

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
Programa De Pós-Graduação Em Antropologia Social**

Sandra Carolina Portela García

**DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL ENTRE OS
INDÍGENAS KAINGANG DA ALDEIA SEDE, TERRA
INDIGENA XAPECÓ (SC): PRÁTICAS DE AUTOATENÇÃO EM
UM CONTEXTO DE INTERMEDICALIDADE.**

Florianópolis
Fevereiro 2010

Sandra Carolina Portela García

**DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL ENTRE OS
INDÍGENAS KAINGANG DA ALDEIA SEDE, TERRA
INDÍGENA XAPECÓ (SC): PRÁTICAS DE AUTOATENÇÃO EM
UM CONTEXTO DE INTERMEDICALIDADE.**

Dissertação submetida ao
Programa de Pós-Graduação
em Antropologia Social da
Universidade Federal de Santa
Catarina para a obtenção do Grau
de Mestre em Antropologia
Social.

Orientador:
Prof^ª. Dr^ª. Esther Jean
M. Langdon

Florianópolis
Fevereiro 2010

**DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL ENTRE OS INDÍGENAS
KAINGANG DA ALDEIA SEDE, TERRA INDÍGENA XAPECÓ (SC):
PRÁTICAS DE AUTOATENÇÃO EM UM CONTEXTO DE
INTERMEDICALIDADE.**

Sandra Carolina Portela García

Esta Dissertação foi julgada e aprovada em sua forma final pela Orientadora e Membros da Banca Examinadora, composta pelos Professores

Prof.^a. Dr.^a. Esther Jean Langdon - Orientadora
PPGAS/UFSC

Dr. Oscar Calavia Sáez - Membro
PPGAS/UFSC

Dr. Flavio Wiik - Membro
UEL/PR

Dra. Eliana Elisabeth Diehl - Membro
Departamento de Ciências Farmacêuticas/UFSC

Profa.Dr. Sonia W. Maluf
Coordenadora

Florianópolis, 10 de Fevereiro de 2010.

Para Violeta

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a minha filha Violeta, por embarcar-se comigo na maravilhosa aventura que foi realizar este mestrado.

Harold, pelo seu apoio incondicional, sua paciência e seu amor.

Aos meus pais, Hugo e Lucia, meus irmãos, Jorge e Cristina, e aos meus avós pelo carinho e a força para realizar este trabalho.

A minha orientadora, Jean Langdon, pelo seu interesse, dedicação e constante diálogo para a realização desta dissertação. Agradeço também aos professores Oscar Calavia, Flavio Wiik e Eliana Diehl pelos seus comentários e opiniões para enriquecer o meu trabalho.

Aos Kaingang da TIX que, muito gentilmente, abriram as suas portas para nós, contribuindo com a pesquisa e ensinando-nos valiosas lições de vida.

A Alejandra, Nora, Camilo e Tati pela sua amizade. Aos meus colegas da turma de mestrado, pelas constantes e sempre produtivas “trocas intelectuais”.

Agradeço profundamente a Tânia Dassi pela sua dedicação e tempo para revisar o texto.

Aos membros da banca pela sua disposição para contribuir com este trabalho.

Finalmente, agradeço ao CNPq e o programa PEC PG, pelo seu incentivo para o desenvolvimento do mestrado e a pesquisa de campo.

RESUMO

O diagnóstico de diabetes e hipertensão arterial entre os Kaingang da aldeia sede, Terra indígena de Xaçecó (SC), tem desencadeado uma série de práticas de autoatenção que dão conta de um contexto intermédico particular existente nesta região, nas que são articulados, apropriados, reapropriados e ressignificados uma série de elementos provenientes de pelo menos três tradições médicas: conhecimento médico “tradicional” Kaingang, o conhecimento biomédico e a construção da saúde, doença e a dupla corpo-espírito inseridas a partir da forte presença das igrejas pentecostais na região. No presente texto, e a partir das experiências de Kaingang que se autorreconhecem como “diabéticos” ou “hipertensos”, ou que manifestam haver superado estes diagnósticos, pretendemos dar conta desta dinamicidade, observando como estas práticas refletem os conflitos e harmonias existentes entre ditas tradições médicas, e dão conta da necessidade de problematizar certas noções como a de “educação em saúde” e, em um sentido mais amplo, na noção de “atenção diferenciada” que atualmente se constitui como a “pedra angular” que norteia a Política Nacional de Atenção em Saúde para Povos Indígenas no Brasil.

Palavras chave: Diabetes, hipertensão arterial, Kaingang, práticas de auto atenção, antropologia da saúde, saúde indígena, atenção diferenciada.

ABSTRACT

The diagnosis of diabetes and hypertension among Kaingang from aldeia sede, Terra indigenous Xaçecó (SC) has initiated series of self attention practices, which demonstrate the existence of a intermedical context existing in this particular region, on which are articulated, appropriated, reappropriated and reinterpreted, a number of elements from at least three medical traditions: "traditional" medical Kaingang knowledge, biomedical knowledge and the health and illness constructions, and dual body-spirit entered from the strong presence of Pentecostal churches at the region. In this paper, and from experiences of kaingangs diagnosed with diabetes and hypertension or those who manifest these diseases have solved, we can observe how these practices reflect the conflicts and harmonies between that medical traditions and realize the necessity to discuss certain concepts such as "health education" and in a broader sense, the notion of "differential attention" which now constitutes the "cornerstone" that guides the National Health Policy for Indigenous Peoples in Brazil.

Key Words: Diabetes, hypertension, Kaingang, health anthropology, indigenous health, self attention practices, differential attention.

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Foto No. 1 Culto na Igreja do Rei da Glória (Batismo	48
Foto No. 2 Rezando a São João Maria	50
Foto No. 3 Dando de comer aos “anjinhos”- Festa de São João Maria ...	50
Foto No. 4 Coletando das águas santas de São João Maria	51
Foto No. 5 Colégio Aldeia-Sede TIX	53

ÍNDICE DE MAPAS

Mapa No. 1 Áreas Indígenas Kaingang	44
Mapa No. 2 Localização Terra Indígena de Xaçecó no Estado de Santa Catarina	46
Mapa No. 3 Aldeias Kaingang y Guaraní – TIX	47

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela No. 1 Registro de Hipertensos e diabéticos TIX - Setembro de 2009	93
Tabela No. 2 Registro de Hipertensos e diabéticos TIX - Outubro de 2009	94
Tabela No. 3 Registro de Hipertensos e diabéticos TIX - Novembro de 2009	94

LISTA DE ABREVIATURAS

DBT – Diabetes
HTA- Hipertensão arterial
TIX – Terra indígena de Xaçepó
SC – Santa Catarina
TI – Terra Indígena
SPI - Serviço de Proteção ao Índio
FUNAI – Fundação Nacional do Índio
UNOCHAPECÓ – Universidade Comunitária da Região de Chapecó
INSS – Instituto Nacional de Seguro Social
EMSI – Equipe multiprofissional de saúde
DSEIS – Distritos sanitários especiais indígenas de saúde.
AIS – Agente Indígena de saúde
AISAN – Agente Indígena de Saneamento
SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes
HTA – Hipertensão arterial

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO	27
1.1 A DISSERTAÇÃO	27
1.2 ELEMENTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS	29
1.3 INSERÇÃO EM CAMPO E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	33
1.4 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	34
2. CAPÍTULO I: UM CONTEXTO DE INTERMEDICALIDADE O CASO DA TERRA	37
INDÍGENA DE XAPECÓ (TIX)	
2.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA TIX	37
2.2 ALGUMAS NOTAS ETNOGRÁFICAS SOBRE OS KAINGANG DA TIX	42
2.3 NOTAS CONTEXTUAIS: A TIX E A ALDEIA SEDE NA ATUALIDADE	45
2.3.1 Sociabilidade e vida religiosa entre os Kaingang da TIX .	47
2.3.2 Educação	52
2.3.3 Linguagem	53
2.3.4 Formas de Subsistência	54
2.4 A TERRA INDÍGENA DE XAPECÓ COMO CONTEXTO DE INTERMEDICALIDADE	55
3. CAPÍTULO II: DIABETES (DBT) E HIPERTENSÃO ARTÉRIAL (HTA): POR UMA PERSPECTIVA	61
KAINGANG	
3.1 ORIGEM E SINTOMAS DA DBT E HTA. ENTRE A RESPONSABILIDADE INDIVIDUAL E A	61
RESPONSABILIDADE SOCIAL	
3.2 SINTOMAS ASSOCIADOS À DBT E HTA ENTRE OS KAINGANG DA TIX	65
3.3 NÃO ESTOU DOENTE AINDA QUE O MÉDICO FALE QUE SIM: REJEIÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE DBT E	68
HTA ENTRE OS KAINGANG DA ALDEIA SEDE	
3.4 DBT E HTA COMO DOENÇAS CURÁVEIS, EPISÓDICAS OU CRÔNICAS	72
3.5 PRÁTICAS DE AUTOATENÇÃO E SEUS USOS ARTICULADOS EM RELAÇÃO À DBT E HTA	74
3.5.1 Uso de medicamentos	75
3.5.2 Uso do “chá”, o remédio do mato	77
3.5.3 Saúde e religião	80

4. CAPÍTULO III: DIABETES E HIPERTENSÃO	
ARTERIAL NA TIX: UM OLHAR BIOMÉDICO	85
4.1 A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE (EMSI)	85
4.1.1 Profissionais da saúde da EMSI – TIX no contexto de	
atenção diferenciada	87
4.2 UMA POLÍTICA DE ATENÇÃO DIFERENCIADA EM	
SAÚDE PARA POVOS INDÍGENAS	88
4.2.1 A EMSI e a política de atenção diferenciada em saúde ...	89
4.3 ESTATÍSTICAS DE DBT E HTA NA TERRA INDÍGENA	
DE XAPECÓ	92
4.4 DBT E HTA: O QUE É? QUAIS SUAS CAUSAS E	
SINTOMAS; UMA LEITURA A PARTIR DA	97
BIOMEDICINA	
4.4.1 Diabetes Mellito	98
4.4.2 Hipertensão arterial	99
4.4.2.1 DBT e HTA: sua relação com a raça	99
4.4.2.2 DBT e HTA em populações negras	99
4.4.2.3 DBT e HTA em populações indígenas: por uma teoria do	
contato	101
4.5 O PORQUÊ DO AUMENTO DA DBT E HTA ENTRE OS	
KAINGANG DA ALDEIA SEDE TIX	102
4.6 PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO DIRIGIDAS AOS	
PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS DA TIX	103
POR PARTE DA EMSI	
4.7 ADESÃO E NÃO-ADESÃO AOS TRATAMENTOS E	
PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO SEGUNDO OS	106
PROFISSIONAIS DA EMSI	
5. CAPÍTULO IV: DOS LUGARES DAS DIVERGÊNCIAS ..	109
5.1 UM MESMO IDIOMA, UMA DIFERENTE LINGUAGEM:	
PRÁTICAS DE AUTOATENÇÃO NUM CONTEXTO	109
INTERMÉDICO	
5.1.1 A reunião	109
5.1.2 Práticas de autocuidado e práticas de autoatenção em	
relação a DBT e HTA, o lugar das divergências	112
5.1.3 Uma alimentação saudável?	113
5.1.3.1 Alimentos “fortes” e alimentos “fracos”	117
5.1.3.2 Por que mudar o que não faz mal?	118
5.1.4 Exercício, obesidade e manter-se em forma	119
5.1.5 Deixar de beber, seguir fumando	120

5.2 DE OUTRAS DIVERGÊNCIAS: TRÊS NOTAS PARA FINALIZAR	122
5.2.1 Sobre “educar” ou “orientar” (ou da perda da autonomia do paciente Kaingang)	122
5.2.2 DBT e HTA como “foco-problema” (ou não) na saúde Kaingang	124
5.2.3 Atenção em saúde a grupos indígenas: entre a atenção diferenciada e a atenção preferencial	126
6. REFERÊNCIAS	129

1. INTRODUÇÃO

1.1 A DISSERTAÇÃO:

O presente texto é uma dissertação de mestrado. A área em que se enquadra é antropologia da saúde. Como seu nome indica, o interesse central desta pesquisa é conhecer quais são as práticas de autoatenção em relação à diabetes e hipertensão, levadas a cabo pelos indígenas Kaingang da Terra indígena de Xapecó (TIX). Esta localidade é considerada no presente projeto como uma zona de intermedicalidade, uma zona que historicamente se tem estabelecido uma série de relações entre populações indígenas e entre populações indígenas e sociedade envolvente e, mais especificamente, onde tem havido um encontro de diferentes tradições médicas (Foller, 2004).

Os Kaingang são um grupo indígena Jê meridional cuja população encontra-se distribuída nos Estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul e conta com uma população aproximada de 29.000 pessoas. No caso dos Kaingang da Terra indígena de Xapecó (SC), a população conta com aproximadamente 5.000 indígenas habitantes em área de aproximadamente 15.000 hectares que compõe dita TI, geograficamente situada entre as cidades de Ipuacu e Entre Rios (Portal Kaingang).

A pesquisa foi realizada com os indígenas Kaingang da aldeia sede diagnosticados como hipertensos ou diabéticos em algum momento da sua vida, independentemente do seu autorreconhecimento ou não como “hipertensos” ou “diabéticos”. A ênfase no estudo da diabetes e hipertensão arterial obedece à preocupação gerada na área da saúde pública no Brasil e no mundo pela transição observada nas últimas décadas nos perfis epidemiológicos das populações, especialmente em populações indígenas de países industrializados e em vias de desenvolvimento. Esta transição vai de doenças infectocontagiosas a doenças crônicas não transmissíveis, entre as que, além de diabetes e hipertensão, destacam-se o alcoolismo, drogadição, obesidade e desnutrição (Coimbra Jr. e Santos, 2000; Roe and Young, 1998).

Segundo Neder e Nogueira (2006), no Brasil, as mudanças sociais, econômicas e demográficas ocorridas nas últimas décadas têm resultado no aumento do índice de morbidade e mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, sendo que a hipertensão “é a maior representante”.

Já no que se refere a populações indígenas, Coimbra Jr. (2003) registra o surgimento de diabetes entre os índios do alto Xingú mais recentemente. Sua aparição estaria associada às mudanças alimentares, conseqüência do contato sistemático destes povos com a sociedade envolvente. Além disto, trabalhos entre os Yanomami, os Xavante e os Guaraní – Mbyá mostram um aumento nos índices da média pressórica nestes grupos durante a última década¹.

Em geral, e como já aponta Coimbra Jr. (2003), esta epidemiologia de transição se explica pelos processos históricos, sociais e culturais que influenciam a saúde e pelas mudanças produzidas pelo contato com a sociedade envolvente em diferentes momentos históricos (Langdon e Rojas, 1989).

Segundo o Programa de Atendimento à comunidade Kaingang da Terra Indígena Apucarantina, “O perfil epidemiológico atual dos Kaingáng é bastante preocupante. Há um alto índice de subnutrição ligado à mudança de hábitos alimentares, carência alimentar, doenças infectorrespiratórias, infectocontagiosas, parasitoses intestinais, crônico-degenerativas, alcoolismo, tuberculose, etc”². E especificamente na TIX, atualmente se tem um registro de 220³ casos destas doenças.

Ante esta preocupação, surge também na antropologia uma série de esforços para entender como estão sendo percebidas pelas comunidades indígenas estas doenças, contribuindo na reflexão sobre o problema e o desenvolvimento de estratégias mais eficazes para o controle da situação. A presente dissertação surgiu, em primeiro lugar, pela inquietação na disciplina e, na área da antropologia da saúde, por se aproximar da temática e, especialmente, da minha apreensão pessoal em descobrir se diabetes e hipertensão arterial constituem na atualidade um “problema de saúde” entre os Kaingang da TIX, preocupação que aumentou pela falta de referências etnográficas sobre o tema no Brasil⁴. O convite da minha orientadora, PhD. Esther Jean Langdon, para participar no projeto “Avaliação do modelo de atenção diferenciada aos povos indígenas: os casos Kaingang (Santa Catarina) e Mundurukú (Amazonas)”, do qual esta pesquisa faz parte, estimulou minha necessidade de descobrir até que ponto o problema existe.

¹ Para mais detalhes, ver Neder e Nogueira (2006)

² Publicado em <http://home.londrina.pr.gov.br/assistenciasocial/kaingang/saude.htm>

³ Total da somatória de casos de diabetes e hipertensão segundo a informação coletada no posto de saúde indígena da aldeia sede (TIX) nos meses de setembro – novembro de 2009.

⁴ E em geral sobre o tema na América do Sul.

1.2 ELEMENTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS

Para o desenvolvimento desta pesquisa foi levado em consideração que, nos anos 1970, a antropologia da saúde começa a se aprofundar no tema e a estabelecer visões alternativas sobre o conceito de “doença” gerado desde a biomedicina. Sob uma visão mais ampla, aparece dentro da antropologia uma “relativização” da biomedicina que a coloca como um “sistema médico” entre muitos outros, tentando relativizar o papel da biomedicina como sistema legítimo de atenção à saúde (Good,1981; Kleinman,1973).

Seguindo esta perspectiva, na realização da pesquisa considerou-se a biomedicina como mais uma das alternativas terapêuticas existentes na aldeia sede, principalmente na TIX. O conceito de “sistema médico” não foi proposto aqui na medida em que dá a entender que cada “sistema médico”⁵ é um conjunto delimitado de práticas (diagnósticas, terapêuticas, etc) que pertencem a um tipo de conhecimento em particular, deixando a sensação de que estes tem limites bem definidos que não são transgredidos, não deixando perceber claramente a permeabilidade destes limites, que se reflete nas escolhas feitas pelos pacientes de diversas práticas em prol da atenção à sua saúde e que, como explica Menéndez (2003), poderiam parecer contraditórias ou “fortemente diferenciadas” segundo o olhar que se imprima à situação.

Tentando superar estas limitações, nesta pesquisa se trabalhou com o conceito de “práticas de autoatenção” no sentido proposto por Menéndez (2003), quer dizer, todas aquelas práticas que buscam prevenir, dar tratamento, controlar, aliviar ou curar uma determinada doença ou padecimento, tendo em conta que tais práticas estão relacionadas tanto com as condições técnicas e científicas como também com as religiosas, étnicas, econômicas e políticas de uma sociedade. Este conceito tem a vantagem de que não perde de vista o contexto de onde vêm as práticas escolhidas pelos pacientes e permite enxergar os usos articulados, ou “intersecções”, entre tais práticas (Menéndez, 2003; Garnelo e Wright,2001). A perspectiva de Menéndez se faz interessante na medida em que reconhece a diversidade de recursos terapêuticos que coexistem nas diferentes sociedades da América do Sul (não em termos de eficácia e qualidade) e a dinamicidade dos grupos sociais que podem reapropriar e ressignificar elementos “exógenos” ou “próprios” dos

⁵ Seja denominado como “biomédico”, “tradicional”, “alternativo” ou qualquer outro.

diferentes recursos terapêuticos disponíveis, isto é, o que na presente dissertação entendemos como contexto de intermedicalidade, como será apresentado na continuação.

Considerando que a localidade, e particularmente a etnia em que se trabalhou, tem desenvolvido historicamente uma série de contatos ou relacionamentos (tanto com outras etnias como com a sociedade envolvente), tem-se pensado na terra indígena Xaçecó como uma zona de “intermedicalidade” (Greene; 1998; Foller; 2004) onde coexistem diferentes tradições médicas, entre as quais ocorrem confrontos, oposições e conflitos, assim como reapropriações e ressignificações de elementos, técnicas, etc. Neste caso em particular, a área geográfica foi equiparada como contexto de intermedicalidade, com fins de estabelecer um recorte metodológico, um contexto situacional para o desenvolvimento da pesquisa e, finalmente, para assinalar que nela existe um *continuum* de relações entre diferentes práticas médicas.

Neste sentido se faz necessário aclarar que o termo de “intermedicalidade” foi proposto por Shane Greene e faz referência a um contexto onde emergem diferentes “medicinas híbridas” (1998). Foller (2004) vai retomar este conceito incorporando a noção de “zona de contato” de Mary Louis Pratt⁶, para posteriormente redefini-lo nos termos nos quais vai ser usado no corpo da presente dissertação e que foi apresentado no parágrafo imediatamente anterior.

O conceito de intermedicalidade traz consigo uma série de aspectos que devem ser mencionados: em primeiro lugar, Greene faz um chamado para que a noção de “etnomedicina” como saber médico estático milenário e mitificado pelo Ocidente, cujo guardião é Xamã, é um saber dinâmico que sintetiza e incorpora elementos de outras práticas, pelo que ela sugere o uso do conceito de “medicinas híbridas”. Fazendo alusão às dinâmicas dos saberes “tradicionais” indígenas, Foller adota a noção de que estes saberes são dinâmicos, ainda que prefira continuar com o uso do termo de “etnomedicina” como “sinônimo de conhecimento local e conhecimento tradicional indígena” (2004:135).

⁶ Quem fala que uma zona de “contato” se refere “ao espaço dos encontros coloniais, o espaço no qual povos antes separados pela geografia e história entram em contato e estabelecem *relações* contínuas, sendo que estas geralmente envolvem condições de coação, desigualdade radical e conflito intratável” (Pratt; 1992:6) e tem a ver com as relações (de poder ou não), interações e práticas que estabelecem “colonizadores” e “colonizados”.

Apesar de que o conceito de intermedicalidade é um dos eixos fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho, os conceitos de “medicina híbrida” e “etnomedicina” usados por Greene e Foller, e representativos da essência do que se propõe a intermedicalidade (a fluidez dos saberes médicos), não serão utilizados. Ainda que a nossa proposta não difira substancialmente dos conceitos cunhados por Foller e Greene, nos casos necessários, nesta pesquisa falamos em termos de “medicina tradicional Kaingang”, fazendo referência aos saberes sobre saúde, corpo e doença existentes entre os Kaingang da TIX, deixando claro que este termo não pressupõe que a “tradição” seja estática; pelo contrário, assume-se que a tradição está em contínuo movimento. A escolha de uso de outro conceito para referir-se ao mesmo ponto é especificamente uma escolha individual. Pessoalmente, acho mais confortável e “adequado” o uso deste conceito a partir da minha experiência em campo com os Kaingang da TIX, pois a “tradição” ou o “tradicional” e a sua forma de nominar mais comumente aquilo que, ainda que não lhe seja necessariamente “próprio”, faz parte da sua identidade.

Especificamente, na interação entre as chamadas “medicinas tradicionais” - neste caso a medicina tradicional Kaingang - e a biomedicina, tem-se reconhecido e existência duma relação assimétrica entre estas⁷ e que a biomedicina ignora as maneiras particulares nas quais as diferentes populações explicam e dão atenção aos seus padecimentos (Menéndez, 2003). Deste tipo de problemas, e ante o reconhecimento dos povos indígenas como povos culturalmente particulares, surgiu, no âmbito político, a necessidade de estabelecer políticas de “atenção diferenciada” em saúde, isto é, tentou-se estabelecer uma política que propicie a atenção em saúde para povos indígenas em concordância com as particularidades destes grupos etnicamente diferenciados.

Neste contexto de intermedicalidade, de relações assimétricas e de implantação duma política de “atenção diferenciada” foi desenvolvida esta pesquisa. Este contexto é a base da análise da dissertação, na medida em que estes não se constituem como fatores alheios aos processos de autoatenção estabelecidos pelos pacientes. Ao contrário, são fatores que podem ter um papel importante nas escolhas dos pacientes para o atendimento dos seus padecimentos.

⁷ Vale a pena lembrar que as relações assimétricas médico-paciente também podem se dar dentro das “medicinas tradicionais”, como chama a atenção Menendez (2003).

Finalmente, no que refere à doença (neste caso, a hipertensão e a diabetes em específico), será levado em consideração que esta se constitui como processo e como experiência. Seguindo a Langdon (2003), a doença como processo leva a nos deter em três momentos-chaves que vão ser detalhados no corpo da dissertação: 1) O reconhecimento dos sintomas do distúrbio como doença; 2) O diagnóstico e a escolha de tratamento e 3) a avaliação do tratamento. A doença como experiência será entendida como um processo subjetivo construído a partir dos contextos socioculturais que o indivíduo se encontra inserido (Langdon; 2003).

Pensar a doença como processo e como experiência permitiu começarmos a entender como diabetes e hipertensão arterial se reconhecem ou não como doenças; recriar o momento do diagnóstico e o seu impacto no “paciente” e ao mesmo tempo abrir a possibilidade de enxergar como os “pacientes” (neste caso, os indígenas Kaingang da TIX) constroem seu processo subjetivo de adoecimento que, por sua vez, dá conta do processo social da doença.

A partir destes recursos teóricos, perseguimos os nossos objetivos: a descrição das práticas de autoatenção usadas pelos Kaingang da TIX em relação à diabetes e hipertensão arterial que nos permitem dar conta das interações coexistentes entre as diferentes tradições médicas vigentes na TIX, e das relações de encontro, desencontro, das articulações e as confrontações que surgem entre elas.

1.3 INSERÇÃO EM CAMPO E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS:

O trabalho de campo foi realizado entre os meses de Setembro e Novembro do ano 2009 na aldeia sede da terra indígena de Xapecó. Minha filha Violeta e eu fomos apresentadas na aldeia pela professora Eliana Diehl que mantém uma relação próxima com os Kaingang da TIX há vários anos. Foi ela quem estabeleceu o contato com a comunidade para conseguir um lugar onde morar na aldeia.

Dois dias depois, o meu colega de mestrado Ari Ghiggi também começou seu trabalho de campo na mesma aldeia. Tivemos a oportunidade de participar juntos de vários eventos e situações da vida cotidiana do grupo, assim como das atividades com o pessoal da Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI) com a finalidade de

desenvolver as nossas pesquisas de dissertação e a coleta das informações através de nossas investigações.

A focalização nesta aldeia foi uma consequência da dificuldade de trasladar-se a outras aldeias da área indígena por falta de opções de transporte e mobilidade entre elas. As opções de transitar de ônibus eram muito poucas, as viaturas do posto de saúde geralmente não conseguiam ajudar-nos por falta de condições para deslocar-nos a outras aldeias e também pela falta de um veículo próprio que nos permitisse ter autonomia nos nossos movimentos.

Para o desenvolvimento da pesquisa, inicialmente procurou-se fazer um reconhecimento das pessoas hipertensas e diabéticas a partir de duas fontes: o pessoal da casa onde morávamos e os familiares, amigos e vizinhos que permanentemente frequentavam o lugar, e com o pessoal do posto de saúde.

O posto de saúde abriu suas portas para que nós pudéssemos participar das reuniões de diabéticos e hipertensos, muito úteis para conhecer mais sobre a relação médico-paciente e as percepções dos Kaingang sobre a EMSI e dos seus interesses nos elementos que estes podiam aportar para o tratamento das suas doenças. Estas reuniões⁸ também foram um lugar de conhecimento, encontro e conversação com os “pacientes”, de estabelecimento de relações, e de temas em comum para serem tratados em contextos cotidianos.

A partir da amizade das pessoas que frequentavam a casa com pacientes diabéticos ou hipertensos (ou a partir das suas próprias experiências com a doença), comecei a ser apresentada para eles e a estabelecer relações mais próximas. Depois de várias semanas participando de atividades da vida diária e momentos extraordinários como celebrações religiosas e sociais, as conversas sobre os temas do interesse particular para a pesquisa começaram a fluir mais facilmente.

Nestas conversas e nas atividades compartilhadas cotidianamente dei ênfase em conhecer o que estas pessoas fazem e usam para atender a diabetes e a hipertensão arterial, seguindo a metodologia proposta por Menéndez (2003) e, ainda que houvesse conversações e diálogos frequentes com o pessoal da EMSI, as “remedieras” reconhecidas na aldeia e por algumas lideranças de igrejas pentecostais, a ênfase não se fez nas percepções das doenças que tem estes “especialistas em saúde”; mas tentamos privilegiar a voz “pacientes”. Somente no capítulo III damos voz à EMSI sobre a sua perspectiva da diabetes e hipertensão,

⁸ São realizadas mensalmente. Durante a minha estadia em campo consegui assistir a três delas.

mas com fins comparativos e para motivar a análise que dá suporte às conclusões e reflexões finais anotadas no capítulo IV.

A grande dificuldade metodológica apresentada em campo foi a negação das pessoas para gravar entrevistas; muitas das anotações foram feitas enquanto a conversa estava se desenvolvendo; após as conversas e comentários devia registrar o mais fielmente possível as situações que compartilhamos sobre o tema nas minhas cadernetas. Igualmente, é preciso salientar que os nomes das pessoas foram trocados com a finalidade de preservar sua identidade e privacidade, na medida em que nas nossas conversas surgiram opiniões suscetíveis de polêmicas e dados da suas vidas privadas.

Uma das situações que facilitou a minha socialização na aldeia foi o fato de estar morando lá com a minha filha pequena: sua inserção na escola me relacionou com professores, mães, alunos e suas famílias. Em geral, a presença de Violeta causou grande curiosidade na aldeia; muitas pessoas se aproximavam a nós com a finalidade de saber quem era a menininha branca que assistia aulas na escola e morava na casa de uma das índias. A sua socialização com as crianças impulsionou minha socialização com várias famílias da Sede.

1.4 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO:

A dissertação encontra-se dividida em quatro capítulos. No primeiro capítulo, apresentam-se uma série de dados históricos e etnográficos que permitem aproximar-nos da aldeia sede da TIX, aos Kaingang que habitam nesta aldeia e especialmente ao contexto intermédico em que se desenvolvem.

O Capítulo II é uma descrição etnográfica que dá conta da percepção sobre a diabetes e hipertensão arterial entre os Kaingang desta localidade. Apresentam-se primeiramente as origens e sintomas reconhecidos por eles como causador e indicadores da doença e, logo depois, uma série de dados etnográficos sobre as práticas de autoatenção - e os seus usos articulatórios - realizados por este grupo para o atendimento das doenças de nosso interesse na presente dissertação: diabetes e hipertensão arterial.

O capítulo III foi dedicado à equipe multiprofissional de saúde (EMSI) que atua na aldeia sede: aproximamos-nos das suas idéias do que é a diabetes e hipertensão arterial, quais as causas destas doenças entre os Kaingang da TIX, e quais as atividades por eles desenvolvidas

para controlá-las e preveni-las. Tudo isto enquadrado na discussão sobre o quê é para eles a atenção diferenciada e como esta noção influi na sua prática cotidiana.

Finalmente, o capítulo IV tem como objetivo geral apresentar (em contraposição aos usos articulatórios das práticas de autoatenção) os lugares de divergência entre tais práticas usadas pelos Kaingang da aldeia sede da TIX e a EMSI. Este capítulo foi dividido em duas partes. Na primeira, é desenvolvida uma análise sobre o porquê da rejeição das práticas de autocuidado sugeridas pela EMSI da aldeia sede por parte dos Kaingang, à luz dos dados etnográficos coletados em campo. A segunda parte é constituída por três notas reflexivas: a primeira se ocupa da relação EMSI/ “paciente” indígena; a segunda tem como problema central o quê constitui um problema de saúde para os Kaingang desta localidade; a terceira chama a atenção para as expectativas sobre a atenção diferenciada em saúde. Este capítulo, que finaliza a dissertação, pretende recolher elementos apresentados no corpo da dissertação sintetizar as inquietudes e experiências vividas entre os Kaingang da aldeia sede da terra indígena de Xapecó.

2. CAPITULO I. UM CONTEXTO DE INTERMEDICALIDADE: O CASO DA TERRA INDÍGENA XAPECÓ (TIX)

Considerando que uma das principais ferramentas conceituais usadas para esta investigação é a intermedicalidade (Greene,1998), a seguir apresentaremos uma série de notas e dados que nos permitam documentar como, a partir dos diversos processos históricos e sociais que ali se deram, a TIX se tem configurado como uma zona de intermedicalidade, onde coexistem diferentes tradições médicas criando-se uma série de discussões, negociações, rejeições, articulações, apropriações e reapropriações de discursos, técnicas, elementos e tratamentos que advém das diversas alternativas terapêuticas existentes nesta região.

2.1 UMA HISTÓRIA DE CONTATOS: CONTEXTO HISTÓRICO SINTÉTICO DA TIX

Segundo Almeida (2004), os primeiros contactos oficiais que se tem registro, com os grupos identificados como Kaingang, remetem aos campos de Guarapuava (SC) no ano de 1771, a partir da expedição do tenente coronel Alfonso Botelho Sampaio e Souza.

No entanto, antes dessa data, existem dados sobre a existência de uma série de missões jesuíticas onde foram catequizados os ancestrais Kaingang. Segundo os dados recompilados por Almeida (2004), os Guaraní e os Kaingang teriam sido alvo de catequização em 5 das 14 reduções jesuíticas estabelecidas na região do Guairá. Estas seriam: Nossa Senhora da Encarnação (1625), Santo Antonio (1627), São Miguel (1627) e São Pedro (1627). A última destas cinco reduções seria Nossa Senhora das Guanhanhos, fundada no final do ano de 1627 e princípios de 1628, pelo padre Antonio Díaz de Montoya no município paranaense de Pitanga.

Por sua vez, Juracilda Veiga (2004) aponta a existência de outra redução jesuítica fundada no ano de 1630 e localizada em território Kaingang, pertencente ao atual Estado de Rio Grande do Sul, denominada como “Conceição” onde se encontrariam aproximadamente 3.000 indígenas. Em meados do século XVII, as ordens jesuíticas são expulsas do território brasileiro e só retomaram suas atividades no

século XVIII, época em que, segundo Almeida (2004), teriam reestabelecido suas missões entre os Kaingang.

Em geral, é necessário considerar que, como menciona Greene (1998), as reduções estabelecidas por meio das ordens reais na América do Sul com a intenção de conter, controlar e converter as populações nativas do novo mundo incluía, além da instrução religiosa e a intervenção militar, a intervenção médica ocidental usada na época. Assim, a empresa colonizadora teria dado um passo a mais à “conquista médica”, tal como foi denominada por Kay (1987).

É preciso salientar que esta “conquista” não foi simplesmente a introdução de uma nova alternativa terapêutica em um novo contexto: esta conquista médica mostra a dificuldade dos indígenas americanos para controlar, tratar e curar, a partir dos seus sistemas médicos, as doenças introduzidas pelos europeus a partir de um simples contato, doenças para as que não teriam imunidade e que foram a razão principal na redução das populações indígenas na América. No caso do Brasil, segundo Langdon e Rojas (1989), a diminuição da população por causa de doenças “exógenas” foi dramática: “A população indígena do Brasil, estimada entre 2 e 3 milhões na época da conquista, conta hoje somente com aproximadamente 250.000 pessoas. Epidemias trazidas pelos brancos desempenharam um papel central nesta redução drástica da população indígena” (Langdon e Rojas, 1989:69)

Moreira Neto (1972) assinala-nos que, após a expulsão definitiva dos jesuítas do Brasil, teve no local uma descontinuidade na presença de instituições como a igreja católica e as colônias militares, e que estas só voltaram a fazer presença na região no ano de 1843, quando os monges capuchinos se encarregaram da catequização dos indígenas do sul.

Vale a pena ressaltar que “paralelamente às tentativas de catequização por parte dos governos provinciais, havia a prática de um catolicismo de monges peregrinos que pregavam no sertão. Entre os Kaingang, destacou-se a figura de São João Maria D’agostini (Almeida, 2004:27), quem até o dia de hoje mantém um espaço destacado no calendário religioso deste grupo.

A chegada desta nova série de missões em meados do século XVIII é também sintomática de um processo mais ambicioso: a ampliação da colonização dos territórios do sul do país. Além da reinserção de missões religiosas, estabelece-se um “destacamento de permanentes” no campo de Palmas com a finalidade de promover a exploração de recursos e criam-se duas colônias militares: “Chapecó” e

“Chopim”. A primeira encontrar-se-ia localizada no atual município de Xanxerê (localizado a 25 kms da atual TIX) e teriam como objetivos a proteção dos novos colonos das possíveis ofensivas dos índios e a civilização destes através da catequização e o aumento da linha de agricultura (Bloemer e Nacke, 2008).

Segundo Bloemer e Nacke (2008), estas colônias militares teriam fracassado e a dinâmica da região teria estado constantemente marcada pela disputa de limites geopolíticos: em primeiro lugar, pelas disputas territoriais na demarcação fronteiriça entre Brasil e Argentina e depois pela disputa do campo de Palmas entre os Estados do Paraná e de Santa Catarina, que finalmente foi adjudicado a este último.

Ante a eminente chegada da linha colonizadora nos campos de Palmas, e segundo os registros de D´Angelis (1989), foi sentida entre os Kaingang a necessidade de garantir terras para os mesmos. No ano de 1869, o cacique Vitorino Kondá teria se deslocado até Curitiba para pedir ao delegado de terras públicas de Paraná terra para sua gente. Não se descarta que esta tentativa tenha sido uma entre várias.

Neste processo de colonização e “progresso” impulsionado pelo governo central Brasileiro, dá-se mais um passo a outro dos antecedentes importantes da história dos indígenas do sul do país: segundo os dados coletados por Bloemer e Nacke (2008), com a concessão da estrada de ferro no Estado do Rio Grande do Sul (1889), várias empresas colonizadoras deslocaram dos seus territórios os indígenas e caboclos da região.

Ante a pressão exercida por esta série de obras e fatos, o Estado do Paraná criou duas reservas⁹ - atualmente conhecidas como TIX e TI Palmas - onde indígenas Kaingang, alguns guaranis e habitantes do sertão refugiaram-se. No entanto, nem todos os indígenas ter-se-iam confinado em tais reservas e alguns grupos permaneceriam dispersos mantendo sua identidade e sua cultura. No ano de 1980, estes grupos se reorganizaram com a intenção de reivindicar frações de seus territórios.

A luta pela terra foi um dos motivos mais importantes de confronto entre os Kaingang e o governo nacional. Atualmente este tema continua sendo uma prioridade na agenda deste grupo indígena, devido especialmente às reduções do território originalmente concedido pelo governo do Estado do Paraná, em anos posteriores¹⁰.

⁹ Mediante Decreto No. 7, de 18.06.1902 (Governo do Paraná).

¹⁰ Segundo as fontes publicadas no Portal Kaingang (www.portalkaingang.org), os principais acontecimentos históricos nos quais houve redução de terras são os seguintes: “(1) Toldo

Paralelamente e devido à dificultosa relação entre Estado e povos indígenas e às declarações abertas de alguns pensadores da época, como Herman Von Ihering, da necessidade de acabar com os Kaingang da área de São Paulo, na medida em que estes não contribuíam no progresso do país, no ano de 1910 é criado o Serviço de Proteção ao Índio (SPI) através do Decreto no.8702 (Rojas, 2005). Um dos objetivos do SPI seria atender à saúde indígena, deteriorada pelo contato com os europeus e as epidemias e pela falta de desenvolvimento de estratégias para atenção da saúde destas populações dizimadas e empobrecidas pelas condições precárias a que foram submetidas nos séculos da conquista, colônia e formação da república.

Apesar da intervenção do SPI, os seus esforços foram esporádicos e desorganizados, não obtendo resultados satisfatórios. Teria se destacado o Serviço Nacional de Tuberculose (SNT) pela sua maior efetividade para atender os problemas de saúde do índio, ainda que os seus esforços estivessem focados na atenção da tuberculose. No ano de 1967, estabeleceu-se a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) que, na região sul, teria como objetivos o desenvolvimento de atividades encaminhas à prevenção primária, secundária, terciária e específica (Langdon e Rojas, 1989).

A partir do trabalho da FUNAI se estabeleceram os postos indígenas de saúde nas áreas indígenas onde haveria idealmente um enfermeiro e um monitor de saúde para atender aos índios; o que, segundo Langdon e Rojas (1989), nem sempre acontecia. Existia ainda uma equipe volante de saúde encarregada da vacinação, diagnóstico inicial das doenças, assistência dentária, distribuição de medicamentos e educação sanitária.

Pode se intuir que estes processos institucionais foram desenvolvidos na TIX, embora tenha sido difícil estabelecer o momento específico em que estes se deram na região. Segundo Diehl (2001:25), “os serviços biomédicos são oferecidos há muitos anos dentro dessa TI,

Imbú, de onde os Kaingang foram retirados à força em 1949, com base em uma grilagem de terras iniciada em 1917, com a expedição de dois títulos para a ‘Fazenda S.Pedro’; (2) Acordo do Serviço de Proteção ao Índio (SPI) com o Governo de Santa Catarina, em 1952, retirou dos índios as terras da aldeia Formigas e do Chapecozinho (hoje sede do munic. de Bom Jesus) e do Toldinho (atual sede do munic. de Entre Rios), e consagrou o esbulho do Toldo Imbú; (3) Área no Canhadão, grilada na demarcação dos anos 50; (4) na década de 1930 a Faz. Alegre do Marco avança mais de 800 hectares sobre a terra indígena; (5) Acordo da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) com a firma Saulle Pagnoncelli, em 1971, toma cerca de 400 ha no Pinhalzinho”.

em especial através da existência das “enfermarias”, como são chamados os postos de saúde. Nesses locais, atuam os atendentes de enfermagem e até muito recentemente não havia a presença sistemática de médicos, dentistas e enfermeiros que atendiam através das equipes volantes de saúde”. Na atualidade, e como será apresentado posteriormente, existe na área uma Equipe Multiprofissional de Saúde (EMSI) que atua permanentemente - com suas dificuldades - na TIX.

Outro dos referentes históricos que marca a história da terra indígena Xaçecó é a introdução de igrejas não-católicas na região¹¹. Segundo os dados de Almeida (2004), a primeira igreja não-católica implantada nesta TI foi a igreja Batista no final da década de 1940 e inícios da década de 1950. A atividade destas igrejas ter-se-ia intensificado na década de 1970, época que se estabeleceu uma das igrejas pentecostais de maior renome: a igreja da Assembléia de Deus. Na década de 1990, a igreja “Só o senhor é o Deus” iniciou suas atividades na localidade e logo, no ano de 2004, Almeida (2004) registra a presença de nove igrejas não-católicas: Assembléia de Deus, Pentecostal do Brasil, Igreja Batista, Cadeia de Prece, Deus é Amor, Quadrangular, Só o Senhor é Deus, Unidade de Jesus e Visão Missionária. Durante a realização de meu trabalho de campo, foi possível notar a presença de outras igrejas como: Rosa de Sarón, O Rei da Glória, Brasil para Cristo e Noiva de Jesus.

A década de 1990 é também a década em que se dá um processo permanente e sistemático de aproximação de acadêmicos ao grupo indígena Kaingang, desenvolvendo uma série de estudos etnográficos que deram conta da riqueza cultural desta comunidade (Diehl, 2001), apesar dos diversos processos históricos vividos e de seu contato com a sociedade envolvente.

A seguir apresentamos algumas das particularidades culturais que foram descritos, ou caracterizados por diversos autores, especialmente durante a última década, e que nos permitem estabelecer um ponto de referência para a discussão posterior sobre as dinâmicas da cultura “tradicional” Kaingang e seu contexto intermédico.

¹¹ A introdução de igrejas não católicas na TIX influenciou de maneira importante nas dinâmicas sociais entre os Kaingang e isto se faz especialmente evidente na aldeia sede da TIX, sendo portanto um referente obrigatório para compreender mais amplamente o contexto que esta pesquisa foi desenvolvida.

2.2 ALGUMAS NOTAS ETNOGRÁFICAS SOBRE OS KAINGANG.

Os indígenas Kaingang encontram-se localizados na zona sul do Brasil, nos Estados de São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Paraná. Pertencem à família lingüística Jê (Maybury-Lewis, 1979) e atualmente constituem-se como o grupo Jê mais numeroso do país, com cerca de 20.000 pessoas (Crepeau, 2002).

A organização social dos Kaingang está associada à existência de metades clânicas patriarcais denominadas “Kaimé” e “Kairu” (Almeida, 1998; Oliveira, 1996; Veiga, 1994; entre outros) que, por sua vez, se subdividiriam em “lankty-by” (ligada a metade Kaimé) e “votor” (unida a metade Kanhrú), (Diehl, 2001), sendo “Kaime” considerada “como primeira por que tem mais força que a metade Kairu” (Crepeau, 2002:116). Esta organização social está baseada na uroxilocalidade e a patrilinealidade. Os animais e plantas, ou mais geralmente, os seres da natureza, também são categorizados de acordo ao dualismo Kaingang (Haverrot, 1997).

A pessoa Kaingang é entendida por este grupo como “o fruto da relação entre a natureza e a sociedade (...) o corpo (...) é uma extensão do domínio cosmológico da natureza”. A pessoa, estaria constituída pelo corpo e mais especificamente pela relação corpo-espírito. O espírito (kuprig o kumba¹²) pode sair do corpo (hã), pelo que este enfraquece, e fica doente (Carvalho, 2008) . O corpo e o espírito devem ser cuidados e, ante a presença de doença, o tratamento deve se encaminhar à restituição da fortaleza corporal (Veiga, 2004; Oliveira, 1996).

Segundo Carvalho (2008), entre os Kaingang, assim como entre outros povos indígenas brasileiros: “O corpo não é uma totalidade [...] o uso do conceito de corporalidade adequa-se, na medida em que revela haver nessas sociedades uma dialética para a compreensão da constituição dum sujeito social [...] Ao mesmo tempo que se tem uma matriz de cunho individual (sêmen, sangue, espaço na aldeia (casa)), tem-se o coletivo social (alma, nome, papel).

Do mesmo jeito e citando Terence Turner (1995), Carvalho (2008) sugere que o corpo Kaingang deve “ser entendido enquanto um conjunto de sentidos que congrega os aspectos sociais, biológicos e

¹² No trabalho de Carvalho (2008), faz-se referência ao “espírito” com a palavra Kaingang “Kuprig”, embora para Veiga (2004) o “espírito” seria nominado com a palavra Kaingang Kumbã.

culturais, constituindo uma identidade social no qual ele é produto e produtor da estrutura e da cosmologia” (Turner, apud Carvalho, 2008). Para o tratamento da saúde e da doença, existiriam na “medicina tradicional”¹³ Kaingang uma série de especialistas nativos cujos saberes estariam encaminhados ao restabelecimento da saúde¹⁴. Entre estes se destacam o Kujá -ou xamã-, os curandeiros, remedeiras e benzedoras. Segundo Crepeau (2002), os xamãs Kaingang distinguem dois tipos de saberes: “guiados” e “não guiados”. Os saberes “guiados” corresponderiam às práticas assistidas por auxiliares não-humanos e os guias por excelência são os animais como o mico, a onça, e a serpente, entre outros.

Os animais auxiliares assistem ao Kujá no tratamento aos doentes, na medida em que lhe indicam qual é a doença que este sofre, e quais as plantas que deve usar na preparação do remédio, assim como a posologia e a dieta que o “paciente” deve seguir.

Os guias também podem ser santos do catolicismo popular, como: Nossa Senhora Aparecida, São João, Maria, o Menino Jesus e o Divino Espírito Santo. Estes auxiliares estão ligados essencialmente à práxis dos “curandeiros”.

Os saberes “não guiados” incluem uma variedade de práticas entre as que se incluem o uso de “chás” ou de “remédio do mato” e a biomedicina.

Um dos rituais Kaingang mais importantes é o “ritual dos mortos” ou “Kiki”. Este ritual realizava-se anualmente entre os meses de abril e junho. Segundo Diehl (2001), nestes rituais pode-se observar a interação entre as duas metades patriarcais existentes entre os Kaingang.

E foi registrado etnograficamente por vários autores (Crepeau, 1994; Almeida, 1998; Oliveira, 1996; Veiga, 1994, entre outros). Segundo Diehl (2001), o ritual do Kiki foi abandonado por aproximadamente 25 anos e ter-se-ia retomado de maneira intermitente a partir de 1976 na aldeia sede da TIX.

Em conversas com alguns Kaingang durante a realização de meu trabalho de campo, foi-me notificado que o último ritual do Kiki realizado nessa aldeia foi em 1995. Atualmente, existem intenções de “retomar” esta tradição. No entanto, a falta de “rezadores” e o

¹³ Associados diretamente à prática xamânica e que geralmente são “bichos do mato” como macacos, onças, aves, etc.

¹⁴ Como aponta Diehl (2001), as classificações dos especialistas curadores Kaingang variam em alguns dos trabalhos etnográficos realizados com este grupo indígena.

2.3 NOTAS CONTEXTUAIS: A TERRA INDÍGENA DE XAPECÓ (TIX) E A ALDEIA SEDE NA ATUALIDADE.

A terra indígena Xaçecó encontra-se localizada ao oeste do Estado de Santa Catarina¹⁵ entre os municípios de Entre Rios e Ipuçu, mais especificamente na margem direita dos rios Chapecozinho e Chapecó. A maioria da população habitante da TIX pertence ao grupo Kaingang, ainda que também haja uma pequena população de indígenas Guarani.

Esta TI se encontra subdividida em dez aldeias: Água Branca, Barro Preto, Cerro Doce, Fazenda São José, Olaria, Paiol de Barro, Pinhalzinho, Samburá e Sede, habitadas por indígenas Kaingang, e a aldeia Guarani, que como seu nome o indica, é onde se encontram assentados os indígenas pertencentes a esta etnia¹⁶. Segundo dados publicados no Portal Kaingang, a terra indígena Xaçecó conta com aproximadamente 15.623 Has. de terra e nela habitam em torno de 5.000 pessoas.

A aldeia sede tem-se configurado como a aldeia com maior espaço de concentração e movimento da população Kaingang da TIX, pois nela se encontram localizados o posto de saúde, o posto da FUNAI, as instituições educativas e as igrejas (tanto católicas como não-católicas) e é o lugar onde geralmente reside a maioria de líderes indígenas. Segundo Almeida (2004), esta é a localidade onde se apresentam, impulsionam e desenvolvem com mais força as atividades políticas da comunidade.

Nas últimas décadas, a população da aldeia sede teria aumentado: segundo o SPI, em 1944 a aldeia estaria habitada por 804 pessoas das quais 716 eram Kaingang. Já no ano de 1975, de acordo com dados da FUNAI, a população teria aumentado para 1.135 pessoas, e finalmente no ano de 2005, segundo Portal Kaingang, a população total da aldeia sede era de 2.900 pessoas. O aumento da população, além do crescimento demográfico esperado, estaria associado às problemáticas de redução de territórios Kaingang nas últimas décadas e à maior disponibilidade de serviços existentes na aldeia sede, o que teria atraído várias famílias que residiam em outras aldeias da terra indígena.

¹⁵ Ver Mapa No. 2

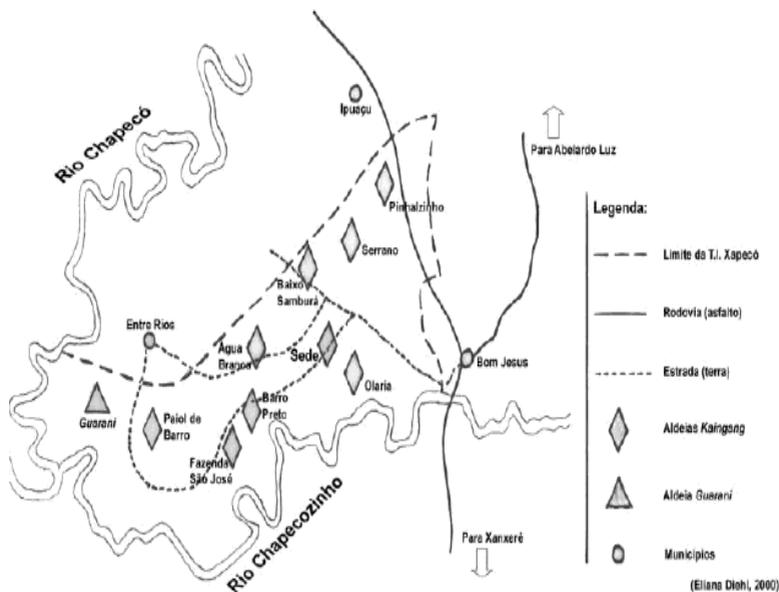
¹⁶ Ver Mapa No.3



Mapa No. 2 Localização Terra Indígena Xapecó¹⁷, Estado de Santa Catarina

Fonte: Portal Kaingang (2009)

¹⁷ Mapa modificado a partir do original. Fonte: www.portalkaingang.org



Mapa No. 3 Aldeias Kaingang e Guaraní – TIX

Fonte: Eliana Diehl (2001)

2.3.1 Sociabilidade e vida religiosa entre os Kaingang da aldeia sede

Os espaços de sociabilidade Kaingang na aldeia sede da TIX, em primeiro lugar, encontram-se determinados pela filiação religiosa dos indivíduos. Por um lado, os Kaingang “crentes” ou pertencentes às igrejas pentecostais da zona¹⁸ relacionam-se em primeiro lugar com os “irmãos” pertencentes a sua própria igreja através dos cultos, círculos de oração e, no caso dos mais jovens, nos ensaios dos hinos que depois são entoados no culto. No entanto, existe outro nível de sociabilidade no qual os Kaingang evangélicos, -independentemente de sua igreja- se

¹⁸ Durante a estadia em campo registrou-se a presença de cinco igrejas pentecostais na aldeia sede: Rei da Glória, Só o Senhor é Deus, Assembléia de Deus, Brasil Para Cristo e Igreja Batista.

reúnem eventualmente: principalmente nas campanhas, como as oferecidas para a saúde de um indivíduo em particular; nas atividades, geralmente churrascos, almoços ou jantares, para obtenção de recursos para obras das igrejas e, finalmente, nos congressos de oração que podem ser organizados por uma ou outra igreja.

No entanto, é importante mencionar que existe uma verdadeira “concorrência” entre as igrejas e seus fiéis, isto é, há uma avaliação constante entre os eventos realizados por outras igrejas em comparação à própria, como as “performances” dos pastores e dos predicadores que participam dos cultos de determinadas igrejas, bem como dos cantores que entoam os hinos. Da mesma maneira, é possível observar como há um movimento constante dos fiéis nas diferentes igrejas: uma pessoa que pertence a determinada igreja pode ser dissuadida, por uma ou outra razão, pelos crentes de outra a que participe dos cultos e atividades que eles realizam. Assim, é comum observar que as pessoas trafegam por várias delas, conseguindo se estabelecer numa única ou continuar com seu itinerário. Podem até abandonar a igreja pentecostal.

No caso dos católicos, os espaços de maior sociabilidade estão associados às atividades lúdicas. Em primeiro lugar, o campo de futebol constitui-se como o espaço de encontro por excelência dos Kaingang católicos.



Foto No. 1 – Culto na Igreja do Rei da Glória (Batismo).

Fonte: Sandra Carolina Portela G. (2009)

Geralmente os jogos são acompanhados de música em alto volume e chama a atenção a grande afluência de “carrinhos” que oferecem diversos produtos, especialmente doces dos mais variados tipos e bebidas, entre as que se destacam refrigerante e cerveja¹⁹. Assim, é possível observar grupos familiares ou de jovens e meninos circundando o campo enquanto conversam, compartilham doces ou bebem cerveja e cantam.

As bodegas também se constituem como um espaço de sociabilidade entre os Kaingang católicos da aldeia sede, especialmente os homens, quem se reúnem para jogar uma partida de sinuca, conversar e consumir alguns produtos.

Outra atividade que é compartilhada pelos indígenas Kaingang da aldeia sede são os “bailes” que, devido à grande maioria da população da Sede pertencer às igrejas evangélicas, são geralmente realizados em outras aldeias. Em conversas com alguns Kaingang católicos, estes comentaram que costumavam assistir aos bailes que eram organizados freqüentemente no Imbú e na cidade de Xanxerê. Igualmente durante nossa estadia fomos convidados a participar dos bailes realizados na aldeia Pinhalzinho.

Finalmente, o outro grupo de eventos que reúnem os Kaingang católicos são precisamente as celebrações de festas religiosas. Durante a temporada de campo, celebrou-se a festa de São João Maria na aldeia sede, com afluência de indígenas católicos de outras aldeias, especialmente do Pinhalzinho (onde apesar de ter uma influência considerável das igrejas evangélicas, a religião católica segue sendo predominante). Neste caso, a celebração consistiu, em primeiro lugar, numa “reza” a São João Maria na casa dos festeiros, onde chama a atenção a disposição de uma mesa, do tipo “mesa de trabalho” como é descrita por Oliveira (1996) e que é associada à prática dos curandeiros Kaingang.

Depois foi servido o almoço: o churrasco foi preparado durante a manhã por um grupo de homens, enquanto o resto da comida (arroz, salada, suco e bolo) foi preparado por um grupo de mulheres com antecipação. Em primeiro lugar foram servidos à mesa os meninos, ou “anjinhos”, e depois os adultos. A comida acabou com a repartição do bolo de festa.

¹⁹ Ainda que a venda de bebidas alcoólicas na TIX esteja proibida, ela é liberada nos finais de semana durante os jogos de futebol.

Finalmente, alguns dos assistentes se deslocaram para recolher as águas de São João Maria, realizando algumas rezas²⁰.



Foto No.2 Rezando a São João Maria.
Fonte: Sandra Carolina Portela G. (2009)



Foto No. 3 Dando de comer aos “anjinhos”- Festa de São João Maria
Fonte: Sandra C. Portela (2009)

²⁰ Infelizmente, por falta de meios de transporte, não consegui presenciar esta parte do ritual.



Foto No. 4. Coletando das águas santas de São João Maria
Fonte: Ari Ghiggi Junior (2009)

Da mesma maneira, têm grande importância festas como a de Nossa Senhora Aparecida, cuja “festeira” reside na aldeia de Pinhalzinho e é uma mulher importante dentro do círculo dos Kaingang católicos, e a festa do índio, celebrada no mês de abril.

Vale a pena esclarecer que não é possível afirmar que não existam relacionamentos entre os Kaingang crentes e católicos. No entanto, estes espaços são mais reduzidos e estão ligados especialmente às redes familiares. Isto é, apesar da diferença de filiações religiosas, os familiares continuam estabelecendo relações entre eles²¹.

A escola também constitui um dos espaços de constante interação entre Kaingang crentes e católicos, especialmente entre os mais jovens. Finalmente, o âmbito político também é um palco de interação entre estes dois grupos da população²².

²¹ Geralmente através de visitas às casas. Isto não exclui a possibilidade de críticas de uns aos outros por seus comportamentos e filiação religiosa.

²² Sem querer afirmar que estas relações sejam necessariamente simétricas.

2.3.2 Educação

A aldeia sede é o centro da atividade educativa da Terra indígena de Xaçecó. Os estudantes das diferentes aldeias deslocam-se até esta localidade em ônibus que são contratados pela municipalidade de Ipuaçú. O colégio da aldeia oferece três jornadas: diurna (manhã e tarde) e noturna. As jornadas da manhã e da tarde são geralmente freqüentadas por crianças e jovens, enquanto a jornada noturna é majoritariamente freqüentada por adultos que, por diversas razões, não tiveram acesso à educação média ou que trabalham durante o dia, como mães e donas-de-casa e jovens que colaboram nas atividades da família (plantação ou o serviço doméstico).

Da mesma maneira, nas instalações onde antigamente funcionava a escola, adaptou-se um dos salões para atender à população pré-escolar da área indígena. Atualmente, nas duas jornadas (manhã e tarde) atendem-se um total de 55 crianças com idade entre os 4 e 6 anos²³.

Durante nossa estadia observamos o começo das atividades da faculdade de Licenciatura Indígena na aldeia sede, programa estabelecido e desenvolvido pela iniciativa da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). As aulas eram ministradas na sede do pré-escolar nas sextas-feiras à tarde e sábados. Este programa universitário tem uma duração de 5 anos e na época em que finalizamos a temporada de campo, estava terminando o primeiro semestre do programa. Índios de diversas aldeias, que são transportados em ônibus, assistem à “Faculdade”, como é chamada pelos Kaingang.

²³ Segundo o que pude perceber, ainda que algumas mães tenham filhos que poderiam ingressar na escola, não é bem visto que os meninos comecem a freqüentá-la tão “pequenos”. Durante a temporada em campo, a menina de menor idade que estava assistindo à escola era minha filha, com quase três anos. A situação era considerada bem curiosa.



Foto No.5 - Colégio Aldeia-Sede TIX
Fonte: Sandra Carolina Portela G. (2009)

Nesta primeira etapa evidenciaram-se problemas, especialmente de infraestrutura para a manutenção da “faculdade”: alguns dos alunos, que não tinham onde passar a noite, deviam dormir no salão onde recebiam as aulas e não tinham um lugar para tomar banho, por exemplo.

Em geral, os Kaingang, com quem tive a oportunidade de conversar sobre o papel da escola em sua comunidade, comentaram que esta é o eixo fundamental da manutenção de sua cultura, pois ensina os jovens a conhecer e se orgulhar da sua história e não envergonhar-se dela, contribuindo portanto para resgatar e valorizar a tradição.

Por outro lado, um dos mestres comentava que a comunidade depositou uma responsabilidade muito grande na escola, especialmente a respeito do resgate da cultura e, mais especificamente, com o ensino da língua Kaingang. As dificuldades apresentadas e o contexto atual sobre o uso da língua Kaingang na aldeia sede será apresentado a seguir.

2.3.3 Linguagem

Durante nossa estadia em campo, observamos que o uso da língua Kaingang na aldeia sede se restringe às pessoas mais velhas e é utilizada em poucos momentos. Os meninos e jovens em idade escolar recebem aulas de Kaingang. Porém, os educadores sentem que esta é

uma responsabilidade que não deve ser só da escola, mas deve ser parte de um compromisso escola-lar.

A língua materna das “novas gerações”²⁴ foi o português e, apesar das aulas de Kaingang ministradas na escola, é possível observar que as gerações mais jovens da aldeia sede não conseguem falar fluentemente o idioma. A partir da reflexão com alguns educadores e de minha experiência em campo, poder-se-ia pensar que existem dois fatores que impossibilitam o fortalecimento da língua na aldeia sede: em primeiro lugar, a falta de “falantes” e, portanto, a falta de conversas na língua dentro das casas, o que faz com que as crianças não tenham maior aproximação com a língua e, em segundo lugar, a entrada na escola numa idade avançada, fazendo com que a criança apresente resistência para receber aulas numa linguagem que lhe é estranha.

2.3.4 Formas de subsistência

Dentro da aldeia sede existem várias formas de subsistência. Há um pequeno setor da população que se dedica ao cultivo de soja e milho com a ajuda de uma série de maquinarias destinadas para o cultivo destes produtos e que foram conseguidas a partir da criação de uma cooperativa indígena. No entanto, nem todos os indígenas da aldeia participam ou se mostram interessados em participar desta atividade.

Algumas famílias mantêm em suas casas hortas de pequeno ou médio porte onde plantam mandioca, milho, feijão, cebola e vegetais, em pequenas quantidades, o que contribui para o sustento familiar. Outro setor da população vende sua força de trabalho em fazendas relativamente próximas à TI.

Há uma tendência crescente ao comércio dentro da aldeia. São vendidos produtos de diversos tipos: roupa, cd's de música evangélica, cremes faciais, corporais e shampoos, jóias em prata e ouro, que têm como principais consumidores os indígenas crentes da aldeia sede, com exceção das “jóias” que, curiosamente, são comercializadas por uma mulher evangélica. Estas vendas são ambulantes, isto é, não têm um local estabelecido e quem vende oferece os seus produtos através de visitas de casa em casa, sendo a crédito. Outra forma de comércio encontra-se nas bodegas, que têm um local estabelecido e destinam-se à venda de produtos alimentícios: doces, salgadinhos, refrigerantes e, em algumas ocasiões, miúdos de galinha.

²⁴ Entre as que podemos considerar as pessoas com até 30 ou 40 anos de idade.

Outras importantes fontes de renda são os benefícios do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), especialmente aposentadoria e auxílios-natalidade, a entrega de bolsa-família e, em alguns casos, de remessas de alimentos como queijo e iogurte, oferecidos pela FUNAI. Também são importante os empregos gerados na área da saúde, especificamente dos AIS e AISAN e como professores na escola.

Os aspectos referentes à saúde serão abordados a seguir de maneira mais ampla e em relação com o contexto intermédico dos indígenas Kaingang da aldeia sede.

2.4 A TERRA INDÍGENA XAPECÓ COMO CONTEXTO DE INTERMEDICALIDADE

Os antecedentes históricos e os diferentes contextos sobre a aldeia sede e a TIX previamente apresentados dão conta de como, através de diferentes momentos e processos, os indígenas Kaingang da TIX estabeleceram uma série de relações com diversos setores da chamada “sociedade envolvente”. A partir deste relacionamento - independentemente de sua simetria ou assimetria - também entraram em contato uma série de tradições médicas que coexistem atualmente nesta região e que se apresentam como alternativas disponíveis e vigentes para o cuidado e tratamento da saúde e a doença (Oliveira,1996).

Este encontro de tradições médicas implica também na introdução de novos elementos, doenças, tratamentos, etc, que podem ser aceitos, recusados, reapropriados ou ressignificados por cada comunidade e em coerência com suas tradições particulares²⁵ (Foller, 2004; Greene, 1998; Langdon e Diehl, 2007; Garnelo e Wright, 2001; Morgado, 1994). Ante esta ampla gama de possibilidades, é freqüente que o “paciente” privilegie algumas alternativas terapêuticas em detrimento de outras ou escolha fazer uso de práticas de autoatenção à saúde que podem aparecer como “formas antagônicas” ou “fortemente diferenciadas”²⁶ (Menéndez,2003).

No entanto, este aparente antagonismo nos apresenta, em primeiro lugar, as relações existentes entre as condições técnicas e científicas, religiosas, étnicas, econômicas e políticas de uma sociedade

²⁵ Que são dinâmicas.

²⁶ Desde o ponto de vista que se lhe aprecie.

(Menéndez, 2003) e depois a “dinâmica” das culturas²⁷ e a agência social do indivíduo.

Alguns trabalhos antropológicos realizados na zona nos permitem dar conta de uma dinâmica de intermedicalidade entre os indígenas Kaingang da TIX ou, como propõe Oliveira, da “existência de sínteses de diversas práxis que refletem ou espelham o contexto histórico específico dos seus agentes” (1996:191).

Oliveira (1996) registra a existência da “Igreja da saúde” na terra indígena. Nela, chamava a atenção a presença de uma mesa de trabalho em que se observavam elementos que provêm de diferentes tradições, como imagens de santos, fotos de São João Maria, velas, flores, fitas de cores, entre outros. Da mesma maneira, na preparação dos remédios entregues pela curandeira da igreja misturavam-se plantas, “chás” ou “remédio do mato”, águas santas de São João Maria, que depois eram abençoados para serem entregues aos “pacientes”.

Este tipo de síntese, atualização e modificação nos processos de saúde e doença, sobre os que nos chama a atenção Oliveira (2004), também se fazem explícitos nos trabalhos de Diehl (2001) e Havenroth (1997), entre outros. Estes textos dão conta do freqüente uso articulado de alternativas terapêuticas entre os Kaingang da TIX.

Diehl (2001) menciona que entre os Kaingang da TIX com quem teve oportunidade de compartilhar, “as doenças eram primeiro tratadas no núcleo familiar, com remédio do mato [...] se não houvesse sinais de melhora, os diferentes sistemas de saúde eram tentados. Se o problema ainda não era resolvido, demandavam a procura dum outro especialista [...] a cada momento, ou episódio de doença era avaliado, reclassificado e decidia-se o que fazer”.

Haverroth (1997), por sua vez, afirma que a utilização dos diferentes sistemas de saúde e terapias não é excludente e que ante a presença de doença “vários recursos terapêuticos são buscados, selecionados por ordem de vários fatores pertinentes [...] os recursos da biomedicina disponíveis passam a ser alternativas, além das várias outras existentes” (p.85).

Creatini da Rocha (2005), durante sua experiência com os Kaingang do Kondá, teve a possibilidade de fazer o seguimento do itinerário terapêutico do índio Juarez que sofria de reumatismo, que inicialmente se tratou com “remédio do mato”, paralelamente começou a

²⁷ O que se faz relevante na presente investigação na medida em que, como o aponta Greene (1998), as “culturas indígenas” foram concebidas como entes estáticos.

fazer uso de comprimidos fornecidos na “enfermaria” e, num terceiro momento, ele resolveu voltar à igreja evangélica (na qual havia participado anteriormente, mas havia se desviado).

Na preferência de uso de determinadas alternativas terapêuticas entre os Kaingang, Diehl (2001) aponta que “o discurso dos católicos fazia constantes referências aos especialistas nativos e ao remédio do mato, enquanto que os evangélicos procuravam enfatizar o uso do serviço biomédico e a intervenção do pastor em casos mais graves. Porém isso não significava que os “crentes” não lançassem mão de outros recursos terapêuticos, em especial dos remédios obtidos de plantas, e que os católicos não prezassem a utilização de medicamentos” (106-107). Creatini da Rocha (2005) também estabelece entre os Kaingang do Kondá este tipo de preferência sobre o uso de alternativas terapêuticas entre crentes e católicos, ressaltando que não existe uma rejeição de alternativas disponíveis.

Da mesma maneira, é possível observar uma série de apropriações ou incorporações de elementos “exógenos” nas preparações dos remédios “tradicionais”. Oliveira (1996) comentava-nos como um dos Kujá da TIX numa época de sua vida tinha incorporado à sua práxis o uso de tinturas homeopáticas que conseguia na cidade e lamentava que estas já não fossem fáceis de conseguir, pois potencializavam o remédio. Igualmente, dentro das preparações incluíam-se elementos como as águas santas de São João Maria e de elementos de origem animal como gordura, para a elaboração de pomadas (Oliveira, 1996; Diehl, 2001).

Estas incorporações também podem ser observadas no caso da índia Margarida, registrado por Diehl (2001). Às infusões que Margarida preparava, adicionava comprimidos para a dor de cabeça que chamava de “calmador”; segundo os dados da mesma autora, os fortificantes e os vermífugos eram também incorporados na elaboração das infusões. No que refere ao uso de plantas, Haverroth (1997) conclui que entre os Kaingang se dá uma fácil assimilação e incorporação de plantas consideradas como medicinais ou, em suas próprias palavras,

“O papel das plantas nesse universo cosmológico é fundamental. O conhecimento das propriedades das plantas, seus significados simbólicos e o seu processo de nomenclatura e classificação têm origens diferenciadas dentro da história do grupo, na medida em que há a incorporação de conhecimentos exógenos”(98).

O trabalho de Diehl é especialmente interessante na medida em que nos mostra uma série de apropriações que andam lado a lado. Isto é, por uma parte temos que os Kaingang realizam uma classificação dos “remédios de farmácia” em termos da classificação cosmológica do grupo baseada nas metades clônicas Kaimé e Kairú: “O Gerovital®, grandes comprimidos de cor vermelha, foi classificado por ela (Margarida) como Kairú, já que era redondo como a marca ritual dessa metade. As cápsulas de ampicilina foram identificadas como Kaimé, pois eram compridas como a marca Kaimé” (2001:100).

Por outro lado, observou como algumas das plantas medicinais de uso “tradicional” começam a ser denominadas tal como remédios de farmácia: “Entre os Kaingang, a nomeação duma espécie vegetal como dipirona ou novalgina. A indicação era basicamente para os mesmos sintomas tratados com o remédio de farmácia, ou seja, febre, dor de cabeça e gripe” (2001:102).

Como observamos, os estudos etnográficos realizados entre os Kaingang nos dão conta da existência de um contexto intermédico em que coexistem diferentes alternativas terapêuticas, que provêm de tradições médicas e que podem ser aceitas, relegadas, reapropriadas ou ressignificadas de acordo com a particularidade do indivíduo que é um ser social, na medida que se encontra ligado a diferentes círculos sociais.

Durante minha estadia em campo foi possível notar, no seguimento de itinerários terapêuticos, o uso de “remédios de mato”, a consulta no posto de saúde e o uso de “remédios de farmácia”. Foi possível observar, entre a comunidade evangélica, a procura de uma “cura” para a doença na igreja, mediante a assistência aos cultos, a celebração de campanhas, ou pedindo a outros irmãos ou ao pastor diretamente as “orações”. Da mesma maneira, explicaram-nos que a Igreja da Saúde desapareceu, pois a sua “curandeira” cobraria preços muito altos pelos seus serviços “e a gente teria começado a ficar inconforme com eles.”

Finalmente percebemos que nem entre os católicos e nem entre os crentes falou-se de realizar consultas com o Kujá como prática de autoatenção à saúde. Aparentemente este tipo de especialista já não atuaria nas aldeias mais importantes desta terra indígena: Sede e Pinhalzinho, onde o papel da “medicina tradicional” estaria agora sob a responsabilidade de duas “remedieras”, uma delas católica, residente no

Pinhalzinho, e a outra, crente e moradora da aldeia sede²⁸. Sobre as práticas de autoatenção e alternativas terapêuticas (e suas articulações) empregadas pelos indígenas Kaingang da aldeia sede, estas serão abordadas no capítulo a seguir. No entanto, neste ponto gostaria de ressaltar como, a partir das dinâmicas religiosas e sociais na aldeia se algumas alternativas terapêuticas foram perdendo vigência, enquanto outras se consolidam como práticas privilegiadas pela comunidade.

²⁸ Para consultar sobre as dinâmicas dos complexos xamânicos Kaingang contemporâneos, revisar o trabalho de Rogério Rosa (2005).

3. CAPÍTULO II DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL: A PERSPECTIVA KAINGANG

A diabetes e a hipertensão arterial são categorizadas como doenças crônicas não-transmissíveis dentro da biomedicina e é a partir dela que se realiza o diagnóstico.

Como foi indicado no começo desta dissertação, na atualidade existe uma preocupação mundial por causa do crescimento deste tipo de doenças em povos indígenas e, a partir dessa observação, houve o cuidado em se desenvolver uma série de pesquisas destinadas a conhecer como alguns destes povos explicam a presença das doenças nas suas comunidades. O “contato” destas populações com a sociedade envolvente e as mudanças culturais que este teria desencadeado seriam os fatores fundamentais que influiriam no aumento de índices destas doenças em povos indígenas.

Entre os Kaingang da terra indígena de Xapecó, a EMSI que nela atua começou a registrar na última década a presença e o aumento de diabetes e hipertensão na população. Atualmente, há diagnosticados 220 casos. Destes casos, 6 pessoas foram diagnosticadas como portadoras de diabetes tipo I (insulíndependentes) e hipertensão arterial; 14 foram diagnosticados como portadores de diabetes tipo I e hipertensão arterial, e 80 como hipertensos, sendo que aproximadamente 80% do total dos casos foram diagnosticados em mulheres.

A partir de nossa convivência junto aos Kaingang da aldeia sede da TIX, conseguimos aproximar-nos da perspectiva deste grupo sobre vários aspectos destas doenças: sua origem, sintomas e práticas de autoatenção, interesse central nesta pesquisa.

3.1 ORIGEM DA DIABETES E A HIPERTENSÃO ARTERIAL: ENTRE A RESPONSABILIDADE INDIVIDUAL E A RESPONSABILIDADE SOCIAL.

Durante as conversas estabelecidas com indígenas Kaingang, diagnosticados em algum momento de sua vida como diabéticos e hipertensos, surgiu o contexto de como a doença se manifestou. A seguir, reproduzimos uma série de depoimentos representativos que explicam a origem destas doenças entre os Kaingang da aldeia sede:

“Minhas doenças (hipertensão, problemas na visão) surgiram pelos problemas que tive com meu marido. Ele gostava de beber e fumar, batia-

me constantemente. Um dia cansada da situação, eu falei que queria me separar. Ele disse que eu não podia me ir, que antes ele ia me matar, aí me bateu, bateu a minha cabeça, a ferida foi tão grande que tiveram que fazer treze pontos nela”. Maria.

Além dos golpes, o marido queimou com brasas do fogão as suas mãos e o contorno dos seus olhos, o que teria desenvolvido os problemas de visão:

“Desde esse momento eu não consegui mais ficar bem, fiquei sozinha, criando a meus filhos, e foi muito difícil por isso é que eu tenho todos esses problemas de saúde”.

Por sua vez, Dona Joana, parente de Dona Maria, tem certeza que a doença desta última está associada com os problemas que se apresentaram em sua vida familiar:

“Ela ficou sozinha criando os filhos, por que o marido era um bêbado e só dava problemas... mas agora que os filhos cresceram a coisa não melhorou, não, ela é a que mantém aos netos e inclusive aos filhos, por que vários deles também são bêbados e sempre alguma coisa ruim está acontecendo com eles, essa é a causa da doença dela, tanto trabalho, tanto problema”.

Dona Luciana, diagnosticada num momento de sua vida como hipertensa (atualmente não se reconhece como tal) também relatou que seu episódio de hipertensão esteve relacionado com a morte do marido, um momento difícil em sua vida:

“Quando meu marido morreu meus dois filhos estavam muito pequenos, fiquei sozinha, e nesse então eu trabalhava na enfermaria, então passava todo o dia trabalhando, por que nessa época não tinha médico, tudo, tudo era atendido por nós, partos, doentes, tudo. Eu chegava muito cansada nas tardes e tinha que chegar a cozinhar, a limpar, felizmente meus filhos aprenderam rápido a fazer o serviço da casa, o mais velho cozinhou, fazia o almoço para ele e o irmão mais novo, então nesse sentido eu não me preocupava mais, mas foi

muito difícil, eu vivia muito estressada essa foi a causa pra eu ficar doente”.

Dona Regina, por sua vez, comentou que ela ficou com problemas de hipertensão por causa da preocupação, no momento em que teve que se responsabilizar de sua neta:

“Minha filha foi trabalhar na cidade, depois apareceu grávida e teve a menina, mais quando a menina nasceu ela voltou de lá (a cidade) e responsabilizou-me da criança, eu que criei ela desde bebê (Luiza atualmente tem 4 anos), criei-a como uma filha com muito amor graças a Deus, mais essa situação começou a me pôr nervosa por que já não sou mais uma moça, já estou ficando velha e doente para cuidar dela sozinha[...]então aí, com essa preocupação foi que eu comecei a ter problemas eu pedi muito a Deus para me ajudar, para me aliviar, e fui no médico a consultar, ele já me disse que meu problema era problema de pressão alta”.

João atribuiu como causa da hipertensão que lhe foi diagnosticada ao fato de ter o costume de beber muito “Nescafé®” diariamente:

“Eu bebia muito “Nescafé®”, todas as manhãs quando saía para a roça levava a térmica cheia de “Nescafé®” e bebia tudo, às vezes até tinha que voltar para enchê-la de novo, agora eu descobri que foi isso foi o que fez mal, comecei a ficar com muita dor de cabeça, não conseguia agüentar o sol de meio dia, ficava tonto...agora bebo menos “Nescafé®”, por isso que estou melhor”.

Dona Larissa fala que os seus problemas de pressão foram causados pelo consumo excessivo de álcool num momento passado de sua vida:

“Eu bebia muito, por problemas que eu tinha, problemas familiares, daí o médico diz, e eu acho que ele está certo, que foi a bebida que me fez ficar doente”.

Do mesmo jeito, Dona Ana e seu esposo Paulo associam a diabetes (ele tem tipo I e ela, tipo II) e a hipertensão a este mesmo fator. Seu Paulo comenta:

Eu bebia muito, quase todos os dias, bebia pinga, vinho e cerveja, passava bêbado, mas parei de beber faz 18 anos, de ali em adiante eu comprava para minha mulher, por que ela também gostava de beber, lhe comprava pinga e vinho doce que ela que gostava, claro que ela não era bêbada como eu fui, mais gostava de beber também. Eu acho que isso aí é o que nos fez ficar doentes, agora já não podemos beber, agora que estamos doentes, não dá.

Por sua vez, Marino, hipertenso e diabético insulino-dependente fala que a causa das suas doenças é o excesso de trabalho:

“Eu trabalho desde muito pequeno, aos oito anos eu já trabalhava na roça do meu pai, agora eu já tenho 58 anos, e meu corpo está esgotado, é por isso que estou doente”.

Durante as conversas e a participação em diferentes eventos relacionados ou não com as doenças, consegui perceber que, em primeiro lugar, a hipertensão arterial tem uma relação direta com as problemáticas que surgem dentro do núcleo familiar, especialmente no que se relaciona com os problemas conjugais e as dificuldades para criar os filhos e manter o lar. Socialmente estas situações são reconhecidas como causadoras da doença nas mulheres. A sobrinha de Dona Maria nos explicava os problemas familiares e sentimentais desta senhora, que apontava como fatores que afetaram e afetam a sua saúde. No caso de Dona Luciana, também foi possível “conferir” com uma das suas primas como a hipertensão tinha aparecido a partir dos acontecimentos que ocorreram depois da morte do seu esposo.

A segunda causa associada à diabetes e hipertensão arterial é o consumo excessivo de álcool e/ou cafeína. No caso dos depoimentos aqui selecionados, podemos destacar o consumo frequente de bebida alcoólica e café que, em níveis excessivos, são considerados pela biomedicina como fatores que podem influir no aparecimento destas doenças.

As causas destas doenças estão associadas a uma responsabilidade individual ou a uma responsabilidade externa, piorada

pelas condições sociais do indivíduo: no caso do consumo excessivo de substâncias, a responsabilidade recai sobre si mesmo, porque o consumo de tais substâncias dar-se-ia por vontade individual, por opção pessoal, etc.

Em outros casos, o aparecimento das doenças estaria ligado ao sofrimento ou perturbação causadas por outras pessoas ou situações que não estavam sob o seu controle: a morte de um familiar, o maltrato, o abandono e suas consequências, problemas econômicos, excesso de trabalho, dificuldade para criar os filhos e cuidar da casa, etc.

É interessante observar que entre os Kaingang da aldeia sede não se reconheceu como “causante” da doença, nenhuma das duas causas anotadas por Roe e Young (1998), isto é: 1) o contato com os brancos e a mudança nos hábitos alimentícios e 2) por causa dum espírito ou ente ligado à cosmologia do grupo. Durante as conversas que mantive com os diabéticos e hipertensos, em momento algum, o consumo de alimentos foi indicado como causa da doença (ainda que entre algumas pessoas se reconheça que o consumo excessivo de sal e de açúcar poderia piorar a condição do doente) e muito menos se fez relação direta com o “contato” com os “brancos” como culpáveis da introdução da doença.

Da mesma maneira, foi notável que a doença não chegou a ser relacionada com nenhum aspecto da cosmologia Kaingang. Em momento algum foi falado que a doença teria sido produzida por que o espírito tivesse saído do corpo, ou por causa de um malefício ou bruxaria. Isto veremos com maiores detalhes na continuação, ao se fazer referência aos sintomas reconhecidos pelos Kaingang da aldeia-sede como indicadores destas doenças.

3.2 SINTOMAS ASSOCIADOS À DIABETES E À PRESSÃO ARTERIAL ENTRE OS KAINGANG DA ALDEIA-SEDE, TIX.

Invariavelmente, os sintomas associados à hipertensão e à diabetes, segundo os Kaingang diagnosticados como hipertensos ou diabéticos em algum momento de sua vida²⁹ com quem consegui conversar, são a dor de cabeça e a “tontura”. A “tontura” seria um estado que a pessoa não “consegue fazer as coisas direito”, suas faculdades estariam limitadas ou alteradas e estaria ligada a uma sensação de fraqueza corporal.

²⁹ Autorreconhecidos ou não na atualidade como tais.

O aparecimento dos sintomas e a incapacidade de neutralizá-los a partir dos seus conhecimentos - ou de familiares próximos - levou estas pessoas a consultarem o médico ou o posto de saúde e serem diagnosticados.

Seu João diz:

“Eu saía cedo à roça a trabalhar e de repente quando começava a subir o sol, começava a me dar essa dor de cabeça, essa danada -tontura- e já não podia fazer nada, tinha que voltar para a casa, assim passei um tempo, tomava comprimidos para a dor de cabeça, mas não funcionavam, até que fiquei desesperado e fui procurar o médico e aí eles já me disseram que tinha a pressão alta e comecei a tomar os medicamentos”.

Dona Ana comenta:

“Disseram-me que era hipertensa faz como cinco anos... eu fui no médico porque tinha dor de cabeça todos os dias e uma tontura que não me deixava fazer nada e nada tirava a dor, nem os comprimidos para a dor de cabeça nem nada, já não conseguia nem cuidar de minha filhinha, nem dos netos, nem cozinhar nem nada... agora também há coisas que não posso fazer pela doença, mas antes tinha momentos em que não podia nem me mover da cama da tontura que tinha”.

Dona Larissa também comentou que foi a forte dor de cabeça que a levou a se decidir a fazer consulta com o médico:

“Não conseguia tirar a dor com nada, eu tomava comprimidos para a dor de cabeça e nada, e eu bebia então no dia seguinte a dor era insuportável, não conseguia me levantar da cama, parecia que a minha cabeça ia arrebentar da dor, era todo dia, então fui ao médico que me disse que o que tinha pressão alta e me disse que tinha que deixar de beber... aí eu comecei a deixar a bebida e comecei a ficar melhor, e depois encontrei a Deus, me converti à igreja e já não bebo mais”.

Numa conversa coletiva com várias mulheres hipertensas, uma delas comentava que, devido à sua hipertensão, ela sentia a cabeça “assim de grande” (fazendo um gesto de amplitude com os seus braços estendidos) por causa da dor de cabeça que sentia³⁰, também indicando que sentia muita “fraqueza” e impossibilidade de sustentar o corpo. Dona Maria Francisca comentou que, além disso, ela sentia um aumento no ritmo do coração (enquanto falava, golpeava a mão em seu peito rapidamente) e “tontura”.

Dona Luciana também identificou como sintoma da hipertensão o aumento do ritmo cardíaco: “Eu sei quando vai me subir a pressão por que eu sinto assim, que o coração começa a bater mais rápido e fico com essa “cansera”.

Em relação à diabetes, além da possível presença de dores de cabeça e da “tontura”, referem-se a outros sintomas como sede e inchaço de braços e/ou pernas. Seu Marino começou a perceber que alguma coisa estava errada com ele quando começou a sentir dor de cabeça e “tontura” freqüentes. Sua mulher acrescentou que, além disso, tinha inchaço nas pernas, que às vezes não conseguia nem caminhar, e que tomava água “direito”, o dia todo sem conseguir acalmar sua sede. Ante a presença destes sintomas, seu Marino deslocou-se até o município de Ipuacu onde foi diagnosticado com hipertensão e diabetes nove anos atrás. Ele começou a usar insulina injetada 70 dias antes de nossa conversa.

Dona Ana, apesar de seguir o tratamento médico recomendado para tratar o seu problema de pressão alta há cinco anos, teve um novo episódio de mal-estar três anos atrás: começou a sentir inchaço nas suas pernas (e nos últimos meses numa das suas mãos), a dor de cabeça teria regressado, e até, numa ocasião, saiu sangue de seu nariz. A partir desta nova série de acontecimentos, Dona Ana consultou com o médico no posto de saúde, quando foi diagnosticada com diabetes tipo II.

Quanto aos sintomas, foi curioso notar entre as mulheres hipertensas uma reclamação constante de inchaço nas pernas. No entanto, este sintoma não foi relacionado com a hipertensão que lhes foi diagnosticada e muito menos com um quadro de diabetes; segundo elas, este mal-estar estaria associado ao excesso de calor ou pelo esforço corporal que implica realizar alguns trabalhos domésticos, como lavar roupa.

³⁰ Embora tomasse medicação para controle da hipertensão arterial há vários anos.

Num primeiro momento, as pessoas que começaram a experimentar estes sintomas tomaram uma iniciativa para controlá-los: em quase todos os casos registrados, estas pessoas fizeram uso de comprimidos para a dor de cabeça, embora ante a impossibilidade de conseguir alívio para sua doença, decidiram consultar o médico. Inicialmente, e independentemente da sua filiação religiosa, os pacientes tentaram primeiro tratar a doença em casa, com orações ou comprimidos, e a biomedicina, como alternativa terapêutica, foi escolhida após esgotar outros recursos por eles usados. O diagnóstico da doença na totalidade dos casos conhecidos foi feito através da biomedicina.

O diagnóstico realizado pelo médico traz consigo uma série de indicações que deveriam ser idealmente seguidas pelo “paciente”³¹: aqui se destaca o uso de medicamentos e práticas de autocuidado focadas nas mudanças do estilo de vida destas pessoas. Embora, como veremos a seguir, o diagnóstico da doença não necessariamente implica a aceitação do “paciente” como “doente” (neste caso como “diabético” ou “hipertenso”) ou tal aceitação pode ser momentânea, isto é, o autorreconhecimento como “diabético” ou “hipertenso” se dá enquanto se vive um episódio de alguma destas doenças, já que, segundo alguns Kaingang da aldeia sede, estas podem se curar.

3.3 “NÃO ESTOU DOENTE, AINDA QUE O MÉDICO DIGA QUE SIM”: REJEIÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE DIABETES E HIPERTENSÃO ENTRE OS KAINGANG DA ALDEIA SEDE TIX.

Durante a estadia em campo, a estratégia para aproximar-me das pessoas diagnosticadas com diabetes e hipertensão foi a de perguntar que pessoas tinham as doenças e participar das atividades desenvolvidas pela EMSI do posto de saúde para os hipertensos e os diabéticos. No entanto, esta estratégia não estava me permitindo enxergar um grupo de pessoas que consegui “descobrir” posteriormente em conversas que

³¹ O conceito de paciente será sempre assinalado entre aspas devido a que este supõe a idéia de que o indivíduo não participa no processo de restabelecimento da saúde (somente o médico teria agência em tal processo, o poder de decisão), o qual é pretensioso se observamos que o indivíduo, como agente social, faz uso dos seus conhecimentos e dos conhecimentos relativos ao cuidado da saúde do seu contexto social para atender suas doenças, e que a biomedicina não necessariamente se constitui como a alternativa terapêutica procurada prioritariamente para aliviar, controlar ou curar a doença.

tinham por objeto outros temas: Kaingangs que, apesar de terem sido diagnosticados com a doença, em algum momento de suas vidas, asseguravam nunca haver padecido destas doenças.

Seu Rodrigo me falou que aproximadamente um ano atrás tinha decidido ir ao posto de saúde para consultar com o médico por causa de uma dor nas costas que estava lhe impedindo trabalhar como de costume. No dia da consulta, seu Rodrigo passou pelo processo de triagem e logo depois foi encaminhado ao consultório. Na consulta, o médico perguntou-lhe o motivo pelo qual se encontrava ali, ao que ele respondeu com uma narração sobre o mal-estar que estava sentindo. Seu Rodrigo foi surpreendido pelo médico quando este, após realizar uma série de perguntas que ele achava estavam encaminhadas na direção de saber o por quê do seu problema nas costas, concluiu que seu caso era hipertensão. *“O médico está louco”* disse Rodrigo, *“como é possível que fale que sou hipertenso quando o que eu sinto é dor nas costas?”*

Seu Rodrigo foi indicado para voltar nos dias seguintes ao posto de saúde para que a enfermeira ou algum dos técnicos de enfermagem tomasse sua pressão periodicamente. Apesar de sua surpresa com o diagnóstico, decidiu voltar ao posto de saúde para medir a sua pressão, pensando que talvez o médico estivesse errado, e com a intenção de lhe comunicar que, com exceção da dor nas costas, ele estava se sentindo muito bem. No entanto, segundo o pessoal que o atendeu, efetivamente estaria apresentando pressão alta e deveria consultar novamente para a prescrição do tratamento.

Ante a insistência do pessoal na idéia de que ele se encontrava doente, seu Rodrigo decidiu não voltar mais para o posto de saúde. Para curar sua dor nas costas, consultou com uma farmacêutica na cidade de Xanxerê, que recomendou-lhe umas injeções que se fez aplicar e acabaram com a moléstia ... *“e até o dia de hoje estou me sentindo muito bem”*, concluiu.

Outro caso foi comentado por Dona Dalva, que dois anos atrás participou na “semana da saúde” organizada pela EMSI do posto de saúde da aldeia sede:

“Nesse dia eu fiquei surpreendida, porque a enfermeira me disse que estava com a pressão alta e que ia ter que começar a tomar medicamentos para poder controlá-la [...] Ainda que eu lhe dissesse que eu estava me sentindo bem, ela fez questão de que eu tinha que voltar ao posto para consultar com o médico e fazer tratamento para a

doença, mas eu não voltei, porque a gente só toma remédio enquanto está doente e eu estou muito bem”.

Os casos de diagnósticos realizados a partir de uma consulta que procura atender um problema de saúde não relacionado com a hipertensão ou a diabetes, ou o “diagnóstico” inesperado da doença faz que o “paciente” não consiga se reconhecer como doente. A rejeição ao diagnóstico está argumentada basicamente numa inexistência de mal-estar, na ausência de sintomas e na capacidade do indivíduo de realizar os seus trabalhos diários sem problemas.

“As enfermeiras me disseram que eu tinha pressão alta numa dessas reuniões de saúde que fizeram faz como num ano, no entanto eu lhe disse que ela estava errada, que eu estava me sentindo bem: eu me levanto todas as manhãs, faço o café, arrumo aos meus netos para a escola e depois fico fazendo o serviço da casa, ou às vezes vou cobrar minha aposentadoria no Ipuacu, ou vou fazer rancho sem nenhum problema, nada me dói, não estou doente”. Jussara.

A percepção da não existência de doença, apesar do diagnóstico, faz com que a pessoa analise a experiência vivida avaliando o especialista e as possíveis causas pelas quais o médico teria dado o diagnóstico. Algumas destas pessoas avaliavam o proceder do médico dizendo que o problema é que este não escuta “a gente”, não presta atenção aos sintomas que lhe estão sendo relatados (quando os há) ou não levam em conta o paciente quando este lhe menciona que “está bem”, que não está doente.

Existe outro setor da população que faz consulta pelo desenvolvimento dos sintomas associados à hipertensão arterial ou à diabetes. Estas pessoas geralmente aceitam o diagnóstico que lhes é proferido pelo médico da EMSI. No entanto, a forma de entender e de tratar com estas doenças varia de indivíduo a indivíduo, como veremos a seguir.

3.4 DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL COMO DOENÇAS CURÁVEIS, “EPISÓDICAS” OU CRÔNICAS.

Algumas pessoas entrevistadas disseram terem sido diagnosticadas com diabetes ou hipertensão arterial, mas na atualidade não se reconhecem como hipertensos ou diabéticos. Comentaram que em algum momento conseguiram se curar:

“Eu era hipertenso, e como eu não gosto de tomar medicamentos controlei só com chá, bebia o chá todos os dias e já comecei a me sentir melhor, a cada vez melhor. Uma moça que trabalha no posto de saúde fazia o remédio para mim, eu bebi o chá “direitinho” por um ano, logo depois já comecei a tomar cada vez menos chá por que me sentia bem melhor e percebi que já não sentia essa tontura nem dor de cabeça, já me senti bem, me curei, então também deixei de tomar chá”.

Dona Vera, quando foi diagnosticada como hipertensa, decidiu não aderir ao tratamento, porque, segundo suas próprias palavras, Deus era o único que podia ajudar a superar sua situação. Pertencente a uma igreja pentecostal, a senhora decidiu pedir alívio para sua doença através dos cultos e as orações realizadas por alguns líderes de sua igreja e o pastor:

“O espírito Santo mandou-me a cura, por que o Senhor é todo poderoso, e se é sua vontade a gente se cura.... Até hoje graças a Deus estou com boa saúde, nunca mais voltei a ter problemas de pressão alta”.

Rafael foi diagnosticado com diabetes. Atualmente não se reconhece como diabético e não segue nenhum tratamento:

“Eu era diabético e controlava com chá, mas isso foi faz já um tempão e não sou mais diabético, o remédio acabou com isso”.

No entanto, Rafael apresentou problemas de saúde que, segundo ele, não têm relação alguma com a diabetes, versão que é contradita pelo pessoal da EMSI que constantemente lhe adverte que é urgente que reinicie o tratamento para controle da diabetes, ao que se recusa.

Curiosamente em alguns casos, apesar de assumir que a doença havia sido superada, esta fazia aparecimentos “repentinos”. Dona Luciana, por exemplo, comenta que ela sabe, que ela sente quando a

pressão arterial vai se elevar, pois seu ritmo cardíaco aumenta. As razões argumentadas são associadas a um chamado de atenção de Deus quando ela não cumpre com todas as responsabilidades que ele lhe tem encomendado, e para não permitir que a pressão aumente, prepara um chá de ervas (das quais ela tem um grande conhecimento) e avalia quais são aquelas coisas que tem descuidado e tenta retomá-las para atender o chamado de Deus.

Claudette também conseguiu controlar sua pressão. Segundo ela, geralmente se sente bem, e os episódios de pressão alta se manifestam em momentos problemáticos, de tensão:

“a última vez que estive com essa sensação de que a pressão ia se elevar foi quando meu filho decidiu ir a trabalhar a Curitiba, ali eu comecei com essa preocupação, com essa tristeza e o coração começou a bater forte, muito rápido, e por isso mandei a procurar as folhas para fazer o chá, e já com isso fiquei boa (...) sempre é assim, quando eu sinto que a pressão está ruim então bebo o chá, é o melhor para a pressão alta”.

Finalmente Olívia explica-nos sua experiência: três anos atrás o médico diagnosticou hipertensão arterial e posteriormente formulou para ela uma série de medicamentos que devia tomar para controlar a doença. Segundo Dona Olivia, ao terminar a caixa de comprimidos notou uma melhora, e então decidiu deixar a medicação. No entanto, seis meses depois do primeiro episódio começou a sentir dor de cabeça e tontura novamente, quando decidiu voltar ao posto de saúde e pedir os medicamentos que lhe foram formulados na primeira oportunidade.

Apesar da dificuldade para consegui-los (as enfermeiras informaram que devia voltar a fazer consulta médica para que o doutor receitasse a medicação) voltou a usá-los durante o primeiro mês e depois deixou de usá-los:

“Eu já tive varias experiências, já sei que quando me dá essa tontura é a pressão que vai ficar ruim, então vou e peço no posto os comprimidos, tomo toda a caixa de comprimidos direitinho como mandou o doutor e aí já fico boa.... ainda que o pessoal do posto diz que tenho que seguir tomando-os, eu não o faço, por que assim já fico boa, não faz sentido usar mais o remédio, tomar tanto remédio é ruim”.

Finalmente, contamos com um terceiro grupo de pessoas que reconhecem a si mesmos e são reconhecidos por seu meio social como “diabéticos” ou “hipertensos”. Estas pessoas aderiram ao tratamento biomédico da doença e alguns deles assistem mensalmente às reuniões programadas pelo pessoal da EMSI, que tem como objetivo fazer a entrega da medicação, realizar uma jornada de “educação” ou “orientação” e controlar os níveis de pressão arterial e glicose nos “pacientes”.

Para estas pessoas, a diabetes e a hipertensão são doenças que não são curáveis³² e, para chegar a essa conclusão, passaram por uma série de processos de experimentação da doença quando seu corpo foi usado como ferramenta que permite estabelecer a efetividade, ou não, dos tratamentos utilizados em diferentes momentos.

Segundo Dona Larissa, diagnosticada como hipertensa há nove anos, ela esteve por uns três anos controlando a doença exclusivamente com “chá”; como melhorou, achou que não tinha necessidade de fazer uso dos medicamentos que ofereceram para ela na enfermaria, nem de procurar outras alternativas terapêuticas. Depois, com o passar dos anos, e apesar de continuar usando o chá, começou a sentir novamente dores de cabeça muito fortes, e decidiu pedir oração a uma das irmãs da igreja encomendando sua saúde ao pastor; novamente notou que o mal-estar tinha desaparecido e, portanto, continuava tomando o “chá” e assistindo fervorosamente à igreja.

Seis anos atrás a dor de cabeça e a “tontura” reapareceram; diante da situação, decidiu marcar consulta com o médico do posto de saúde para pedir alguns medicamentos que lhe ajudassem a suportar os sintomas. Inicialmente tomava os comprimidos duas ou três vezes por semana, quando se sentia “doente”, e depois parava. A partir de sua experimentação com os medicamentos, descobriu que efetivamente, quando tomava os comprimidos diariamente, a “tontura” e a dor de cabeça desapareciam, e por isso até o dia de hoje os segue usando, sem deixar de lado o uso do “chá” e de encomendar sua saúde à igreja a que pertence. Agora, segundo ela, já fez “consciência” de que vai ter que viver com a pressão alta toda a vida e que tem que fazer o possível para não voltar a se sentir doente de novo.

³² Vale a pena salientar que regularmente a diabetes é catalogada como incurável quase que exclusivamente dentro deste último grupo de “percepções” sobre a doença.

Seu João também reconheceu que antes de “aceitar” plenamente o tratamento para a hipertensão que lhe foi proposto pelo médico, passou por bastante desconforto:

“Eu me resistia a me tomar todos esses comprimidos, que todos os dias e para toda a vida, eu pensava que me ia melhorar mais rápido e fácil do que o médico me dizia. Ao princípio eu pensei que tinha a razão por que após um tempo de tomar os comprimidos já me senti bem, mas depois a tontura e a dor de cabeça voltavam, então voltava a tomar... eu não gosto de tomar tanto remédio da farmácia porque isso é ruim, mas depois vi que se eu tomava os comprimidos já me sentia bem, então agora os tomo sempre, direitinho e estou muito melhor”.

Como podemos observar, existem diferentes formas de perceber a diabetes e a hipertensão arterial entre os Kaingang da TIX. É interessante observar que estas percepções da doença têm a ver com a vivência individual da doença que se constitui como um processo e como experiência (Langdon,2005) e é somente a partir deste processo e experiência que os indivíduos conseguem explicar seu mal-estar, explorar e escolher as formas de autoatenção que finalmente lhes oferecem a possibilidade de cura, controle ou alívio de seus padecimentos.

3.5 PRÁTICAS DE AUTOATENÇÃO E SEUS USOS ARTICULADOS EM RELAÇÃO À DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL ENTRE OS KAINGANG DA TIX.

Até o momento, e através de nossos interlocutores, conseguimos diferenciar a existência de três formas de autoatenção que são utilizadas pelos Kaingang da aldeia sede da TIX para o atendimento da diabetes e da hipertensão arterial: o uso de medicamentos, o uso de “remédio do mato” ou de “chá” e as “orações”. Estas formas de atenção provêm de diferentes práticas: a biomedicina, a “medicina tradicional” e a doutrina das igrejas pentecostais.

Estas diferentes formas de atenção são usadas articuladamente sem necessidade “da intervenção central, direta e intencional de curadores profissionais, ainda quando estes podem ser a referência da atividade de auto-atenção” (Menéndez, 2003:198), isto é, os tratamentos

escolhidos apesar de serem parte de uma tradição particular e serem reconhecidos no aspecto social, são escolhidos de maneira relativamente autônoma.

Em itens anteriores, observamos que são os “pacientes” que decidem como e de que jeito tratam a doença. Por exemplo, no caso do uso de medicamentos, notamos que assim como há quem decida usar o medicamento segundo indicado pelo doutor, outros fazem uso dele em determinadas quantidades e determinados momentos, não tendo necessariamente coerência com o uso “ideal” do medicamento que indica a biomedicina.

Com a finalidade de estabelecer uma ordem metodológica - e facilitar a análise da informação - apresentamos mais amplamente as três principais formas de autoatenção praticadas pelos indígenas Kaingang que se autorreconhecem como diabéticos ou hipertensos, ou que, em algum momento, reconheceram ou tiveram episódios destas doenças.

3.5.1 Uso de medicamentos

Apesar de que existe orientação por parte dos médicos e do pessoal da EMSI do posto de saúde da aldeia sede para o uso de medicamentos, é possível observar que entre os Kaingang hipertensos ou diabéticos que usam tal medicação, acontecem diversos processos de automedicação³³, isto é, decidem se usam ou não e decidem o modo, a quantidade e a periodicidade.

Já foi mencionado que alguns pacientes diagnosticados com hipertensão decidem usar a medicação exclusivamente quando do aparecimento de sintomas e que interrompem o seu consumo com o desaparecimento destes. O processo é repetido cada vez que é necessário. Esta prática é realizada ainda quando o profissional da EMSI indica que o medicamento deve ser tomado de maneira freqüente e constante durante toda a vida. A decisão autônoma está baseada na noção generalizada entre os Kaingang de que o uso excessivo de medicamento não é bom para a saúde³⁴.

³³ Lembremos que na perspectiva de Menendez (2003), usada no desenvolvimento desta investigação, o processo de automedicação não faz alusão exclusivamente ao consumo de fármacos sem orientação do especialista, mas também ao uso de plantas ou outros elementos que se encontrem destinados ao tratamento, controle ou cura da doença.

³⁴ Além das referências feitas por meus interlocutores, e que podem ser encontradas no corpo da presente dissertação, podem-se consultar os trabalhos de Diehl (2001) e Creatini da Rocha (2005).

Quanto às doses, podemos observar que os “pacientes” adequam o uso de medicamentos segundo as necessidades por eles sentidas.

A Paulo, “paciente” diagnosticado como diabético tipo I, isto é insulínodépendente, foi indicado pelo médico o uso de insulina, uma injeção, três vezes ao dia: pela manhã, à tarde e à noite. No entanto, ele toma duas vezes, uma pela manhã e uma à noite. Ele afirma que são suficientes para controlar a doença e seus indesejáveis sintomas. Esta decisão foi tomada por ele devido à forte dor que lhe produz a aplicação das injeções: “Com as duas doses sinto-me bem, então, por que vou sofrer uma dor extra me aplicando a terceira?”, pergunta-se.

Dona Ana também decidiu suprimir os comprimidos que deve tomar a noite, pois segundo nos comenta, estes não lhe permitem dormir, causam ardor no seu estômago. Ela disse ao lhe explicar ao médico seu problema, este lhe disse que o medicamento devia ser consumido após o jantar; como ela o fazia desta maneira e mesmo assim ardia o estômago, simplesmente decidiu parar de tomar esta dose.

Maria, Maria Francisca e Sonia também comentaram que alguns dos medicamentos que lhes eram formulados lhes produziam ardor na garganta e no estômago; decidiram reduzir ou suprimir as doses recomendadas pelo médico. Estas decisões evitam o mal-estar provocado pelo medicamento em si e como não notaram uma piora no seu estado de saúde com a interrupção ou redução do medicamento, decidiram continuar com a prática.

Igualmente, durante a pesquisa de campo foi possível notar que existe entre os pacientes diagnosticados como diabéticos e hipertensos uma noção “política” do acesso ao medicamento. Ou seja, apesar das decisões individuais do uso reduzido ou desuso de algum medicamento, eles reclamam, na medida do possível, a entrega mensal das doses; segundo seu entendimento, a entrega dos medicamentos é um dever do Estado e um direito do índio:

“O Estado dispôs uma série de recursos para atender a saúde do índio, e com esse dinheiro é que compram nossos medicamentos, então é responsabilidade da gente da saúde nos entregar os medicamentos completos, e assim o fazemos, às vezes eu tenho em casa algum comprimido ou insulina que me sobra do mês anterior, mas eu reclamo completa a dose do mês seguinte porque é meu direito, e ademais porque não sê quando vá precisar dele, especialmente com o não

cumprimento da gente da saúde com a entrega dos medicamentos a tempo”, afirma Paulo.

Marino, também diabético (reconhecido pela EMSI como o “único paciente” que “verdadeiramente se cuida” dentre todos os Kaingang diabéticos) afirma que as demoras na entrega do medicamento ou a entrega das doses incompletas e a dificuldade para conseguir a atenção médica no posto de saúde representam uma violação a seu direito à saúde e é um claro exemplo de discriminação ao índio:

“O assunto é muito sério, não dá para controlar uma doença como estas, tão grave quando se tem um sistema de saúde que não se preocupa pela gente, para eles melhor que morram todos esses índios, esses índios não prestam. Eu estou cansado de pedir atenção no posto de saúde daqui da aldeia por que nunca dão fichas, o médico nunca vem, nunca entregam os medicamentos como tem que ser, sempre tenho que estar indo pegar os medicamentos que faltam, às vezes dois ou três vezes ao mês, e eu sou doente, isso é uma falta de respeito, é uma violação ao direito que os índios temos à saúde, é por isso que a gente se pergunta que é o que passa com o dinheiro da saúde do índio, por que as coisas não estão ali nunca quando a gente precisa delas”.

3.5.2 Uso de “chá” ou “remédio do mato”

O uso de chá ou “remédio do mato” é freqüentemente utilizado pelos Kaingang para o tratamento de diversas doenças, entre elas a hipertensão arterial e a diabetes. Ao perguntar sobre as plantas utilizadas na preparação do chá, fez-se uma primeira distinção: de algumas plantas somente extraem-se as folhas para preparar o chá, enquanto de outras usam as folhas e os galhos. As folhas utilizadas para o chá que ajudam no tratamento da hipertensão são as de: guabiroba, moranguinho, chapéu de couro, chuchu, cavalinho e bergamota. Entre as plantas usadas, inclusive seus galhos ou frutos, contam-se: erva de bugre, cidreira³⁵ amora branca³⁶, alho³⁷ e pata de vaca, que estariam indicadas também

³⁵ Esta estaria contra-indicada em caso de sofrer de pressão arterial “baixa”.

³⁶ Somente possível de coletar no inverno.

³⁷ Também poderia ser preparado como “tintura”, isto é, preparado com “álcool de farmácia”.

como co-ajudantes no tratamento da diabetes. Poderíamos pensar que existe um consenso de opinião no fato de que o chá somente ajuda no tratamento da diabetes, mas que não consegue curar a doença, como poderia acontecer com o chá preparado para a hipertensão arterial, já que as plantas utilizadas teriam a propriedade de neutralizar ou de regular a pressão.

O chá pode ser preparado de uma planta só, ou da combinação de várias delas (três em média) que são fervidas em água durante aproximadamente quinze minutos e depois deixam repousar por mais vinte minutos. Algumas pessoas preferem consumir o chá quente e outros, frio. A posologia variou entre duas ou três vezes ao dia até o uso “à vontade” da preparação. Dona Ana ferve as plantas em água; esta infusão é a que utiliza para preparar o “chimarrão”, que bebe com o seu marido à vontade durante o dia. A escolha das plantas utilizadas baseia-se principalmente em duas situações: a disponibilidade de espécies existentes na aldeia sede e seus arredores e a preferência individual.

A preparação pode ser realizada pelo paciente ou algum de seus familiares próximos, sempre que tenham conhecimentos do uso de plantas ou a preparação dos remédios. Em outros casos, a preparação do chá é encarregada a terceiros: na aldeia sede reconhece-se uma “remediera” (crente) que periodicamente recebe encargos para realizar o remédio, ou uma indígena servidora pública do posto de saúde que, em anos anteriores, participou de um curso de “fitoterapia” oferecido pela pastoral da saúde; em outros casos, fica encarregada a “remediera” (católica) da aldeia “Pinhalzinho”.

Segundo alguns trabalhos antropológicos, os “remédios”³⁸ preparados na “medicina tradicional” Kaingang, especialmente pelos “curadores”, são rezados após preparados³⁹; a reza não teria um esquema específico e, pelo contrário, cada curador teria sua forma particular de “rezar” o remédio. Estas rezas, no entanto, estariam associadas à práxis católica e ao catolicismo popular, que seria invocado um ou vários santos pertencentes a esta religião (Oliveira,1996, Ghiggi,2006).

³⁸ Geralmente infusões e chás.

³⁹ Neste ponto, vale a pena salientar que estas rezas poderiam ser uma síntese de práticas xamânicas prévias ao contato com a sociedade envolvente. Segundo Langdon, esta afirmação poderia se argumentar, ou esta inquietude poderia ser formulada, olhando por exemplo o caso dos Siona da Colômbia, entre os que os xamãs “cantam” o remédio (Langdon, comunicação pessoal, Janeiro,2010).

Atualmente, e com a influência das igrejas pentecostais, a elaboração de remédios a partir de plantas⁴⁰ teria incorporado uma nova série de elementos e explicações que lhe dão validade para a continuação como forma de autoatenção vigente entre os Kaingang da TIX.

No caso da Dona Luciana, “remediera” da aldeia sede e pertencente à igreja pentecostal, esta não somente prepara o remédio como o “ora”⁴¹. Alguns católicos vêm neste tipo de ato um “atentado” contra à cultura e os costumes Kaingang⁴².

Dona Luciana não é indiferente a este mal-estar existente entre os Kaingang católicos da aldeia; ela comenta que há uma falta de comunicação, que não é correto que os católicos achem que a religião evangélica tem a ver com a perda da tradição ou que a doutrina da igreja atente contra a cultura “tradicional” Kaingang. Ela nos explica o que, em sua opinião, acontece realmente:

“antes o Kujá falava com os animais, com os bichinhos do mato, com o mico, a coruja e outros, mas agora que nossa terra foi desmatada não há mais bichos para falar com os Kuja, então agora temos o espírito santo que nos fala, que mostra a doença nas pessoas e o remédio para nós. É Deus que me mostra todo direitinho, mostra-me o remédio no mato, o único diferente com a tradição Kaingang é que nós (protestantes) não bebemos, fumamos nem assistimos aos bailes, além disso, é tudo igual”.

Neste sentido, poderíamos observar uma síntese de práticas “contrárias” à descrita por Oliveira (1996), onde se incorporaram santos da igreja católica e do catolicismo popular à prática da medicina tradicional; atualmente poderíamos pensar numa nova “síntese”, onde as figuras católicas teriam sido substituídas por uma única figura, Deus, e sua manifestação através do espírito santo que cumpriria exatamente as mesmas funções que outrora eram atribuídas ao “animal guia” (Oliveira,1996; Crepeau, 2002). O processo de diagnóstico da doença e preparação do remédio manter-se-ia.

⁴⁰ Uma das poucas práticas “tradicionalis” não proibidas pela doutrina da igreja.

⁴¹ Os católicos rezam, os evangélicos oram.

⁴² Em geral, é claro que existem diferenças entre os Kaingang católicos e os Kaingang crentes na aldeia sede.

Podemos observar na aldeia sede que a igreja pentecostal e seus métodos terapêuticos tem a cada dia mais força. A seguir, ampliaremos a relação existente entre saúde e religião a partir das experiências comunicadas por Kaingang da localidade, diagnosticados com hipertensão arterial ou diabetes (autorreconhecidos ou não como tais na atualidade).

3.5.3 Saúde e religião:

Como tentamos assinalar, nos últimos anos a ação da igreja pentecostal ganhou um lugar importante dentro das dinâmicas sociais da aldeia sede e da TIX. Ao apresentarem-se casos de diabetes e de hipertensão arterial, a igreja converteu-se numa alternativa terapêutica passível de ser utilizada para o tratamento de tais doenças.

Em alguns casos, o paciente, já pertencente à igreja, recorre à oração dos seus “irmãos” ou do pastor de sua igreja, assiste aos cultos e geralmente seus familiares pedem campanhas por sua saúde nos casos mais graves.⁴³ A doença, neste contexto, pode constituir-se como uma “prova de fé” ou como um chamado de atenção por não se fazer responsável das suas obrigações com a igreja.

Entre os Kaingang que já pertenciam à igreja e estavam ativamente unidos a ela no momento do diagnóstico, a oração e demais atividades se encontram encaminhadas a ajudar o indivíduo a “suportar” a prova que Deus lhes impôs, para se preparar. A oração ajuda a aceitar com fortaleza a vontade divina. Do mesmo jeito, a oração abre a esperança de cura da doença:

“Às vezes o médico diz que as doenças não se curam, que você não vai sanar, que você não vai caminhar mais, mas eu creio em Deus e acho que posso sanar, que posso suportar todo o que ele precise me fazer suportar para estar preparado no momento no que ele me requeira [...] acho que meus “irmãos” que sempre oram por meu, e a oração que peço para nosso pastor num dia vão permitir minha cura”, diz-nos Marino.

⁴³ As campanhas “constituem-se de uma persistência em orações para auxílio de uma pessoa específica. Nesta prática, durante semanas, ou até meses, são feitas solicitações em nome da melhora do estado do acometido” (Ghiggi,2006).

Apesar da importância da oração na vida dos evangélicos como forma de atenção dedicada ao cuidado de sua saúde, há entre este grupo uma grande adesão ao tratamento biomédico, especialmente no que refere ao uso de medicamentos trabalhando a dupla corpo/ espírito de maneira permanente: “Os comprimidos para o corpo e Deus para nossas almas” como o diz Marino.

No entanto, os casos de “cura” de hipertensão que se deram dentro da igreja e que consegui conhecer ocorreram geralmente entre pessoas que em algum momento se desviaram da igreja, ou entre aquelas pessoas que, no seu itinerário terapêutico, encontraram nela uma alternativa passível de ser utilizada e que não somente deu fim ao sofrimento produzido pela doença, como terminou convertendo-se na prova que tinham que passar para reconhecer, aceitar e encontrar a Deus nas suas vidas.

Alice nos fala que ante a presença de sintomas como dor de cabeça e “tontura” permanente, consultou com o médico, que lhe diagnosticou pressão alta. Ela inicialmente tomou os medicamentos que este lhe ofereceu, mas não conseguiu um restabelecimento satisfatório da sua saúde. Diante desta situação, decidiu seguir os conselhos de sua irmã (pertencente a uma das igrejas protestantes da aldeia) e começou a assistir aos cultos e a pedir oração por sua saúde:

“Essa foi a forma que Deus encontrou para que O aceitasse em minha vida [...] por que Deus atua de formas misteriosas, mas todo o que nos sucede é porque Deus tem um plano para nossas vidas [...] depois que eu ingressei à igreja e reconheci a Deus em meu coração, a doença acabou por graça de Deus nosso senhor”.

No caso de Dona Emília, ela nos comenta:

“Graças a Deus eu estou bem hoje, estive muito doente, não conseguia nem sequer ter a força suficiente para manter meu corpo em pé, depois, quando comecei a ir à igreja e os “irmãos” começaram a orar por mim, tudo mudou: Deus enviou fortaleza para meu corpo e para meu espírito e já pude voltar a ser eu mesma, a ter força para seguir adiante com minha vida e para louvar a Deus, nosso senhor onipotente”.

O caso de Antonia é muito particular: faz dois anos que foi diagnosticada com pressão alta, encontrou a “cura” para seu mal numa das igrejas pentecostais que atua na aldeia sede:

“Eu fiquei bem, já não sofri mais de nada, minha pressão normalizou, só que depois por coisas da vida desviei e já não continuei assistindo a igreja, aí a doença regressou, comecei novamente a sentir-me doente, com dores de cabeça muito fortes e essa cansera que às vezes não me podia nem levantar, aí os irmãos diziam-me que voltasse à igreja, que era Deus que estava me fazendo um chamado para voltar do seu lado, mas desta vez decidi tratar-me com o médico, e a situação melhorou um pouco, mas acho que minha saúde somente vai estar bem quando volte à igreja, quando Deus esteja contente comigo”.

No caso das igrejas pentecostais, é muito interessante que, apesar de que o “paciente” deve pedir primeiro o auxílio da oração, existe também uma grande aceitação dos tratamentos biomédicos e do uso de “chá”. Ainda que a oração pode curar o corpo e o espírito, é possível observar em casos de outras doenças ou mesmo diabetes, que a ação da oração e a igreja estão mais encaminhadas a ajudar no plano espiritual, isto é a “suportar”, a entender a doença como desígnio divino e necessário para um plano posterior que Deus tem para o indivíduo, enquanto que para o mal-estar corporal se faz uso dos medicamentos ou os “chás”.

Neste sentido, parece-me interessante fazer uma analogia com a noção de corpo Kaingang proposta por Carvalho (2008), por exemplo, em que a pessoa Kaingang estaria constituída em corpo e espírito e especialmente entre a relação existente entre os dois.

Por conseguinte, atrever-me-ia a sugerir que uma das razões pela qual as igrejas pentecostais têm tanta aceitação dentro desta comunidade está unida à “coerência” ou “familiaridade” que sua doutrina ou suas práticas têm em relação a algumas das práticas “tradicionais” da cultura Kaingang; é o caso da dicotomia relacional corpo e espírito, da ação do espírito santo como “guia” que mostra a doença e o remédio, e a aceitação do uso de plantas medicinais como recurso alternativo, etc.

Considerando que nosso objetivo final é discutir as práticas de autoatenção à saúde (especialmente em relação à diabetes e a hipertensão arterial) num contexto intermédico, existindo relações de

poder em diferentes níveis, apresentamos a seguir uma caracterização das doenças que viemos abordando, a partir da biomedicina, sistema médico segundo o qual a diabetes e a hipertensão foram diagnosticadas na aldeia sede da TIX⁴⁴, para introduzir o último capítulo da dissertação, onde nos centraremos especificamente no encontro e desencontro de práticas e saberes sobre a doença existentes na localidade a partir da pluralidade de saberes médicos que ali se concentram.

⁴⁴ Pelo menos na totalidade dos casos que tive a oportunidade de conhecer.

4. CAPÍTULO III DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL NA TIX: UM OLHAR BIOMÉDICO

4.1 A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE INDÍGENA (EMSI).

A TIX conta com cinco postos de saúde; o mais importante encontra-se localizado na aldeia sede e está relacionado com as dinâmicas de funcionamento do posto de saúde da aldeia de Pinhalzinho, já que estes não contam com uma equipe de pessoal exclusiva para cada posto e por causa disso alguns profissionais trabalham meio período na Sede e o outro meio período no Pinhalzinho. Também podemos observar que alguns dos profissionais, apesar de serem contratados como pessoal do posto da aldeia sede, atendem à totalidade da população da área indígena que se encontra em jurisdição do município de Ipuacu, e por isso, deslocam-se continuamente.

A EMSI⁴⁵ da aldeia sede, no momento de nossa chegada, estava formada por: um médico, duas enfermeiras, uma nutricionista, quatro técnicos de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de dentista e dois agentes indígenas de saúde. No entanto, o médico trabalhava meio período na sede e meio período no Pinhalzinho. Do mesmo modo, a nutricionista responsável pelo acompanhamento nutricional das crianças das aldeias da TIX localizadas no município de Ipuacu devia se deslocar às diferentes aldeias para cumprir com a totalidade de suas tarefas. Ocasionalmente, as enfermeiras da Sede também deviam se deslocar para levar a cabo as atividades referentes a programas de vacinação ou de educação em saúde (para desenvolver as reuniões sobre diabetes e hipertensão arterial, por exemplo).

No Pinhalzinho, contava-se com um dentista, uma enfermeira, uma técnica farmacêutica e uma técnica em enfermagem, sendo que o médico e a nutricionista também desempenhavam seus trabalhos neste posto de saúde.

Durante nossa estadia na aldeia sede da TIX, foi possível observar como existe uma instabilidade na conformação das EMSI. Inicialmente, a partir das conversas com o pessoal da equipe, manifestou-se que nos últimos cinco anos o pessoal teria mudado em várias ocasiões. Este era especialmente o caso dos médicos. Do mesmo modo, neste transcurso de tempo, os especialistas, como a pediatra, a

⁴⁵ Afiliada institucionalmente à FUNASA.

ginecologista e a assistente social, teriam desaparecido da relação de pessoal do posto de saúde da aldeia sede.

Igualmente foram freqüentes as queixas a respeito da constante mudança dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS). Segundo o relatado, há cerca de dois anos atrás, os antigos AIS foram substituídos por outras pessoas, que não contariam com a experiência dos anteriores. A efetividade e rapidez das atividades que lhes cabiam teriam diminuído e, ao mesmo tempo, teria sobrecarregado o trabalho de outros profissionais da EMSI.

Além disto, durante nossa estadia, foi notável uma ansiedade permanente por parte do pessoal que ali trabalha sobre a continuidade ou não de seus contratos de trabalho. Isto se deve aos diferentes processos conjunturais que estavam acontecendo no momento, em que realizei a pesquisa de campo e pela contínua discussão sobre que instituição (governamental ou não-governamental) e com que fundos deveriam cobrir, por exemplo, o pagamento do salário de alguns deles.

Observamos também o mal-estar gerado na população pelo fato de que o contrato da dentista não foi renovado. Para dar “solução” a esta situação, o dentista do Pinhalzinho teve que começar a trabalhar meio período na sede para “cobrir” a demanda do serviço. Nesse mesmo período, o médico se demitiu e as aldeias da área indígena localizadas no município de Ipuacu ficaram sem acesso ao serviço médico. Esta situação não havia sido solucionada no momento da minha partida de campo e existia pessimismo generalizado sobre a possível substituição do doutor. Segundo se comenta (tanto por profissionais da EMSI como pela população) isso acontece por que não existem muitos médicos interessados em trabalhar na área indígena.

O caso do médico causou grande preocupação, pois diante desta situação, além das urgências, as consultas médicas, as consultas de rotina e demais começaram a ser remetidas ao hospital da cidade de Xanxerê. A situação agravou-se pelo fato de que, devido às problemáticas institucionais do momento, foram limitados os recursos para gasolina e o número de veículos à disposição do posto de saúde. Então começou a ser freqüente observar como os doentes eram trasladados em grupos de cinco pessoas numa viatura só, o que não permitia que os pacientes fossem trasladados nas condições adequadas, gerando ainda mais mal-estar entre a população.

Igualmente, limitaram-se as atividades dos profissionais de saúde que não podiam se deslocar às aldeias próximas para cumprir com os suas

obrigações, pois não podiam deixar o posto de saúde sem viatura para transladar os doentes.

À instabilidade na conformação das EMSI soma-se também a insuficiência de profissionais da saúde que atualmente se encontram atendendo à população. Uma das queixas permanentes tanto dos líderes indígenas quanto da população em geral, e inclusive dos profissionais que trabalham no posto de saúde, é a falta de ao menos um médico a mais para cobrir a demanda de atenção médica na região. Também sente-se falta de pelo menos mais um dentista e vários agentes indígenas de saúde.

A falta de recursos (como uma ambulância ou mais viaturas), a necessidade de ter um maior número de profissionais da saúde atendendo no posto (inclusive nos fins de semana) e a pouca fluidez da informação entre os diferentes setores institucionais foram reconhecidas como os problemas que geram maior insatisfação por parte da população indígena, frente ao serviço de atenção em saúde no posto da aldeia sede.

4.1.1 Profissionais da saúde da EMSI da TIX em um contexto de atenção diferenciada.

Ante a insatisfação geral entre os Kaingang da aldeia sede em relação à atenção em saúde e considerando que na República Federativa do Brasil existe uma política de atenção diferenciada em saúde para povos indígenas que procura atender mais “adequadamente” a estas populações, em concordância com as suas particularidades culturais, decidimos indagar sobre como esta noção estava sendo percebida pelos profissionais da EMSI que trabalhavam na região. O objetivo era entender, num contexto mais amplo, as expectativas que a equipe tem sobre seus trabalhos e responsabilidades dentro da comunidade e para gerar um ponto de referência que posteriormente nos permita refletir sobre a relação equipe de saúde/paciente indígena existente na aldeia sede da TIX.

A seguir serão apresentadas de maneira sintética as características que definem a política de atenção diferenciada em saúde para povos indígenas vigente no Brasil com a intenção de, posteriormente, estabelecer uma referência comparativa do que propõe a política e como é entendida e aplicada pela EMSI da TIX.

4.2 UMA POLÍTICA DE ATENÇÃO DIFERENCIADA.

No ano de 1999, foi criado o subsistema de atenção em saúde para populações indígenas no Brasil por meio do Decreto No. 3.156 e da lei 9.836. Este subsistema está organizado a partir dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) que estão compostos por postos de saúde que se vinculam uma equipe multiprofissional de saúde indígena (EMSI), incluindo agentes indígenas de saúde (AIS) e agentes indígenas de saneamento (AISAN).

No entanto, a noção de atenção diferenciada em saúde começa a ser trabalhada a partir do ano de 1986, no Brasil, na primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. Nessa Conferência, estipula-se a necessidade de assegurar o respeito e reconhecimento das formas diferenciadas de conceber a saúde existentes entre os diferentes povos indígenas. No ano de 2000, edita-se a Política Nacional de Saúde para Povos Indígenas no Brasil onde se reconhece a eficácia das medicinas dos diferentes grupos indígenas e seu direito a “exercer” sua cultura. Esta política enfatiza o respeito pelas diferenças e os costumes dos povos indígenas em relação aos processos de saúde e doença, e em geral às práticas culturais ligadas a estes processos, e a coerência existente entre tais práticas com o mundo cosmológico e as dinâmicas sociais da cada uma de ditas populações (Langdon, Diehl; 2007).

Neste sentido, são propostas uma série de atividades para estabelecer a política de atenção “diferenciada” em saúde para populações indígenas: 1) a capacitação do pessoal de saúde para atuar em contextos interculturais; 2) a articulação das práticas biomédicas com as práticas particulares referentes ao cuidado da saúde e a doença de ditos povos e 3) a formação de agentes indígenas de saúde como estratégia para facilitar este processo articulatório, no que se procura ampliar as possibilidades de recursos terapêuticos disponíveis nestas comunidades (Langdon, Diehl; 2007).

Com a implementação desta política de saúde, criam-se expectativas para ampliar a participação dos povos indígenas na realização de ações com a intenção de cobrir as suas necessidades em saúde, melhoria na qualidade e acessibilidade ao serviço para estas populações e, em geral, o desenvolvimento de um sistema de saúde mais eficaz e adequado às necessidades e percepções sobre os processos de saúde e doença “diferenciadas” dos diferentes grupos étnicos brasileiros.

4.2.1 A EMSI e a política de atenção diferenciada em saúde para populações indígenas.

Durante as conversas e entrevistas mantidas com os profissionais da EMSI da TIX, frequentemente escutamos num primeiro momento que, a partir de sua experiência de trabalho no posto, poderiam afirmar que realmente *não existe* uma atenção diferenciada para populações indígenas. Esta afirmação encontra-se associada ao fato de que o subsistema de saúde indígena é um subsistema do Sistema Único de Saúde (SUS), o que faz com que se encontre previamente estabelecida uma estrutura organizativa e administrativa que, segundo sua perspectiva, não é suficientemente flexível para pensar em atender a população em concordância com as suas “particularidades culturais”, neste caso específico, os Kaingang da TIX.

No entanto, num segundo momento, e à medida que desenvolviam-se as conversas, foi possível observar que, ao fazer uma revisão sobre suas atividades cotidianas no posto de saúde, começava a aparecer a noção de “atenção diferenciada” em dois aspectos: um instrumental e outro relacional.

O instrumental a que faço referência diz respeito à falta de infraestrutura ou equipes para realizar determinados processos, tal qual lhes é ensinado na faculdade. Isto é, o problema da atenção diferencial surge quando no cotidiano não conseguem armazenar certo medicamento ou não contam com certo tipo de instrumentos, e por isso, devem planejar uma série de “estratégias” para conseguir superar essas dificuldades. A esse respeito, vários profissionais da EMSI reclamaram da ausência de orientação nos programas de graduação para assumir as “dificuldades” que pressupõem trabalhar entre populações ou em lugares que se apresentam este tipo de dificuldades. Luana por exemplo, comenta-nos: “Na faculdade ninguém fala de trabalhar em populações indígenas, e tem coisas que tem que adaptar de acordo ao ambiente... você chega e percebe que não tem geladeira... não tem outra coisa.... você chega e não está preparado para resolver esses problemas”.

O lado relacional, por sua vez liga-se às “dificuldades” que surgem em sua prática diária. É interessante ver que estas “dificuldades” parecem surgir a partir da “diferença cultural” dos povos indígenas e esta diferença complicaria a realização efetiva das suas atividades.

Danielle explica:

“O entendimento deles (Kaingang) é diferente,

prévio você tem que ver as condições em que tem que trabalhar e daí explicar com mais calma, tem que adaptar as coisas para eles do melhor jeito possível”.

Do mesmo jeito, Barbara diz:

“a gente tem que colocar as coisas para eles no ritmo deles, no jeito deles... a gente tem que se adaptar ao povo indígena, direcionar nosso conhecimento para que eles entendam do jeito deles e para conquistar eles”.

Ou como nos diz Celeste:

“Você tem que repetir muito as indicações, perguntar freqüentemente para eles para saber como, e si em verdade estão tomando os medicamentos direitinho... você explica uma vez, e depois vai perguntar para eles e já não se lembram ou dizem que a gente não explicou para eles ... isso faz que nosso trabalho seja difícil, também tem coisas que são muito difíceis de falar com eles como o planejamento familiar”.

Outro aspeto que poderíamos enquadrar dentro do lado relacional é o “respeito” pelos costumes do “outro”.

Segundo os profissionais da saúde, eles respeitam as práticas de autoatenção realizadas pelos Kaingang da região. No entanto, este respeito termina no momento em que o profissional da saúde avalia alguma de tais práticas como “errada”, vendo-se na obrigação de “orientar” o paciente a abandoná-las ou a substituí-las por outras mais saudáveis. Entre os profissionais que compõem a EMSI, há uma verdadeira decepção porque, apesar de seus esforços para orientar as pessoas a mudar ou substituir certos hábitos ou práticas, elas não seguem suas indicações:

Nesse sentido Celeste disse:

“Faz quanto tempo que o pessoal está explicando para eles que não deve se aplicar café no umbigo dos recém nascidos ⁴⁶... nós insistimos e

⁴⁶ O café é aplicado no umbigo dos recém-nascidos com a intenção de contribuir no processo de cicatrização.

insistimos, mas é incrível que até o dia de hoje eles não aceitam e não abandonam esse costume”.

Da mesma maneira Luana comenta-nos que:

“é muito difícil fazê-los (aos Kaingang) mudar de hábito, esse é um dos problemas que temos, com a alimentação, por exemplo, é muito difícil, mas após muito insistir, pouco a pouco alguma coisa muda... há que ter muita tranquilidade e paciência”.

Em contraposição, é interessante notar que, na medida em que existem práticas de autoatenção que são percebidas como “certas” desde a perspectiva biomédica, estas são instrumentalizadas; este é o caso do uso de “remédio de mato” renomeado como “fitoterapia” pelos profissionais da EMSI e que é amplamente recomendado pelo pessoal de saúde. Neste caso, Bárbara diz:

“eles (Kaingang) estão acostumados a usar as plantas, e nós recomendamos que usem a fitoterapia no tratamento das doenças sem nenhum problema, eles podem usá-las a vontade, isso não interfere com os tratamentos que aqui indicamos”.

Ao perguntar aos membros da Kaingang da EMSI sobre a atenção diferenciada, eles afirmaram que esta não existe e que isto é demonstrado no momento da consulta (especialmente quando o paciente deve se dirigir ao hospital de Xanxerê para ser atendido). Assim fala um dos técnicos de enfermagem:

“Não há uma atenção diferenciada... nós temos que esperar; pegar ficha tal como os outros... falam muito que a gente tem que ser atendida diferente, mas na realidade não passa nada”⁴⁷

Por conseguinte, podemos observar que a atenção diferenciada entre os profissionais da EMSI, em primeiro lugar, deveria fazer referência a uma diferença na ordem institucional. Em segundo lugar, concebe-se como a necessidade de “respeitar” - que tem seus limites - os costumes e práticas utilizadas pelos Kaingang da TIX; e, em terceiro

⁴⁷ Este discurso também está generalizado entre as lideranças indígenas, que reclamam da demora no atendimento, e falam que no hospital “não deixam atender ao índio primeiro”

lugar, como “integração” de práticas de autocuidado biomédicas e práticas de autoatenção indígenas. Estas posturas fazem-se contraditórias pois, como o mencionam Langdon e Diehl (2007), a “articulação”⁴⁸ pressupõe uma legitimização das práticas de autoatenção realizadas pelos indígenas por parte da biomedicina (passo que institucionalmente não se está disposto a dar) e a “integração” indica uma instrumentalização de tais práticas de autoatenção por parte da biomedicina, o que também expressa o caráter hegemônico desta.

4.3 Estatísticas de diabetes e hipertensão na Terra Indígena de Xaçecó (TIX)

Apesar da preocupação existente por parte dos profissionais de saúde, e em geral dos profissionais das diferentes áreas que atuam na terra indígena de Xaçecó, sobre o aumento preocupante do número de hipertensos e diabéticos nesta terra indígena, foi realmente difícil estabelecer um ponto de comparação ano a ano, através de dados estatísticos, por diversas razões. Em primeiro lugar, e devido ao momento conjuntural sobre a prestação no serviço de saúde sobre o qual já fizemos menção, foi impossível obter os consolidados de dados sobre os casos de hipertensão arterial e diabetes na sede do Pólo Base de FUNASA na cidade de Chapecó. Igualmente aconteceu com os dados de morbidade e mortalidade. Em várias ocasiões, tentamos reunir-nos com a pessoa que poderia nos oferecer esta informação; no entanto, seus múltiplos compromissos não lhe permitiram marcar um horário de encontro conosco para fornecer e discutir os dados.

Ante esta situação, recorreram-se aos dados coletados diretamente no posto de saúde pela enfermeira responsável do programa de hipertensão e diabetes nos três meses que permaneci em campo. A consolidação destes dados foi feita tendo em conta a proporção de medicamentos entregues, seja durante as reuniões ou através dos agentes indígenas de saúde, e pelo registro de novos casos que se deram no mês. Do mesmo jeito, uma das enfermeiras, a partir de sua experiência de trabalho com os hipertensos e os diabéticos, tinha conhecimento dos dados numéricos de pacientes registrados com diabetes e hipertensão arterial do ano de 2006. Segundo os dados fornecidos pela profissional:

“antes não havia muitos pacientes com diabetes nem com hipertensão, havia alguns casos, já no

⁴⁸ Neste caso representada no “respeito” e aceitação dos costumes dos “outros”

ano 2006 tínhamos 170 pacientes registrados como hipertensos e 12 ou 13 diabéticos, mas nenhum deles usava insulina... conscientes desta situação em 2007 e 2008 fizemos a “semana da saúde”, então convidávamos à gente a vir e lhes tomamos a pressão, os pesávamos e assim fomos conseguindo registrar novos casos”.

Atualmente o registro de casos de pacientes diagnosticados com estas doenças na TIX são os seguintes:

<i>Aldeia</i>	<i>No. de Hipertensos</i>	<i>No. de Diabéticos</i>	<i>Total</i>
Fazenda	6	0	Hipertensos 200
Água Branca	21	2	
Pinhalzinho	73	4 (1 insulino-dependente)	
Olaria	27	2	Diabéticos: 20
Baixo Samburá	9	1	
Sede	58	11 (5 insulino-dependentes)	Diabéticos insulino-dependentes: 6
Serrano	3	0	
Cerro Doce	3	0	

**Tabela No. 1 Registro de Hipertensos e diabéticos TIX –
Fonte: Posto de Saúde, aldeia sede TIX. Setembro de 2009**

<i>Aldeia</i>	<i>No. de Hipertensos</i>	<i>No. de Diabéticos</i>	<i>Total</i>
Fazenda	6	0	Hipertensos: 202
Água branca	18	2	
Pinhalzinho	73	4 (1 insulino-dependente)	
Olaria	29	2	Diabéticos: 20
Baixo Samburá	12	1	
Sede	58	11(5 insulino-dependentes)	Diabéticos insulino-dependentes: 6
Serrano	3	0	
Cerro Doce	3	0	

Tabela No.2 Registro de Hipertensos e Diabéticos TIX
Fonte: Posto de Saúde, aldeia sede TIX Outubro de 2009

<i>Aldeia</i>	<i>No. de Hipertensos</i>	<i>No. de Diabéticos</i>	<i>Total</i>
Fazenda	6	0	Hipertensos: 203
Água Branca	18	2	
Pinhalzinho	73	4 (1 insulino-dependente)	
Olaria	28	2	Diabéticos: 20
Baixo Samburá	11	1	
Sede	61	11 (5 insulino-dependentes)	Diabéticos insulino-dependentes: 6
Serrano	3	0	
Cerro Doce	3	0	

Tabela No.3 Registro de Hipertensos e Diabéticos TIX –
Fonte: Posto de Saúde, aldeia sede TIX Novembro de 2009

Para aproximar-nos de uma leitura destes dados, é necessário considerar que, para o ano de 2005, estimava-se que a população Kaingang do Posto indígena de Xaçecó seria de 2.900 pessoas⁴⁹. Na atualidade, não foi possível encontrar um consenso sobre o número de população Kaingang concentrada em tal aldeia. As informações entregues pelo pessoal do posto de saúde e as lideranças indígenas variavam entre as 400 e 500 famílias.

Ao receber os dados sobre hipertensão e diabetes por parte do pessoal do posto de saúde, conseguimos notar, em primeiro lugar um aumento dos casos de hipertensão arterial (de 170 em 2005 a 200 em 2009) e de diabéticos (de 12 ou 13 em 2005 a 20 em 2009). Neste último grupo, 6 pessoas começaram a fazer uso da insulina.

Quanto aos dados coletados nos últimos três meses, e como era esperado, as aldeias que concentram maior quantidade de população apresentam um maior número de casos registrados de diabetes e hipertensão. Este é o caso das aldeias Sede, Pinhalzinho e Olaria. Também pode-se observar que existe uma maior estabilidade do número de casos de diabéticos e especialmente de diabéticos insulino-dependentes em relação ao número de casos de hipertensos. Também poderíamos dizer, segundo os dados numéricos obtidos, que a variação no número de casos de hipertensão não é dramática ao menos quando observada em curtos períodos de tempo.

No entanto, é necessário considerar uma série de aspetos que podem nos ajudar a fazer uma leitura mais efetiva sobre a dimensão da prevalência de diabetes e hipertensão entre os indígenas Kaingang da área indígena Xaçecó. Em primeiro lugar, e como foi descrito no capítulo II da presente dissertação, entre os Kaingang o fato de ser diagnosticado como diabético ou hipertenso não necessariamente leva as pessoas a se autoidentificarem como tal. O diagnóstico não necessariamente faz com que a pessoa assuma os tratamentos, ou seja, a “totalidade” dos “pacientes” não podem ser “rastreados” ou “contabilizados” a partir das quantidades de medicamentos entregues pelo pessoal do posto de saúde ou pelas visitas e acompanhamentos realizados pelos AIS.

Da mesma maneira, existe entre os Kaingang a noção de que estas doenças podem ser tratadas nos momentos em que há uma experiência de mal-estar (sem necessariamente fazer uso de

⁴⁹ Informação obtida em Portal Kaingang www.portalkaingang.org

medicamentos controlados por toda a vida), o que faz com que uma pessoa que, num determinado mês reclame o medicamento, não volte no mês seguinte, ainda que seu registro se mantenha por mais três meses nos dados do sistema. Cumpridos os três meses, esta pessoa deixa de ser contabilizada como um “paciente” hipertenso ou diabético e, finalmente, em caso de requerer novamente a medicação ou a atenção médica, devem fazer um novo registro para receber a atenção.

Isto nos leva a pensar que o número de pessoas registradas nas tabelas 1, 2 e 3 não necessariamente faz alusão ao número de pessoas que efetivamente poderiam ser reconhecidas como diabéticos e hipertensos (estes últimos especialmente) pela biomedicina, ou que no momento estão experimentando os sintomas que reconhecem como sinais destas doenças.

Em segundo lugar, foi comentado pelas enfermeiras da EMSI que existem dificuldades no registro dos pacientes diabéticos e hipertensos no sistema do SUS e do programa HIPERDIA⁵⁰, pois ainda que elas contem com os formulários para realizar o registro, muitos dos pacientes não têm CPF ou documento de identidade, já que o “controle interno” dos pacientes da TIX é feito manualmente através de carteirinhas. A diferença entre dados coletados na aldeia em relação aos dados cadastrados no sistema, refletem na quantidade de medicamentos que efetivamente é enviada pelas instituições competentes para o tratamento da hipertensão e a diabetes. Segundo conversas com o pessoal do posto de saúde e dos pacientes diagnosticados com esta doença que aderiram ao tratamento, a quantidade de medicamentos que chega é menor em relação à quantidade que deve ser entregue. É uma queixa freqüente, tanto dos pacientes como os profissionais, o fato de que muitas vezes não é entregue a medicação completa. Para os pacientes, é trabalhoso ter que voltar em duas ou três ocasiões ao posto de saúde para reclamar os medicamentos faltantes e, para as enfermeiras e demais responsáveis, é incômodo ter que entregar aos pacientes parte

⁵⁰ Segundo o Ministério da saúde, o HIPERDIA é um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellito, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde. Além do cadastro, o Sistema permite o acompanhamento, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, ao mesmo tempo que, a médio prazo, poderá ser definido o perfil epidemiológico desta população, e o conseqüente desencadeamento de estratégias de saúde pública que levarão à modificação do quadro atual, a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e a redução do custo social. Publicado em: http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=807 HIPERDIA

dos medicamentos necessários, pedindo que aguardem até chegarem os medicamentos faltantes.

Inicialmente, em termos epidemiológicos, estatísticos e da saúde pública, poderíamos pensar que existe um subregistro de casos de diabetes e especialmente de hipertensão entre os Kaingang da terra indígena Xapecó e que este subregistro estaria impedindo uma maior efetividade e qualidade no planejamento e atenção destas doenças na região. Porém, nas diversas interlocuções com os profissionais da saúde do posto da aldeia sede foi notado que não existem preocupações a respeito; isto é, para o pessoal os números apresentados correspondem ao número de casos reais existentes na área indígena.

Neste ponto vale a pena perguntar-nos se poderíamos falar de um subregistro de estatísticas da doença na medida em que, desde a perspectiva Kaingang, doenças como a hipertensão não constituem necessariamente um problema de saúde e não precisa ser tratado única ou exclusivamente a partir da biomedicina, que pode ser controlada ou curada fazendo uso de outras alternativas terapêuticas vigentes em seu meio, ou pode não ser considerada como doença.

No início deste capítulo, mencionava que existe uma contínua preocupação pelo número de casos de diabetes e hipertensão que se apresenta nesta região em particular. É necessário anotar que esta preocupação faz referência em um âmbito mais geral aos povos indígenas do Brasil e surge especialmente a partir dos organismos de saúde pública e da concepção biomédica do que são estas doenças e se faz necessário explorar de maneira sintética e geral qual é o discurso biomédico existente sobre as causas e sintomas delas, para depois apresentar as idéias particulares da EMSI do posto de saúde da aldeia sede sobre a “problemática” do aumento de diabetes e hipertensão entre os Kaingang da TIX.

4.4 DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL: O QUE É?, QUAIS AS SUAS CAUSAS E SINTOMAS - UMA LEITURA A PARTIR DA BIOMEDICINA.

No capítulo anterior, caracterizamos a diabetes e a hipertensão desde a perspectiva dos Kaingang da TIX. Apresentamos de maneira sintética a caracterização da biomedicina com respeito a estas doenças. Esta caracterização é apresentada com o objetivo de criar um contexto de referência para compreender melhor as explicações dadas pelo pessoal da EMSI da TIX sobre o aumento dos índices de diabetes e

hipertensão nesta região, bem como para contextualizar o porquê das práticas de autocuidado sugeridas aos “pacientes” indígenas diagnosticados com estas doenças.

4.4.1 Diabetes Mellito

A diabetes melito é definida como uma alteração no processamento da glicose⁵¹, caracterizada pela deficiência de insulina no organismo (Diabetes tipo I) ou pela impossibilidade do corpo em processar dita substância (Diabetes tipo II)⁵². Além destes dois tipos, reconhece-se também a diabetes gestacional e a diabetes infantil que, como seu nome indica, faz referência à aquisição destas doenças em etapas particulares da vida: a gravidez e a infância.

Segundo Raduan (2009), a diabetes tipo I é causado pela produção de anticorpos que destroem as células responsáveis pela produção de insulina. O tipo II estaria relacionado com a “interação entre predisposição genética e fatores ambientais como alimentação inadequada, falta de atividade física, obesidade, etc.”

Entre os sinais e sintomas reconhecidos, a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) destaca: muita sede, necessidade de urinar freqüentemente, perda de peso (ainda que se possa sentir mais fome do que o usual), fome exagerada, infecções na pele ou mucosas, golpes ou feridas que demoram para cicatrizar, fadiga e dores nas pernas por causa da má circulação. Igualmente, a SBD alerta sobre o fato de que em alguns casos não se apresenta sintomatologia ou se apresentam sintomas muito sutis como o adormecimento de mãos e pés, fazendo com que o diagnóstico possa demorar em ser estabelecido.

Pessoas obesas ou com sobrepeso, sedentários, mulheres que tenham sofrido de diabetes gestacional e, em geral, pessoas que tenham antecedentes da doença na família teriam uma maior propensão a desenvolver esta doença. Quanto ao diagnóstico, realiza-se através de um exame de sangue onde os índices de glicose presentes no sangue são medidos.

Segundo a SBD, a diabetes pode trazer conseqüências graves associadas a problemas cérebro-vasculares. A diabetes seria uma doença incurável e o paciente diagnosticado deve realizar uma série de

⁵¹ Também chamada dextrose, ou hidrato de carbono, ou carboidrato. A glicose é um monossacarídeo, forma mais simples de açúcar, formada por uma única molécula.

⁵² Raduan, 2009.

tratamentos e práticas orientadas para controlá-la. No entanto, e de acordo com as condições particulares da cada paciente, sua condição poderia melhorar e os medicamentos poderiam ser retirados ante uma perda significativa de peso, por exemplo.

4.4.2 Hipertensão arterial

A tensão gerada na parede das artérias quando o sangue é bombeado pelo coração é o que se chama, dentro da literatura biomédica, como pressão arterial. Assim, supõe-se que num paciente diagnosticado com esta doença, o que ocorre é que tal pressão excede os níveis que se concebem como normais. A SBD afirma que a elevação da pressão arterial potencialmente causaria lesões em órgãos do corpo como cérebro, olhos, rins e coração, entre outros.

Esta doença é chamada como “a doença silenciosa”, pois a maioria das pessoas não apresentariam sintomas que permitam estabelecer o diagnóstico. De forma similar à diabetes, reconhecem-se como causas da doença o consumo de álcool, tabagismo, sedentarismo, obesidade, antecedentes familiares ou genéticos ou padecer de diabetes. No entanto, na leitura sobre hipertensão, chama a atenção o aparecimento de outro fator: a “raça”, que abordaremos a seguir. Quanto ao diagnóstico, este é realizado a partir da medição da pressão arterial do indivíduo em diferentes momentos do dia.

4.4.2.1 Hipertensão e Diabetes: sua relação com a “raça”

Como foi mencionado anteriormente, na literatura revisada sobre diabetes, e especialmente sobre hipertensão arterial, encontramos como um dos fatores de risco de aquisição da doença a “raça” e esta relação será abordada a seguir de maneira sintética, observando o discurso biomédico sobre hipertensão em comunidades afro-descendentes e indígenas.

4.4.2.2 Hipertensão e diabetes em populações negras

A literatura biomédica reconhece uma predisposição à aquisição da hipertensão arterial em pessoas de raça “negra” em relação a pessoas de raça “branca”. Segundo Luiz, no trabalho titulado “Raça negra e hipertensão arterial no Brasil”:

“homens e mulheres negros apresentam taxas mais altas de hipertensão, de duas a quatro vezes maiores que as encontradas em homens e mulheres brancos, além de possuir um alto grau de lesões em órgãos importantes como coração, rins e cérebro, o que possibilita a maior ocorrência de complicações tais como: insuficiência cardíaca, doença renal, acidente vascular encefálico fatal e não fatal⁵³”

Estes tipos de conclusões também podem ser observadas em vários trabalhos desenvolvidos desde a biomedicina⁵⁴. Algumas teorias que se teceram para explicar a suposta propensão destas comunidades para a aquisição de doenças como a hipertensão (além da diabetes a curto, médio e longo prazo) são que, entre os afro-descendentes, existe uma maior sensibilidade ao consumo de sal, que há uma tendência elevada à obesidade e que encontrar-se-iam expostos a um maior grau de situações de stress psicossocial, pelo que apresentariam maiores índices de baixo peso ao nascer e experimentariam uma queda menor da pressão arterial durante o sono:

“Em razão de muitos enquadrarem-se num nível socioeconômico baixo, ou o acesso a serviços adequados de saúde encontra-se prejudicado, ou que pode gerar uma série de complicações desde o diagnóstico ao tratamento⁵⁵”

No entanto, é interessante observar que cada vez tem mais força uma explicação de cunho histórico: a propensão à hipertensão arterial estaria relacionada como uma forma de resposta ao stress pós-traumático sofrido nas comunidades afro-descendentes por causa dos processos de escravidão. Seguindo Luiz, “o legado desse período não se restringiria mal ao campo sócio – histórico – político – econômico – cultural – subjetivo, mas seria ampliado ao campo genético». ⁵⁶

⁵³ Publicado em: <http://www.destaquenegro.com.br/saude5.html>

⁵⁴ Ver por exemplo: (Cruz, Lima 1999); Manual de Cardiologia, Reynaldo Mão, publicado em: http://www.manuaisdecardiologia.med.br/tens/tens_Page2590.htm, e Manual Merck online.

⁵⁵ “Raça negra e hipertensão arterial no Brasil” Sérgio Francisco Luiz. Publicado em: <http://www.destaquenegro.com.br/saude5.html>

⁵⁶ Esta teoria seria extensível às comunidades indígenas no caso da diabetes segundo as sugestões de Mariana Leal Ferreira (2003).

4.4.2.3 Hipertensão e diabetes em populações indígenas: por uma “teoria do contato”.

Para abordar o problema da incidência de diabetes e hipertensão em comunidades indígenas, os profissionais da biomedicina que se interessam por esta situação têm como ponto de partida a aceitação da idéia de que a diabetes e a hipertensão encontram-se associadas a fatores genéticos, alimentícios, uso de álcool, tabagismo, sobrepeso ou obesidade e falta de realização de atividades físicas. Assim, nas suas aproximações, seu objetivo é confirmar a presença ou não destes fatores nas comunidades que visitam. Geralmente, o que se faz é um reconhecimento da existência destes fatores e uma reafirmação das suas hipóteses de trabalho⁵⁷. As explicações dadas se enquadrariam no que denominei, para efeitos da presente investigação, como uma “teoria do contato”.

Desta maneira, é freqüente encontrar conclusões do seguinte tipo: “Apesar das limitações da comparação dos dados encontrados neste estudo com os de outros pesquisadores, pode-se afirmar que, nas últimas décadas, houve progressiva deterioração das condições de saúde desses indivíduos⁵⁸ especialmente quando se consideram resultados de outras pesquisas feitas com índios residentes no Parque Indígena do Xingu nas décadas de 60, 70 e 80, relatados por Pazzanese et al., Baruzzi & Franco e Carvalho et al., nos quais casos de obesidade ou de outras alterações metabólicas (hipertensão, dislipidemia ou intolerância à glicose) foram raros ou completamente ausentes, sugerindo um possível efeito nocivo do maior contato destes com a sociedade nacional, responsável por mudanças no estilo de vida desses índios, tais como redução da atividade física (particularmente entre os homens) e do consumo de alimentos” (Gimeno, et al., 2007)⁵⁹

⁵⁷ (Gugelgeim, Santos, 2001).

⁵⁸ Esses indivíduos são indígenas do alto Xingu do Brasil Central.

⁵⁹ Perfil metabólico e antropométrico de índios Aruák: Mehináku, Waurá e Yawalapití, Alto Xingu, Brasil Central, 2000/2002. Cad. Saúde Pública vol.23 no.8 Rio de Janeiro Aug. 2007. Outros trabalhos que podem ser consultados: (Neder, Nogueira, 2006), (Baruzi, 2007), (Oliveira Figueredo, 2003)

É interessante notar que, para o estabelecimento de tais explicações, são usadas técnicas antropométricas desenvolvidas dentro da área da antropologia biológica.

Também é interessante observar que o discurso biomédico não conseguiu até agora “verificar”, ou ao menos não afirma com tanta segurança, como no caso das populações afro, uma relação entre “raça” indígena e hipertensão arterial ou diabetes, ainda que as conclusões de seus trabalhos “sugerem” esta possibilidade, especialmente, e como se mencionou a partir da idéia de uma “teoria do contato”, que a inclusão do indígena na sociedade envolvente teria desencadeado a presença de fatores de risco, dos que se desprenderiam conseqüências como os altos índices de doenças crônicas não contagiosas entre estas populações. A seguir, e a partir dos precedentes anteriormente mencionados, abordaremos, como já tinha sido anunciado, a leitura feita pelos profissionais da saúde que compõem a EMSI da aldeia sede TIX sobre o aumento dos índices de diabetes e hipertensão arterial entre os Kaingang da região.

4.5 O PORQUÊ DO AUMENTO DE DBT E HTA ENTRE OS KAINGANG DA TIX: UMA LEITURA A PARTIR DA EMSI DO POSTINHO DA ALDEIA SEDE.

Como sugerido anteriormente, existe entre os profissionais da EMSI uma preocupação sobre o aumento de casos de diabetes e hipertensão entre os Kaingang da TIX. Ao indagar sobre as causas que eles consideravam como influentes nesta situação, manifestaram que existem certos focos problemáticos, como os hábitos alimentícios e a falta de exercício.

Danielle fala:

“Teve uma mudança nos hábitos alimentícios, eles se alimentam muito mal, a cada vez pior, acho que isso mudou muito nos últimos dez anos, se incorporou na dieta muito açúcar, salgadinhos, embutidos, sal, gorduras, massas e em general acho que o nível de atividade física também diminuiu”

Cristina, uma das técnicas de enfermagem, reafirma que o maior problema está relacionado com os “maus hábitos” alimentícios: “isso é

muito difícil, eles por hábito comem muita gordura e pouca verdura, e isso influi muito nos casos de diabetes”.

Finalmente Bárbara aponta:

“Tu te das conta que há uma falta de boa alimentação e saneamento pelo que não há possibilidades que os índices da doença melhorem. Também é problemático que os meninos não aprendem a alimentar-se corretamente, desde muito pequenos consomem com muita frequência refrigerantes, doces e salgadinhos”

Fernanda, uma das indígenas Kaingang que trabalha no posto de saúde, opina:

“Eu que sou índia sei que nós temos um problema, que gostamos tudo pronto então a gente acostuma-se a comprar as coisas prontas: tempero pronto, suco pronto, refrigerantes, massas, muito pão, etc. A gente não gosta de preparar nada que tenha muito trabalho, e segundo o que parece, essas comidas são precisamente as que nos fazem mal, ainda que sejam muito saborosas”.

O consumo de álcool e o tabagismo, ainda que dentro da literatura biomédica consideram-se como fatores que influem no desenvolvimento da doença, não foram associados como uma das causas mais importantes no aumento de diabetes e hipertensão entre os Kaingang da TIX por parte dos profissionais da EMSI. No entanto, reconheceram que na aldeia sede há um consumo freqüente de bebidas alcoólicas e fumo. Da mesma maneira, as enfermeiras consideraram que o problema do consumo de álcool e o tabagismo teriam diminuído nos últimos anos, fato que elas atribuíam à presença das igrejas pentecostais na região.

Quanto à “genética”, este é um discurso pouco aplicado pela EMSI; também não se fala de uma relação entre hipertensão, diabetes e “raça”.

4.6 PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO RECOMENDADAS E ATIVIDADES DIRIGIDAS AOS PACIENTES KAINGANG HIPERTENSOS E DIABÉTICOS POR PARTE DA EMSI.

Em primeiro lugar, é necessário salientar que, como o sugere Menendez (2003), as práticas de autocuidado são consideradas dentro da biomedicina como as ações desenvolvidas pelos indivíduos para prevenir certos padecimentos e para favorecer certos aspectos de saúde positiva. Assim, na práxis dos profissionais da biomedicina se incluem as sugestões de desenvolver certas práticas de autocuidado para prevenir o melhorar o estado de saúde do indivíduo.

O conceito de autoatenção diferencia-se do autocuidado, na medida em que este é marcadamente individualista: nele, a responsabilidade sobre o estado de saúde recai sobre o indivíduo eliminando o contexto social e cultural em que este se desenvolve.

No que refere à diabetes e hipertensão arterial na TIX, a prática central de autocuidado sugerida pelos profissionais da EMSI é o uso de medicamentos. A partir do diagnóstico realizado, o médico indica, em concordância com a necessidade individual, o medicamento e a dose que deve ser usado. No caso dos diabéticos insulino-dependentes, também se realiza um processo para ensinar o correto uso do medicamento. As enfermeiras e o agente indígena de saúde (AIS) responsáveis pelo “paciente” em questão encarregam-se de aplicar as primeiras doses, ensinando-lhe ou a algum de seus familiares o procedimento, tanto a preparação da seringa como a aplicação do medicamento. Igualmente se faz entrega periódica de “material educativo” que é extraído do protocolo de hipertensão arterial e diabetes do Ministério de Saúde, onde indicam quais são os lugares do corpo que a insulina pode ser aplicada.

Como foi observado, a literatura biomédica e o conhecimento dos profissionais na EMSI da TIX concordam que focos problemáticos para a prevenção e controle da diabetes e a hipertensão são a má alimentação e a falta de atividade física. Por esta razão, enfatiza-se na “orientação aos pacientes” para manter uma alimentação saudável e realizar mais exercício.

Sobre a alimentação, propõe-se ao paciente manter uma dieta onde prefira o consumo de frutas e vegetais em detrimento do consumo de gorduras, açúcares e alimentos excessivamente condimentados (incluindo o sal). A informação é repetida constantemente aos “pacientes” Kaingang diagnosticados como “diabéticos” ou “hipertensos”. Quanto ao exercício, indica-se para eles que realizem semanalmente três sessões de caminhada com uma duração de aproximadamente trinta minutos cada.

Estas práticas devem ser realizadas em conjunto para ter efeitos positivos segundo o indicado pelo pessoal da EMSI:

“Tem que comer verdura, frutas e tem que deixar de consumir sal, fritura, etc.... não adianta só cuidar as comidas, também têm que fazer atividade física e tomar direitinho a medicação”.

Com a intenção de “orientar”, acompanhar e lembrar a importância das indicações aos seus “pacientes”, a EMSI realiza uma série de atividades dirigidas à população “hipertensa” e “diabética”, tanto na aldeia sede como em outras aldeias da TIX.⁶⁰

A atividade mais importante desenvolvida é a reunião de hipertensos e diabéticos, que ocorre uma vez por mês. Para cada reunião, a equipe da EMSI prepara uma temática relacionada com a alimentação, a importância de manter uma horta em casa, a importância do exercício, o uso correto de medicamentos, etc.

Para complementar as indicações, e devido à preocupação do pessoal da EMSI pela falta de atividade física, no ano de 2008 algumas das enfermeiras e a nutricionista criaram um grupo de caminhada destinado aos pacientes diabéticos e hipertensos⁶¹. Como seu nome indica, a idéia do grupo era reunir os “pacientes” para realizar caminhadas curtas duas ou três vezes por semana. Inicialmente, o grupo teve boa aceitação e manteve-se em atividade por uns seis meses; depois foi interrompido por causa do inverno e algumas das pessoas decidiram sair por causa do horário.⁶²

No entanto, as práticas sugeridas pela equipe tentam estimular um número maior de adeptos, com o objetivo de estender os possíveis benefícios à maior parte da população. Duas das profissionais da EMSI manifestaram que fizeram um pedido formal ao colégio da aldeia sede para parar com a venda de alimentos como salgadinhos, doces e refrigerantes na cafeteria. A proposta, segundo elas mesmas comentaram, não teve nenhuma acolhida nem entre o pessoal administrativo da escola e muito menos entre os alunos.

Igualmente, a nutricionista da EMSI esforçou-se por implementar as “hortas comunitárias”. Deste esforço, atualmente só se mantém a

⁶⁰ Em aldeias diferentes à sede, a realização de ditas atividades depende em grande parte da disponibilidade de veículos e recursos para gasolina que se disponham.

⁶¹ No entanto, neste grupo também se vincularam várias mulheres que tinham como objetivo de perder peso.

⁶² As caminhadas começavam às 8 :30 da manhã.

horta da aldeia Olaria. Nas outras aldeias, embora o projeto tenha sido iniciado, com o tempo o trabalho do pessoal e o interesse na manutenção da horta teria diminuído.

Os profissionais da EMSI manifestaram sentir-se decepcionados em varias ocasiões, pois apesar de seus esforços e o empenho que põem na realização das atividades, e especialmente nos programas de orientação ou “educação em saúde”, não obtêm os resultados esperados. Danielle nos disse: “das 220 pessoas que temos no registro, somente uma que realmente se cuida, que faz caso das indicações que lhe fazemos”.

Ou como manifesta Celeste:

“Às vezes a gente se sente decepcionada, porque nós nos esforçamos e fazemos todo o possível para que nossos “pacientes” estejam contentes, mas sempre há inconformidades. Ademais às vezes o sistema em vez de facilitar as coisas dificulta-as e a gente termina achando que é a equipe que não tem vontade de fazer as coisas, acham que a gente tem poder sobre os processos institucionais e aí pensam que nós não queremos fazer nada para melhorar as situações problemáticas”.

4.7 ADESÃO E NÃO-ADESÃO AOS TRATAMENTOS E APROPRIAÇÃO E NÃO-APROPRIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO SUGERIDAS PELOS PROFISSIONAIS DA EMSI.

Outra inquietude do pessoal da EMSI é que, apesar do diagnóstico e da entrega das indicações aos pacientes “diabéticos” e “hipertensos”, estes não aderem facilmente ao tratamento. A preocupação maior está relacionada com o abandono do tratamento por parte dos hipertensos: “Há uma grande desistência no tratamento entre os hipertensos, especialmente naqueles em que o diagnóstico é recente”. Isto se deve especialmente a duas causas: a primeira tem a ver como o paciente entende sua situação e a segunda seria o “susto” que produz ter uma doença que não se pode curar e que deve ser controlada com medicamentos pelo resto da vida.

Assim, explicam algumas das profissionais que atuam no posto de saúde da TIX:

“Há uma grande desistência no tratamento entre os hipertensos, especialmente naqueles em que o diagnóstico é recente... às vezes é difícil fazer eles entenderem que a diabetes e hipertensão são para o resto da vida, eles não podem parar de tomar a medicação, e eu sei que tem pacientes que desistem por isso”.

Outra causa da desistência estaria relacionada com a assintomatologia que pressupõe a hipertensão arterial:

“Talvez seja por que os sintomas não são muito fortes, então a gente diz que não tem nada, que não está doente, acho que a gente se assusta com a idéia de tomar medicação pelo resto da vida” (Bárbara).

Finalmente, uma das razões que a EMSI identifica como influentes no abandono do tratamento está ligada à vida religiosa, e em específico com a dinâmica das igrejas pentecostais que existe na região. Foi freqüente escutar que os “pacientes” encontravam na igreja uma melhor alternativa para cuidar de sua doença, motivo pelo qual terminavam se convertendo a estas igrejas: “Os hipertensos abandonam muito fácil... às vezes não entendem o que o médico fala para eles, então tomam a primeira caixinha, daí começam a ir à igreja e abandonam”

Ou como diz Bárbara: “Tem casos que vão á igreja e o pastor diz que eles já estão curados, aí eles param de tomar o medicamento”.

No caso da diabetes, segundo foi comentado pelos profissionais da EMSI, existe uma maior aderência nos tratamentos, especialmente naquelas pessoas que são insulino-dependentes: “acho que aí a gente toma mais consciência da doença que tem, por que os sintomas são mais fortes”. Porém, reconhece-se que as pessoas que são diagnosticadas com diabetes e hipertensão ao mesmo tempo aderem de maneira mais efetiva ao tratamento.

Podemos observar que na EMSI existe, ainda que inconscientemente, a idéia de que, para que o paciente assuma o tratamento, deva passar primeiro por um processo de sintomas desconfortáveis ou mal-estar. Este processo teria várias etapas: o diagnóstico, o abandono de tratamento por qualquer causa, e a volta do paciente ante o reaparecimento dos sintomas: “Eles não levam muito a sério o diagnóstico, só quando têm alguma coisa começam a vir, quando

começam a ter problemas, complicações, daí eles começam a ter alguma mudança... algumas coisas fazem e outras não”.

Resumindo, poderíamos afirmar que o processo de adesão ao tratamento sugerido pela biomedicina, segundo a perspectiva da EMSI, encontra-se diretamente relacionado com a experimentação corporal de mal-estar. No entanto, esta adesão se faz referindo-se ao uso dos medicamentos como recurso efetivo para aliviar os sintomas, já que, como foi exposto anteriormente, outras práticas de autocuidado sugeridas, como o exercício, a manutenção de uma dieta saudável e a proibição de consumo de álcool e tabaco, não necessariamente são adotadas pelos “pacientes” Kaingang “diabéticos” ou hipertensos.

No presente capítulo, apresentamos uma série de elementos que nos permitem compreender de maneira mais ampla o contexto que os profissionais da saúde da EMSI da TIX realizam seu trabalho e se interrelacionam com os pacientes indígenas; neste caso em particular, com os Kaingang diagnosticados com diabetes e hipertensão arterial.

Na continuação, apresentaremos os lugares mais comuns de divergência entre o pessoal da EMSI e os Kaingang (crentes e católicos) ao falar de diabetes e hipertensão na aldeia sede da TIX.

5. CAPÍTULO IV DOS LUGARES DAS DIVERGÊNCIAS

PARTE I

5.1 UM MESMO IDIOMA, UMA DIFERENTE LINGUAGEM: PRÁTICAS DE AUTOATENÇÃO NUM CONTEXTO INTERMÉDICO

Os capítulos anteriores foram dedicados a desenhar o contexto intermédico dos Kaingang habitantes da aldeia sede da terra indígena Xapecó, a observar as práticas de autoatenção e seus usos articulatórios nesta população e descrever a maneira na qual a diabetes e a hipertensão são percebidas por este grupo indígena e pelo pessoal de saúde da EMSI que atende nesta localidade.

Neste último capítulo, queremos criar um “diálogo”, “debater” e questionar estas percepções, as práticas de autocuidado e de autoatenção que foram observadas em campo e que já foram descritas. A intenção é observar como no contexto intermédico não só se dão articulações e apropriações, que fomos indicando no corpo da dissertação, como também existem relações de poder, desencontros, conflitos e especialmente uma falta de comunicação.

A seguir, transcrevemos uma cena ocorrida durante uma das reuniões de hipertensos e diabéticos organizadas pelo pessoal da EMSI da TIX (onde são entregues os medicamentos de controle de diabetes e hipertensão arterial e são realizadas atividades “educativas”) que nos serve como ponto de partida para discutir como, embora que o pessoal da saúde e Kaingang hipertensos ou diabéticos se encontram reunidos para tratar assuntos relacionados com a doença, as intenções, o interesse e, em geral, os termos usados em relação a estas doenças e especialmente suas práticas de autocuidado, ainda que expressados no mesmo idioma, parecem estar sendo ditos em diferentes linguagens.

5.1.1 A reunião⁶³ :

- Hoje vamos fazer uma dinâmica, que parece divertida, mas é uma brincadeira para levar a sério. A dinâmica chama-se:

⁶³ Este trecho foi utilizado por ser representativo, isto é, porque exemplifica muito bem o tipo de dinâmicas e temas que são tratados invariavelmente em todas as reuniões de diabéticos e hipertensos organizadas pela EMSI.

”Como está minha alimentação?”. Os objetivos de nossa dinâmica são fazer-nos as seguintes perguntas: será que eu me cuido?; será que estou fazendo bem as coisas ou de maneira errada?; será que posso fazer alguma coisa para melhorar a forma de cuidar-me? Para fazer nossa dinâmica, eu vou fazer uma série de perguntas e vocês me respondem, depois vamos falar dos resultados...

(Risos no auditório)

- Primeira pergunta: Quem consome frutas todos os dias, quem uma vez por semana e quem não o faz nunca?
- Isso depende, responde Dona Maria, isso depende da grana... às vezes passam até duas semanas e não temos grana para comprá-las.

Ante a explosão de gargalhadas, as profissionais da equipe de saúde que coordenam a reunião respiram profundamente e aguardam o momento em que possam retomar a dinâmica que está sendo levada a cabo. Com alguma dificuldade conseguem que os “pacientes” respondam e, a partir das suas respostas, uma delas passa a desenhar uma série de pontos que representam o número de pessoas que comem frutas todos os dias, uma vez por semana e os que declaram não fazê-lo nunca.

A segunda pergunta tem como objetivo indagar em que quantidade os pacientes consomem sal:

- Quem de vocês come sal todos os dias, ou prepara somente alguns alimentos com sal e outros não?, Isto é, quem de vocês quando prepara a comida diz... vou pôr-lhe sal na panela onde estou preparando o feijão e não na panela onde estou preparando o arroz.

Uma nova interrupção surge, Dona Ana responde: Como? eu não acho que ninguém faça isso... ou quem faz isso? -Pergunta olhando para os outros “pacientes”.... Todos respondem que “ninguém” faz isso. “A gente bota ou não bota sal na comida”... o que acontece é que a comida sem sal é terrível, quem vai comer assim?... Ademais, quem cozinha é minha mulher, se é por mim, **eu nunca ponho sal em panela nenhuma**, sentencia Fernando.

Pouco a pouco a seqüência se repete, a enfermeira e a nutricionista perguntam pela freqüência de consumo de refrigerantes, frituras, verduras, temperos naturais e artificiais e finalmente sobre a prática de exercício. Com o passar do tempo e o lançamento das perguntas, nossa dinâmica começa a converter-se numa “estática”: cada vez menos os “pacientes” querem alçar as mãos e as caras de aborrecimento e a vontade de sair da reunião começam a se fazer evidentes. Inclusive, um de nossos resignados personagens ficou dormindo e já começou a roncar...

- A ver Pedro... se nota que você está muito interessado na conversa, né?
- Sim, -diz meio dormindo-, muito interessante (Novamente um estalido de risos e gargalhadas toma conta do salão).
- Diga Pedro, quantas vezes você faz exercício na semana?
- Eu vou trabalhar na roça quase todos os dias.
- Não, mas não estou lhe perguntando pelo seu trabalho.... Eu já falei para vocês muitas vezes que é necessário que façam alguma atividade física, esportiva... que saiam para caminhar, por exemplo...
- Ah!, Diz Dona Margarida, de caminhar nós caminhamos, ou diga: quem pode ficar quieto todo o dia?... eu caminho sempre, eu vou na casa de minha irmã e caminho até a Igreja, minha Igreja é a Assembléia de Deus e eu vivo na Olaria⁶⁴, assim que caminhar, caminho bastante.
- Do que eu estou falando, esclarece a enfermeira, é que devem dedicar um tempo para caminhar, relaxar, sair com roupa confortável para fazer exercício... é isso.

Como é de se esperar, o que segue em nossa reunião é uma discussão sobre o que é a roupa confortável e sobre a necessidade de caminhar, isto é, sair de casa de um lugar a outro não pode ser considerado como exercício.

Finalmente, e com gesto de resignação, as profissionais da equipe de saúde relembram novamente aos pacientes os cuidados que devem ter:

⁶⁴ A distância entre Olaria e a Igreja Assembléia de Deus na aldeia sede da área indígena de Xaçecó é de aproximadamente 2 ou 3 quilômetros.

“Lembrem-se o sal no nosso organismo é veneno... e para os diabéticos o açúcar também... não agüenta somente tomar os medicamentos... para controlar a diabetes e a hipertensão tem que comer saudavelmente, fazer exercício regularmente e tomar o medicamento Nada de “hoje esqueci de tomá-lo” ou que “só tomo quando me sinto mal...”; tem que tomar sempre, não podem deixar de tomar, por nenhuma razão”.

Ato seguinte, as profissionais da saúde “comprometem” aos seus pacientes a mudar no mês alguma das práticas alimentícias “erradas” que estão cometendo, os pacientes “aceitam” com verdadeiro desânimo. “Eu vou pedir contas na próxima reunião”, diz uma delas como se estivesse brincando.

Para terminar a reunião, mede-se a pressão arterial, a glicose (esta última, somente aos diagnosticados como diabéticos) e se entregam os medicamentos a cada paciente.... “Lembre-se Dona Rosa, diz a enfermeira, pela manhã tem que tomar o comprimido amarelo, será que se lembra?, é o A-MA-RE-LO, pela noite é o branquinho”.

Pouco a pouco os pacientes abandonam a sala levando consigo as pequenas sacolinhas plásticas repletas de medicamentos.

- “sinto-me como um peru recheado... de medicamentos” diz Antonio antes de sair.
Final da cena.

5.1.2 Práticas de autocuidado e práticas de autoatenção em relação à diabetes e hipertensão arterial, o lugar das divergências.

Na reunião que detalhamos anteriormente conseguimos observar que existe uma diferença entre o que os profissionais da saúde esperam que o paciente faça para controlar e melhorar sua condição de saúde e o que os “pacientes” fazem efetivamente com o mesmo objetivo.

Como também foi falado antes, entre os Kaingang da aldeia sede, o elemento mais importante dos oferecidos pelo sistema biomédico são os medicamentos para o controle da diabetes e a hipertensão. Por conseguinte, reclamar os medicamentos converte-se no principal motivo de interesse para assistir às reuniões: “Eu vou todos os meses à reunião para poder pegar os medicamentos, porque senão é muito demorado, o

AIS demora muito para levá-los à casa”, diz Dona Sandra que mora na aldeia Olaria.

O não comparecimento às reuniões curiosamente também está relacionada com a capacidade de ir ao posto de saúde pegar os medicamentos em outro momento: “Eu não gosto de ir a essas reuniões porque sempre falam a mesma coisa: que isto não se come, que faça isto, que não faça isto outro... por isso que eu não vou, igual em qualquer momento eu posso ir e pegar meus medicamentos”.

Estas respostas obtidas ao indagar sobre por que assistir ou não assistir às reuniões, somadas à outras afirmações que já foram apresentadas anteriormente, confirmam que as práticas de autocuidado sugeridas pelo pessoal da EMSI do posto de saúde da TIX têm um interesse secundário para a maioria dos Kaingang hipertensos e diabéticos da região, pois não existe uma apropriação de tais práticas como forma de autoatenção da saúde.

Observemos por exemplo o caso da alimentação: o pessoal da EMSI pergunta pelo consumo de frutas e verduras, doces, sal, embutidos e outra série de alimentos. Os “pacientes” justificam o não consumo de frutas pelo alto custo destas, enquanto aqueles alimentos que se espera não sejam consumidos, são os de uso mais freqüente na dieta Kaingang: carne (especialmente de porco), arroz, batatas, pão, macarrão, doces e alimentos salgados e gordurosos em geral. Ao eliminar da lista de “alimentos saudáveis”, os alimentos mais apreciados da dieta dos Kaingang, a reação geralmente é a mesma. Os pacientes, chocados com esta notícia perguntam-se: *que vamos comer?* A EMSI responde que se deve mudar de hábitos para ter uma alimentação saudável.

5.1.3 Uma alimentação saudável?

Um dos aspetos enfatizado pelo pessoal da saúde no posto da aldeia sede da TIX, e isto não acontece exclusivamente com os pacientes que sofrem de diabetes e hipertensão arterial, é o de levar uma alimentação “saudável”, isto é, uma alimentação na qual se prefere o consumo de frutas e vegetais em detrimento do consumo de gorduras, açúcares e alimentos excessivamente condimentados (incluindo o sal).

Os pacientes diagnosticados como “diabéticos” ou “hipertensos” recebem periodicamente, especialmente nas reuniões sobre hipertensão e diabetes, material “educativo” ou manuais de “orientação ” com a finalidade de indicar o tipo de hábitos que devem adquirir para o

controle e tratamento das doenças que padecem. Para ter uma idéia dos hábitos que procuram promover, transcrevo a seguir o conteúdo de um dos documentos entregues nas reuniões que participei para, a partir dele, dialogar sobre a percepção que têm os Kaingang destas “sugestões”:

ORIENTAÇÃO ALIMENTAR PARA A PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO:

- Manter um controle efetivo do peso.
- Substituir o excesso de sal por ervas que dão sabor sem prejudicar à saúde. Exemplo: cebola, tomate, alho, gengibre, pimenta, orégano, limão, sálvia, coentro, manjerição.
- Consumir diariamente frutas e verduras de época e região.
- Preferir sempre carnes magras de pescado, frango e rês.
- Preparar preferivelmente assado, cozido ou no forno.
- Retirar a gordura visível das carnes.
- Reduzir o consumo de ovos de pescado.
- Usar alimentos ricos em potássio e pobres em sódio. Exemplo: banana de água, melão, suco de laranja.
- Reduzir o consumo de alimentos embutidos como o salame, mortadela, linguiça e demais.

As orientações parecem claras e as pessoas que assistem às reuniões lêem os conteúdos; no caso de não saber ler, algum familiar, amigo ou vizinho se presta para transmitir a informação contida ao interessado. No entanto, apesar das recomendações e do conhecimento delas, são poucos os casos em que as pessoas diagnosticadas com diabetes e hipertensão realizam uma mudança significativa nos seus hábitos alimentares.

Os profissionais que compõem a equipe de saúde confessaram se sentir decepcionados por que, apesar de seus esforços para aconselhar os pacientes, estes continuam com um tipo de alimentação que prejudica seu estado de saúde. Da mesma maneira, comentaram que eles sabem que não há falta de informação ou conhecimento destas indicações. O pessoal da EMSI falou que, em determinado momento, viram que deviam ser propositivos, isto é, que não só era necessário informar sobre os alimentos que são contraproducentes para a saúde, como também

apresentar alimentos alternativos e saudáveis para serem incorporados à dieta.

Tentando explorar esta hipótese, o pessoal da equipe multiprofissional de saúde realizou um café da manhã “demonstrativo” na casa de um casal de diabéticos e hipertensos. Segundo o que me foi comentado, o café da manhã teve uma grande concorrência. O cardápio consistiu em aveia cozida, suco de laranja, uma porção de mamão em quadrinhos e uma fatia de pão de centeio. Do mesmo jeito foi entregue uma lista de alimentos saudáveis que era recomendável consumir. Ainda que o pessoal da EMSI catalogasse como um sucesso o evento (pela quantidade de gente que participou), a sensação de sucesso durou muito pouco já que a curto prazo não teve efeito nenhum nos pacientes⁶⁵. Sobre o café da manhã foram vários os comentários que surgiram nas minhas conversas com os “pacientes”:

“aqui elas vieram e fizeram o café da manhã... depois eu me fui para a roça, e meia hora depois teve que voltar para casa a tomar café, café forte, por que fiquei com uma fome terrível, não dá para comer desse jeito” (Paulo).

Outro dos comentários foi o seguinte:

“Eu não tinha experimentado a aveia, eu não gostei, achei muito simples, muito fraca, eu gosto de tomar meu bom café... o pão, também não estava nada gostoso e é muito caro, o outro dia vi no supermercado lá em Xanxerê vale como 5 reais um pacotinho ... não dá para comprar desse pão tão feio e tão caro (Maria Francisca)”.

É claro que a mudança na alimentação não se dá por falta de informação sobre alimentos que poderiam substituir os que são cotidianamente consumidos. Trata-se de que a dieta que se propõe não se adapta aos gostos, costumes e tradições alimentares que é possível observar entre os Kaingang. Vejamos, por exemplo, o caso dos temperos. Para temperar as comidas, os elementos mais utilizados são os de pacote que já vêm prontos para usar (Knorr®, Maggi®, etc), o sal e a cebola. A proposta incluída nas orientações dadas pela equipe de saúde propõe, por exemplo, o uso de gengibre, pimenta, orégano, sálvia,

⁶⁵ Lembremos que somente uma pessoa dos 220 pacientes registrados com estas doenças cuida de sua alimentação segundo as indicações do pessoal da EMSI.

coentro e manjeriço. Pensando na possibilidade de uso destes condimentos e devido ao meu referencial para o desenvolvimento da investigação ser o pessoal da casa onde nós estávamos hospedados, minha primeira preocupação foi perguntar a Júlio, encarregado da horta, se tinha cultivado coentro, sálvia ou manjeriço, ao que sua respondeu que “não”. Por sua vez, Dona Luciana, encarregada de preparar os alimentos em casa respondeu que não sabia muito bem em quais das suas receitas poderia utilizar a sálvia ou o gengibre. Essa mesma dúvida surgiu entre outras mulheres a quem perguntei pelo uso de ditas espécies.

Igualmente a idéia de reduzir o consumo de sal nas comidas não tem muita acolhida entre as pessoas com as que consegui discutir o tema, pois as preparações sem sal não teriam o mesmo gosto. Preparações como o “churrasco”⁶⁶, por exemplo, deveriam ser eliminadas da dieta e portanto, o indivíduo deveria isolar-se de uma série de atividades que comprometem sua sociabilidade com o grupo familiar e social.

Também será necessário considerar as formas de preparação dos alimentos: as sugestões feitas pelo pessoal do posto de saúde apontam a preferência por alimentos cozidos ou assados. No entanto, entre os Kaingang da aldeia-sede da TIX há uma preferência pelos alimentos fritos ou preparados com banha. Estes são avaliados como mais saborosos; a banha cumpre também o papel de um tempero e é muito apreciada na comunidade.

Outro caso que chamou minha atenção foi o consumo de frutas. Como foi anotado durante a reunião que descrevemos anteriormente, o argumento mais forte para o não consumo de frutas é o fator econômico: a queixa recorrente é que a fruta é muito cara. No entanto, durante a estadia na aldeia sede foi possível notar que existe um consumo de fruta relativamente freqüente. A fruta consumida é comprada geralmente de um grupo de pessoas que levam os produtos numa camioneta ao interior da terra indígena. Existe também uma série de árvores frutíferas na aldeia, como de pêssego, amora, maçã e laranja. No entanto, foi possível observar que os coletores e principais consumidores destas frutas são as crianças. O suco de frutas também não é uma preparação muito apreciada entre os Kaingang⁶⁷ da aldeia

⁶⁶ Este constitui-se como o prato por excelência em celebrações religiosas, tanto da igreja católica como pentecostal e das reuniões familiares, especialmente nos fins de semana.

⁶⁷ As comidas principais eram acompanhadas por refrigerantes ou água.

sede; em caso de querer tomar suco, as famílias compram suco em pó, que é vendido nos supermercados⁶⁸

O consumo de saladas é relativamente freqüente e as verduras mais utilizadas para a preparação destas são a cebola, repolho, rúcula, alface e tomate. As saladas são previamente temperadas com quantidades generosas de óleo (de soja ou milho) e vinagre.

Para resumir, o que quis apresentar com estes exemplos é que os costumes alimentícios diferem consideravelmente daqueles que o pessoal da EMSI pretende que os Kaingang da localidade adotem, isto é, uma **alimentação saudável**. A dificuldade que supõe mudar radicalmente os hábitos alimentícios de um grupo, somam-se dois fatores transcendentais: **Uma alimentação saudável** (permitindo-me aqui usar o mesmo termo usado pela biomedicina) para os Kaingang implica, em primeiro lugar, o consumo de alimentos “fortes” e, em segundo lugar, a partir da experiência entre os Kaingang hipertensos e diabéticos, estes avaliam que a alimentação que levam normalmente NÃO afeta seu estado de saúde⁶⁹, ou seja, não é preciso mudá-la.

5.1.4.1 Alimentos “fortes”, alimentos “fracos”:

Não é minha intenção neste ponto desenvolver uma discussão sobre a série de alimentos tradicionalmente categorizados como “fortes” e “fracos” pelos Kaingang, especialmente em relação à sua cosmologia⁷⁰. No entanto, é do meu interesse trazer à cena algumas noções sobre os alimentos compartilhadas por meus interlocutores na temporada de campo.

Foi comum comentarmos que o índio gosta de comer comida “forte”. Do meu ponto de vista, este conceito fazia referência a duas coisas: 1) a preferência por refeições variadas e abundantes; 2) que os alimentos produzam sensação de haver comido suficiente, ou até um

⁶⁸ Existe uma preferência entre os Kaingang de consumir produtos “prontos”, hábito alimentício que o pessoal da EMSI sugere modificar.

⁶⁹ Embora seja necessário considerar que pesquisas como as de Hanna de Oliveira (2009) demonstram que, em geral, as mudanças na alimentação dadas a partir da interrelação com o branco estão diretamente relacionadas com a maior predisposição à doença entre as crianças e jovens Kaingang.

⁷⁰ Isto devido essencialmente a duas razões: em primeiro lugar, o curto tempo que estive em campo não permitiu discutir detalhadamente a existência destas classificações e sua vigência e, em segundo lugar, porque infelizmente não consegui uma grande quantidade de referências etnográficas, suficientes que me permitissem estabelecer uma discussão coerente sobre este princípio.

pouco mais do que isso, sensação que é percebida como indicadora de bem-estar.

Os alimentos “fracos” por sua vez são aqueles que devem ser incorporados à dieta dos convalescentes, pessoas recém-operadas e, em geral, pessoas que apresentem quadros clínicos delicados⁷¹. A comida de hospital, por exemplo, é considerada como “fraca” e mais interessante ainda, a comida “saudável” sugerida pelo pessoal da EMSI para cuidar da saúde, também é “fraca”. Sua fraqueza faz com que, logo após a refeição, o indivíduo ainda sinta fome, ou que se sinta satisfeito, mas por pouco tempo. Esta noção vê-se refletida quando Paulo nos diz que após o café da manhã organizado pela EMSI foi trabalhar na roça e teve que voltar meia hora depois para tomar café, um *café forte* para conseguir resistir até a hora do almoço.

Os alimentos “fracos” têm a desvantagem de *não ter sabor*. Os alimentos “fortes”, “a comida do índio”⁷², caracteriza-se literalmente por ser “*saborosa*”. Assim, a dieta sugerida pelo pessoal da EMSI se apresenta como pouco interessante desde vários pontos de vista: sabor, cor e especialmente deve ser pesada.

5.1.4.2 Por que mudar o que não faz mal?

Como foi sugerido no capítulo II, as práticas de autoatenção usadas pelos Kaingang para controle da doença, neste caso da diabetes e a hipertensão arterial, são permanentemente adotadas a partir da experimentação. Isto é, o corpo constitui-se como um instrumento para medir a efetividade duma prática ou o nível de mal-estar que pode causar: o medicamento usa-se na medida em que é efetivo, e no caso da alimentação, esta não se muda, por que seu consumo *não causa* mal-estar, não piora a condição de saúde do indivíduo⁷³.

Como mencionamos, os alimentos “fortes” são associados ao bem-estar da pessoa, e fazem referência ao bom estado de saúde do indivíduo. Os hipertensos e os diabéticos uma vez encontrando uma forma de levar estas doenças, seja estando “curados” ou que consigam controlá-las em seus “aparecimentos” esporádicos ou que a controlem

⁷¹ Pelo que, como se faz evidente, a “comida do índio” estaria contra-indicada para as pessoas em delicado estado de saúde.

⁷² Termo usado por alguns de meus interlocutores.

⁷³ Este padrão de experimentação veremos mais adiante também no que refere ao consumo de álcool e ao tabagismo.

cotidianamente, assumem que têm boa saúde e, portanto, a mudança na dieta não é necessária.

Ante esta situação, os Kaingang da aldeia sede da TIX manifestam enfaticamente que não precisam e que não desejam mudar seus hábitos alimentares, como o sugere o pessoal da EMSI.

Outra noção onde existem divergências é na de “atividade física” ou “exercício” e seus derivados: obesidade, controle de peso, manter-se em forma e outros. Na reunião, observamos que a enfermeira não fica satisfeita quando pergunta para Paulo a frequência com que faz exercício e ele responde que trabalha na roça todo o dia. A seguir observaremos mais detalhadamente este “lugar” de divergência:

5.1.5 Exercício, obesidade e manter-se em forma

Outro dos pontos de divergência no que se refere às práticas de autocuidado que não são adotadas pelos Kaingang diabéticos e hipertensos como práticas de autoatenção é o exercício ou a realização de atividades física, ao menos não nos termos propostos pelo profissional da EMSI da TIX.

A proposta do pessoal da saúde ao “paciente” diagnosticado com hipertensão ou diabetes é realizar três sessões semanais de exercício, de pelo menos 30 minutos. Antes do exercício é recomendável fazer uma sessão de alongamentos, que deve ser repetida ao finalizar a atividade física. A recomendação é feita em todas as reuniões programadas pela EMSI e sempre se pergunta aos pacientes se estão atendendo a esta sugestão. Isto porque o pessoal da EMSI tem “percebido” que há pouco interesse pelo desenvolvimento das atividades físicas. No entanto, fica evidente que, ao falar de atividade física ou exercício, o pessoal da EMSI e os pacientes Kaingang não estão falando do mesmo assunto.

Como conseguimos observar na transcrição da cena da reunião, o pessoal da EMSI idealiza como exercício um contexto particular. Não se trata simplesmente de realizar literalmente uma “atividade física”: o exercício não faz parte da rotina. O indivíduo deve destinar um momento do dia e um lugar ou espaço adequado para exercitar-se. Inclusive, o pessoal da equipe fala da necessidade de usar roupa cômoda para realizar tal atividade.

A atividade física ou o exercício também tem outro termo equivalente no discurso da EMSI: o esporte. Fazer exercício então é correr, jogar futebol, etc. É claro que pela idade dos “pacientes”

hipertensos e diabéticos (entre 40 e 70 anos aproximadamente) recomendam-se atividades mais tranqüilas como a caminhada.

Entre os Kaingang, pelo contrário, a idéia do exercício está unida ao movimento, independentemente do contexto em que este se dê: Quem pode ficar quieto todo o dia? Pergunta Dona Margarida: “Eu caminho de minha casa à Igreja”. “Eu trabalho na roça quase todos os dias diz Pedro”.

Fora do âmbito das reuniões e conversas com os hipertensos ou diabéticos, tive a possibilidade de indagar um pouco mais sobre a noção de atividade física ou exercício como movimento. A aproximação ao tema deu-se por meio de conversas sobre engordar e emagrecer, o que nos leva a fazer uma observação⁷⁴: o interesse da EMSI na mudança de hábitos alimentícios e realização de exercício está dirigida à redução de peso dos indivíduos.

Carolina, Sara, Patrícia e mais meia dúzia de mulheres (todas jovens, entre os 15 e 25 anos) estavam preocupadas por que nos últimos tempos haviam ganhado peso e sentiam-se “gordas”. Ante a preocupação que isto lhes causava em vários momentos, discutiram sobre que tipo de atividades poderiam realizar para emagrecer. Nas conversas que participei, homens e mulheres, familiares e amigos opinavam sobre que se devia fazer para perder peso. Em ordem de relevância, o mais importante era: 1) controlar o consumo de alimentos; 2) beber chás⁷⁵. Em terceiro lugar encontrava-se o exercício, associado ao movimento. Dona Luciana tentando tranqüilizar a Sara lhe disse: “não se preocupe que você vai emagrecer, quando você trabalhe lá em Florianópolis não vai ter um segundo para ficar quieta, nem sequer para sentar-se e comer, assim você vai emagrecer, vai ver”. Comentando o mesmo caso, Alice, mãe de Sara, comenta: “O problema é que a Sara não quer nem sair da casa, passa o dia todo sentada em frente da televisão, se quer emagrecer tem que sair”.

Outro assunto importante referente à atividade física é que esta não é associada, ou ao menos não prioritariamente, como um assunto de saúde, ou de relaxamento e diversão, como o faz o pessoal da EMSI. A atividade física constitui, em primeiro lugar, em um assunto de estética e de vaidade.

A idéia de fazer exercício tem tomado mais força entre as mulheres jovens não pertencentes às igrejas pentecostais. Entre as

⁷⁴ Que ainda que parecesse óbvia, não foi feita até o momento.

⁷⁵ Entre muitas outras dicas relacionadas com que se deve ou que não se deve consumir.

mulheres que pertencem a essas igrejas, a idéia de fazer exercício com a finalidade de perder peso ou ter um corpo fisicamente mais belo constitui um ato de vaidade e isto pode ser uma tentação que pode levar as mulheres a se afastar de Deus, ou é característica das mulheres que não são devotas a Ele⁷⁶. Neste sentido, podemos observar que, entre as evangélicas, somente as meninas podem realizar exercícios na classe de educação física da escola; quando viram “moças”, estas são instruídas a ler sobre desportos e a realizar ensaios ou provas escritas para aprovar e cumprir com o plano curricular da escola.

Considerando que existe uma maioria da população Kaingang crente na aldeia sede, é fácil imaginar que as mulheres que desejam fazer exercício são minoria e, geralmente, são alvo de piadas por parte das demais mulheres da aldeia; portanto os exercícios são realizados somente nas classes de educação física e raramente em lugares públicos.

No caso dos homens, entre os católicos se realizam jogos de futebol constantemente, que são associados à atividade lúdica e ao consumo de alimentos e bebidas em abundância (incluído o álcool). Os homens evangélicos estão proibidos de jogar.

Entre os hipertensos e diabéticos (especialmente entre as mulheres), a maioria é catalogada como “obesas” pelo pessoal da EMSI. A respeito existe uma grande discussão entre o setor da população pertencente às igrejas pentecostais e o pessoal da saúde. Para explicá-lo, tentarei reconstruir uma conversa com Dona Larissa:

“Olha, é que a gente do posto de saúde não sabe, não entende. O outro dia minha filha levou o neto onde a nutricionista, para que o pesassem e para que o medissem, e ela lhe disse que o menino estava “obeso” [...] eu tive que ir e lhe explicar que essa palavra não se fala, “obeso” é o nome de um demônio, um diabo⁷⁷ grande e gordo e por isso essa palavra não pode se dizer, muito menos a um menino”.

⁷⁶ É comum escutar que as mulheres da aldeia que não pertencem a igreja são “vaidosas” e não querem renunciar a coisas como usar calças compridas, maquiagem e acessórios; muito menos passar a usar saias, cabelo longo e em geral seguir as normas estéticas que mostra pertencer à igreja pentecostal com doutrina.

⁷⁷ Entre os crentes que conheci na aldeia sede, há a idéia de que o diabo ou o demônio não deve ser chamado, pois isto atrai coisas ruins; por isso este é chamado como “inimigo” nos momentos em que se precisa fazer referência a ele.

Assim, existe uma grande dificuldade de tratar o tema da “obesidade” entre os Kaingang da terra indígena Xaçecó, especialmente ante esta “proibição” de uso do termo. Neste sentido, a filiação religiosa converte-se como um “obstáculo” ou um “problema” difícil de manejar para a EMSI, cujo principal interesse é o de realizar uma série de mudanças nos hábitos dos Kaingang da TIX, com o objetivo de “melhorar” suas condições de saúde. Às “barreiras” encontradas pelo pessoal de saúde soma-se o fato de que existe entre os Kaingang uma naturalização do corpo feminino como um corpo voluptuoso, volumoso⁷⁸, o qual também é entendido como sinal de “força” de “bem-estar”⁷⁹.

Apesar do complexo panorama sobre o exercício e seu papel para manter uma boa saúde, o pessoal da EMSI criou um grupo de caminhadas para reunir os pacientes diabéticos e hipertensos e incentivá-los a realizar alguma atividade física. Inicialmente as pessoas assistiram por sentir-se comprometidas com o pessoal do posto. No entanto, o grupo foi-se consolidando e teve uma boa acolhida, especialmente pelas mulheres. O grupo se manteve ao redor de seis meses, mas depois se desfez por causa do inverno que não permitiu continuar com as atividades pelo intenso frio ou pelas chuvas que deixavam os caminhos em péssimas condições de serem transitadas.

O interessante deste exercício é que, apesar de uma primeira resistência de várias mulheres a participar do grupo, este transformou-se num agradável espaço de sociabilidade, onde as mulheres tinham um lugar para conversar tanto da doença, como de aspetos de sua vida diária e introduziu um atrativo: a realização de exercício como uma atividade lúdica. Neste ano, durante uma das reuniões que tive oportunidade de assistir, foi possível observar um pequeno, mas entusiasmado grupo que queria retomar a atividade.

5.1.6 Deixar de beber e seguir fumando, decisões tomadas a partir da experimentação corporal.

No item anterior, observávamos uma série de “barreiras” levantadas pelas crenças religiosas em torno da implementação da noção

⁷⁸ O que não exclui que tenha uma valoração do corpo feminino delgado (geralmente associado às mulheres “brancas”) como esteticamente belos.

⁷⁹ Como no caso dos alimentos, as pessoas doentes são as que emagrecem e sua reposição está associada ao ganho do peso perdido.

de exercício como hábito saudável por parte da EMSI da TIX entre os Kaingang da região. Esta também pode se constituir como uma “aliada estratégica” na abolição de outro tipo de maus “hábitos”: o tabagismo e o álcool. Os diabéticos e hipertensos filiados à igreja pentecostal, por sua filiação religiosa, não fazem uso nem do cigarro nem das bebidas alcoólicas, o que a EMSI em geral valoriza como positivo, não só pelo fato de que hipertensos e diabéticos não fumem ou bebam, mas pela contribuição desta “proibição” na saúde coletiva.

Uma das profissionais da saúde do posto de saúde nos comenta:

“Nesse sentido a igreja colaborou muito, porque apesar de que há muitos problemas de alcoolismo, estes se reduziram drasticamente, faz uns cinco ou seis anos que eu cheguei aqui era um problema que saía as mãos de qualquer um. Você passava e em cada árvore tinha alguém atado por brigas e problemas geralmente causados pelo consumo excessivo de álcool”.

No entanto, entre os Kaingang não-crentes existe um considerável número de pessoas que fuma ou consome bebidas alcoólicas em diferentes graus. Neste sentido, os profissionais da EMSI “orientam” os “pacientes” que têm estes hábitos a deixá-los. A guerra contra o consumo de álcool neste grupo de pacientes parece ter sido ganha, ao contrário do cigarro que, como foi observado, segue sendo consumido por diabéticos e hipertensos que já tinham costume de fazê-lo antes de serem diagnosticados.

Agora, é necessário esclarecer que a “obediência” à sugestão de não consumir bebidas alcoólicas não se encontra obrigatoriamente relacionada com as indicações médicas, mas está relacionada com a experiência de mal-estar gerada pelo seu uso entre os pacientes diabéticos ou hipertensos. O uso de cigarro obedece a uma ausência de mal-estar por causa do consumo deste produto.

PARTE II

5.2 DE OUTRAS DIVERGÊNCIAS: TRÊS NOTAS PARA FINALIZAR.

5.2.1 Sobre “Educar e orientar” (ou a perda da autonomia do “paciente” Kaingang).

A perspectiva da EMSI sobre seu trabalho na aldeia, além de tratar os problemas de saúde apresentados pelos “pacientes” aqui e agora, é a de “educar” e “orientar”. As reuniões de hipertensos e diabéticos são um exemplo estelar desta dinâmica: a cada mês os pacientes recebem a mesma lição, através de diferentes dinâmicas, isto é, como comer saudavelmente, fazer exercício, tomar a medicação na dose certa, nas horas corretas, etc.

A contínua repetição da mesma informação que, no parecer da EMSI, é necessária para que os “pacientes” lembrem e pratiquem o que devem fazer, é para os Kaingang uma violação de sua autonomia, uma forma de negar a sua maioridade. Muitas vezes conversando com os Kaingang que assistiam, ou não, às reuniões, estes me transmitiram que estavam cansados da repetição das informações, que estavam cansados de escutar sempre os mesmos conteúdos que conheciam de memória e entendiam à perfeição. Sentiam que a sua inteligência e especialmente seu conhecimento sobre si mesmos, seu corpo e sua saúde estavam sendo subvalorizados. Perfeitamente esclarecido por Paulo numa de nossas últimas conversas:

“Os médicos acham que nós somos burros, que não entendemos. Os burros são eles, que não sabem que entendemos, que sabemos que estamos doentes e pelo que estamos passando, que nos sabemos cuidar, não como eles querem, nem do jeito que eles acham, mas nos cuidamos certinho, a nosso modo. Caso contrário já todos estaríamos mortos”

5.2.2 Diabetes e hipertensão como “focos problema” (ou não) na saúde Kaingang.

Como mencionado em outros trechos da presente dissertação, a diabetes e a hipertensão constituem um dos “problemas foco” de saúde indígena em escalas nacional e mundial. Os casos destas doenças em comunidades indígenas são considerados como problemáticos ou alarmantes e realizam-se cada vez mais esforços para entender e procurar soluções para este problema. A respeito, gostaria de fazer duas considerações:

A primeira, que é interessante, é observar que estas situações se convertem em problemas unicamente na medida em que os profissionais

da saúde começam a realizar um diagnóstico da doença, isto é, somente ante a presença de níveis altos de pressão arterial ou de glicose começa a se pensar que os hábitos de vida das populações indígenas são um fator de risco para o desencadeamento de tais doenças.

Vejamos o caso da Terra Indígena Xapecó: se assumimos que os Kaingang desta localidade passaram por séculos de contato com a sociedade envolvente e de mudanças no seu estilo de vida (entenda-se padrões de alimentação, moradia, formas de subsistência, etc), e que são estas mudanças as que influíram no desenvolvimento de doenças crônicas não contagiosas, não é possível pensar que a hipertensão arterial ou a diabetes só tenham “aparecido” na última década.

Os problemas constituem-se como tais na medida em que uma “autoridade” em saúde como o sistema biomédico através de dados “medíveis” e quantificáveis determina o aparecimento de um problema. Seria interessante pensar se antes dessa década os sintomas associados à diabetes e à hipertensão arterial hoje entre os Kaingang da aldeia sede, não estariam presentes e de que forma seriam interpretados.

Da mesma maneira, é importante ter em conta que ainda que as doenças crônicas não contagiosas se reconhecem hoje como um problema prioritário em saúde nas comunidades indígenas, isto não corresponde necessariamente com a idéia do que é “problemático” para os indígenas que foram diagnosticados com diabetes e hipertensão e suas famílias, amigos, vizinhos (comunidade).

A segunda é que na terra indígena Xapecó, apesar de que a diabetes e a hipertensão são reconhecidas como doenças, vemos que o problema das pessoas não é a doença em si. O problema mais grave e, o que é necessário resolver, é que o sistema de saúde não está atendendo as necessidades do jeito que eles esperam, que seria desejável. Isto é, as pessoas reclamam de que os medicamentos não são entregues em sua totalidade, é realmente dificultoso conseguir uma consulta com o médico, faltam profissionais da área da saúde (desde médicos até agentes indígenas de saúde) para atender as demandas da população, não há infra-estrutura para a atenção de urgências, disponibilidade de uma ambulância ou veículo adequado para o traslado dos doentes às cidades circunvizinhas, etc. Neste sentido, podemos observar que, independentemente da prevalência das doenças e as ações encaminhadas para diminuí-las, para os Kaingang da região é necessário atender estas demandas, pois um bom serviço médico é altamente valorizado por eles e, em última instância, contribui para melhoria da saúde do “doente”.

Estas observações levam-nos também a retomar à discussão sobre atenção diferenciada que foi iniciada no capítulo III.

5.2.3 Atenção em saúde a grupos indígenas: entre a atenção diferenciada e a atenção preferencial

Nesse capítulo, observamos que o pessoal da saúde tem noções variadas do que é a atenção diferenciada: é uma adequação de seu conhecimento para que possa ser “entendido” pelos pacientes; é a capacidade do profissional de adequar algumas de suas práticas ante a falta de infra-estrutura. No caso dos Kaingang, com os que conseguimos falar do assunto, ou de quem conseguimos escutar a opinião por diferentes circunstâncias, concordavam com a não-existência de uma atenção diferenciada em saúde pois, ao consultar com o médico, no hospital, deviam pegar senha e esperar junto aos demais pacientes.

Neste sentido, seria interessante refletir sobre uma série de fatos: os Kaingang que decidem procurar atenção dentro do sistema biomédico fazem isto não só por que reconhecem sua efetividade, mas porque também (e isto já foi apresentado em outros itens da dissertação) sua experiência, conhecimento sobre a saúde, as práticas de autoatenção e as alternativas terapêuticas que lhe são próximas ou familiares não conseguem aliviar seu mal-estar

Ao consultar o médico a expectativa é encontrar um bom profissional de saúde que trate sua doença da melhor maneira que seja possível a partir de seu conhecimento biomédico. Dessa maneira, o indígena não tem a expectativa de que os seus costumes ou práticas sejam “articuladas” ou “incorporadas” pelo médico e os profissionais da saúde: suas expectativas se centram na maior atenção por parte deste profissional na hora de escutar suas narrativas sobre a doença⁸⁰ e que se dê uma atenção “preferencial”, isto é uma atenção mais efetiva e rápida, eliminando o incômodo processo de espera (que não costuma ser pouco) e diminuindo a ansiedade e o sofrimento do paciente que realmente deseja ser atendido.

A partir de meu trabalho entre os Kaingang da terra indígena Xapecó, surgiram várias inquietudes e expectativas que quis compartilhar ao longo desta dissertação. Concordo com Luiza Garnelo no sentido que, ainda que os processos de educação em saúde possam ter um relativo sucesso, é absolutamente prioritário revisar “as

⁸⁰ Para o que Langdon (2005) chama a atenção.

premissas do processo educativo, quando este pressupõe que as mensagens educativas definidas pelo emissor professor devem ser reproduzidas literalmente pelo receptor” (2001;12).

Acredito que na área da saúde ainda se faz necessário aproximar mais desse “outro” que parece estranho porque não come, ou veste, ou pensa igual a mim. Que é necessário assumir que, apesar da implementação de novos enfoques “interdisciplinares”, “interculturais”, “interinstitucionais” (e inclusive intermédicos!), ainda temos muito que aprender em matéria de valorizar as percepções do outro (começando pelo mais próximo) para encontrar uma forma de implementar ações que realmente estejam na busca de um mesmo objetivo. Será difícil vencer metas quando falamos de uma mesma coisa e a percebemos de modos tão diferentes, tal como nos fizeram entender os Kaingang e a EMSI da aldeia sede da TIX.

6. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ledson.Kurtz. *Dinâmica Religiosa entre os Kaingang do Posto de Saúde indígena de Xapecó – SC*. Dissertação de mestrado Programa de Pós- Graduação em antropologia social, UFSC. Florianópolis, 1998.

_____. *Análise antropológica das Igrejas Cristãs entre os Kaingang baseada na Etnografia, na Cosmologia e no Dualismo*. Tese de Doutorado Programa de Pós-Graduação em antropologia social, UFSC. Florianópolis, 2004.

BARUZZI, Roberto. A universidade na atenção à saúde dos povos indígenas: a experiência do Projeto Xingu da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina. In: *Revista Saúde e sociedade* vol.16 no.2 São Paulo May/Aug. 2007.

BLOEMER, Neusa.M; NACKE, Aneliese. A precarização de políticas públicas e suas repercussões na auto sustentação dos Kaingang do oeste Catarinense. In: *Revista Ilha*. Florianópolis. Vol 10, no. 1. 2008.

CARVALHO, Rosa. A noção de pessoa e a construção de corpos Kaingang na sociedade. In: *Espacio Amerindio*. Porto Alegre. Vol 2, No.1. 2008

COIMBRA, Jr. Carlos. Saúde, minorias e desigualdades: Algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 5: 125-132. 2003.

COIMBRA, Jr. Carlos.; SANTOS, Ricardo. *Perfil epidemiológico da população indígena no Brasil: Considerações gerais*. 2001. Disponível em: <http://www.cesir.unir.br/pdfs/doc3.pdf>

CREATINI DA ROCHA, Cinthia. *Adoecer e curar, processos de sociabilidade Kaingang*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em antropologia social, UFSC. Florianópolis 2005.

CREPEAU, Robert. A prática do xamanismo entre os Kaingang do Brasil meridional: uma breve comparação com o xamanismo Bororo. In: *Horizontes antropológicos* [online]. vol.8, n.18, pp. 113-129, 2002.

_____. Mythe et rituel chez les indiens Kaingang du Brésil Méridional. In: *Montréal Religiologiques*. Montréal, n. 10: 143-157, 1994.

D'ANGELIS, Wilmar. *Para uma história dos índios do Oeste Catarinense*. Cadernos do CEOM. Chapecó, SC: Fundeste, nº 18, pp 1-91 1989.

DIEHL, Eliana. *Entendimentos, práticas e contextos sociopolíticos do uso de medicamentos entre os Kaingang (Terra indígena de Xapecó, Santa Catarina, Brasil)*. Tese (Doutorado em saúde pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2001

FOLLER, May- Lis. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, E.J, GARNELO, L. (org) *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: ContraCapa: ABA, 2004, p 129 – 148.

GARNELO, Luiza. Projeto Rede Autônoma de Saúde indígena – Uma experiência de educação e comunicação em saúde indígena. In: VASCONCELOS, E.M. (org) *A saúde nas palavras e nos gestos*. São Paulo. Editorial HUCITEC, pp 237-260. 2001

GARNELO, Luiza; WRIGTH, R. *Sickness, healing and health services: social representations, practices and demands among the Baniwa*. *Cadernos de saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.17, n 2. p 273 – 284, 2001.

GOOD, Byron. How Medicine constructs his objects. In: *Medicine, Rationality and experience*. Cambridge: Cambridge University Press, 65-87. 1994.

GHIGGI, Ari. *Representações e práticas no tratamento de infortúnios entre os Kaingang crentes da Aldeia Sede da Terra indígena de Xapecó*. Trabalho de conclusão de curso em ciências sociais. UFSC. Florianópolis, 2006.

- GIMENO, Suely. et al. Perfil metabólico e antropométrico de índios Aruák: Mehináku, Waurá e Yawalapití, Alto Xingu, Brasil Central, 2000/2002. In: *Cadernos de Saúde Pública* vol.23 no.8 Rio de Janeiro Aug. 2007
- GREENE, Shane. The shaman's needle: development, shamanic agency and intermediality in Aguaruna Lands, Peru. *American Ethnologist*. Washington D.C, v.25 n.4 p 634-658, 1998.
- GUGELGEIM, Silvia. ; SANTOS, Ricardo. Ecologia humana e antropometria nutricional de adultos Xavante, Mato Grosso, Brasil. In: *Cadernos de Saúde Pública* vol.17 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2001
- HANNA DE OLIVEIRA, Philippe. *Comida forte e comida fraca: Fabricação dos corpos e nutrição entre os Kaingang da TI Xaçecó*. Florianópolis. Dissertação de Mestrado. Programa de pós-graduação em antropologia social. UFSC, 2009.
- HAVERROTH, Moacir. *Kaingang, um estudo etnobotânico: o uso e a classificação das plantas na Área Indígena Xaçecó*. Florianópolis. Dissertação de Mestrado. Programa de pós-graduação em antropologia social. UFSC, 1997.
- KAY, Margarita. Lay theory of healing in Northwestern New Spain. In: *Social Science and Medicine*. 24 (12). pp 1050 – 1060. 1987.
- KLEINMAN, Arthur. Concepts and a model for the comparison of medical systems as a cultural systems. In: *Social Science and Medicine*. 12:85-93. 1973
- LANGDON, Esther Jean. Cultura e os processos de saúde e doença. In: *Anais do seminário Cultura, Saúde, Doença*. SOLLBERGER, J., OLIVEIRA, M. (orgs) Londrina. Ministério da Saúde; Universidade Estadual de Londrina e Secretaria Municipal de Ação Social/ Prefeitura Municipal de Londrina, 2003.
- _____. A Construção social da doença e o seu desafio para a prática médica. In: *Parque indígena do Xingu: Saúde, Cultura, História*. In: BARUZZI, R.; JUNQUEIRA, C. (orgs). São Paulo. Ed. Terra Virgem. pp 115-131. 2005

LANGDON, Esther Jean. ; ROJAS, Beatriz. Um Fator Ignorado numa Situação de Mudança Rápida – A Situação da Área Indígena Ibirama (SC). In: *A Barragem de Ibirama e as Populações Atingidas na Área Indígena*. Documento-Denúncia Silvio Coelho dos Santos, org. Boletim de Ciências Sociais. 51/51:65-89. Florianópolis, UFSC, 1989.

LANGDON, Esther Jean., DIEHL, Eliana. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. In: *Revista Saúde e sociedade*. v.16, n 2, p 19-36. 2007.

LEAL FERREIRA, Mariana. Diabetes tipo 2 e povos indígenas no Brasil e nos Estados Unidos. In: *Anais do seminário Cultura, Saúde, Doença*. (Leila Sollberger Jeolás e Marlene de Oliveira, orgs.) Londrina. Ministério da Saúde; Universidade Estadual de Londrina e Secretaria Municipal de Ação Social/ Prefeitura Municipal de Londrina, 2003.

MAYBURY LEWIS, David. (org). *Dialectical societies: the Ge and Bororo of central Brazil*. Cambridge. Harvard University Press, 1979.

MENENDEZ, Eduardo. Modelos de atención a los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones practicas. *Ciencia e saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v 8, n 1, p 185-208, 2003.

MOREIRA NETO Carlos. Alguns dados para a historia atual dos índios kaingang. In: GRUENBERG, G. *La situación del indígena en América del Sur*. Montevideo. Biblioteca científica. 1972

MORGADO, .Paula. O Pluralismo medico Wayaná – Aparai: a interseção entre a tradição local e a global. *Cadernos de campo*. São Paulo, n 4, p 41-70, 1994.

NEDER, Martha. ; NOGUEIRA Arthur. 2006. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: O que avançamos no conhecimento da sua epidemiologia?. In: *Revista Brasileira de Hipertensão arterial*. Vol 13(2):126-133. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-2/09-hipertensao-arterial-sistematica.pdf>

OLIVEIRA, Fabio.; FIGUEREDO, Joana. Relato sobre mudança cultural em comunidades do parque indígena do Xingú. In: *Boletim de*

pesquisa e desenvolvimento No. 50. Novembro de 2003. Disponível em: <http://www.cenargen.embrapa.br/publica/trabalhos/bp050.pdf>

OLIVEIRA, Maria Conceicao. *Os Curadores Kaingang e a recriação de suas praticas: estudo de caso na aldeia Chapecó (oeste de SC)*. PPGAS/UFSC. Dissertação de Mestrado. 1996

PORTAL KAINANG. www.portalkaingang.org

PRATT, Mary Louise. *Imperial eyes: travel writing and transculturation*. Routledge. London, New York. 1992

RADUAM, Roberto. *O que é diabetes*. Artigo eletrônico. Disponível em: http://www.idmed.com.br/saudeMateria.php?sessao=saudef&topico=6&materia=56&gclid=CKSn3uLMqpsCFQRM5QodH12_Dg

ROE, Jennie. ; YOUNG, Robert. *Diabetes as a disease of civilization: The impact of culture change on indigenous peoples*. New York: Walter de Gruyter & Co. 1993

ROSA, Rogerio. *Os kujà são diferentes: um estudo etnológico do complexo xamânico dos Kaingang da terra indígena Votouro*. Tese de Doutorado. Programa de Pós graduação em antropologia social. UFRGS. 2005

TURNER, Terence. Social Body and embodied subject. Bodiliness subjectivity and sociality, and the Kayapó. *Cultural Anthropology*. New York vol 10. No3. P 54-61, 1995. In: CARVALHO, Rosa. A noção de pessoa e a construção de corpos Kaingang na sociedade. In: *Espacio Amerindio*. Porto Alegre. Vol 2, No.1. 2008

VEIGA, Juracilda. Nome, pintura e descendência entre os Kaingang de Xaçupé. In: *Novas contribuições aos estudos interdisciplinares entre os Kaingang*. Londrina: Editora da UEL, 2000

_____. *Cosmologia e praticas rituais Kaingang*. Tese de doutorado, CAMPINAS – UNICAMP, 1994.

_____. *Organização social e cosmovisão Kaingang: Uma introdução ao parentesco, casamento e nominação numa comunidade Jê Meridional*. 1994. Dissertação de Mestrado. IFCH, UNICAMP.

