria 02/DIMED, DE 08/09/93;

Considerando a revisão da referida Portaria feita pela Comissão Técnica de Assessoramento em Assuntos de Medicamentos e Correlatos – CRAME, resolve:

Art. 1º – Considerar como medicamentos de venda, sem exigência de prescrição médica, os produtos abrangidos nos grupos terapêuticos especificados na relação anexa.

Art. 2º – Para efeito de enquadramento na categoria de venda livre, de que trata esta Portaria, será considerada a indicação principal do medicamento, constante do respectivo registro ou licença.

Art. 3º – Ficam excluídos da categoria de venda livre, os medicamentos apresentados sob forma farmacêutica para uso injetável, mesmo que integrantes dos grupos terapêuticos constantes da relação anexa a esta Portaria, os quais só poderão ser vendidos sob prescrição médica.

Parágrafo único – Da mesma forma, ficam excluídos da categoria, os produtos novos, de uso sistêmico, os quais, durante o primeiro período de validade de licença correspondente, só poderão ser vendidos mediante prescrição médica.

Art. 4º – Estabelecer o prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data de publicação da presente Portaria, para apresentação de possíveis questionamentos, devidamente fundamentados, visando o seu aperfeiçoamento.

Parágrafo único – Determinar que as propostas, sugestões e questionamentos com vistas ao aperfeiçoamento dos textos, ora apresentados, sejam formalmente enviados para: Dr. João Batista Calixto, Secretário Executivo da Comissão Técnica de Assessoramento em Assuntos de Medicamentos e Correlatos – CRAME, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Rua Ferreira Lima, 72 – CEP 88015-420 – Florianópolis – SC – Fax nº 0482-224164.

Art. 5º – Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

ELISALDO A. CARLINI

ANEXO

MEDICAMENTOS DE VENDA SEM EXIGÊNCIA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA

- I. Profiláticos da cárie.
- II. Anti-sépticos bucais.
- III. Soluções isosmóticas, de cloreto de sódio, para uso oftálmico.
- IV. Produtos para uso oftálmico, com ação emoliente ou protetora. Soluções isosmóticas de cloreto de sódio.

- V. Antiácidos simples, antiácidos com antifiséticos ou carminativos. Antifiséticos simples e carminativos.
- VI. Colagogos e coleréticos.
- VII. Laxantes suavizantes e emolientes. Laxantes incrementadores do bolo intestinal.
- VIII. Abscrventes intestinais.
- IX. Digestivos contendo exclusivamente enzimas.
- X. Suplementos dietéticos com vitaminas. Suplementos dietéticos protéicos. Produtos para dietas especiais.
- XI. Tônicos e reconstituintes para uso oral.
- XII. Vitamina B1. Vitamina B6. Vitamina C. Associações de Vitamina B1 com até três Vitaminas do Complexo B. Complexo B. Associações do Complexo B com até outras três Vitaminas. Polivitâminicos com cinco ou mais Vitaminas. Polivitâminicos com minerais.
- XIII. Hidratantes eletrolíticos orais.
- XIV. Preparações contendo ferro.
- XV. Emolientes e protetores da pele e mucosas. Ceratolíticos e ceratoplásticos. Agentes cicatrizantes, adstringentes e rubefacientes. Anti-sépticos e desinfetantes.
- XVI. Analgésicos não narcóticos.
- XVII. Balsâmicos e mucolíticos. Ungüentos percutâneos. Inalantes tradicionais.
- XVIII. Antiinflamatórios não esteroidais de uso tópico.
- XIX. Produtos fitoterápicos.

(Of. nº 19/95)