

Ewerton Aires de Oliveira

**SABERES, ESPAÇOS E RECURSOS EM SAÚDE: PRÁTICAS DE  
AUTOATENÇÃO FRENTE AOS ADOECIMENTOS EM  
CRIANÇAS KAINGÁNG DA TERRA INDÍGENA XAPECÓ,  
SANTA CATARINA**

Dissertação de Mestrado submetida ao  
Programa de Pós Graduação em Saúde  
Coletiva da Universidade Federal de  
Santa Catarina para a obtenção do  
Grau de Mestre em Saúde Coletiva.  
Orientador: Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliana E. Diehl.

Florianópolis

2012

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Aires-Oliveira, Ewerton  
Saberes, espaços e recursos em saúde [dissertação] :  
práticas de autoatenção frente aos adoecimentos em crianças  
Kaingang da Terra Indígena Xapocó, Santa Catarina / Ewerton  
Aires-Oliveira ; orientadora, Eliana Elisabeth Diehl -  
Florianópolis, SC, 2012.  
152 p. ; 21cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-  
Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde Coletiva. 2. Saúde Coletiva. 3. Saúde de  
Populações Indígenas. 4. Indígenas Kaingang. 5. Práticas de  
Autoatenção. I. Diehl, Eliana Elisabeth. II. Universidade  
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em  
Saúde Coletiva. III. Título.

Ewerton Aires de Oliveira

**JÁ ESTA IMPRESSA**

**SABERES, ESPAÇOS E RECURSOS EM SAÚDE:  
PRÁTICAS DE AUTOATENÇÃO FRENTE AOS  
ADOCIMENTOS EM CRIANÇAS KAINGÁNG DA TERRA  
INDÍGENA XAPECÓ, SANTA CATARINA**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre em Saúde Coletiva”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva.

Florianópolis, 27 de agosto de 2012.

---

Profa. Karen Glazer de Anselmo Peres, Dra.  
Coordenador do Curso

**Banca Examinadora:**

---

Profa. Eliana Elisabeth Diehl, Dra.  
Orientadora  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof. Maurício Soares Leite, Dr.  
Membro Titular  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof. Moacir Haverroth, Dr.  
Membro Titular  
Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária/Acre

---

Prof. Charles Dalcanale Tesser, Dr.  
Membro Suplente  
Universidade Federal de Santa Catarina

**JÁ ESTA IMPRESSA**

Para meus pais, para Lorena e  
Calliandra



## AGRADECIMENTOS

Certamente esse é um momento tão delicado quanto todo o processo de dissertação, talvez porque num espaço pequeno, sem parecer injusto, quero agradecer a muitas pessoas que ao longo de minha vida, direta ou indiretamente, contribuíram para que esse momento fosse possível. Então, antes de agradecer, gostaria de me desculpar por não poder escrever o nome de todos que gostaria.

Agradeço à minha família por todo o apoio nas alegrias e tristezas, em especial à Lorena, minha companheira, que foi a grande incentivadora para que entrasse, e principalmente, concluísse essa missão de tentar mostrar um pouco sobre a vida dos Kaingáng da Terra Indígena Xaçapocó. Agradeço muito a todos os moradores dessa Terra Indígena, que com muita alegria, simplicidade e amor me receberam em suas casas e me deixaram fazer parte de seu cotidiano, carregado de dificuldades, mas também de muitas alegrias e humildade.

À professora Eliana E. Diehl, meus sinceros agradecimentos por toda sua competência, paciência, amizade e dedicação com as quais conduziu a orientação desse trabalho.

Agradeço a todos os amigos de perto e de longe, que me acompanharam nos momentos felizes e difíceis dessa etapa e que me deram forças para continuar e não desistir. As colegas do mestrado, obrigado pela companhia e pelos bons momentos de convívio.

Em especial meus agradecimentos a todos os Kaingáng das aldeias Paiol de Barro, João Veloso e Matão que me receberam com carinho em suas casas e compartilharam comigo (e vice versa) suas angústias, alegrias, dúvidas e conhecimentos.

Agradeço também à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de estudos e ao Instituto Nacional de Pesquisa Brasil Plural (IBP) pelo apoio financeiro que tornou possível a realização da pesquisa de campo.



## RESUMO

Amparado por um referencial teórico da antropologia da saúde, que destaca os elementos envolvidos no processo saúde-doença-atenção a partir da perspectiva dos sujeitos e grupos sociais, e por uma metodologia qualitativa, esse trabalho buscou identificar as atividades de autoatenção nos adoecimentos em crianças Kaingáng da Terra Indígena Xapecó (TIX), oeste de Santa Catarina. Os dados foram obtidos de setembro a dezembro de 2011, por meio de observação participante, entrevistas semiestruturadas, narrativas e conversas informais em três aldeias da TIX. Os resultados indicam que não há um único fator determinante no modo como esse grupo entende, diagnostica, vivencia e lida com as situações envolvendo alterações no estado de saúde das crianças, mas que existem vários fatores que exercem, recebem influência uns dos outros e determinam em que circunstâncias serão realizados encaminhamentos e o quê, como, por quem e onde será feito o encaminhamento. Ao mesmo tempo, esse conjunto de fatores recebe influência de um elemento principal, que são as maneiras como o grupo percebe o processo do adoecer, podendo ora aproximar-se, ora distanciar-se do que a biomedicina entende como doença. As atividades de autoatenção do grupo nas situações ligadas à saúde e ao adoecimento das crianças incluem os espaços do domicílio, da unidade básica de saúde (“*postinho da aldeia*”) e das igrejas. A escolha do(s) espaço(s) vai depender de uma série de fatores, entre os quais estão: o tempo de ação e da eficácia do recurso utilizado; o tipo de agravo; a relação ou não com pessoas conhecedoras de “*remédios caseiros*”, benzimentos e outras práticas curativas; e a orientação religiosa (basicamente dividida em ser crente ou ser católico), que determina diferentes tipos de recursos. Essa pesquisa traz elementos que dialogam com a noção de que as atividades de autoatenção desenvolvidas pelo grupo frente aos adoecimentos não são atos isolados, mas fazem parte de um processo amplo que envolve encontros, desencontros, aproximações, distanciamentos, apropriações, negociações e trocas entre as diferentes formas disponíveis de atenção à saúde. Estudos sob essa abordagem, que buscam apreender o ponto de vista dos sujeitos e grupos sociais, têm potencial contribuição para readequar e redirecionar as ações e serviços de saúde, bem como trazem elementos importantes para a capacitação dos trabalhadores em saúde.

**Palavras chave:** Saúde de Populações Indígenas. Índios Sul-Americanos. Indígenas Kaingáng. Recursos em Saúde. Práticas de Autoatenção.

## ABSTRACT

### **KNOWLEDGES, SPACES AND RESOURCES IN HEALTH: SELF CARE PRACTICES FOR THE ILLNESS OF THE KAINGÁNG CHILDREN AT TERRA INDÍGENA XAPECÓ, SANTA CATARINA.**

Supported by a theoretical referential of the health anthropology which feature the elements involved in the process health-illness-care, through the perspective of the subject and social groups and by a qualitative methodology, this research aimed to identify the activities of self care for the illness of the Kaingáng children at *Terra Indígena Xapecó* (TIX), Santa Catarina, Brazil. The data were obtained from September to December in 2011, through participant observation, semi-structured interviews, narratives and informal talks at three villages of the TIX. The results indicate that there isn't only one determinant factor in the way this group understands, diagnoses, lives and deals the situations involving changes in health conditions of the children, but, there are multiple factors exerting, receiving influence from each other and determining in which circumstances providences should be taken and what, how, who and where the providences will be taken. At the same time, these multiple factors receive influence from a main element, the combination of ways the group perceive the illness process and this can sometimes get near or far from the way biomedical knowledge understands it. The spaces used for these self care activities in situations related to health and illness of the children are: the domicile, basic health unit and churches. The decision for the space will depend on a number of factors such as: the duration and efficacy of the used resource; the seriousness of the harm; the relationship or not with people who knows about the application of medicinal plants, blessings and other healing practices; and the religious orientation (basically divided between being protestant or catholic) which determines the different kinds of resources. This research brings elements that dialogue with the notion in which the self care activities developed by the group for the illness are not isolated acts, but a part of a wide process which involves agreements, disagreements, approaches, detachments, appropriation, negotiation and exchanges among the different ways available for health care. Studies under this approach that search to apprehend the subjects and social groups points of view, can contribute to readjust and redirect

the actions and health services, and bring out important elements to enable workers in health.

**Key-words:** Health of Indigenous Peoples. Indians South American. Kaingáng Indians. Health Resources. Self Care.

## LISTA DE FIGURAS E FOTOS

Figura 1. Mapa da Terra Indígena Xaçecó, Santa Catarina.....	35
Figura 2. Distribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.....	51
Figura 3. Organização da rede de serviços em saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.....	52
Figura 4. Esquema explicativo dos fatores determinantes das atividades de autoatenção, Terra Indígena Xaçecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011.....	93
Foto 1. Exemplo de fonte d'água, Terra Indígena Xaçecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011.....	66
Foto 2. Rio represado para abastecer à aldeia Paiol de Barro, Terra Indígena Xaçecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011.....	67
Foto 3. Pré filtro, aldeia Paiol de Barro, Terra Indígena Xaçecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011.....	67
Foto 4. Filtro lento, aldeia Paiol de Barro, Terra Indígena Xaçecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011.....	68
Foto 5. Casa de química, aldeia Paiol de Barro, Terra Indígena Xaçecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011.....	68
Foto 6. Reservatórios de 20.000 litros, aldeia Paiol de Barro, Terra Indígena Xaçecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011.....	69
Foto 7. Rede distribuidora, aldeia Paiol de Barro, Terra Indígena Xaçecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011.....	69

Foto 8. Torneira, aldeia Paiol de Barro, Terra Indígena Xaçecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011.....	70
Foto 9. Banheiro em madeira, aldeia Paiol de Barro, Terra Indígena Xaçecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011.....	74
Foto 10. Escola da aldeia Paiol de Barro, Terra Indígena Xaçecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011.....	77

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Remédios “básicos” produzidos a partir da horta medicinal da aldeia Paiol de Barro, Terra Indígena Xaçecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011.....	83
Tabela 2. Recursos utilizados conforme a situação envolvendo a saúde de crianças de 0 a 5 anos, Terra Indígena Xaçecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011.....	90
Tabela 3. Lista de plantas utilizadas no preparo de chás, indicados, em casos de diarreia, Terra Indígena Xaçecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011.....	117



## **LISTA DE SIGLAS**

AIS- Agente Indígena de Saúde  
AISAN- Agente Indígena de Saneamento  
CASAI- Casa de Saúde Indígena  
CIMI- Conselho Indigenista Missionário  
DSEI- Distrito Sanitário Especial Indígena  
EMSI- Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena  
EVS- Equipe Volante de Saúde  
FUNAI- Fundação Nacional do Índio  
FUNASA- Fundação Nacional de Saúde  
HRSP- Hospital Regional São Paulo  
PNASPI- Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas  
SAS- Secretaria de Assistência a Saúde  
SESAI- Secretaria Especial de Saúde Indígena  
SPI- Serviço de Proteção ao Índio  
SPILTN- Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais  
SRO- Soro de Reidratação Oral  
SUS- Sistema Único de Saúde  
SUSA- Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas  
TI- Terra(s) Indígena(s)  
TIX- Terra Indígena Xapecó



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>27</b>
<b>CAPÍTULO 1. PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>31</b>
1.1. Da dissertação.....	31
1.2. De como cheguei à saúde indígena.....	31
1.3. O contato com os Kaingáng da Terra Indígena Xaçecó.....	32
1.4. O local da pesquisa.....	34
1.5. A coleta de dados.....	36
1.6. Análise e interpretação dos dados.....	37
1.7. Aspectos éticos.....	38
<b>CAPÍTULO 2. APORTES TEÓRICOS E CONCEITUAIS.....</b>	<b>39</b>
2.1. Práticas de autoatenção segundo o antropólogo Eduardo Menéndez.....	39
2.2. Doenças diarreicas.....	44
2.3. Organização da saúde indígena no Brasil.....	46
2.4. Atenção diferenciada à saúde indígena.....	53
2.5. Sobre os Kaingáng.....	55
<b>CAPÍTULO 3. ALGUNS CONTEXTOS ATUAIS DA TERRA INDÍGENA XAPECÓ.....</b>	<b>57</b>
3.1. Das lideranças indígenas no contexto atual da TIX.....	57
3.2. Da ocupação do espaço territorial.....	59
3.3. Do trânsito de pessoas na TIX.....	59
3.4. Aspectos da alimentação na TIX.....	61

3.5. Dos serviços de saúde na TIX.....	63
3.6. Por dentro das aldeias Paiol de Barro, João Veloso e Matão: uma breve descrição da atualidade.....	64
3.6.1. Da infraestrutura: água, luz e saneamento.....	65
3.6.2. Aspectos da alimentação e das fontes de renda.....	75
3.6.3. A educação.....	76
3.6.4. A língua kaingáng: ensino e prática.....	78
3.6.5. Dos serviços de saúde.....	79
3.6.5.1. Outra fonte de recursos em saúde: A Pastoral da Criança..	84
<b>CAPÍTULO 4. SABERES, ESPAÇOS E RECURSOS EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS SUJEITOS: SITUAÇÕES ENVOLVENDO A SAÚDE DE CRIANÇAS.....</b>	<b>88</b>
4.1. Adoecimentos.....	88
4.1.1. Primeira coisa que faz frente a situações envolvendo a saúde de crianças.....	94
4.1.2. Quando procurar e quando não procurar o postinho.....	97
4.1.3. Última vez doente.....	100
4.1.4. Do quê mais adoece.....	101
4.2. “As bicha atacada”.....	102
4.2.1. Mas como “as bicha” chegam à barriga?.....	103
4.2.2. A criança com “as bicha atacada”.....	104
4.2.3. Como sabe que são “as bicha atacada”?.....	106

4.2.4. O que fazer quando “ <i>as bicha</i> ” estão atacadas?.....	108
4.3. As Diarreias.....	111
<b>CAPÍTULO 5. ALGUMAS QUESTÕES FINAIS.....</b>	<b>122</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>127</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>134</b>
APÊNDICE 1a. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Mães ou cuidadores das crianças de 0 a 5 anos de idade que venham a adoecer de diarreia.....	134
APÊNDICE 1b. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Outros membros da família das crianças de 0 a 5 anos de idade e membros da comunidade.....	137
APÊNDICE 1c. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Profissionais de saúde que prestam atendimento aos indígenas da Terra Indígena Xapecó.....	140
APÊNDICE 2a. Exemplo de área mecanizada, Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011.....	143
APÊNDICE 2b. Criança preparando a tarrafa, Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011.....	143
APÊNDICE 2c. Unidade Básica de Saúde da aldeia Paiol de Barro, Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, setembro a dezembro, 2011.....	144
APÊNDICE 2d. Unidade Básica de Saúde da aldeia Sede, Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, setembro a dezembro, 2011.....	144
APÊNDICE 2e. Vista parcial da horta medicinal da aldeia Paiol de Barro, Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011.....	145

APÊNDICE 2f. Mulheres colhendo as ervas medicinais para preparo dos “remédios da pastoral da criança”, aldeia Paiol de Barro, Terra Indígena Xaçecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011.....	145
APÊNDICE 2g: Tratamento das ervas medicinais para o preparo dos “remédios da pastoral da criança”, aldeia Paiol de Barro, Terra Indígena Xaçecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011.....	146
APÊNDICE 2h. “Combinando diferentes recursos: Plantas e vinho”. Utilizados no preparo dos “remédios da pastoral da criança”, aldeia Paiol de Barro, Terra Indígena Xaçecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011.....	147
APÊNDICE 2i: “Água de melissa” um dos “remédios da pastoral da criança”, aldeia Paiol de Barro, Terra Indígena Xaçecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011.....	148
APÊNDICE 2j: “Tintura para diarreia”, um dos “remédios da pastoral da criança”, aldeia Paiol de Barro, Terra Indígena Xaçecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011.....	148
APÊNDICE 2k. Folhas de capote, aldeia João Veloso, Terra Indígena Xaçecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011...	149
ANEXOS.....	150
ANEXO 1. Anuência do Cacique da Terra Indígena Xaçecó para realização da pesquisa.....	150
ANEXO 2. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (Parecer Consubstanciado favorável n. 060/2008).....	151
ANEXO 3. Parecer da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (Parecer favorável n. 546/2008).....	152
ANEXO 4. Autorização para Ingresso em Terra Indígena, emitida	

pela FUNAI.....	155
ANEXO 5. Parecer do CEPESH/UFSC e CONEP sobre aprovação da ampliação para o problema-foco diarreia em crianças de 0 a 5 anos.....	156



## INTRODUÇÃO

Esta dissertação insere-se na área “Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde” do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e amparada por um referencial teórico da antropologia da saúde, que destaca os elementos envolvidos no processo saúde-doença-atenção a partir da perspectiva dos sujeitos e grupos sociais e, por uma metodologia qualitativa, buscou-se identificar as atividades de autoatenção nos adoecimentos em crianças Kaingáng da Terra Indígena Xapecó (TIX), oeste de Santa Catarina.

Ao longo do tempo, as políticas de Estado voltadas aos povos indígenas são marcadas por uma forte intervenção do poder público, o qual deveria assegurar aos indígenas de todo o país as condições mínimas necessárias para a sua sobrevivência, respeitando suas visões de mundo. No entanto, na maioria das vezes, as ações da política indigenista brasileira atenderam (e atendem) predominantemente aos interesses dos setores ligados ao dito “progresso do país”, fundamentados (até os dias de hoje) na ideia de que esses povos representavam um obstáculo ao progresso brasileiro e promoveram (e promovem) a desordem em nome do progresso, de modo a perpetuar entre os povos indígenas uma longa e permanente história de desigualdades sociais, econômicas e políticas.

Especificamente no campo da saúde, é no final da década de 1980 e início da seguinte, como reflexo da luta dos movimentos sanitário e indígena, que se começa a desenhar um modelo de atenção à saúde indígena diferenciado e organizado em distritos sanitários especiais. Nesse sentido, no ano de 1999, já com a aprovação da regulamentação e implantação desses distritos como unidades organizacionais de um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, se regulamenta a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), tendo a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), órgão do Ministério da Saúde, a responsabilidade pelas ações básicas de saúde nas áreas indígenas baseadas nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e no princípio da atenção diferenciada (FUNASA, 2002; CARDOSO; SANTOS; COIMBRA JR; 2007). Tal política prevê ainda a participação e controle social dos indígenas na gestão desse Subsistema e uma rede de atenção

básica nas Terras Indígenas e de média e alta complexidade referenciadas no SUS.

Recentemente a gestão da saúde indígena passou novamente por mudanças, cabendo, agora, à Secretaria Especial de Saúde indígena (SESAI), ligada ao Ministério da Saúde, a responsabilidade sobre as ações de saúde junto aos povos indígenas, que continuam a apresentar, gestão após gestão, altos índices de morbimortalidade relacionados a novos e antigos problemas de saúde, como as doenças infectoparasitárias, que estão entre as principais causas de mortalidade infantil.

Alguns estudos junto às populações indígenas brasileiras (LINHARES, 1992; COIMBRA JR.; SANTOS, 2003; HAVERROTH; ESCOBAR; COIMBRA JR., 2003; FUNASA, 2004; PENA, 2004; PENA; HELLER, 2008; ABRASCO, 2009) vêm demonstrando altas taxas de mortalidade, de hospitalização e de incidência e prevalência de doenças parasitárias, entre elas as diarreicas, principalmente entre crianças menores de cinco anos. Os estudos apontam também que as condições insatisfatórias de saneamento, habitação e higiene, são tidas como as principais causas dessas doenças. De certa forma, no senso comum, grande parte da culpa por essas precárias condições ainda recai sobre os próprios indígenas, com uma forte associação entre o modo de vida dessas populações e essas condições insatisfatórias.

Como parte das estratégias de enfrentamento dessas doenças, foram elaborados, durante a gestão da FUNASA, alguns materiais técnicos para orientação dos profissionais de saúde, incluindo a capacitação dos agentes indígenas de saúde. Com relação às doenças parasitárias, elaborou-se o documento: “Educação Profissional Básica para agentes indígenas de saúde: módulo parasitoses intestinais e doenças de pele” (FUNASA, 2005). Especificamente direcionados à atenção à saúde das crianças indígenas, pode-se citar os documentos: “Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira” (FUNASA, 2004) e “Educação Profissional Básica para agentes indígenas de saúde: módulo saúde da mulher, criança e saúde bucal” (FUNASA, 2005). Fundamentados numa perspectiva biomédica do processo saúde-doença-cura, observa-se que, nesses documentos, muitas das propostas para enfrentamento das doenças têm focado, principalmente, nos aspectos de ordem biológica, com uma especial preocupação, no caso das doenças parasitárias, com as questões de ordem higiênica, de modo que a

mudança dos hábitos de higiene dos indígenas figura entre os principais objetivos.

É importante destacar que, numa perspectiva biomédica, as doenças diarreicas têm, quase que exclusivamente, relação direta com as questões sanitárias. No entanto, como será discutido aqui, também carregam consigo fortes elementos culturais, que determinam como esses povos entendem, diagnosticam, vivenciam e lidam com essas e outras formas de adoecimento.

Nesse sentido, ganham mais importância os estudos que buscam apreender o ponto de vista dos sujeitos e grupos sociais, que têm potencial contribuição para readequar e redirecionar as ações e serviços de saúde, bem como trazem elementos importantes para a capacitação dos trabalhadores em saúde. Cabe salientar que não há muitos estudos, com essa abordagem, que buscam compreender o processo saúde-doença-atenção em crianças na perspectiva dos sujeitos e grupos sociais.

Assim, essa pesquisa objetivou, inicialmente, descrever as práticas de autoatenção e o itinerário terapêutico frente às doenças diarreicas em crianças de 0 a 5 anos de idade. Porém, no decorrer do trabalho de campo, observou-se a necessidade de ampliar o objeto de estudo “doenças diarreicas” para “adoecimento”, mantendo-se a faixa etária, bem como de abandonar a ideia de acompanhar o itinerário terapêutico de casos de adoecimento (incluindo doença diarreica), devido ao fato do pesquisador só ter conhecimento dos casos após a resolução dos mesmos. Frente a esse novo recorte, buscou-se descrever os saberes, espaços e recursos em saúde utilizados pelos moradores das aldeias alvo da pesquisa.

A dissertação está estruturada em cinco capítulos. No primeiro capítulo, serão apresentadas uma breve descrição do percurso do pesquisador na saúde indígena e junto ao grupo estudado e as questões metodológicas durante e após o trabalho de campo.

No capítulo dois, são apresentados os aportes teóricos e conceituais que serviram de base tanto para o trabalho de campo quanto para a fase de análise e interpretação dos dados; um breve histórico acerca da organização da atenção à saúde indígena no Brasil e algumas considerações sobre o grupo indígena em questão.

O terceiro e quarto capítulos são destinados à apresentação e discussão dos resultados. No capítulo três, faz-se uma descrição de alguns contextos atuais da Terra Indígena Xapecó e do conjunto de

aldeias estudadas, procurando trazer elementos que abrigam os dados do quarto capítulo. No capítulo quatro (“Saberes, espaços e recursos em saúde na perspectiva dos sujeitos: situações envolvendo a saúde de crianças”), a partir da interpretação do autor sobre os dados etnográficos, são apresentadas três categorias de situações que envolvem a saúde de crianças. Dialogando com os referenciais teóricos e conceituais, os dados apresentados nesses capítulos procuram demonstrar que as atividades de autoatenção desenvolvidas pelo grupo frente aos adoecimentos não são atos isolados, mas fazem parte de um processo amplo que envolve negociações e trocas entre as diferentes formas disponíveis de atenção à saúde.

No quinto capítulo, a título de considerações finais, são apresentados elementos que buscam demonstrar, na organização social, política e nas formas de atenção à saúde do grupo estudado, os reflexos resultantes dos encontros, aproximações, trocas e apropriações entre as diferentes culturas que vêm circulando ao longo dos anos.

## **CAPÍTULO 1. PERCURSO METODOLÓGICO**

### **1.1. Da dissertação**

Esta dissertação é fruto de um estudo de abordagem qualitativa descritiva, que se preocupa com “o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes [...], um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”, aspectos estes apreciados pelo presente estudo, que buscou investigar alguns deles (MINAYO, 2004, p. 22).

Valendo-se das ideias do “olhar, ouvir e escrever” de Roberto Cardoso de Oliveira (1998), foi realizada pesquisa de campo por um período de 85 dias (entre setembro e dezembro de 2011) nas aldeias Paiol de Barro, João Veloso e Matão, Terra Indígena Xapecó (TIX), onde procurei, através de observação participante, fazer uma “descrição densa” de diferentes aspectos dessas aldeias a fim de entender as relações com o que pretendia pesquisar. Segundo Geertz (1989), a descrição densa é mais bem expressa pela abordagem etnográfica, que, por sua vez, apóia-se no pressuposto de que “os comportamentos humanos só podem ser devidamente compreendidos e explicados se tomarmos como referência o contexto social onde eles atuam” (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000, p. 53).

A escolha da observação participante fundamenta-se no fato de que há inúmeros elementos aos quais não conseguimos apreender por meio da fala e da escrita, sendo estes elementos “*fundamentais não apenas como dados em si, mas como subsídios para a interpretação posterior dos mesmos*” (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000, p. 62).

### **1.2. De como cheguei à saúde indígena**

Meu primeiro contato com populações indígenas foi no ano de 2005, quando passei a compor a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) do Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu (DSEI Xingu), cujo polo base está situado no município de Canarana, Mato Grosso, que atende às 16 etnias do Parque Indígena do Xingu (PIX).

Durante o período de um ano, fui contratado pela Prefeitura Municipal de Canarana com recursos provenientes da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), mas desenvolvi atividades como funcionário da FUNASA, tanto na sede do DSEI quanto na Casa de Saúde Indígena (CASAI), relacionadas à implantação local de um sistema nacional de informações sobre a situação alimentar e nutricional dos povos indígenas, denominado de Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena (SISVAN Indígena).

Entre os anos de 2006 e 2008, passei a compor a EMSI do Projeto Xingu da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), que, na época, executava os serviços de saúde junto às populações indígenas das regiões do Leste, Médio e Baixo Xingu. Nesse período, meus vencimentos foram pagos com recursos da Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), por meio do convênio entre FUNASA, UNIFESP e SPDM.

É dessa experiência na saúde indígena que surgiu a necessidade e o interesse em ampliar os estudos para além do campo biomédico, a fim de melhor compreender a visão indígena acerca do processo saúde-doença-cura. Neste sentido, no mestrado em saúde coletiva, construí o projeto de pesquisa amparado por um referencial teórico e metodológico da antropologia, que destaca os elementos envolvidos no processo saúde/doença/atenção a partir da perspectiva dos grupos e sujeitos sociais e por uma metodologia de pesquisa qualitativa.

### **1.3. O contato com os Kaingáng da Terra Indígena Xapecó**

Meu contato com os Kaingáng ocorreu no início do ano de 2011, por intermédio da Prof<sup>ª</sup>. Eliana Diehl, que há muitos anos vem desenvolvendo pesquisas junto ao grupo da TIX. Por ocasião de uma reunião, que foi realizada na aldeia Pinhalzinho, para divulgação dos resultados de uma pesquisa sobre o modelo de atenção diferenciada à saúde indígena realizada em longo prazo nessa Terra Indígena (TI), a Prof<sup>ª</sup>. Eliana e outros pesquisadores deslocaram-se até a TIX, sendo que fui convidado a acompanhá-los.

Simultaneamente a esta reunião, acontecia na escola da aldeia Sede uma festa em comemoração ao Dia do Índio, o que me possibilitou conhecer algumas lideranças e alguns indivíduos que, durante o desenrolar da pesquisa, foram fundamentais para a sua realização.

Esse primeiro contato com a TIX, mesmo que rápido, foi muito importante, pois proporcionou o conhecimento prévio de alguns

aspectos do campo de pesquisa – até então totalmente desconhecido por mim (e vice versa) – que ajudaram a desenhar logística e metodologicamente a pesquisa.

De volta à TIX em setembro de 2011, agora para realizar a pesquisa de campo, hospedei-me por alguns dias na casa de Marta<sup>1</sup>, moradora da aldeia Sede, que há muitos anos vem colaborando com pesquisadores das mais diversas áreas e instituições. Além de intermediar minha conversa com o cacique para obtenção da autorização de permanência na TIX<sup>2</sup> (Anexo 1), Marta também ajudou-me no contato com a aldeia Paiol de Barro, quando, juntamente com seu filho Pedro, me apresentou ao Vice-Cacique (residente nesta aldeia), que, já ciente das minhas intenções de pesquisa, recebeu-me e encarregou-se de providenciar um local para minha moradia, bem como colaborou, ao longo do trabalho de campo, em diversos aspectos para a realização da pesquisa.

Minha inserção junto às comunidades estudadas foi tranquila, rápida e gerou muita curiosidade em todos, de modo que, mesmo não conhecendo boa parte dos moradores, eu já era conhecido por grande parte desses, que a todo momento chegavam em “minha residência” a fim de saber mais sobre mim e o motivo pelo qual eu estava convivendo entre eles. Com o passar do tempo, já havia estabelecido uma rede de contatos nas três aldeias estudadas, que no dia a dia me ajudavam a ampliar cada vez mais esta rede, bem como a construir estratégias de pesquisa.

---

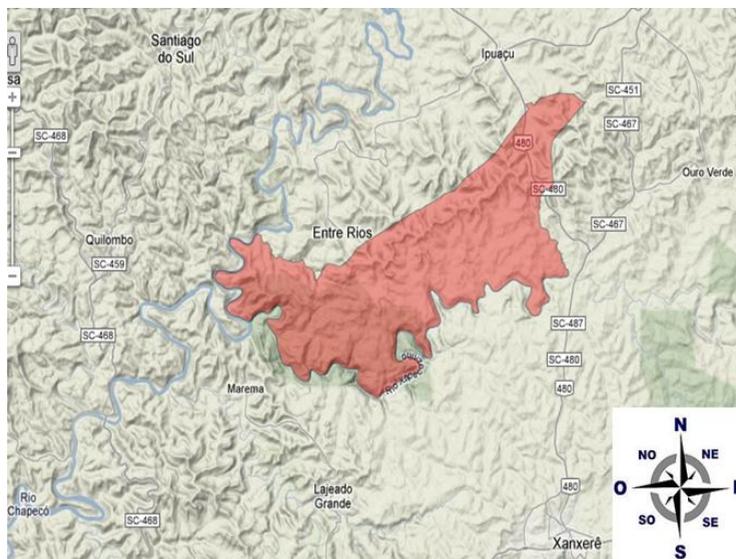
<sup>1</sup> Todos os nomes próprios são fictícios.

<sup>2</sup> Devido ao objeto de estudo desta pesquisa configurar-se como um novo problema foco do projeto mais amplo “*Avaliação do modelo de atenção diferenciada aos povos indígenas: os casos Kaingáng (Santa Catarina) e Munduruku (Amazonas)*”, o consentimento formal do cacique de acordo com a legislação (ética em pesquisa e autorização da Fundação Nacional do Índio-FUNAI) já havia sido dado. No entanto, todo pesquisador que chega à TIX deve, antes de iniciar a pesquisa, se dirigir ao cacique para informar de sua chegada e conversar sobre o período de permanência na TI.

#### **1.4. O local da pesquisa**

Compreendida entre os rios Chapecozinho e Chapecó e localizada ao oeste do Estado de Santa Catarina, nos municípios de Ipuacu e Entre Rios (Figura 1), essa TI é considerada a maior do Estado, tanto no que se refere ao tamanho de 15.623 hectares (ISA, 2012), quanto ao número de pessoas, que, segundo dados da SESAI do ano de 2012, chegavam a aproximadamente 5.199 habitantes (BRASIL, 2012).

No momento da realização da pesquisa, a TIX constituía-se de quatorze aldeias: Água Branca, Barro Preto, Serro Doce, Fazenda São José, Olaria, Pinhalzinho, Baixo Samburá, Sede, Serrano, Paiol de Barro, João Veloso, Matão, Manduri e a aldeia Limeira, todas com predominância de indígenas Kaingáng. Há também, 111 indígenas Guarani residindo na TIX, sendo a maior parte, 100 indígenas, na aldeia Limeira. Essas aldeias estão situadas em áreas limítrofes de diferentes municípios, de forma que as nove primeiras, totalizando, 4.042 indígenas, localizam-se em área do município de Ipuacu, e as demais aldeias com 1.157 indígenas pertencem ao município de Entre Rios (BRASIL, 2012). Esta divisão não se dá apenas no plano territorial, mas também no campo das relações políticas, de modo que, frente às demandas das comunidades (na educação, na saúde, no saneamento e em outras áreas), as lideranças de cada aldeia ou de cada grupo de aldeias – respaldados sempre pelo cacique – dialogam com o município de referência.



**Figura 1. Mapa da Terra Indígena Xaçecó, Santa Catarina.** Adaptado de: <<http://mapas2.funai.gov.br/i3geo/interface/googlemaps.phtml?9aca0245d08906469f7f363e13149c0a>>. Acesso em: 16 Jul. 2012.

A pesquisa de campo que fundamentou esta dissertação foi desenvolvida, na maior parte do tempo, na aldeia Paiol de Barro, com algumas incursões às aldeias Matão e João Veloso, nas quais também obtive importantes informações. Estas aldeias, juntamente com as aldeias Manduri e Limeira, compõem o quadro de comunidades indígenas sob a jurisdição do município de Entre Rios.

A escolha destas três aldeias deveu-se principalmente porque a maioria dos estudos antropológicos e em saúde coletiva (NACKE, 1983; OLIVEIRA, 1996; HAVERROTH, 1997; DIEHL, 2001; ALMEIDA, 2004; OLIVEIRA, 2009; GARCIA, 2010; GHIGGI JUNIOR, 2010; FOLLMANN, 2011, entre outros) vem sendo realizados nas aldeias da TIX sob a jurisdição do município de Ipuacu, que, por diversos motivos, apresenta outras conformações.

Das aldeias estudadas, fixei residência na aldeia Paiol de Barro, numa pequena construção em alvenaria, onde apenas eu residia. Meu deslocamento entre as aldeias era feito a pé, o que me dava muita mobilidade e autonomia para realizar visitas mais longas, ter conversas

mais amplas, tomar muito chimarrão e estreitar ao máximo a relação pesquisador - pesquisado, no sentido de entender o objeto de pesquisa como algo muito além do que simples fontes de informações para fins acadêmicos.

### **1.5. A coleta de dados**

O objetivo central da pesquisa, antes do campo, era investigar as práticas de autoatenção e o itinerário terapêutico frente às doenças diarreicas em crianças de 0 a 5 anos de idade. No entanto, no decorrer da pesquisa, verificou-se a necessidade de ampliar o recorte “doenças diarreicas” para “adoecimento”, mantendo-se a faixa etária. Não foi possível acompanhar o itinerário terapêutico de casos de adoecimento (incluindo doença diarreica), de modo que este foi descrito pelas pessoas envolvidas nos cuidados destas crianças por meio de relatos.

Tendo em vista que a representatividade da pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico e que uma boa amostragem é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões, este estudo propôs inicialmente uma amostra de dez casos de doenças diarreicas (e durante o campo, casos de adoecimento) em crianças de 0 a 5 anos e não dez pessoas, tendo em vista a possibilidade de inúmeros atores envolvidos na atenção aos agravos (MINAYO, 2004).

A maneira como cheguei aos casos foi diferente para os dois recortes. No caso das doenças diarreicas, fui informado tanto pelos profissionais de saúde, como durante conversas informais nas comunidades, aonde, em outro momento, retornava e realizava entrevistas. Já no recorte dos adoecimentos em geral, a estratégia foi analisar os prontuários<sup>3</sup> – disponíveis nos arquivos do posto de saúde da aldeia Paiol de Barro – de todas as crianças de 0 a 5 anos das três

---

<sup>3</sup>As informações colhidas dos prontuários foram apenas aquelas em que, nos dias de consulta, foi identificada alguma alteração no estado geral da criança; as referentes aos dados do exame clínico (nesses foram excluídos os escritos na forma de siglas e anotados aqueles escritos por extenso e que indicasse alteração, segundo conhecimento do pesquisador do vocabulário biomédico); e as referentes à conduta (medicamentosa ou de orientação). Só foram copiadas as informações em que foi possível ao pesquisador decifrá-las, pois, nem sempre, tinha alguém da equipe de saúde que pudesse ou conseguisse decodificar. Estes dados não foram utilizados na dissertação, mas apenas no momento da pesquisa de campo.

aldeias, visando identificar aquelas que apresentaram elevado ou baixo número de consultas registradas no ano de nascimento e nos três últimos anos, sendo obrigatório o registro das informações do ano de 2011. Em seguida, as casas dessas crianças foram visitadas e entrevistou-se representantes dessas famílias. No entanto, também foram realizadas entrevistas em famílias onde as crianças não apresentavam estas características nos prontuários ou que sequer tinham o prontuário nos arquivos. A localização das crianças (selecionadas ou não) nas aldeias foi sempre intermediada pelos moradores e profissionais de saúde, que, salvo as diferenças culturais, conhecem muito bem as crianças.

As entrevistas foram do tipo semiestruturada, com questões abertas, sendo realizadas também com os profissionais de saúde indígenas e não indígenas e com aquelas pessoas das três aldeias que se dispuseram a contribuir com a pesquisa. Nas entrevistas, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1a, 1b e 1c) e autorizado o uso do gravador. Ao final, participaram da pesquisa vinte e três mães e cuidadores das crianças, quatro profissionais de saúde sendo três indígenas e um não indígena, duas lideranças e duas moradoras de mais idade.

Para o registro de dados, além do gravador, recorri à câmera fotográfica e ao diário de campo, o qual alimentava diariamente com informações, reflexões, angústias, devaneios e afins. Estes recursos ajudaram muito na inserção nas aldeias, pois o fato de sempre estar escrevendo e fotografando despertava a curiosidade de muitos, que logo se dispunham a um “dedo de prosa”. Também utilizei um caderno de anotações onde registrava informações, tais como os nomes de todas as pessoas que conhecia, as palavras que aprendia, os nomes das plantas que me indicavam como sendo medicinais, entre outros escritos mais pessoais.

## **1.6. Análise e interpretação dos dados**

A fase de análise e interpretação dos dados teve início quando ainda me encontrava em campo, no sentido de que sempre estava refletindo sobre as informações coletadas nos diferentes momentos e até que ponto (e como) tais informações se relacionavam (ou não) e influenciavam (ou não) nos comportamentos das pessoas frente aos aspectos que me propus a investigar.

Num primeiro momento do pós-campo, foi feita a organização dos dados a partir da digitação dos diários de campo e a transcrição de todas as entrevistas, sendo que apenas algumas falas ou parte delas, consideradas significantes para o trabalho, foram transcritas na íntegra.

Com relação à análise dos dados, inicialmente, realizei a leitura das entrevistas, quando busquei destacar os principais assuntos relacionados ao objeto da pesquisa. A partir desses assuntos, foram estabelecidas as categorias: “adoecimentos”, “*as bicha atacada*” e “as diarreias”, e também delimitados alguns temas (distintos e comuns) para cada categoria. Esses principais temas foram arranjados em tabelas (por categoria) que foram preenchidas com as informações de cada entrevista.

O argumento discursivo dos resultados foi construído a partir do cruzamento dos conteúdos das tabelas e de outras fontes de informações, tais como as fotos, os diários de campo, o caderno de anotações e literatura.

### **1.7. Aspectos éticos**

Essa pesquisa cumpriu com os requisitos legais para pesquisa entre povos indígenas, pois foi inserida no projeto mais amplo “*Avaliação do modelo de atenção diferenciada aos povos indígenas: os casos Kaingáng (Santa Catarina) e Munduruku (Amazonas)*”, que já possuía os pareceres do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (Parecer Consubstanciado favorável n. 060/2008) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (Parecer favorável n. 546/2008), bem como a Autorização para Ingresso em Terra Indígena emitida pela FUNAI. O CEPSH/UFSC aprovou em 30 de maio de 2011 a ampliação para o problema-foco diarreia em crianças de 0 a 5 anos (Anexos 2 a 5).

Os nomes das pessoas citadas ao longo dessa dissertação são todos fictícios.

## CAPÍTULO 2. APORTES TEÓRICOS E CONCEITUAIS

O estudo das atividades envolvidas na atenção à saúde entre os povos indígenas apresenta-se bastante pertinente, pois pode contribuir significativamente para a reordenação dos serviços de saúde, visto que, num contexto de atenção diferenciada à saúde, a qual é preconizada para esses povos, é imprescindível que o profissional de saúde tenha conhecimento e respeite as peculiaridades com que esses povos enxergam e experienciam o processo saúde-doença-atenção.

### 2.1. Práticas de autoatenção segundo o antropólogo Eduardo Menéndez

Quando nos referimos a modelos de atenção à saúde, comumente pensamos primeiro nas atividades biomédicas nos seus diferentes níveis de atenção. No entanto, quando pensamos nestes modelos de atenção a partir de uma abordagem antropológica – a qual Menéndez (2009) utiliza e o estudo em questão também, esses são representados nas mais diversas atividades que buscam prevenir, tratar, controlar, aliviar e/ou curar certo adoecimento (MENÉNDEZ, 2009).

Para contextualizar sua análise dos modelos de atenção, Menéndez (2003) assume alguns pontos de partida, os quais têm apoio em material empírico fruto de suas pesquisas acerca do saber médico e alcoolismo em trabalhos como Menéndez (1990a); Menéndez; Di Pardo (1996; 1999) e sobre saber médico e saber popular relacionado a diferentes processos de saúde/doença/atenção em Menéndez (1981; 1982; 1984; 2003).

Primeiramente, esse autor reconhece (não em termos de eficácia, eficiência e qualidade) que, atualmente, ao menos nas sociedades europeia e americana, são inúmeros os saberes e formas<sup>4</sup> de atenção à

---

<sup>4</sup> Segundo Menéndez (2009), os conceitos de forma, saber e modelo dizem respeito a diferentes níveis de abstração e são complementares. Do ponto de vista esquemático por saberes, o autor refere-se “às representações e práticas organizadas como um saber que operam através de curadores ou sujeitos e grupos leigos”. Com relação ao conceito de formas, o autor refere-se “às experiências utilizadas por sujeitos e grupos, e onde o interesse está em obter as trajetórias e experiências individuais”. Já por modelo, entende-se “uma construção metodológica que diz respeito aos saberes tratando de estabelecer

doença, as quais usam diferentes maneiras de diagnosticar, diferentes sinais para detectar alguma anormalidade, bem como inúmeras formas de tratamento e diferentes critérios de cura. Estas diversas formas de atenção têm relação com

As condições religiosas, étnicas, econômicas, políticas, técnicas e científicas que deram lugar ao desenvolvimento de formas e saberes diferenciados que costumam ser considerados antagônicos, principalmente entre a biomedicina<sup>5</sup> e a maioria dos outros saberes (MENÉNDEZ, 2009, p. 18).

Para Menéndez (2009), o que predomina nas sociedades atuais, nos seus diferentes conjuntos sociais, além das condições de classe e etnia, é o uso que grande parte da população faz de várias formas de atenção tanto para diferentes problemas como para os mesmos problemas de saúde. Segundo Diehl (2001, p. 7), “as trocas de técnicas, tecnologias, informações e conhecimentos sobre o ato terapêutico de trazer alívio às doenças” gerou e ainda gera outra realidade que caracteriza-se pela existência simultânea de inúmeras práticas médicas, as quais a literatura em antropologia médica denomina como “pluralismo médico, sistemas médicos plurais (ou pluralistas), configuração médica plural (ou pluralista ou sistêmica) entre outros termos” (DIEHL, 2001, p. 7).

Outro ponto de partida destacado por Menéndez (2009) refere-se à presença, nas chamadas sociedades ocidentais, de formas de atenção à saúde oriundas de outros saberes acadêmicos, os quais diferenciam-se muito dos ocidentais, como, por exemplo, o caso da acupuntura e da medicina ayurvédica. Segundo o autor, isso se deve em parte aos processos migratórios, pois, junto aos imigrantes, instalam-se também seus sistemas de atenção, bem como há um processo de apropriação por

---

*provisoriamente quais são suas características e funções básicas”* (MENÉNDEZ, 2009, p. 68, notas).

<sup>5</sup> Por biomedicina, Menéndez (2005) entende como o saber médico que tem como traço estrutural dominante o biologicismo, de modo que as explicações sobre a causalidade dos principais adoecimentos fundamentam-se em questões biológicas, as soluções são pautadas na produção de fármacos específicos e há uma constante biologização das representações sociais do processo saúde-doença-atenção.

parte de certos setores sociais e até mesmo dos próprios países ocidentais (MENÉNDEZ, 2009).

O autor defende que a identificação e a descrição das formas de atenção devem ser feitas a partir dos usos e fazeres dos sujeitos e dos conjuntos sociais frente a seus adoecimentos, e não a partir dos curadores biomédicos, tradicionais ou alternativos, pois acredita que, a partir principalmente da carreira de doente, seja possível identificar todas ou, pelo menos, a maioria das formas de atenção que fazem parte em um determinado contexto. Coloca ainda que, por meio dos sujeitos e conjuntos sociais, podemos observar o uso articulado dos saberes e formas de cada grupo, e não os usos excludentes (MENÉNDEZ, 2009).

Conforme Menéndez (2009), em relação aos comportamentos ligados aos adoecimentos nos vários contextos sociais latinoamericanos, diferenciados do ponto de vista econômico, étnico, religioso, entre outros, observa-se que os conjuntos sociais usam saberes e formas de atenção do tipo: biomédico, representado pelas instituições públicas e privadas de saúde; “popular” e “tradicional”, expressas por meio, também, de curadores especializados, tais como massagistas, feiticeiros, parteiras, espiritualistas, xamãs, santos e outras figuras religiosas do cristianismo e de outras religiões; alternativas, paralelas ou “new age”, representadas por curadores, bioenergéticos, novas religiões curativas de tipo comunitário; derivadas de outras tradições médicas acadêmicas, tais como acupuntura, medicina chinesa entre outras; e saberes e formas de autoatenção de dois tipos, a saber: as que estão focadas nos grupos primários “naturais”, em especial no grupo doméstico, e as organizadas em grupos de autoajuda, tais como alcoólicos anônimos, neuróticos anônimos, clubes de diabéticos, entre outros (MENÉNDEZ, 2009, p. 24).

O autor destaca que esta classificação das formas e saberes de atenção, as quais podem ser modificadas e/ou ampliadas, não devem ser consideradas estáticas ou isoladas, já que existe um processo dinâmico entre as atividades dos diferentes saberes e formas de atenção, isto é, eles não agem sempre isoladamente, mas também relacionam-se com outras formas e saberes (MENÉNDEZ, 2009).

O aspecto central ao qual Menéndez busca analisar é que os sujeitos e grupos sociais são não só os agentes que usam, sintetizam, articulam, misturam ou justapõem os diferentes saberes e formas de atendimento, mas também são os agentes que reconstituem e organizam

parte destas formas e saberes em termos de “autoatenção”, partindo do pressuposto de que esta não é apenas a forma de atendimento mais frequente como também é o “principal núcleo de articulação prática das diferentes formas e saberes de atendimento” que, por sua vez, não funcionam por completo se não forem articuladas com o processo de autoatenção (MENÉNDEZ, 2009, p. 28).

Por autoatenção Menéndez (2009, p. 48) refere-se às:

Representações e práticas que a população utiliza tanto individual quanto socialmente para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, suportar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção central, direta e intencional de curadores profissionais, embora eles possam ser os referenciais dessa atividade. A autoatenção implica decidir a autoprescrição e o uso de uma terapêutica autônoma ou relativamente autônoma.

Continuando, o autor coloca que, nestas representações e práticas, incluem-se as induzidas, prescritas ou propostas por curadores das diferentes formas de atenção que, dependendo das condições sociais ou do sujeito, fazem com que parte desse processo maior de prescrição e uso torne-se autônomo, mesmo que de forma relativa.

O autor defende que a autoatenção pode ser pensada em dois níveis: um amplo e outro restrito. O primeiro nível diz respeito a todas as formas de autoatenção necessárias para garantir – no nível de microgrupos e de grupo doméstico em especial – a reprodução biossocial dos sujeitos e do grupo, sendo estas norteadas pelos objetivos e normas estabelecidas culturalmente pelo próprio grupo. Nesse sentido, pode-se incluir, além da atenção e prevenção ao adoecimento, os processos relacionados à preparação e circulação de alimentos, higiene pessoal, domiciliar e ambiental, fontes e uso de água, cuidados com os mortos, entre outros (MENÉNDEZ, 2009).

No nível restrito, encontram-se as representações e práticas utilizadas de forma intencional no processo saúde-doença-atenção. Por uma questão metodológica, a fim de melhor ordenar a realidade, o autor concentra sua análise neste nível de autoatenção, porém, assume que os aspectos do nível amplo estão incluídos nos processos concretos.

Para Menéndez (2003), a autoatenção é considerada como um processo estrutural constante, porém, em contínua modificação. Assumir este caráter estrutural significa dizer que a autoatenção é necessária em qualquer cultura, que, por meio das ações dos pequenos grupos, visa garantir o processo de reprodução biossocial. O ponto central da existência e continuidade da autoatenção, aponta o autor, diz respeito à frequência dos adoecimentos agudos dos mais diferentes tipos e a crescente existência de enfermidades crônicas (físicas e mentais). Assim, o desenvolvimento de saberes específicos por parte dos grupos acometidos por tais adoecimentos se faz necessário a toda sociedade, gerando, inclusive, uma divisão de trabalho nos grupos familiares, sendo, em alguns contextos, a mulher, enquanto mãe e esposa, a responsável pelo processo saúde-doença-atenção dos membros do grupo (MENÉNDEZ, 2003).

Dentro da sua proposta de análise das práticas de autoatenção, Menéndez (2009), ao referir-se a adoecimentos, está incluindo desde dores de cabeça, dores musculares, estados febris elevados, passando por problemas ligados à alma, tristeza, ansiedade, ou seja, inúmeros adoecimentos vividos pelo sujeito no dia a dia, aos quais, de alguma forma, ele autoatende.

Há, nas sociedades atuais, uma variedade de processos econômicos, sociais e ideológicos que têm importância no desenvolvimento de certas formas de autoatenção. A propagação de certas concepções em busca de saúde, bem como inúmeros grupos organizados a partir de um adoecimento, como, por exemplo, os alcoólicos anônimos e narcóticos anônimos, ou grupos desenvolvidos a partir de bandeiras específicas de luta, como os movimentos feminista e gay, tem influenciado práticas e técnicas de autoatenção, de forma que “devemos reconhecer a existência de setores sociais muito diversos e de objetivos pessoais que potencializam a autoatenção, incluindo a automedicação” (MENÉNDEZ, 2009, p. 58).

Neste sentido, compete ao setor saúde reconhecer a autoatenção não apenas como a principal forma de atenção desenvolvida pelos sujeitos e conjuntos sociais, mas também como aquela pela qual esses relacionam-se com as demais formas de atenção, incluindo a biomedicina. Sendo assim, o diagnóstico estabelecido pelo próprio sujeito e seu grupo constitui-se como parte da autoatenção, onde, segundo o autor, é possível uma articulação desde que os profissionais

de saúde, formados sob o modelo biomédico, passem a enxergar os processos de autoatenção como processos com os quais ela pode dialogar e trabalhar e não apenas questionar (MENÉNDEZ, 2009).

## **2.2. Doenças diarreicas**

Os estudos sobre doenças diarreicas têm sido desenvolvidos no mundo inteiro, tendo como foco maior as populações com baixo índice de desenvolvimento socioeconômico, possivelmente devido à forte relação destas com condições precárias de fornecimento de água, de tratamento de dejetos, de acesso a serviços de saúde, entre outras. Haverroth (2004), citando outros autores, salienta que, no Brasil, inúmeras pesquisas epidemiológicas envolvendo a temática das doenças diarreicas e parasitoses foram desenvolvidas no nordeste brasileiro com populações rurais e urbanas de baixa renda.

Os estudos envolvendo a relação entre doenças diarreicas e os aspectos culturais intensificam-se, principalmente na década de 1990, com publicações de artigos que, de uma maneira geral, abordam, a partir do contexto cultural local, questões referentes às “representações, etiologias, taxonomias de doenças diarreicas, tratamentos e itinerários terapêuticos próprios de cada sociedade” (HAVERROTH, 2004, p. 4). No caso do Brasil, poucos estudos sobre a temática foram desenvolvidos entre as populações de baixa renda do nordeste nas décadas de 1980 e 1990, com destaque para o trabalho de Barros et al. (1991).

No contexto indígena, as doenças gastrointestinais, entre estas as doenças diarreicas, apresentam elevadas prevalências, sendo também uma das principais causas de mortalidade infantil. Dados levantados por Haverroth (et al., 2003) a partir do atendimento de saúde aos povos indígenas de Rondônia, nas cidades de Porto Velho e Guajará-Mirim, apontam que, em nível de taxas de prevalência, as doenças diarreicas são superadas apenas pelas infecções respiratórias. Pena (2004) também destaca, entre os Xakriabá em Minas Gerais, alta taxa de prevalência de doenças endêmicas como a verminose, elevada incidência de diarreia e de doenças infecciosas de pele, acentuadas taxas de mortalidade infantil e condições insatisfatórias de saneamento e de habitação. Especificamente entre as crianças de 0 a 4 anos, o autor observou alta concentração de óbitos causados pelas diarreias e pela desnutrição.

Segundo o relatório final do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, realizado em 2008-2009 nas regiões Norte, Centro Oeste, Nordeste e Sul/Sudeste do Brasil, as principais

causas de hospitalização entre crianças menores de 5 anos no último ano (referenciado ao período da coleta dos dados), estão relacionadas às diarreias e às infecções respiratórias, sendo que houve, na região Norte, maior número de casos de doenças respiratórias em detrimento das diarreias e, na região Sul/Sudeste, o quadro apresentou-se inverso (ABRASCO, 2009). O inquérito aponta ainda que grande parte da mortalidade por diarreias pode ser relacionada às precárias condições de vida das populações (expressas das mais variadas formas), mas, principalmente, à falta de saneamento que facilita a transmissão dessa doença pela via fecal-oral (ABRASCO, 2009).

Os trabalhos desenvolvidos junto às populações indígenas e outros povos tradicionais têm, como característica marcante, a abordagem acerca das questões ligadas ao saneamento. Conforme Linhares (1992), enteropatógenos bacterianos, viróticos e parasitários apresentam forte relação com os processos gastrointestinais em meio aos indígenas da Amazônia, sendo que as condições insatisfatórias de saneamento e higiene, bem como a possível existência de reservatórios silvestres de enteropatógenos configuram-se como um dos fatores responsáveis por essa situação.

Coimbra Jr.; Santos (2003), em um levantamento de doenças entre os índios das etnias Wari', Karitiána e grupos Tupi-Mondé no estado de Rondônia, destacam altas taxas de prevalência de infecção por helmintos, como *Ascaris lumbricoides*, *Thichuris trichiura*, *Strongyloides stercoralis* e ancilostomídeos que associados a fatores depreciativos da saúde, tais como má alimentação e malária, interferem negativamente na condição de saúde.

Os autores apontam também para prevalências variáveis de infecção por protozoários, com destaque para os causadores de diarreia e disenteria *Giardia lamblia* e *Entamoeba histolytica*, além de salientarem que, de maneira geral, mais de 50% da população apresentam mais de uma espécie de vetores e que as infecções gastrointestinais em determinados contextos equivalem à metade das internações hospitalares de crianças indígenas e, entre as crianças Xavante, são responsáveis por 60% das mortes em menores de um ano (COIMBRA JR.; SANTOS, 2003).

Segundo Pena (2004) e Pena; Heller (2008), que avaliaram, no período de 2000-2002, as condições de saneamento, o quadro de saúde e a associação entre ambas as situações na população indígena Xakriabá,

das 108 habitações, ou seja, 8,8% do total de domicílios ocupados, apenas 22,2% apresentaram ausência de coliformes totais e *Escherichia coli* em amostras da água consumida para beber e as diarreias foram responsáveis por 9,84% dos óbitos entre o grupo estudado.

Segundo o “Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira” elaborado pela FUNASA, o qual trata das orientações técnicas nos cuidados com as crianças, as doenças diarreicas são, entre as doenças pediátricas, as mais frequentemente observadas nos serviços de atenção primária, sendo referidos para tratamento hospitalar os casos que apresentem sinais clínicos de desidratação grave e/ou diarreia persistente grave (FUNASA, 2004).

Levando-se em consideração que, numa perspectiva antropológica, as doenças diarreicas, assim como todo o processo saúde-doença-atenção, também carregam consigo fortes elementos culturais, faz-se necessário, para uma melhor compreensão acerca dos fenômenos de saúde e doença nas diferentes populações, uma articulação entre aspectos clínicos, epidemiológicos e antropológicos, partindo sempre do princípio de que é melhor conhecer o que cada grupo entende, por exemplo, por diarreia, ou seja, a definição local para o problema, pois, como ressalta Langdon (2003, p. 93), “[...] para entender o sistema de medicina de uma cultura, devemos examiná-la dentro do seu contexto sociocultural”.

Existem “etnoclassificações” que podem tanto considerar a doença diarreica como estágios normais do desenvolvimento infantil, como outras “etnocategorias” de diarreia que englobam uma ou mais categorias biomédicas. Pode haver também uma “superdiferenciação das etnocategorias em relação aos critérios biomédicos”, bem como episódios “de sobreposição entre algumas ou mesmo todas as categorias culturais e biomédicas” (HAVERROTH, 2004, p. 57-58).

### **2.3. Organização da saúde indígena no Brasil**

A política do Estado brasileiro dirigida aos povos indígenas sofreu, ao longo dos tempos, significativa intervenção do poder público que entendia ser necessário promover a assimilação dos povos indígenas à sociedade brasileira, por acreditar que estes seriam extintos ou, caso sobrevivessem, seu modo de vida em nada se diferenciaria do restante da sociedade. Uma forte marca desta intervenção do poder público na política indigenista brasileira foi o artifício jurídico da prática da tutela, que tirava dos indígenas o direito de decisão sobre os assuntos que lhe

diziam respeito e passava para o órgão indigenista oficial o direito de decisão (GARNELO, 2012).

A criação, no ano de 1910, do Serviço de Proteção ao Índio (SPI)<sup>6</sup>, deu início à atuação de forma direta de instituições públicas na questão da política voltada às sociedades indígenas. Vinculado ao Ministério da Agricultura, o SPI tinha como princípio proteger os índios, buscando o enquadramento indígena, de forma progressiva, e de suas terras no sistema produtivo nacional e, de certa forma, assistia aos indígenas em diferentes frentes de atuação tais como, saúde, educação, questões territoriais, proteção aos conhecimentos tradicionais, desenvolvimento econômico e outros (FUNASA, 2002; GARNELO, 2012).

Especificamente no campo da saúde, as primeiras tentativas de proporcionar aos povos indígenas assistência à saúde de forma sistemática só aconteceram décadas depois da criação do SPI. Entre estas tentativas destaca-se, no ano de 1952, um plano elaborado por Noel Nutels<sup>7</sup>, no qual destacava a importância da criação de barreiras sanitárias no entorno dos territórios indígenas e a implementação de medidas sociais amplas que não se limitavam a intervenções médico-curativas e tão somente aos povos indígenas, mas também à população sertaneja (CARDOSO; SANTOS; COIMBRA JR, 2007).

No entanto, somente em 1956 é que tal plano foi posto em ação com o nome de Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA). Tal serviço era vinculado ao Ministério da Saúde e tinha como objetivo desenvolver ações básicas de saúde às populações indígenas e rurais localizadas em áreas de difícil acesso, com enfoque na vacinação, serviços de odontologia, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis (FUNASA, 2002).

Tendo como base o modelo do SUSA, a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), criada no ano de 1967, após a extinção do SPI, criou as Equipes Volantes de Saúde (EVS), que tinham como objetivo realizar

---

<sup>6</sup>Inicialmente chamava-se Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPILTN), mas, a partir de 1918, passou a chamar-se SPI, pois as atribuições referentes aos trabalhadores nacionais passaram para o Serviço do Povoamento. Para maiores detalhes, ver Manfroi (2008).

<sup>7</sup> Médico que participou da expedição Roncador-Xingu, organizada pela Fundação Brasil Central (FBC) em 1940 (COIMBRA JR; SANTOS, 2003).

atendimentos de forma esporádica às comunidades indígenas da área de atuação da FUNAI. Porém, os custos de operação das EVS eram muito altos e, com isso, os profissionais foram fixando-se nas sedes administrativas regionais, de modo que os trabalhos realizados nas aldeias foram se tornando cada vez mais esporádicos até deixarem de acontecer (FUNASA, 2002; CARDOSO; SANTOS; COIMBRA JR, 2007).

No ano de 1986, paralela à 8ª Conferência Nacional de Saúde, que discutia a reformulação da Política Nacional de Saúde, acontecia a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, que recomendou que a coordenação da saúde indígena ficasse a cargo do Ministério da Saúde, por meio de um subsistema de serviços de saúde vinculado ao sistema nacional de saúde. Com isso, por meio do Decreto Ministerial n. 23/1991, a coordenação da saúde indígena foi transferida da FUNAI, vinculada ao Ministério da Justiça, para a Fundação Nacional de Saúde (FNS)<sup>8</sup>, órgão do Ministério da Saúde.

Em 1994, esse Decreto foi revogado e, por meio do Decreto Ministerial n. 1.141/1994, a FUNAI retoma o controle das ações de assistência médico-sanitária aos indígenas, ficando para a FNS as ações de prevenção e controle de agravos à saúde, saneamento básico e capacitação de recursos humanos. Esse quadro se mantém até meados de 1999, quando o Decreto n. 3.156/1999 transfere novamente à FNS a gestão de todas as ações de atenção à saúde dos povos indígenas (CHAVES; CARDOSO; ALMEIDA, 2006; CARDOSO; SANTOS; COIMBRA JR, 2007).

Em 1992, durante a 9ª Conferência Nacional de Saúde (somente seis anos após a realização da primeira e dois anos após a criação do SUS), foi aprovado um modelo de atenção à saúde indígena diferenciado e organizado em distritos sanitários especiais, o qual foi denominado de Subsistema de Saúde Indígena (CARDOSO; SANTOS; COIMBRA JR, 2007). Entre os determinantes da proposta de organização de um sistema de saúde específico para os povos indígenas, constava o fato de que o SUS não estava (e não está) preparado para reconhecer, respeitar e atender as inúmeras especificidades dos indígenas e a questão de que o arcabouço jurídico-político instituído pela reforma sanitária destacava a ideia de um único sistema de saúde

---

<sup>8</sup> A partir de 1999, a sigla mudou para FUNASA.

que ofertasse atenção à saúde de qualidade para toda a população (GARNELO, 2012).

Na 2ª Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, em 1993, definiram-se as diretrizes da Política Nacional de Saúde para a população indígena e, no ano de 1996, durante a 10ª Conferência Nacional de Saúde, foi aprovada a regulamentação e a implantação de distritos sanitários como unidades organizacionais do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

No ano de 1999, através do Decreto n. 3.156 já citado, foi regulamentada a PNASPI<sup>9</sup>. No mesmo ano, também foi aprovada a Lei n. 9.836 que estabeleceu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, colocando a FUNASA como responsável pelas ações básicas de saúde nas áreas indígenas baseadas nas diretrizes do SUS (FUNASA, 2002; CARDOSO; SANTOS; COIMBRA JR, 2007).

Porém, a FUNASA apresentava reduzido quadro de pessoal próprio para a execução das atividades sob sua responsabilidade, de modo que, nas aldeias onde o órgão não contava com rede própria (na maioria das Terras Indígenas), realizou subcontratos com municípios e organizações não governamentais para que realizassem as ações de saúde. Mesmo estando a operacionalização dessas ações a cargo da FUNASA, o Ministério da Saúde permaneceu gerindo a política de saúde indígena por meio da SAS, que também passou a coordenar a assistência à saúde dos povos indígenas e a fazer a interlocução com as secretarias municipais de saúde (FUNASA, 2002; CARDOSO; SANTOS; COIMBRA JR, 2007; GARNELO, 2012).

O Subsistema de Saúde Indígena adotou, como modelo de assistência à saúde, a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Com sede em municípios próximos às terras indígenas, os DSEI se configuram como uma rede interligada de serviços de saúde em nível de atenção primária, onde deve ser capaz de desenvolver ações de prevenção de doenças, cuidados de saúde a grupos etários específicos (crianças, gestantes, idosos, entre outros), educação em saúde, monitoramento das condições de alimentação e nutrição e outras ações que favoreçam a saúde das populações indígenas atendidas

---

<sup>9</sup> No entanto, a aprovação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas aconteceu apenas em 2002 por meio da Portaria do Ministério da Saúde n. 254/2002 (FUNASA, 2002).

por estes distritos (FUNASA, 2002; CARDOSO; SANTOS; COIMBRA JR, 2007; GARNELO 2012).

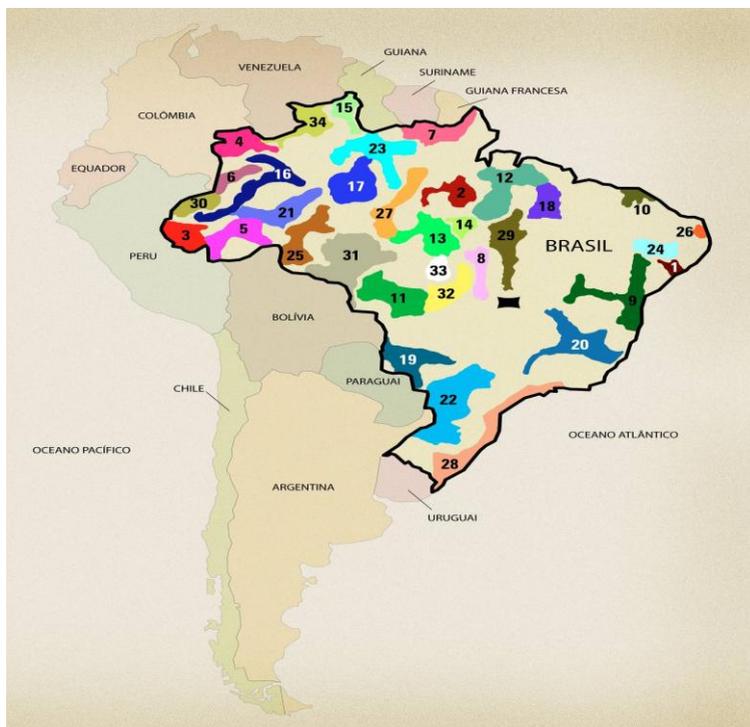
A localização e as áreas de abrangência dos Distritos Sanitários foram determinadas pelas características culturais, distribuição das Terras Indígenas e por critérios demográficos, de modo que a FUNASA decidiu por implantar 34 DSEI (Figura 2).

Cada distrito conta com unidades sanitárias que atendem conforme os diferentes níveis de complexidade técnica das demandas e prevê, na sua rede de serviços, a existência de Postos de Saúde nas aldeias, Pólos Base<sup>10</sup>, CASAI's<sup>11</sup> e referências de média e alta complexidades, que podem ser municipais ou estaduais, a depender da demanda (Figura 3). Dentro desse modelo, o posto de saúde é a unidade sanitária mais simples do DSEI, de modo que deveria haver um posto em cada aldeia onde o agente indígena de saúde atuaria (FUNASA, 2002; GARNELO, 2012).

---

<sup>10</sup> Estes podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência. No último caso, pode ocorrer destes corresponderem a uma unidade básica de saúde já existente na rede de serviços daquele município (FUNASA, 2002). No caso dos indígenas das TI do oeste Catarinense, o Pólo Base está situado na cidade de Chapecó e não se configura como uma unidade de saúde, pois atua em nível burocrático.

<sup>11</sup> As Casas de Saúde Indígena localizam-se nos municípios de referência dos DSEI e realizam serviços de apoio aos pacientes encaminhados ao Sistema Único de Saúde, providenciam alojamento e alimentação a esses pacientes, além de prestar assistência de enfermagem diária e de forma integral; marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar; providenciar acompanhantes para os pacientes e garantir o retorno às comunidades de origem (FUNASA, 2002). No caso dos indígenas do oeste catarinense, não há CASAI de referência (a CASAI mais próxima localiza-se em Curitiba, PR). Desse modo, os pacientes costumam permanecer em hospitais da região oeste de Santa Catarina ou, eventualmente, de Florianópolis, na grande maioria das vezes sem acompanhantes.



**Figura 2. Distribuição dos DSEI.** Adaptado de: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id\\_area=1744](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1744). Acesso em: 09 Jul. 2012.



**Figura 3. Organização da rede de serviços em saúde dos DSEI's.** Adaptado de: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id\\_area=1744](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1744)>. Acesso em: 09 Jul. 2012.

Atualmente, a gestão da atenção à saúde indígena passou por mudanças, não sendo mais da FUNASA a responsabilidade pela atenção à saúde dos povos indígenas. Com a aprovação do Decreto n. 7.336 no ano de 2010, criou-se, dentro da estrutura do Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), à qual cabe, agora, a responsabilidade<sup>12</sup> de coordenar e avaliar as ações de atenção à saúde no âmbito do Subsistema de Saúde Indígena, bem como fazer a articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que desenvolvem serviços na atenção à saúde indígena. À FUNASA, continua cabendo a responsabilidade sobre as ações de saneamento em áreas rurais, comunidades extrativistas, ribeirinhas e remanescentes de quilombos (BRASIL, 2011a; FUNASA, 2011).

Conforme a Portaria do Ministério da Saúde n. 2.656/07, as EMSI devem ser compostas a partir de dois núcleos: Núcleo Básico de Atenção a Saúde Indígena e Núcleo Distrital de Atenção a Saúde Indígena. Ao primeiro, cabe a responsabilidade pela execução das ações

<sup>12</sup> Cumpre salientar que, na prática, estava prevista a transição entre a FUNASA e a SESAI até dezembro de 2011, o que de fato só aconteceu no primeiro semestre de 2012.

básicas de atenção à saúde indígena, sendo composto por profissionais de saúde como Médico, Enfermeiro, Auxiliar ou Técnico de enfermagem, Odontólogo, Auxiliar de consultório dental, Técnico de higiene dental, Agente indígena de saúde (AIS), Agente indígena de saneamento (AISAN), Técnico em Saneamento e, na região da Amazônia legal, Agentes de Endemias e Microscopistas. Já, no Núcleo Distrital, podem compor a equipe profissionais que atuam na saúde indígena e que não fazem parte do núcleo básico, tais como Nutricionistas, Farmacêuticos/Bioquímicos, Antropólogos, Assistentes Sociais, entre outros, conforme as necessidades específicas da população indígena (BRASIL, 2007).

## **2.4. Atenção diferenciada à saúde indígena**

O propósito maior da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é

Garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (FUNASA, 2002, p. 13).

Apesar do respaldo da PNASPI, o que se observa na prática cotidiana dos serviços de saúde às populações indígenas é que há distanciamento do proposto. Os princípios da atenção diferenciada, seja no tocante à participação da comunidade ou na formação de equipes multiprofissionais para trabalhar em situações multiculturais, permanecem distantes dos serviços de saúde, não indo além dos documentos oficiais. Conforme nos coloca Langdon (2004, p. 42), “[...] o conceito de atenção diferenciada ainda tem de ser operacionalizado em nível local e nos níveis secundários e terciários do SUS”. Langdon; Diehl (2007), em estudo a partir da realidade do Sul do Brasil, observam que ainda não há um consenso do que seja atenção diferenciada entre os

gestores, demais profissionais de nível superior e os indígenas. Para estes últimos (representados aqui no caso pelos AIS), “significa o acesso a serviços primários separados e com qualidade, além da prioridade na atenção secundária e terciária”, para os administradores e profissionais de nível superior, “trata da questão ‘cultural’, porém, com pouca compreensão do que isso implica na prática” (LANGDON; DIEHL, 2007, p. 31).

As autoras destacam ainda que os documentos da FUNASA, alinhados à política da Organização Mundial da Saúde (OMS), apontam que o caminho é “articular” ou “integrar” as práticas tradicionais de cuidados à saúde, não deixando claro se cabe aos serviços de atenção primária articular-se com as práticas tradicionais ou integrar-se às elas, tendo em vista que “articular” implica no reconhecimento da legitimidade dessas práticas e “integrar” indica a instrumentalização a partir do modelo biomédico (LANGDON; DIEHL, 2007).

O conceito de atenção diferenciada envolve a organização diferenciada dos serviços de saúde, bem como a participação dos indígenas no que se refere à gestão, programação e avaliação dos serviços prestados, e também visa garantir atendimento diferenciado com respeito e reconhecimento das particularidades e conhecimentos indígenas (LANGDON, 2001).

Contudo, no dia a dia dos serviços de atenção à saúde indígena, também predomina a ideia de que o modelo biomédico de saúde é único, verdadeiro e superior a qualquer outro conhecimento ligado às práticas de saúde, fazendo com que o princípio de respeito aos saberes indígenas seja desconsiderado. Conforme nos coloca Langdon (2004, p. 45), “Estamos julgando a eficácia da medicina indígena segundo nossa compreensão de saúde, segundo nossa cultura”.

Os sistemas de saúde dos povos indígenas têm, como característica norteadora, a visão holística. Tanto a doença como a saúde fazem parte de um sistema maior, cosmológico, no qual os fatores de ordem física, social e espiritual interferem no processo saúde-doença-cura, resultando em princípios bem diferentes dos que norteiam a biomedicina (LANGDON, 2001).

## 2.5. Sobre os Kaingáng

O termo Kaingáng foi introduzido na literatura no final do século XIX por meio dos trabalhos de Telêmaco Borba. Anteriormente, os grupos Kaingáng eram conhecidos como Coroados, Bugre, Guayaná, Tupi, Shokleng, Guanana, Gualachos, Gualachi, Chiqui, Cabelludo, Votoran, Kamé, entre outras denominações a fim de diferenciá-los dos demais povos do sul do Brasil. Linguisticamente, os Kaingáng pertencem ao tronco Macro jê, família Jê, assim como os indígenas Timbira, Kayapó, Apinaye, Kĩsêdjê (Suyá), Aquém, Panará e Xokleng (SANTOS, 1963; OLIVEIRA, 2009).

Os Kaingáng habitavam, antigamente, vasto território compreendido desde o Rio Paranapanema, no atual estado de São Paulo, passando por todo o planalto, os campos de Guarapuava, atual estado do Paraná, até as barrancas do Rio Uruguai e seus afluentes direitos Piratini e Ibicuí. Atualmente, os Kaingáng ocupam territórios nos Estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, distribuindo-se em várias Terras Indígenas e constituindo o grupo Jê mais numeroso do país, com cerca de 34.920 indígenas (ZWETSCH, 1994; DIEHL, 2001; OLIVEIRA, 2009; BRASIL, 2012).

No estado de Santa Catarina, os Kaingáng encontram-se distribuídos ao longo da região oeste do estado nas TI Xaçecó, Toldo Chimbangue, Toldo Chimbangue II, Toldo Pinhal, Toldo Imbu, Reserva Indígena Aldeia Kondá e a TI Palmas, com parte do território situada, também, no estado do Paraná (NACKE et al., 2007; ISA, 2012).

O contato entre os Kaingáng e os colonizadores europeus iniciou-se ainda no século XVI, a partir do momento em que alguns grupos que viviam nas proximidades do litoral atlântico tiveram contatos com os primeiros portugueses. No final do século XVIII, a região foi disputada pelas coroas espanhola e portuguesa, levando à invasão dos territórios indígenas no sudoeste paranaense, no oeste catarinense e no noroeste do Rio Grande do Sul (DIEHL, 2001; ISA, 2011).

Até o século XIX, quando foram conquistados, os Kaingáng viveram livres nas regiões de campos e florestas do sul do país. Porém, devido às pressões das expedições de conquista, alguns caciques Kaingáng foram se aldeando e aliando-se aos não indígenas, passando a obrigar outros grupos a se retirarem para lugares mais distantes da rota expansionista, onde permaneciam até serem, mais tarde, novamente

localizados e pressionados a se aldearem, resultando na liberação de parte dos seus territórios para os fazendeiros e colonos nacionais e estrangeiros (DIEHL, 2001; ISA, 2011).

Essa usurpação das terras indígenas Kaingáng foi acompanhada e apoiada pelos órgãos indigenistas, ao longo dos anos, como, por exemplo o SPI, onde seus funcionários faziam a mediação entre fazendeiros e indígenas, de modo que o auxílio quase nunca contemplava aos indígenas (FOLLMANN, 2011).

Desde então, a luta pela terra configura-se como um dos motivos mais importantes de confronto entre os Kaingáng – e de muitas outras etnias – e o governo nacional, permanecendo, nos dias de hoje, como uma bandeira de luta prioritária e constante, principalmente por conta das reduções do território originalmente concedido anos atrás (GARCÍA, 2010).

A organização social Kaingáng é pautada na uxorilocalidade e na patrilinearidade<sup>13</sup>, isto quer dizer, respectivamente, que, ao casar-se, o homem passa a morar na casa da mulher e que os filhos pertencem ao grupo social do pai.

Segundo García (2010, p. 42), em relação à pessoa, o grupo Kaingáng entende que a mesma “estaria constituída pelo corpo e, mais especificamente, pela relação corpo-espírito” e é “o fruto da relação entre a natureza e a sociedade (...) o corpo (...) é uma extensão do domínio cosmológico da natureza”. Neste sentido, frente a alguma doença, os cuidados dirigem-se tanto ao corpo como ao espírito, a fim de que o tratamento resulte na melhoria da fortaleza corporal (DIEHL, 2001; GARCÍA, 2010).

---

<sup>13</sup> Para maiores detalhes, ver Santos (1963) e Diehl (2001).

## **CAPÍTULO 3. ALGUNS CONTEXTOS ATUAIS DA TERRA INDÍGENA XAPECÓ**

Por entender que a etnografia não é apenas uma atividade observadora, mas também interpretativa, que visa não apenas coletar dados, mas “decodificá-los” (GEERTZ, 1989, p. 31), tanto nesse quanto no próximo capítulo serão apresentados alguns dados etnográficos, os quais devem ser considerados como parte dos resultados e discussão da pesquisa de campo.

### **3.1. Das lideranças indígenas no contexto atual da TIX**

O processo de escolha das lideranças indígenas na TIX é por meio de eleição quadrienal, candidatando-se qualquer morador, podendo concorrer e se reeleger indefinidamente. O processo eleitoral é acompanhado pela FUNAI, Ministério Público e Polícia Federal, que inclui a confecção e distribuição das cédulas e das urnas, além do acompanhamento da contagem e conferência dos votos e do ato de lavar a ata. Os eleitores são todos os indígenas residentes da TIX, tendo como idade mínima aqueles que completaram 16 anos no ano da eleição.

Em cada chapa, concorre cacique, vice-cacique e capitão geral (que, depois do cacique e do vice, é a maior liderança dentro da TIX). O processo eleitoral para capitão de aldeia, além do fato dos candidatos não concorrerem em chapas, segue a mesma lógica da eleição para as outras lideranças, seja em relação ao perfil do candidato quanto em relação à participação dos órgãos federais acima citados. Segundo alguns informantes, a próxima eleição para as lideranças acontecerá em julho de 2014.

Entre as diversas atividades das lideranças (geral e local), está a definição das punições, que, segundo informantes, variam conforme a gravidade da infração e podem ser de três tipos: (a) utilização de cordas no caso em que a pessoa está mais agitada, a fim de controlá-la (“*a polícia tem as algemas, nós num temos algemas!*”, compara o informante); (b) prestação de serviço comunitário, o qual varia de um a

três dias dependendo da infração, que é avaliada pela liderança<sup>14</sup>; (c) transferência de Terra Indígena, que ocorre em situações mais difíceis e normalmente quando há reincidência.

No momento da pesquisa de campo, circularam informações a respeito da realização de algumas reuniões entre as lideranças indígenas da TIX e também entre estas lideranças e representantes de órgãos federais, para discussão da transferência de membros de uma determinada família, que estariam gerando desordem nas redondezas da aldeia Sede. Questionado à respeito da maneira como se desenvolve o processo de transferência de famílias de uma Terra Indígena para outra, um informante disse que, frente a uma situação dessas, há uma determinada conduta, tanto para a transferência, quanto para a aceitação e alocação desta(s) família(s).

Primeiramente, destacou que as transferências de famílias não são comuns e só acontecem quando não há possibilidade de convívio entre famílias ou membros destas no mesmo lugar (mesma TI). No que se refere à escolha da TI para transferência, essa é determinada pela avaliação de uma organização indígena denominada Conselho de Caciques (composta por caciques de todas as TI Kaingáng), que se reúne, analisa o problema e decide se é preciso remover de uma TI para outra. Havendo a necessidade de transferência, o Conselho define quem pode receber a família, de modo que o cacique se manifesta em relação a recebê-la ou não, independente se a família possui parentes residindo no local para onde será transferida. O cacique, por sua vez, entra em contato com os capitães de cada aldeia a fim de saber em qual aldeia é possível a família ser alocada, ficando então sob responsabilidade de cada liderança local recebê-la e conseguir um lugar de fácil acesso à escola, ao serviço de saúde e tudo àquilo que é comum aos demais moradores residentes na aldeia. O informante ressalta que o processo de transferência de famílias entre Terras Indígenas envolve, além dos membros do conselho de caciques, também a FUNAI e o Ministério Público, que ficam cientes do que está acontecendo.

---

<sup>14</sup> A execução do serviço geralmente acontece na comunidade onde a pessoa reside e pode ser realizado no sábado, domingo ou num horário que não atrapalhe a vida profissional – se for o caso – do punido. Entre os serviços mais comuns, estão: roçar, carpir, limpar, reformar, construir, entre outras atividades. Cabe ao capitão da aldeia determinar qual a atividade e onde será realizada.

### 3.2. Da ocupação do espaço territorial

Em relação à questão da distribuição de terra, seja para moradia, plantação ou outra atividade que envolva a posse de terras, segundo alguns informantes, o indígena, enquanto permanece residindo na TIX, tem o direito de usufruir da mesma e fazer uso dela. Assim, ninguém tem escritura, pois a terra é da união, do Governo Federal, tendo os indígenas apenas o direito de ocupá-la, por exemplo, com a produção de grãos e a criação de gado leiteiro, atividades que vêm se desenvolvendo bem entre algumas famílias desta TI.

Os informantes disseram ainda que, geralmente, cada família tem uma área de terra "*que se diz ser dono*", onde ela tem o direito de ocupar a área e usar conforme o critério de cada ocupante. No entanto, as dimensões destas terras variam enormemente, de modo que, foi possível observar, famílias de posse de muitos hectares e outras, de apenas alguns poucos metros quadrado.

Nas situações em que for necessária a derrubada de árvores, é proibida tal ação em áreas de capoeiras que se encontrem em processo de regeneração, ou seja, aquelas que já estejam altas.

Desta forma, são priorizadas para cultivo as áreas de terra que já vinham sendo "*trabalhada anos atrás manualmente*". No entanto, segundo alguns informantes, essa maneira de lidar com a terra é cada vez menos praticada, pois, nos últimos anos, juntamente com outros fatores, a atividade de arrendamento de terras para plantio (principalmente de soja e milho) e os maiores incentivos para investimentos agrícolas fizeram com que as atividades de preparo da terra, de plantio, de manutenção e de colheita sejam, agora, mecanizadas (Ver Apêndice 2a).

### 3.3. Do trânsito de pessoas na TIX

No que diz respeito à circulação de pessoas indígenas e não indígenas no interior da TIX, há, segundo colocaram alguns informantes, um certo controle por parte das lideranças. No caso, por exemplo, de um indígena de outra TI que esteja a passeio, é preciso que ele tenha em mãos uma "*portaria*" (entenda-se um determinado documento) assinada pelo cacique da TI de origem, onde conste o motivo da vinda e o tempo que pretende permanecer. O documento deve

ser entregue para a liderança que residir na aldeia visitada e, vencido o prazo da visita, ele retorna para a TI de origem. Sem essa “portaria”, não há possibilidade de permanência.

No caso da circulação de não indígenas, na atual gestão, está havendo maior controle, de modo que, a partir do momento que se percebe a entrada de não indígenas no interior das aldeias da TIX, imediatamente se verifica o motivo da presença da pessoa e as lideranças tomam as devidas providências. A respeito dessa conduta, Adelino, morador da aldeia Paiol de Barro, disse:

*[...] Todos nós sabemos que o risco que nós corremos, que os índios corre aqui dentro é muito grande, no sentido de que entra um vendedor aqui, por exemplo, aqui vender fruta. Será que é só fruta que ele vem vender? Por um outro lado assim oh! Quem garante que esse branco num pode ter um envolvimento com uma índia aqui dentro e transmitir uma doença né! [...] Com isso, nós podemos evitar entrada de droga dentro da terra indígena, nós podemos tá evitando prostituição, nós podemos tá evitando com que os nosso índios também não corram o risco de ter uma contaminação por uma doença sexualmente transmissível que isso também pode acontecer, então não é por nada não, é que a gente não aceita o não índio dentro da terra indígena! A nossa preocupação é com estes problemas, a gente não é contra a pessoa.*

No período de realização da pesquisa, observou-se, quase que diariamente, a circulação, ao longo da TI, de vendedores ambulantes em veículos munidos de frutas, vegetais, pães, panelas, lençóis, roupas de cama, picolé, sorvete, entre outros produtos diversos. Esta é uma prática que já acontece faz tempo, tendo em vista que muitos moradores compram a prazo e reconhecem aos vendedores, além das propagandas nos altos falantes, por meio da identificação dos seus veículos.

No tocante à moradia de não indígenas na TIX, os informantes colocaram que esta é uma questão que varia de uma gestão de cacique para outra e que, na gestão atual, não permitem mais a moradia de brancos. A justificativa de permanência para os não indígenas que hoje moram em algumas aldeias na TIX é que estes vieram nos tempos de

outros caciques, dando o direito de manter a residência, desde que não criem problemas.

Entre os motivos para a não aceitação de não indígenas na TIX, segundo o entendimento de Adelmo, morador da aldeia Paiol de Barro, está o fato de que somente os indígenas têm direito de conviver na TI, porque, uma vez residindo, estes indivíduos deverão ter garantidos acesso à saúde, educação e tudo que for comum aos outros habitantes. Nesse sentido, Adelmo disse:

*[...] Se o índio sair da terra indígena dele, onde ele convive e ir morar lá fora da terra indígena, ele não vai poder se colocar em lugar nenhum porque cada um lá fora tem a sua terra, tem a sua escritura e jamais eles vão aceitar o índio morando lá.*

### **3.4. Aspectos da alimentação na TIX**

Com relação aos meios de subsistência, de uma forma geral, algumas famílias criam galinhas, terneiros e porcos, produzindo, ainda em pequenas roças, produtos como milho, feijão, mandioca, abóbora, pepino, amendoim, batatinha, batata doce e salada<sup>15</sup> (OLIVEIRA, 2009).

Conforme Oliveira (2009), o feijão é o produto mais cultivado devido à tradição nativa de plantar o grão, bem como pelo fato do mesmo poder ser vendido no comércio local. Já o milho é utilizado tanto para o comércio, como para o consumo humano e para alimentar galinhas, porcos e gado. O autor coloca que, apesar do cultivo dos produtos mencionados, unanimemente as famílias necessitam “fazer o rancho”, isto é, fazer a compra mensal de alimentos, como arroz, macarrão, farinha de trigo, farinha de milho, sal, açúcar, banha de porco, carne e erva mate.

No entanto, algumas famílias, principalmente aquelas que não possuem fonte de renda fixa, complementam o rancho (em escalas diferenciadas) com a produção das roças. Já as famílias com melhores condições financeiras (devido a emprego na saúde, educação,

---

<sup>15</sup> Segundo Oliveira (2009), o termo salada é empregado pelo grupo quando referem-se a vários tipos de folhas, como radite, alface, repolho e almeirão.

frigoríficos da região, plantações de milho vizinhas à área indígena, arrendamento de terras, entre outras opções) acabam adquirindo grande parte da comida, inclusive àquelas costumeiramente produzidas nas roças das aldeias (OLIVEIRA, 2009).

Normalmente, o rancho é feito nos mercados das cidades próximas, mas, no dia a dia nas aldeias, esse e outros alimentos e produtos podem também ser adquiridos em menor escala nas “*bodegas*”, uma espécie de comércio, de pequena a média proporção, que, em sua maioria, são localizados dentro das casas. Além de um espaço comercial, configura-se também como mais um espaço de encontro (principalmente masculino), pois algumas bodegas oferecem a possibilidades de jogos, tais como sinuca, bocha, baralho, entre outros. Os principais clientes das bodegas são as crianças, devido à farta variedade de guloseimas.

As atividades de caça, pesca e coleta, dadas as condições de desmatamento da TIX, atualmente, são praticadas em menor escala. Quando praticadas, resultam costumeiramente no abate de pássaros, tatus, veados e cotias. A pesca é feita geralmente à beira dos rios Chapecó e Chapecozinho, dependendo da aldeia de referência, onde podem ser pescados carpas, traíras, cascudos e jundiás, entre outros. A atividade de coleta ocorre de forma bem reduzida, girando em torno do pinhão (que, hoje em dia, também precisa ser comprado), frutas como jaboticaba, pêssago, ingá, butiá, guarirova, “*comidas do mato*”<sup>16</sup>, bem como se costuma “*melar*”, ou seja, tirar mel na mata, direto na árvore (OLIVEIRA, 2009, p. 55). No entanto, Haverroth (1997) considera que as atividades de caça, pesca e coleta constituem-se mais como uma atividade de lazer do que propriamente uma forma de subsistência.

Durante a pesquisa de campo, inúmeras vezes, grupos de homens jovens e adultos da aldeia Paiol de Barro saíam para pescar, atividade que levava horas ou até dias. Para as pescarias, podem ser utilizadas linhas de pesca com anzol na ponta (linha de nylon de certa espessura), atividade conhecida como “*linhada*”, ou usar tarrafa – uma espécie de rede (Ver Apêndice 2b). Outra maneira de pescar é utilizando o “*espinhelo*”, que é uma linha esticada de uma margem a outra do local de pesca, sendo que, ao longo desta linha, são amarrados diversos anzóis, de forma que estes fiquem submersos na água; normalmente, esse tipo de pescaria é realizado em etapas, ou seja, deixa-se o espinhelo

---

<sup>16</sup> Para maiores detalhes, ver Oliveira (2009).

por uns dias e, depois, verifica ou fica-se no local de pesca por uns dias. De forma geral, utilizam, como iscas, minhocas ou outros peixes menores.

### **3.5. Dos serviços de saúde na TIX**

Devido ao permanente contato dos Kaingáng da TIX com a sociedade envolvente, o acesso à biomedicina e suas tecnologias acontece há décadas, principalmente por meio de órgãos governamentais, como a FUNAI, a FUNASA, e de instituições religiosas, como o Conselho Indigenista Missionário (CIMI) e a Pastoral da Saúde, ambas ligadas à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) (DIEHL, 2001).

No atual modelo de gestão da saúde indígena, a TIX está dentro da área de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul (DSEI Interior Sul), que compreende os estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina (estado sede do DSEI) e Rio Grande do Sul, contemplando a atenção à saúde dos povos Kaingáng, Guarani, Xokleng, Krenak, Xetá e Terena (BRASIL, 2011b). No total, 42.028 indígenas vivem na área de abrangência do DSEI Interior Sul, caracterizando-se como a terceira maior população entre os 34 DSEI do Brasil, sendo que a etnia mais populosa é a Kaingáng (DIEHL, 2001; GARCÍA, 2010; BRASIL, 2012). Especificamente no Estado de Santa Catarina, o DSEI atende a aproximadamente 9.794 indígenas das etnias Kaingáng, Guarani, Xokleng e Xetá, onde também os Kaingáng são mais numerosos.

Até o momento da pesquisa, existiam, na TIX, cinco postos de saúde, distribuídos pelas aldeias Sede, Pinhalzinho, Fazenda São José, Paiol de Barro (ver Apêndice 2c) e Limeira. O maior e mais equipado posto de saúde localiza-se na aldeia Sede (ver Apêndice 2d), que, juntamente com o posto da aldeia Pinhalzinho, apresenta a equipe mais diversificada, contando com: médico generalista, médico ginecologista/obstetra, enfermeiros, dentista, nutricionista, técnicos de enfermagem, auxiliares de consultório dental, agentes indígenas de saúde e de saneamento, motoristas e auxiliar de serviços gerais. O vínculo empregatício dos profissionais dos postos de saúde das aldeias sob a jurisdição do município de Ipuacu era através da Estratégia Saúde da Família e do convênio entre a Organização da Sociedade Civil de

Interesse Público (OSCIP) Associação Rondon Brasil e a FUNASA. Alguns funcionários, como o caso de um técnico e um auxiliar de enfermagem, eram servidores públicos federais pela FUNASA (FOLLMANN, 2012).

As demandas por serviços de saúde na TIX em nível de atenção primária, quando não resolvidas nas aldeias, são encaminhadas para diferentes instituições hospitalares nos municípios vizinhos à Terra indígena Xapecó. As necessidades de média e alta complexidade são encaminhadas, a depender, para municípios nos estados de Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Rio Grande do Sul (BRASIL, 2011b). A principal referência para os atendimentos dos indígenas da TIX é o Hospital Regional São Paulo (HRSP) no município de Xanxerê/SC.

### **3.6. Por dentro das aldeias Paiol de Barro, João Veloso e Matão: uma breve descrição da atualidade**

Será apresentada, aqui, uma breve, mas densa, descrição deste conjunto de aldeias, apresentando elementos que possam contextualizar como a atual conformação desta região exerce forte influência na maneira como estas pessoas vivem e, especialmente, como enxergam e experienciam o processo saúde-doença-cura.

Situada a sudoeste da TIX, distante 2 horas e 20 minutos<sup>17</sup> de caminhada da aldeia Sede – a principal referência de entrada nessa TI – cerca de 30 minutos de caminhada das aldeias João Veloso e Matão e aproximadamente 1 hora da aldeia Limeira, a aldeia Paiol de Barro é a principal referência das três últimas comunidades no que diz respeito ao atendimento à saúde e à educação para os alunos de 1ª a 9ª séries. Também é a maior e mais populosa aldeia do conjunto de aldeias sob a jurisdição do município de Entre Rios, com aproximadamente 600 pessoas, segundo dados da SESAI do ano de 2012 (BRASIL, 2012).

Em relação à origem do nome da aldeia, no decorrer da pesquisa de campo, foi relatado, principalmente pelos moradores mais antigos, que o motivo foi um antigo paiol construído em barro (na região onde hoje se localiza a aldeia) pelos Guarani que, com a aproximação dos Kaingáng, deixaram o local, passando a viver na região onde atualmente está situada a aldeia Limeira.

---

<sup>17</sup> Usando o caminho que corta as aldeias Matão, Barro Preto e Água Branca.

Cada aldeia possui certo limite de extensão, de modo que os indígenas identificam as divisas entre as comunidades por meio de alguns parâmetros. A esse respeito Adelmo disse:

*[...] Que nem aqui embaixo onde que faz divisa com a Limeira tem o rio, tem um riozinho que desce ali. E daí aqui em cima também que vai pro Matão também é outro riozinho que tem ali em cima, e daí aqui no João Veloso é divisa seca né, daí ele num tem rio... segue estrada, estrada, aonde que tem uma encruzilhada que pega pra lá e pega pra cá, a gente procura fazer uma divisa assim que fica bem marcado.*

Assim como nas demais aldeias da TIX, as casas nas comunidades estudadas estão dispostas ao longo das estradas e trilhas, sendo que, em cada aldeia, há maior concentração de moradias próximas às instalações coletivas ou, como os moradores costumam dizer, no “centro da aldeia”. Rocha (2005, p. 34), em sua pesquisa junto aos Kaingáng da Reserva Indígena Aldeia Kondá, aponta que a divisão entre centro e periferia é uma característica da organização espacial das comunidades kaingáng, de modo que, nas aldeias, essa “zona central” configura-se como local de encontro e socialização.

Observou-se que, de uma maneira geral, as casas nas aldeias estudadas são construídas em madeira e apresentam semelhanças estruturais, como o fato de internamente apresentarem uma divisória entre o espaço de dormir e o de comer, que também serve para receber as visitas, como já haviam apontado Almeida (2004) e Rocha (2005), que realizaram pesquisas entre os kaingáng de diferentes Terras Indígenas.

### **3.6.1. Da infraestrutura: água, luz e saneamento**

No período da pesquisa, o fornecimento de água nessas comunidades acontecia de diferentes maneiras. Nas aldeias Matão e João Veloso, era por meio de fontes d’água (Foto 1) localizadas em vários pontos (às vezes próximos às casas). Nesse caso, a maioria das famílias faz uma ligação direta da fonte para a caixa d’água, sendo que, na aldeia João Veloso, podia ser individual ou coletiva atendendo

apenas a um grupo de famílias da aldeia. Já, na aldeia Limeira o fornecimento de água era proveniente de poço artesiano, que, por meio de bomba, levava a água para a aldeia.



**Foto 1. Exemplo de fonte d'água, Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011. (Autoria: do pesquisador).**

Na aldeia Paiol de Barro, havia uma rede de abastecimento construída pela FUNASA. Nessa rede, a captação de água é feita a partir de um pequeno rio represado (Foto 2), de onde a água bruta, uma vez por dia, é jogada, por bombas, na rede adutora, que a conduz até o pré-filtro (Foto 3), seguindo para o filtro lento (Foto 4), depois para a casa de química (Foto 5) – onde recebe o primeiro e único tratamento supervisionado e sistematizado –, seguindo, então, para os reservatórios (duas caixas d'água de 20.000 litros cada), de onde, por meio da rede de distribuição (Fotos 6 e 7), chega nas casas. Algumas moradias possuem ramais, os quais chamam de chafariz, onde instalam torneiras para fazer uso da água (Foto 8); outras famílias armazenam em caixas d'água. No entanto, nem todas as famílias eram beneficiadas por esta rede de abastecimento, seja por não terem a casa próxima a um ramal ou por não possuírem caixa d'água e os materiais necessários para estruturar o sistema para abastecê-la. Sendo assim, recorrem às fontes de água – há muito tempo utilizadas – que, segundo o AISAN, chegavam a aproximadamente dez em uso, no momento do trabalho de campo.



**Foto 2. Rio represado para abastecer a aldeia Paiol de Barro, Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011. (Autoria: do pesquisador).**



**Foto 3. Pré-filtro, aldeia Paiol de Barro, Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011. (Autoria: do pesquisador).**



**Foto 4. Filtro lento, aldeia Paiol de Barro, Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011. (Autoria: do pesquisador).**



**Foto 5. Casa de química, aldeia Paiol de Barro, Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011. (Autoria: do pesquisador).**



**Foto 6. Reservatórios de 20.000 litros, aldeia Paiol de Barro, Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011. (Autoria: do pesquisador).**



**Foto 7. Rede distribuidora, aldeia Paiol de Barro, Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011. (Autoria: do pesquisador).**



**Foto 8. Torneira, aldeia Paiol de Barro, Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011. (Autoria: do pesquisador).**

O fornecimento de energia elétrica nessas aldeias é por meio de rede suspensa, mantida por uma empresa privada, de modo que as famílias pagam pela energia mensalmente após receberem em casa a fatura. Assim como o abastecimento de água, não são todas as famílias que usufruem da energia. Segundo os informantes, entre os motivos está o fato de que algumas casas estão situadas em locais distantes da atual rede elétrica e outras ainda estão esperando pela instalação, pois já foram cadastradas.

Na aldeia Paiol de Barro, a rede elétrica existe há aproximadamente oito anos como resultado da intervenção do Governo Federal através do programa “Luz para Todos”. Tal benefício configura-se, segundo alguns informantes, como uma das causas do rápido aumento, nos últimos anos, no número de moradores. Outra observação referente à energia é que, normalmente, quando chove, há queda de luz, problema que nem sempre é resolvido no mesmo dia.

A coleta de lixo é inexistente não só nas aldeias incluídas na pesquisa, como em toda a TIX. Os indígenas vêm solicitando o serviço aos municípios de Ipuacu e de Entre Rios há bastante tempo, mas os gestores municipais têm sido ausentes também nesta questão, conforme destacou o morador da aldeia Paiol de Barro, Ademar:

*[...] De anos a gente vem cobrando deles né, reivindicando pra que eles possam fazer o recolhimento do lixo aqui nas aldeias aqui dentro, mas infelizmente por parte do município nunca fez, porque é uma coisa que compete ao município. O município tem por obrigação de fazer a coleta do lixo, mas eles nunca fizeram.*

Segundo informou Claudedir, a Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina (EPAGRI) de Entre Rios realizou, com as lideranças indígenas, uma reunião para discutir uma possível organização da coleta de lixo nas aldeias de abrangência do município. Nessa reunião, as comunidades solicitaram que a prefeitura recolhesse o lixo uma ou duas vezes na semana, sendo que cada casa providenciaria as lixeiras. Além disso, foi proposta a separação do lixo, de forma que os dejetos orgânicos fossem destinados à produção de adubo (o informante não deu maiores detalhes se houve orientação de como fazerem isso); o plástico para colocar numa embalagem e o vidro em outra para que a prefeitura fizesse o recolhimento. A EPAGRI ainda propôs a construção de um local para armazenamento de lixo tóxico, que seria recolhido por ela. A respeito desses encaminhamentos, Claudedir disse: “[...] *Daí foi feito até um documento eu acho e até hoje não deu resultado nenhum [...] Mas até hoje ficou só no papel*”.

Diante disso, costumeiramente, as famílias enterram e queimam tudo aquilo que para elas pode receber esses destinos, pois, para Claudedir:

*[...] Como até hoje não deu em nada, o pessoal queima né! Por exemplo, o que é, o que dá pra queimar o pessoal queima, no caso do vidro o pessoal às vezes quebra e enterra né! A retro [retroescavadeira] sempre passa por aí, o pessoal pede, faz um buraco, coisa de vidro e joga ali, depois cobre.*

Ainda em relação às questões envolvendo o lixo, o mesmo informante acredita que:

*[...] Deveria de ter uma parceria a Prefeitura e a FUNASA né! – Que por enquanto tá ainda com a FUNASA. Uma parceria pra prefeitura recolher né! Que nem lá em Entre Rios [município, fora da área da TI] a prefeitura recolhe duas vezes por semana e eles levam, levam pra Xanxerê onde o pessoal recicla, e eles poderiam fazer a mesma coisa aqui né! Que nem lá eles coletam na segunda e na quinta feira, na quarta e na sexta feira, ou só na quarta eles poderiam passar aqui dentro, nessas quatro comunidades que pertencem a Entre Rios [...].*

Muitas das casas dessas aldeias são construídas em madeira (assim como na maioria da TIX), de modo que os banheiros são dispostos fora das mesmas e construídos, em sua maioria, também em madeira (Foto 9). No entanto, algumas casas, sejam de madeira ou de alvenaria, possuem banheiros construídos em alvenaria externos às casas. Segundo alguns indígenas, houve duas situações de intervenção na questão dos banheiros: (a) quando algumas famílias foram beneficiadas por um projeto de habitação da Companhia de Habitação (COHAB) em parceria com o município de Entre Rios, sendo que o banheiro estava incluso na obra; (b) um projeto de habitação encaminhado para atender 35 famílias das aldeias Paiol de Barro, Matão, João Veloso e Limeira, com contrapartida da prefeitura do município, que ainda não havia sido executado. Sobre essa questão, a liderança Adelmo disse:

*[...] Mas aí por parte do município não é parceiro, não é parceiro, num ajuda, e daí tá parado por causa disso. Até nesse dia aí imo te que sentar novamente e vê em que pé que tá o andamento deste projeto, pra vê se realmente constrói ou não constrói [...].*

Outra tentativa de intervenção na questão dos banheiros, segundo Claudedir, foi um projeto da FUNASA desenvolvido há cerca de quatro anos, mas que resultou em alguns banheiros inacabados e outros finalizados por iniciativa dos proprietários. Ele explicou que este projeto previa a construção de unidades sanitárias no valor de dois mil reais cada, contudo, por motivos de problemas na licitação das empreiteiras, o projeto foi abandonado. A respeito desse episódio, ele disse:

*Uma empreiteira ali veio ali, pegou dinheiro e num terminaram, tem na Limeira e tem aqui também [...] Só que até agora [...] Até foi brigado, foi pedido pra terminar, disse que uma outra empresa ia, iam fazer uma licitação para uma outra empresa pegar e terminar, só que aí disseram que não tinha dinheiro né! [...].*

Com relação à localização e construção dos banheiros em madeira, o AISAN comentou que ele dá algumas orientações no sentido de evitar a proximidade às fontes de água, mas que são os próprios moradores que os constroem. Sobre o processo de escolha do local, ele explicou:

*Olham um lado lá meio longinho, e pega e faz um buraco lá e faz uma casinha em cima [...] A gente orienta pra não fazer próximo da água, mas a maioria mora perto da água, então onde é que vão fazer? Até tem família ali que faz um pra três, quatro família. Se reúnem e fazem, tudo eles usam ali. Quando tá quase enchendo o buraco ali, eles pegam mudam, fazem outro, tampam aquele ali.*



**Foto 9. Banheiro em madeira, aldeia Paiol de Barro, Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011. (Autoria: do pesquisador).**

### 3.6.2. Alimentação e fontes de renda

As atividades de produção de alimentos e criação de animais estão presentes nas aldeias pesquisadas e acontecem em diferentes escalas. Entretanto, por menor que seja a porção de terra, sempre há alguma coisa sendo cultivada ou criada.

Há algumas famílias que costumam produzir o que chamam de "pro gasto", isto é, no caso dos dias de hoje, o arroz<sup>18</sup>, o feijão, o milho, a batata doce, a mandioca, além de salada (alface, almeirão, radiche, etc). As famílias um pouco mais estruturadas financeiramente trabalham no nível da monocultura de grãos (principalmente milho e soja) para o comércio. Normalmente, nessa atividade, o indígena participa por meio do arrendamento de terras para os não indígenas, que ficam responsáveis por todas as etapas de preparo da terra, plantio e colheita. Pelo arrendamento, o indígena recebe em torno de 20% do lucro da safra no momento da colheita.

A criação de animais também é comum à maioria das famílias, em diferentes escalas de disponibilidade, de modo que animais como leitão, carneiro ou galinhas estão sempre sendo criados para provimento de carne. Algumas famílias estão investindo na criação de gado leiteiro, cuja produção tem sido comercializada para uma cooperativa do município de Entre Rios.

Para outras famílias, as fontes de renda podem ser provenientes de aposentadorias; de trabalhos dentro da TIX (na saúde, na educação, FUNAI e trabalhos autônomos como roçar, carpir, lavar roupas, limpar casas, entre outros); e do trabalho nas "firmas", isto é, nos frigoríficos (principalmente de aves e suínos) existentes em Xaxim/SC, Abelardo Luz/SC e Seara/SC. Nesse sentido, Adelmo colocou:

*A maioria do pessoal trabalha, principalmente dentro da TIX, a maioria dos índios estão evoluindo bastante, não é mais que nem no tempo de 40, 50 anos atrás que o índio não se envolvia nestas atividades, o índio procurava viver mais da caça, da pesca e assim por diante, hoje o índio não sobrevive mais disso, hoje se o índio*

---

<sup>18</sup> Segundo informações do trabalho de campo, o número de famílias na TIX que lidam com esta atividade é cada vez menor.

*depende da pesca ele morre de fome. Então tem que procurar um outro jeito aí de sobrevivência.*

Com relação às “*firmas*”, as queixas sobre as condições de trabalho entre os trabalhadores (e ex-trabalhadores), são unânimes. Segundo um casal de ex-funcionários, os problemas de saúde decorrentes das atividades nesses frigoríficos são muito comuns e pouco tolerados pelos empregadores, que tendem a afastar aqueles que apresentam constantes atestados de saúde. A informante relata que tem dia que, pela manhã, não consegue abrir as mãos e que o serviço médico da firma toma sempre a mesma conduta: “*injeção e comprimidos*”.

Outro funcionário (de firma diferente da do casal acima citado) relatou que não há serviço bom nas “*firmas*” e que o trabalho é para quem aguenta e não para quem quer. Coloca ainda que a empresa em que trabalha tem nove mil “*peões*”, sendo que os indígenas (de diferentes Terras Indígenas do estado) representam 50% desse contingente.

Durante o trabalho de campo, aconteceram inúmeros casos de demissão e de admissão, de novas e antigas pessoas, junto a esses frigoríficos, sendo essa prática, bem comum, conforme relatado por muitos moradores.

### **3.6.3. A educação**

A estrutura educacional no conjunto de aldeias de Entre Rios apresenta diferentes conformações. No que se refere à questão estrutural, apenas a aldeia João Veloso não possui um local para aulas.

A escola da aldeia Paiol de Barro (E.I.E.F. Paiol de Barro) (Foto 10), fundada no início dos anos 2000, é a maior tanto em área construída quanto em número de alunos, sendo a única a oferecer o ensino fundamental completo. Possui seis salas de aula, um laboratório de informática (com acesso a internet), dois banheiros, uma cozinha, uma sala de professores e uma sala onde funcionam, simultaneamente, a biblioteca, a secretaria da escola e a sala do ensino especial. A grade de disciplinas nesta escola é igual a das escolas dos municípios vizinhos, com a diferença de possuírem as disciplinas de artes e de língua kaingáng para os alunos kaingáng e, de língua guarani para os alunos guarani. Conta com um quadro de 18 professores, sendo 11 indígenas (um destes é guarani) e sete não indígenas, que atendem aos estudantes das turmas de educação infantil, ensino fundamental, Educação de

Jovens e Adultos (EJA) – com aulas noturnas, inclusive de língua kaingáng, três vezes por semana – e ensino para alunos especiais. Já na escola da aldeia Matão, funciona turmas da 1ª a 5ª série.

O transporte escolar é mantido pelo estado e existe uma linha que atende aos alunos das aldeias João Veloso, Matão e Limeira e outra que atende aos alunos da aldeia Paiol de Barro que cursam o ensino médio no município de Entre Rios. A merenda escolar tem o cardápio elaborado anualmente por um grupo indígena e o governo do estado faz a compra mensalmente. As merendeiras são moradoras da comunidade, mantidas pela Associação de Pais e Professores.



**Foto 10. Escola da aldeia Paiol de Barro, Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011. (Autoria: do pesquisador).**

### 3.6.4. A língua kaingáng: ensino e prática

Com relação à comunicação oral (falada) na TIX, alguns autores colocam que a grande maioria dos Kaingáng entende e fala o português (SANTOS, 1963; DIEHL, 2001; OLIVEIRA, 2009), sendo que alguns dos mais velhos são bilíngues e os jovens em idade escolar têm recebido formalmente, através da escola, o ensino do idioma (DIEHL, 2001; OLIVEIRA, 2009). Observam ainda que, em algumas casas, com destaque para aquelas onde residem idosos, as crianças têm contato com a língua nativa e com o português (DIEHL, 2001; OLIVEIRA, 2009).

Para o contexto das aldeias pesquisadas, o trabalho de campo mostrou que há uma predominância do português como língua mais utilizada na comunicação tanto entre indígenas quanto entre indígenas e não indígenas. Notou-se também que a língua kaingáng não é praticada cotidianamente pelos jovens em idade escolar, mesmo que saibam ler, escrever e falar no idioma, fazendo isso apenas no momento em que estão na escola, mais especificamente durante as atividades da disciplina língua kaingáng.

Foram poucos os momentos presenciados em que o kaingáng era a língua dialogada. Havia um casal que costumeiramente falava em kaingáng entre si e com os filhos e uma senhora que é falante, mas que, no território da aldeia Paiol de Barro, praticava apenas nos momentos em que estava com esse casal, com pessoas de outras aldeias ou com os filhos. Houve relatos de pessoas entre 20 e 50 anos que disseram ter estudado e crescido ouvindo a língua kaingáng, mas que acabaram esquecendo por falta de prática; outros diziam entender o kaingáng e/ou o guarani, porém, não conseguiam falar; e, ainda, outros que não entendiam e nem falavam o idioma. O não praticar a língua é, segundo algumas pessoas da comunidade, devido à vergonha. Já outras diziam que é culpa daquelas pessoas que sabem falar, mas, no dia a dia, não falam em kaingáng com as crianças e com os jovens, que também entre si não falam no idioma. Segundo alguns informantes, nas outras aldeias pesquisadas, este quadro se repete entre os jovens em idade escolar e entre os idosos, que, em sua maioria, não fala nem entende a língua kaingáng.

### 3.6.5. Dos serviços de saúde

No momento da pesquisa, a equipe de saúde responsável pelo atendimento no conjunto de aldeias de Entre Rios era composta por um médico clínico geral, uma enfermeira (a responsável técnica da equipe de saúde)<sup>19</sup>, três técnicos de enfermagem (dois na aldeia Paiol e um na aldeia Limeira), uma dentista, uma auxiliar de dentista, dois agentes indígenas de saneamento (um na aldeia Paiol, outro na aldeia Limeira) e sete agentes indígenas de saúde (dois nas aldeias Paiol e Limeira e um em cada uma das quatro outras aldeias), além de sete motoristas (todos alocados na aldeia Paiol de Barro, mas atendendo às comunidades do conjunto de aldeias de Entre Rios), três auxiliares de limpeza (duas na aldeia Paiol e uma na aldeia Limeira) e uma pessoa responsável pela manutenção da horta medicinal na aldeia Paiol de Barro. Com exceção do médico, da enfermeira, da odontóloga, de uma técnica de enfermagem e de um agente de saúde (que residia na aldeia Paiol), todos os demais membros da equipe eram indígenas.

Alguns desses profissionais eram contratados para 40h semanais, com recursos da prefeitura de Entre Rios, via Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde, e outros recebiam seus vencimentos pelo convênio entre a Associação Rondon Brasil e a FUNASA. No caso dos motoristas, os contratos eram firmados com empresa terceirizada que prestava serviço à FUNASA.

O deslocamento dos profissionais não indígenas<sup>20</sup> para o atendimento nos postos de saúde das aldeias Paiol de Barro e Limeira era realizado nos carros oficiais da FUNASA, diariamente, de segunda a sexta-feira, pelos motoristas da equipe.

O atendimento nos postos dessas aldeias acontecia, teoricamente, das 9 h às 17 h, sendo que, na aldeia Limeira, a equipe<sup>21</sup> atendia dois

---

<sup>19</sup> Além do trabalho clínico nos postos de saúde, como responsável técnica, coordenava e gerenciava a equipe de saúde, elaborava o cronograma dos motoristas e das atividades mensais e contatava as referências para encaminhamentos e agendamentos de pacientes e de exames, referentes às cinco aldeias pertencentes a Entre Rios.

<sup>20</sup> O médico deslocava-se até as aldeias em carro próprio.

<sup>21</sup> No caso, faz-se referência à enfermeira, aos técnicos de enfermagem (um da aldeia Paiol e o outro da própria Limeira), à dentista e à auxiliar de dentista. Os agentes de saúde (de todas as aldeias estudadas) não participavam do trabalho

dias por semana. Já a consulta médica (“dia da consulta”)<sup>22</sup> nessas aldeias era realizada em um único dia da semana. Nesse dia, o atendimento médico era por ordem de chegada e limitava-se, com certa flexibilidade, ao número de doze consultas/dia. Sendo assim, as pessoas tinham que se dirigir aos postos de saúde dessas aldeias a partir das 10-11 h para “tirar a ficha”, isto é, terem a sua “ficha de atendimento individual”<sup>23</sup> separada ou, se fosse o caso, abrir uma ficha para o paciente. Aqueles que chegassem fora do horário de retirada das “fichas”, não tinham direito ao atendimento médico, salvo os casos emergenciais. Normalmente, nos “dia de consulta”, o atendimento tinha início por volta das 12 h e seguia até às 14 h ou 15 h. Fora desse horário, os casos que necessitassem de avaliação do profissional médico, eram encaminhados para os municípios de Entre Rios, Xanxerê ou Chapecó.

Diariamente, as demandas de saúde dos residentes nas aldeias João Veloso e Matão eram atendidas na aldeia Paiol de Barro. Já na aldeia Limeira, o atendimento ficava a cargo da técnica de enfermagem, que, necessitando, encaminhava para a equipe (na aldeia Paiol) ou para os municípios referências. Durante os períodos noturno e de finais de semana, havia, de segunda-feira a segunda-feira, dois motoristas de plantão (um ficava de sobreaviso) para atender às urgências e emergências, que, em sua maioria, conforme observou-se e acompanhou-se, eram encaminhadas para o HRSP de Xanxerê.

Segundo uns dos técnicos de enfermagem, normalmente, as pessoas procuravam pelo postinho<sup>24</sup> queixando-se de dores musculares, enxaqueca, alguma alergia devido a mordida de insetos e, algumas vezes, devido a episódios de vômito e diarreia ou para realizar curativos

---

nos postos de saúde. Suas atividades eram desenvolvidas externamente à unidade de saúde, de modo que acompanhavam a equipe apenas nos momentos da avaliação nutricional das crianças. A cobertura nas aldeias nos outros dias ficava a cargo de um técnico de enfermagem.

<sup>22</sup> Termo comumente utilizado pelos moradores para se referirem ao dia em que há consulta com o médico.

<sup>23</sup> Trata-se de uma ficha, que ficava junto ao prontuário de cada morador, com espaços para anotar o nome da aldeia, o nome da pessoa, o código da família (conforme o cadastro da equipe de saúde) e informações referentes à data, hora e relatório de atendimento.

<sup>24</sup> Esta é uma terminologia comumente utilizada entre os moradores das comunidades estudadas quando se referem à Unidade Básica de Saúde localizada na aldeia Paiol de Barro. Desta forma, será esta a terminologia utilizada ao longo do texto quando fizer referência à mesma.

e aplicar injeções. Além disso, a equipe realizava ações relacionadas ao planejamento familiar (principalmente a disponibilização de métodos contraceptivos); ao acompanhamento das gestantes (do segundo ao último mês de gestação); aos pacientes da saúde mental (com consultas, medicamentos e reavaliações); aos hipertensos e diabéticos (com controle dos níveis pressórico e de glicose, dos medicamentos e orientações) e das crianças de 0 a 5 anos de idade (com a pesagem, aferição da altura e distribuição de cestas básicas)<sup>25</sup>. O suprimento de medicamentos e insumos para os serviços de saúde nas aldeias ficava a cargo tanto da FUNASA quanto do município de Entre Rios.

Para o atendimento (em nível de média e alta complexidade) dos indígenas nos municípios de referência (Entre Rios, Xanxerê e Chapecó), havia uma rede de serviços estruturada por meio de convênios entre a FUNASA e algumas clínicas particulares, e entre a Secretaria de Saúde de Entre Rios e o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste de Santa Catarina (CIS AMOSC)<sup>26</sup>, que possibilitava acesso a serviços em diferentes municípios consorciados. Em ambos os convênios, os pacientes não pagavam nada pela consulta. Nos casos em que havia necessidade de pagamento, o paciente arcava com uma parte e havia uma contrapartida tanto da FUNASA quanto da Secretaria de Saúde de Entre Rios, completando o restante.

---

<sup>25</sup> Durante os 85 dias de pesquisa de campo, observou-se um único momento de distribuição de cestas básicas para as famílias com crianças desnutridas ou em risco nutricional no conjunto de aldeias estudadas.

<sup>26</sup> O CIS AMOSC foi criado através de uma associação entre os municípios ligados à Associação dos Municípios do Oeste de Santa Catarina (AMOSC) a fim de tentar, de forma ágil e simplificada, desenvolver atividades conjuntas na área da saúde. É integrado ao SUS e norteado pelas suas diretrizes. Judicialmente, o consórcio constitui-se sob a forma de associação pública com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica. O acesso aos serviços é por meio das Secretarias de Saúde dos municípios integrados e a forma de contratação é através do credenciamento dos profissionais e laboratórios. Segundo a fonte consultada, contam com 51 municípios participantes, aproximadamente 236 profissionais credenciados em 15 especialidades médicas e realiza mais de 25 tipos de exames. Disponível em: <<http://www.amosc.org.br/conteudo>>. Acesso em: 19 Jul. 2012.

O convênio da FUNASA cobria demandas nas áreas de oftalmologia, psiquiatria, dermatologia e urologia. Já pelo CIS AMOSC, era possível atender as demandas referentes a exames (de sangue e de rotina), radiografias, fisioterapia, ortopedia e também oftalmologia e urologia.

Com relação ao registro e fluxo dos dados gerados por esse sistema de saúde, os informantes colocaram que esses são condensados em relatórios numéricos e, depois, enviados tanto para a FUNASA quanto para o município. No entanto, há uma certa divisão do que deve ser informado e para onde os dados são enviados. A esse respeito, a enfermeira colocou:

*[...] A gente faz um registro de, por exemplo, curativos, injeções, consultas, nebulizações, isso tudo. Então eu fecho um relatório mensal também, juntamente com o que os agentes de saúde me trazem, que no relatório deles [baseado nas visitas domiciliares] consta se teve algum nascimento, se tem alguma criança que nasceu abaixo de dois quilos e meio e daí eu tenho por faixa etária de 0 a 1 ano, de 1 a 2 e menores de 5 anos, que daí pergunta se alguma teve diarreia, se alguma ficou internada por infecção respiratória, por diarreia. Daí lá tem de gestantes, quantos hipertensos, quantos diabéticos e internações... por abuso de álcool, por outras causas, por diabetes... e óbitos. Daí em cima desse dali é que eu faço um relatório que vai para o município e tem os dados que eu tiro dali e vai para a FUNASA. Daí de curativos eu presto tanto para o município quanto para a FUNASA e das crianças que são pesadas, de 0 a 5 anos, eu presto esse relatório para a FUNASA, daí ali tem mais três folhas que a gente preenche que põe o tipo de aleitamento se é materno, se é exclusivo, predominante, tal, tal; o outro se a criança é baixo peso, isso a gente faz individual para cada criança conforme a faixa etária e o outro se ganha bolsa família, cesta básica [...] Esse da criança, semelhante ao SISVAN, vai para a FUNASA... e aquele outro onde que tem o dos agentes de saúde vai para o município [...] Consultas médicas também, esse é dividido por*

*faixa etária, daí tem um que vai para o município, tem outro que vai para a FUNASA [...] O que vai igual para o município e para a FUNASA é as consultas médicas, só que a faixa etária é diferente na divisão da FUNASA e do município. Curativos, isso daí, consultas especializadas, exames, internação, isso é igual para as duas.*

Conforme nota-se no relato da profissional, são muitos dados que necessitam de registro, o que demanda tempo, certa estrutura para a elaboração dos relatórios, análise e retorno dos dados, bem como medidas que vão ao encontro com as necessidades apontadas pelos números. Observou-se, no entanto, que o registro, a elaboração e o envio dos relatórios são feitos em papel e não há algum tipo de retorno para a equipe. Em relação a essa situação e como acha que deveria ser o sistema de informação, um técnico em enfermagem disse:

*[...] Aqui na aldeia é via papel [...] Não! fica só no sistema, o sistema dos municípios aqui é que mantêm. Daí fica aquela caixinha surpresa. Se eu quiser saber como é que tá a imunização da minha aldeia aqui, eu tenho que ir, preciso ir naquela caixinha surpresa ver alguém responsável lá pra saber. Mas na verdade a gente não tem essa informação aí, pra repassar pra ti e tal... é que nem lá eles têm tudo no sistema, mas daí eles só registram e tal e fica lá registrado. Quando eu tiver uma dúvida eu tenho que ir lá buscar esses dados, que eu acredito que eles têm em Chapecó ou em Entre Rios [...] Na verdade nós teria de ter na aldeia essas informações, até que a gente discutiu várias vezes né, porque é produção nossa daqui da aldeia, na verdade é produção nossa, nós que tinha que colher a.... nós produzimos, nós temos que colher o resultado, não temos esses resultados em mãos, é isso que eu quero dizer. Só que aqui na aldeia a gente é tão carente de material, material tipo a gente não tem internet, não tem computadores, daí a gente fica desatualizado [...] Em algum lugar a gente tem que registrar, a gente sabe disso, mas daí a gente*

*tem que ainda contar com a ajuda desses colegas [...].*

Como se nota, há, por parte dos profissionais, o entendimento de que alimentar o sistema de informação é importante. Porém, situações como as apontadas pelo técnico fazem com que, mesmo reconhecendo a importância, tal atividade torne-se meramente burocrática e sem sentido. Cabe salientar que a dificuldade em acessar os dados não é um problema apenas para os profissionais de saúde. Durante o trabalho de campo, foram solicitados pelo pesquisador, junto ao Polo Base de Chapecó, alguns dados referentes ao objeto de estudo, aos quais, até o momento não se teve acesso.

### **3.6.5.1. Outra fonte de recursos em saúde: A Pastoral da Criança**

Especificamente nas questões relacionadas à saúde, a atuação de instituições religiosas, como a Pastoral da Criança<sup>27</sup>, junto aos Kaingáng da TIX, teve início em meados da década de 1990, quando algumas religiosas da Pastoral começaram a realizar reuniões nas comunidades indígenas a fim de esclarecer os objetivos da entidade e dentro de uma proposta de “*voltar aos antigos e valorizar o que tem*”, mostrar aos indígenas a importância da cultura, das ervas e da alimentação. Nesse sentido, a Pastoral começou a desenvolver atividades como cursos de formação para agentes indígenas de saúde, produção de remédios caseiros, cultivo de hortas medicinais, entre outros (DIEHL, 2001, p. 90).

A Pastoral da Criança incentivou e ajudou a cultivar hortas medicinais e a construir casas para o preparo dos remédios com as ervas nas aldeias Matão, João Veloso, Paiol de Barro, Limeira e Manduri, além de outras aldeias da TIX. No momento do trabalho de campo, segundo alguns informantes, nas aldeias Manduri, João Veloso, Matão e Limeira, os cuidados com as hortas eram esporádicos e ficavam sob a responsabilidade de voluntários das comunidades, em sua maioria

---

<sup>27</sup> Organismo de ação social da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), a Pastoral da Criança é uma instituição de base comunitária que tem seu trabalho baseado na solidariedade e na partilha do saber. Tem como objetivo promover o desenvolvimento integral das crianças pobres, da concepção aos seis anos de idade, em seu contexto familiar e comunitário, por meio de ações preventivas de saúde, nutrição, educação e cidadania. Disponível em: <<https://www.pastoraldacrianca.org.br>>. Acesso em: 19 Jul. 2012.

mulheres líderes locais da Pastoral ou que já foram ligadas à mesma. Apenas a horta da aldeia Paiol de Barro (ver Apêndice 2e) tinha uma pessoa responsável pela manutenção diária da mesma, de modo que o trabalho mais expressivo ("*mais em cima fazendo, manipulando*") com as plantas medicinais vinha sendo desenvolvido nessa aldeia (apesar da demanda das outras aldeias) por uma moradora local, que, além do cargo de “coordenadora de ramo” da Pastoral da Criança do município de Entre Rios, também trabalhava como técnica de enfermagem na equipe de saúde. Segundo essa técnica, a ideia das hortas surgiu a partir das capacitações e cursos (ligados à Pastoral) que algumas pessoas da TIX fizeram, onde observaram algumas hortas e acharam interessante fazer,

*Porque hoje a comunidade não é mais como antigamente né, que tinha bastante mato né! E as plantas eram mais conservadas não tinha agrotóxico, hoje já tem. Então fizemos a horta com esse objetivo de plantar as plantas ali e cuidar longe dos agrotóxicos, longe dos produtos químicos ali e cuidar ela com produto orgânico e trazer as plantas de outras região pra dentro da horta, planta que a gente não tinha aqui na nossa região, que não tinha perto de casa trouxemos pra comunidade pra que eles façam uso né dessas plantas [...].*

Em relação à horta da aldeia Paiol de Barro, ela colocou,

*Essa horta começou em 2002 e foi os líderes da Pastoral da Criança; agente de saúde; até a própria técnica na época que tinha; as mães da comunidade também que tinha as criança que vem pesar a gente levava as mães pras hortas pra ajudar também e foi feito mutirão né pra erguer ela né! Os homens da comunidade fizeram um mutirão e ergueram ela.*

No momento da pesquisa de campo, o trabalho de manipulação e preparo das ervas medicinais (ver Apêndice 2f e 2g), os chamados

“*remédios da pastoral da criança*”<sup>28</sup>, era realizado às terças-feiras na aldeia Paiol de Barro e às sextas-feiras na Limeira<sup>29</sup>. Nesses dias, costumeiramente, com a ajuda dos AIS das comunidades e dos líderes da Pastoral da Criança das próprias aldeias, a técnica produzia apenas alguns dos remédios, os quais ela chamou de “básicos” (Tabela 1), pois contava com pouco tempo para tal atividade.

**Tabela 1. Remédios “básicos” produzidos a partir da horta medicinal da aldeia Paiol de Barro, Terra Indígena Xaçecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011.**

<b>NOME DO REMÉDIO</b>	<b>USOS</b>
<b>Sabão medicinal</b>	Problemas de pele; piolho e problemas externos
<b>Pomada milagrosa</b>	Problemas de pele e queimadura
<b>Xarope 12 ervas</b>	Tosse*
<b>Xarope do coração da bananeira</b>	Bronquite**
<b>Olina (essência olina)</b>	Problemas digestivo; problema de colesterol e glicerídio
<b>Água de melissa</b>	Depressão; insônia e cansaço físico
<b>Própolis (a partir de uma cera mais escura)</b>	Infecção na garganta; aftas e herpes
<b>Tintura para diarreia</b>	Diarreia
<b>Multimistura</b>	Complemento nutricional para crianças desnutridas, gestantes e idosos
<b>Fortificante</b>	Ganho de peso

\* *“Um xarope muito bom que todo mundo procura né! Tem dado bom resultado, já foi aprovado”*. (Técnica de enfermagem).

\*\* *“Tratamento longo, dura em torno de 4 meses”*, com intervalos de 15 dias entre as doses. (Técnica de enfermagem).

A maioria do que é cultivado<sup>30</sup> na horta da aldeia Paiol de Barro, segundo a informante, *“são todos remédios que os kaingáng e pessoal*

<sup>28</sup> Esta é uma terminologia comumente utilizada entre os moradores das comunidades estudadas quando se referem aos medicamentos elaborados pelas líderes da Pastoral da Criança. Desta forma, será esta a terminologia utilizada ao longo do texto quando fizer referência aos mesmos.

<sup>29</sup> A maioria das plantas utilizadas no preparo era proveniente da horta da aldeia Paiol de Barro.

<sup>30</sup> **Lista de plantas cultivadas na horta medicinal da aldeia Paiol de Barro, Terra Indígena Xaçecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011:**

*da região costumavam usar*". Algumas plantas vieram de fora, mas são poucas, a maioria vem da região e da própria área indígena, pois *"o pessoal já tem costume de usar; vai visitar uma família, tem uma plantinha lá, isso aqui é bom pra tal coisa, pega uma muda e traz na horta e vai plantando..."*.

Essa combinação de diferentes conhecimentos populares também está expressa na maneira como essas plantas, de diferentes lugares, são utilizadas pelas pessoas do grupo. Conforme será discutido mais adiante, a forma de uso mais comum de plantas medicinais é através do chá, que, segundo a informante, *"esse vem já lá de geração, que usavam esmagar a planta, colocar numa vasilha com água quente em cima deixa um pouco"*. A técnica de enfermagem, com os conhecimentos adquiridos nos cursos da Pastoral da Criança, passou a combinar as plantas com outros produtos, tais como álcool de cereais, cachaça e vinho, que possibilitaram a ampliação das formas de uso dessas plantas (ver Apêndices 2h, 2i e 2j).

A distribuição dos "remédios da Pastoral da Criança" entre os moradores dessas aldeias acontecia via posto de saúde da aldeia Paiol de Barro. Observaram-se, inúmeras vezes durante a pesquisa, a procura por esses remédios. No entanto, cabe salientar que pouco antes do término da pesquisa, devido à transição de gestão da FUNASA para a SESAI, houve algumas mudanças no quadro de profissionais, de modo que a técnica de enfermagem, que era coordenadora da Pastoral da Criança, e a pessoa responsável pela manutenção da horta medicinal, não tiveram seus contratos renovados.

---

Sálvia, Carqueja, Espinheira Santa, Alecrim, Penicilina, Hortelã e hortelã pimenta, Salsa, Funcho, Maçanilha/camomila, Promonário, Ameixa, Radiche, Mulata, Calêndula, Dipirona, Cânforo de casa, Alcachofra (folha grande e pequena), Erva Luiza, Babosa, Ponta alvío, Pitanga, Araçá, Melissa, Boldo, Lima, Taquarinha/cavalinha, Poejo, Batata doce. Calêndula, Citronela, Carqueja, Guiné.

## **CAPÍTULO 4. SABERES, ESPAÇOS E RECURSOS EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS SUJEITOS: SITUAÇÕES ENVOLVENDO A SAÚDE DE CRIANÇAS**

Tendo como base os dados etnográficos, será apresentada aqui uma análise acerca das práticas de autoatenção do grupo estudado, a partir de três categorias de situações que envolvem a saúde de crianças. Dialogando com os referenciais teóricos e conceituais, os dados apresentados nesses capítulos trazem elementos que demonstram que as atividades de autoatenção desenvolvidas pelo grupo frente aos adoecimentos não são atos isolados, mas fazem parte de um processo amplo que envolve negociações e trocas entre as diferentes formas disponíveis de atenção à saúde.

### **4.1. Adoecimentos**

Uma constante percebida durante as entrevistas, em sua maioria com as mães, foi a de que, em um primeiro momento, os adoecimentos em crianças de 0 a 5 anos pareciam ser situações pouco ou muito pouco vivenciadas por elas.

Quando questionadas se suas crianças haviam adoecido recentemente, logo respondiam que não, que os filhos (as) não ficavam doentes ou que não se lembravam do último episódio. Levando em consideração que a presença do pesquisador por si só causa certo desconforto, já era esperado que, de início, respondessem negativamente quando perguntadas.

No entanto, no desenrolar das conversas, em diferentes momentos, surgiam descrições de situações que ora eram tidas como adoecimento, ora não, como foi, por exemplo, o caso da gripe.

A moradora da aldeia João Veloso e mãe de criança de um ano, Janice, entende a gripe como uma situação de adoecimento, sendo necessário o envolvimento da equipe de saúde: [...] *Terça feira eu levei ela pra consultar, tava bem gripada.*

Numa perspectiva contrária, Anália, moradora da aldeia Paiol de Barro e mãe de duas crianças (uma de nove meses e outra de cinco anos), percebe que a gripe nem sempre aparece como um problema de adoecimento, chegando até mesmo a não ser considerada como tal, não havendo, em um primeiro momento, o envolvimento da equipe de saúde.

*Da nenê, é só gripe, ela num tem problema nenhum. E ele também não, é só gripe, daí quando dá essas gripes eu levo no postinho, quando é muuuuito preciso! Senão a gente dá um chazinho!.*

Num estudo com os Sibundoy da Colômbia, Langdon; MacLennan (1979) apontam que a classificação das doenças por parte do grupo dá-se por meio da função das manifestações sintomáticas e/ou pela etiologia. Uma doença pode, então, ter uma ou mais causas, que, por sua vez, relacionam-se ou não com aspectos biológicos, ambientais, emocionais, sociais e místicos.

Nessa perspectiva, serão apresentados aqui elementos que reforçam a ideia de que não há um único fator determinante do modo como estas pessoas entendem, diagnosticam, vivenciam e lidam com as situações envolvendo alterações no estado de saúde, mas sim que existem vários fatores que se influenciam mutuamente e que determinam em quais circunstâncias serão realizados encaminhamentos e o quê, como, por quem e onde será feito o encaminhamento, conforme destacado na Tabela 2.

Segundo Menéndez (2009), incluem-se, nas práticas de autoatenção, os recursos induzidos, prescritos ou propostos por atores das diferentes formas de atenção que, conforme as condições sociais ou do sujeito, fazem com que parte desse processo maior de prescrição e uso torne-se, relativamente, autônomo.

Para melhor demonstrar como esses fatores influenciam e determinam as atividades de autoatenção do grupo estudado, os dados etnográficos coletados serão descritos em quatro temas identificados a partir das entrevistas e observação participante. São eles: **primeira coisa que faz frente a situações envolvendo a saúde de crianças; quando procurar e quando não procurar o postinho; última vez doente; e do quê mais adoecer.**

Esses temas, por sua vez, estão interligados de modo que alguns dos seus fatores exercem influência em diferentes temas, ao mesmo tempo em que esse conjunto (de temas e fatores) recebe influência de um fator principal: **as maneiras como o grupo entende o processo do adoecer/adoecimento** (Figura 4). Esse processo dentro do grupo é percebido de diferentes maneiras, podendo ora aproximar-se, ora

distanciar-se do quê a biomedicina entende como “doença”. Neste sentido, Joana, moradora da aldeia Matão e mãe de criança de dois anos, disse: “Ah! *ele num fica doente [...]* Doente assim ele num fica, só fica gripado [silêncio]”.

**Tabela 2. Recursos utilizados, conforme a situação, envolvendo a saúde de crianças de 0 a 5 anos, Terra Indígena Xaçecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011.**

SITUAÇÃO ENVOLVENDO A SAÚDE DE CRIANÇAS*	O QUE (É) FOI FEITO
<b>Dor</b>	- Em casa usou diclofenaco (Anália)
<b>Dor de garganta</b>	- Levou no postinho (Anália) - Usou xarope da pastoral (Josilane)
<b>Gripe</b>	-Levou no postinho, onde recebeu diclofenaco e paracetamol (Elnira) - Chá: queimadinho de poejo com folhinha de laranja (Anália) -Usou xarope caseiro da Pastoral da Criança/Costuma ir ao postinho para pegar remédios da pastoral ou plantas para fazer chá (Senhor Amalino) - Buscam xarope na farmácia (postinho) (Dona Deda) - Chá morno de queimada: cedo, meio dia e de noite (Lúcia) - Costumam fazer queimadinha (usa-se 3 tipos de remédios: salvinha, ponta alívio e cruzeiro, além da casca de laranja seca) (Mércia)
<b>Gripe e tosse</b>	-Chá de mil rama e de salvinha (Janice)
<b>Bronquite, gripe e febre alta</b>	-Realizou alguns exames (Clarice)
<b>Bronquite</b>	- Usou antibiótico (só quando tá com bronquite atacada); usou xarope pastoral; trocou as cobertas de lã por edredom e também usou remédio do mato feito por um não indígena residente fora da TIX (Claudence) -Levou no postinho (amoxicilina) (Clarice) - Levou para o hospital na cidade de Xanxerê/SC (Lúcia) - <i>Puxado</i> de mel com margarina (no peito, nas costas e também ingere) e xarope de casca de angico e outros (Natália)

(Continuação Tabela 2).

<b>SITUAÇÃO ENVOLVENDO A SAÚDE DE CRIANÇAS*</b>	<b>O QUE (É) FOI FEITO</b>
<b>Tosse sem cheio no peito</b>	- Usa chá de salvinha do mato e/ou queimadinha (se não tem chio no peito) (Claudence)
<b>Tosse com cheio no peito</b>	- Usa antibiótico (Claudence)
<b>Febre muito alta</b>	- Usou paracetamol que tem em casa (Dona Teca) - Levou no postinho (Neci)
<b>Ferida na boca</b>	- Levou no postinho (violeta gensiana) e, depois, no hospital em Xanxerê (Claudence)
<b>Emagrecimento (para o médico era anemia)</b>	- Levou no postinho, onde recebeu sulfato ferroso e complexo B (Elnira)
<b>Corta ou machuca coisa pequena</b>	- Usam remédio do mato (Neto)
<b>Quando a criança se assusta. Assustada ela não dorme a noite, fica quieta, num come e pode dar febre às vezes.</b>	- Costumam benzer a criança com um senhor católico da aldeia Barro Preto e tomar o remédio que o benzedor ensina. O remédio é a mãe quem faz usando erva de santa maria (infusão da folha) (Lúcia)
<b>Depende da situação</b>	- Gripe trata em casa; outras coisas no postinho e também recorrem ao pastor que faz orações (Cleonce)

\* As situações que envolvem diarreias e lombrigas serão descritas em categoria à parte.

O processo saúde-doença-cura acontece dentro de “sistemas médicos” específicos, o que lhes confere características únicas, significados e modelos de ação próprios. Sendo assim, o que as pessoas entendem por doença, os sintomas por ela apresentados, bem como as ações de cura praticadas e as posteriores avaliações são configuradas pelo sistema cultural (LANGDON, 1994, p. 118).

Segundo Rocha (2005), na percepção dos Kaingáng, a saúde e a doença, primeiramente, envolvem processos da sua própria vida social e dizem respeito à dinâmica das relações sociais cotidianas. Nesta perspectiva, os episódios de adoecimento e cura vão além das dimensões físicas, cognitivas, espiritual e social do indivíduo doente e, muitas vezes, resultam de questões com origem nas relações sociais, de modo que, de certa forma, são processos representados e vivenciados pelo coletivo (ROCHA, 2005).

Para Haverroth (2004), a busca por ajuda para os problemas de saúde, principalmente em culturas tradicionais, envolve diversas fontes, as quais podem ser sistemas médicos oficiais (moderno) ou tradicionais, instituições religiosas, entre outras. Por sua vez, a escolha por determinados percursos de tratamento, ou seja, o itinerário terapêutico, vai depender tanto de questões ideológicas quanto práticas, podendo vir a variar conforme as características da doença, condições sociodemográficas e outros fatores (HAVERROTH, 2004).

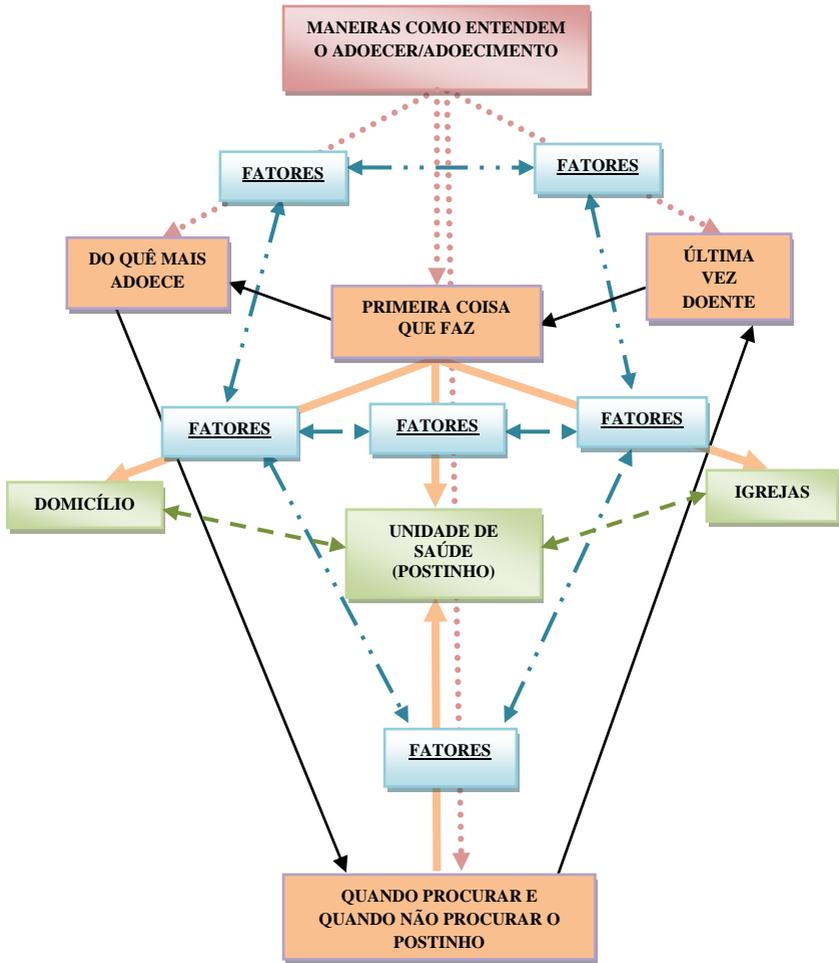


Figura 4. Esquema explicativo dos fatores determinantes das atividades de autoatendimento, Terra Indígena Xaçecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011.

#### **4.1.1. Primeira coisa que faz frente a situações envolvendo a saúde de crianças**

Segundo Menéndez (2003), a autoatenção é a primeira atividade que normalmente os sujeitos praticam frente aos adoecimentos percebidos, sendo que, de início, não há curador profissional atuando. A partir do desenrolar da autoatenção e da evolução do adoecimento, norteada pelas condições sociais e culturais específicas, é que o sujeito e seu grupo resolvem ou não recorrer a outros curadores dentro do rol de formas de atenção que acreditam e aceitam. Optar por consultar um curador profissional, e algumas das atividades realizadas depois da consulta, também caracterizam-se como parte do processo de autoatenção (MENÉNDEZ, 2003).

No processo saúde-doença-atenção, é comum que, as descrições, fundamentadas numa perspectiva biomédica, confundam ou identifiquem a autoatenção com a automedicação, isto é, com a opção mais ou menos autônoma de fazer uso de certos medicamentos para tratamento de alguns adoecimentos sem intervenção médica ou de outro profissional de saúde. No entanto, entende-se por automedicação não apenas o uso de certos medicamentos produzidos pela indústria química farmacêutica, mas também diferentes atividades de autoatenção, como o uso de substâncias como chá, álcool, maconha, além de outros recursos como cataplasma, massagens, que são escolhidas e utilizadas pelos sujeitos e microgrupos com certa autonomia, no intuito de agir no problema e para incentivar certos comportamentos (MENÉNDEZ, 2009).

Também é comum o uso do termo autocuidado como sinônimo de autoatenção. Segundo Menéndez (2009), desenvolvido dentro da biomedicina e da saúde pública, a partir do conceito de estilo de vida, costuma-se entender por autocuidado as atividades realizadas pelos indivíduos na prevenção de certos adoecimentos e no favorecimento da “saúde positiva”. Porém, no setor saúde, o uso deste conceito é bastante individualista, o qual o diferencia do conceito de autoatenção, de caráter, basicamente coletivo e social. Contudo, destaca o autor que “o conceito de autocuidado é uma variante do conceito de autoatenção” (MENÉNDEZ, 2009, p. 50), de forma que as atividades de automedicação e de autocuidado compõem o processo de autoatenção, porém não se equivalem, tendo em vista que a autoatenção é um conceito e um processo mais abrangente.

Os dados etnográficos mostram que o percurso do grupo à procura de recursos que os auxiliem a entender, diagnosticar, vivenciar e lidar com a situação que afeta a saúde da criança, inclui os espaços do domicílio, da unidade básica de saúde (“Postinho”), das igrejas, buscados simultaneamente ou não.

No espaço **domicílio**, a busca por recursos extrapola os limites físicos da casa – e, às vezes, da TIX – e o conjunto de membros residentes na mesma, tendo em vista que envolve diversos atores sociais, sejam eles membros da família propriamente dita ou da comunidade e rede social em geral.

Quando a procura é pelo espaço **unidade básica de saúde (“Postinho de saúde”)**, além dos recursos tradicionais da biomedicina, as pessoas contam também com os recursos disponíveis pela Pastoral da Criança.

Com relação ao espaço **igreja**, no conjunto de aldeias estudadas, essas estão basicamente divididas em evangélicas e católicas, para as quais estão disponíveis diferentes recursos. Há, porém, uma predominância de pessoas crentes, isto é, que seguem a doutrina evangélica.

Para Menéndez (2003), as escolhas em consultar especialistas, tradicionais ou não, se dão conforme certos saberes e experiências, os quais vão influenciar no tratamento e na relação curador-paciente, sendo que o sujeito e seu grupo podem recorrer a um ou mais curadores e serviços, desde que tendo as práticas de autoatenção como referência.

Observou-se, junto ao grupo, que a escolha do(s) espaço(s) vai depender de uma série de fatores, entre os quais estão: a orientação religiosa; dispor ou não de algum recurso em casa; o tempo de ação e da eficácia deste recurso; o tipo de agravo; dispor ou não da ajuda de pessoa conhecedora de remédios e/ou outras atividades de cura; e quais os recursos disponíveis nas aldeias, que, por sua vez, sofrem influência direta da organização do serviço de saúde.

Sobre a questão da orientação religiosa também determinar a escolha do recurso terapêutico, o senhor Amalino, morador da aldeia Paiol de Barro e pai de criança de dois anos, disse:

*Da nossa parte, a primeira coisa, nós somos evangélicos. A primeira coisa, em primeiro lugar, nos colocamos na presença de Deus, nas mãos do*

*Senhor. O primeiro passo é ali! Nossa fé em Deus, cremos no Senhor Jesus. E, segundo, a gente vai procurar a medicina que é os médicos, que é a consulta, ir no postinho.*

Pena (2004), que realizou pesquisa junto aos indígenas Xakriabá em Minas Gerais, coloca que, para o senso comum do grupo, saúde está diretamente ligada a Deus, à disponibilidade de água e à fartura de alimentos. Neste sentido, destaca que o processo de aprender sobre saúde é semelhante ao de “aprender alguma coisa sobre crença, sobre fé, uma fé em Deus, em deuses ou na ciência e na tecnologia” e que essas crenças, também, compõem “um sistema cultural de saúde e não são superstições ou fragmentos de um pensamento menos evoluído” (PENA, 2004, p. 107).

Entre os Kaingáng das aldeias estudadas, não raros foram os relatos da presença e do uso em domicílio de medicamentos alopatícos/farmacêuticos, principalmente analgésicos, antitérmicos e anti-inflamatórios, como primeiro recurso frente a situações envolvendo a saúde de crianças. A moradora da aldeia Paiol de Barro e mãe de criança de dois anos, Luciane, costuma fazer esta prática, mas não deixa de recorrer aos serviços da unidade de saúde da aldeia, caso o tempo de ação e a eficácia dos recursos utilizados sejam negativos:

*Eu dou algum remédio que eu tenho né! Que se eu pergunto pra ele, que ele já conta bem né onde é que dói. Daí eu pergunto pra ele onde é que tá doendo e ele diz, daí eu já sei mais ou menos o remédio que eu posso dar pra ele. Daí que nem se é de noite que ele num miora, no outro dia eu já levo no postinho né! Daí eu num seguro não [...] Eu sempre tenho bastante remédio, sempre pego no postinho.*

Segundo Tião, morador da aldeia Paiol de Barro e pai de criança de um ano, a escolha do espaço para resolver a situação envolvendo a saúde de crianças está, de certa forma, relacionada à rede social da família, tendo em vista que o vínculo com pessoas conhecedoras de remédios e outras atividades de cura também ajuda na busca por recursos:

*Agora a primeira coisa mesmo é correr pra o hospital né! [risos] [...] A primeira coisa mesmo*

*quê, quando a velhinha ali, a avó [da esposa] era viva, a primeira coisa nós levava ali para ela vê o que nós ia fazer [...] O veinho sabe benzer né, as coisa assim.*

Houve também relatos de situações em que a escolha foi determinada por fatores que dizem respeito às condições de organização do serviço de saúde local, tais como a disponibilidade de recursos nas aldeias de abrangência da equipe e o horário de atendimento.

A respeito dessas possibilidades, dona Deda, moradora da aldeia Matão, e Marlo, morador da aldeia João Veloso e pai de criança de um ano, disseram:

*[...] Nem precisava ir lá no postinho, daí quando começava a dar gripe eu já ia ali e pegava xaropinho pra ele, agora tem que ir lá no postinho buscar remédio se quiser. dona Deda*

*[...] Aquele dia que ela ficou doente era de noite, o posto não é aberto, a gente leva no hospital, porque a gente num sabe o quê que é, aí só lá pra gente vê [...]. Marlo*

Conforme podemos notar na fala de Marlo, a questão do horário de atendimento da equipe de saúde faz com que a procura por recursos em hospitais entre no circuito das atividades de autoatenção desenvolvidas pelo grupo para lidar com as situações de adoecimento em crianças. Nessa perspectiva, o **hospital** é entendido como o quarto espaço terapêutico.

#### **4.1.2. Quando procurar e quando não procurar o postinho**

Todo o caminho percorrido no intuito de obter tratamento, desde o momento em que uma possível anormalidade é percebida até o momento do seu desfecho, apresenta-se, nas diferentes sociedades, carregado de significados que, em sua maioria, seguem uma lógica alheia à da biomedicina, o que não os torna nem mais nem menos verdadeiros, porém em contextos médicos plurais, tem um peso importante que não pode ser negado.

As escolhas dos sujeitos a respeito do manejo doméstico da doença, bem como o momento e o local onde procurar por outros recursos, recebem influência tanto de suas concepções e percepções acerca do tipo e gravidade dos sinais e sintomas, como de motivos de ordem financeira, logística e outros (HAVERROTH, 2004).

É nesse sentido que não devemos pensar a autoatenção como um ato isolado e autonomamente desenvolvido pelos sujeitos e seus grupos, mas como um processo que envolve negociações e trocas entre estes e as outras formas de atenção que têm como referência (MENÉNDEZ, 2003).

Em relação ao tema “**quando procurar e quando não procurar o postinho**”, os dados etnográficos mostram que diversos fatores influenciam nessa tomada de decisão. Para Neto e Helena, moradores da aldeia Paiol de Barro e pais de criança de três anos, a gravidade da situação envolvendo a criança é um fator a ser avaliado no momento de decidir qual será o encaminhamento. A esse respeito, disseram:

*Machucado às vezes, quando ele se corta faz um remédio de casa às vezes. A maioria essas coisas, tipo se machuca, se corta, pouca coisa né! Agora se for cortar bastante [...]*

Segundo outros relatos, em alguns casos, a opção em procurar ou não pelo postinho está relacionada ao fato dos envolvidos (familiares e outros membros da rede social da família) nos cuidados com a criança doente terem ou não conhecimento de como preparar remédios caseiros<sup>31</sup> (e terem acesso a esses remédios), conforme colocou dona Natália, avó de criança de quatro anos e moradora da aldeia João Veloso: “*Porque a gente sabendo um remédio e dando acertadinho o remédio né! e cuidando, num precisa tirar fora né!*”.

Já para Elnira, moradora da aldeia Paiol de Barro, a opção em levar ou não a criança à unidade de saúde é influenciada pelo fator “quem é o responsável pela criança no momento da situação”. No caso de sua filha de três anos, a conduta por parte das avós não envolve, num primeiro momento, a equipe de saúde, o que não acontece no caso de Elnira, conforme ela mesma relatou:

---

<sup>31</sup> Esta é uma denominação comumente utilizada pelo grupo quando se referem aos remédios elaborados no espaço do domicílio, a partir de plantas medicinais.

*Ela [avó] faz às vezes, quando ela [neta] diz que tá doendo a barriga dela daí ela corre pra fazer um chazinho [...]. A mãe [de Elnira] também às vezes ela acha um remedinho do mato e faz um chazinho, às vezes no fim de semana que ela se queixa de dor de barriga...às vezes ela diz que dói a barriga dela daí a mãe faz um chazinho [...]. Se eu vejo que ela tá gripada, eu mando, se eu não vou, eu mando a mãe [de Elnira] levar no postinho.*

Outro fator que influencia nessa tomada de decisão é a questão da resolução ou não no nível domiciliar (seja por meio do uso de remédios caseiros ou alopáticos) da situação envolvendo a saúde da criança. A esse respeito, Anália disse:

*Porque assim! A gente dá o remédio que nem dá o chazinho de poejo e ela continua dando febre ou então com gripe mesmo, continua, daí eu levo no postinho pra pegar o remédio do médico, mas senão [...] Sempre tem em casa paracetamol, diclofenaco, essas coisas né, que daí eu só levo mesmo lá caso que a febre seja muito, coisa que não consiga cuidar em casa.*

Observou-se que, além dos fatores acima citados, há situações, como “*as bicha atacada*” (ver tópico 4.2 abaixo) em que, para algumas pessoas, a opção não envolve o postinho de saúde, pois a resolução do problema não passa pelo serviço biomédico e sim por outras formas de atenção à saúde, como explicaram Inesita e Seu Afrânio, moradores da aldeia Paiol de Barro:

*[...] Mais é quando às vezes elas ficam com vontade de comer alguma coisa né! daí eu mando ir benzer [...] Daí manda benzer das bichas e acarma né!.*

Entre os outros fatores que influenciam a procura ou não pelo postinho estão: a estação do ano, quando no inverno costuma-se procurar mais e no verão menos; e o medo de acontecer algo mais sério caso não consiga resolver por conta própria, conforme relatou Elnira:

*“[...] Porque é difícil ela ficar doente, daí eu tenho medo dela ficar bastante doente”.*

#### **4.1.3. Última vez doente**

A interpretação dos significados das doenças se dá por meio do seu processo e a compreensão só é possível diante do acompanhamento de todo o curso da doença, ou seja, do itinerário terapêutico, bem como dos discursos dos sujeitos envolvidos nas diferentes fases do processo de busca por ajuda para os problemas de saúde (LANGDON, 2005).

De acordo com Ferreira (1994), num contexto geral, as representações que os indivíduos possuem acerca da doença têm relação direta com os usos sociais do corpo em seu estado normal. Cabe ressaltar que, na perspectiva do aporte teórico adotado nesta dissertação, o corpo não é visto apenas como um simples continente de características e funções sociais, mas é tido como um instrumento, uma atividade articuladora de significados sociais e cosmológicos, é uma fonte simbólica e um objeto de pensamento, ocupando posição de organizador central entre as sociedades indígenas brasileiras (SEEGER; DA MATTA; VIVEIROS DE CASTRO, 1979).

Nesse sentido, qualquer alteração na qualidade de vida que impeça, por exemplo, o indivíduo de trabalhar, comer, dormir ou realizar atividades habituais, implica “estar doente” (FERREIRA, 1994, p. 104). Em sua pesquisa junto a outro grupo Kaingáng, Rocha (2005, p. 87) observou que “o comprometimento da alimentação e a incapacidade de realizar outras atividades – também consideradas cotidianas – indicam o adoecimento do indivíduo”.

No grupo de aldeias estudadas, no que diz respeito ao tema **última vez doente**, observou-se que são diversos fatores que irão determinar aquilo a ser considerado como o episódio mais recente de adoecimento.

Um desses fatores está relacionado à condição física da criança (emagrecida, andando, falando, brincando ou deixando de fazer algumas atividades rotineiras) no momento da avaliação doméstica da situação envolvendo a saúde da criança. Para Elnira, o fato da filha estar emagrecida lhe chamou a atenção e sinalizou que algo não estava indo bem com sua criança,

*Difícil eu levar ela no postinho, difícil [...] É difícil ela ficar doente, bem difícil! Agora esses*

*dias que eu levei ela pra consultar que ela tava bem magrinha, daí levei [...].*

Quando questionada a respeito da última vez que seu filho esteve doente, Indinalva, moradora da aldeia João Veloso e mãe de criança de cinco anos, disse: “[...] *Semana retrasada só deu febre nele, mas foi acho que por modo da garganta dele que tava inflamada e a gripe que deu pra ele*”.

Conforme podemos notar na fala acima, o fator associação de agravos fez com que Indinalva considerasse o quadro apresentado pelo filho como o último episódio de adoecimento.

Além dos fatores já descritos, outros como o período do dia em que aconteceu o adoecimento (dia ou noite), a parte do corpo afetada (“*Mês passado que ela ficou doente, uma ferida na boca dela*”), as emoções (chora muito, irritada, brava ou muito quieta), também apareceram como elementos norteadores daquilo a ser considerado como o episódio mais recente de adoecimento.

#### **4.1.4. Do quê mais adoce**

Nessa perspectiva de entendimento do processo saúde-doença-cura, os dados etnográficos revelam que a bronquite e a gripe, bem como algumas de suas possíveis complicações (febre, tosse, nariz entupido, dor de garganta, etc.) são destacadas como mais comuns.

A moradora da aldeia Paiol de Barro, Clair, ao comentar de sua filha de dez meses que já vivenciou algumas destas situações, disse:

*[...] Ela tinha problema de bronquite, mas daí agora já faz um tempinho já que ela melhorou [...] Foi gripe e febre. E a febre é alta, sempre, cada vez que dava a gripe dava febre né! Daí pra controlar a febre era bem complicado [...] Quando ela fica doente, mais que dá era febre né! Dá febre, daí ela não comia e dor de garganta, gargantinha sempre né!.*

O grupo estudado entende que há uma associação entre essas duas situações no que diz respeito ao período do ano como sendo o principal fator associado e também aquele que exerce influência sobre a

frequência de ocorrência<sup>32</sup>, conforme colocou a moradora Luciane: “*O mais era a diarreia e a bronquite. A bronquite até agora faz um tempinho, mais é no inverno né! Que daí atacava bastante, mas agora não!*”.

Além disso, a gripe, em alguns casos, pode tanto anteceder quanto desencadear um ataque de bronquite. Para Janice, moradora da aldeia João Veloso e mãe de criança de um ano, esta é uma situação comum também à sua filha:

[...] *Ela sofre de bronquite, daí, quando dá gripe né, ela ataca, ela fica, a gente tem que levar no posto pra fazer nebulização e dá uns remédios pra ela [...].*

#### **4.2. “As bicha atacada”**

Outra situação envolvendo a saúde de crianças de 0 a 5 anos que se apresentou bastante relevante junto ao grupo estudado foi a questão das “*bicha atacada*”, evento que envolve alguns riscos à saúde de crianças e a necessidade de intervenções específicas de diferentes atores sociais.

O termo “*as bicha*” é comumente utilizado pelo grupo quando se referem às lombrigas, conhecidas na literatura biomédica como *Ascaris lumbricoides*. A moradora da aldeia Paiol de Barro e mãe de criança de dois anos, Luciane, disse a respeito: *As bichas, disse que é um tipo aquela lombriga que as crianças cria na barriga né!*

Algumas pessoas, como dona Iracema, moradora da aldeia Paiol de Barro, também utilizam o mesmo termo quando se referem aos vermes. Segundo ela “*Tem o tipo de verme né! Tem o tipo de bicha né, que é o bichão grande! Já o verme é pequenininho né!*”.

No entanto, conforme aponta dona Iracema, a diferença de tamanho entre eles é o que os distingue. Neste sentido, pode-se dizer que toda “*bicha*” é considerada como verme, mas nem todo verme é considerado como “*bicha*”.

---

<sup>32</sup> Maior número de ocorrências foi associado ao período do inverno.

#### 4.2.1. Mas como “as bicha” chegam à barriga?

[...] *Um pouco que é da criança comer muito doce. Disse que se a criança come muito doce daí que a criança pode criar essas lombriga.* Luciane, aldeia Paiol de Barro, mãe de criança de dois anos.

Para os Kaingáng, ser considerado “*bichento*”, isto é, possuir lombrigas, é uma condição que transita entre a normalidade e a anormalidade. Para Tião, morador da aldeia Paiol de Barro e pai de uma criança de um ano, esta é uma condição normal a todos<sup>33</sup>. Segundo ele, “*Todos nós tem bicha, você também! Você tem, todo mundo tem*”.

Já para seu Afrânio, que reside na mesma aldeia e é avô de duas crianças de quatro anos, esta é uma questão determinada por fatores comportamentais e ambientais:

*A bicha ela se transforma no barro, na salada mal lavada e andar assim no sujo, andar de pezinho no chão, no barro, brincando nesse barro, forma tudo micróbio, do micróbio se forma a lombriga.*

Outra condição para o aparecimento das “*bicha*” é não usar “*remédio de verme*”. Ao utilizarem esta denominação, as pessoas do grupo estudado estão se referindo aos medicamentos alopáticos. Neste sentido, dona Deda e dona Nita, moradoras da aldeia Matão, colocaram:

*Os vermes, diz que é de não se cuidar muito, mas a bicha esse aí de certo é de não dá remédio pra tomar, vai criando muito lá né! Ficam bichento.* dona Deda.

[...] *Eles ficam normal, é depois que tomam o remédio de verme, que nem agora eu já peguei e já dei pra ela [...].* dona Nita.

---

<sup>33</sup> Devido ao recorte da pesquisa ter sido o grupo etário de 0 a 5 anos, as informações aqui descritas limitaram-se a este universo.

Para Jucilene, mãe de criança de cinco anos, e dona Eulália, ambas moradoras da aldeia Matão, pode se tratar de uma condição que persiste apenas até certa idade:

*Eu acho que é até uma idade só né! [...] Até os 8 anos, Deus o livre, não é fácil. Jucilene.*

*[...] Só que eu digo que essa aqui ela vai ser igual a minha, até sete anos pra controlar né! A minha agora tá boa, tá estudando e agora ela tá gordinha, ela come bastante agora. Vai até sete anos isso aí. Dona Eulália.*

#### **4.2.2. A criança com “as bicha atacada”**

*“A criança, pra atacar as bichas, pode ver uma coisa e num dá, também um doce, alguma coisa que a criança vê, pode ser de qualquer tamanho, e ataca as bichas, daí começa a vomitar e tudo”. Liliane, aldeia Matão, mãe de criança de dois anos.*

A presença das “bicha”, num contexto geral, configura-se como um fator preocupante, tendo em vista que a criança está sujeita a passar por situações que podem “atacar as bicha”, isto é, desencadear um alvoroço nelas.

Uma vez alvoroçadas, “as bicha” podem provocar desde alterações simples no estado de saúde da criança ou até mesmo levar à morte, como ressaltou a moradora da aldeia Paiol de Barro, dona Eliliana “[...] Daí quando ataca elas amarram, embolam tudo na boca do estomago e aí mata”.

Entre as situações que podem desencadear um “ataque das bicha” estão: a febre (“Mas se dá uma febre de gripe alvoroça tudo”); o choque e o susto (“Daí não dá pra levar choque, susto. Assusta as bicha!”); e a vontade não satisfeita de comer algo (“Quando fica com vontade de comer as coisas”).

Entre estes fatores, a questão da vontade aparece em muitos relatos como sendo o principal elemento provocador das “bicha”. Portanto, acreditam que é a vontade de consumir determinado alimento que faz com que a criança fique com “as bicha atacada” e sofra as consequências de tal quadro.

Para a remedieira e benzedora dona Natália, moradora da aldeia João Veloso, e seu Afranio, esse desejo, essa vontade de comer algo não é de quem está com “*as bicha*”, mas sim das próprias “*bicha*”. Segundo eles:

*Aquelas bichas quer comer aquela coisa [...] Querem comer, não é as crianças, é as bichas né!*  
dona Natália.

*[...] O senhor tá comendo, pode ser uma maçã, se a criança tá olhando... Se o senhor se lembrar, sê tira um pedaço e dá. Porque a bicha fica com aquele gosto de comer aquela fruta e daí o senhor num dá, dali a pouco vão comprar e dá, já a criança já num quer mais! Já se alvoroçam e se amarram e faz o diacho.* seu Afranio.

A respeito desta concepção, Araújo (1999), em pesquisa realizada junto a um grupo popular e outro biomédico no sudeste brasileiro, descreve que:

*[...] De acordo com as concepções populares, existe uma lombriga, a bicha chefe, que comanda as vontades do corpo e é responsável pela manutenção da vida, sendo os desejos de comer e beber dela oriundos* (ARAÚJO, 1999, p. 54).

A moradora da aldeia Matão, Patrícia, ressalva que “*as bicha*” só ficam alvoroçadas se a criança as possuir acima do normal:

*[...] É só se ela já tem mais do limite, porque toda criança tem, ela num pode ficar sem ela, senão morre, se ela tiver a mais daquela quantia daí acontece isso.*

A fala de Patrícia, além de destacar a questão do limite como determinante do alvoroçar das “*bicha*”, também reforça a ideia de que a presença delas é normal e necessária para a sobrevivência do hospedeiro, desde que mantido o equilíbrio entre o limite e o demais.

Segundo Pena (2004, p. 83), há associação entre os vermes e o tipo mais comum de diarreia, de modo que não chega a ser considerada

anormal, pois “As pessoas crêem que é normal para os vermes viverem nas entranhas. Só quando perturbados é que eles saem de seu abrigo e começam a causar doenças no corpo da criança”.

#### 4.2.3. Como sabe que são “*as bicha atacada*”?

*"As bichas dá, dá, dá aquela dor de barriga e vômito das crianças. Daí vomita só água, daí as bicha tá atacada né. Tá atacada as bicha!"*. Dona Natália, aldeia João Veloso.

A confirmação de que uma criança está “*atacada das bicha*” acontece a partir do momento em que a mesma apresenta determinados comportamentos, sinais e sintomas, os quais podem se manifestar isolados ou conjuntamente.

Para dona Eliliana, o indicativo de que “*as bicha*” estão atacadas é quando a criança apresenta estado febril, alterações no apetite, na resistência e no ânimo:

*Dá febre [...] A criança não quer comer [...] fica fraco, fica caído, desanimado, assim. Daí tem que correr logo, daí pra atender.*

Para Tião, além do que foi colocado por dona Eliliana, há outros elementos que lhe indicam que a situação vivenciada pela criança se trata das “*bicha atacada*”: *"Ahhhh!! a criança fica braba homi, Deeeeus o livre! Só chora, daí os beicinhos dela assim fica brannnco, dá febre"*.

O aparecimento de “*bolas na barriga*”, isto é, protuberâncias na região abdominal, indicam, não só que há presença de lombrigas, mas também que se trata de um quadro mais grave, por conta da quantidade e comportamento das “*bicha*”, como relatou Jucilene:

*[...] A minha menina aquela vez ela era pequeninha [...] Eu de certo não dei remédio de verme quando era pequeninha, mas ela nem tava caminhando ainda, assim ela fazia bola na barriga, e eu bem boba, pois era a primeira, eu deixei ela, nem fiz conta [...] Depois fui olhar, levei no hospital ela, mas Deus o livre! Eu fiquei acho mais de duas semanas internada com ela, as*

*bicha morta, tava matando as viva assim, fazia aquele bola assim na barriga dela. Ainda que eu levei ela com tempo, senão não ia aguentar.*

Em determinadas situações, o diagnóstico é baseado também na visualização das próprias lombrigas que a criança pode expelir pela boca e/ou nariz, conforme relatou Mércia, moradora da aldeia João Veloso:

*[...] Se a criança vê alguma coisa assim, que a criança fica com aquela vontade de comer, já faz aquelas bolas assim na barriga da criança, das vez até vomitar, vomita as bicha pelo nariz pela boca.*

Como se pode notar, o vômito é mais um indicativo das “*bicha atacada*”, merecendo destaque também o quê é expelido durante esta manifestação, pois auxilia na confirmação do diagnóstico. A esse respeito, dona Deda coloca que: “[...] *Ela começa a vomitar uma água, uma espuma branca, é espuma. Só espuma. Só espuma branca, pode saber que é as bichas*”.

Segundo Joana, quando a criança é muito pequena, não sabendo dizer o que está acontecendo, os envolvidos nos cuidados com a mesma acabam não tendo, muitas vezes, elementos suficientes (quer sejam sinais, sintomas ou comportamentos) para o diagnóstico. Nesse caso, os cuidadores recorrem ao posto de saúde e, havendo ausência de achados clínicos por parte dos profissionais, significa para a família que o problema é “*bicha atacada*”. A esse respeito explicou dona Iracema:

*[...] Agora, quando é criança pequena assim é perigoso mesmo até morrer! [...] Quando é pequeno assim daí se o doutor leva e não acha nada, pode contar que é das bicha né!.*

Além destes sinais, sintomas e comportamentos descritos, outros ajudam no momento do diagnóstico e na escolha da terapêutica, como dor de barriga, ficar com o “*olho feio*”, só querer dormir, convulsão, desmaio, estufar ao comer e episódios de diarreia.

A fala de Indinalva, moradora da aldeia João Veloso, ilustra bem o que a criança “*doente das bicha*” pode apresentar:

[...] *Ele começa a vomitar, ele num come, ele fica só assim caidinho, ele num fica espertinho e daí a gente faz o remédio, daí a gente faz o remédio, que a gente vê que o remédio faz efeito porque depois do puxamento daí dá um sono nele, ele só dorme, daí a gente vê né que é das bicha [...] Ah! as bicha se num fizer remédio mata! (silêncio) Mas eu digo que as bicha se embola né! Porque a gente vê né! Acho que sentem dor assim na barriga, daí a gente começa a fazer massagem, passa aqueles bolas que faz assim neles, eu digo que é assim!*

#### 4.2.4. O que fazer quando “*as bicha*” estão atacadas?

*"[...] Daí então como eu te disse, tem que mandar benzer, acalmar ela, pra daí dá o remédio pra derrubar [...]".* Seu Afrânio, aldeia Paiol de Barro.

Para o grupo, o tratamento da criança “*atacada das bicha*” compreende dois momentos distintos: “*acalmar as bicha*” e “*derrubar as bicha*”. Em muitos casos, a resolução, em ambos os momentos, não envolve serviços biomédicos, por entenderem que estes podem interferir negativamente agravando o problema, como relatou Elenice:

*[...] Porque quando a criança tá atacada das bichas assim, num adianta levar no postinho [posto de saúde]. Nós num levamo. Nós mandamo benzer e fazemo remédio assim, do mato [...] Uma vez o meu piá mais pequeno quase morreu das bichas assim. Daí levei no postinho eles deram aquele licor de cacau pra ele! Máaaa aquele lá foi pior pra ele! Daí peguei e levei benzer né, num velhinho [...] Daí ele benzeu, fez remédio, mandou dá bem certinho pra ele, antes do café, antes do almoço, antes da janta. Daí dei pra ele aquele lá, mas ele já sarou, mas o remédio do postinho nem adiantou. Daí que eu digo, quando a criança tá atacada das bichas, num adianta levar no postinho, em vez de ajudar os remédios deles pioreia mais!*

O objetivo, neste primeiro momento do tratamento, é “*acalmar as bicha*”. Para tal fim, o grupo dispõe de diferentes recursos, entre os quais o benzimento aparece nas entrevistas como sendo o principal desta etapa. O benzimento, por sua vez, pode ser realizado uma única vez ou várias vezes ao dia, sendo acompanhado ou não do uso de chás, tais como chá de cânforo e de mel com alho. A esse respeito, Tião colocou:

[...] *Resolve na hora sim, a criança já vai. Só que não é só uma! Uma benzida né! Acho que é três quatro dias num sei. Vem cedo e de tarde. Três dias vem cedo e de tarde [...] É só o benzimento.*

Esta mesma associação de recursos foi observada por Diehl (2001), em pesquisa realizada na mesma Terra Indígena, porém em diferentes aldeias:

[...] *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 boiaram, indicando que a criança tinha “bichas”; receitou ainda um chá de duas folhas de hortelã e uma de cânforo de lavoura... (DIEHL, 2001, p. 126-7).*

Para dona Deda, avó de criança de cinco anos, para acalmar “*as bicha*”, pode-se comprar aquilo que a criança ficou com desejo de comer, isto é, o alimento que despertou a vontade das “*bicha*”, ou usar “*remédio de verme*”, ou ainda usar “*olina*” nos casos em que a criança apresenta juntamente diarreia.

Outro recurso utilizado é o “*puxamento de mel nos pés*”, que tem como finalidade atrair “*as bicha*” para baixo para que se acalmem e depois sejam derrubadas. Esta atividade pode ser acompanhada da ingestão de chá de cânforo com alho. dona Natália explicou como ela faz uso destes recursos:

[...] *Tá atacada as bichas! Daí eu pego um alho, murro (amassar), faço o puxamento encruzado dum braço numa perna, outra perna outro braço é, e daí eu pego o mel, ponho um prato de mel na*

*sola do pé. Daí elas acalmam né! Elas descem pra baixo, porque tá atacada pra cima daí elas descem pra baixo. Daí eu só dou um chazinho de cânforo com um dentinho de alho pra criança, já acarma a febre, já acarma aquela ânsia de vomito [...].*

Outros recursos, como levar ao hospital e inalar querosene, também podem fazer parte do tratamento. A respeito do uso do querosene, dona Natália disse: “[...] *E dá querosene pra cheirar, querosene dá pra criança cheirar, daí elas vão descendo pra baixo, elas se acalmam*”.

Dando sequência ao tratamento, agora os recursos utilizados têm como finalidade “*derrubar as bicha*”, isto é, fazer com que sejam expelidas. Neste momento, é mais comum a procura por recursos biomédicos, sendo os medicamentos alopáticos (antiparasitários) o principal alvo.

Em sua pesquisa, Diehl (2001, p. 125) destaca que os antiparasitários foram “o terceiro grupo farmacológico mais observado nos domicílios”. Enquanto comentava como se fazia e como se faz hoje em dia para “*derrubar as bicha*”, seu Afrânio apontou para um dos possíveis motivos para o significativo uso deste tipo de medicamento:

*[...] Daí então como eu te disse, tem que mandar benzer, acalmar ela, pra daí dá o remédio pra derrubar. Que antigamente tinha, a gente comprava meio por conta própria, era o licor de cacau, licor de ameixa. Mas hoje! Hoje não dá pra comprar meio por conta própria, por causa do médico, então a gente já vai no médico, o médico já receita outros tipos de remédio pra derrubar. Se a gente der um remédio meio por conta própria e acontecer qualquer coisa! Daí é remédio da cidade.*

O benzimento também faz parte dos recursos utilizados pelo grupo no propósito de expelir “*as bicha*”. Para dona Eliliana, o ato de benzer por si só é suficiente tanto para “*acalmar*” quanto para “*derrubar as bicha*”, podendo também ser associado à ingestão de chá.

*[...] O benzimento normaliza as bicha assustada  
[...] Pois é assim, daí derruba. Só o benzimento*

derruba. Às vezes toma algum chazinho de alho, alho burro [...]

### 4.3. As diarreias

Numa perspectiva biomédica, a diarreia, assim como outras infecções, é causada por patógenos, mas pode também estar associada à pobreza e a diferentes questões que não só às já conhecidas questões higiênico-sanitárias e ambientais.

Conforme os dados etnográficos, muito dos episódios de diarreia estavam associados à presença das “bichas”, mas também foram citados outros fatores causais, que ora aproximam-se, ora distanciam-se das causas apontadas pela biomedicina.

Haverroth (2004), sustentando-se em estudos realizados entre os moradores do nordeste brasileiro, coloca que, as doenças diarreicas dizem respeito à anatomia do corpo humano, pois, há para eles, a ideia de que os pulmões conectam-se diretamente ao trato intestinal. Sendo assim, muco e sangue nas fezes não são indicativos de infecção entérica séria, mas sim de uma inevitável liberação de muco proveniente dos pulmões, o que leva as mães desta região a procurar cuidados de saúde a fim de resolver o resfriado das crianças e não o problema da diarreia em si.

No grupo Kaingáng estudado, observou-se que a diarreia também é entendida como dor de barriga ou como uma situação em que ocorre o aumento da temperatura do intestino, conforme colocou dona Marli: “[...] *Porque eles dizem que é calorão por dentro né, no intestino. Daí é bom de dar o cânforo na água gelada*”. Entre os Xakriabá, Pena (2004, p. 83) coloca que os termos “obra desandada” ou “obradeira”, são utilizados para denominar a diarreia.

Pícoli; Adorno (2008), em seu estudo entre os indígenas Kaiowá e Guarani, apontam para a existência de uma multicausalidade da diarreia infantil. Segundo os autores, a diarreia infantil entre os Kaiowá e Guarani pode ser causada, entre outras coisas, por “coalho virado”, o qual tem uma variedade de fatores que o definem, sendo a explicação mais comum a que se refere a um movimento brusco que a criança faz logo após a refeição, como pular de uma árvore, por exemplo. Outra causa associada à diarreia infantil foi a quebra dos laços maternos por meio do desmame precoce, fator também apontado nas aldeias

estudadas da TIX. Apontam ainda que, outros fatores, mais amplos e subjacentes, tais como os aspectos históricos, econômicos e sociais, afetaram e afetam as condições gerais de vida deste grupo que têm a diarreia infantil como uma das principais morbidades (PÍCOLI; ADORNO, 2008, p. 41).

De acordo com Pena (2004, p. 83), na concepção Xakriabá, as doenças parasitárias têm como agente causador o consumo de água suja, água empoçada ou, então, a criança já nasce com “os vermes”. Já em relação à diarreia, ele observou que a causa pode estar interligada aos alimentos, aos vermes, ao nascimento dos dentes ou, ainda, ao “quebranto ou mau olhar” no tipo mais grave.

Segundo as entrevistas, em nível de causalidade, podemos pensar em dois grupos: **a comida** e **a água**. Cada grupo, por sua vez, tem seus próprios fatores que poderão desencadear um quadro diarreico.

Em relação à **comida**, observou-se que a diarreia pode decorrer da: (a) mistura entre comidas; (b) do tipo de comida; e (c) do comportamento da comida no estômago (“*Num senta né! Num fica parada no estômago*”).

Sobre a mistura entre comidas, a moradora Patrícia colocou que a ingestão associada de diferentes alimentos líquidos resulta em diarreia:

*[...] É não pode tipo misturar! Que nem ontem as meninhas mamou leite né, daí ela quer, senão ela chora, daí ela mamou o leite em cima do suco de limão, daí o suco de limão em cima da laranja, o leite, daí dá diarreia! Dá a maior diarreia!.*

Já para Elenice, moradora da aldeia Paiol de Barro e mãe de criança de um ano e três meses, no caso de sua filha, não há um grupo específico de alimentos que se deve evitar e sim a mistura de alimentos em si:

*[...] Porque ela come de tudo, é difícil fazer mal assim para ela as coisas. A não ser que ela misture tudo assim, come um pouco de cada, daí dá diarreia nela.*

Entre os tipos de comida associadas à presença de diarreia, aquelas consideradas gordurosas (principalmente a carne de porco) e o grão de feijão, foram as mais destacadas nas entrevistas. Apareceram ainda possíveis associações entre o consumo demorado de amora e de

pêssego cozido com açúcar. A moradora da aldeia Paiol de Barro, Claudenice, enquanto conversava sobre sua filha, disse a respeito do efeito do grão de feijão:

*[...] Às vezes também pode ser que seja, as vezes come alguma coisa que... E ela num pode comer feijão. É só sopinha. Essa aí se comer um grãozinho de feijão já estraga a barriga [...] Dá dá diarreia.*

Quando a ocorrência de diarreia esta relacionada à **água**, notou-se que há associação tanto com a condição da água (não tratada ou com excesso de cloro), quanto com a temperatura da água consumida.

Para dona Sirlene, moradora da aldeia João Veloso e mãe de criança de dois anos e quatro meses, além da água não tratada, a estação do ano também é considerada um fator de risco para a diarreia:

*Um pouco também aqui é a água né! No verão dá bastante diarreia. Tem água aqui, a nossa principalmente não é encanada, não é tratada né! Nós pegamos água de fonte.*

Já para Claudenice, o fator causal do episódico vivenciado por sua filha foi água com excesso de cloro (proveniente do sistema de abastecimento de água da aldeia), a qual ela identifica através da mudança de coloração:

*Não sei se num é essas água aí que... que às vezes ela vai ali e toma e a água, vem muito com cloro, porque a gente põe no balde assim igual um leite. Num sei porque que eles colocam muito cloro na água, eu já nem tomo dessa água. Aí eles pegam do poço pra tomar, nós temos ali o poço, mas ela vai lá no pontinho e toma [da torneira]. Eu achei que era um pouco aquela água com cloro.*

No que se refere à temperatura da água, observou-se que o grupo atribui o surgimento de diarreia tanto ao consumo de água quente, quanto de água gelada. A respeito da ingestão de água quente, a remedieira e benzedora dona Natália, da aldeia João Veloso, disse: “[...]”

*Às vezes a água. Muita água quente que eles tomam né! Eles chegam tiram a água meio quente ali dali e bebem né!”.*

Para Cleonice, moradora da aldeia João Veloso e mãe de criança de dois anos, a diarreia decorre da ingestão demasiada de água gelada:

*É! Diarreia tem vez assim, depende o alimento que eles come né! Depende... tipo assim, porque esses dias tava demais de quente, daí eu acho que eles tomaram bastante água gelada né! Daí deu um pouco de diarreia.*

Além dos episódios diarreicos estarem associados à comida e a água, eles também podem ter relação com o desmame, com vírus (“*Podia ser um vírus que vinha...*”), se tratar de uma situação recorrente e sem causa aparente (“*Era direto. Desde que nasceu ele tem essa diarreia*”) ou ainda com o nascimento dos dentes (“*Uns diz que é por modo dos dentes*”).

Pena (2004, p. 106), referindo-se a estudos realizados em países africanos, afirma que a associação entre o surgimento dos dentes e a diarreia é bastante comum e coloca que:

Necessariamente, neste evento especial, as crianças podem utilizar as mãos ou objetos que estejam abrigando microrganismos patogênicos para coçar a gengiva e, assim, servir como um agente de transmissão para uma infecção, por exemplo, a diarreia. Entretanto, nesta relação causal estabelecida a partir de conceitos da biomedicina ocidental, os elementos que parecem ser visíveis para os povos destes países são o nascimento dos dentes e a diarreia.

Na perspectiva do setor biomédico, a transmissão da diarreia ocorre pela contaminação feco-oral, tanto por meio da ingestão de água contaminada, quanto através de mãos sujas, pratos, talheres e copos sujos, de modo que apresenta forte relação com a limpeza doméstica (PENA, 2004). No entanto, Pena (2004, p. 83, 84) afirma que:

De um modo geral, vírus, bactéria, protozoário, seres somente visíveis através do microscópio, não fazem parte do mundo físico e sócio-cultural dos Xakriabá. Na medida em que os hábitos de

higiene dos Xakriabá têm como referência crenças diferentes da teoria das doenças causadas por patogênicos, justificam-se os seguintes comportamentos: não lavar as mãos depois de defecar, não lavar as mãos antes de tocar os alimentos, introduzir a mão suja no pote para pegar a água de beber, não lavar o copo depois de usá-lo, não utilizar o filtro de velas, não usar o vaso sanitário para defecar, dar um alimento que ficou exposto à ação de microrganismos às suas crianças [...].

O diagnóstico da diarreia, para o grupo estudado, dentro deste contexto das atividades de autoatenção, é baseado na observação da consistência, da coloração e da quantidade das evacuações. A respeito do que observou no episódio vivenciado por seu filho de dois anos, dona Júlia, moradora da aldeia Paiol de Barro, comentou:

*[...] Ih! Pura água. Água pura mesmo! Eu me assustei meu Deus do céu [...] Só água pura mesmo. Ih! Mas ficou bem entregue esse meu filho [...] Umas cinco vez acho! Era demais.*

Em se tratando de **terapêutica para a diarreia**, observou-se que, por parte do grupo, a busca por recursos envolve **os espaços** do domicílio, da unidade básica de saúde e das igrejas, aos quais também recorrem no caso de outras situações envolvendo a saúde das crianças. Há ainda a possibilidade de procura por todos estes espaços durante um mesmo acontecimento.

No espaço do **domicílio**, o preparo de chás com plantas medicinais (Tabela 3) é predominantemente a atividade de autoatenção mais desenvolvida frente às doenças diarreicas, onde destaca-se o uso do chá de capote (ver Apêndice 2k).

Ainda no nível domiciliar, a comida é considerada importante fator no tratamento da diarreia, podendo, assim, assumir tanto um caráter restritivo quanto preferencial. A restrição aplica-se, principalmente, ao feijão e às comidas gordurosas, em especial a carne

de porco. A preferência é por comidas leves ou fracas<sup>34</sup>, em sua maioria sopas com legumes e alguma carne descrita/considerada como menos gordurosa, como frango, por exemplo.

A respeito dessa condição da comida, dona Nita, moradora da aldeia Matão, disse:

*[...] Eu dou mais fraca. Que daí eu tenho medo de dá mais diarreia né! [...] Uma sopiiinha, uma sopa de batatinha, de arroz, uma carninha de galinha [...] Que nem carne de porco eu não dou, porque pra diarreia é pior. É bom pra pessoa se ele é são.*

---

<sup>34</sup> Para maiores detalhes, ver Oliveira (2009).

**Tabela 3. Lista de plantas utilizadas no preparo de chás, indicados, em casos de diarreia, Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011.**

<b>NOME LOCAL DA PLANTA</b>	<b>ONDE CONSEGUEM</b>	<b>COMO PREPARAM</b>	<b>MODO DE CONSUMO</b>
<b>Capote ou capoteira ou capota*ou sete capote*</b>	- Quintal de casas - Matas próximas às aldeias	-Colocam-se as folhas na água fervida	- Bebe-se frio e por água
<b>Maçaninha ou maçanilha ou camomila</b>	- Beira de estradas - Quintais de casas - Horta da pastoral da aldeia Paiol de Barro	- Ferveu na água - Água fervida sobre as folhas	- Bebe-se morno - Bebe-se frio e por água
<b>Cânforo ou canfrinho ou canforo da lavoura</b>		-Macera a folha e coloca na água gelada - Colocar a casca na água fervendo	- Bebe-se frio, cedo, meio dia e de tarde
<b>Aipo ou aipinho da lavoura</b>			
<b>Folha de pitanga</b>			- Bebe-se frio
<b>Casca de Romã</b>		- Colocar a casca na água fervendo	- Bebe-se frio, cedo, meio dia e de tarde
<b>Casca e/ou folha de jabuticaba</b>		- Água quente sobre a casca e/ou folhas	
<b>Parrerinha</b>	- Qualquer lugar		- Bebe-se frio
<b>Tanssagem</b>			
<b>Sete sangria</b>	- “ <i>Na sanga</i> ” (curso d’água)		
<b>Macela/Marcela*</b>	-Beira de estrada - Quintais das casas - Horta da pastoral da aldeia Paiol de Barro		- Bebe-se 1xdia -Bebe-se morninho

\* A denominação varia de uma aldeia para outra. Estes nomes foram citados por moradores das aldeias Sede e Pinhalzinho da TIX.

As atividades de autoatenção no âmbito domiciliar podem incluir também: esperar o fim do episódio sem intervir, realizar massagem na barriga e ingerir um preparado de farinha de trigo com limão, conforme explicou Elenice:

*[...] Esses dias ela tava também. Daí era fechado o postinho, e eu num tinha remédio lá pra dar pra ela, daí a mãe ensinou daí um remédio caseiro, daí eu fiz pra ela. Fiz né, um limão com farinha de trigo lá, dessas que a gente faz pão e daí fiz tipo um mingau lá, uma papinha, aí ponhei um pouco de limão, um poquinho de sal, não de açúcar, e daí dei pra ela, ela comeu aquilo lá e passou a dor de barriga dela sarou. Aquele lá já cortou a diarreia dela.*

No que diz respeito ao espaço da **unidade básica de saúde**, observou-se que, por parte dos membros do núcleo familiar, a procura pode ser tanto no sentido de compartilhar a situação com os profissionais de saúde, quanto para adquirir algum medicamento elaborado pela Pastoral da Criança, principalmente a “*tintura para diarreia*” e a “*olina*”.

A moradora da aldeia Paiol de Barro, Janaína, que também é técnica de enfermagem da unidade de saúde da aldeia Paiol e responsável pela produção dos remédios da Pastoral da Criança, explica sobre o processo de produção e a posologia da “*tintura para diarreia*”:

*[...] Pra problema de diarreia a gente usa uma tintura também que eu faço, que é com álcool de cereais, e daí a gente coloca um pouquinho de casca de jabuticaba, um pouquinho de casca de romã, folha de pitanga, sete sangria e casquinha de rabo de bugio, sementinhas do tanchais. Daí você coloca num vidro, faz a tintura e deixa também por sete a nove dias. Coa e você usa as gotinhas. Daí uma gotinha por quilo pra criança, 3x dia, ela ajuda no problema de intestino né e também é bom pra diarreia. Também a gente orienta o soro caseiro ou do posto mesmo e chá também né! Tomar bastante líquido né!. Eu oriento mais o chá do aipo, do aipinho do mato, que ele é também rico em sais minerais, vitamina*

*que vai ajudar a repor os sais minerais que a criança perde ou o adulto mesmo, através da diarreia pra não deixar desidratar. Também oriento chá de folha de pitanga, capote, tem vários chás que a gente orienta pra eles tomar por água, porque dá sede bastante né a diarreia.*

Comumente, em se tratando de doenças diarreicas, o interesse maior dos profissionais de saúde gira em torno dos sinais e sintomas clínicos, tais como a desidratação, tida como uma das principais consequências da diarreia. No entanto, num contexto que não o biomédico, as pessoas podem, muitas vezes, não fazer associação entre diarreia e sinais de desidratação. Podem enxergar como indicadores comuns a diferentes doenças e também podem entender a diarreia enquanto resultado de uma doença que tem, como sinais e sintomas, a desidratação (HAVERROTH, 2004).

Por parte dos profissionais de saúde, o principal procedimento frente a uma situação de diarreia está relacionado ao Soro de Reidratação Oral (SRO). Conforme podemos observar acima, na fala da técnica de enfermagem, este pode ser fornecido na unidade de saúde na forma de envelopes padronizados (da indústria farmacêutica) ou a equipe de saúde orienta os responsáveis para o preparado em casa.

Observou-se que, no grupo estudado, o SRO não é muito bem aceito entre as mães, pois algumas crianças apresentam resistência à ingestão. As moradoras Luciane e Claudenice (e outras mães) relataram que suas crianças não gostam de tomá-lo:

*Eles [saúde] sempre diziam pra mim trazer e dar pra ele. Só que daí eu trouxe umas quantas vezes e ele num, num tomava....não gostava de tomar. Luciane.*

*[...] Daí eu contei pra elas e elas me deram aquele remedinho... Daí ela quase assim pra diarreia, ela num toma aquele soro lá, mesmo que eles dão, ela não toma daí eu já nem pego. Claudenice.*

Em relação ao panorama atual das doenças diarreicas no grupo de aldeias estudadas e à conduta da equipe de saúde frente aos casos de diarreia, a enfermeira Silmara, responsável técnica da equipe, colocou:

*Olha, eu acho que tá bem controlado até. Deu vários casos ali mais estavam relacionados com a hepatite A [...] Geralmente, quando eles vêem, eles passam com o doutor. Caso não tem consulta, o doutor não tiver, alguma coisa, a técnica de enfermagem faz os fitoterápicos que é pra diarreia, tem o remédio pra diarreia e a gente fornece o sorinho de reidratação oral. Orienta né as mães e fornece o sorinho de reidratação [...].*

Entre o grupo, há uma predominância de pessoas ligadas ao cristianismo protestante em relação às pessoas cristãs católicas. Neste sentido, no espaço **igreja**, os dados revelam que as práticas de autoatenção em casos de diarreia estão, em sua maioria, vinculadas a atores pertencentes às igrejas evangélicas. A frequentadora da Igreja Evangélica Unindo-se pela Fé, dona Marli, comenta como foi o trabalho realizado para seu filho quando estava com diarreia:

*Daí levei ele ali na missionária, a Irmã Marta, daí ela ungiu ele e orou. Daí fomos na igreja. Aí começamos a fazer oração por ele, e graças a Deus, ele melhorou rapidamente, não deu mais aquela febre nada, a diarreia também melhorou, come bem agora. Agora tá bom! Graças a Deus. Só fica um pouco enjoado né, mas esse aí é normal da criança quando fica meio doente. Daí abaixou o peso....*

Ainda em relação à questão do tratamento, dona Eliliana, enquanto conversava sobre o tempo de antigamente, comentou a respeito de outros recursos e suas finalidades no caso da diarreia, que, segundo ela, era a doença que mais acometia as crianças:

*[...] Era dor de barriga, diarreia, quando fazia mal a comida. Daí a gente fazia o chá de cinza e dava pra criança... Pra despachar tinha que ser quente. Daí despachava. Daí pra cortar cozinhava remédio do mato, daí dava remédio e cortava [...] É que nem amanhã... hoje toma esse remédio da cinza, amanhã toma aroeira do mato, cozido frio, toma por água.*

Conforme foi possível notar, as atividades de autoatenção desenvolvidas pelos Kaingáng frente às doenças diarreicas, não excluem as atividades dos serviços oficiais de saúde, de modo que os membros do grupo, com autonomia, buscam, por meio destas, ampliar suas possibilidades de recursos.

Um ponto importante a ser considerado nos estudos a respeito das interpretações e práticas ligadas às doenças diarreicas é identificar o lugar dessas doenças nos sistemas de saúde<sup>35</sup> locais. Ou seja, quais as ideias que as pessoas têm a respeito dessa enfermidade, bem como quais os significados atribuídos à ela, quais as atividades envolvidas na sua identificação e classificação, quais as categorias, quais os tipos, quando, onde, por quê e como buscar por tratamento, onde estas ideias se diferenciam e onde se aproximam dos critérios biomédicos.

---

<sup>35</sup> Segundo Kleinman (1980), em todas as sociedades, as atividades de atenção/cuidado à saúde são mais ou menos interrelacionadas, devendo ser estudadas de maneira holística como respostas socialmente organizadas à doença, constituindo um sistema cultural especial: o chamado "sistema de saúde", que melhor revelam as questões simbólica, cultural, social e institucional implicadas nos diferentes processos de saúde, doença e cura (KLEINMAN, 1980, p. 24). Conforme o autor, todos os sistemas de saúde são constituídos a partir da visão cultural, onde o aspecto simbólico traduz a doença tanto como um processo, quanto como uma experiência individual e como uma construção social.

## CAPÍTULO 5. ALGUMAS QUESTÕES FINAIS

Neste último capítulo, serão apresentadas algumas reflexões que, ao longo do processo de pesquisa, suscitaram muitas dúvidas, angústias e questionamentos, os quais se buscou explorar (e, de certa forma, responder) nestas considerações que seguem.

*“Porque lá eles são só vinte por cento índio, pois já estão todos misturados [...]”*

No primeiro dia de permanência na TIX para a realização do trabalho de campo, durante uma conversa na varanda de uma casa na aldeia Sede, uma moradora disse a frase que dá título ao tópico. O “eles” a quem se referiu são os moradores do conjunto de aldeias estudadas, que segundo essa moradora (e muitos outros moradores), não são índios puros e não sabem falar o Kaingáng, o que poderia prejudicar o estudo. Durante a pesquisa de campo, quando ainda estava inseguro e preso aos objetivos iniciais da pesquisa, essas questões levantadas na conversa causaram-me certa frustração, preocupação e alimentaram muitas dúvidas e perguntas, pois os objetivos incluíam, entre outros aspectos, descrever as práticas de autoatenção dos Kaingáng e identificar as taxonomias nativas para as diarreias nesse grupo de aldeias, que, num contexto geral da TIX, são referenciadas como localidades onde residem maior número de pessoas “misturadas”, ou seja, que não são “índios Kaingáng puro”.

No decorrer do trabalho de campo, observou-se que, mais importante do que identificar se as atividades de autoatenção eram ou não exclusivamente Kaingáng e se as pessoas sabiam ou não o nome de diarreias ou outras doenças na língua nativa, era compreender como essas pessoas “puras” e “misturadas” entendiam e lidavam com as situações envolvendo a saúde de suas crianças e como interagiam entre si e com o sistema biomédico, no que se refere ao enfrentamento dessas situações.

*“Aqui sim tem índio de verdade, lá no paiol só tem mestiço [...]”.*

Essa outra frase, dita no momento em que passávamos pela aldeia Sede, é de uma moradora da aldeia Limeira e membro da equipe de saúde que atende às aldeias incluídas no estudo (e outras duas aldeias não incluídas). De certa forma, ela confirma o que foi dito pela

moradora da aldeia Sede, mas também aponta para o fato de que, entre os moradores da TIX, é comum o discurso em torno da divisão em aldeias que têm mais e que têm menos ou que não tem “índio de verdade”.

Entre os próprios moradores das aldeias estudadas, essa temática veio à tona algumas vezes, com poucas pessoas se autodenominando “puro” e muitas pessoas dizendo serem “não indígena” ou “não puro”, “mestiço”, entre outras denominações. Conversando com algumas pessoas, notou-se que questões como ter os pais Kaingáng, saber e praticar a língua kaingáng e fazer artesanato são apontadas como fundamentais nessa identificação étnica.

Porém, cabe destacar que essas questões sobre a identidade étnica do grupo trazem, como contribuição para esta dissertação, os elementos que nos permitem compreender que essa cultural local é resultado da mistura, ao longo dos anos de contato, entre diferentes culturas e conhecimentos, que vêm possibilitando ao grupo encontrar-se, apropriar-se e, conseqüentemente, acessar a diferentes formas de atenção à saúde, com as quais busca atender às necessidades de saúde dos sujeitos, com autonomia e de acordo com suas concepções acerca do processo saúde-doença-cura.

### **Dos encontros, aproximações, trocas e apropriações**

Para Menéndez (2009), existem nas chamadas sociedades ocidentais, formas de atenção à saúde provenientes de outros saberes acadêmicos, como, por exemplo, as medicinas chinesa e ayurvédica, as quais fundamentam-se em saberes diferentes dos ocidentais. O autor coloca que essa situação resulta, em parte, dos processos migratórios, já que, junto aos imigrantes, instalam-se também seus sistemas de atenção, bem como destaca que há um processo de apropriação por parte de certos setores sociais e até mesmo dos próprios países ocidentais.

Num certo momento do período pós-campo, mais precisamente na fase final de escrita da dissertação, foram apresentados, na UFSC, alguns dos resultados (ainda parciais) da pesquisa de campo, em três turmas de estudantes indígenas do “Curso de Licenciatura Intercultural

Indígena do Sul da Mata Atlântica”<sup>36</sup>. Especificamente, quando foram apresentados alguns dados sobre a temática “*das bicha*”, tanto na turmas Kaingáng e Guarani (com alguns estudantes moradores de diferentes aldeias da TIX), quanto na turma Xokleng, os resultados continham elementos comuns aos três grupos indígenas, seja no que diz respeito à causalidade, ao diagnóstico ou à terapêutica.

Essa situação ilustra bem como, nesses encontros e desencontros entre indígenas e sociedade envolvente, houve, para ambas as partes, um processo de trocas contínuas e dinâmicas, seja nos aspectos biológicos quanto nos culturais, que perduram (e perdurarão) anos a fio, sempre com reelaborações no tempo e no espaço. Em seu livro “*Medicina mestiça: saberes e práticas curativas nas minas setecentistas*”, Carla Berenice Starling de Almeida (2010) trata da configuração da medicina na sociedade mineira colonial, que era bastante plural e distinta. Referindo-se às diferentes pessoas que exerciam práticas curativas à época, a autora coloca que, ao participarem do cotidiano local, essas pessoas,

Viam, ouviam, recolhiam, se apropriavam e transmitiam informações e conhecimentos próprios de cada uma dessas culturas aí presentes (ALMEIDA, 2010, p. 130).

De modo que,

Parte significativa das práticas de cura [...] mostra-se permeada por uma pulsante mestiçagem cultural, embora possam ser detectadas impermeabilidades no que tange a determinados aspectos (ALMEIDA, 2010, p. 141).

Apesar das colocações acima fazerem referência às situações vivenciadas nos séculos XVII e XVIII nas Minas Gerais, elas são bastante atuais, sendo possível trazê-las ao contexto onde se desenvolveu a pesquisa, pois como demonstra a situação vivenciada junto aos estudantes indígenas da Licenciatura, a configuração, a

---

<sup>36</sup> Este curso é coordenado pelo Departamento de História do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina e destina-se aos indígenas das etnias Kaingáng, Xokleng e Guarani de Terras Indígenas do sul do Brasil.

apropriação e a transmissão de informações e saberes relativos às práticas de autoatenção também são observadas nos outros grupos.

### **Sobre alguns reflexos da “mistura” nos campos da organização social, política e da saúde**

Certo dia, durante uma conversa com um dos motoristas da saúde (que se autodenomina “mestiço”) a respeito de ser ou não “índio puro”, ao fazer suas considerações do que considerava ser “índio puro”, ele disse: “[...] *Os índios puros não querem saber de criar vaca de leite, porco, arrendar terra. Querem lidar com balaio, fazer artesanato [...]*”.

Essa fala é significativa, pois aponta para importantes questões da dinâmica atual do grupo, que permitem observar, também no que dizem respeito à organização social e política local, que elementos (em função das mudanças contextuais, como alterações ambientais, fluxos populacionais, rearranjos internos, políticas públicas, etc.) são constantemente reelaborados e adquirem características próprias, formando assim a cultura local. No capítulo três, a descrição etnográfica traz outras situações que, também, traduzem esse caráter dinâmico da cultura local, como é o caso do aumento de famílias envolvidas na criação de gado para produção e comércio de leite (atividade bastante comum nos municípios vizinhos à TIX); a prática da monocultura agrícola (também comum no entorno da TIX); o uso de agrotóxicos; o vocabulário; o trabalho nas “*firmas*”, entre outras questões. No entanto, esses dados etnográficos indicam que a incorporação de certas práticas podem ser as opções disponíveis ao grupo, diante das dificuldades do Estado, ao longo dos anos (em todos os campos de atuação), em atender às demandas do grupo, e, de uma maneira geral, dos demais povos indígenas brasileiros.

Segundo Almeida (2010, p. 142), a “[...] mescla de atitudes e ações no que se refere ao universo da cura” resulta “dos encontros e desencontros, das apropriações e acomodações de estratégias que buscavam proteger seus agentes”. Nessa perspectiva, observamos nos dados etnográficos apresentados no capítulo quatro, que as práticas de autoatenção do grupo, frente às situações envolvendo a saúde de crianças, estão carregadas de elementos comuns a diferentes culturas.

Valendo-se novamente da questão das “*bicha*”, pode-se traçar um paralelo com o que aponta Almeida (2010) acerca da apropriação e

acomodações de estratégias de atenção à saúde. Por exemplo, no que diz respeito à terapêutica, observa-se que, diante de “*um ataque das bicha*”, os espaços e recursos acessados pelo grupo para lidar com tal situação incluem o benzimento; o uso de chá a partir de ervas medicinais; suprir a vontade das “*bicha*” comprando o alimento motivador do ataque; a consulta com o médico e o uso de medicamentos vermífugos, compoem uma interessante e complexa rede curativa.

Essa mesma variedade terapêutica (causal e diagnóstica) foi observada também em outras situações envolvendo a saúde de crianças de 0 a 5 anos. No caso das diarreias, as fontes de recursos podem incluir as igrejas, os domicílios ou, ainda, as unidades de saúde das aldeias, que, no caso das aldeias estudadas, contam, além dos recursos biomédicos, com os “remédios da Pastoral da Criança”.

As questões apresentadas e discutidas ao longo desta dissertação suscitaram muitos questionamentos e, certamente, merecem outros estudos. Elas também chamam a atenção para o fato de que, num contexto que se propõe contemplar as especificidades, é imprescindível que o profissional de saúde tenha conhecimento e respeite as peculiaridades com que esses povos conceituam e experienciam o processo saúde-doença-cura.

Entendendo que o estudo das atividades envolvidas na atenção à saúde entre os povos indígenas podem contribuir significativamente para a reordenação dos serviços de saúde, espera-se que essa pesquisa possa ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde que atuam e que vierem a atuar entre os Kaingáng da TIX, bem como daqueles que trabalham em outros contextos, sensibilizando-os e instrumentalizando-os para um diálogo com os indígenas.

Levando-se em consideração o caráter dinâmico e contextual do processo saúde-doença-cura, cabe também destacar que os saberes, espaços e recursos aqui descritos estão situados num determinado momento histórico do grupo, de modo que, em outras situações, podem variar. Sendo assim, esta dissertação, não deve ser vista como um guia fixo, de categorias e comportamentos nativos, para os profissionais de saúde que atuam ou que vierem a atuar junto aos Kaingáng.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. A. M. Lombrigas x *Ascaris lumbricoides* encontros e desencontros entre as lógicas biomédicas e popular. **Cadernos de campo**, São Paulo. v. 9, n. 8, p. 45-60, 1999.

ALMEIDA, L. **Análise antropológica das igrejas cristãs entre os Kaingang baseada na etnografia, na cosmologia e dualismo**. 2004. 278 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social), Programa de Pós Graduação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

ALMEIDA, C. B. S. Medicina Mestiça. In: ALMEIDA, C. B. S. **Medicina Mestiça: Saberes e práticas curativas nas minas setecentistas**. São Paulo: Annablume, 2010.182 p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. **Relatório Final: Análise dos dados nº 7**. Rio de Janeiro, 2009.

BARROS, F. C.; VICTORA, C. G.; FORSBERG, B.; MARANHÃO, A. G. K.; STEGMAN, M.; GONZALES-RICHMOND, A.; MARTINS, R. M.; NEUMAN, Z. A.; McAULIFFE, J. & BRANCO JR., J. A. Management of childhood diarrhoea at the household level: a population-based survey in north-east Brazil. **Bulletin of the World Health Organisation**, v. 69, n. 1, p. 59-65, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção a saúde dos povos indígenas no Ministério da Saúde e regulamentação dos incentivos de Atenção básica e especializada aos povos indígenas. Portaria nº 2656, de 17 de outubro de 2007. **Diário Oficial da União**, 2007; 18 out.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Conheça a SESAI**. Apresenta a Secretaria Especial de Saúde Indígena. Disponível em:  
<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id\\_area=1708](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1708)>  
. Acesso em: 19 de Jan. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Conheça o DSEI Interior Sul. Sobre o DSEI Interior sul.** Apresenta o Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id\\_area=1761](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1761)> . Acesso em: 21 de Mai. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **SIASI- Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena.** Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idxt=40846](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idxt=40846)>. Acesso em: 19 de Set. 2012.

CARDOSO, A. M.; SANTOS, R, V.; COIMBRA JR., C. E. A. Políticas públicas em saúde para os povos indígenas. In: BARROS, D, C.; SILVA, D. O.; GUGELMIN, S, A.(Org). **Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 75-91.

CHAVES, M. B. G.; CARDOSO, A. M.; ALMEIDA, C. Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 295-305, fev. 2006.

COIMBRA JR.; SANTOS, R. V. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: COIMBRA JR, C. E. A; SANTOS, R. V; ESCOBAR, A. L. (Org). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Abrasco, 2003. p. 13-47.

DIEHL, E. E. **Entendimentos, práticas e contextos sociopolíticos do uso de medicamentos entre os Kaingáng, Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil.** 2001. 230 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2001.

FERREIRA. J. O Corpo Sínico. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Org). **Saúde e doença: um olhar antropológico.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. 174 p.

FOLLMANN, H. B. C. **Indígenas como trabalhadores da enfermagem: o papel de técnicos e auxiliares no modelo de atenção**

**à saúde indígena.** 2011. 139 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, 2011.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** 2.ed. Brasília, 2002.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). **Manual de Atenção à Saúde da Criança Indígena Brasileira: Orientações técnicas.** Brasília, 2004. 239 p.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). **Educação profissional básica para o agente indígena de saúde: módulo parasitoses intestinais e doenças de pele.** Brasília, 2005. 38 p.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). Presidência. **Destaques da Presidência.** Apresenta as competências da Funasa. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/internet/presidencia/destaquesPresidencia.asp>. 2011. Acesso em: 03 de Fev. 2011.

GARCIA, S. C. P. **Diabetes e hipertensão arterial entre os indígenas Kaingáng da aldeia sede, Terra Indígena Xapecó/SC: práticas de autoatenção em um contexto de intermedicalidade.** 2010. 134 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social)- Programa de Pós Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2010.

GARNELO, L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: GARNELO, L.; PONTES, A. L. (Org.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema.** Brasília: MEC-SECADI, 2012. p.18-59.

GEERTZ, C. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas.** Rio de Janeiro: LCT, 1989. p 13-41.

GHIGGI JUNIOR, A. **Estudo etnográfico sobre alcoolização entre os índios Kaingáng da Terra Indígena Xapecó: das dimensões**

**construtivas à perturbação.** 2010. 129 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social)- Programa de Pós Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2010.

HAVERROTH, M.; ESCOBAR, A.L. & COIMBRA JR., C. E. A., 2003. Infecções intestinais em populações indígenas de Rondônia (Distrito Sanitário Especial Indígena Porto Velho). **Documento de Trabalho** n° 8. Porto Velho: Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia/Escola Nacional de Saúde Pública.

HAVERROTH, M. **Kaingáng, um estudo etnobotânico: o uso e a classificação das plantas na Área Indígena Xapecó (oeste de Santa Catarina).** 1997. 192 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social)- Programa de Pós Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 1997.

HAVERROTH, M. **O Contexto Cultural das Doenças Diarreicas entre Os Wari’, Estado de Rondônia, Brasil: Interfaces entre antropologia e saúde pública.** 2004. 320 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2004.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. **Enciclopédia: Povos Indígenas no Brasil.** Disponível em: <<http://pib.socioambiental.org/PT/povo/Xingu>> Acesso em: 20 Mai. 2011.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. **De olho nas terras indígenas.** Disponível em: <<http://ti.socioambiental.org/#!/terras-indigenas>>, Acesso em: 07 Jul. 2012.

KLEINMAN, A. **Patients and Healers in the Context of Culture.** Berkeley: University of California Press, 1980. 427 p.

LANGDON, E. J. Representações de Doença e Itinerário Terapêutico entre os Siona da Amazônia Colombiana. In: SANTOS, R. V.; COIMBRA, C. (Orgs). **Saúde e Povos Indígenas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 115-142.

LANGDON, E. J. A nova Política de Saúde Indígena no Brasil: Preocupações Antropológicas sobre o conceito de “atenção

diferenciada”. In: CONVEGNO INTERNAZIONALE DI AMERICANISTICA. Perugia/Itália, 2001.

LANGDON, E. J. Cultura e Processos de Saúde e Doença. In: SEMINÁRIO CULTURA, SAÚDE E DOENÇA, 2003, Londrina. **Anais...** Londrina: PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/CIPSI (Centro de Intervenção e Pesquisa em Saúde Indígena), 2003. p. 91-107.

LANGDON, E. J. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org). **Saúde dos Povos Indígenas. Reflexões sobre Antropologia Participativa.** Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Antropologia/Contra Capa Livraria, 2004. p. 33-51.

LANGDON, E. J. A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. In: BARUZZI, R. G.; JUNQUEIRA, C. (Org). **Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História.** São Paulo: Terra Virgem, 2005. p. 115-145.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E. Participação e Autonomia nos Espaços Interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 19-36, mar. 2007.

LANGDON, E. J.; MACLENNAN, R. Western Biomedical and Sibundoy Diagnosis: An Interdisciplinary Comparison. **Social Science and Medicine, Part 13B: Medical Anthropology**, v. 13. n. 3, p. 211-220, set. 1979.

LINHARES, A. C. Epidemiologia das infecções diarréicas entre populações indígenas da Amazônia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 8, n.2, p. 121-128, abr/jun. 1992.

MANFROI, N. M. S. **A história dos Kaingáng da Terra Indígena Xapecó (SC) nos artigos de Antonio Selistre de Campos: Jornal A Voz de Chapecó, 1939/1952.** 2008. 143 f. Dissertação (Mestrado em História Cultural)- Programa de Pós Graduação em História, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2008.

MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 185-208, dez. 2003.

MENÉNDEZ, E. L. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. **Revista de Antropologia Social**, v. 33, n.14, p. 33-69, 2005.

MENÉNDEZ, E. L. Modelos, saberes e formas de atenção aos padecimentos: exclusões ideológicas e articulações práticas. In: MENÉNDEZ, E. L. **Sujeitos, Saberes e Estruturas. Uma Introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2009. p. 17-70.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2004. p. 9-30.

NACKE, A. **O Índio e a Terra: a Luta pela Sobrevivência no P.I. Xaçepó/SC**. 1983. 190 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social)- Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 1983.

NACKE, A.; RENK, A.; PIOVEZANA, L.; BLOEMER, N. M. S. **Os Kaingang no Oeste Catarinense**. Chapecó, SC: Argos, 2007. 158 p.

OLIVEIRA, R. C. **O trabalho do antropólogo**. São Paulo: UNESP/Paralelo, 1998. 220 p.

OLIVEIRA, M. C. **Curador Kaingang e a recriação de suas práticas: estudo de caso na aldeia Xaçepó**. 1996. 246 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social), Programa de Pós Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.

OLIVEIRA, P. H. A. **Comida forte e comida fraca: alimentação e fabricação dos corpos entre os Kaingáng da Terra Indígena Xaçepó (Santa Catarina, Brasil)**. 2009. 142 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social)- Programa de Pós Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2009.

PENA, J. L. **Perfil Sanitário, Indicadores Demográficos e Saúde Ambiental após a implantação do Distrito Sanitário Especial Indígena: o caso dos Xakriabá em Minas Gerais.** 2004. 207 f. Dissertação (Mestrado em Saneamento, Meio Ambiente e Recursos Hídricos) - Programa de Pós-graduação em Saneamento, Meio Ambiente e Recursos Hídricos, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

PENA, J. L.; HELLER, L. Saneamento e saúde indígena: uma avaliação na População xakriabá, Minas Gerais. **Rev. Eng. Sanit. Ambient.** v. 13, n. 1, p. 63-72, jan/mar 2008.

PÍCOLI, R. P.; ADORNO, R. de C. F. Cuidado à Saúde de Crianças Kaiowá e Guarani: notas de observação de campo. **Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.** v. 18, n. 1, p. 35-45, fev. 2008.

ROCHA, C.C. **Adoecer e curar: processos da sociabilidade kaingang.** 2005. 131 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social), Programa de Pós Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

SANTOS, S. C. **Os grupos Jê em Santa Catarina.** Projeto de Pesquisa. Rio de Janeiro: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, 1963. 76 p.

SEEGER, A.; DA MATTA, R.; VIVEIROS DE CASTRO, E. B. A. Construção da Pessoa nas Sociedades Indígenas Brasileiras. In: OLIVEIRA FILHO, J.P. (Org.). **Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora UFRJ/ Marco Zero, 1987 (1979). p. 11-30.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa Qualitativa em Saúde: Uma introdução ao tema.** 1. ed. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136 p.

ZWETSCH, R. E. Kaingáng: os limites do desenvolvimento. In: LEITE, A. G. O. (Org). **Kaingáng: Confronto cultural e identidade étnica.** Piracicaba: Editora Unimep, 1994. p. 15-58.

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1a

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

#### **Mães ou cuidadores das crianças de 0 a 5 anos de idade que venham a adoecer de diarreia**

Eu sou Ewerton Aires de Oliveira, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, e você está sendo convidada(o) para participar da pesquisa sobre *“Avaliação do modelo de atenção diferenciada aos povos indígenas: os casos Kaingáng (Santa Catarina) e Munduruku (Amazonas)”*, que tem o objetivo geral de avaliar de que modo a proposta de uma atenção diferenciada à saúde indígena vem sendo realizada entre os Kaingáng de Santa Catarina e os Munduruku do Amazonas. Minha proposta específica é investigar como e o que fazem os índios da Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, para cuidar das crianças de 0 a 5 anos de idade que adoecem de diarreia na sua comunidade. Nós vamos investigar o quê (ou o quê não) quer dizer para você(s) as doenças diarreicas nas crianças de 0 a 5 anos. Também vamos investigar os alimentos comidos pela(s) sua(s) criança(s) que podem ajudar ou atrapalhar a cuidar das doenças diarreicas e também vamos identificar os nomes que você(s) dá(ão) para os tipos de diarreias.

Para o desenvolvimento da pesquisa serão feitas visitas a(s) sua(s) casa(s) e aos Postos de Saúde das aldeias da Terra Indígena Xapecó visando acompanhar as atividades envolvidas nos cuidados com as crianças com diarreia. Nessas visitas, eu procurarei conversar sobre as suas atividades para cuidar do(a) filho(a) que está com diarreia nesse momento, entre outros assuntos que se relacionam ao tema e que você(s) achar(em) importante(s). Essas conversas acontecerão sempre que você achar conveniente e poderá ser usado o gravador, desde que permitido por você.

Ainda irei observar as ações que você(s) fizerem, considerando as atividades para cuidar da(s) criança(s) com diarreia e a sua própria visão, assim como as dificuldades enfrentadas para lidar com a diarreia.

Deixo claro que esses procedimentos não são agressivos ou nocivos à sua vida e que o gravador só será utilizado se houver a sua permissão.

Qualquer dúvida que você tiver a respeito do trabalho ou se você quiser se retirar da pesquisa (sem danos a você) pode entrar em contato comigo Ewerton Aires de Oliveira, pessoalmente ou pelo telefone (48) 9111 2871, ou ainda no endereço: Servidão Natureza n.º. 540, Campeche, Florianópolis-SC, CEP: 88063-545, ou por email: [nutricaoxingu@gmail.com](mailto:nutricaoxingu@gmail.com). Você também pode entrar em contato com a coordenadora do projeto, Professora Esther Jean Langdon no seguinte endereço: Departamento de Antropologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário, Trindade, Florianópolis, SC – CEP 88040-900; Fone: 48-3721-9714. Também pode conversar com a minha orientadora, professora Eliana E. Diehl no seguinte endereço: Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário, Trindade, Florianópolis, SC – CEP 88040-900; Fone: 48-3721-9350 ou 3721-5077; email: [elianadiehl@hotmail.com](mailto:elianadiehl@hotmail.com).

Se você(s) estiver(em) de acordo em participar, posso afirmar que as informações fornecidas serão mantidas em sigilo, garantindo a sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Também garanto que não há qualquer despesa para você(s). Os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não, sendo que os dados coletados serão utilizados para a redação de artigos e de outros materiais de divulgação, como livros, relatórios, pôster, etc. As comunidades receberão uma cópia de todo o material produzido.

Após a leitura desse Termo, gostaria de saber se você(s) aceita(m) participar da pesquisa. Se você(s) aceita(m), solicito que assine(m) o Consentimento abaixo.

## A. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

*“Avaliação do modelo de atenção diferenciada aos povos indígenas: os casos Kaingáng (Santa Catarina) e Munduruku (Amazonas)”.*

Pesquisador mestrando: Ewerton Aires de Oliveira

Coordenadora: Profa. Esther Jean Langdon

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Eliana Elisabeth Diehl

## B. PARECERES QUANTO AOS ASPECTOS ÉTICOS:

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos/UFSC: Parecer n. 060/2008

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP): Parecer n. 546/2008

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO<sup>37</sup>

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e que recebi, de forma clara e objetiva, todas as explicações sobre o projeto. Entendi que as informações fornecidas serão mantidas em sigilo, garantindo a minha privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Também fui informado de que não há qualquer despesa para mim.

Declaro que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

....., .....de.....de 2011.

Aldeia:.....

Nome por extenso:.....

Assinatura:.....

RG (quando se aplicar): .....

---

<sup>37</sup> Adaptado de: (1) South Sheffield Ethics Committee, Sheffield Health Authority, UK; (2) Comitê de Ética em pesquisa - CEFID - Udesc, Florianópolis, BR.

## APÊNDICE 1b

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

#### **Outros membros da família das crianças de 0 a 5 anos de idade e membros da comunidade**

Eu sou Ewerton Aires de Oliveira, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, e você está sendo convidado para participar da pesquisa sobre *“Avaliação do modelo de atenção diferenciada aos povos indígenas: os casos Kaingáng (Santa Catarina) e Munduruku (Amazonas)”*, que tem o objetivo geral de avaliar de que modo a proposta de uma atenção diferenciada à saúde indígena vem sendo realizada entre os Kaingáng de Santa Catarina e os Munduruku do Amazonas. Minha proposta específica é investigar o quê (ou o quê não) quer dizer para os índios da Terra Indígena Xapecó as doenças diarreicas nas crianças de 0 a 5 anos. Também vamos investigar os alimentos comidos pelas crianças que podem ajudar ou atrapalhar a cuidar da diarreia e também vamos identificar os nomes que vocês dão para os tipos de diarreias.

Para o desenvolvimento da pesquisa serão feitas visitas às casas e aos Postos de Saúde das aldeias da Terra Indígena Xapecó visando acompanhar as atividades envolvidas nos cuidados às diarreias. Nessas visitas, eu procurarei conversar sobre as atividades para cuidar de criança(s) com diarreia, entre outros assuntos que se relacionam ao tema e que você achar importante. Essas conversas acontecerão sempre que você achar conveniente e poderá ser usado o gravador, desde que permitido por você.

Ainda irei observar as ações que você fizer, considerando as atividades para cuidar de criança(s) com diarreia e a própria visão de vocês, assim como as dificuldades enfrentadas para lidar com a diarreia.

Deixo claro que esses procedimentos não são agressivos ou nocivos à sua vida e que o gravador só será utilizado se houver a sua permissão.

Qualquer dúvida que você tiver a respeito do trabalho ou se você quiser se retirar da pesquisa (sem danos a você) pode entrar em contato comigo Ewerton Aires de Oliveira, pessoalmente ou pelo telefone (48) 9111 2871, ou ainda no endereço: Servidão Natureza n.º. 540, Campeche, Florianópolis-SC, CEP: 88063-545, ou por email: [nutricaoingu@gmail.com](mailto:nutricaoingu@gmail.com). Você também pode entrar em contato com a coordenadora do projeto, Professora Esther Jean Langdon no seguinte endereço: Departamento de Antropologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário, Trindade, Florianópolis, SC – CEP 88040-900; Fone: 48-3721-9714. Também pode conversar com a minha orientadora, professora Eliana E. Diehl no seguinte endereço: Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário, Trindade, Florianópolis, SC – CEP 88040-900; Fone: 48-3721-9350 ou 3721-5077; email: [elianadiehl@hotmail.com](mailto:elianadiehl@hotmail.com).

Se você estiver de acordo em participar, posso afirmar que as informações fornecidas serão mantidas em sigilo, garantindo a sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Também garanto que não há qualquer despesa para você. Os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não, sendo que os dados coletados serão utilizados para a redação de artigos e de outros materiais de divulgação, como livros, relatórios, pôster, etc. As comunidades receberão uma cópia de todo o material produzido.

Após a leitura desse Termo, gostaria de saber se você aceita participar da pesquisa. Se você aceita, solicito que assine o Consentimento abaixo.

## **A. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO**

*“Avaliação do modelo de atenção diferenciada aos povos indígenas: os casos Kaingáng (Santa Catarina) e Munduruku (Amazonas)”.*

Pesquisador mestrando: Ewerton Aires de Oliveira

Coordenadora: Profa. Esther Jean Langdon

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Eliana Elisabeth Diehl

## **B. PARECERES QUANTO AOS ASPECTOS ÉTICOS:**

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos/UFSC: Parecer n. 060/2008

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP): Parecer n. 546/2008

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO<sup>38</sup>**

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e que recebi, de forma clara e objetiva, todas as explicações sobre o projeto. Entendi que as informações fornecidas serão mantidas em sigilo, garantindo a minha privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Também fui informado de que não há qualquer despesa para mim.

Declaro que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

....., .....de.....de 2011.

Aldeia:.....

Nome por extenso:.....

Assinatura:.....

RG (quando se aplicar): .....

---



---

<sup>38</sup> Adaptado de: (1) South Sheffield Ethics Committee, Sheffield Health Authority, UK; (2) Comitê de Ética em pesquisa - CEFID - Udesc, Florianópolis, BR.

## APÊNDICE 1c

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

#### Profissionais de saúde que prestam atendimento aos indígenas da Terra Indígena Xapecó

Eu sou Ewerton Aires de Oliveira, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, e você está sendo convidado para participar da pesquisa sobre *“Avaliação do modelo de atenção diferenciada aos povos indígenas: os casos Kaingáng (Santa Catarina) e Munduruku (Amazonas)”*, que tem o objetivo geral de avaliar de que modo a proposta de uma atenção diferenciada à saúde indígena vem sendo realizada entre os Kaingáng de Santa Catarina e os Munduruku do Amazonas. Minha proposta específica é investigar o que fazem e como fazem os índios da Terra Indígena Xapecó frente às doenças diarreicas em crianças de 0 a 5 anos de idade. Eu vou também identificar taxonomias (nomes) nativas para as doenças diarreicas e as práticas alimentares indígenas relacionadas à atenção nas doenças diarreicas em crianças de 0 a 5 anos de idade; e levantar dados epidemiológicos referentes às doenças diarreicas em crianças de 0 a 5 anos de idade, com destaque para os dados relativos à mortalidade, atendimentos nos serviços de atenção básica, encaminhamentos para os serviços de média e alta complexidade e internações.

Para o desenvolvimento da pesquisa serão feitas visitas às casas e aos Postos de Saúde das aldeias da Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, visando acompanhar as atividades envolvidas nos cuidados com as doenças diarreicas. Nessas visitas, eu procurarei conversar sobre as suas atividades na atenção às crianças com diarreia; sobre sua visão do trabalho neste contexto; sobre sua visão acerca das práticas indígenas de autoatenção frente às doenças diarreicas; sobre os aspectos positivos e dificuldades enfrentadas no trabalho na saúde indígena, entre outros assuntos que se relacionam ao tema e que você achar importante. Essas conversas acontecerão sempre que você achar conveniente e poderá ser usado o gravador, desde que permitido por você.

Deixo claro que esses procedimentos não são agressivos ou nocivos à sua vida e que o gravador só será utilizado se houver a sua permissão.

Qualquer dúvida que você tiver a respeito do trabalho ou se você quiser se retirar da pesquisa (sem danos a você) pode entrar em contato comigo Ewerton Aires de Oliveira, pessoalmente ou pelo telefone (48) 9111 2871, ou ainda no endereço: Servidão Natureza n.º. 540, Campeche, Florianópolis-SC, CEP: 88063-545, ou por email: [nutricaoxingu@gmail.com](mailto:nutricaoxingu@gmail.com). Você também pode entrar em contato com a coordenadora do projeto, Professora Esther Jean Langdon no seguinte endereço: Departamento de Antropologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário, Trindade, Florianópolis, SC – CEP 88040-900; Fone: 48-3721-9714. Também pode conversar com a minha orientadora, professora Eliana E. Diehl no seguinte endereço: Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário, Trindade, Florianópolis, SC – CEP 88040-900; Fone: 48-3721-9350 ou 3721-5077; email: [elianadiehl@hotmail.com](mailto:elianadiehl@hotmail.com).

Se você estiver de acordo em participar, posso afirmar que as informações fornecidas serão mantidas em sigilo, garantindo a sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Também garanto que não há qualquer despesa para você. Os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não, sendo que os dados coletados serão utilizados para a redação de artigos e de outros materiais de divulgação, como livros, relatórios, pôster, etc. As comunidades receberão uma cópia de todo o material produzido.

Após a leitura desse Termo, gostaria de saber se você aceita participar da pesquisa. Se você aceita, solicito que assine o Consentimento abaixo.

## **A. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO**

*“Avaliação do modelo de atenção diferenciada aos povos indígenas: os casos Kaingáng (Santa Catarina) e Munduruku (Amazonas)”.*

Pesquisador mestrando: Ewerton Aires de Oliveira

Coordenadora: Profa. Esther Jean Langdon

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliana Elisabeth Diehl

**B. PARECERES QUANTO AOS ASPECTOS ÉTICOS:**

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos/UFSC: Parecer n. 060/2008

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP): Parecer n. 546/2008

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO<sup>39</sup>**

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e que recebi, de forma clara e objetiva, todas as explicações sobre o projeto. Entendi que as informações fornecidas serão mantidas em sigilo, garantindo a minha privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Também fui informado de que não há qualquer despesa para mim.

Declaro que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

....., .....de.....de 2011.

Aldeia:.....

Nome por extenso:.....

Assinatura:.....

RG (quando se aplicar):

.....

---

<sup>39</sup> Adaptado de: (1) South Sheffield Ethics Committee, Sheffield Health Authority, UK; (2) Comitê de Ética em pesquisa - CEFID - Udesc, Florianópolis, BR.

**APÊNDICE 2a**

**Exemplo de área mecanizada, Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011. (Autoria: do pesquisador).**

**APÊNDICE 2b**

**Criança preparando a tarrafa, Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011. (Autoria: do pesquisador).**

**APÊNDICE 2c**



**Unidade Básica de Saúde da aldeia Paiol de Barro, Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, setembro a dezembro, 2011. (Autoria: do pesquisador).**

**APÊNDICE 2d**



**Unidade Básica de Saúde da aldeia Sede, Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, setembro a dezembro, 2011. (Autoria: do pesquisador).**

**APÊNDICE 2e**

**Vista parcial da horta medicinal da aldeia Paiol de Barro, Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011. (Autoria: do pesquisador).**

**APÊNDICE 2f**

**Mulheres colhendo as ervas medicinais para preparo dos “remédios da Pastoral da Criança”, aldeia Paiol de Barro, Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011. (Autoria: do pesquisador).**

**APÊNDICE 2g**

**Tratamento das ervas medicinais para o preparo dos “remédios da Pastoral da Criança”, aldeia Paiol de Barro, Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011. (Autoria: do pesquisador).**

**APÊNDICE 2h**

**“Combinando diferentes recursos: plantas e vinho”, utilizados no preparo dos “remédios da Pastoral da Criança”, aldeia Paiol de Barro, Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011. (Autoria: do pesquisador).**

**APÊNDICE 2i**

**“Água de melissa” um dos “remédios da Pastoral da Criança”, aldeia Paiol de Barro, Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011. (Autoria: do pesquisador).**

**APÊNDICE 2j**

**“Tintura para diarreia”, um dos “remédios da pastoral da criança”, aldeia Paiol de Barro, Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011. (Autoria: do pesquisador).**

**APÊNDICE 2k**

**Folhas de capote, aldeia João Veloso, Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, setembro a dezembro de 2011. (Autoria: do pesquisador).**

## ANEXOS

**ANEXO 1.** Anuência do Cacique da Terra Indígena Xaçepó para realização da pesquisa

Estado de Santa Catarina  
Município de Ipuauçu  
Terra Indígena Xaçepó

Terra Indígena Xaçepó, R/09/2011

Conforme Ofício de 12 de setembro de 2011 recebido da Profa. Eliana E. Diehl, sobre projeto de pesquisa "Avaliação do modelo de atenção diferenciada aos povos indígenas: os casos Kaingáng (Santa Catarina) e Munduruku (Amazonas)", coordenado pela Profa. Esther Jean Langdon, declaramos que estamos de acordo com a continuação da pesquisa.

Entendemos que a pesquisa tem como objetivo central avaliar de que modo a proposta de uma atenção diferenciada à saúde indígena vem sendo implementada nas realidades Kaingáng de Santa Catarina e Munduruku do Amazonas, tendo como foco do estudo a diarreia em crianças de 0 a 5 anos. Sabemos que a pesquisa iniciou com o estudo da hipertensão, diabetes e alimentação e nutrição.

Os pesquisadores envolvidos, incluindo o novo pesquisador, estudante de mestrado, Ewerton Aires de Oliveira, se comprometeram a fornecer a cada participante todos os esclarecimentos sobre a coleta de dados, deixando claro que os procedimentos não são agressivos ou nocivos. Eles também observaram que qualquer um dos participantes pode recusar-se a participar da pesquisa, sem danos aos indivíduos direta ou indiretamente envolvidos.

Quanto ao sigilo, os pesquisadores asseguraram 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.  
Atenciosamente

  
Cacique da Terra Indígena Xaçepó

**ANEXO 2. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (Parecer Consubstanciado favorável n. 060/2008)**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 Pró-Reitoria de Pesquisa  
 Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

**CERTIFICADO**                      **3º 046**

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela Portaria N.º 584 GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

**APROVADO**

**PROCESSO: 060/08 FR- 1867/05**

**TÍTULO:** Avaliação do modelo de atenção diferenciada aos povos indígenas, os casos Kaingang (Santa Catarina) e Mundurucu (Amazonas).

**MT FORNS:** Esilva, Jean Langdon; Eliana Elisabeth Diehl; Máuricio Soares Leite; Philippe Hanna de Almeida Oliveira; Maria Conceição de Oliveira; Raquel Prado Dias-Scopei e Daniel Scopei

**DEPARTAMENTO:** Antropologia UFSC

**FLORIANÓPOLIS, 30 de Maio de 2008.**

  
 Coordenador do CEPSH - Prof. Washington Pereira de Souza

## ANEXO 3 (Folha 1). Parecer da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (Parecer favorável n. 546/2008)



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Conselho Nacional de Saúde  
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

### PARECER Nº 546/2008

Registro CONEP: 14955 (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)

CAAE – 0035.0.242.000-08

Processo nº 25000.122469/2008-95

Projeto de Pesquisa: "Avaliação do modelo de atenção diferenciada aos povos indígenas: o caso Kaingâk (Santa Catarina) e Munduruku (Amazonas)".

Pesquisador Responsável: Ester Jean Langdon

Instituição: UFSC - Depto. de Antropologia/Centro de Filosofia e Ciências Humanas

CEP de origem: Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Área Temática Especial: Populações Indígenas

Patrocinador: Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)

#### Sumário geral do protocolo

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) visa garantir a universalidade, a integralidade, a equidade e a participação comunitária, bem como a atenção diferenciada, que deve levar em conta as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos.

A PNASPI visa também desenvolver e fazer uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas de organização de serviços, ou seja, o *princípio de diferenciação* na qualidade dos serviços. Com base nessa realidade, esta pesquisa coloca-se como continuidade das pesquisas que vêm sendo desenvolvidas por parte de membros proponentes e tem caráter comparativo, e se propõe a avaliar de que modo a *atenção diferenciada à saúde indígena* vem sendo implementada nas comunidades Kaingâk, de Santa Catarina, e Munduruku, do Amazonas.

Serão focalizados os programas e ações direcionadas à hipertensão, ao diabetes mellitus e à alimentação e nutrição. Com o estudo, pretende-se identificar: o perfil epidemiológico dos problemas definidos como foco de pesquisa; o perfil das Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena - EMSI; as estratégias institucionais de capacitação das EMSI; os programas de saúde e as ações previstas e as efetivamente realizadas pelas EMSI; e avaliar: a formação e a preparação das EMSI para atenção diferenciada; a percepção das EMSI sobre atenção diferenciada; o papel dos Agentes Indígenas de Saúde nas EMSI sob a ótica dos Agentes, dos demais membros da equipe e da comunidade; a adequação entre as estratégias desenvolvidas para enfrentar os problemas foco de pesquisa e as particularidades culturais e sociais das comunidades envolvidas; a percepção e a satisfação dos usuários participantes das estratégias desenvolvidas para enfrentar os problemas de saúde foco da pesquisa.

Trata-se de uma pesquisa interdisciplinar fundamentada no referencial teórico metodológico da saúde pública e da antropologia. A coleta de dados será realizada através de pesquisa documental/ bibliográfica e epidemiológica, realizada principalmente junto a FUNASA, aos Pólos Base e às Secretarias Municipais de Saúde das regiões abrangidas pelos respectivos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs).

Na pesquisa de campo será realizada entrevista (semi-estruturada e aberta) e a observação participante. Como sujeitos de pesquisa, serão recrutados índios Kaingâk e Munduruku, membros dos Conselhos Locais de Saúde, lideranças indígenas e memores

## ANEXO 3 (Folha 2).

Cont. Parecer CONEP 546/2008

das comunidades em geral, Agentes Indígenas de Saúde e profissionais de saúde que prestam serviços biomédicos.

Devido às características metodológicas da pesquisa, não será possível definir previamente uma amostra dos sujeitos que vivem nas comunidades, nem dos profissionais de saúde e nem dos prestadores de serviço. Inicialmente, todos serão identificados, e em seguida será definida uma amostra, por conveniência.

A análise dos dados qualitativos se concentrará na identificação dos significados simbólicos emergentes do conteúdo das entrevistas, das narrativas e das observações participantes. Todos os parâmetros qualitativos da análise encontram-se explicitados no projeto.

A equipe de pesquisadores se reunirá uma vez a cada ano e realizará seminários para discutir o andamento da pesquisa

### Local de realização

O projeto não é multicêntrico, no entanto, a pesquisa será desenvolvida entre os Índios Kaingang das Terras Indígenas (TI) Xaçecó de Santa Catarina e dos Munduruku de Kwatá-Laranjal do Amazonas. Estarão envolvidas as instituições: Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade do Planalto Catarinense e Fundação Oswaldo Cruz do Amazonas. Estima-se a participação de 6500 sujeitos na pesquisa, conforme informação da Folha de Rosto.

### Apresentação do protocolo

O projeto foi apresentado de forma bem estruturada e fundamentado adequadamente.

A folha de rosto está devidamente preenchida e assinada.

Foram anexados ao protocolo o currículo da pesquisadora coordenadora do projeto e de mais seis pesquisadores da equipe de pesquisa. Os currículos evidenciam formação e experiência dos pesquisadores na área do estudo.

O orçamento detalhado apresenta um investimento no valor total de R\$ 40.747,20 (quarenta mil, seicentos e quarenta e sete reais e vinte centavos) a ser financiado pelo Ministério da Saúde/FUNASA/Organização Pan Americana de Saúde (OPAS).

O cronograma especifica uma duração de vinte e quatro meses para a realização do estudo e informa as etapas do projeto de forma detalhada. Advertimos que o início das atividades deve ocorrer após aprovação do protocolo pelo sistema CEP/CONEP.

Foram anexados ao protocolo cópias de documentos pertinentes à análise ética do projeto: ofício assinado pelo cacique da TI Xaçecó, declarando estar de acordo com a realização da pesquisa, e dois outros documentos de mesmo teor, sendo um assinado pelo cacique da TI Kwatá-Laranjal e outro pelo coordenador da UPIMS; formulário de autorização para ingresso em TI assinado pelo presidente da FUNAI; declarações de compromisso em relação à Resolução CNS 196/96 e complementares, assinadas pelas instituições envolvidas na pesquisa; outras de mesmo teor assinadas pela coordenadora da pesquisa e por cada um dos membros da equipe de pesquisadores.

Considerando o caráter da pesquisa, cujos procedimentos (coleta de dados) não são invasivos (sob o ponto de vista físico) e serão precedidos de esclarecimentos a cada participante, conforme informação do TCLE, é possível considerar que a pesquisa oferece risco mínimo aos sujeitos.

No que diz respeito aos benefícios e vantagens da pesquisa, pode-se citar que a avaliação das relações entre os serviços biomédicos e a cultura indígena, no que se refere às práticas de auto-atenção, contribuirá para a formulação de estratégias de melhoria do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde indígenas, segundo os princípios da PNASPI, bem como para elaboração de ações a partir das necessidades dos usuários.

**ANEXO 3 (Folha 3).**

Cont. Parecer CONEP 548/2008

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado em modelo único, e embora não esteja redigido na forma de convite, seu conteúdo contempla as informações essenciais sobre a pesquisa e atende às diretrizes emanadas pelas Resoluções CNS 196/96 e 304/00.

**Recomendação**

O TCLE apresentado deverá ser destinado somente aos profissionais de saúde envolvidos na pesquisa. Portanto há necessidade de que outro TCLE seja elaborado na forma de convite, com o mesmo conteúdo e linguagem mais clara e acessível aos indígenas sujeitos da pesquisa, sejam eles usuários ou agentes de saúde. Assim, solicita-se que a pesquisadora elabore um segundo modelo de TCLE, destinado exclusivamente aos indígenas envolvidos.

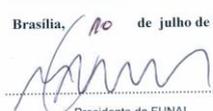
Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto, devendo o CEP verificar o cumprimento das questões acima, antes do início do estudo.

Situação: Protocolo aprovado com recomendação.

Brasília, 12 de Agosto de 2008.

  
Gyselle Sadi Tannous  
Coordenadora de CONEP/CNS/MS

## ANEXO 4. Autorização para Ingresso em Terra Indígena, emitida pela FUNAI.

 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA <b>FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO</b> AUTORIZAÇÃO PARA INGRESSO EM TERRA INDÍGENA Nº <i>085</i> /CGEP/08		
IDENTIFICAÇÃO		
Nome: <b>ESTHER JEAN LANGDON</b>	Processo: <b>2112 / 2003</b>	
Nacionalidade: <b>NORTEAMERICANA</b>	Passaporte: <b>432831700</b>	
Instituição/Entidade: <b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA</b>		
Patrocinador: <b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA</b>		
OBJETIVO DO INGRESSO		
Desenvolver pesquisa intitulada "Avaliação do modelo de atenção diferenciada aos povos indígenas: os casos Kaingáng (Santa Catarina) e Munduruku (Amazonas).		
EQUIPE DE TRABALHO		
Nome	Nacionalidade	Documento
Eliana Elisabeth Diehl	brasileira	3.940.293-2 SSP/SC
Maurício Soares Leite	brasileira	73714693 IFP/RJ
Maria Conceição de Oliveira	brasileira	101890699B SSP/RS
Raquel Paiva Dias Scopel	brasileira	3.462.111-3 SSP/SC
Daniel Scopel	brasileira	3.863.98 SSP/SC
Philippe Hanna de Almeida Oliveira	brasileira	9.398.045-0 SSP/SC
LOCALIZAÇÃO		
Terra Indígena: <b>Xapecó</b>		Etnia: <b>Kaingáng e Guarani</b>
Unidade Administrativa: <b>AER de Chapecó</b>		Aldeias:
VIGÊNCIA DA AUTORIZAÇÃO		
Início: <b>20 de julho de 2008</b>		Término: <b>20 de julho de 2010</b>
OBSERVAÇÕES		
* Remeter à Funai/CGEP duas cópias da monografia, relatórios, artigos, gravações, filmagens, fotos e outras produções oriundas do trabalho realizado. * Esta autorização não permite acesso a recursos genéticos e conhecimentos tradicionais.		
Autorizo: Brasília, <i>10</i> de julho de 2008.  Presidente da FUNAI		

Anísio Antônio Caspary Guimarães  
 Presidente da Funai - Substituto

## ANEXO 5 (Folha 1). Parecer do CEPESH/UFSC e CONEP sobre aprovação da a ampliação para o problema-foco diarreia em crianças de 0 a 5 anos.



**UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE SANTA CATARINA**

Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH

Campus Prof. João David Ferreira Lima – CEP 88040-900  
Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil | www.cep.ufsc.br / +55 (48) 3721-9206

PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO N.º 060/08

### I – IDENTIFICAÇÃO:

**Data de entrada no CEPESH:** 14/04/08.

**Título do Projeto:** Avaliação do modelo de atenção diferenciada aos povos indígenas: os casos Kaingáng (Santa Catarina) e Munduruku (Amazonas).

**Pesquisador Responsável:** Esther ean Langdon (coordenadora – UFSC).

**Pesquisador Principal:** Eliana Elisabeth Diehl (Departamento de Ciências Farmacêuticas da UFSC); Maurício Soares Leite (Departamento de Nutrição da UFSC); Philippe Hanna de Almeida Oliveira (Pós-Graduando em Antropologia Social-UFSC); Maria Conceição de Oliveira (Universidade do Planalto Catarinense); Raquel Paiva Dias-Scopel (Fundação Oswaldo Cruz/Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane/ Amazônia); Daniel Scopel (Fundação Oswaldo Cruz/Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane/ Amazônia).

**Propósito:** A pesquisa em questão se vincula ao Departamento de Antropologia da UFSC.

**Instituição onde se realizará:** Terras indígenas Xaçecó (SC) e Kwatá-laranjal (Amazonas); Prefeituras municipais; Fundação Nacional de Saúde; Organizações não Governamentais.

### II – OBJETIVOS:

**Geral:** Avaliar de que modo a proposta de uma atenção diferenciada à saúde indígena vem sendo implementada nas realidades Kaingáng de Santa Catarina e Munduruku do Amazonas.

### III – SUMÁRIO DO PROJETO:

As pesquisas epidemiológicas atuais entre povos indígenas indicam que muitos desses grupos sofrem não somente de doenças infecto contagiosas mas, especialmente de enfermidade s crônico degenerativas entre elas hipertensão e diabetes mellitus. Salientam-se ainda os graves problemas relacionados à desnutrição e práticas alimentares. Para o enfrentamento desses problemas a Funasa tem proposto ações e programas específicos. Essa pesquisa de caráter comparativo avaliará de que modo a atenção diferenciada vem sendo implementada entre dois grupos indígenas que vivem em realidades geográficas, políticas, econômicas, sociais e culturais muito diferentes. O foco investigativo recairá sobre os programas e ações direcionados à hipertensão, ao diabetes mellitus e à alimentação e nutrição. A pesquisa envolve metodologia quantitativa e qualitativa em decorrência dos objetivos do projeto que envolve a avaliação ampla e exaustiva do quadro histórico que caracteriza o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no Brasil. Os dados serão coletados através de duas estratégias principais: pesquisa secundária (documental/bibliográfica) e pesquisa de campo baseada em métodos qualitativos antropológicos. A pesquisa documental/bibliográfica será realizada principalmente junto à Fundação Nacional de Saúde (Funasa), aos Pólos-Base e as Secretarias Municipais de Saúde das regiões abrangidas pelos respectivos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSETs). As pesquisas de campo serão realizadas entre os Kaingáng de Santa Catarina e os Munduruku do Amazonas e compreenderão a realização de entrevistas estruturadas e abertas e observação participante. A identificação dos problemas de saúde definidos pelas comunidades como sendo prioritários será feita através de entrevistas com membros dos Conselhos Locais de Saúde, lideranças indígenas e membros das comunidades em geral. Devido às características metodológicas da pesquisa não é possível definir previamente uma amostra de indivíduos que vivem na T.I., nem dos profissionais de saúde e gestores. A análise dos dados qualitativos se concentrará na identificação dos significados simbólicos emergentes no interior das entrevistas e da observação participante permitindo a sistematização dos pontos convergentes. A equipe de pesquisa se reunirá uma vez no primeiro ano e uma vez no segundo ano, para discutir através de seminários o andamento do trabalho. A pesquisa pretende apontar caminhos para que as ações e serviços de saúde se concretizem tendo como um dos seus eixos fundamentais a atenção diferenciada. Entre as ações pode-se citar aquelas direcionadas à capacitação e desenvolvimento das atividades dos profissionais embasadas em uma efetiva articulação da biomedicina e das práticas tradicionais da saúde, objetivando o trabalho com grupos etnicamente diferenciados. Ainda, salienta-se que os resultados serão

## ANEXO 5 (Folha 2).



**UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE SANTA CATARINA**

Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
**Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH**

Campos Prof. João David Ferreira Lima - CEP 88040-900  
Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil | www.cep.ufsc.br / +55 (48) 3721-9206

**PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO N.º 060/08**

divulgados às comunidades que geraram os dados, às instituições envolvidas na prestação de serviços de saúde aos indígenas e à Funasa.

**IV – COMENTÁRIO:**

A pesquisa em questão apresenta a documentação exigida pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. Os pesquisadores apresentam no processo as anuências das lideranças indígenas da T.I. Xapecó e da T.I. Kwatá-Laranjal, bem como, da Funasa, órgão responsável pelas instituições municipais e não governamentais envolvidas na coleta de dados. Foi encaminhado à Funai o pedido de "Autorização para Ingresso em Terra Indígena". O processo de adesão dos sujeitos à pesquisa dar-se-á conforme concordância com a pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Importante salientar que o material coletado no decorrer da pesquisa será utilizado para elaborar estratégias e ações objetivando o incremento dos serviços de saúde a partir da atenção diferenciada a população indígena. A pesquisa envolve pesquisadores qualificados em suas respectivas áreas de atuação e se encontra bem construída e delineada. A considerar esses aspectos, somos de parecer favorável à aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética.

V - Parecer:  
( X )Aprovado

VI - Data da Reunião  
Florianópolis, 28 de abril de 2008.

**Relatório Parcial e Emenda:**

Em maio de 2011 o CEP recebeu relatório parcial e solicitação de emenda com inclusão de 1 pesquisador (Ewerton Aires de Oliveira) e novo objetivo para analisar as diarreias em crianças de 0 a 5 anos. Apresentaram ainda, novos TCLE, roteiro de entrevista, novo cronograma e carta de apoio financeiro do Instituto Nacional de Pesquisa Brasil Plural. O CEP aprova a emenda e encaminha à CONEP.

**Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado em reunião deste Comitê na data de 30 de maio de 2011.**

  
Prof. Washington Portela de Souza  
Coordenador do CEPESH

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/ 96 e 251/ 97 do CNS.

## ANEXO 5 (Folha 3).

06/08/12

Mensagem de Impressão do Hotmail

**Enc: RES: Projeto CONEP 14955 (mh)**

De: cep@reitoria.ufsc.br  
 Enviado: sexta-feira, 7 de outubro de 2011 08:19:21  
 Para: Eliana Diehl (elianadiehl@hotmail.com)  
 Cc: Washington PRPE (cepsh@reitoria.ufsc.br)

----- Mensagem encaminhada de conep@saude.gov.br -----  
 Data: Thu, 6 Oct 2011 18:52:10 +0000  
 De: CONEP - COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA <conep@saude.gov.br>  
 Endereço para Resposta (Reply-To): CONEP - COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA <conep@saude.gov.br>  
 Assunto: RES: Projeto CONEP 14955 (mh)  
 Para: "cep@reitoria.ufsc.br" <cep@reitoria.ufsc.br>

Prezada Senhora,

Em 08/04/2011, a CONEP recebeu do CEP da Universidade Federal de Santa Catarina documentação relativa ao relatório parcial e ao adendo ao protocolo de Registro 14955.

Dentre os arquivos encaminhados juntamente com o CD-ROM, consta uma carta de encaminhamento da coordenadora da pesquisa, em que ela solicita "a inclusão no projeto original do problema-foco de diarreia em crianças de 0 a 5 anos que vivem na Terra Indígena Xapoco, Santa Catarina". A pesquisadora enfatiza ainda que "a inclusão desse novo problema-foco não configura alteração dos objetivos propostos inicialmente, tampouco mudança de metodologia e de local de estudo."

Lembramos que todas as emendas devem ser apresentadas ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Depois de aprovadas, as emendas entram em vigor e, caso exista uma versão antiga do documento novo que foi apresentado e aprovado pelo CEP, substituem as versões anteriormente apresentadas.

O CEP emitirá seu parecer ao pesquisador e, quando necessário, enviará cópia à CONEP, acompanhada da referida emenda, para acompanhamento. Nos casos em que o CEP identificar algum dilema ético, deverá solicitar o parecer da CONEP.

Entretanto, como no Ofício de encaminhamento nº 31/CEPSH/PRPE/11 o CEP não identificou dilema específico, não há necessidade do parecer da CONEP (página 41 do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa).

Atenciosamente,

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/CNS/MS

Tel.: (61) 3315-2951  
 Fax.: (61) 3315-3701

- Para suas respostas utilize sempre o endereço de correio conep@saude.gov.br <mailto:conep@saude.gov.br>.

- Nunca responda para o correio conep.respostas@saude.gov.br <mailto:conep.respostas@saude.gov.br>, pois suas mensagens serão redirecionadas e excluídas.

-----Mensagem original-----  
 De: cep@reitoria.ufsc.br [mailto:cep@reitoria.ufsc.br]

sn110w.snt110.mail.live.com/mail/PrintMessages.aspx?cpids=333b9b57-f046-49a2-00215ed7...

1/6