

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ANTROPOLOGIA SOCIAL**

Ari Ghiggi Junior

**Uma Abordagem Relacional da Atenção à Saúde
a partir da Terra Indígena Xapecó**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Doutor em Antropologia Social

Orientadora: Esther Jean Langdon,
Prof^{ra}. Dr^a.

Florianópolis
2015

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

Ghiggi Jr, Ari

Uma Abordagem Relacional da Atenção à Saúde a partir da
Terra Indígena Xaçecó / Ari Ghiggi Jr ; orientadora, Esther
Jean Langdon - Florianópolis, SC, 2015.

378 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa
de Pós-Graduação em Antropologia Social.

Inclui referências

1. Antropologia Social. 2. Antropologia. 3. Índios
Kaingang. 4. Atenção à Saúde. I. Langdon, Esther Jean. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Antropologia Social. III. Título.

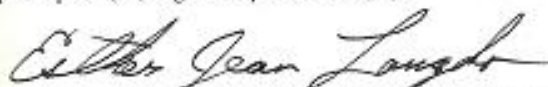
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

Uma Abordagem Relacional da Atenção à Saúde a partir da Terra Indígena Xapocó

Ari Ghiggi Junior

Orientador(a): Prof^a Dr^a Esther Jean Langdon

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Antropologia Social, aprovada pela Banca composta pelos(as) seguintes professores(as):



Prof^a Dr^a Esther Jean Langdon (Presidente - PPGAS/UFSC)



Prof.^a Dr.^a Raquel Paiva Dias Scopel (FIOCRUZ)



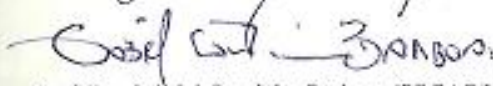
Prof.^a Dr.^a Maria José Reis (UNIVALI)



Prof.^a Dr.^a Eliane Elisabeth Diehl (CIF/CCS/UFSC)



Prof.^a Dr.^a Sônia W. Maluf (PPGAS/UFSC)



Prof. Dr. Gabriel Coutinho Barbosa (PPGAS/UFSC)



Prof.^a Dr.^a Edviges Marta Ioris (Coordenadora do PPGAS/UFSC)

Florianópolis, 18 de dezembro de 2015.

*Para Tatyana, Carolina
e Ari (in memoriam)*

AGRADECIMENTOS

Não é simples lembrar todos os nomes que contribuíram para a realização deste trabalho. Caso tenha esquecido alguém, por favor me desculpe.

Agradeço à minha família, Mãe, Tita, Ariene, Emerson, Ilka, Angelo, Fabi, pelos incentivos – mesmo as vezes não entendendo muito bem o sentido de todo este trabalho na pós-graduação. Especialmente, agradeço ao meu pai, Ari, por ter me ajudado muito desde a graduação em Ciências Sociais e em diversos momentos da atual pesquisa de campo. Que você descanse em paz, meu velho!

Agradeço ao meu sogro e minha sogra, Cylon e Telma, por terem dado aquela força especial em diversos momentos difíceis. Em especial à Telma, por ter nos ajudado muito com a filhota. Jamais esquecerei tudo que fizeram por nós!

Aos colegas de pós-graduação Dalva, Augusto, Suzana, Gabina, Isis, Fernanda, Izomar, Tati, Marta, Melissa, Xanda, Simone. Espero que todos estejam bem e prosseguindo com seus trabalhos.

Aos colegas do NESSI, Daniel, Raquel, Pedro, Eliana, Maurício, Bárbara, Carolina, Harold, pelas discussões e possibilidades oferecidas.

Aos Kaingang da Terra Indígena Xapecó, especialmente Matilde, Paulo, Pauluã, Kókoj, Ina, Diva, Vardinho, Ducão, Pastor Lúcio, Ivone, Lurdes, Chico, Né, Getúlio, Lírio, Zena, Neri, Neinho, Morango, Jean, Kellen, Lagarto, Jair, Biriva, Levy, Mico, Patrick (Gordo), Pastor Luiz, Dona Maria, Lampião, Mudo, Édio, Preta, Pedrinho, Leno, Cris, Dona Jesus, Seu Macota, Ivanira, Véio, Pezudo, Ataíde, Ferrinho, Fusca, Roselane, Osana, Rildo entre outros tantos que não lembro neste momento. A vocês, meus sinceros agradecimentos por terem aberto suas casas e me recebido com tanto carinho.

Agradeço também aos não índios que contribuíram demais, Irmã Delminda, Tatiane, Silviane, Marizete, Alexandre, Edite, Ivete, Têre, Artêmio, Odete, Dona Lurdes, Ricardo, Seu Nildo (in memoriam).

Aos componentes da banca de defesa de tese, professoras Maria José Reis, Sônia Maluf, Raquel Scopel, Nádia Heusi, Eliana Diehl, Antonella Tassinari, Gabriel Barbosa. Gratidão sincera pelos ensinamentos.

Ao professor Flávio Wiik, grande mestre e amigo, que me apresentou à TIX e contribuiu demais na minha vida acadêmica e em outras experiências não menos importantes fora dela.

À professora Esther Jean Langdon, especialmente, pela paciência, orientação sem igual e pelas oportunidades concedidas a mim em todos estes anos de parceria e pesquisa na Terra Indígena Xaçecó.

Um agradecimento especialíssimo à minha esposa Tatyana, pela paciência, incentivo, amizade, amor, carinho e auxílio nas horas mais difíceis. Também, agradecimento especialíssimo à minha filha Carolina, que chegou durante o doutorado para bagunçar geral e hoje representa tudo nas nossas vidas. Amo vocês!

E finalmente, ao PPGAS/UFSC, CAPES e CNPq pelos apoios financeiros durante o Doutorado, sem os quais seria impossível a realização deste trabalho.

RESUMO

Esta tese é uma etnografia sobre as dinâmicas terapêuticas no campo de atenção à saúde mapeadas a partir da Terra Indígena Xaçupé (TIX), oeste de Santa Catarina – uma região marcada pela violência estrutural que relega às populações autóctones posições subalternas em relação às condições básicas de cidadania e sobrevivência. A temática da atenção à saúde é tomada aqui como chave para, por um lado, demonstrar as condições de saúde dos Kaingang e, por outro, elucidar a riqueza de estratégias e práticas sociais que retratam o contato dos indígenas com as populações vizinhas. Além de um contexto interétnico, o campo da atenção à saúde que perpassa a TIX é uma zona intermédica marcada pela interpenetração de diferentes modelos de atenção à saúde e pelo hibridismo entre as tradições médicas presentes. A compreensão das dinâmicas terapêuticas neste campo foi tomada a partir de uma abordagem relacional que partiu de dois pontos de vista inter-relacionados: por um lado, valorizou as intencionalidades de procura e, por outro, as de oferta terapêutica. Com relação à procura terapêutica, a análise dos itinerários terapêuticos demonstrou a autonomia e o empoderamento dos sujeitos e grupos domésticos na articulação de diferentes formas de atenção à saúde utilizadas na atuação pragmática frente às enfermidades que vivenciam – além do trânsito e circulação por diversas localidades da região e para além desta. Com relação à oferta terapêutica, foi possível reconhecer e explorar a pluralidade de recursos que guiam as escolhas dos Kaingang nos seus itinerários terapêuticos. Esta dimensão foi abordada a partir das quatro redes terapêuticas que perpassam a TIX: os crentes e as igrejas evangélicas, os católicos “tradicionais”, a pastoral da saúde e os serviços oficiais de saúde. A abordagem destas redes, tomadas como arranjos organizativos, enfatizou a atuação de agentes, a consolidação de espaços, rituais e práticas que transcendem os limites da TIX. Enfim, tomar os indígenas num contexto relacional teve como objetivo amplo subsidiar uma problematização sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), mais especificamente, sobre o princípio da atenção diferenciada que indica o respeito às práticas tradicionais e a sua articulação com as rotinas dos serviços oficiais de saúde. Esta problematização investe contra uma noção essencializada de cultura e uma imagem do índio genérico e isolado, que impregnam concepções políticas e atitudes de profissionais na área da saúde e cerceiam seus direitos enquanto cidadãos brasileiros.

PALAVRAS-CHAVE: Índios Kaingang, Atenção à Saúde, Abordagem Relacional.

ABSTRACT

This ethnography follows the therapeutic dynamics of the healthcare field that originate in the Xaçecó Indigenous Reservation (Terra Indígena Xaçecó - TIX). Located in the west of the state of Santa Catarina, Brazil, it is in a region marked by structural violence that relegates the native population to a subaltern position in relation to the basic conditions of citizenship and survival. The theme of health care is here taken as a key for demonstrating the health conditions of the Kaingang people as well as for revealing the richness of strategies and social practices that portray the contact between indigenous people and the neighboring population. Besides one of interethnic context, the health care field found in the TIX is an intermedical zone marked by the interpenetration of different health care models and by hybridism between medical traditions. To understand the therapeutic dynamics in this field, a relational approach was used that began from two interrelated viewpoints: one the one hand, that which valued intentionality in the search and, on the other, that of the therapeutic offer. In the case of the search for therapy, the analysis of therapeutic itineraries showed autonomy and empowerment of the individuals and domestic groups in their articulation of the different forms of health care used in the pragmatic actions taken to resolve the illnesses they suffer – in addition to their transit and circulation in various locations of the region and beyond. Regarding therapeutic offer, it was possible to identify and explore the plurality of resources that guide the choices of the Kaingang in their itineraries. This dimension was approached through four therapeutic networks found on the reservation: believers and the Evangelical churches, “traditional” Catholics, Pastoral of Health assistance, and official health care services. The analysis of such networks, here understood as organizational arrangements, emphasized the agents’ action and also the consolidation of spaces, rituals and practices that transcend the limits of the TIX. The analysis of Kaingang in a relational context had as a general purpose the problematization of Brazil’s National Policy for Indigenous Health Care (Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI), focusing more specifically on the principle of the differentiated attention that calls for the respect for traditional practices and their articulation with the routines of the official health services. Such problematization counters the essentialized notion of culture and the image of a generic and isolated Indian that impregnate policymaking conceptions and attitudes

of health care professionals, curtailing the rights of indigenous peoples as Brazilian citizens.

KEYWORDS: Kaingang Indigenous People, Health Care, Relational Approach

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|-----|
| Localização das Terras Indígenas Kaingang no Sul e Sudeste do Brasil | 356 |
| Mapa Adaptado da Localização das Áreas Indígenas Kaingang no Oeste de Santa Catarina..... | 357 |
| Estado de Santa Catarina em 1907..... | 358 |
| Limites dos Municípios de Santa Catarina em 2014..... | 359 |
| Mapa Político Adaptado da Região Oeste de Santa Catarina - Municípios de Ipuauçu e Entre Rios no centro | 360 |
| Limites da Terra Indígena Xapecó e Localização das Aldeias em relação aos perímetros urbanos dos Municípios de Ipuauçu e Entre Rios..... | 361 |
| Estrada de Ferro São Paulo – Rio Grande do Sul..... | 374 |
| Distritos Sanitários Especiais Indígenas..... | 375 |
| Convite Formatura Técnicos de Enfermagem Indígenas - UFSC | 376 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS – Atenção Básica à Saúde
AD – Assembleia de Deus
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIKA – Associação Indígena Kanhru
AIS – Agentes Indígenas de Saúde
AMC – Antropologia Médica Crítica
ASSEC – Associação Educacional e Caritativa
BRC – Brazil Railway Company
CEOM – Centro de Memória do Oeste
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CEPON – Centro de Pesquisas Oncológicas
CIMI – Conselho Indigenista Missionário
CIS – Comissão Intersetorial de Saúde
CIS AMOSC – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste de Santa Catarina
CISI – Comissão Intersetorial de Saúde do Índio
CNBB – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNS – Conselho Nacional de saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONDISI – Conselho Distrital de Saúde Indígena
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COSAI – Coordenação de Saúde do Índio
DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
DUDC – Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural
EIEB – Escola Indígena de Educação Básica
EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
FATMA – Fundação do Meio Ambiente
FUNAI – Fundação Nacional do Índio
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
GTCC – Grupo de Trabalho para Capacitação de Conselheiros
HIPERDIA – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
HRO – Hospital Regional do Oeste
HRSP – Hospital Regional São Paulo
IBAMA – Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFMA – Irmãs Franciscanas Missionárias de Maria Auxiliadora

IHU – Instituto Humanitas
ISA – Instituto Socioambiental
LABHIN – Laboratório de História Indígena
MAIS – Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio
MPF – Ministério Público Federal
MST – Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organização Não Governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
PB – Polo Base
PCH – Pequenas Centrais Hidrelétricas
PIX – Posto Indígena Xaçepó
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
REPENSUL – Rede de Promoção ao Desenvolvimento da Enfermagem da Região Sul
SBLC – Southern Brazil Lumber and Colonization
SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena
SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar Indígena
SJM – São João Maria
SPI – Serviço de Proteção ao Índio
SUS – Sistema Único de Saúde
SUSA – Serviços de Unidades Sanitárias Aéreas
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIX – Terra Indígena Xaçepó
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
UHE – Usina Hidrelétrica
UNESCO – Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
UNOCHAPECÓ – Universidade Comunitária da Região de Chapecó
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| INTRODUÇÃO..... | 21 |
| I.1 - REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO: DA ANTROPOLOGIA MÉDICA AO ENFOQUE RELACIONAL EM SAÚDE COLETIVA | 27 |
| <i>I.1.1 - Bases da Antropologia Médica Crítica.....</i> | <i>32</i> |
| <i>I.1.2 - Contribuições de Gramsci: hegemonia e agência</i> | <i>34</i> |
| <i>I.1.3 - Eduardo Menéndez e a abordagem relacional em saúde coletiva</i> | <i>39</i> |
| I.2 – METODOLOGIA DE PESQUISA | 43 |
| <i>I.2.1 - A experiência de campo.....</i> | <i>45</i> |
| <i>I.2.2 - Os Itinerários terapêuticos</i> | <i>48</i> |
| <i>I.2.3 – O mapeamento dos recursos terapêuticos.....</i> | <i>49</i> |
| <i>I.2.4 – Redes Terapêuticas como Possibilidades Descritivas</i> | <i>50</i> |
| I.3 - ORGANIZAÇÃO DO TEXTO | 51 |
| CAPÍTULO 1 – DA REGIÃO OESTE DE SANTA CATARINA À TERRA INDÍGENA XAPECÓ (OU, SOBRE A VIOLÊNCIA ESTRUTURAL CONTRA AS POPULAÇÕES AUTÓCTONES)..... | 53 |
| 1.1 - A OCUPAÇÃO KAINGANG NOS CAMPOS DE PALMAS | 57 |
| 1.2 - CONTESTADO: CABOCLOS E COLONOS NO OESTE DE SANTA CATARINA | 63 |
| 1.3 - AS PRESSÕES PÓS-COLONIAIS CONTRA OS KAINGANG | 73 |
| 1.4 - A TIX ATUALMENTE..... | 78 |
| <i>1.4.1 - Subsistência.....</i> | <i>82</i> |
| <i>1.4.2 - Educação.....</i> | <i>85</i> |
| 1.5 – ÍNDIOS ENTRE CABOCLOS E COLONOS | 88 |
| <i>1.5.1 – Índios e Colonos: Entre preconceitos e acusações</i> | <i>88</i> |
| <i>1.5.2 – Índios e Caboclos: a exclusão como experiência compartilhada</i> | <i>91</i> |
| 1.6 - EPIDEMIOLOGIA E POVOS INDÍGENAS: AGRAVOS À SAÚDE, DESIGUALDADE E POBREZA | 93 |
| 1.7 - CONCLUINDO O CAPÍTULO | 98 |
| CAPÍTULO 2 – ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS A PARTIR DA TERRA INDÍGENA XAPECÓ | 101 |
| 2.1 – ENFERMIDADES RELACIONADAS AO MUNDO DO TRABALHO..... | 103 |
| <i>2.1.1 - Salete e a Experiência no Frigorífico</i> | <i>104</i> |
| 2.2 – ENFERMIDADES DE ALTA COMPLEXIDADE BIOMÉDICA | 108 |
| <i>2.2.1 – Celestino e o Problema nas “Vistas”</i> | <i>110</i> |

| | |
|--|-----|
| 2.2.2 - <i>Andreia e o tratamento do câncer</i> | 111 |
| 2.2.3 - <i>Nena, Betinho e a Cirurgia Cardíaca</i> | 114 |
| 2.3 - ESPÍRITOS MALIGNOS E CONVERSÃO EVANGÉLICA | 121 |
| 2.3.1 - <i>Silvana, Jairo e o adoecimento de Nildo</i> | 123 |
| 2.3.2 - <i>Antonio e Luciana</i> | 127 |
| 2.4 - ENFERMIDADES POPULARMENTE RECONHECIDAS | 133 |
| 2.4.1 - <i>Nédio e o Feitiço</i> | 134 |
| 2.4.2 - <i>Micum e a Míngua</i> | 137 |
| 2.4.3 - <i>Dona Roberta e o Amarelão</i> | 138 |
| 2.5 - CONCLUINDO O CAPÍTULO | 142 |

CAPÍTULO 3 - OS CRENTES E AS IGREJAS EVANGÉLICAS149

| | |
|---|-----|
| 3.1 - A ESTRUTURAÇÃO ORGANIZACIONAL DAS CONGREGAÇÕES EVANGÉLICAS | 150 |
| 3.1.1 - <i>Instalação, expansão e abrangência dos ministérios</i> | 150 |
| 3.1.2 - <i>Agentes religiosos e dons espirituais</i> | 155 |
| 3.1.2.1 - <i>Dirigentes religiosos</i> | 157 |
| 3.1.2.2 - <i>Missionários</i> | 161 |
| 3.2 - RITUAIS EVANGÉLICOS | 165 |
| 3.2.1 - <i>Os Grupos de atividades</i> | 165 |
| 3.2.2 - <i>As Campanhas</i> | 167 |
| 3.2.3 - <i>Os Cultos</i> | 168 |
| 3.2.4 - <i>As Festas e os Congressos</i> | 170 |
| 3.3 - ATUAÇÕES DE AGENTES EVANGÉLICOS PARA ALÉM DAS IGREJAS .. | 172 |
| 3.3.1 - <i>Mateus e o dom da cura</i> | 173 |
| 3.3.2 - <i>Luciana e o dom das Ervas Medicinais</i> | 178 |
| 3.4 - DISCURSOS DE OPOSIÇÃO E APROXIMAÇÃO | 190 |

CAPÍTULO 4 - OS CATÓLICOS TRADICIONAIS.....193

| | |
|--|-----|
| 4.1 - SÃO JOÃO MARIA ENTRE OS SANTOS CATÓLICOS..... | 195 |
| 4.1.2 - <i>As Águas de São João Maria</i> | 197 |
| 4.2 - OS FESTEJOS CATÓLICOS..... | 200 |
| 4.2.1 - <i>A festa de São João Maria na Aldeia Sede e a circulação dos Rezadores</i> | 203 |
| 4.3 - OS TERAPEUTAS CATÓLICOS | 206 |
| 4.3.1 - <i>Kuiãs</i> | 207 |
| 4.3.2 - <i>Benzedeiras e Benzedores</i> | 216 |
| 4.3.3 - <i>Curandeiros e Curandeiras</i> | 225 |
| 4.3.3.1 - <i>Dona Marisa e José:</i> | 227 |
| 4.3.3.2 - <i>Iracilda</i> | 236 |
| 4.4 - OS AGENTES CATÓLICOS TRADICIONAIS EM CONFLITO..... | 245 |

CAPÍTULO 5 – FONTES INSTITUCIONAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE..... 253

| | |
|--|-----|
| 5.1 - OS SERVIÇOS OFICIAIS DE SAÚDE | 253 |
| 5.1.1 - A Emergência do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. 254 | |
| 5.1.1.1 - A estrutura organizacional e a TIX | 258 |
| 5.1.1.2 - O controle social | 259 |
| 5.1.1.3 - Os convênios..... | 262 |
| 5.1.2 - Os níveis de atenção à saúde | 264 |
| 5.1.2.1 - A Atenção Primária à Saúde e a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) na TIX | 267 |
| 5.1.2.1.1 - Médicos e Dentistas | 269 |
| 5.1.2.1.2 - As Enfermeiras e a Nutricionista | 271 |
| 5.1.2.1.3 - Os profissionais indígenas: AIS e Técnicos de Enfermagem | 276 |
| 5.1.3 - Atenção Secundária e Terciária..... | 277 |
| 5.1.3.1 - Ambulanciaterapia | 281 |
| 5.1.3.2 - As casas de apoio | 284 |
| 5.2 - A PASTORAL DA SAÚDE/CRANÇA | 289 |
| 5.2.1 - Agentes religiosas | 290 |
| 5.2.2 - As líderes comunitárias..... | 291 |
| 5.2.3 – As Ações da Pastoral e a comunidade da TIX..... | 292 |
| 5.2.4 - A Pastoral e os Serviços Oficiais de Saúde..... | 295 |
| 5.2.4 - Conflitos na atuação pastoral..... | 297 |

CAPÍTULO 6 – PROBLEMATIZANDO A ATENÇÃO DIFERENCIADA..... 301

| | |
|---|-----|
| 6.1 - OS DOCUMENTOS OFICIAIS E A QUESTÃO DA DIFERENÇA | 302 |
| 6.2 - OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA TIX E AS NOÇÕES DE ATENÇÃO DIFERENCIADA..... | 307 |
| 6.3 - ATENÇÃO DIFERENCIADA ENTRE A INTEGRAÇÃO E A ARTICULAÇÃO | 312 |
| 6.4 – MULTICULTURALISMO E INTERCULTURALIDADE | 318 |
| 6.5 - CONCLUINDO O CAPÍTULO..... | 321 |

CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS..... 333

| | |
|---|------------|
| ANEXO A: LOCALIZAÇÃO DAS TERRAS INDÍGENAS KAINGANG NO SUL E SUDESTE DO BRASIL | 356 |
| ANEXO B – MAPA ADAPTADO DA LOCALIZAÇÃO DAS ÁREAS INDÍGENAS KAINGANG NO OESTE DE SANTA CATARINA | 357 |
| ANEXO C: ESTADO DE SANTA CATARINA EM 1907 | 358 |
| ANEXO D: LIMITES DOS MUNICÍPIOS DE SANTA CATARINA EM 2014. | 359 |
| ANEXO E – MAPA POLÍTICO ADAPTADO DA REGIÃO OESTE DE SANTA CATARINA - MUNICÍPIOS DE IPUAÇU E ENTRE RIOS NO CENTRO | 360 |
| ANEXO F – LIMITES DA TERRA INDÍGENA XAPECÓ E LOCALIZAÇÃO DAS ALDEIAS EM RELAÇÃO AOS PERÍMETROS URBANOS DOS MUNICÍPIOS DE IPUAÇU E ENTRE RIOS | 361 |
| ANEXO G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... | 362 |
| ANEXO H - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UFSC..... | 364 |
| ANEXO I – PARECER DA COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA (CONEP) | 368 |
| ANEXO J – AUTORIZAÇÃO DA FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO PARA INGRESSO EM TERRA INDÍGENA..... | 373 |
| ANEXO K - ESTRADA DE FERRO SÃO PAULO – RIO GRANDE DO SUL | 374 |
| ANEXO L – DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS | 375 |
| ANEXO M – CONVITE FORMATURA TÉCNICOS DE ENFERMAGEM INDÍGENAS - UFSC | 376 |

INTRODUÇÃO

Esta tese é uma etnografia sobre as dinâmicas terapêuticas no campo de atenção à saúde mapeadas a partir da Terra Indígena Xaçpecó (TIX), oeste de Santa Catarina. A partir da abordagem que chamei de relacional, procuro abordar os pontos de vista da procura e da oferta terapêutica numa tentativa de reconhecer a pluralidade de recursos que guiam as escolhas dos Kaingang desta localidade e valorizar aspectos de autonomia dos indígenas no desenrolar dos seus itinerários terapêuticos. A temática da atenção à saúde é tomada aqui como chave para elaborar um estudo que, por um lado, demonstre as condições de saúde relativas aos Kaingang da TIX e, por outro, elucide a riqueza de estratégias e práticas sociais que retratam os processos interétnicos e intermédicos no oeste de Santa Catarina. Tudo isto representa um subsídio para compreendermos as limitações e possibilidades da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e, mais especificamente, o princípio da atenção diferenciada que indica o respeito às culturas e formas terapêuticas tradicionais.

O desenrolar do século XX marcou a região oeste de Santa Catarina com a ascensão e crescimento da população de descendentes de imigrantes de europeus que habitavam anteriormente o Rio Grande do Sul. Após a resolução da Guerra do Contestado, logo em 1916, as frentes colonizadoras para expansão populacional atuaram em processos de exploração de recursos naturais e ocupação dos espaços extremamente ricos em madeira, erva-mate e campos para criação de gado. As populações autóctones foram trucidadas e expropriadas de suas terras, passando a habitar locais considerados de pouco interesse pelos colonos.

A saga heroica dos imigrantes desbravadores do sertão do Brasil consolidou-se como discurso dominante, guiando as representações cotidianas nas cidades sobre a diversidade étnica. Deliberadamente, o *ethos* da pujança e do trabalho como valor – entre outras características fenotípicas ou de comportamento – são aludidos nos discursos locais na demarcação das fronteiras simbólicas a partir do ponto de vista dos brancos (RENK, 1997). Por outro lado, existem movimentos de ascensão das populações autóctones frente a sociedade envolvente, ou mais especificamente perante o estado, a partir de alguns movimentos penosos e latentes: os *caboclos*, invisibilizados no discurso oficial histórico colonizador, estão tomando visibilidade e atuando na reivindicação da autoidentificação como grupo étnico estabelecido na

região através de associações (RENK, 2007; CEOM, 2008); alguns poucos grupos de *negros* também têm sido alvo de políticas públicas a partir da questão quilombola nos últimos anos (LEITE, 1995); alguns grupos de indígenas Guarani reivindicam terras na região (LIMULJA, 2007); e os indígenas Kaingang, que têm figurado como alvo de intervenções oficiais desde a criação do Serviço de Proteção ao Índio em meados do século XX (OLIVEIRA, 2011). Os negros e caboclos estão elaborando movimentos de afirmação que ainda não os tornam centrais nas agendas oficiais da maioria dos municípios. Já para os indígenas, a questão da diferenciação e afirmação étnica e cultural é fundamental para sua presença nas diversas políticas estatais que servem como estratégia de sobrevivência.

Não é a toa que a grande maioria dos trabalhos, antropológicos e históricos, desenvolvidos no oeste de Santa Catarina possuem uma preocupação com a temática de marcação de identidades étnicas (NODARI, 2009; RENK, 1997; LEITE, 1995). De fato, as temáticas da diferenciação são extremamente explícitas no oeste de Santa Catarina, e mostram como o tema da colonização e dos processos de exclusão ainda são atuantes numa complexidade extraordinária. É sensível que as populações autóctones são reféns da herança colonial onde o efeito primordial é a negação das suas condições básicas de cidadania, ou, como quer Farmer (2003), pela violência estrutural acarretando em pobreza, desigualdade e sofrimento.

Entre os grupos indígenas Kaingang catarinenses existem abordagens que corroboram com a construção de um olhar histórico e bastante político das relações com outras etnias locais. Digo político porque muito do que produziu Sílvio Coelho dos Santos (1970, 1973, 1978, 1979), por exemplo, é tratado com base na teoria da Fricção Interétnica formulada por Cardoso de Oliveira (1964). Ou seja, valoriza o caráter conflitivo entre as populações étnicas locais e centra a análise na dialética de luta de classes entre sociedade envolvente e indígenas. Em primeiro plano são colocadas as questões de ocupação dos territórios pelos colonizadores, a redução das minorias étnicas à pequenas porções de terra, o extermínio das populações autóctones e modos de resistência destas populações.

Concordo plenamente com esta argumentação, e noto que existem marcas de diferenciação acionadas para distanciamento entre as populações locais. Mas, um dos anseios deste trabalho é avançar em relação ao foco na centralidade das relações conflituosas entre as alteridades e demonstrar que existe um campo de relações interétnicas

onde as noções de limite são mais flexíveis, porosas, nebulosas que estas elaboradas pelas definições mais duras da teoria da Fricção Interétnica.

Neste sentido, trata-se de uma problematização das concepções que ao senso comum são tomadas como contíguas quando se trata de populações indígenas, ou seja, que a uma etnia cabe apenas uma cultura e que a uma espacialidade cabe apenas uma etnia. Segundo Oliveira Filho (1999), é preciso ter em mente que as sociedades indígenas estão num contexto relacional que as extrapola espaço-temporalmente, colocando em cheque as suposições simplificadoras sobre índios relativamente isolados e com forte distinção de padrões culturais. Estes padrões não são coerentes com o mundo globalizado, onde as unidades sociais não se mostram autocontidas, descontínuas e territorializadas.

Assim, temos que os territórios que os Kaingang habitam hoje no oeste de Santa Catarina se localizam relativamente próximos a centros urbanos como Chapecó, Xanxerê e Abelardo Luz. A partir da pesquisa de campo tornou-se clara e perfeitamente compreensível a existência de diversos modos de conceber a presença indígena no contexto regional que não apenas uma corporação grupal unívoca em conflito com a sociedade envolvente. Quando experimentamos o cotidiano local, principalmente acompanhando as relações entre indígenas e não indígenas, notamos que estas podem ser tanto marcadas pela exploração, distanciamento e marcação de diferenciação quanto voltadas para cooperação e aproximação entre os diferentes grupos. Ou seja, olhando de perto podemos percebermos nuances das dinâmicas e estratégias de interação dos indígenas num contexto pluriétnico e intercultural.

Um dos recortes possíveis para entendermos estas dinâmicas é o campo de atenção à saúde, onde percebemos que são corriqueiros os trânsitos dos indígenas para além dos limites geopolíticos dos territórios demarcados das reservas indígenas. Neste sentido, tanto os indígenas saem da TIX à procura de práticas terapêuticas, como também têm o seu território visitado por muitos não indígenas a partir de motivações de mesma natureza. De forma análoga, indígenas saem da reserva para executar práticas terapêuticas junto às populações das cidades vizinhas, assim como têm no interior do seu território a atuação de diversos agentes não indígenas.

Assim, tendo em mente que os processos de saúde, enfermidade e atenção apontam para possibilidades de abertura e envolvem interação e negociação (LANGDON, 2003), esta temática representa uma chave teórica e metodológica utilizada como alternativa para explorar e extrapolar os limites comumente estabelecidos entre etnias e territórios

geopolíticos. A intenção é, portanto, formular uma abordagem que permita explorar etnograficamente as dinâmicas terapêuticas visibilizando a presença e circulação da população Kaingang da TIX a nível regional – e para além deste – valorizando aspectos de autonomia frente aos processos de saúde, enfermidade e atenção.

Para explorar estas dinâmicas no campo de atenção à saúde propus uma abordagem relacional, inspirada em Menéndez (2009), que considerasse os pontos de vista e intencionalidades voltadas para a *procura* e a *oferta* terapêutica. Trocando em miúdos, por um lado foram valorizados aspectos de autonomia dos sujeitos e grupos domésticos envolvidos em processos de saúde, enfermidade e atenção especialmente no desdobramento de itinerários terapêuticos. E, por outro lado, foram abordados os referenciais terapêuticos pelos quais os indígenas transitam nestes itinerários. Assim, além das práticas de atenção relativamente autônomas empregadas pelos sujeitos e grupos domésticos, uma diversidade de recursos foi identificada como atuante terapêuticamente no contexto em questão.

Tanto do ponto de vista da procura quanto da oferta terapêutica temos que as interpretações e atuações frente às enfermidades são guiadas por modelos de atenção à saúde, ou seja, sistemas simbólicos que fornecem diretrizes para interpretação e atuação frente aos processos de saúde e enfermidade (KLEINMAN, 1973). Contudo, é preciso considerar para a TIX que existe a interpenetração de uma pluralidade de recursos que remete ao encontro de ideologias – que podem ou não serem antagônicas – e denotam processos de afirmação, resistência e competição quando relacionados à validação de seus conhecimentos e níveis de abrangência.

Por outro lado, encontro entre os diferentes modelos de atenção denota à práxis seu meio de reprodução, atualização, reformulação e transformação. Intencionalmente ou não, o efeito disso são os limites constantemente reconstruídos, borrados, porosos e fluidos entre os modelos. Isto nos remete ao que nos leva ao que Greene (1998) e Fóller (2004) chamam de zona de *intermedicalidade*, ou seja, um campo de forças que torna possível a emergência de medicinas híbridas, onde as atuações dos agentes são construídas na reincorporação e ressignificação de saberes e práticas terapêuticas oriundas de tradições médicas diferentes atuando na transformação do próprio campo de atenção. Portanto, os modelos de atenção à saúde presentes na TIX estão em relação, hibridizados, ressignificados e expressos nas práticas dos agentes ou terapeutas e também nas atividades de autoatenção realizadas pelos sujeitos e grupos domésticos.

Retomando, com vistas à perspectiva da procura terapêutica foram abordados os itinerários percorridos pela população indígena como forma de identificar os recursos utilizados e mostrar como estes são articulados de forma autônoma para tratar as enfermidades de forma pragmática e contextual. Mas, por outro lado, com vistas à perspectiva da oferta terapêutica, a descrição das práticas e recursos terapêuticos utilizados pelos Kaingang foi elaborada a partir do que chamo de *redes terapêuticas* a fim de entender como estes recursos emergem como referenciais para a circulação nos itinerários. Portanto, além de remeterem a modelos de atenção, os recursos terapêuticos em rede dizem respeito a arranjos organizativos, ou seja, tratam do exercício de práticas, rituais ou eventos por meio de instituições, equipamentos, espaços ou agentes que não necessariamente mantêm entre si uma relação de contiguidade espacial, mas são autorreferenciados e reconhecidos localmente como mantendo suas atividades conectadas – formal ou informalmente. O termo rede tem inspiração em Latour (1994) por notar que as suas propriedades o tornam “mais flexível que a noção de sistema, mais histórica que a de estrutura, mais empírica que a de complexidade” (p. 94). Entretanto, não é minha intenção cunhar uma definição plena sobre o termo rede, mas sim, denotar uma forma de organizar os dados a fim de perceber continuidades entre os recursos que tenha a ver com sua distribuição e organização. Assim, para organizar a perspectiva da oferta terapêutica serão abordadas as quatro *redes terapêuticas* identificadas, quais sejam, os *crentes e as igrejas evangélicas*, os *católicos tradicionais*, a *pastoral da saúde* e os *serviços oficiais de saúde*. É claro que, como arranjos organizativos dos recursos, estas redes podem conter sub-redes restritas ao seu escopo, da mesma forma como a rede mais ampla pode ser uma sub-rede de alguma rede ainda maior. Por outro lado, também podem existir redes estabelecidas a partir de interconexões entre componentes de redes inicialmente tomadas como separadas – apontando para a formação de novas redes. Portanto, acredito que é uma característica deste tipo de configuração a abertura à novas conexões sem que necessariamente se reorganize as relações entre a totalidade dos seus componentes (como indicaria uma noção de sistema).

Estas redes terapêuticas, portanto, extrapolam os limites da TIX e podem ser recortes para tratar de processos que perpassam o campo de atenção à saúde preservando sua dupla característica: a *interetnicidade*, ou seja, abarcando relações dos Kaingang com a sociedade envolvente; e a *intermedicalidade*, ou seja, o encontro de diversas tradições médicas

constantemente negociadas, ressignificadas e reelaboradas a partir da dimensão da agência – problematizando as noções de sistemas médicos extremamente fechados. Neste sentido, as redes terapêuticas remetem à emergência de espaços de *fronteira*, segundo definição de Boccara (2007): o campo relacional que busca “dar conta ao mesmo tempo da natureza construída a partir desta zona de contato, assim como da fluidez e do caráter constituinte das relações que se desenvolvem entre os diferentes agentes sociais em contato” (p. 60).

Assim, a partir deste trabalho, acredito numa ampliação e qualificação da discussão que vem sendo produzida entre os Kaingang. A contribuição se dá no entendimento mais amplo de como ocorrem os diálogos entre a população indígena e não indígena ao situá-los com maior ênfase e participação nas esferas de comunicação e constituição de sociabilidades ao nível da região oeste de Santa Catarina. Trata-se de uma forma de explorar a forte característica destes indígenas no trânsito e negociação com agentes diversos e em espaços que não aqueles atomizados em suas reservas ou centrados em práticas culturais estáticas bem delimitadas. A temática da saúde, assim, serve como um mote, um recorte ou um idioma que auxiliará a perceber como estes indígenas engajam-se em dinâmicas de circulação amplas.

Cabe ressaltar que este projeto está integrado à rede de pesquisas *Saúde: Práticas Locais, Experiências e Políticas Públicas* do Instituto Brasil Plural (IBP). Mais especificamente faz parte do projeto intitulado *Práticas de Autoatenção, Redes, Itinerários e Políticas Públicas*, coordenado pela professora Esther Jean Langdon. Assim, tem o objetivo de impulsionar diálogos com setor de saúde tomando a disciplina antropologia para além do seu viés estritamente acadêmico. Portanto, esta proposta de abordagem da atenção à saúde permite traçar subsídios para problematizar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e, mais especificamente, o princípio de *atenção diferenciada* contido na PNASPI – que reza pelo respeito e articulação ou integração dos saberes tradicionais com as rotinas de trabalho nos serviços de saúde oficiais.

A partir desta reflexão, portanto, é possível problematizar os modos como os serviços médicos entendem sua atuação neste contexto indígena específico e, de forma geral, as noções de diferença cultural e multiculturalismo que servem de base para as propostas políticas atuais. Apontando ambiguidades, descontinuidades e incongruências e limitações entre a proposta política e as atitudes dos profissionais de saúde, pretendo mostrar a necessidade da consideração das heterogeneidades dos contextos indígenas, das relações interétnicas e da

autonomia dos sujeitos frente aos processos de saúde, enfermidade e atenção para uma superação da essencialização da noção de cultura que mina as atividades oficiais em saúde.

I.1 - Referencial Teórico-Metodológico: Da Antropologia Médica ao Enfoque Relacional em Saúde Coletiva

Como mostra Silveira (2000), a nomenclatura Antropologia da Saúde foi adotada no Brasil por trabalhos críticos aos termos *antropologia médica*, que se desenvolveu nos Estados Unidos – por entenderem que o termo traz uma submissão ao paradigma biomédico e, conseqüentemente, à sua incapacidade de contemplar as pluralidades e peculiaridades da vida humana com relação aos processos de saúde e doença – e *antropologia da doença*, utilizado por abordagens francesas (LAPLANTINE, 1986) – pelo fato deste conter um reducionismo (à doença) que retira sua abrangência do campo das práticas de saúde. Aqui, torna-se impossível e desnecessária uma revisão completa acerca da emergência da Antropologia da Saúde no Brasil, seu desenvolvimento e apropriações – tema que certamente foi melhor trabalhado por Langdon (et al, 2012). Para esta tese é importante ter em mente que estas negações de alinhamento com esta ou aquela vertente expressa este campo temático no Brasil como emergente, bastante heterogêneo quanto aos paradigmas acionados e marcado fortemente por uma crítica à biomedicina.

Uma variedade extensa de trabalhos foi produzida desde Rivers, Clements e Ackernect – considerados os fundadores da chamada antropologia médica norte americana durante as décadas de 1920 e 1930 (LANGDON, 1994a). Estes primeiros antropólogos examinaram a medicina entre outras culturas centraram suas preocupações em diferenciar medicina primitiva e biomedicina – ou seja, entre sociedades primitivas e sociedade europeia ocidental.

Conforme Langdon (1994a) O primeiro deles foi Rivers, com trabalhos da década de 1920, que buscou classificar a medicina primitiva enquanto categorias do pensamento. Baseado nas teorias evolucionistas da época, subdividiu o pensamento primitivo em mágico, religioso e naturalista e procurou identificar estes modos de pensamento lógico, onde o tratamento da doença seguiria a identificação da causa. Ou seja, do modo mais arcaico ao modo mais próximo do ocidental e moderno. Rivers conclui que a medicina primitiva é basicamente mágica ou religiosa, distinguindo qualitativamente esta da medicina ocidental.

Sua contribuição com posteriores estudos em saúde se dá pelo fato de não considerar a medicina como fenômeno fragmentado, mas aceitar que é uma instituição social ligada com outros aspectos da cultura mais abrangente, sua visão de mundo e seu mundo social.

Langdon (1994a) aponta que outro pioneiro nas questões de saúde foi Clements, que possui trabalhos datados da década de 1930. A ele interessava comparar a distribuição das crenças etiológicas entre os povos primitivos no mundo com a finalidade de reconstruir historicamente a difusão de traços que se disseminaram pelas diversas sociedades. Cunhou 5 categorias: feitiçaria, quebra de tabu, intrusão de objeto no corpo, intrusão de espírito, perda da alma. Entretanto, sofreu as críticas ao difusionismo, uma vez que os traços são tratados como unidades independentes que passam de uma sociedade a outra sem considerar o seu significado ou sua relação com as culturas em suas lógicas próprias – ao contrário de Rivers. É uma pesquisa puramente descritiva destes traços.

Ackernect, com trabalhos publicados na década de 1940, é o terceiro desta linha de antropólogos e é considerado o pai da antropologia médica norte americana – como informa Langdon (1994a). Como Rivers, entendia que a medicina era inseparável do resto da cultura ou sociedade, ou seja, que a doença e seu tratamento não são processos puramente biológicos, mas que dependem de fatores socioculturais. Ackernect reconhece a diversidade cultural e ressalva que não há uma medicina primitiva, mas várias, cada uma ligada a sua cultura particular. Mas, para ele, a medicina indígena representa um modo de pensamento qualitativamente diferente da medicina científica, ou biomedicina – reiterando a noção evolucionista presente na época. A medicina primitiva seria mágico-religiosa, enquanto a biomedicina seria empírica. O primitivo de seus trabalhos é aquele que faz coisas por hábito e está cego perante a realidade empírica pelo determinismo das crenças que não lhe permitem questionar ou observar objetivamente. O pensamento pode ser lógico, mas não é racional.

Estes três antropólogos centraram os debates no pensamento de um outro caracterizado como primitivo. Rivers e Ackernect foram importantes por estabelecer que a medicina primitiva faz parte das culturas e que pode ser objeto de pesquisa antropológica, além do mais, é necessário estudá-la relacionada a estes contextos mais amplos – e não de forma fragmentada. Como lembra Langdon (1994a), a crítica mais forte a estes autores é o fato de não relativizarem a medicina moderna, ou científica, que representa um sistema universal e verdadeiro capaz de oferecer o único tratamento realmente eficaz.

Na década de 1970 vários antropólogos propuseram visões alternativas à biomedicina sobre o conceito da doença, o que representou um salto qualitativo enorme na subdisciplina já intitulada de antropologia médica nos Estados Unidos, buscando paradigmas onde o biológico estivesse articulado com o cultural. Kleinman (1973) e Good (1977), entre outros, podem ser citados como referências importantes na compreensão da doença não como um estado estático, mas um processo que requer interpretação e ação no meio sociocultural que implica negociação de significados em busca da cura.

Portanto, a corrente hermenêutica teve impacto significativo na antropologia médica norte americana na década de 1970, a partir do florescimento de estudos que consideram os *sistemas médicos* como *sistemas culturais* ou simbólicos. Esta abordagem, baseada em Kleinman (1973) – e, fundamentalmente, em Geertz (1989) –, trata do caráter cosmológico de tais sistemas. Isto implica que as diversas culturas fornecem *modelos de* e *modelos para* ação frente às situações indesejadas, reconhecidas coletivamente, associadas às diversas formas de desordem. A etiologia é uma porta de entrada importante para entender procedimentos diagnósticos e terapêuticos tomados a partir do princípio relativista na problematização dos limites e alcances da biomedicina – colocada agora como um sistema médico entre outros. Esta abordagem foi, entretanto, duramente criticada posteriormente por exacerbar uma rigidez nos limites dos sistemas apoiados em certa essencialização das culturas.

Saúde e doença também passaram a ser entendidas como processos experienciais ricos em significados para o doente e para aqueles que o cercam. Alguns estudos voltaram-se especificamente para a compreensão da experiência de adoecimento baseados em narrativas e relatos a partir da perspectiva dos sujeitos que as vivenciaram. Esta perspectiva propôs decompor a doença em duas categorias para entender as divergências entre as perspectivas do paciente e do médico no contexto clínico: *illness* (*enfermidade*), como referência ao nível experiencial da doença, e *disease* (*doença*), para indicar a compreensão que a biomedicina tem sobre os processos de adoecimento (KLEINMAN, 1980; HELMAN, 2009).

Good (1977) afirma que a doença é um processo subjetivo construído através dos contextos socioculturais e vivenciada pelos atores que procuram entendê-la e curá-la. Mostra, a partir da análise do discurso, que o significado da doença e seu diagnóstico vão além dos sintomas físicos, pois, envolvem interação social e requerem análises de

redes semânticas utilizadas para falar sobre uma doença. Ou seja, as experiências típicas, o conjunto de palavras e os sentidos tipicamente associados à doença pelos membros de uma sociedade específica denotam sua característica individualizante e emergente, que depende, ao mesmo tempo, do contexto sociocultural e da trajetória pessoal do indivíduo.

Um desdobramento importante da corrente hermenêutica foi a incorporação de novas ideias que permitiram agregar aos seus entendimentos os processos de mudança social. Em outras palavras, a antropologia médica passou a se apoiar na consideração de *saúde e doença* como *processos socioculturais*. A contextualização de tais processos em seus próprios termos visava colocar a perspectiva biomédica como mais uma dentre outras possibilidades e lógicas de diagnóstico e terapêutica, tratamento e cura, além de mostrar que tais processos envolvem negociação e diálogo em seu desenrolar. (LANGDON, 1994a). Turner (1974), com análise dos ritos e dramas, e Young (1976), através da ideia de construção sociocultural da doença (*sickness* ou mal-estar), trouxeram bases importantes para entender a dinâmica de decisões e negociações, desde o diagnóstico da enfermidade até sua reversão, ou não, em constante reinterpretação em termos coletivos e individuais. Esta concepção representa um olhar para os contextos de ação (marcados pela pluralidade de interpretadores e pela polissemia dos signos), onde atores estarão engajados de diversas formas numa operação latentemente simbólica negociada na práxis. Esta leitura dos processos de saúde e doença foi importante porque deu centralidade ao ponto de vista dos atores sociais, suas dinâmicas de interação e circulação e a (re)construção de sistemas médicos ou categorias de enfermidade para além da dimensão subjetiva e experiencial.

Na década de 1980 a antropologia médica começava a abraçar as bases marxistas que vinham minando a antropologia norte americana como um todo (ORTNER, 2011). Foi com a emergência da chamada Antropologia Médica Crítica (AMC) que questões de fundo no campo da saúde, como aspectos de desenvolvimento econômico, foram trazidos para interpretação dos sistemas médicos. Assim, questões amplas de economia, política e sociologia, que enfocam ideologia e poder, permitiram pensar a legitimação da hegemonia do modelo biomédico no mundo ocidental. A ideia era evidenciar, e não mascarar, as contradições do campo saúde como um contexto sociopolítico de expansão do próprio modelo capitalista. Os sistemas médicos passaram a ser questionados quanto a sua coerência e perdurabilidade no tempo,

tomados agora em relação dialética com a dimensão infraestrutural, ou seja, no estudo das condições materiais dos contextos históricos (FRANKENBERG, 1980; LOCK & SCHEPER-HUGHES, 1996).

Gaines (1991) argumenta que o viés crítico, com vistas à macroeconomia e aspectos sociopolíticos amplos, ignorava as bases hermenêuticas como importantes meios de compreensão dos processos terapêuticos. Este aparente contexto dividido, na verdade, demonstrou uma série de enganos e desencontros que geraram um longo debate por hegemonia teórica na política acadêmica norte americana no final do século XX. De fato, isto serviu para que muitos antropólogos médicos críticos revisitassem seus conceitos e acabassem por defender uma abordagem crítica em diálogo com a perspectiva hermenêutica ou interpretativista (BAER, 1997; LOCK e SHEPER-HUGES, 1996).

Outra característica oriunda da AMC foi a posição clara quanto ao seu papel prático (e revolucionário). Pizza (2005) advoga para possibilidade de uma renovação crítica da disciplina fundada em uma relação mais estreita entre a teoria antropológica, práxis etnográfica e compromisso político. “Hopefully by joining these struggles, medical anthropology can be transformed from a handmaiden of medical imperialism into a vanguard of social liberation” (BAER et al. 1986, p. 97). A agenda seria dada em função de uma medicina mais preventiva, mais orientada aos grupos e comunidades, e não determinada pelas contradições da medicina capitalista. Em resumo, a tarefa “must not be merely to understand medicine, but to change it” (SINGER, 1990, p. 185).

As perspectivas desenvolvidas a partir do viés crítico ajudam a situar ideias e conceitos que julgo interessantes para embasar minha proposta de trabalho, uma vez que se voltaram ao enfoque da dimensão da práxis. Desta forma, pesquisadores que atuaram em contextos Latino Americanos (e outros contextos subalternos) desdobraram, posteriormente, a valorização da autonomia dos agentes frente a contextos culturais heterogêneos em permanente mudança, assim como sua inserção em processos sociopolíticos mais amplos – relacionados ao campo da atenção à saúde. Nesta direção, enfatizarei com mais detalhes algumas ideias elaboradas por Eduardo Menéndez para elaboração de um enfoque relacional em saúde coletiva.

1.1.1 - Bases da Antropologia Médica Crítica

As críticas da AMC são direcionadas às limitações da antropologia médica convencional e aos estudos que se restringirem a abordagens comparativas de sistemas de saúde isolados, pois, o foco microscópico calcado em estudos de caso em comunidades de pequena escala gerariam compreensões rasas das relações sociais (SINGER, 1990; BAER, et al. 1986). É em contraponto a ideias como esta que Frankenberg (1980) argumenta para a fundação de uma antropologia médica crítica. Para ele, a análise antropológica não deve descrever apenas os sistemas locais a partir de padrões culturais, mas compreender a emergência dos valores que constituem a sociedade em articulação com níveis mais amplos. Os processos de interação social produziram padrões a níveis locais que, por sua vez, são também articulados com sistemas ideológicos, políticos e econômicos, a nível nacional ou mesmo internacional. Portanto, a ideia é elaborar uma leitura da penetração destas estruturas que nos contextos e populações locais sob um realinhamento crítico que questione o determinismo cultural.

“A critical approach must define health as access to and control over the basic material and non-material resources that sustain and promote life at a high level of satisfaction” (BAER et al. 1986, p. 95). Assim, na análise geral das três fases relacionadas à construção social da doença (*sickness*, ou as negociações entre os atores em diálogo nos processos de adoecimento e cura; *illness*, a respeito da experiência subjetiva da doença por parte do sofredor; e *desease*, que trata fundamentalmente da doença como é entendida pela biomedicina) o processo de negociação de significados é entendido como relações de produção. Portanto, os antropólogos médicos deveriam situar seus trabalhos no contexto do desenvolvimento, tendo como base o marxismo e a interpretação dos modos de produção, para entender como o capitalismo insere-se nas diversas realidades locais e coloca o micronível observado nas pesquisas de campo em relação aos macrocontextos (FRANKENBERG, 1980).

Nesta direção, a antropologia médica convencional é tida como negligente quanto ao papel da biomedicina como um mecanismo de reforço da estratificação e controle social. É preciso olhar para o caráter da política econômica da saúde e às diferenças de poder que modelam processos gerais, pois padrões ideológicos e sociais incutidos nos sistemas médicos oficiais e ocidentais estão relacionados a ideologias hegemônicas de fora da medicina. Em outras palavras, entendendo que a doença, ou mal-estar, é um produto social, os questionamentos devem

ser redirecionados também ao sistema capitalista mundial - pelo fato da biomedicina estar intimamente ligada em teoria, prática, organização e história com esta política econômica particular. Nesta lógica, o campo ou arena da saúde é marcado pela competição entre indivíduos e grupos com interesses conflituosos e habilidades desiguais para mobilizar poder – lançando mão de manobras políticas para eliminar competidores e aumentar o status social (SINGER, 1990). A associação da ideologia burguesa capitalista com a biomedicina demonstra como o poder da hegemonia reside na sutileza, ou seja, na combinação da força instrumental com as ideias expressivas. A classe dominante investe força e poder direcionados ao contraditório senso comum, processo onde os intelectuais atuam como poderosos agentes do desenvolvimento, manutenção e transmissão cultural. (FANKEMBERG, 1988).

No campo da atenção à saúde os curadores representam importantes difusores de ideologias e desempenham importantes papéis nas disputas pela hegemonia. Portanto, entender os sistemas de atenção à saúde como determinados por forças externas a este setor requer um exame dos mecanismos de controle utilizados pela biomedicina ocidental para entender como o poder é difundido do modelo capitalista para os níveis mais particulares de atenção à saúde. O empoderamento de setores dentro e fora do sistema de atenção coloca em relevo o papel do médico, que está ligado a duas funções para a distribuição deste poder: controlando acesso à prerrogativas especiais sobre o papel de doente e medicalizando o sofrimento social (BAER, et al, 1986). Para isto seria necessário localizar também a relação médico-paciente em um quadro político-econômico mais amplo. Este quadro é marcado por interesses de classe sobre as compreensões oficiais e disputa por poder em organizações de larga escala.

Frankenberg (1980), atentando para os atores externos a realidade social imediata, nota que o pluralismo médico é tomado como parte de um mesmo contínuo e está marcado pela estratificação social em classes, pela comoditização de rituais e pela transformação das práticas médicas em produtos. Existe ainda a atribuição de mérito, pela burguesia, à ciência ocidental e à biomedicina. A burguesia reivindica uma medicina nacionalizada e preventiva que, na prática, promove ações a partir de uma abordagem extremamente curativa principalmente para os estratos sociais mais baixos.

Singer (1990) nota que as contradições emergentes desta arena demonstram que os sistemas médicos nacionais são mais plurais que

pluralísticos, de modos que a biomedicina procure ocupar um status dominante (ou hegemônico) sobre as práticas heterodoxas. Por outro lado, enquanto a biomedicina tenta englobar sistemas locais sob os auspícios de um pretenso sistema médico mundial, o pluralismo médico floresce em sociedades estratificadas. As alternativas que se proliferam junto às populações oprimidas remetem à retomada práticas tradicionais como forma de resistência e construção da própria identidade grupal. Além do mais, é esperado que as populações em geral – assim como as heterodoxas tradições médicas – medicalizem aquilo que a medicina capitalista não consegue atingir.

1.1.2 - Contribuições de Gramsci: hegemonia e agência

Menéndez (2009), Frankenberg (1988), Pizza (2005), Bibeau (1988), entre outros, concordam que Gramsci é uma fonte de ideias interessantes que permite desdobrar estas noções genéricas da AMC e demonstrar a possibilidade de resistência às formas de poder hegemônico pelas camadas subalternas da sociedade.

Em primeiro lugar estes autores chamam atenção que Gramsci compartilha com a antropologia uma noção de cultura em um sentido amplo, ou seja, admite que ela cumpre um importante papel nas sociedades “in the late bourgeois world” (FRANKENBERG, 1988, p. 324). Sua noção de cultura está ligada a definição do Marxismo como uma filosofia da práxis, na incorporação da unidade entre significado e prática – assim como o mal-estar biológico e social. As doenças chamam atenção para o corpo como um todo, para o envolvimento da estrutura e da dinâmica familiar, assim como para o ambiente social no qual eles existem. Para isso é preciso questionar a dicotomia saúde-enfermidade e concebê-la como processo sociopolítico ascendendo a uma teoria radicalmente crítica do conceito de cultura. Uma leitura direta do trabalho de Antonio Gramsci seria fundamental neste sentido. Em outras palavras, trata-se de considerar a cultura como pensamento em ação e processo dialético de conhecimento dentro de um campo de forças históricas. O próprio termo antropologia em Gramsci tem a ver com sua ideia de homem como “produto histórico” e com a crítica ao reducionismo naturalista das ciências biológicas. A antropologia de Gramsci não coincide com a antropologia clássica, pois, não está interessado na criação de uma nova teoria da realidade social que possa oferecer instrumentos para atuar posteriormente na práxis. Ao contrário, estaria mais interessado em elaborar uma teoria que reflita em sua constituição a experiência concreta da vida real de onde brota a

atividade prática, a iniciativa de vontade, o diálogo de transformação (PIZZA, 2005).

Para Pizza (2005) a obra de Gramsci retrata uma tensão dramática e reflexiva acerca da compreensão dos aspectos subjetivos e das formas e processos de incorporação – *embodiment* – da dialética social intimamente relacionada à luta política. O adjetivo “molecular” na obra de Gramsci é um termo que remete a uma possibilidade de referência a mínima unidade da experiência vital. A noção “molecular”, de fato, é utilizada por Gramsci tanto para observar os processos de transformação da sociedade como os processos de transformação da pessoa, onde o corpo é o espaço físico no qual atuam os processos de transformação.

Estas ideias confluem para o que propõe Singer (1990), ao postular que a experiência de sofrimento também deve ser alvo de investigação da antropologia médica crítica por ser construída e reconstruída na arena de ação que envolve as categorias de significados e as forças político-econômicas que articulam os contextos cotidianos. Isto significa atentar para os modos em que a experiência do sofrimento produz mudanças na hegemonia médica e medicalização, nos níveis individual e coletivo, ajudando a problematizar certa tendência em assumir que o poder é concentrado no macronível estrutural. É preciso considerar aqui a capacidade de o micronível influenciar o macronível sem esquecer, entretanto, que as origens sociais do sofrimento têm como base o controle de classe em relação às instituições de saúde e de conhecimento. Portanto, a saúde está imersa, como produtor e produto, nas lutas mais amplas por mudança – ao lado de outros campos de disputa social, como raça, etnicidade e gênero.

Desta forma, existe uma correspondência imediata entre a experiência da enfermidade e a crítica política do conceito de pessoa. Gramsci (2011) mostra a partir de sua própria experiência a urgência da abertura deste conceito para que tais mecanismos possam ser compreendidos. Neste sentido, resalta a fluidez do processo de transformação que sucede de maneira totalmente incorporada, íntima e incontrolável. Gramsci apresenta uma descrição reflexiva dos processos que ele mesmo sofre, permitindo precisar sua análise dos mecanismos a través dos quais os sujeitos históricos são submetidos a transformações da pessoa dentro de relações de força específicas. O sentido desta transformação não é psicológico, é rigorosamente político e tem o corpo como terreno de um conflito de hegemonias.

Lock e Scheper-Hughes (1987 e 1996) tratam o corpo como uma categoria analítica pela qual o antropólogo dá destaque para “the way in

which all knowledge relating to the body, health and illness is culturally constructed, negotiated, and renegotiated in a dynamic process through time and space” (LOCK e SHEPER-HUGHES, 1996, p. 49). O corpo ultrapassa a dimensão biológica e não pode ser tratado sob a lógica cartesiana de oposição com a noção de mente. As autoras propõem uma teoria dos “três corpos”, pois, os corpos humanos são ao mesmo tempo individuais, sociais e políticos, no sentido de que sua materialidade não se separa de sua semântica. Nos corpos atuam subjetividades, intersubjetividades, relações de poder e de produção e reprodução social – de forma que não é possível reduzir um dos três corpos a outro.

A questão corpórea em Gramsci é fundamental para a compreensão da dialética hegemônica e do sistema de relações de força que atuam nos processos de saúde-enfermidade. Pizza (2005) enfatiza, nesta direção, que hegemonia é o conceito Gramsciano mais interessante e também o mais mal interpretado. Para ele, a oposição hegemônico/subalterno é um equívoco reproduzido nas antropologias médicas norte americanas, as quais têm oferecido uma imagem mecânica (e pouco crítica) da hegemonia biomédica. No seu entendimento, existiriam distintos campos da experiência corpórea sobre os quais atuaria a “permanente atividade cultural” da hegemonia estatal para fabricação de corpos. Isto torna a questão do sofrimento como o resultado de um processo de incorporação dos conflitos atuantes nas relações de força que regulam a experiência social. Estas reconduzem as experiências de sofrimento diretamente para a “fabricação” de um tipo humano levado a cabo pelo capitalismo – que opera através da transformação física mediada pelo mundo do trabalho.

O que desagrada Pizza na compreensão da hegemonia é o fato de normalmente ser esquecido que os distintos campos da experiência corpórea são estratégicos também para formas de resistência a partir de atuações criativas e transformadoras dos agentes subalternos. A capacidade de atuar, agência, permite aos sujeitos resistir a este processo e reorientar ações não conformistas às transformações físicas a que são submetidos.

O termo agência (*agency*) tem sido incorporado nos estudos da antropologia desde o final dos anos 1980 para tratar da “capacidade de atuar” das pessoas na investigação dos processos socioculturais (EMIRBAYER, 1998). Para Pizza (2005) este enfoque foi inspirado nos movimentos feministas, que tem sido um dos primeiros sujeitos sociais a reivindicar a importância da corporalidade nas análises da participação nas dinâmicas políticas. Esta noção contribuiu para renovar os estudos antropológicos, que se encaminharam para uma refundação baseada em

uma “teoria da prática” (ORTNER, 2007), quer dizer, tratou-se de uma atenção dirigida não só às modalidades através das quais os seres humanos são construídos socialmente, senão também os modos que estes constroem a sociedade com suas práticas. As noções de agência e de incorporação são centrais para compreender os processos de transformação social, pois apontam para a relação entre conhecimento e “práxis” já presentes em Gramsci.

Segundo Ortner (2007), agência gira em torno de três eixos: intencionalidades dos atores na elaboração de projetos; característica universal de serem construídas pelas culturas; e relações entre agência e poder. Para ela, a cultura constrói atores sociais particulares e a vivência prática reproduz e transforma seus valores. É uma relação dinâmica, a partir das regras da cultura, entre as *práticas de pessoas reais* e as *estruturas* da sociedade da cultura e da história. Meta e projeto são noções centrais no seu entendimento, porque agência trata dos estados orientados para algum *fim*. Podem ser estados cognitivos ou emocionais em vários níveis de consciência. Portanto, agência pode ser tomada como *ação intencionalizada*, uma intencionalidade ativa que de alguma forma se diferencia das práticas de rotina. A construção cultural da agência remete à noção de que esta só pode se dar dentro de um repertório cultural ou de esquemas culturais. Assim, a intenção diz respeito a projetos de pessoas culturalmente construídas, ou melhor, que possuem habilidades de iniciar e realizar projetos.

Para Ortner (2007), agência está situada em diferentes regimes de poder, ou seja, tem a ver com resistência ou dominação, estabilização ou desestabilização das relações de poder. Estas relações indicam que o agente não é livre, ele joga com outros agentes e muitas vezes de modos desiguais – pois a agência é distribuída de modos desiguais. As metas não estão dadas num vazio social e não há como controlar totalmente os contextos para atingir fins projetados. Os atores estão imersos em teias de relações de afeto, de solidariedade, poder ou rivalidade, situações negociadas interativamente. São possibilidades de agência nos locais onde o poder deixa lacunas ou margens que, na direção de Gramsci, podemos conceber a emergência de ações para resistência:

“antropologia da agência não tem só a ver com a maneira como sujeitos sociais, como atores empoderados ou desempoderados, jogam os jogos da sua cultura, mas também com o fato de desnudar o que são esses jogos culturais, a

ideologia subjacente a eles, e também com o fato de que jogar o jogo os reproduz e os transforma. (...) No contexto que tenho chamado de jogos sérios, a realização de projetos necessariamente acarreta, para alguns, a subordinação de outros. Mas estes outros, nunca completamente destituídos de agência, têm poder e projetos próprios, e a resistência sempre é uma possibilidade” (ORTNER, 2007, p. 75-6).

Diante disso, e retomando a discussão sobre os sistemas médicos, a questão da agência nos remete o conceito que Shane Greene (1998) chama de *intermedicalidade*, ou seja, a compreensão dos sistemas médicos ou modelos de atenção como “híbridos” face ao caráter dinâmico que assumem de forma emergente na síntese e incorporação de elementos de práticas e cosmologias diversas. Na mesma direção, Follér (2004) denomina como zonas de contato os espaços onde se constituem processos de diálogo entre os vários modos de conhecimento presentes em determinado contexto sociocultural, desta forma, toma a intermedicalidade como uma zona de contato dada na coexistência de diferentes tradições médicas, entre as quais ocorrem confrontos, oposições, conflitos, assim como reapropriações e ressignificações de elementos e técnicas. Scopel et al (2012) sintetizam a definição de espaço de intermedicalidade como “o campo de atuação e de forças produzido pelos diversos atores sociais, do qual emergem saberes “híbridos” voltados ao processo de saúde, doença e atenção, ou seja, um espaço demarcado por negociações entre atores diversos” (p. 175).

Portanto, as atuações de relações de força implicam a relação inextricável dos processos mais ínfimos de transformação corporal aos processos sociopolíticos construídos de forma histórica e ideológica. Para Pizza (2005), isto torna necessário entender sua origem, desenvolvimento e os objetivos estratégicos em termos políticos de controle social e da conservação do estado das coisas, por um lado, e em termos da transformação e da luta contra as violências estruturais que produzem a desigualdade e sofrimento por outro.

1.1.3 - Eduardo Menéndez e a abordagem relacional em saúde coletiva

Enfim, tudo o que foi apresentado até agora sobre a antropologia da saúde sob um viés crítico parece convergir para o trabalho de Menéndez que, de certa forma, estabelece uma possível síntese da trajetória das propostas críticas aqui enfatizadas. Menéndez (2009) mantém as ideias centrais da AMC para elaborar uma abordagem sobre a heterogeneidade dos contextos de atenção à saúde. Seu intuito é valorizar a autonomia dos sujeitos e microgrupos frente aos *modelos de atenção* a partir de uma abordagem relacional em saúde coletiva. A proposta de Menéndez traz um desdobramento metodológico importante que, a meu ver, retoma a centralidade da dimensão da agência. Além do mais, seu trabalho está alinhado com as propostas em antropologia médica, antropologia da saúde, ou saúde coletiva desenvolvidos nos países latino-americanos. Estas abordagens mostram-se mais preocupadas com as políticas de saúde e, fundamentalmente, com críticas a estas e aos sistemas de saúde do que as abordagens norte-americanas – que, por sua vez, estão mais preocupados com uma discussão teórico-metodológica com intuito de levantar bandeiras ideológicas.

Ou seja, para Menéndez, a identificação e a análise das formas de atenção à saúde devem partir da descrição do que fazem, usam e dizem os sujeitos e grupos sociais para cuidar dos seus padecimentos. Apesar de não falar isto abertamente, noto uma aproximação de seu ponto de vista às abordagens sobre *itinerários terapêuticos* (LANGDON, 1994b; BUCHILLET, 1991; RABELO, 1993; ALVES e SOUZA, 1998), que despontaram em estudos antropológicos na década de 1970 e passaram a ser uma ferramenta analítica importante para compreensão dos contextos heterogêneos de atenção à saúde. Basicamente trata do estudo primário da sequência de passos e decisões concretas tomadas pelos atores que vivenciam os processos de saúde e doença.

Assim, os *modelos de atenção à saúde* devem ser tomados como uma gama de opções terapêuticas que se apresentam como possibilidades a serem recorridas, e articuladas, pelos sujeitos e grupos sociais nos processos de saúde e enfermidade. Estes processos sequer precisam perpassar sistemas médicos a rigor, e o que importa é entender que os grupos sociais lançam mão de estratégias diversas para lidar com os problemas que os afligem.

Para Menéndez os saberes e formas de atendimentos potencialmente utilizados pelos microgrupos e sujeitos podem variar

entre: saberes e formas de atenção de tipo *biomédico*; saberes e formas de atenção de tipo ‘popular’ e ‘tradicional’, viabilizadas por curadores especializados; saberes e formas de atenção alternativas, paralelas ou new age; saberes e formas de atenção advindas de outras tradições médicas acadêmicas ou religiosas; e, fundamentalmente, saberes e formas de *autoatenção*, que podem ser centradas nos grupos primários ‘naturais’ ou domésticos, ou ainda organizadas em termos de grupos de autoajuda referidos a padecimentos específicos. Neste momento importa esclarecer o que o autor entende por autoatenção:

Definimos como *autoatenção* as representações e práticas que a população utiliza tanto individual quanto socialmente para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, suportar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção central, direta e intencional de curadores profissionais, embora eles possam ser os referenciais dessa atividade. A autoatenção implica decidir a autoprescrição e o uso de uma terapêutica autônoma ou relativamente autônoma, e abarca representações e práticas geridas pelos sujeitos e grupos, em face de seus padecimentos, inclusive as induzidas, prescritas ou propostas por curadores das diferentes formas de atenção, mas que em função de cada processo específico, das condições sociais ou da situação dos sujeitos, resulta que uma parte desse processo de prescrição e uso ganhe autonomia, pelo menos em termos relativos (MENÉNDEZ, 2009, p. 48).

Para o autor, a autoatenção acontece em 2 níveis indissociáveis: o nível amplo, que diz respeito a todas as formas de autoatenção necessárias para assegurar a reprodução biossocial dos sujeitos e grupos no nível dos microgrupos, e especialmente do grupo doméstico – formas que são utilizadas a partir dos objetivos e normas estabelecidas pela própria *cultura* do grupo; e o *restrito*, que diz respeito às representações e práticas aplicadas intencionalmente ao processo de saúde/doença/atenção. Menéndez ressalta que esta divisão entre níveis é substancialmente de caráter metodológico, pois, embora as pesquisas antropológicas médicas tendam a recortar os objetivos de trabalho na observação das práticas de autoatenção de nível restrito, o nível amplo,

relacionado à cultura, continua fornecendo modelos genéricos para a ação (e é constantemente reformulado a partir das práticas estritas).

A autoatenção é a primeira atividade que o microgrupo realiza e não inclui inicialmente nenhum curador profissional. É a partir do que acontece na autoatenção, na evolução do padecimento, que o sujeito e seu microgrupo decidem *consultar ou não* curadores profissionais. A *carreira do doente*, ou itinerário terapêutico, implica na possibilidade de reavaliação constante do processo de enfermidade e nas mudanças de terapêuticas. Pequenos grupos e grupos domésticos têm formas de atuar em episódios de doenças, onde os próprios membros agem em torno do problema (diagnosticando, avaliando a doença, gerenciando seus desdobramentos na busca de curadores, recursos econômicos e culturais do grupo, infraestrutura de serviços, etc). Neste sentido, são as atividades dos *sujeitos e grupos sociais* que geram a maioria das *articulações entre as diversas formas e saberes* mediante seus usos, superando supostas incompatibilidades entre as formas de atenção em função da busca de uma solução pragmática para seus problemas.

A autoatenção, portanto, é um processo estrutural porque implica a ação mais racional, *em termos culturais*, de estratégia de sobrevivência e inclusive de custo/benefício não só econômicos, mas de tempo por parte do grupo. É através da autoatenção que os sujeitos se apropriam das outras formas de atenção e as relacionam. A autoatenção é sempre parte de um processo amplo que inclui não só os atos dos sujeitos e microgrupos, mas também os diferentes curadores que intervêm no processo de saúde/doença/atenção como atores relevantes. Mas, sobretudo, é o meio através do qual os sujeitos e seus grupos podem destacar sua capacidade de ação, de criatividade, de encontrar soluções. É um mecanismo de potência para afirmação de certos micropoderes, assim como a validade de seus próprios saberes.

Esta proposta, portanto, está inserida no que Menéndez chama de *abordagem relacional*. Ela emerge em contraponto aos reducionismos dos processos de saúde/doença/atenção apoiados em abordagens equivocadas sobre o ponto de vista do ator. Menéndez reconhece que estas abordagens suscitaram reações em relação às propostas culturalistas, funcionalistas, estruturalistas e até marxistas que se desenvolveram durante os anos 1950, 1960 e parte dos anos 1970 na antropologia médica – principalmente norte americana. Contudo, a quase totalidade das abordagens se restringiu à olhar para dimensão experiencial da enfermidade visando os aspectos subjetivos empregados para a elaboração de significados por aqueles que vivenciam o processo

de saúde e doença (ou *illness*). Isto acabou tendo uma consequência perversa, pois teria ocorrido uma eliminação ou diminuição do peso das relações sociais em detrimento às descrições reduzidas às representações sociais e às experiências que alguns atores sociais têm das relações sociais em termos microsociológicos. Para Menéndez existem processos vigentes com consequências na vida cotidiana de sujeitos e atores, em termos de doenças e de mortalidade, que não são registrados ou até mesmo podem ser negados por eles. Desta forma, reduzir o ponto de vista do ator aos sujeitos, e exclusivamente às suas palavras, impede a obtenção de informações que possibilitem analisar os processos não só em termos relacionais, mas também em termos de fatos sociais.

Para Menéndez, as experiências, táticas e estratégias de um sujeito não podem ser entendidas se não forem pensadas em termos de relações com outros sujeitos com os quais está interagindo. Os processos de saúde/doença/atenção não só se definem a partir de profissões e instituições específicas e especializadas tecnicamente, mas como fatos sociais sobre os quais sujeitos e conjuntos sociais precisam ter e usar saberes como parte básica de sua vida cotidiana. O saber dos conjuntos sociais sobre os processos de saúde/doença/atenção foi desenvolvido dentro de processos socio-históricos onde se constituem as interpretações sobre as causas dos padecimentos, as formas de atenção e os critérios de aceitação das mortes ou doenças. Este saber opera dentro de diversos tipos de relações, e especialmente dentro das relações de hegemonia/subalternidade que são geradas entre os diferentes atores sociais que transacionam seus saberes em torno das doenças e sua atenção. Todo sujeito se constitui dentro de relações sociais e sua trajetória se dá através de uma série de relações, grupos e atividades nos quais operam relações e rituais sociais em termos de colaboração, ajuda mútua, competência e/ou luta. Este é um ponto importante na obra de Menéndez e muitas vezes ignorado nos trabalhos sobre saúde e doença, que geralmente acabaram reduzindo à dimensão das experiências isoladas dos sujeitos.

Portanto, a crítica dirige-se às metodologias que abordam o ponto de vista do ator social basicamente em termos de significados ou experiências, fundamentalmente àquelas que excluem ou colocam em segundo plano os aspectos referidos à estrutura social em termos de relações sociais, bem como os aspectos econômicos, políticos e ideológicos. Conforme Menéndez (2009), a tendência a-relacional que dominou o estudo do processo saúde/doença/atenção tende a colocar o acento sobre cada ator em si, em vez de colocá-lo sobre o processo relacional que inclui todos os atores significativos que intervêm nele.

Essa tendência à homogeneização implica, dentre outras coisas, o domínio de concepções essencialistas onde a comunidade étnica, o gênero ou a classe social são reificados em termos da identidade de um ator. A consequência disso é a consideração dos grupos étnicos como entidades uniformes, mais ou menos autônomas, onde a comunidade étnica detém a qualidade de agente – neste caso, a agência está colocada na Cultura.

O enfoque relacional dos processos de saúde/doença/atenção parte da complexidade envolvida no seu desenrolar e assume que as relações, redes, e rituais sociais podem cumprir funções positivas e também negativas – inclusive simultaneamente. Essas funções podem assim ser positivas ou negativas segundo os atores sociais que estejam operando. Tudo isso torna necessário desenvolver uma perspectiva que possibilite trabalhar com os aspectos contraditórios e não excluí-los em função de decisões que só privilegiam certas orientações em função da conquista de eficácias pontuais. Da mesma forma, é pressuposto que em todo processo de saúde/doença/atenção sempre operam dois ou mais atores significativos. Isso implica considerar as características próprias de cada ator, mas, sobretudo centrar-se no processo relacional que se dá entre os diferentes atores sociais, dado que este processo constitui uma realidade diferente da obtida a partir da descrição e análise de cada um dos atores em termos isolados ou particulares. Em outras palavras, a análise dos processos de saúde e doença deve considerar tanto a perspectiva dos curadores como dos curados. Quer dizer, seguindo a ideia de Menéndez, nem mesmo a dimensão experiencial é privilegio exclusivo daqueles que vivenciam a enfermidade, mas envolve referência a outros atores relevantes envolvidos nos processos.

I.2 – Metodologia de pesquisa

Como a ideia é valorizar a dimensão da agência no campo de atenção à saúde a partir da TIX, sob um recorte analítico em termos de intencionalidades, busco inspiração em Menéndez (2009). Decidi, portanto, explorar as dinâmicas terapêuticas no referido campo a partir de duas dimensões – que na prática estão inter-relacionadas –: do ponto de vista da procura terapêutica e do ponto de vista da oferta terapêutica. Em outras palavras, esta investigação sobre o campo de atenção à saúde que envolve os habitantes da TIX tem como base a abordagem relacional e trata de analisar os itinerários terapêuticos dos sujeitos e grupos domésticos que experimentavam processos de saúde e

enfermidade para, a partir deles, mapear e descrever os atores relevantes referenciados como recursos reconhecidos e utilizados pela população local. A partir dessa abordagem a intenção é elaborar uma discussão sobre a Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no Brasil e, mais especificamente, a noção de atenção diferenciada.

Em termos gerais, a metodologia se faz primordialmente com base em técnicas qualitativas de pesquisa em antropologia, onde a participação e observação do contexto em questão foram fundamentais, acompanhadas do registro em diário de campo (EMERSON et al., 1995; CARDOSO DE OLIVEIRA, 2000). Também, existiu uma preocupação com a efetivação de entrevistas. Entendo aqui a ideia de Briggs (1986) como fundamental, em que a entrevista é tida como um evento metacomunicativo onde se busca atenção e problematização do contexto de produção do discurso, encarando também como constituinte a própria presença do pesquisador perante o entrevistado. As entrevistas não foram tomadas necessariamente como eventos ritualizados, mas foram dadas através conversas cotidianas, por exemplo, tendo elas sido semi estruturadas segundo a temática do trabalho (VÍCTORA et al, 2002). Apesar de a maioria das entrevistas terem sido registradas no caderno de campo, algumas foram gravadas em meio digital e posteriormente transcritas.

A discussão em antropologia sobre as questões de caráter “ético” na produção de dados e a consideração do estatuto do discurso do interlocutor também foi tomada como ponto de partida. Roberto Cardoso de Oliveira (2004) enfatiza que a pesquisa antropológica é eminentemente uma relação entre pesquisador e sujeitos em campo, construída no dia-a-dia através da busca de empatia constantemente negociada entre as partes. Assim, o estabelecimento do código de ética do Antropólogo¹ aciona tanto a garantia dos direitos do pesquisador como os da população envolvida. Neste sentido, buscarei elaborar o trabalho final tomando cuidado para preservar informações que remetam a intimidade do grupo de acordo com os padrões culturais, de forma que as informações não prejudiquem os sujeitos interlocutores do estudo. Além do mais, existe um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)² que explicita os parâmetros de participação na pesquisa. Também, temos que a pesquisa conta com pareceres favoráveis

¹ O código de ética do antropólogo segundo a Associação Brasileira de Antropologia encontra-se para consulta em <<http://www.abant.org.br/?code=3.1>> (disponível em 06 de julho de 2014).

² Ver Anexo G.

concedidos pelo o Comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC)³, pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)⁴ e pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI)⁵. De qualquer forma, como medida preventiva, neste trabalho optei por substituir os nomes reais dos interlocutores por nomes fictícios – escolhidos aleatoriamente.

1.2.1 - A experiência de campo

Esta tese é fruto de um considerável período de trabalho com os Kaingang da TIX. Trata-se de uma experiência que não pode ser reduzida ao período de pesquisa durante o doutorado. Ela foi construída ao longo do tempo a partir de alguns eventos e períodos importantes da minha trajetória acadêmica. Desta forma, como não poderia deixar de ser, ressalto que todas as experiências de trabalho na TIX serão tomadas na elaboração do presente trabalho.

Quando aluno da Graduação em Ciências Sociais da UFSC tive minha iniciação ao trabalho de campo propriamente dito e, entre os anos de 2004 e 2005, participei como voluntário no projeto “O Subsistema de Atenção à Saúde do Índio em Santa Catarina (Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul): o papel do Agente Indígena de Saúde e a articulação entre as práticas de medicina tradicional e a biomedicina”, coordenado pela minha atual orientadora Esther Jean Langdon. Mais especificamente, trabalhei como auxiliar do professor Flávio Wiik na pesquisa de campo para seu subprojeto de pós-doutorado: “Por uma teoria da Mediação Cultural: Índios Jê e o Cristianismo no Sul do Brasil Contemporâneo”.

Apesar do trabalho de campo relacionado a estas pesquisas envolver visitas à região da TIX de forma mais esporádica, este período permitiu uma inserção interessante no campo da atenção à saúde. Por um lado a partir do olhar condicionado pela pesquisa junto ao sistema oficial de saúde e, por outro, através dos agentes populares ligados às religiões cristãs que, de alguma forma, eram reconhecidos como terapeutas pela população local – quando tomada a saúde como um conceito amplo e relativizado.

³ Ver Anexo H.

⁴ Ver Anexo I.

⁵ Ver Anexo J.

Em 2006 estas experiências de trabalho desdobraram-se no meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) (GHIGGI JR, 2006). Este representou uma primeira tentativa de sistematizar estas experiências de pesquisa para analisar a confluência entre religiosidade e atenção à saúde – o que foi feito a partir da abordagem das representações e práticas terapêuticas relacionadas aos Kaingang evangélicos na TIX.

Em 2009, durante o mestrado pude participar de outro projeto coordenado por Jean Langdon: “Avaliação do modelo de atenção diferenciada aos povos indígenas: os casos Kaingáng (Santa Catarina) e Munduruku (Amazonas)”. Como subcomponentes deste inseri as discussões de minha dissertação de mestrado (GHIGGI JR, 2010) e trabalhei em campo por mais 4 meses entre os Kaingang da TIX pesquisando o uso de bebidas alcoólicas. Neste período tive o privilégio de trabalhar em campo com Sandra Carolina Portela-Garcia, enquanto realizava sua pesquisa de mestrado (PORTELA-GARCÍA, 2010).

A pesquisa para o doutorado foi o último período vivenciado. Como os outros trabalhos, este esteve atrelado ao projeto mais amplo intitulado “Práticas de Autoatenção, Redes, Itinerários e Políticas Públicas” e novamente coordenado pela professora Jean Langdon. A população Kaingang da TIX foi tomada como ponto de partida por conta dos anos de experiência acumulados e por conta de aspectos práticos para o seu desenvolvimento. Foi também uma opção em relação às possibilidades de diálogos com a literatura disponível sobre as questões pertinentes que aqui desejo abordar. O ponto de partida é, portanto, político e acadêmico. Também é metodológico, uma vez que a pesquisa elaborada “a partir” da TIX não se encerra em seus limites territoriais, mas busca valorizar seu lugar na região oeste de Santa Catarina.

A pesquisa de campo para o doutorado aconteceu em 2012, 2013 e 2014, num total de oito meses com algumas interrupções. A primeira etapa foi de setembro de 2012 a março de 2013. A segunda ocorreu em períodos menores, 15 dias cada viagem, em outubro de 2013 e fevereiro de 2014. Na primeira etapa tive a oportunidade de morar em 2 aldeias diferentes no interior da TIX: a Sede e o Baixo Samburá. Na segunda etapa tentei me concentrar mais nas redondezas da TIX, principalmente nas cidades de Ipuacu, Xanxerê e Faxinal dos Guedes.

As duas aldeias acima citadas são diferentes entre si em vários aspectos. A aldeia Sede é a mais populosa da TIX, com cerca de 1.500 habitantes. Já a aldeia Baixo Samburá conta com uma população em torno de 200 habitantes. A primeira está localizada em área central da terra indígena, e a segunda numa zona limítrofe da demarcação – o que a torna muito próxima de uma comunidade vizinha não indígena chamada

Samburá, ambas componentes do município de Ipuacu em Santa Catarina. Além do mais, possuem estruturas burocráticas diferentes. Enquanto a Sede contempla escola principal, o posto da FUNAI, posto de saúde e apresenta uma dinâmica de trânsito intenso de pessoas, automóveis e ônibus pelo seu interior, a Baixo Samburá é mais calma e tem mais espaço para criação de animais e plantio e apenas uma pequena escola. Estas diferenças também podem ser percebidas em relação ao número de igrejas evangélicas, enquanto na Sede localizam-se mais de uma dezena na Baixo Samburá são apenas duas.

Esta estadia em dois locais diferentes dentro da TIX ajudou a trazer novos pontos de vista sobre os Kaingang e estender a compreensão sobre a presença da população na região. Estar em duas áreas, uma periférica e outra central, me fez perceber diferentes dinâmicas de relações entre os indígenas e destes com as populações dos arredores, quais sejam, com os espaços urbanos das cidades do entorno, com o mercado de trabalho ou com os campos da educação e da saúde.

Morei na casa de duas famílias, uma em cada aldeia. Assim, tive inserções diferentes, e contatos com pessoas diferentes, em cada um dos locais – apesar de todos se conhecerem e manterem vínculos esporádicos. Na aldeia Sede morei com uma família que há anos recebe os pesquisadores em sua casa, o que constitui uma espécie de valor ou estratégia que perdura há pelo menos duas gerações. Na aldeia Baixo Samburá habitei com uma família com a qual eu havia mantido breve contato durante pesquisa anterior na TIX.

O primeiro núcleo familiar era composto por uma senhora viúva, seu filho e um casal de netos ainda bastante jovens. O segundo núcleo era composto por um casal de meia idade, três filhos homens solteiros jovens e uma filha ainda criança – ainda havia a mãe da esposa que habitava sozinha uma pequena casa de madeira ao lado. Os primeiros com os quais morei habitavam uma casa de tijolo com 2 cômodos e um banheiro interno. No decorrer do tempo que estive lá, conseguiram negociar a casa vizinha para instalar uma *bodega* para comércio de doces e alimentos. Os segundos moravam em uma casa de tijolo, semelhante a outra, com duas peças sem banheiro interno.

Em cada uma das aldeias tive o prazer de trabalhar com agentes terapêuticos reconhecidos localmente. Mas, a minha inserção no campo da “saúde” foi diferente nos dois lugares principalmente pelas possibilidades de entrada da pesquisa. Na aldeia Sede, tive a oportunidade de morar com esta senhora reconhecida e atuante como uma agente terapêutica na localidade, o que me permitiu acompanhá-la

bem de perto. Na aldeia Baixo Samburá a família não possuía nenhuma ligação especializada atual com o campo saúde. Mas, de qualquer forma, ambos os núcleos familiares possuíam relatos e elaboravam práticas importantes que permitia perceber trajetórias e itinerários em processos de saúde e doença. Dessa forma, todas as dinâmicas de circulação e trânsitos no campo da atenção à saúde foram consideradas.

No início da pesquisa permaneci um mês na aldeia Sede, para encaminhar a documentação para autorização de ingresso em área indígena. Tendo a autorização das Lideranças Indígenas em mãos, em outubro de 2012 encaminhei o restante da documentação para o comitê de ética em pesquisa com seres humanos da UFSC e para a FUNAI. De fato, enquanto encaminhava a parte burocrática, fui desenvolvendo a pesquisa de campo. Nos meses seguintes alternei entre a estadia na Aldeia Sede e na Aldeia Baixo Samburá.

Assim, como colocado anteriormente, saídas esporádicas da Terra Indígena foram efetuadas por alguns motivos. Um deles, na primeira etapa da pesquisa, deu-se por conta do acompanhamento da gravidez de minha esposa em Florianópolis – quando a visitei durante várias vezes para acompanhar o processo. O outro motivo tem a ver com aspectos metodológicos da pesquisa, pois é comum que os Kaingang circulem cotidianamente pelas cidades vizinhas de Ipuacu, Bom Jesus, Xanxerê, ou tenham suas terras visitadas por outras pessoas destas localidades. Este ponto nos levou a elaborar um modo de valorizar este aspecto no campo da atenção à saúde.

1.2.2 - Os Itinerários terapêuticos

Retomando a metodologia empregada, num primeiro momento procurei estudar os itinerários terapêuticos desenvolvidos pelos grupos familiares e sujeitos a partir das suas experiências em processos de enfermidade para identificar os recursos terapêuticos utilizados. Ou seja, do ponto de vista da procura terapêutica, os recursos funcionam como referências para circulação dos grupos e sujeitos que as utilizam ao mesmo tempo em que traçam um mapa de sua trajetória. Na TIX, os itinerários remetem a percursos variados e a formulações de sentido heterogêneas para as enfermidades experimentadas. Assim, a ideia inicial era *identificar sujeitos que estavam buscando tratamento em alguma situação de enfermidade* na tentativa de resgatar suas articulações como os atores relevantes associados à atenção à saúde na localidade. Entendendo que o relato experiencial contém informações importantes sobre a trajetória do enfermo, onde são elaborados eventos

dramáticos que remetem a processos de negociação e diálogo entre os diferentes atores envolvidos, a pesquisa também contemplou aqueles sujeitos e grupos que já haviam superado processo deste tipo – e que possuíam narrativas sobre o assunto. Os itinerários terapêuticos ajudaram a iluminar as dinâmicas de interação, os encontros entre atores ou sujeitos para mostrar articulação das formas de atenção a saúde.

1.2.3 – O mapeamento dos recursos terapêuticos

Como dito acima, era intenção do trabalho *entender quais eram os recursos terapêuticos reconhecidos pelos habitantes da TIX. Portanto*, para o ponto de vista da oferta terapêutica, tratava-se de identificar os atores relevantes no campo de atenção à saúde naquela região.

Algumas questões norteadoras estavam dadas no sentido de entender quem eram, onde estavam localizados, onde eram oferecidos tratamentos, se os agentes relacionados eram indígenas ou não, de onde estes eram originários e como se autodefiniam – caso isto fosse importante e remetesse a alguma categoria específica. Este questionamento me levou a outras aldeias e municípios devido a natureza da pesquisa.

Num primeiro momento tentei fazer um levantamento a partir de questionamentos diretos aos Kaingang, do tipo: “o *que* ou *quem* vocês procuram para tratar a saúde?”; “quem são as pessoas ou lugares que existem por aqui que tratam da saúde dos indígenas?”, ou “como fazem pra tratar esta ou aquela doença?”. Geralmente isto ocorria quando eu estava apresentando a pesquisa para algum sujeito no intuito de obter alguma abordagem inicial. No início da pesquisa isto representou uma maneira de me inserir mais brevemente neste campo para abrir possibilidades de busca.

Apesar de muitos destes momentos terem rendido endereços em diversos locais, o mapeamento só aconteceu mesmo com muita observação em campo. Voltarei a estes aspectos adiante, mas vale ressaltar que este mapeamento, que eu imaginava algo sumário e inicial, foi enriquecido no decorrer da pesquisa de campo e ainda mantém um potencial para ser desdobrado em futuros trabalhos.

Não era intenção apenas saber quais eram, mas *compreender as atuações dos agentes relacionados aos recursos terapêuticos*. Assim, o processo de mapeamento também foi enriquecido pelo acompanhamento de agentes envolvidos com a legitimação, produção e manutenção de

cada recurso estudado. Com estes procurei realizar entrevistas e acompanhar suas práticas cotidianas e rituais, com um olhar especial às terapêuticas utilizadas. Muitos deles relatavam trajetórias de vida, o que fatalmente remetia a processos de passagem por eventos de aprendizado, luta política, transformação corporal, espiritual ou intelectual. No fundo tratava-se de uma remissão a itinerários elaborados do ponto de vista dos próprios terapeutas.

Aqui também foi importante *caracterizar tanto as práticas de atenção à saúde como também as práticas de aprendizado empregadas por cada um dos agentes*. Os questionamentos foram elaborados no sentido de entender as especificidades de atuação, ou seja, entender como, com quem ou o que era aprendido, quais os métodos de aprendizado, onde se deram as práticas de aprendizado, etc.

Este objetivo também foi contemplado através da *observação dos rituais terapêuticos*. Os rituais estabelecem foco no encontro entre as perspectivas da procura terapêutica e da oferta terapêutica o que merece atenção. Também porque boa parte das atuações no campo da atenção em saúde percorrem eventos e rituais que envolvem alguma atitude terapêutica que visa transformação ou cura. Em termos de engajamento entre sujeitos, os rituais mostraram-se campos fecundos pela sua capacidade aglutinação para produção e realização por convocarem uma série de pessoas provenientes de diferentes lugares que cumpriam diferentes papéis.

1.2.4 – Redes Terapêuticas como Possibilidades Descritivas

Sintetizando o que foi dito acima, para conseguir mapear os recursos terapêuticos foi buscada numa metodologia com certa inspiração na chamada “bola de neve” (*snowball*) para contemplar uma exploração multissituada (MARCUS, 1995) dos itinerários terapêuticos, relatos de experiências de enfermidades ou participação em rituais. Em outras palavras, quando cada uma destas instâncias era abordada pelos sujeitos, novos agentes ou recursos eram explicitados. Isto implicava uma ampliação retroativa do campo de pesquisa.

À medida que percorria discursos e outras práticas, novas possibilidades se abriam e remetiam a outros espaços, práticas e agentes. O efeito disso foi interessante, pois me levou a expandir a pesquisa para os locais onde os próprios sujeitos transitavam, encontravam-se ou separavam-se, com quem se relacionavam em diversos momentos de sua trajetória e experiência no campo da atenção à saúde. Estas atitudes,

portanto, permitiram a identificação e incorporação de agentes e sujeitos no decorrer da própria elaboração do trabalho de campo.

Portanto, o acompanhamento de processos de saúde e enfermidade, a produção dos recursos terapêuticos, ou os relatos de experiências de adoecimento e busca terapêutica funcionaram como formas de acessar as dinâmicas de interação subjacentes. Os limites do estudo estão, dessa maneira, totalmente atrelados ao meu próprio percurso na pesquisa de campo. As escolhas que fiz, suas possibilidades e impossibilidades e a própria elaboração escrita deste trabalho fazem com que estas conexões também tenham um caráter formal e analítico. Neste sentido, é também com vistas à possibilidade de organização do texto e do argumento pretendido que escolhi arbitrariamente partir dos itinerários terapêuticos para, posteriormente, recorrer à noção de *redes terapêuticas* como possibilidades descritivas das práticas e recursos referenciados pelos Kaingang da TIX.

I.3 - Organização do texto

O capítulo 1 é destinado a situar a localidade onde foi desenvolvida a pesquisa. É denominado *Da região oeste de Santa Catarina à Terra Indígena Xapecó* e também será uma tentativa de posicionar, em termos históricos, a atual situação étnico-espacial regional. A ideia é mostrar como a emergência da Terra Indígena Xapecó se deu em um contexto marcado pela Violência Estrutural, pobreza e desigualdade.

O capítulo 2 trata dos itinerários terapêuticos dos sujeitos e grupos domésticos para demonstrar as lógicas diversas envolvendo a interpretação e ação frente aos padecimentos cotidianos. Por um lado tento mostrar a diversidade de recursos percorridos pelos Kaingang. Por outro, procuro demonstrar o mecanismo de potência colocado no grupo familiar que, a partir de suas estratégias, articula os diversos recursos disponíveis de forma autônoma aos modelos de atenção vigentes.

Os capítulos 3, 4 e 5 dizem respeito às *redes terapêuticas*. Visa abordar as práticas e agentes referenciais mencionados pelos sujeitos e grupos domésticos, relatados no capítulo anterior, durante seus itinerários terapêuticos. Aqui será enfatizada a produção das atuações relacionadas aos rituais de cura, espaços de sociabilidade, organizações institucionais, categorias de agentes, redes estritas de atuações, etc. Para fins heurísticos, as categorizações das redes propostas durante o capítulo servem mais como pontos de partida do que de chegada, pois se tratam

de referenciais que emergem dialogicamente no contexto intermédico. Dessa forma, os capítulos estão organizados respectivamente para contemplar cada uma das redes terapêuticas, ou seja: “os *crentes e as igrejas evangélicas*”, “os *católicos tradicionais*”, e “as *fontes institucionais de atenção à saúde*” – que contempla uma subdivisão em “a *pastoral da saúde/criança*” e “os *serviços oficiais de saúde*”.

O capítulo 6 será uma problematização da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e, especialmente, do princípio de atenção diferenciada a partir de algumas questões emergentes.

CAPÍTULO 1 – DA REGIÃO OESTE DE SANTA CATARINA À TERRA INDÍGENA XAPECÓ (OU, SOBRE A VIOLÊNCIA ESTRUTURAL CONTRA AS POPULAÇÕES AUTÓCTONES)

A área geográfica conhecida hoje como região oeste de Santa Catarina foi palco de várias disputas litigiosas territoriais até sua efetivação como constituinte deste estado. Uma das primeiras questões foi relacionada às indefinições geográficas provenientes do Tratado de Madri (em 1750) e de Santo Ildefonso (em 1777), o que levou ao questionamento dos limites territoriais entre o Brasil e a Argentina sobre a região do rio Peperý-guaçú. A disputa iniciada em 1869 sobre estas terras, denominadas “Misiones” para os argentinos e “Palmas” para os brasileiros, foi resolvida a favor do Brasil em 1895 através de mediação feita pelo governo norte-americano (MANFROI, 2008). Até 1853, boa parte do território do oeste Catarinense fazia parte do distrito de Palmas, que por sua vez integrava o estado de São Paulo. Com o desmembramento do estado do Paraná, no período de 1853 a 1916 Palmas passou a fazer parte da jurisdição deste estado⁶. A região foi palco de outra disputa no período de 1912 a 1916 durante a chamada Guerra do Contestado⁷, quando esteve em jogo novamente a questão dos limites territoriais – agora entre os Estados de Santa Catarina e Paraná. Esta etapa só foi definida em 1917, quando parte dos Campos de Palmas passaram a integrar definitivamente Santa Catarina.

Segundo Manfroi (2008), Santos (2004) e Piazza (1988), entre outros, o povoamento não autóctone da região foi mediado por três frentes pioneiras de ocupações: as de economias pastoris, as extrativistas e de expansão agrícola. Grosso modo, a primeira foi a criação de gado, ou frente pastoril, que fomentou a economia no planalto catarinense espalhando fazendas nos arredores dos caminhos de tropas que ligavam São Paulo ao Rio Grande do Sul perpassando por Curitiba e Lages (e posteriormente Guarapuava e Palmas). A segunda frente, extrativista, foi composta principalmente pela atividade do corte de erva-mate e iniciou logo em 1895. E a terceira frente, que se deu somente a partir da resolução da questão do Contestado em 1916, caracterizou-se pela colonização de origem italiana e alemã oriundas do Rio Grande do Sul. Estas se baseavam na exploração da madeira, principalmente Araucária

⁶ Ver mapa do ano de 1907 no Anexo C, com destaque a região em litígio entre Santa Catarina e Paraná.

⁷ Para maiores detalhes ver Santos (2004) e Espig e Machado (2008).

(*Araucaria angustifolia*) e Imbuia (*Ocotea porosa*), assim como no desenvolvimento agrícola e pecuário da região. De fato, hoje a região oeste concentra importante polo nacional na produção e exportação baseada na suinocultura e avicultura, desde a década de 1940, e também congrega a presença de grandes cerealistas que lidam com trigo, milho e soja (BAVARESCO, 2005; GOULARTI FILHO, 2007).

Apesar da narrativa corrente sobre a região oeste de Santa Catarina exaltar a pujança e glória dos desbravadores e imigrantes que ali se estabeleceram, é histórica e etnograficamente concebido que antes da colonização a região já era habitada por outras populações. Além da grande população Kaingang, faccionada em uma série de grupos (FERNANDES, 2004; D'ANGELIS, 2006), haviam uns poucos núcleos de indígenas Guarani que migravam pela região desde a Argentina e Paraguai até o litoral (BRIGHENTI, 2010), poucos redutos de negros compostos por descendentes de escravos de fazendeiros refugiados a partir do abolicionismo (LEITE, 1995; SANTOS, 2004) e uma vasta população de caboclos⁸ espalhados pelas matas e ervais que compunham a paisagem regional (RENK, 2006).

Ainda que como um empecilho para o desenvolvimento econômico da região sob os olhos dos imigrantes, todas estas etnias participaram ativamente do processo. Sobre os negros e os Guarani possuímos poucas informações, mas, os caboclos, mesmo empurrados para áreas de terra pequenas e sem os títulos de propriedade, continuaram trabalhando na extração de erva-mate e madeira para os novos proprietários - executando, é claro, o pior trabalho na cadeia produtiva (RENK, 2006). A população Kaingang também participou destas mesmas atividades, incluindo ainda o auxílio na abertura de picadas, trilhas e estradas que ligavam outras cidades do sertão catarinense e paranaense no final do século XIX e início do século XX.

Assim, antes mesmo da movimentação colonizadora, como veremos a seguir na processo de constituição da TIX, os Kaingang desenvolveram participações específicas em episódios relacionados às frentes de ocupação – o que lhes deu força para enfrentar e lograr algum êxito na conquista de espaços de negociação. O próprio esforço, trabalho e, em alguns casos, associação com grupos não indígenas e governo

⁸ A categoria *caboclo* é altamente controversa. No caso catarinense, ela é pejorativa, do ponto de vista dos imigrantes descendentes de europeus. Também são chamados em alguns livros de sertanejos e em outros de brasileiros. Aqui adotarei *caboclo* por entender que atualmente muito tem sido produzido em torno da emergência étnica desta categoria (RENK, 2006).

brasileiro, foram estratégias utilizadas para a própria sobrevivência – fatores que não tornaram a questão menos violenta principalmente na luta pela terra.

Num contexto de disparidade de direitos, os Kaingang sofreram durante todo o século XX com grilagens de terra e invasões baseadas na expedição de demarcações sobre áreas de ocupação indígena. Os aldeamentos significaram a territorialização e controle dos indígenas através de políticas públicas, principalmente fomentadas após a criação do Serviço de Proteção ao Índio na década de 1960 (OLIVEIRA, 2011) – uma vinculação que só agravou a exploração dos recursos naturais e das populações pelo órgão governamental.

É claro que sinceras relações recíprocas de aproximação com as populações vizinhas também foram mantidas pelos Kaingang, como podemos perceber pelas atuais e diversas atividades de cooperação, ajuda mútua, laços de amizade e parentesco. Contudo, como veremos a seguir, a emergência da TIX é percorrida fundamentalmente pela violência e pelas relações assimétricas que se estabeleceram entre os grupos que ali conviveram – e ainda convivem. Neste processo estruturante os indígenas foram cerceados de direitos e valores. Hoje, agenciam cotidianamente sua reprodução sociocultural em meio a acusações e preconceitos. Ou seja, as trocas intergrupais ou interétnicas que se estabeleceram na região remetem a uma complexa e vigorosa capacidade dialógica articulada pelos Kaingang a fim de negociar a própria sobrevivência.

A fim de situar os indígenas Kaingang neste contexto socioculturalmente diverso e heterogêneo frente à conjuntura político-econômica que ali se desenvolveu, busco apoio em duas noções inspiradoras: *situação etnográfica* e *violência estrutural*. A primeira delas é cunhada por Oliveria Filho (1999) como um desdobramento da noção de situação colonial de Balandier. Trata-se de uma tentativa de focalizar os indígenas como sujeitos históricos plenos. No seu entendimento, as sociedades indígenas estão num contexto relacional que as extrapola espaço-temporalmente, o que coloca em cheque as suposições simplificadoras sobre índios relativamente isolados e com forte distinção de padrões culturais. Estes padrões não são coerentes com o mundo globalizado, onde as unidades sociais não se mostram autocontidas, descontínuas e territorializadas. Cada situação etnográfica relaciona conjuntos específicos de atores, com valores e estratégias sociais bem determinados. Segundo o autor, trata-se de situar as

coletividades indígenas na contemporaneidade e em um tempo histórico múltiplo e diferenciado.

No caso dos Kaingang da TIX, entendo que este tempo histórico emerge em meio às marcas da *violência estrutural*. Esta noção está presente nos trabalhos de Farmer (1997 e 2003), muito embora ele não elabore uma definição precisa do termo. Para ele, expressões como “poder”, “estrutura” e “violência” têm sido abordadas extensivamente na literatura especializada, o que dispensa grandes elaborações teóricas. Assim, na sua abordagem, questões de fundo amplo são buscadas para expor os mecanismos em que as forças de larga escala atuam na incorporação individual pelas experiências de sofrimento e degradação nos diferentes contextos. Para Farmer,

“human rights violations are not accidents; they are not random in distribution or effect. Rights violations are, rather, symptoms of deeper pathologies of power and are linked intimately to the social conditions that so often determine who will suffer abuse and who will be shielded from harm” (FARMER, 2003 p. 7).

Em termos gerais, sua preocupação é perceber as várias formas na qual agência, em termos de capacidades de cada pessoa, é constrangida. Ou seja, para ele sofrimento é “structured by historically given (and often economically driven) processes and forces that conspire – whether through routine, ritual, or, as is more commonly the case, the hard surfaces of life – to constrain agency” (FARMER, 2003, p. 40). Interessa mostrar, portanto, que forças estruturais institucionais atuam para fomentar desigualdade social e econômica gerando risco para doenças crônicas severas nas populações onde a pobreza e o racismo, por exemplo, estão manifestos. Entender o avanço das situações de risco para o sofrimento humano, portanto, exige que vários eixos devam ser considerados simultaneamente. Neste sentido, as questões de gênero, etnicidade e outros eixos de opressão – como outras identidades e alteridades estigmatizadas – demonstram fusões entre violência estrutural e diferença cultural.

Assim, a apresentação deste capítulo se dará da seguinte forma: iniciarei com a abordagem sobre a ocupação Kaingang nos chamados Campos de Palmas; depois farei um parêntese para tratar da presença dos outros ocupantes da região, ou seja, caboclos e imigrantes a partir da etapa da Guerra do Contestado e de alguns aspectos do processo

colonizador; posteriormente, tratarei mais especificamente da Terra Indígena Xapecó com base nas pressões pós-coloniais e algumas de suas características estruturais atuais; por fim, analisarei os movimentos de afastamento e aproximação entre os Kaingang e as populações vizinhas.

1.1 - A Ocupação Kaingang nos Campos de Palmas

Os Kaingang, indígenas com os quais desenvolvi este trabalho, fazem parte do tronco linguístico Macro-Jê⁹ e juntamente com os Xokleng formam o grupo dos Jê-Meridionais. Os Kaingang representam hoje a 3ª maior população indígena do Brasil, com mais de 37.000 indivíduos¹⁰. Estão localizados desde o Estado de São Paulo até o Rio Grande do Sul e distribuídos em 32 áreas indígenas¹¹, 7 destas em Santa Catarina¹². Possuem atualmente uma população de cerca de 6.000 indígenas na região oeste deste estado¹³.

Conforme Simiema (2000), o termo de autodenominação Kaingang foi abordado na etnologia inicialmente em 1882 por Telêmaco Borba para designar os índios “não Guarani” dos estados do Sul e Sudeste do Brasil. Greg Urban (1992) coloca como hipótese a origem da etnia Kaingang junto aos rios Araguaia e São Francisco, no planalto central. Eles teriam migrado junto com os Xokleng há cerca de 3.000 anos em direção ao planalto meridional.

Os estudos etnológicos realizados durante o século XX descrevem os Kaingang como um grupo primordialmente estabelecido a partir de uma organização social dualista, patrilinear e exogâmica (SCHADEN, 1953; BALDUS, 1979), características mais ou menos

⁹ Juntamente com os Kaiapó, Timbira, Suyá, Kren-Akarore, Xavante, Xerente e Xakriabá. Os Bororo, independente de pertencerem a uma família linguística distinta, estão também associados aos Jê (CUNHA apud ALMEIDA, 1998).

¹⁰ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_gerais_indigenas/default_caracteristicas_gerais_indigenas.shtm>, acessado em outubro de 2015.

¹¹ Ver mapa das Terras Indígenas Kaingang no Brasil, anexo A.

¹² Ver mapa ilustrativo das áreas Kaingang no Oeste de Santa Catarina no anexo B.

¹³ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Os Indígenas no Censo Demográfico: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. <http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf>, acessado em Agosto de 2014.

fundamentais aos grupos indígenas pertencentes à família linguística Jê. Isto significa dizer que existiriam dois grupos de linhagens de parentesco, transmitidas pelo pai aos descendentes, onde as alianças matrimoniais sempre se dão entre indivíduos pertencentes às metades opostas. Estas metades me foram explicadas pelos indígenas como tendo funções análogas aos nossos sobrenomes, visto que “não se pode casar com um parente e é o pai quem deixa o sobrenome”. *Kamé* e *Kairú* são os nomes das linhagens. Cada uma destas está associada a elementos complementares presentes na cosmologia destes indígenas. *Kamé* é descrito como ligado ao quente, o cheio, o englobante, o sol. *Kairú* é ligado ao frio, o vazio, o englobado, a lua.

Essa visão de mundo é expressa simbolicamente no ritual do *Kiki*, uma cerimônia de culto aos mortos onde os vivos se encontram com os antepassados (BALDUS, 1979). Nesse rito é utilizada uma araucária (árvore sagrada para os Kaingang) como um “cocho” para a preparação da bebida ritual, o *Kiki* (tradicionalmente, um fermentado à base de água, mel e sâmore, e mais recentemente, feito com aguardente e/ou outras bebidas alcoólicas; o ritual é também chamado de *Kiki-koi*, que significa “comer o *Kiki*”). No rito, os participantes adornam-se com pinturas corporais, ou marcas, segundo o pertencimento às metades exogâmicas. A concepção de mundo e a organização social estão associadas a funções cerimoniais designadas aos participantes. Tal ritual tem sido descrito pela literatura antropológica como a prática que mais revela sobre os aspectos culturais da etnia Kaingang (OLIVEIRA, 1996; CRÉPEAU, 1994)¹⁴.

¹⁴ Nos anos 1990 a TIX era o único lugar no Brasil onde ainda se realizava o *Kiki*. O último ritual registrado na localidade data de 1995 (OLIVEIRA, 1996). Sua realização teria sido afetada pelo posterior falecimento de diversos rezadores fundamentais à sua condução. Atualmente existem movimentos por parte dos Kaingang para a retomada do evento. No início dos anos 2010 houve uma tentativa de refazê-lo em outra aldeia do oeste de Santa Catarina. Contudo, esta atitude foi severamente criticada pelos Kaingang da TIX por não ter sido realizado o ritual da forma correta, pois, estavam ausentes os rezadores específicos, houve a supressão de várias etapas rituais e também houve a modificação da bebida ritual. Segundo o pessoal da TIX, tratou-se de uma “apresentação” sobre o *Kiki* e não a realização do ritual propriamente dito. Como me foi dito por uma senhora que participava ativamente do ritual na TIX, “o *Kiki* é melindroso, não pode fazer errado, senão morre muita gente” – os erros na execução do ritual teriam sido o motivo do falecimento dos rezadores após o *Kiki* de 1995.

Portanto, o xamanismo como cosmologia (LANGDON, 1996) é uma temática central nos estudos etnológicos junto aos Kaingang. Assim, é possível notar que a maioria dos enfoques sobre esta temática está bastante associada à clássica questão do dualismo. Trabalhos como os de Silva (2002) e Veiga (1994; 2006) procuraram demonstrar o caráter de autenticidade da cosmologia Kaingang como um forte identificador étnico-cultural. O primeiro autor aborda a atuação do *Kuiã*, o xamã Kaingang, e sua circulação nos domínios antagônicos da *floresta* e da *aldeia*. Já Veiga demonstra como o próprio dualismo classificatório se estende para as diversas esferas da vida cotidiana e das representações simbólicas dos indígenas que não a meramente a prescrição de alianças matrimoniais. Crépeau (1994), na sua análise estruturalista, reafirma a importância da vida ritualística desta etnia, relacionando os aspectos dualistas da organização social expressos no *Kiki* com aspectos da mitologia do grupo comparando os Kaingang com outras etnias Jê do Brasil Central – como os Bororo (CRÉPEAU, 2002).

Segundo o historiador Wilmar D'Angelis (D'ANGELIS e FÓKÂE, 1994; D'ANGELIS, 2006), o atual oeste catarinense não tinha ocupação portuguesa até quase metade do século XIX. Entretanto, haviam registros de passagens esporádicas de padres jesuítas e espanhóis entre o século XVII e XVIII. Um mapa elaborado por Olmedilla, por ordem do Rei da Espanha em 1775, já mostrava a presença de indígenas na região. Baseado em Greg Urban (1992), penso que estes seriam os ascendentes das atuais populações Kaingang e Xokleng que habitam a região sul e sudeste do Brasil. Estes teriam iniciado migração da região dos rios Araguaia e São Francisco, no planalto central, há cerca de 3000 anos em direção ao planalto meridional – argumento corroborado por estudos arqueológicos desenvolvidos nesta região nos últimos 30 anos (SCHMITZ e BEBER, 2011).

De fato, é no início do século XIX que a região em questão toma visibilidade econômica, fundamentalmente com o crescimento da atividade pastoril no sul do Brasil para abastecer o mercado de Sorocaba de gado de corte. Esta atividade estava em expansão na região sul e foi amplamente desenvolvida desde o século XVII no Rio Grande do Sul e posteriormente nos Campos de Lages. A necessidade de ampliar o fornecimento de gado tornou os Campos de Guarapuava (atual sudoeste do Paraná) um ponto estratégico, os quais foram conquistados através de uma Real Expedição em 1809. Seis anos depois esta mesma expedição desdobrou-se na busca por um novo caminho para ligar Guarapuava ao

território das Missões no Rio Grande do Sul. Para tanto, era necessário passar pelos Campos de Palmas (logo ao sul de Guarapuava, ou seja, parte do atual oeste de Santa Catarina), os quais foram conquistados em 1837 pelo governo provincial de São Paulo. Esta província abrangia todo o território citado, divisando, portanto, com a província de São Pedro do Rio Grande do Sul pelo Rio Uruguai.

Os campos de Palmas foram, enfim, ocupados em 1839 pelos fazendeiros paulistas. Estes passaram a necessitar de proteção contra os índios que já habitavam a localidade e que frequentemente os atacavam. Uma das estratégias utilizadas pelos brancos foi estabelecer amizade com alguns grupos indígenas para neutralizar os ataques de outros grupos que se opusessem à ocupação. É aí que aparece a importante figura do cacique Kaingang Vitorino Condá, que havia se retirado – juntamente com o grupo que o acompanhava – da região de Guarapuava em decorrência da primeira ocupação. Foi um acordo com o comandante militar da expedição que o fez retornar para Palmas por ser temido e respeitado entre os outros grupos de indígenas. Tendo estabelecido o aldeamento de Palmas, Condá passou a ser enviado para combater outros grupos indígenas hostis.

Esse acordo rendeu salários e certo prestígio a Condá¹⁵ e seus auxiliares, os quais também receberam títulos militares. As ações de apoio mereceram um prêmio ao cacique, que foi a São Paulo recebê-lo em 1841. A sua ausência deu oportunidade para que os militares atacassem e trucidassem outros grupos indígenas da região. Estes grupos descontentes com as ações dos brancos não foram passivos e, em 1843, ainda na ausência de Condá, teriam revidado contra o aldeamento de Palmas. Os ataques, entretanto, não surtiram muito efeito pelo grande poder bélico dos indígenas de Palmas. Estes eventos fizeram com que a figura de Viry, o cacique que ficou no lugar de Condá, tomasse visibilidade como aliado dos fazendeiros que desejavam defender seus territórios.

Quando Condá retornou de São Paulo não se estabeleceu mais em Palmas, talvez por perceber que a situação lá estava complicada e que

¹⁵ Em decorrência deste papel Condá tornou-se um símbolo importante. Seu nome foi incorporado em ruas, escolas e é utilizado para designar o estádio de futebol da cidade de Chapecó (Estádio Regional Índio Condá, atual Arena Condá). Este aspecto é altamente significativo na construção da urbanidade do município de Chapecó, pois Condá aparece, neste contexto, ao lado de figuras imponentes relacionadas aos colonizadores e aos militares que “desbravaram” e urbanizaram a região, como o Coronel Ernesto Bertaso.

Viry estaria atuando ao lado dos brancos. Foi morar com seu grupo próximo ao rio Irani (provavelmente a região da atual TI Toldo Chimbanguê). Posteriormente ele teria engajado os indígenas que o acompanhavam, ainda em 1845, para abrir um picadão que ligava Ponta Grossa, passando por Palmas, em direção à Vila de Cruz Alta, para comunicar a Província de São Paulo ao Rio Grande do Sul. Condá foi importante por possibilitar a passagem dos fazendeiros pelas terras onde estavam os toldos do cacique Nonoai, do outro lado do Rio Uruguai. Nesta época Condá se estabeleceu nesta localidade, onde teria erguido um aldeamento para proteger os fazendeiros e perseguir os indígenas que se opunham aos brancos também naquele lugar.

Os ânimos em Palmas estavam aquecidos na virada da década de 1850 e não demorou para que os brancos também insurgissem contra os índios seus aliados, dentre eles o grupo de Viry. Em 1852 os aldeamentos de Guarapuava e Palmas haviam sido dissolvidos e os índios expulsos daquela região. Em 1853 a Província do Paraná foi desmembrada de São Paulo, tornando Palmas parte desta nova unidade. (BLOEMER, 2000; D'ANGELIS, 2006). Pouco tempo depois alguns grupos de índios insistiram e retornaram para se reestabelecer em Palmas sob o comando de Viry. Da mesma forma, depois de insurgências diversas no Rio Grande do Sul, Condá decide voltar para a região de Palmas, em 1856, novamente por interesse da Província do Paraná em ter seus serviços em defesa das vilas e em favor da perseguição dos índios arredios. Mas, no retorno, Condá não se fixou no aldeamento de Palmas – onde já está o grupo de Viry – nem no Irani, sua antiga morada. Condá vai para o toldo Xapecó (ou Xapecó Grande), à margem esquerda do rio Xapecó junto a estrada para o sul que ligava Palmas às Missões. Segundo o historiador D'Angelis (1994) trata-se da atual localização da cidade de Abelardo Luz.

Segundo Mota (2008), dez anos depois de seu retorno, Condá dirigiu-se a Curitiba solicitar terras, já que as ameaças aos indígenas eram frequentes sobre os aldeamentos de Xapecó Grande e Palmas. No ano de 1870 Condá faleceu sem obter sucesso. Em 1873 também morre Viry em idade avançada. Estes episódios só colaboraram para que as pressões aumentassem sobre os índios enfraquecidos.

Com a instalação da Colônia Militar de Xapecó em 1882, no local onde está a atual cidade de Xanxerê, começaram movimentos reivindicatórios mais intensos por parte dos fazendeiros para aldear os indígenas que se encontravam ocupando os diversos toldos espalhados pela região. É importante ter em mente que aldear foi uma estratégia

utilizada pelo governo para territorializar, ou seja, controlar os índios, cercar seus direitos e garantir a liberação de porções de terras para outros fins (OLIVEIRA FILHO, 1998 e 1999).

D'Angelis (1994) aponta que em 1890 foi realizado o primeiro censo da República, o qual indicava a presença de 1260 índios na região que abrange o que hoje entendemos como oeste de Santa Catarina. A maior parte deles – 369 indivíduos – dizia respeito à população do Xapecó Grande, também chamado de Imbú. Nesta época, o chefe da colônia militar de Xanxerê, José Bernardino Bormann, contratou os índios deste aldeamento para abertura de linha telegráfica que facilitaria a comunicação com o resto do país. Esta linha vinha do Paraná, passava por Palmas, seguia pela colônia militar e depois ia em direção ao Rio Grande do Sul. Durante a abertura da picada, durante o deslocamento, os indígenas que participaram da empreitada foram dando nome aos lugares por onde passavam. Este componente da história oral Kaingang justifica a nomenclatura de alguns dos atuais municípios daquela microrregião. Alguns em Kaingang, como Xaxim, Xanxerê, Goyo-En, etc; outros em português, como Pilão de Pedra, Lajeado Facão, Serra do Tigre, etc.

Terminados os trabalhos, o cacique Vanhkré, que coordenava o grupo na época, teria solicitado terras como pagamento pelo serviço. Questionado pelos militares sobre a localização desejada o tal cacique teria respondido: “entremeio o Xapecó e o Xapecozinho” – conforme relatos registrados por D'Angelis (1994, p. 31) junto a velhos moradores do Toldo Imbú.

A linha telegráfica foi inaugurada em 1893 na colônia militar e somente dez anos depois o Governo do Paraná tomou providências para firmar um documento descrevendo os limites da terra solicitada pelos Kaingang. Assim, em 1902 foi assinado decreto que estabelecia a abrangência do território. Tal documento rezava que toda a área de terra compreendida entre os rios Xapecó e Xapecozinho, desde o ponto onde estes formavam barra até o limite estabelecido pela estrada da linha telegráfica, seria o local por direito destinado ao estabelecimento dos indígenas (cerca de 50.000 hectares que incluía a área do Xapecó Grande). Depois da assinatura do decreto algumas famílias que habitavam toldos ao norte do rio Xapecó voluntariamente se deslocaram para a área para fugir dos conflitos que emergiam na região que se tornavam cada vez mais violentos.

Alguns indígenas velhos do Toldo Imbú relataram a D'Angelis nos anos 1990 que este episódio não significou o ganho de terras, mas sim a perda das terras que estavam situadas para além da linha

telegráfica e dos leitos dos dois rios. O decreto, que marca o início da burocratização para emergência da atual Terra Indígena Xaçepó, ainda continha outras surpresas desagradáveis para os Kaingang. O texto assegurava “direito de terceiros” sobre tais áreas, um pequeno detalhe que inicialmente passou despercebido e posteriormente representou a abertura para reivindicações embasadas segundo a Lei de Terras de 1850 – ou seja, quando a terra passou a ser considerada mercadoria.

1.2 - Contestado: Caboclos e Colonos no Oeste de Santa Catarina

Façamos agora um parêntese importante. Como dito, no período de 1912 a 1916 parte dos Campos de Palmas foram abarcados na disputa entre Paraná e Santa Catarina pela questão dos limites entre os dois estados que culminou na Guerra do Contestado¹⁶. Esta situação só foi definida em 1917 quando findou a disputa e parte de Palmas passou a integrar o estado de Santa Catarina. O fim dos conflitos teve como efeito, neste mesmo ano, o desmembramento do município de Palmas em outros quatro: Mafra, Cruzeiro (hoje Joaçaba), Porto União e Chapecó (o qual abarcou na época a região onde estavam efetivamente localizados os Kaingang). Este processo de desmembramento intensificou-se durante o restante do século XX, determinando a atual configuração geopolítica estadual com a criação de municípios com extensões de terra cada vez menores¹⁷.

Entretanto, a exacerbada questão em torno dos limites representou apenas um dos aspectos emergentes no conflito. Sem dúvida, o aspecto mais importante diz respeito ao grande número de caboclos atingidos neste processo. De fato, os principais atores na guerra do Contestado foram os caboclos, uma população heterogênea que compunham-se basicamente por habitantes de terras devolutas da região e eram luso-brasileiros miscigenados principalmente com índios (RENK, 1991). Tratavam-se de homens e mulheres pobres que habitavam a região e pouco sabiam dos problemas dos limites entre os estados, ou mesmo não se importavam com isso. Para estes, existiam questões mais urgentes em jogo. Os caboclos conduziram e foram simbolicamente importantes para o desenrolar do movimento, pois, o Contestado como mobilização política popular significou, entre outras

¹⁶ Ver mapa no Anexo C.

¹⁷ Ver mapa no Anexo D.

coisas, a emergência dos agravos nas condições de vida no sertão do Brasil (SERPA, 1999; MACHADO, 2001).

A origem desta população ainda é alvo de grande especulação acadêmica (RENK, 1991 e 2006; SERPA, 1999; MACHADO, 2001). Sabe-se que o local em disputa já havia recebido grande contingente de indivíduos, desde o final do século XVII e durante todo o século XIX, advindos de outros estados brasileiros (SERPA, 1999). No final do século XVIII estabeleceram-se na região pessoas que compunham o corpo de tropas enviadas pelo governo português para defender a Colônia do Sacramento, no extremo sul do país (na antiga província da Cisplatina, atual Uruguai). Muitos indivíduos fugiram das tropas e se embrenharam nas matas. Movimento semelhante ocorreu durante a revolução Farroupilha que se iniciou no Rio Grande do Sul e atingiu Lages em 1839, quando muitos componentes das tropas também ficaram na região. Isto também aconteceu durante revolução Federalista em 1893, que também deixou grande parte dos combatentes na região. Disso percebe-se que, participar das tropas nem sempre era algo voluntário, mas uma obrigação para com o governo ou com grupos que queriam tomar o poder.

A população que ali se estabeleceu era composta por pessoas pobres que não tinham a posse da terra, mais do que isso, não tinham o sentido da propriedade, pois a terra era algo a ser usufruído por aqueles que nela habitavam e nela trabalhavam. A introdução de cercas para delimitar áreas de terra passou de uma estranha novidade para uma prática cada vez mais utilizada durante a segunda metade do século XIX. Assim, a ocupação da região por parte de grandes fazendeiros fez com que a população já existente passasse a ocupar as chamadas terras devolutas¹⁸ que pertenciam ao governo.

Além dos fazendeiros de gado, o final o século XIX e início do XX foi marcado pelo interesse de empresas estrangeiras em explorar o corte da madeira e na construção de uma importante via de ligação com o sul do Brasil, ou seja, a Estrada de Ferro São Paulo/Rio Grande¹⁹. A estrada, que seria subsidiada pela aplicação de capital norte-americano representado pela Brazil Railway Company (BRC), passaria pelas tais

¹⁸ Terras devolutas eram terras que não haviam sido distribuídas pela coroa portuguesa a colonizadores. Também diziam respeito às terras retomadas de colonizadores que não haviam estabelecido as suas demarcações e nelas não desenvolviam algum tipo de cultivo (MELLO, 2014).

¹⁹ Ver mapa no Anexo K.

terras devolutas – que eram extremamente férteis e ricas em ervais e madeira.

A construção da estrada movimentou para a região um número considerável de trabalhadores do Rio de Janeiro, Recife, Santos e Salvador. Estes atuavam a partir de péssimas condições de trabalho, pagamentos atrasados e outros nunca efetuados. Com o término da construção da estrada, em 1910, os trabalhadores foram dispensados sem direito a nada. A BRC requisitou a posse de 15 Km de terra de cada lado da ferrovia –seguinto o acordo estabelecido com o governo brasileiro – e passou a proibir a permanência dos ex-trabalhadores neste espaço. A subsidiária da BRC chamada Southern Brazil Lumber and Colonization (SBLC) fundou em 1913 a maior serraria da América do Sul no município de Três Barras visando o mercado de exportação. A ação da empresa deteriorou o ambiente, que ficou devastado em pouco tempo nas grandes margens da ferrovia. Rios desviados, fauna e flora destruídas acabaram modificando também as condições de sobrevivência dos habitantes – principalmente dos menos abastados.

A região já era considerada como um “barril de pólvora” e não tardou para que estas condições cada vez mais complicadas deflagrassem a insurgência da guerra, que na verdade era uma guerra do governo contra a população que ali estava - numa época que os valores a serem defendidos estavam relacionados à modernização e o progresso a partir da recém-criada república. A introdução de mão de obra livre, submetidas às relações de trabalho, e a supremacia do capital, abalaram em diversos aspectos a vida dos antigos habitantes. Agora era preciso falar corretamente a língua portuguesa, implantar serviços de telefonia, iluminação pública e seguir normas higiênicas.

Os monges acabaram se tornando marcas do movimento do Contestado. Tratavam-se de figuras que circulavam pela região – e quiçá pelo Brasil e América do Sul – desde o século XIX e se autointitulavam como profetas que peregrinavam para divulgação de mensagens sobre o fim dos tempos. Além do mais, era comum que possuíssem reconhecimento pelo feitio de benzeduras e orações com finalidades terapêuticas. Eram pessoas humildes que interagiam diretamente com a população pobre que ali habitava e, portanto, tinham acesso a vias de comunicação mais dialógicas que impositivas no seu trabalho missionário. Historiograficamente são descritas as participações de três indivíduos emblemáticos que se envolveram com os caboclos e mediarão questões sociopolíticas com as lideranças locais.

Conforme Serpa (1999), o primeiro deles foi João Maria de Agostinho, nascido em Piemonte, Itália. Passou por varias localidades do Brasil, como Pará, local de sua chegada, Rio de Janeiro, Sorocaba, Campestre de Santa Maria, Lages e Mafra – estas duas últimas na atual Santa Catarina. Fazia peregrinações divulgando uma atividade missionária, mas não aceitava nada em termos de dinheiro, apenas alguns alimentos básicos. Preferia a solidão e o isolamento numa vida contemplativa em vez de ajuntamentos ao seu redor. Costumava erguer cruces por onde passava, sendo que algumas destas tornaram-se posteriores capelas – principalmente nos locais onde existiam vertentes de água pura usadas em curas milagrosas recorridas por pessoas de diferentes localidades. A prática missionária de João Maria de Agostinho, que perpassou Lages por volta de 1862, não chamou tanta atenção da hierarquia da Igreja Católica – salvo alguns conflitos com os Franciscanos alemães. João Maria de Agostinho não aliciava adeptos para formar uma nova seita, não se ausentava nas missas e não se envolvia no trabalho pastoral do clero. Chamava atenção, entretanto, das autoridades governamentais, que percebiam a aglutinação de pessoas como possibilidade de surgimento de distúrbios à ordem pública – mesmo que esta não fosse a vontade do monge. Segundo Serpa (1999), a presença de João Maria de Agostinho em Santa Catarina e no Rio Grande do Sul foi seguida de uma série de movimentos sociais que eclodiram na última década do século XIX. Canudos, na Bahia, Muckers, no Rio Grande do Sul, e Juazeiro, no Ceará. Também, foi significativa pelos profetas que o sucederam, os quais confrontaram mais diretamente as normas doutrinarias da Igreja Católica e com os problemas socioeconômicos e políticos na região.

João Maria de Jesus foi o segundo monge a circular pela região. Segundo Serpa, (1999) seu nome verdadeiro era Anastás Marcaf, de origem francesa. Possuía características que remetiam ao primeiro profeta: caminhava sozinho, não levava pertences, nada pedia, não ostentava e também fincava cruces por onde passava. Era conhecido pelos seus bons conselhos, o que tornou querido entre os sertanejos como um enviado do céu. Fazia profecias sobre os castigos de Deus, como praga de gafanhotos, epidemias de chagas, uma escuridão que duraria meses e uma peste que afetaria o gado e tornaria os campos desertos. Procurava, nas suas andanças, um local para acampar com boa água – a qual se tornava posteriormente uma fonte capaz de realizar milagres. As cinzas das fogueiras por ele deixadas também passavam eram usadas para a diminuição de tempestades. Tinha posições políticas abertas, ou seja, era seguidor dos federalistas porque tinha a república

como a ordem do demônio – e a monarquia como a de Deus. Opunha-se a igreja oficial, conflitando diversas vezes com frei Rogério Nehaus – figura ímpar dos franciscanos em Lages – e tornando-se perturbador à ordem eclesiástica. Mesmo contra sua vontade, aglutinou em torno de si grande quantidade de pessoas empobrecidas, que passaram a ser estigmatizadas como fanáticas e ignorantes pelas elites ditas esclarecidas. João Maria de Jesus desapareceu por volta de 1908 da região sem maiores explicações.

Logo no início da década de 1910, na região de Campos Novos (Santa Catarina), surgia, do próprio povo, outro profeta. Tratava-se de José Maria, cujo verdadeiro nome era Miguel Lucena de Boaventura, ex-soldado da Força Policial do Paraná (SERPA, 1999). A notícia do ressurgimento do grande profeta correu as redondezas, assim como os seus prenúncios de que as cidades de Lages e Curitiba sofreriam com pragas e agouros contra o gado e a população. Era conhecido como rezador de terço, por dar sermões, recitar narrativas sacras, realizar batizados e por utilizar ervas em práticas terapêuticas – uma vez que era um profundo conhecedor da flora da região. Ao contrário dos outros dois monges, este não apreciava o isolamento. Também sabia ler e escrever. José Maria teria tido simpatizantes não só entre os sertanejos, mas também entre as elites de Curitiba por ter curado a esposa de Henrique de Almeida – a qual estava desenganada pelos médicos. O pagamento em troca da cura teria sido recusado por José Maria, uma vez que era um homem desprendido de coisas materiais – o que aumentou sua fama em toda região.

A atuação destes monges tornou o campo religioso uma transfiguração do político, o qual serviu para pontuar descontentamentos e utilizá-los como justificativa na deflagração da guerra contra os caboclos. Isto ocorreu por volta de 1912, depois da recusa de José Maria em atender a esposa de um dos coronéis da região de Curitiba. A atitude fez com que José Maria e seus seguidores não fossem mais bem quistos na região, sobre os quais começaram a pesar argumentos de confabulação para luta pela volta da monarquia. Como os republicanos recém instalados não desejavam aquela situação, uma atmosfera de perseguição fez com que o grupo de José Maria se retirasse para o Irani – o qual fazia parte do Paraná na época. Este movimento causou reação dos políticos paranaenses, que entenderam ser uma articulação de políticos catarinenses para tomar o território do Paraná. O governo paranaense resolveu atacar o acampamento de José Maria, fato que ficou conhecido como Combate do Irani. Lá faleceram o monge e o coronel

paranaense responsável pelo regimento de segurança. Foi aí que a situação passou a ser considerada oficialmente como guerra.

Depois deste episódio os caboclos foram mais ou menos forçados a se organizar para o combate. O imaginário religioso também entremeou o processo de motivação, segundo o qual se dizia que José Maria não teria morrido em combate. Assim como os outros que os seguiam, teria passado para “o outro lado” onde integrou o exército encantado de São Sebastião. Aos que ficaram cabia se preparar para a guerra santa e seguir o mesmo caminho se necessário (SERPA, 1999).

Os caboclos fundaram redutos, chamados por eles de “cidades santas”, de Taquarucu e Caraguatá como forma de organização política e resistência. Estas cidades foram alvo de diversos ataques do exército do governo, em alguns deles os sertanejos saíram vitoriosos – o que dava mais ânimo à resistência. Não tardou, entretanto, para que mais força fosse usada contra a população, espalhando terror e um clima de tensão e pânico por toda região serrana até Curitiba – capital do Paraná. Em decorrência dos vários conflitos armados, por volta de 1914 os caboclos percorreram a região de Canoinhas, Curitiba, Itaiópolis e Calmon buscando novos adeptos. Nesta última cidade atearam fogo em uma das serrarias da SBLC que também era uma estação da estrada de ferro São Paulo/Rio Grande.

Desavenças internas entre os chefes das cidades santas e exércitos de rebeldes se acirraram cada vez mais até o final do movimento. A entrada das tropas nacionais também fez com que o movimento perdesse força, não permitindo que avançassem para o Irani e para Palmas. O episódio do contestado foi o primeiro em que foram usados aviões de batalha para observação dos insurgentes no Brasil.

Os caboclos ainda fomentaram resistência, fundando a cidade santa de Santa Maria e outros redutos – como o de Pedras Brancas e São Pedro. Também, continuaram vagando pelas cidades de São José do Cerrito, Lages e Campos Novos. Com medo das tropas do governo, os sertanejos que não participavam dos exércitos da resistência, a maioria mulheres e crianças, conseguiram fugir para a região de Blumenau. Em 1915 o reduto de Pedras Brancas foi atacado e as casas incendiadas, causando a morte de muitos que ali moravam. O mesmo aconteceu com o reduto de São Pedro pouco tempo depois. Muitos sertanejos se entregaram em Canoinhas e outros tantos que tentaram voltar para se abrigar nas cidades santas foram presos e fuzilados. A maioria dos capturados acabou morrendo de fome. Aqueles que não morreram, e conseguiram se embrenhar nas matas, tiveram que desenvolver e lidar com novas formas de sobrevivência.

Consequentemente, a já complicada situação vivenciada pelos caboclos desde a Lei de Terras de 1850 se agravou com o final da Guerra do Contestado em 1916 e a posterior intensificação da mobilização para colonização do oeste de Santa Catarina. Foi neste movimento que descendentes de imigrantes de origem italiana e alemã oriundos do Rio Grande do Sul²⁰ passaram a reivindicar porções de terras adquiridas legalmente junto às companhias colonizadoras de povoamento e civilização do sertão catarinense – mercadologicamente anunciado como demograficamente vazio (WERLANG, 2006; MOTA, 2008). Para se efetivar, o processo colonizador promoveu a continuação do afastamento dos novos habitantes com relação às populações autóctones. Tratou-se de um processo de exclusão do direito de acesso a terra pelos antigos moradores a partir de sua transformação em "estrangeiros" pelos colonizadores (RENK, 1991; BLOEMER, 2000). Conforme Leite (1995), o modelo de branqueamento da nação foi central para a consolidação das populações imigrantes que, pelo argumento da miscigenação, consideravam que os caboclos e os negros não apresentavam, nos termos de referência acionados, uma definida nacionalidade prévia. Como eram "sem origem", também não tiveram suporte legal – e muito menos financeiro – para reivindicar terras ou mesmo adquiri-las. O argumento ainda apoiava-se no fato de que os habitantes da região não tinham documentos – como certidão de nascimento, casamento, nem alistamento militar –, “logo, não existiam perante o governo e tampouco podiam 'provar' que eram os donos das terras: faltava-lhes o tal do 'papel'. Lembre-se: 'Quem não registra não é dono'.” (RENK, 1999, p. 13).

Portanto, o desenrolar do século XX, principalmente a partir do processo de colonização, revolucionou a ocupação dos espaços em nome do desenvolvimento agrícola, pecuário e extrativista na região – impactando nas relações com o mundo do trabalho e na utilização dos recursos ambientais. Durante algum tempo, uma ferramenta de controle populacional eficaz por parte dos invasores foi o desalojamento e expulsão de habitantes dos lotes adquiridos com a efetiva ação de *bugreiros*, ou seja, jagunços contratados pelos proprietários de terras a fim de retirar os ocupantes indesejados à força. Este tipo de

²⁰ Os imigrantes eram provenientes das chamadas *colônias velhas*, ocupações italianas e alemãs que já estavam instaladas na região de Caxias do Sul, Bento Gonçalves, Sananduva, Veranópolis e Nova Prata, no Rio Grande do Sul (RENK, 2004).

movimentação foi extremamente contributivo para a invisibilização das populações caboclas enviadas para outras áreas “sem dono” e de pouco interesse econômico, os “barrancos” (SANTOS, 2004; MARCON, 2003).

O extrativismo de erva-mate era uma atividade importante para o sustento das populações de caboclos na região antes da chegada dos imigrantes. A atividade de coleta livre e, muitas vezes, revenda do material já processado para consumo local e distribuição nas cidades era corrente antes mesmo do Contestado. Com a entrada de fazendeiros, muitas áreas de mata que comportavam ervais passaram para o regime de exploração particular e privado, reestabelecendo relações no mundo do trabalho – agora regidas pelo capitalismo. A produção de erva-mate, que já era voltada à exportação desde o início do século XX, intensificou-se na mão dos imigrantes. Neste processo, alguns grupos de caboclos continuaram ocupando as terras onde já estavam com a permissão dos colonos, que os relegaram à condição de trabalhadores nas suas propriedades. Isto significou mais exploração, ou seja, a submissão dos caboclos à cadeia produtiva das ervateiras para exercerem as piores tarefas e receberem os piores salários²¹.

A expansão capitalista também introduziu, mais tardiamente, as atividades agroindustriais em larga escala. A instalação de frigoríficos teve início na década de 1940 com a abertura da Sadia e da Perdigão no vale do Rio do Peixe, as quais atuavam escoando a produção para São Paulo – fundamentalmente pela estrada São Paulo/Rio grande. A suinocultura, principalmente no início, rendia bons lucros no abastecimento do mercado de São Paulo. Posteriormente, principalmente após a década de 1960, este leque se expandiu para a produção de aves e transpôs o fornecimento do mercado nacional. A partir daí o mercado de exportação começou a traçar novos horizontes para circulação destes alimentos (BAVARESCO, 2005; GOULARTI FILHO, 2007).

Todas estas mudanças fizeram com que os abismos socioeconômicos entre as populações de imigrantes e caboclos só aumentassem. Os imigrantes apoiaram-se nas bases de incentivo estatal para aumentarem a produção e desenvolverem economicamente a região, e o país. Assim, tiveram subsídio para reivindicar – à força – o discurso oficial associado ao papel dos dominantes, diferenciando-se das

²¹ Renk (2006) trabalha com esta questão junto a grupos caboclos da região de Vargeão e Ponte Serrada, mas, acredito que o caso dos indígenas não tenha sido muito diferente em termos de oportunidades.

outras populações – agora subalternas. Diversos elementos simbólicos emergiram e são mantidos atualidade como verdadeiras fronteiras étnicas do ponto de vista dos colonos: (dentre outras coisas) festas típicas foram criadas para relembrar o vínculo com a Itália ou com a Alemanha; as línguas-mãe permanecem sendo usadas por algumas pessoas mais velhas no ambiente doméstico; o trabalho incessante e a diligência para lidar com a terra são tomados como virtudes inquestionáveis; a pertença à famílias de descendentes de europeus é um aspecto fundamental na identificação dos iguais – e portando, dos possíveis aliados e inimigos –; e o genótipo branco é tomado abertamente como superior em diversos aspectos preconceituosos.

A ocupação dos espaços das cidades também se desenvolveu obedecendo a centralidade dos imigrantes, o que levou à população cabocla a habitar os espaços periféricos (PERIN e LUCAS, 2005). Nesta condição, restou servir de mão de obra para as indústrias alimentícias, civil ou prestação de serviços informais diversos. A consequência, obviamente, foi a exclusão desta população refletida na pobreza, preconceito, violência e condições subalternas de subsistência, saúde e educação (BOLZAN, 2011). Assim, como a história foi por muito tempo escrita para mascarar as contradições, os caboclos foram deliberadamente apagados do discurso oficial.

O processo civilizador na região também perpassou a temática religiosa, muito embora ela não estivesse no projeto de estado laico pleiteado pela instalação da república no final do século XIX (SERPA, 1997). Como apontado anteriormente, a população cabocla já entrava em divergência com os Franciscanos alemães estabelecidos no Paraná atuantes em Lages desde 1892. Estes tentaram reformular as práticas dos caboclos proibindo uma série de atividades em detrimento às normatizações impostas pela Igreja Católica oficial. Durante o Contestado, na realização da sua missão, os Franciscanos perseguiram sistematicamente os monges, os quais eram tratados como hereges e ignorantes pelo clero. A persuasão dos Franciscanos, desta forma, acabou se alinhando mais significativamente aos propósitos das elites locais (SERPA, 1997 e 1999).

Seguindo os passos dos Franciscanos, os imigrantes buscaram ratificar os aspectos oficiais das religiões cristãs, onde uma das primeiras atitudes de estabelecimento das novas colônias, ou comunidades rurais, era a instalação física de uma igreja. Entretanto, embora o cristianismo oficial fosse o fio condutor religioso geral dos colonizadores, existiam distinções internas. Assim, dentro do grande

grupo dos imigrantes a religiosidade geralmente estava colada ao aspecto de descendência étnica. Os descendentes de alemães, por exemplo, tinham forte inclinação ao protestantismo Luterano – embora existissem alemães católicos. Tratava-se de uma simbiose mediada pela língua alemã, fortemente reificada nos rituais religiosos e no âmbito escolar. Já os italianos se diziam na sua totalidade Católicos Apostólicos Romanos. Durante a migração para o oeste, as colônias que iam se estabelecendo procuravam seguir estes recortes, algumas tinham abertamente o intuito de manterem-se como núcleos hegemônicos do ponto de vista étnico e confessional (RENK, 2004).

Assim, enquanto os franciscanos e imigrantes prezavam pelos aspectos pomposos relacionados às regras oficiais da Igreja Católica, os caboclos praticavam um catolicismo popular – chamado de “católico antigo” (RENK, 2004). Este incorpora uma diversidade de elementos do cotidiano pré-colonial e funcionou como um autoidentificador dos modos de vida anteriores à chegada dos imigrantes. Nas pesquisas feitas por Renk (2006) junto aos caboclos de Vargeão e Ponte Serrada, ambos municípios de Santa Catarina, é patente e central a presença do santo São João Maria – uma figura santificada associada aos monges que peregrinaram na região. Além deste, também estão relacionadas as figuras santas de São Sebastião, considerado o santo padroeiro dos caboclos, e do Divino Espírito Santo. Também, são rememoradas práticas rituais, como festas e batizados, que celebram o vínculo da comunidade com a entidade santificada.

Felizmente o número de estudos históricos e antropológicos sobre os caboclos na região oeste de Santa Catarina está crescendo e já possui grande expressão acadêmica e política²². Este aspecto subsidia, de certa forma, as atuais reivindicações pela emergência da categoria étnica “caboclo” como autodesignação de uma população com traços socioculturais singulares (CEOM, 2008; RENK, 2006)²³. Destes trabalhos podemos depreender a construção de marcas da etnicidade a partir das representações sobre o processo colonizador, onde as práticas culturais tradicionais como a utilização do fogo de chão para a

²² Muitas discussões atuais sobre os caboclos são desenvolvidas por Arlene Renk e seus alunos que participam do Centro de Memória do Oeste (CEOM). Este centro tem quase 30 anos de existência e tem se estabelecido como possibilidade de problematização das vozes hegemônicas sobre a região. Sobre isso ver mais detalhes em Marcon (2006) e Paim (2006).

²³ Utilizada, por exemplo, na formalização da Associação Puxirão Caboclo na cidade de Chapecó.

preparação dos alimentos e a atividade de coleta e preparo da erva-mate. Neste sentido, quando rememorado o período colonialista, são muito enfocadas as diferenças em relação aos modos de produção no trato com a terra, pois, ao contrário da produção exaustiva entremeada pela diligência rígida em direção ao lucro exercida pelos novos habitantes, para os caboclos a elaboração de pequenas roças “pro gasto” e a criação de animais soltos seriam marcos compartilhados da continuidade com um passado nada remoto. É nesta mesma direção que a religiosidade associada ao catolicismo popular praticado na região, associado à atuação dos monges, emerge como um dos principais idiomas acionados pelos caboclos para falarem da sua *tradição* e demarcarem sua identidade cultural.

1.3 - As pressões pós-coloniais contra os Kaingang

Por hora, retomemos o foco para a experiência dos Kaingang frente ao movimento colonizador. Segundo D’Angelis (1994 e 2006), percebendo que o resultado da Guerra do Contestado reverter-se-ia a Santa Catarina, nos momentos finais do conflito o governo do Paraná apressou-se em expedir dezenas de títulos de posse para as terras circunscritas à área em disputa – muitos deles sobre a terra decretada em 1902 como ocupação indígena. Além do mais, o projeto colonizador seguiu seu rumo impactando em outros tantos conflitos dos fazendeiros com os indígenas na área reservada. Esta atmosfera perdurou durante todo o desenrolar do século XX, onde os Kaingang tiveram que lidar por diversas vezes com tentativas refazer medições e marcações de limites de propriedades dentro da área inicialmente a eles designada. Frequentemente precisavam agir de pronto para interditar atitudes que, na maioria das vezes, eram simuladas com ares de oficialidade por parte dos fazendeiros e autoridades locais. Muito destes embargos agenciados pelos Kaingang tiveram apoio central de Antonio Selistre de Campos, juiz da comarca de Chapecó – um aliado bastante recorrido pelos indígenas naquelas situações²⁴.

Selistre de Campos trabalhou também – creio que na melhor das intenções – para a instalação de um posto do Serviço de Proteção ao

²⁴ Selistre de Campos publicava artigos no jornal A Voz de Chapecó denunciando as péssimas condições que viviam os Kaingang (MANFROI, 2008; CEOM, 2004).

Índio (SPI) na área do Xapecó em 1940²⁵ - o qual passou a se chamar Posto Indígena Xapecó (PIX). O primeiro encarregado indicado por ele, Francisco (Chico) Fortes, mostrou-se amigo dos índios auxiliando-os a organizar roças e criações para sustento interno. Também ajudou a estabelecer carijos para processamento de erva-mate, uma atividade de coleta já desenvolvida pelos Kaingang que se mostrava rentável na época para o abastecimento do mercado Argentino. Atitudes como estas pareciam dar fôlego aos indígenas na luta por melhoras nas condições de vida.

No contexto de disputas, um dos maiores pressionadores pelas redefinições dos limites da terra destinada aos indígenas no decreto de 1902 foi Alberto Berthier de Almeida, madeireiro de Passo Fundo, Rio Grande do Sul. Em 1934 ele efetuou uma nova medição que reduzia em alguns milhares de hectares a terra destinada aos Kaingang em favor de sua fazenda. Na época o golpe foi interrompido a tempo pelos indígenas, que não aceitaram deixar suas casas e buscaram ajuda junto a Selistre de Campos. Berthier, entretanto, continuou trabalhando através de violência, tráfico de influencias e corrupção de agentes do estado para conseguir legitimar a propriedade de suas terras. Em 1948 o SPI finalmente julgou legítimos os direitos de Berthier reivindicados em 1934 (ALMEIDA e NÖTZOLD, 2011; D'ANGELIS e FOKÂE, 1994).

Iniciou-se então um período ainda mais violento de retirada dos indígenas do local. Uma estratégia de ordem prática tomada pelo SPI foi exonerar Chico Fortes e colocar outro chefe de posto em seu lugar: Wismar da Costa Lima. Este logo se filiou aos fazendeiros e ajudou a acirrar o terror contra os indígenas. Assim, no final da década de 1940, pelo o intermédio de Wismar, ocorreu a transferência dramática e forçada dos indígenas habitantes do Toldo Imbu (que se localizava sobre as terras de Berthier), em Abelardo Luz, para o Posto Indígena Xapecó num episódio de movimentação extremamente violento e danoso – ainda vivo na memória dos mais velhos que hoje habitam a TIX. Na época a atuação de *bugreiros* – jagunços contratados pelos colonos e fazendeiros – era um meio bastante utilizado para retirar involuntariamente as populações que ocupavam as porções de terras adquiridas ou registradas. Foi através desta mesma lógica, mas com apoio do SPI na figura do Chefe do Posto, que as famílias do Imbu teriam sido transportadas a

²⁵ Manfroi (2008), entre outros autores, aponta que o Posto Indígena Xapecó passa a ter o nome de Antonio Selistre de Campos em 1957, em decorrência do seu falecimento. Esta espécie de homenagem permaneceu por mais de uma década.

força para o PIX. Muitos indígenas foram laçados, amarrados e jogados em caminhões fretados por Wismar. Este processo de deslocamento também incluiu a retirada de outros indígenas que habitavam outros toldos em diversas localidades do Paraná.

O episódio foi altamente marcante na história do Toldo Imbú e, por consequência, na formação da atual Terra Indígena Xapecó. Contudo, as grilagens das terras afetaram os Kaingang por todo o século XX, muitas delas com base em documentos altamente duvidosos e fraudulentos sempre com intermédio do SPI – que atuava para controlar os indígenas e fomentar seus próprios interesses de exploração dos recursos naturais (D'ANGELIS e FOKÂE, 1994). Entre 1953 e 1954, por exemplo, depois de acordos deste órgão com o estado de Santa Catarina, foram feitas novas medições e retiradas dos indígenas as áreas de terra povoadas referentes ao Toldinho (atual município de Entre Rios) e Xapecoquinho (atual município de Bom Jesus). Portanto, conforme Almeida (1998), Nacke (1983) e D'Angelis (2006), a expedição do título definitivo das terras da atual TIX acabou reduzindo o território reservado, inicialmente com 50.000 hectares de área entre os rios Xapecó e Xapecoquinho, para cerca de 15.000 hectares no final da década de 1950.

A extração de erva-mate para exportação afetou muito as populações autóctones do oeste catarinense. Entretanto, os Kaingang parecem ter se submetido pouco às relações de trabalho nas ervateiras instaladas pelos imigrantes, diferentemente da precária situação dos caboclos. Sem retirar o caráter nocivo que a nova ordem econômica trouxe aos indígenas, talvez esta tenha sido a atividade menos danosa que se desenvolveu ali. O pior ainda estava por vir, pois, com término da II Guerra Mundial a exploração da madeira se tornou a principal motivação econômica na região. Esta atividade teve fortes impactos, principalmente durante a década de 1960, e acabou por modificar drasticamente a situação dos indígenas em termos de recursos naturais. Desta forma, a complexa constituição da TIX também se deu entremeio ao processo de derrubada e comercialização da mata de araucária (*Araucaria angustifolia*) e imbuia (*Ocotea porosa*), madeiras nobres características das ocupações indígenas – e da região como um todo.

Neste processo o SPI, na figura do Chefe do Posto, também trabalhou instalando serrarias e madeireiras dentro dos limites destinados aos indígenas. Segundo D'Angelis (2006), “o índio que se opunha, o índio que levantasse dúvidas sobre a oportunidade ou vantagem de se vender madeiras, era considerado ‘rebelde’ ou ‘vadio’, e

transferido a outros pastos, quando não era preso e espancado por ordem do Chefe do Posto” (p. 327). De 1964 a 1966 mais de 30 empresas madeireiras haviam atuado na área Kaingang, resultando na derrubada de cerca de 30.000 pinheiros (SANTOS, 1979).

Esta tradição criminosa perdurou até o final da atuação do SPI e foi continuada pelo órgão que a sucedeu em 1967, ou seja, a Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Outros projetos passaram a ser elaborados pela FUNAI com a finalidade fictícia de reverter fundos e recursos para as comunidades indígenas. Em 1976 foi instalada no Xaçepó uma serraria com o argumento de aproveitamento de madeiras mortas e, posteriormente, iniciou-se o plantio de soja com a implantação de lavouras mecanizadas para cultivo extensivo de grãos. Na prática estas atividades intensificaram o esgotamento dos recursos naturais com a continuidade da derrubada da mata de centenários pinheiros e o reaproveitamento do solo para alimentação da máquina burocrática indigenista à custa da exploração dos direitos indígenas.

Além do mais, a FUNAI também permitiu a permanência de famílias de agricultores não índios na área demarcada, apesar dos inúmeros apelos dos indígenas. Depois de movimentos Kaingang no Rio Grande do Sul que expulsaram os invasores “por conta”, a FUNAI resolveu incentivar os índios para fazer o mesmo no Xaçepó e assim liberar as terras para novos projetos agrícolas – é claro que com finalidades duvidosas. Segundo Almeida (1998), somente em 1978 foram tomadas providências para a retirada dos invasores do Xaçepó, um processo não menos complexo que redefiniu quem era e quem não era indígena naquele momento, “ficando para trás um rasto de compadrio, aliança e casamento entre colonos e índios cujas marcas estão visíveis nas faces de quem permaneceu no local” (p. 15).

Nesta época, diversas famílias de “intrusos” foram expulsas da área indígena e passaram a se instalar nas margens das estradas da região – as quais passaram a ser incentivadas pela Pastoral da Terra de Xaçepó a reivindicarem terras a partir da política nacional da reforma agrária (BRIGHENTI e NÖTZOLD, 2009). Relatos atuais de indígenas da TIX remetem a outras situações ainda mais complicadas, como no caso de famílias que hoje habitam a TIX – e são consideradas indígenas – que teriam passado pelo mesmo processo de expulsão. Na ocasião, teriam sido tratadas como intrusos pelas lideranças indígenas e relegadas a vagarem por terrenos alheios das cidades vizinhas. Teriam conseguido retornar algum tempo depois quando ocorreu a mudança de lideranças indígenas, os quais os reconsideraram como parentes Kaingang.

Outro aspecto que muito contribuiu para pressões contra os Kaingang no redimensionamento de seus limites foram as tentativas de instalações de barragens em seus territórios. Desde os anos 1960 são cogitadas instalações de ao menos 3 barragens grandes no rio Xapecozinho que atingiriam e reduziriam drasticamente a área da TIX, uma delas inclusive em local de mata inexplorada. Todas estas usinas hidrelétricas (UHEs), que proporcionariam a produção de grande volume energético, tiveram os processos de implementação interrompidos ao longo das décadas que se seguiram. Como a questão principal para os embargos estava fundada na redução da extensão da reserva e deterioração ambiental pelo alagamento, outra forma de exploração que se mostrou atraente nos últimos anos foi a instalação das pequenas centrais hidrelétricas (PCHs). Estas teriam capacidade de produção reduzida com relação às UHEs e um impacto relativamente menor em termos ambientais. Uma PCH já está em funcionamento no rio Xapecozinho e, atualmente, existem registros de projetos básicos (PBs) junto a Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL) de pelo menos outras 2 PCHs no leito do mesmo rio em pontos que margeiam a área Kaingang. Diversas reuniões foram feitas com lideranças indígenas no final da década de 2000 e início da década de 2010, quando foram propostas parcerias de redistribuição dos lucros das PCHs com a comunidade indígena. Até o momento, entretanto, nenhuma delas teve o prosseguimento de execução confirmado – apesar de haverem boatos de que existia concordância por parte das lideranças indígenas. O Ministério Público Federal (MPF, 2014) lançou recentemente nota pontuando recomendações ao Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA), à Fundação do Meio Ambiente (FATMA) e à FUNAI para se absterem de praticar qualquer ato relacionado ao licenciamento de empreendimentos dessa natureza enquanto não seja promulgada lei complementar que trate deste tipo de exploração nas terras tradicionalmente ocupadas pelos povos indígenas. Pelas informações divulgadas pelo MPF, a FATMA teria se comprometido a suspender todos os procedimentos de licenciamento deste tipo de empreendimento em áreas indígenas.

1.4 - A TIX Atualmente

Como dito, a TIX atualmente possui uma área oficialmente reconhecida de 15.623 hectares (ISA, 2015) e está localizada nos municípios de Ipuacu²⁶ e Entre Rios²⁷, oeste do estado de Santa Catarina²⁸. A configuração das aldeias indica que o município de Ipuacu comporta sob sua jurisdição territorial as aldeias Barro Preto, Serrano, Cerro Doce, Sede, Pinhalzinho, Olaria, Fazenda São José, Baixo Samburá e Água Branca, enquanto o município de Entre Rios conta apenas com as aldeias Paiol de Barro, Limeira, Linha Guarani. O número de aldeias não é algo tão burocrático assim, e pode variar de acordo com a pessoa com a qual é tomada tal informação. Alguns indígenas adicionam a esta lista a Linha Manduri, a Linha Sete de Setembro ou o Lava Pé, outras localidades internamente reconhecidas como referenciais. De qualquer forma, o croqui elaborado por Diehl (2001)²⁹ apresenta a localização de algumas das aldeias da TIX e também elabora esta distribuição territorial em relação às referências municipais mais próximas, como Ipuacu, Entre Rios e Bom Jesus. É bom lembrar que recentemente, depois de reivindicações e ocupações feitas pelos indígenas, em 2012 foram declaradas mais 2 porções de terra anexas à TIX (denominadas oficialmente de Terra Indígena Xaçecó Glebas A e B) que somam 660 hectares à área maior (ISA, 2015). Uma aldeia importante está localizada nesta nova abrangência, o Canhadão, além de um antigo cemitério indígena da aldeia Pinhalzinho (ALMEIDA e NÖTZOLD, 2011). Assim, a totalidade da TIX, já com as Glebas A e B, conta com pouco mais de 6000 habitantes (FUNAI apud ISA, 2015). Cabe citar também que, dentre estes indígenas, existe um pequeno grupo Guarani (Mbyá) instalado na aldeia Limeira – o qual mantém laços e parentesco e redes de sociabilidade com os grupos da mesma etnia do litoral catarinense.

No município de Abelardo Luz, depois da retirada dos indígenas transportados a força para o então PIX no final da década 1940, as terras

²⁶ Ipuacu conta com população de 6.798 habitantes conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/1GPK>>, acessado em Mar/2015.

²⁷ Entre Rios conta com população de 3.018 habitantes segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/10L7>>, acessado em Mar/2015.

²⁸ Ver mapa no Anexo B.

²⁹ Ver croqui no Anexo F.

foram utilizadas por gerações de fazendeiros que exploraram todos os recursos naturais em favor das madeireiras e cultivo extensivo de soja, milho e outros grãos. Finalmente, no final da década de 1990, uma ocupação indígena foi instalada no local do antigo aldeamento do Xapecó Grande com ajuda da Pastoral da Terra e do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) – que já habitavam assentamentos no município de Abelardo Luz. Oficialmente, depois de várias batalhas na justiça, disputas com fazendeiros e até mesmo atos violentos que culminaram em mortes de ambos os lados, a área de terra do Toldo Imbu foi declarada no início da década de 2010 com uma extensão de 1965 hectares no município de Abelardo Luz. O processo corre agora para a demarcação e registro, mas o perímetro desta localidade já não está mais conectado com a atual TIX. Embora vizinha, trata-se de uma área separada que conta com uma população de cerca de 150 habitantes (FUNAI apud ISA, 2015) que, na sua maioria, mantém laços de parentesco com os habitantes da TIX. Ainda hoje o Toldo Imbu é foco de emergência de disputas acirradas entre os cerealistas e a pequena população indígena, onde as discussões legais para desapropriações dos terrenos perduram e fazem com que as moradias dos indígenas estejam reduzidas a uma espécie loteamento popular num bairro periférico da cidade.

Existem, portanto, diferenças internas entre as aldeias que compõem a TIX, que estão relacionadas tanto a aspectos espaciais, estruturais e políticos ligados aos modos de produção da subsistência local. Duas aldeias referenciais merecem ser brevemente citadas aqui por possuem a maior parte da população total da TIX, ou seja, a aldeia Sede e a aldeia Pinhalzinho. As demais aldeias apresentam singularidades e contrapontos em relação a estas duas em diversos aspectos. Aqui, por conta de minha experiência de pesquisa, tomarei como exemplar a aldeia Baixo Samburá³⁰.

A Sede abrigava cerca de 1500 habitantes na época da pesquisa. Esta aldeia se distancia 25 Km do município de Xanxerê, 23 Km do centro do município de Ipuacu, 13 Km do município de Entre Rios e menos de 10 Km do município de Bom Jesus – aos quais está ligada por estradas de terra não pavimentadas. A aldeia Pinhalzinho comporta em torno de 1200 habitantes. Fica localizada a mais ou menos 7 quilômetros do centro de Ipuacu, ao qual está ligada por um trecho da rodovia SC

³⁰ Também citarei estas três aldeias pelo fato de terem sido os locais onde realizei pesquisa de campo de forma mais contundente.

480. Esta aldeia, por ser cortada por rodovia pavimentada com asfalto, apresenta um intenso trânsito de automóveis e caminhões que circulam entre os municípios de Ipuacu e Bom Jesus. Já a aldeia Baixo Samburá conta com cerca de 200 habitantes e é distante 7 Km do centro de Ipuacu. Se por um lado a Sede ocupa o centro da área indígena, em termos geográficos e políticos, a Baixo Samburá está em uma zona periférica e limítrofe da TIX, o que a torna muito próxima de uma comunidade vizinha rural não indígena chamada Samburá (a menos de 2 Km e também componente do município de Ipuacu), com a qual os indígenas mantêm relações intensas das mais variadas espécies. Os moradores desta comunidade, segundo os Kaingang, são “gringos”, caboclos e mesmo indígenas que por algum motivo deixaram a TIX.

A Sede possui uma infraestrutura consideravelmente distinta das demais aldeias menores. É nela que se concentram algumas instituições burocráticas importantes como o posto da FUNAI, uma escola de ensino básico completo (a principal da TIX), o ginásio de esportes em formato de tatu, a casa da cultura, uma escola de ensino infantil, um campo de futebol e um posto de saúde relativamente bem equipado (o maior da TIX). A Pinhalzinho possui uma escola de nível fundamental e um posto de saúde, uma casa da cultura, ginásio de esportes, campo de futebol, etc. A Baixo Samburá possui uma pequena escola de nível fundamental e não tem posto de saúde, o que torna o centro de Ipuacu um local referenciado pela população indígena na utilização deste serviço. Outras instituições que chamam a atenção na diferenciação entre as aldeias são as igrejas. Na Sede e na Pinhalzinho a configuração é parecida, onde pelo menos 10 são denominações evangélicas e apenas uma é católica, quase todas localizadas na rua principal a poucos metros de distancia umas das outras. Já na Baixo Samburá, existe uma igreja católica e apenas duas evangélicas³¹.

A organização e distribuições das habitações também revelam diferenças. Na Sede e no Pinhalzinho o tamanho dos terrenos destinados a cada família é relativamente pequeno, e as distâncias entre as casas não passam de alguns metros. Os habitantes dali possuem, geralmente, outro lugar para plantar - denominado sítio. Já na aldeia Baixo Samburá os sítios são contíguos às habitações, ou melhor, as casas ficam em grandes terrenos. Nesta última, as casas são mais distantes umas das outras, mas ainda mantêm alguns agrupamentos por parentelas lembrando uma comunidade rural. Esta disposição dos terrenos na

³¹ A presença destas igrejas será alvo de reflexão adiante, uma vez que entremeiam o campo de atenção à saúde na TIX.

Baixo Samburá permite que, aqueles interessados, criem algumas cabeças de gado, suínos, galinhas ou outros gêneros alimentícios básicos.

Assim, a configuração política da TIX, tanto geográfica quanto burocrática relacionada a órgãos governamentais formais, também permeia a relação da população Kaingang com os centros urbanos e localidades próximas. Alguns pontos de referencia regionais ainda aparecem nas andanças dos indígenas pelas proximidades de Ipuauçu. Para além do centro deste município, os Kaingang frequentam muito a pequena cidade de Bom Jesus. Esta é a cidade mais próxima da aldeia Sede e possui população de cerca de 2770 habitantes³². Trata-se de um ponto estratégico para adquirir produtos diversos, assim como para se deslocar para Xanxerê, Abelardo Luz ou para o Paraná. Xanxerê, é um pouco mais distante, se localiza a 30 quilômetros da aldeia Sede na direção contrária a Abelardo Luz e possui uma população de cerca de 42.000 pessoas³³. Xanxerê é considerado o maior centro urbano da microrregião do Alto Irani, e oferece uma gama relativamente grande de serviços e outras possibilidades para consumo, educação, trabalho e saúde - principalmente pelo importante Hospital Regional São Paulo. Chapecó, com pouco menos de 200.000 habitantes³⁴ é outra cidade referencial. Se localiza a uns 60 Km de Ipuauçu. Em seu território estão situadas outras terras indígenas Kaingang, as quais também são alvo da circulação dos Indígenas da TIX. Outros aparelhos burocráticos recorridos pelos Kaingang localizam-se em Chapecó, como o escritório da FUNAI, a Justiça Federal e o Hospital Regional do Oeste.

A presença indígena no interior dos municípios de Ipuauçu e Entre Rios afeta diretamente o universo da política, uma esfera que ainda merece um estudo mais dedicado na localidade. É importante lembrar, deste modo, que demograficamente as populações indígenas e não indígenas nestas duas cidades são quase que equiparadas em quantidade absoluta. Isto denota uma intensa participação de Kaingangs nos setores administrativos ligados à prefeitura destas cidades. Em toda eleição municipal existe uma quantidade razoável de Kaingangs concorrendo a

³² Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/23IWC>>, acessado em março de 2015.

³³ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/2336H>>, acessado em março de 2015.

³⁴ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/19X>>, acessado em março de 2015.

cargos de vereador, prefeito ou vice-prefeito. Como as populações são muito equilibradas em quantidade, percebo a existência de negociações constantes em torno da tolerância por parte da população urbana e rural, que se autocaracteriza como pertencente à etnia italiana, mediada pelo interesse na conquista de eleitores indígenas.

1.4.1 - Subsistência

Bloemer e Nacke (2009) revelam a situação socioeconômica dos grupos Kaingang do oeste de Santa Catarina como precarizadas pela não atuação das políticas públicas que deveriam remediar as reivindicações dos indígenas quanto a ações de bem estar. Principalmente as famílias que resistem ao modelo que chamam de “agricultura produtivista”, sentem-se forçadas na busca de outras soluções para subsistência, como a venda de força de trabalho nas localidades próximas. Os entraves políticos para demarcação e identificação de reservas, assim como as diversas burocratizações das relações a que são submetidos os Kaingang, fazem com que se crie diferenças cruciais entre os próprios habitantes no acesso a condições favoráveis à reprodução social das unidades familiares genericamente. A mediação das cooperativas indígenas para comercialização de grãos para os cerealistas regionais acirra as diferenças sociais internas, muitas vezes privilegiando algumas famílias com maior influência política interna.

A questão da subsistência, assim como todas as outras temáticas, é extremamente complexa na TIX. O trabalho de Philippe Oliveira (2009) traça um mapa situacional dos principais modos de subsistência da população local fazendo considerações sobre a divisão do território interno entre os habitantes. Existe uma considerável desigualdade entre os próprios indígenas com relação ao acesso a terra e, por consequência, certa estratificação social no acesso a suprimentos que não são considerados básicos para aquela população. A distribuição desigual provoca um quadro que aponta para a existência de verdadeiros “latifundiários” indígenas, com acesso a grandes quantidades de terras e máquinas que auxiliam o plantio de soja, milho e trigo em caráter extensivo. Apesar de não existirem documentos públicos que burocratizem isto que poderíamos chamar de propriedade, parece haver um consenso entre os próprios indígenas sobre os limites de cada terreno. Neste contexto, o arrendamento aos não indígenas é colocado como uma possibilidade por aqueles que, por um motivo ou por outro, não tem acesso aos maquinários. Existem problemas com a justiça devido aos arrendamentos. A pedido do Ministério Público Federal, a

justiça determinou no início de 2015 o sequestro dos bens do ex-cacique por envolvimento com as “parcerias”. Nessa situação também estava envolvida uma associação indígena, provavelmente a Cooperativa Indígena:

Com relação à plantação de soja na TI Xaçepó, isso ocorre por meio das denominadas “parcerias” firmadas por parcela dos indígenas com agricultores da região, fato que está sendo apurado pelo Ministério Público Federal, diante de denúncias de apropriação dos resultados dessa atividade por pequenos grupos, inclusive por pessoas que não integram o povo Kaingang da TI Xaçepó. Importante esclarecer, contudo, que tais fatos – além de outros, como a saída de centenas de indígenas para trabalhar em agroindústrias da região – decorrem da total inexistência, por parte do Poder Público, de uma alternativa de desenvolvimento sustentável para essas comunidades. Sobre esse ponto, deveríamos ainda nos indagar se desejamos que as terras indígenas de nosso país sejam transformadas em grandes “fazendas de soja”, desmatando florestas, comprometendo os recursos hídricos, contaminando os mananciais de água com agrotóxicos. (MPF, 2015, p. 7).

Com a desigualdade social e de poder aquisitivo acirrada na TIX, diversas são as estratégias para sobreviver. Os que não têm acesso a muita terra buscam outras opções. Uma grande parcela da população recebe alguns auxílios governamentais como bolsa escola e bolsa família, outros poucos se alimentam com o que conseguem plantar em hortas e cultivos de pequena escala (BLOEMER e NACKE, 2009). Grande parte vive de auxílios externos, o fornecimento por parte da FUNAI em forma de cesta básica é sempre bem vindo, assim como outros programas relativos a saúde ou até mesmo lazer. O fato é que, os acessos a bens e serviços disponíveis fora da aldeia, e que dependem de custeio particular, estão na maioria das vezes associados a coisas consideradas essenciais, como os alimentos (BLOEMER e NACKE, 2009).

A procura de empregos é uma das motivações que fazem os indígenas circularem pela região. Poucos são aqueles que conseguem

um bom emprego nas cidades vizinhas, muitos deles relacionados a articulações sociopolíticas com algumas instituições públicas. Na maior parte das vezes atuam realizando serviços subalternos, como o roçado e a preparação de terra para pequenas lavouras nos arredores da TIX, no caso homens, e atuação como empregada doméstica ou babá, no caso das mulheres.

Cabe lembrar que a região em questão é polo nacional da produção de suínos e aves. Em alguns casos os indígenas optam por uma migração de seu núcleo familiar para cidades como Xanxerê, Chapecó para trabalhar no fornecimento de mão de obra para empresas que necessitem de larga escala de produção, em especial os frigoríficos. Devido aos baixos salários oferecidos para as tarefas por eles desenvolvidas, estas pessoas acabam habitando áreas periféricas das cidades, onde algumas ofertas de infraestrutura e acesso a outros serviços tornam-se precários. O trabalho nos frigoríficos tem se tornando uma recorrência entre os Kaingang, um tipo de atividade que têm sido alvo de ações por parte de funcionários por conta das condições insalubres na linha de produção, mais especificamente no corte de aves e suínos (PRIMI, 2013). Pouca literatura tem sido produzida sobre o assunto até o momento, mas sabe-se que é uma realidade entre as populações mais pobres das cidades da região.

A questão do trabalho também se estabelece em outros níveis de circulação de pessoas. Por exemplo, aqueles que apenas cumprem sua jornada de trabalho fora da TI, retornando ao final do expediente. Alguns frigoríficos disponibilizam ônibus para transporte dos funcionários. Também, aqueles que não têm instrução ou que preferem desempenhar trabalho braçal acabam também se envolvendo com empresas que contratam temporariamente indígenas para trabalhar em lavouras sazonais de maçã ou milho em diversas localidades do estado de Santa Catarina, pedreiros ou roçadores nas cidades vizinhas. Algumas pessoas ainda aventuram-se em viagens mais longas, como aqueles que tentam, ou já tentaram, a sorte em cidades maiores como Florianópolis trabalhando de pedreiro, carregador ou assistente geral em supermercados.

Alguns poucos indígenas buscam sustento e aumento da renda na administração de pontos comerciais informais no interior da TIX, as chamadas *bodegas* que vendem doces, picolés, refrigerantes ou gêneros alimentícios mais urgentes. Geralmente são pequenos espaços contíguos às habitações que são transformados em estabelecimentos que podem se tornar importantes espaços de sociabilidade. Aldeias maiores possuem

maior número de praticantes deste tipo de atividade o que, conseqüentemente, acirra a concorrência entre si na busca de clientela.

Ainda cabe citar que o artesanato também aparece como fonte de renda para uma minoria de famílias da TIX. Na minha experiência de campo eu diria que são poucas as pessoas que saem cotidianamente da reserva para vender balaios, cestos, arcos e outras variedades de produtos. Estas famílias, geralmente a mulher e os filhos, utilizam o transporte de ônibus que circula diariamente pela TIX para levar sua produção à cidade de Xanxerê e retornam no final do dia para casa. Estes indígenas acabam circulando pelo centro desta cidade em pontos específicos, como a praça ou a rodoviária, expondo a sua produção. Por diversas vezes encontrei indígenas nas rodoviárias de Chapecó, Concórdia, Xaxim e outras cidades do oeste vendendo algumas obras. As rodoviárias também funcionam como ponto para dormir, no caso de grupos maiores e com maior produção que se deslocam em períodos maiores para conseguir clientes em locais diferentes. Curiosamente, os grupos maiores com os quais me deparei em Chapecó não eram da TIX. Alguns eram do Rio Grande do Sul e outros da Reserva Indígena Aldeia Kondá.

1.4.2 - Educação

Melhorias nas condições de vida e subsistência são corriqueiramente associadas ao investimento na participação nos processos educacionais formais. De certa forma isto é corroborado por algumas famílias da TIX, que entendem que as crianças devem estudar para “ser alguém na vida” e, neste sentido, terem mais chances ao ingressar no mercado de trabalho.

Na TIX existem escolas de todos os níveis. Na aldeia Sede situa-se a Escola Indígena de Educação Básica (EIEB) Cacique Vanhkré, responsável pelo nível de educação fundamental e médio. Esta instituição agrega estudantes de todas as outras aldeias, as quais são transportadas por diversos ônibus escolares mantidos pela prefeitura de Ipuçu. Os ônibus percorrem todos os dias um itinerário relativamente longo que perpassa o interior da TIX nos três turnos. Este transporte também era bastante utilizado pela população em geral que deseja deslocar-se de uma aldeia para a outra, quando fazem parte da sua trajetória. A aldeia Pinhalzinho e a Baixo Samburá possuem apenas uma escola de nível fundamental cada. Existe, portanto, um número grande de estudantes que se desloca destas duas aldeias até a sede para estudar.

Embora possuam estas possibilidades, algumas famílias que acompanhei na aldeia Baixo Samburá preferem colocar seus filhos para estudar na escola da comunidade vizinha de Samburá, justificando que a qualidade do ensino das escolas indígenas é muito ruim.

De qualquer modo, a educação formal na TIX ainda é assunto complexo e delicado – merecendo outros estudos mais aprofundados. Alguns projetos vêm sendo realizados pelo Observatório da Educação Escolar Indígena junto ao Laboratório de História Indígena da UFSC (LABHIN, 2015) e o que se pode perceber em linhas gerais é que, embora exista muito empenho por parte dos indígenas que trabalham nas instituições, questões mais amplas e estruturais ainda afetam significativamente esta temática na localidade em questão. Em documento recente o MPF faz um breve relato:

A escola indígena Cacique Vahnkré, que possui o ginásio de esportes em formato de tatu e o prédio inspirado em um casco de tartaruga (...), foi interditada por cerca de 70 dias pela Vigilância Sanitária, após inspeção realizada pelo Ministério Público Federal ter identificado as precárias condições de conservação daquela escola, inclusive com relação à merenda escolar. O ginásio continua interditado até hoje, pois suas péssimas condições colocam em risco a segurança dos estudantes. Na mesma inspeção, o Ministério Público Federal constatou graves problemas de conservação e manutenção também dos ônibus que realizam o transporte escolar dos estudantes. Na área da educação, a Terra Indígena Xapecó também ostenta um triste título: nela estão localizadas as escolas que apresentam os dois piores Índices de Desempenho da Educação Básica – IDEB do estado de Santa Catarina (MPF, 2015, p. 6).

Pois bem, caso algum indígena deseje avançar em seus estudos e fazer faculdade, existem algumas possibilidades oferecidas. Por exemplo, existiu até pouco tempo atrás o curso de Licenciatura Indígena oferecido na própria aldeia Sede por profissionais da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). Este curso conseguiu congrega diversas pessoas de outras aldeias da TIX e até de outras Terras Indígenas, como o Toldo Imbu, e teve sua primeira turma formada em 2014. Caso o indígena opte em fazer outro curso, pode

tentá-lo em uma das universidades da região ou até mesmo fora dela. Existem indígenas já formados em cursos como História e Administração por universidades particulares locais, e outros cursando cursos como Enfermagem em universidades federais no Paraná. Em 2015 formaram-se alguns Kaingang da TIX que estudaram na UFSC no curso de Licenciatura Intercultural Indígena do Sul da Mata Atlântica – o qual se deu em regime especial. Há também outros cursos na área da saúde oferecidos na própria região oeste, os quais são procurados por se apresentarem como uma via concreta de trabalho em virtude de existirem índios Kaingang empregados como técnicos de enfermagem nos postos de saúde das aldeias.

Tudo isto exige investimento em termos de recursos financeiros. Se a universidade, ou escola que oferece o curso, fica na região ou em uma cidade próxima, como Xanxerê, alguns indígenas que têm condições de ter um automóvel preferem cumprir o horário de aula e retornar para morar na TI. Apesar disto, tive contato com algumas garotas indígenas que preferiam habitar na cidade de Xanxerê para estudar, onde poderiam arranjar também algum emprego. Neste caso relatado, o emprego dizia respeito à trabalhos domésticos – lavar a roupa, a louça, limpar a casa e cuidar de crianças – na casa de algum conhecido que lhes cedesse um quarto. Portanto, apesar de ser uma conjuntura melhor debatida por Piovezana (2007), pude observar em campo que os custeios destes cursos em faculdades ou universidades particulares podem ser oriundos de diversas fontes. Além das situações acima citadas, outros casos recorrentes referem-se a auxílios de órgãos institucionais como a FUNAI ou a própria prefeitura do município de Ipuçu.

1.5 – Índios entre Caboclos e Colonos

1.5.1 – Índios e Colonos: *Entre preconceitos e acusações*

Além de todas as dificuldades apresentadas, os Kaingang ainda devem lidar com os preconceitos que marcam suas relações com os não indígenas. De fato, o idioma da acusação é um bom meio para perceber o afastamento entre os Kaingang e os brancos, pois trata-se de um aspecto disseminado pela região que pode se apresentar explícita ou sutilmente. Não quero dizer que não existem relações de cooperação, amizade e colaboração entre os Kaingang e os não indígenas, entretanto, quero salientar que os encontros interétnicos dessa natureza fatalmente encenam e reproduzem o tom do histórico de contato.

Durante a pesquisa de campo, quando eu conversava com o pessoal das cidades vizinhas à TIX, muitas acusações sobre os índios foram abertamente relatadas a mim – talvez por se identificarem comigo fenotipicamente, afinal, eu também sou descendente dos italianos que ali se instalaram durante o período da colonização. Percebi que nas cidades é normal tacharem os indígenas de sujos, bêbados ou vagabundos, comportamentos que toram justificável o motivo pelo qual alguns pedem esmola ou frequentemente ficam devendo em estabelecimentos comerciais – como me relatou o dono de um supermercado de Ipuacu. Em contrapartida, os brancos falam de si como trabalhadores incansáveis e extremamente honestos.

É comum que os índios sejam chamados de “bugres” pelos brancos, uma categoria altamente pejorativa – herança da etapa colonizadora – que tenta reforçar as representações externas acerca de um processo aculturativo vivido pelos indígenas, afinal, “não são índios, são bugres”. Esta categoria é considerada extremamente ofensiva pelos Kaingang pelo motivo acima citado, mas também por entenderem que são aproximados dos animais pelos brancos.

Por parte dos indígenas também existem diversas queixas quanto aos brancos. Foi difícil, na verdade, perceber estas reclamações por conta da minha condição prévia de não indígena. Assim, era com bastante discrição que falavam, ou evitavam falar, das populações vizinhas na minha presença. Apesar disso, frequentemente elogiavam minha participação no seu cotidiano dizendo que “os outros brancos que vem aqui não comem a nossa comida, não entram na nossa casa e nem bebem a nossa água”. Algumas vezes percebi o uso da expressão *fóg koreg* (branco azedo) para falar de alguns vizinhos não indígenas da aldeia Baixo Samburá, os quais também eram acusados de manterem

criadouros de mosquitos transmissores de doenças que atingiam os indígenas – como me relatou uma criança indígena: “lá nos gringos tem mosquito da dengue”.

Outra característica quase que geral dos brancos segundo os índios é a sovinice, pois nunca querem compartilhar, principalmente comida, e cobram por tudo que fazem. O caso relatado por uma indígena é exemplar neste sentido: “quando eu trabalhava de empregada na casa dos gringos fiquei com vontade de comer a nega maluca que eles estavam comendo. (...) Mas eles não me deram e eu também não pedi com vergonha. (...) Aí o meu filho nasceu com aquela mancha na pele, que parece a nega maluca. Porque eu estava grávida e fiquei com vontade”.

É comum que os índios, na eminência de situações desfavoráveis, mostrem receio de assumir a sua identidade étnica. Em alguns casos de interação interétnica, percebi que muitos procuravam se esconder, manter-se anônimos ou demonstrarem timidez. Como relatou uma indígena da aldeia Baixo Samburá: “se a gente tenta falar ‘nos verbos’³⁵ com o pessoal da cidade, eles dão risada”. De forma análoga, pode também acontecer o contrário. Quando os índios estão em situações favoráveis, como nas rodas de conversa, utilizam o idioma Kaingang para afastar do diálogo os brancos presentes.

Outra questão sutil que expressava preconceito estava presente no cuidado que os indígenas tinham com a higiene dos pés – principalmente as mulheres. Notei que várias vezes durante o dia dirigiam-se ao tanque de lavar roupas, mergulhavam os pés na água e esfregavam-nos com escova para deixá-los bem limpos. Uma indígena me explicou que a preocupação era motivada pela vergonha, pois, quando vão à cidade, “a primeira coisa que os brancos olham é o pé pra ver se está sujo”.

“Pros brancos, os índios são burros” me relatou um Kaingang que fazia faculdade numa instituição educacional localizada na cidade vizinha de Xanxerê. Segundo ele, os colegas de turma relutaram por anos em convidá-lo para a realização de trabalhos conjuntos. Já no final do curso a situação teria mudado de figura, passou a ser um pouco mais aceito depois de demonstrar um rendimento bastante consistente nas disciplinas.

³⁵ Falar nos verbos era uma expressão usada para designar o uso formal da língua portuguesa.

Estas situações são apenas exemplos que consegui perceber acerca do caráter de tensão cotidiana que cerca o convívio dos índios com as populações do entorno. Não bastasse, noto que os preconceitos com os Kaingang são atualizados e reificados pelos meios de comunicação de massa que trabalham na maioria das vezes distorcendo fatos e subjugando a população local sem conhecê-la – como já nos alertava Briggs nos seus estudos em populações pobres na Venezuela (BRIGGS, 2003). Recentemente tivemos o exemplo do jornal Diário Catarinense, que publicou matéria exaltando avanços nas condições de vida da população indígena Kaingang da TIX em função de supostas associações com projetos econômicos externos ligados à instalação de hidrelétricas e plantação de grãos em larga escala (BACELO, 2014). As informações divulgadas nesta matéria, bastante incompletas e distorcidas, estão associadas a uma compreensão parcial sobre o bem estar da população local. A lógica capitalista e etnocêntrica de acúmulo individual de riquezas que prevalece na análise apresentada fez com que o MPF elaborasse documento solicitando direito de resposta ao periódico. Vejamos um trecho deste documento que revela uma percepção bastante sensata do MPF sobre a situação dos indígenas na TIX – com a qual concordo amplamente:

“Cumprе destacar, também, que problemas envolvendo unidades de saúde e educação infelizmente são frequentes em nosso país, especialmente em comunidades da área rural. Contudo, esses problemas se potencializam, em muito, no caso das comunidades indígenas de Santa Catarina, em virtude do descaso do Poder Público, do desconhecimento e da incompreensão da sociedade – e de muitos veículos de comunicação – em relação à questão indígena e também – é preciso que se diga – pela omissão de algumas lideranças indígenas, muitas vezes mais preocupadas em defender seus próprios interesses pessoais e financeiros e não aqueles da sua comunidade. Aliás, comportamento que lembra o de muitos de nossos mandatários. (...) descaso do poder público, preconceito por parte da sociedade e meios de comunicação etc. – reforçando o preconceito e a ideia ainda reinante na sociedade brasileira de que os problemas enfrentados pelos indígenas seriam responsabilidade exclusiva deles próprios – como se cinco séculos de sucessivos

genocídios nada tivessem a ver com isso” (MPF, 2014, p.26).

1.5.2 – Índios e Caboclos: a exclusão como experiência compartilhada

Em termos de relações interétnicas, até agora elaboramos uma narrativa que opõe os Kaingang dos imigrantes e, analogamente, os Caboclos dos imigrantes. Não tratamos especificamente das relações entre Caboclos e Kaingang. Existe uma generalidade que aparece em todos os trabalhos que tratam destes grupos diz respeito ao fato de que ambas são populações autóctones da região Oeste e que possuem uma ligação ancestral. A própria mitologia acionada para falar sobre a formação do povo brasileiro trata como Caboclos os sujeitos “brancos mestiços com índios” – uma afirmação reproduzida muitas vezes pelos próprios indígenas da TIX.

Mas, as narrativas históricas e trabalhos etnográficos consultados não se ocuparam ainda deste objeto e limitam-se a sugerir que os Caboclos e os Kaingang estabeleciam relações desde antes da colonização – sem explorá-las de fato. Apesar de se tratar de uma questão complexa e altamente relevante, é uma lacuna que carece de estudos urgentes. Pois, por um lado temos dados de sobra para afirmar que os Kaingang estavam estabelecidos na região muito antes da chegada dos fazendeiros no século XIX, que praticavam certa endogamia com relação a outros grupos indígenas e uma exogamia interna entre as metades clânicas – com regras relacionadas a aspectos da cosmologia e da organização social dividida em metades complementares –, além de possuírem uma especificidade linguística. Mas, por outro lado, sabe-se apenas que os caboclos eram uma população pobre e heterogênea, advinda de vários lugares e por diversos motivos, que se consolidou ao longo do tempo naquela região.

A partir das informações que dispomos, sabemos que os mesmos movimentos de exclusão experimentados pelos Kaingang afetaram semelhantemente os Caboclos, uma vez que o histórico de contato envolveu as duas populações em relações nada amistosas com os mesmos atores externos. Dessa forma, os encontros com os colonizadores no oeste de Santa Catarina tiveram consequências muito parecidas para ambos os grupos, os quais foram cerceados de direitos, estigmatizados e rebaixados a condições precárias de sobrevivência. Ao mesmo tempo, quando Kaingangs e Caboclos foram excluídos do acesso a terra, e encurralados pela expansão capitalista, os donos dos meios de

produção forçaram estas duas populações a dividirem as porções de terras que restaram. A partir da literatura especializada em Caboclos (MARCON, 2003; RENK, 2006, 2007 e 2008) é possível perceber como é construída a sua posição de subalternos em relação aos colonizadores no sistema de produção vigente – assim como sua submissão às mesmas formas de preconceitos que atacam os indígenas.

Em resumo, apesar de promover o afastamento dos Kaingang em relação aos colonos, este processo de violência estrutural também pode ter atuado para aproximá-los dos Caboclos. Esta proximidade também está expressa no compartilhamento de diversos elementos simbólicos e práticos do seu cotidiano. São continuidades que vão desde os modos de produzir o sustento, relações de parentesco, preferências alimentícias, referências cosmológicas, religiosidade, etc.

Mas, apesar de Caboclos e Kaingang terem experimentado pressões muito parecidas e compartilharem elementos simbólicos, modelos de conduta e os mesmos espaços territoriais, as coisas se desdobraram diferentemente nas relações de cada grupo com o Estado. Ou seja, as políticas de identidade étnica intensificaram o afastamento e a emergência de fronteiras entre os grupos.

Primeiramente é preciso lembrar que os Kaingang, durante todo o século XX, foram submetidos à processos de territorialização com fins de controle social. Isto não ocorreu com os Caboclos, que foram deixados à própria sorte após o Contestado. Consequentemente, a valorização da identidade étnica como uma ferramenta de direitos principalmente após a constituição de 1988 tornou-se uma bandeira para as populações indígenas Kaingang. Isto também não aconteceu com os Caboclos, ou melhor, aconteceu tardiamente, pois a questão da afirmação de pertencimento e emergência de identidade étnica começou a ser discutida apenas no final dos anos 1990 e início dos anos 2000 – a partir de quando os Caboclos passaram a se organizar para reivindicar marcas simbólicas de diferenciação. A Associação Puxirão Caboclo da cidade de Chapecó foi constituída como corpus representativo para atender à expectativas burocráticas (CEOM, 2008). Assim, se a questão da diferenciação étnica consolida atualmente o argumento Kaingang para reivindicações por saúde e educação diferenciadas ou direito a terra, por exemplo, para os caboclos a questão ainda carece de amadurecendo em termos de representação política. Os caboclos continuam, portanto, relegados a programas genéricos voltados à populações pobres do Brasil.

Ou seja, embora vivessem em condições parecidas, esta diferenciação de tratamento entre as populações Kaingang e Caboclos,

onde os primeiros foram considerados etnicamente diferenciadas pelo Estado, fez com que ao final do século XX e início do século XXI os indígenas experimentassem aproximações mais intensas com as diversas faces da burocracia moderna. Isso ocorreu, em especial, com as políticas públicas relacionadas ao o campo da atenção à saúde, um assunto a ser tratado adiante.

1.6 - Epidemiologia e povos indígenas: agravos à saúde, desigualdade e pobreza

Como vimos até aqui, os Kaingang foram alvo de processos violentos relacionados ao contato com a sociedade envolvente. Principalmente junto aos grupos indígenas de Santa Catarina, o campo do contato e das relações interétnicas foi investigado por Sílvio Coelho dos Santos (1970, 1973, 1978, 1979) – e alguns de seus alunos (NACKE, 1983) – apoiado na teoria da Fricção Interétnica (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1964). Ou seja, estes trabalhos valorizavam o caráter conflitivo entre as populações locais ao analisar a luta de classes entre sociedade envolvente e indígenas. Assim, para entender os contextos em que se encontravam os Kaingang durante o século XX, em primeiro plano eram colocadas as questões de ocupação dos territórios pelos colonizadores, a redução das minorias étnicas a pequenas porções de terra, o extermínio das populações autóctones e os modos de resistência destas populações (o que de certa forma foi desenvolvido durante este capítulo). De qualquer forma, estas abordagens serviram para explorar o modo como o estado, em suas diversas faces, transformou e encurralou tal população em situações de pobreza, desigualdade e precarização.

Mas, de fato, a maioria dos trabalhos de fricção interétnica coloca ênfase sobre a questão da terra como principal agravante das situações dos indígenas. Este é um aspecto fundamental que dificilmente pode ser negado. Entretanto, Langdon e Rojas (1991) chamam a atenção para outro fator, tão importante quanto o acesso a terra, esquecido na nas abordagens e avaliações das relações de contato interétnico e situações de mudança rápida, qual seja, a temática dos agravos à saúde.

Como argumentam Coimbra Jr e Santos (2001), as discussões sobre o processo saúde/doença dos povos indígenas precisam levar em consideração a enorme sociodiversidade existente e as dinâmicas epidemiológica e demográfica destas populações. São aproximadamente 305 etnias que falam 274 línguas indígenas (IBGE, 2012) e que têm experiências de interação com a sociedade nacional muito diversas. As

estimativas quanto ao total da população indígena no país gira em torno de 900 mil pessoas – cerca de 0,45 por cento da população total do Brasil –, das quais 79 mil estão no sul do país – o menor contingente em relação às demais regiões (IBGE, 2012).

Em relação à demografia, um dos dados mais intrigantes diz respeito à taxa de mortalidade infantil, que, a partir dos dados do censo de 2010, permanece extremamente alta para os indígenas (algo em torno de 50 por mil nascidos vivos)³⁶ em comparação à taxa nacional projetada para 2015 (algo em torno de 14 por mil nascidos vivos)³⁷.

Apurando alguns trabalhos que tem como foco a epidemiologia da saúde indígena, é possível constatar que o perfil geral de saúde destas populações é muito pouco conhecido, ou o que Coimbra Jr. & Santos (2000; 2001) denominam como invisibilidade demográfica e epidemiológica. Estes autores notam que é bastante escassa a produção de trabalhos e mais precários ainda os sistemas de informações que forneçam dados sobre aspectos básicos em termos epidemiológicos. Apesar de o censo demográfico trazer alguns dados extremamente importantes para discutir desigualdade, ainda não estão consolidados muitos estudos panorâmicos e nem mesmo estatísticas sobre o coeficiente de mortalidade infantil, esperança de vida ao nascer e taxas brutas de natalidade e mortalidade, essenciais para monitorar o perfil de saúde/doença e planejar ações de saúde e educação para os grupos. Para estes autores, é difícil ir além da compilação de estudos de caso específicos, a maioria deles com foco em populações Amazônicas – sendo que o livro de Coimbra Jr et al (2003) reflete muito bem esta situação.

A própria Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, em seu texto introdutório, reconhece que

“Não se dispõe de dados globais fidedignos sobre a situação de saúde, mas sim de dados parciais, gerados pela FUNAI, pela FUNASA e diversas organizações não-governamentais ou ainda por missões religiosas que, por meio de projetos especiais, têm prestado serviço de atenção à saúde dos povos indígenas. Embora precários, os dados disponíveis indicam, em diversas situações, taxas de morbidade e mortalidade três a quatro vezes maiores

³⁶ Oliveira, 2013.

³⁷ Fonte: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil.html>>, acesso em 23 de outubro de 2015.

que aquelas encontradas na população brasileira geral. O alto número de óbitos sem registro ou indexados sem causas definidas confirmam a pouca cobertura e baixa capacidade de resolução dos serviços disponíveis” (BRASIL, 2002, p. 10).

Existem estudos que têm alertado para a chamada transição observada nas últimas décadas nos perfis epidemiológicos das populações indígenas de países industrializados e em vias de desenvolvimento (COIMBRA JR e SANTOS, 2000 e 2001; SANTOS e COIMBRA JR, 1994 e 1996). Entre estes estudos estão as pesquisas de longa duração que têm a preocupação de discutir desigualdade e pobreza a partir do contato interétnico, das epidemias ou de outras condições sócio-demográficas gerais. A pesquisa realizada junto aos Xavante (COIMBRA JR, et al, 2002) é exemplar, pois permitiu acompanhar mudanças em saúde – de uma perspectiva bioantropológica – durante anos e compará-las à mudanças sociais. A partir disto, demonstraram diferenciações no acesso aos modos de subsistência e o aparecimento de condições de desigualdade social e econômica entre as próprias famílias indígenas – além de reforçar a diferenciação com relação ao mundo externo.

Esta *transição*, processo pelo qual passam todas as populações indígenas brasileiras e quiçá do mundo, apontam para um alto número de doenças infectocontagiosas e de doenças crônicas não transmissíveis, dentre as quais figuram o diabetes, a hipertensão, abuso de álcool e drogas, obesidade e desnutrição. Neder e Nogueira (2006) reconhecem entre os Yanomami, os Guarani–Mbyá e os Xavante a ocorrência de aumento nos índices da média de pressão arterial nos anos que cercam a transição para o século XXI. Coimbra Jr et al (2002) registram o surgimento destas doenças crônicas entre os índios Xavante mais recentemente, uma condição relacionada às mudanças alimentares, consequência do contato sistemático destes povos com a sociedade envolvente.

O Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas foi um estudo inovador e procurou descrever a situação alimentar e nutricional e seus fatores determinantes em crianças e mulheres indígenas (BRASIL, 2009b; COIMBRA, 2014). O estudo ofereceu um recorte transversal macrorregional, contemplando índices estatísticos e probabilísticos representativos para as regiões Norte, Centro-Oeste, Nordeste e Sul/Sudeste do Brasil. No estudo foram entrevistadas 6707

mulheres, 6285 crianças em 5277 domicílios e 113 aldeias. Alguns dados gerais interessantes devem ser considerados para os indígenas da região sul/sudeste. Por exemplo, o fato da maior fonte de renda nas aldeias estar baseada no trabalho remunerado, seguida pelos benefícios sociais e pela venda de artesanato. Também, pelo fato do acesso aos alimentos na sua esmagadora maioria estar relacionado à compra, seguido pelo cultivo local e pelas cestas básicas doadas. Com relação aos dados coletados pelo Inquérito, entre as mulheres tomam destaque os índices significativos de pressão arterial acima do padrão recomendado por organizações de saúde, o que sugere tendência à hipertensão arterial. O mesmo raciocínio se aplica para a glicemia alterada, fator que sugere tendência à diabetes. Os índices relacionados ao peso demonstram grande incidência de sobrepeso e obesidade. Com relação às crianças, os dados demonstram que são consideráveis os índices de internações em hospitais, sendo que um dos principais motivos são as infecções respiratórias e pneumonias. A diarreia também surge como um fator de alerta, muito embora apareça como menos veemência que os registros relacionados à anemia.

Com relação à epidemiologia entre os Kaingang temos poucos dados, ainda que sirvam para confirmar as situações precárias já citadas acima. Como atentou Portela-Garcia (2010) avaliando ações do Programa de Atendimento à comunidade Kaingang da Terra Indígena Apucarantina em Londrina, o perfil epidemiológico desta população era bastante preocupante quanto ao alto índice de subnutrição relacionada à mudança de hábitos alimentares, às doenças infecto-respiratórias e infectocontagiosas, às parasitoses intestinais, às doenças crônico-degenerativas, ao alcoolismo e à tuberculose. Kühl et al (2009) constataram que as crianças da TI Kaingang de Mangueirinha, no Paraná, apresentavam índices consideráveis de déficit de altura para idade, baixo peso para idade e baixo peso ao nascer, indicadores desfavoráveis do estado nutricional de fatores associados à ocorrência de desnutrição.

Nas TIs Kaingang do oeste de Santa Catarina, Nacke e Bloemer (2007) retomam dados da FUNASA de 2002 e mostram que existem taxas significativas de verminose, principalmente entre crianças dos três aos 4 anos de idade. Notam também o agravamento de doenças respiratórias como bronquite, pneumonia, gripe e sinusite crônica, bem como alguns casos persistentes de tuberculose e infecções das vias aéreas superiores, além de inúmeros casos de desnutrição infantil.

Portela-Garcia (2009) também nota o aumento sistemático do registro de casos de diabetes e hipertensão arterial na TIX, chegando a

2203 casos no somatório das duas enfermidades no ano de 2009 (para uma população total de 6000 indígenas na TI). Deise Bresan (2013; et al, 2015) percebeu, em seu estudo epidemiológico inovador na TIX, que as prevalências de níveis sugestivos de hipertensão arterial sistêmica no local foram os maiores encontrados em povos indígenas no Brasil até o momento.

Não podemos esquecer, entretanto, das questões relacionadas às violências contra as populações indígenas. Como foi exposto no relatório sobre a temática elaborado pelo Conselho Indigenista Missionário (CIMI, 2013), um dos destaques são as enormes taxas de suicídio entre estas populações, com uma média de um suicídio a cada cinco dias em 2013 segundo dados da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). De acordo com este órgão, tal índice é o maior em 28 anos e a esmagadora maioria são casos envolvendo Guarani-Kaiowá com idade entre 15 e 30 anos. Entre esta etnia de 2000 a 2013 foram registrados 684 casos (ZAHRA, 2013). Esta discrepância em relação ao suicídio é só um dos exemplos ilustrativos do relatório, o qual revela uma situação muito mais complexa envolvendo descaso do estado, preconceito por parte da sociedade envolvente e mazelas produzidas pela inserção das populações indígenas no sistema capitalista – situações fortemente vivenciadas na TIX.

Como dito, para Coimbra Jr e Santos (2000), esta epidemiologia de transição está associada aos processos sociais, culturais e mudanças produzidas pelo contato dos indígenas com a sociedade envolvente em diferentes momentos históricos. Langdon e Rojas (1991) corroboram com esta afirmação e apontam que a diminuição da população indígena por causa de doenças “exógenas” foi dramática nos vários processos de integração do território nacional: “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, 1991, p. 69).

Estes dados citados por Langon e Rojas são de 1991, e, como dito acima, atualmente a população indígena apresenta-se em número mais elevado nos censos populacionais (perto de 900.000). Podemos especular alguns motivos deste aumento, como a possibilidade de autodeclaração étnica relacionada ao quesito cor e raça perante o IBGE ou a melhoria das condições de recenseamento junto aos povos indígenas. Estas medidas visam visibilizar estas populações perante as políticas públicas como forma de amenizar aspectos gerais de

desigualdade historicamente construídas. Entretanto, da forma que acontecem, ainda estão longe de superar a complexidade da situação epidemiológica e sociodemográfica desigual.

1.7 - Concluindo o capítulo

Neste capítulo tentei elaborar um trajeto para vislumbrar parte da situação dos Kaingang na TIX em relação às outras populações locais. Procurei desdobrar a noção de violência estrutural a partir da luta pela terra, tema central na etnologia indígena, e situar um processo de longa duração. Portanto, diante de tudo que foi dito, não há como deixar de lado todo o contexto histórico, social e econômico para compreender as dinâmicas em torno da atenção à saúde a nível regional. Os encontros e desencontros, aproximações e afastamentos entre grupos, as condições de vida e subsistência são pontos importantes para ajudar a vislumbrar o sentido das negociações entre os atores envolvidos nos processos de saúde e doença.

As diversas pressões que os indígenas sofreram ao longo dos anos permite compreender um pouco mais algumas facetas da exclusão vivenciada na localidade em questão. O capitalismo praticado pelas frentes de ocupação definiu a sua situação, pois, ao longo do tempo o ambiente foi devastado e os índios foram territorializados e submetidos às relações formais de trabalho. Estas relações, além de serem estabelecidas num campo de forças assimétricas, passaram a exigir um tipo específico de corpo, aquele comprometido com o sacrifício do trabalho incansável. A não submissão a esta norma básica fomentou um idioma da estigmatização e da acusação como intrínseco aos processos de diferenciação entre os imigrantes e os indígenas. Novos contextos se desenharam, novas possibilidades apareceram, mas, aparentemente, nenhuma foi vantajosa para os Kaingang. O que aconteceu de fato foi a aparição de novos problemas fruto das relações conturbadas com as populações colonas vizinhas.

Minha experiência permite perceber que o contexto Kaingang não escapa à situação epidemiológica e demográfica notada entre os povos indígenas brasileiros em geral. Na TIX, percebo que, embora hajam núcleos com visível poder aquisitivo e acesso diferenciado à meios de subsistência, saúde e educação, a grande maioria da população permanece sob condições mais básicas de sobrevivência. Assim, apesar da carência de informações que permitam uma análise epidemiológica mais complexa, não restam dúvidas que as condições de saúde desta

população são precárias, o que as coloca em posição de marginalidade em relação a outros segmentos da sociedade envolvente.

Farmer (2003) e Singer (1992), a partir de estudos na América Latina, concordam que se tratam de mecanismos históricos que agem deliberadamente criando constrangimentos às possibilidades de agência e, conseqüentemente, riscos para o sofrimento. As desigualdades experimentadas pelos Kaingang fomentaram a incorporação sistemática da condição de precariedade a eles relegada e, neste sentido, apesar de não possuímos dados epidemiológicos e demográficos mais aprofundados, podemos concluir que os desdobramentos dos processos de saúde e doença foram totalmente abarcados por tal conjuntura. Diversos trabalhos argumentam para as causas históricas acerca da situação precariedade nos contextos indígenas como causa de doenças. Junto a grupos Kaingang vale a pena ressaltar a abordagem de Mariana Leal Ferreira (2003 e 2004), que mostra como as condições de trabalho a que se submetem os indígenas contribuem para este processo – onde a medicalização dos processos sociais atuam severamente para o controle social destas populações.

A partir do exemplo da experiência compartilhada com os Caboclos podemos entender que é pouco produtivo falar em “cultura” (no singular), mesmo que existam movimentos de apropriação desta categoria para reivindicação de políticas de identidade étnica. No oeste de Santa Catarina as culturas não parecem estar atomizadas e afastadas entre si a partir de limites bem definidos. Afinal, os mesmos traços culturais podem ser compartilhados por diferentes grupos sem que isto coloque em cheque o pertencimento étnico (OLIVEIRA FILHO, 1999). Desta forma, parece mais interessante seguir a orientação de Renk (2004 e 2007) e pensar em culturas híbridas na constituição de um cenário polifônico. Em última instância, isto implica na problematização das bases de conduta do estado para implementação de políticas de atenção diferenciada à saúde indígena, pois, para que isto ocorra de forma honesta com as populações afetadas é preciso considerar os contextos em sua heterogeneidade.

Neste sentido, se por um lado temos um contexto que se impõe em termos de desigualdade e pobreza, por outro temos que os microgrupos ou grupos domésticos se utilizam da agência para não assistirem com passividade à invasão de moléstias ou degradações que sofrem. A intenção para os próximos capítulos é destacar a autonomia da população Kaingang frente aos modelos de atenção à saúde, e frente aos processos de saúde e doença, a partir da utilização de diferentes

tradições médicas para resolução pragmática de problemas em relação à saúde. Em outras palavras, trata-se de mostrar que é a partir da autoatenção que se produz a efetiva articulação de diferentes saberes e, conseqüentemente, fomenta a emergência de um contexto heterogêneo e intermédico em constante reelaboração (MENÉNDEZ, 2009).

CAPÍTULO 2 – ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS A PARTIR DA TERRA INDÍGENA XAPECÓ

Vimos que a Terra Indígena Xaçapocó é marcada pelo contato intenso e de longa duração entre os Kaingang e as populações vizinhas, encontros estes mediados por frentes exploradoras dos recursos locais apoiadas pelo estado e diligenciadas por fazendeiros e colonos que ali se estabeleceram. Desta inserção dos indígenas no mundo capitalista decorre o acesso desigual às formas de sustento e das oportunidades de negociação justa com as populações que os circundam. As consequências fomentaram, ao longo na história, processos de exclusão incorporados pelos Kaingang e rememorados no seu cotidiano atual. Trata-se de um contexto que, nas palavras de Farmer (2003), constringe possibilidades de agência e gera sofrimento. Não é difícil aceitar que estes aspectos fundamentam o agravamento da situação de pobreza e colocam os indígenas lado a lado à outras populações carentes das cidades vizinhas.

A partir de situações como esta é comum que o estado – ao mesmo tempo em que incentiva a exclusão – desenvolva ações para responder aos diversos problemas. Em termos gerais, o conhecimento biomédico e o sistema único de saúde são os mapas utilizados para planejar e executar práticas de atenção à saúde legitimamente eficazes do ponto de vista oficial. Além da preocupação com o acesso universal aos serviços, no contexto indígena tais práticas estão sob o pano de fundo da perspectiva multiculturalista contida na Constituição Federal. Neste sentido, o campo dos direitos para os Kaingang dispõe-se entremeadado pelos aspectos acima citados e, em certo sentido, reproduz os modos excludentes de acesso às atividades terapêuticas ditas oficiais.

Por outro lado, segundo Singer (1990), são justamente as situações de exclusão que estimulam a emergência de terapêuticas diversificadas como forma de resistência pelas populações subalternas ao impacto biomédico estatal. Desta forma, a complexidade que orienta a inserção desta população Kaingang no campo mais amplo da atenção à saúde vai além das condições adversas fruto das contradições macroeconômicas e políticas e aciona o nível da agência. No contexto em questão, há uma positividade importante dada na habilidade desenvolvida pelos Kaingang no desenvolvimento de estratégias criativas para lidar com os processos de saúde/enfermidade/atenção principalmente no exercício de diálogo com os diferentes atores e recursos disponíveis.

Neste capítulo, portanto, a intenção é observar alguns itinerários terapêuticos de sujeitos e grupos domésticos residentes na TIX. Um guia inicial para este olhar pode ser a compreensão de Buchillet (1991) sobre as duas preocupações fundamentais que guiam os sujeitos nos processos e itinerários terapêuticos: o registro de efeitos e o registro das causas das doenças. No primeiro caso, quando aparecem os sintomas de uma doença a preocupação primária é com o seu tratamento. A doença é diagnosticada segundo a experiência do grupo doméstico que se baseia em avaliações dos sintomas e indica uma terapia. A eficácia do tratamento é julgada segundo o seu efeito nos sintomas. A não solução remete à reinterpretção dos mesmos e a uma nova ação terapêutica. No segundo caso, o registro de causas, remete a necessidade de associar a doença a um sentido mais amplo, geralmente relacionado a aspectos sociais e cosmológicos que levam a questionamentos do tipo "por que eu?" ou "por que agora?". Segundo Langdon (1994b) é o contexto, incluindo os atores e suas intenções, que determina qual registro está operando.

Como salienta Menéndez (2009), a gama de possibilidades terapêuticas em determinado contexto faz com que os sujeitos privilegiem algumas alternativas em detrimento de outras, ou ainda, que escolham fazer uso de práticas relativamente autônomas podendo articular as diversas formas de atenção presentes superando aparentes antagonismos. Portanto, para entender os processos de saúde e enfermidade, é preciso considerar as relações estabelecidas entre as condições estruturais de uma sociedade, as dinâmicas das culturas e a agência social. Neste sentido, os caminhos, trajetórias e decisões dos sujeitos e grupos domésticos se dão na cotidiana negociação com os atores significativos associados aos recursos terapêuticos com o qual se envolvem nos processos de saúde/enfermidade/atenção. Assim, seguindo a noção de *autoatenção* como um mecanismo de empoderamento dos sujeitos e grupos domésticos na sua relação com os atores significativos do campo de atenção à saúde, acompanhar os itinerários terapêuticos também significa perceber que estes grupos são lócus privilegiados de exercício da autonomia frente a tais processos.

Portanto, neste trabalho não interessa descrever exaustivamente as representações das doenças experimentadas para entender como opera a dicotomia causa-efeito em cada diagnóstico e sobre cada problema de saúde enfrentado pelos Kaingang da TIX. Não quero dizer com isto que não há interesse nos elementos simbólicos elucidados no decorrer dos processos de saúde e doença a nível subjetivo. O que quero chamar a

atenção é que estes processos permitem adentrarmos a aspectos sociológicos do campo de atenção à saúde disponível para os Kaingang.

Neste capítulo resgato os itinerários terapêuticos, vivenciados e relatados por Kaingangs habitantes da TIX, no intuito de identificar quais são os atores significativos e compreender como os recursos são articulados pelos sujeitos e grupos domésticos que deles se utilizam. Espero mostrar, desta forma, que a pluralidade de recursos e os modos como estes são utilizados envolve os indígenas em trânsitos por espaços e linguagens heterogêneas com relação às práticas de atenção à saúde.

A complexidade do campo de pesquisa e das possibilidades de desdobramentos das experiências individuais tornam a classificação das enfermidades vivenciadas algo difícil – e talvez impossível – de realizar. Portanto, a tipologia abaixo elaborada é algo totalmente arbitrário e visa o organizar o texto em para apresentação de alguns eixos que permitem sistematizar os casos acompanhados e elucidar alguns assuntos que emergem segundo o olhar aqui pretendido.

2.1 – Enfermidades Relacionadas ao Mundo do Trabalho

A relação de subalternidade e exclusão vivenciada pelos Kaingang leva uma considerável parcela da população local a experimentar diversas formas de sofrimento associadas às relações com o mundo do trabalho. Ou seja, todo o contexto de relações interétnicas media formas de exploração apoiando-se na justificativa reiterada sobre a desqualificação da mão de obra desempenhada pelos indígenas. Neste contexto, a realização de serviços esporádicos para os vizinhos não indígenas e, principalmente, o trabalho nos frigoríficos figuram como as principais fontes de renda extra para aqueles que se submetem às más condições oferecidas – tanto em termos de remuneração quanto em termos de salubridade.

É comum, portanto, que indígenas sofram com mutilação de membros e doenças nas articulações provocadas pelo esforço intenso e repetitivo nas linhas de produção das grandes indústrias da carne. Todo este contexto os leva também a relacionarem-se de formas bastante específicas com os serviços oficiais de saúde, principalmente enquanto empregados formais. Embora os indígenas lancem mão de estratégias autônomas para manter a saúde nestes casos, talvez seja o relacionamento com o mundo do trabalho que torne difícil a que as enfermidades extrapolem o registro dos efeitos e sejam bastante focadas nas interpretações e possibilidades almejadas pela biomedicina.

Enfim, vejamos abaixo um caso de enfermidade que nos ajuda a demonstrar as características do contexto em questão e, fundamentalmente, como os indígenas agenciam a atenção às suas próprias enfermidades ao mesmo tempo em que lidam com questões burocráticas características das relações trabalhistas.

2.1.1 - Salete e a Experiência no Frigorífico

Salete possui cerca de 30 anos de idade. Na época em que a conheci morava na aldeia Sede. Era mãe de 3 crianças e casada com Saulo, um jovem indígena com a mesma idade da esposa. A família possuía um pequeno comércio contíguo à sua casa, uma *bodega*, onde vendiam gêneros alimentícios mais urgentes como carne de frango, doces e refrigerantes para a população da aldeia. Neste trabalho a tarefa central era a administração do negócio e a compra e venda dos produtos, os quais geralmente eram fornecidos na porta da casa pelos distribuidores advindos das cidades de Xanxerê, Abelardo Luz ou Ipuaçú. A renda advinda do comércio era principal fonte do sustento da família. Saulo ainda realizava consertos esporádicos de antenas parabólicas dos seus vizinhos indígenas, o que não acrescentava muito ao quadro econômico geral da família.

Quando os acompanhei de perto, Salete havia retomado o trabalho em um dos frigoríficos da região – numa função que já havia desenvolvido anteriormente ao nascimento do último filho. Como tinha experiência no corte de aves Salete foi logo selecionada para uma empresa situada na cidade de Seara e passou a atuar numa dura rotina de trabalho. Esta rotina iniciava no meio da tarde, quando um ônibus passava pelas aldeias da TIX para transportar os trabalhadores indígenas até o frigorífico – uma viagem que levava cerca de 2 horas até o local de trabalho. Lá permaneciam durante toda a jornada de 8 horas, com pausa para refeição, e retornavam para aldeia Sede já de madrugada – gastando mais 2 horas até a chegada em casa.

Lembro-me de Salete ter falado que “no começo é difícil, mas depois a gente acostuma com os horários”. Pelos seus relatos, a pior parte não era o deslocamento, mas as condições de trabalho na linha de produção. Eram muitas horas em pé fazendo movimentos repetitivos para cortar sempre os mesmos pedaços de frango. Além do barulho das máquinas que não cessavam em nenhum momento do dia, o ambiente de trabalho também era bastante hostil devido às baixas temperaturas necessárias para conservar a carne durante o seu processamento.

Depois de 2 meses de trabalho a situação corriqueira ficou agravada pelo fato de Salete ter sentido dores nas costas. Eram as “mesmas dores” que já haviam lhe incomodado em outra época que trabalhara nas mesmas tarefas. No princípio tentou aguentar o sofrimento para não faltar ao trabalho, pois alegava sofrer preconceito dos chefes que a acusavam de não ter vontade de produzir. A dor só foi piorando até que um dia Salete não conseguiu levantar da cama e pegar o ônibus para trabalhar. Disse ter ficado “travada”.

Naquele dia procurou o posto de saúde da aldeia Sede, que ficava muito próximo à sua residência. Lá, foi informada que o médico não havia comparecido e que deveria voltar na manhã seguinte para nova tentativa. A enfermeira lhe forneceu um analgésico em comprimidos para tentar aliviar a dor. Voltando para casa, Salete pediu para que o marido massageasse o local da dor com um remédio caseiro: um preparado à base de ervas em infusão no álcool que estava guardado encima do armário. Salete utilizou os analgésicos alopáticos durante um dia, nos horários indicados pela enfermeira, mas continuou somente com a infusão caseira.

Salete precisava também dar conta das tarefas domésticas, como cuidar dos filhos, fazer a comida e, eventualmente, cuidar da *bodega* enquanto Saulo estivesse ausente. Retornando ao posto de saúde no dia seguinte, Salete foi informada pela equipe de saúde que o médico teria pedido demissão sem nenhum aviso prévio e que agora estavam tentando contratar alguém para substituí-lo. Como Salete se sentiu melhor naquele dia, resolveu ir trabalhar para não ser descontada no salário pela ausência e correr o risco de perder o emprego.

Na manhã do dia seguinte as dores retornaram. Sem conseguir dormir, Salete foi novamente até o posto de saúde e não recebeu nenhuma informação nova sobre a presença de médicos no local. Conseguiu, entretanto, uma carona com a viatura da Saúde que levaria alguns pacientes em situação de emergência para serem atendidos no hospital São Paulo em Xanxerê. Neste local Salete passou praticamente a manhã toda esperando até ser recebida por um médico plantonista. Este solicitou um exame de radiografia das suas costas. Em relato, Salete contou que o médico não havia notado nada de errado e supôs que a dor estava relacionada a algum tipo de esforço muscular. Receitou alguns comprimidos anti-inflamatórios e a dispensou.

Salete retornou à aldeia Sede com um atestado médico, o que permitiu que ficasse em repouso por uma semana. Em casa, entretanto, as tarefas domésticas continuavam sobre sua responsabilidade. Isto

impediu, de certa forma, efetuar o repouso da forma como havia solicitado o médico. O remédio alopático foi abandonado dias depois e o único cuidado que Salete alega ter utilizado foi a tradicional infusão de ervas (no álcool) aplicada no local da dor.

Na outra semana, embora sentisse dores, Salete retornou ao trabalho porque ficou com medo de perder o emprego devido aos constantes afastamentos por conta do problema de saúde. Salete me explicou que é preciso ter cuidado com o excesso de faltas: “quando começa a faltar muito e levar muito atestado eles mandam embora do serviço, então as vezes a gente faz consulta mas não leva o atestado e não falta, (...) aí vai com dor mesmo”. Ela relatou que os funcionários que se queixam de dores durante o expediente são atendidos pelo médico da própria “empresa”. Neste caso, a queixa por parte dos funcionários é que este profissional faz de tudo para continuarem. Por diversas vezes ouvi as mesmas queixas sobre sua prática, que se restringia à prescrição de um medicamento, creio que anti-inflamatório, e à orientação do funcionário para o retorno às suas tarefas usuais.

Pois bem, quando acabou o período de descanso coberto pelo atestado, Salete estava pressionada a retornar ao frigorífico e submeter-se normalmente à rotina de trabalho. Segundo Salete, a dor nunca cessou completamente, ela apenas aliviava em alguns momentos: “quando o tempo tá pra chuva ou pega frio dói mais”.

Entre fases melhores e piores, no mês seguinte à consulta Salete tornou a faltar vários dias por conta do problema. Algum tempo depois, quando foi reestabelecida a contratação do médico, ela finalmente conseguiu receber atendimento no posto de saúde da aldeia Sede. Neste atendimento entregou os exames feitos no hospital São Paulo e o novo médico solicitou uma ressonância magnética para tentar identificar o problema com mais clareza. Este exame poderia ser feito no hospital em Xanxerê, mas, Salete precisaria esperar pela autorização da Secretaria Municipal de Saúde para realizá-lo. Somente depois de mais ou menos uma semana a autorização foi liberada e o exame agendado para acontecer em 8 dias. Salete dirigiu-se de ônibus, com recursos próprios, para Xanxerê para efetuar o exame. O resultado, entretanto, demoraria 15 dias para ser divulgado por falta de pessoal capacitado a avaliar e assinar o laudo médico. Salete continuou trabalhando normalmente e, no dia indicado, solicitou que o motorista da viatura da Saúde retirasse o exame no hospital de Xanxerê quando fosse levar pacientes indígenas para lá.

Com o exame em mãos, Salete efetuou nova consulta com o novo médico do posto de saúde da aldeia Sede. As notícias não eram boas,

pois o diagnóstico apontava desgaste em algumas vértebras e duas hérnias de disco. O médico limitou-se a receitar alguns medicamentos analgésicos para os momentos de crise e não indicou qualquer outra atividade além de repouso.

Como Salete não estava sentindo dores naquele momento, continuou trabalhando por mais ou menos um mês no frigorífico sem relatar nada aos seus superiores. Passado este tempo, mais uma crise a impossibilitou de ir ao trabalho por cerca de uma semana. No retorno, procurou o setor de Recursos Humanos da empresa com a intenção de solicitar auxílio. Pediu que ao menos modificassem sua área de atuação na linha de produção. Segundo Salete, mesmo de posse dos exames, o encontro teria sido muito constrangedor por terem feito pouco caso da sua situação. Alega ter sofrido pressões para que continuasse trabalhando, mesmo com as dores, sob pena de demissão.

Como era comum no final de cada mês, Salete colocou mais uma vez em xeque a continuidade no serviço. Agora mais abalada pela situação, resolveu, em conjunto com o marido, que o melhor era ficar em casa após o encerramento daquele mês. Assim, depois de alguns dias longe do emprego, Salete alegou ter melhorado bastante das dores nas costas. Em casa, continuou com as tarefas domésticas e com a administração da *bodega* junto com o marido.

Como a situação econômica novamente pesava no sustento da família, não demorou para que Salete fosse em busca de um novo emprego. Esperava não ter que retornar ao frigorífico porque “além de passar frio e se machucar, temos que aguentar patrões que não gostam dos índios”. Diante da situação, Salete passou a frequentar uma igreja evangélica próxima de sua casa onde orava e solicitava a melhora nas condições de vida e um novo emprego menos problemático.

O caso de Salete demonstra uma situação comum entre os indígenas da TIX, onde o trabalho nos frigoríficos tem se mostrado uma possibilidade de renda bastante presente. Consequentemente, os problemas de saúde associados à fraturas, ferimentos por corte, luxações passaram a ser comuns. Muitos destes problemas acabam sendo contornados e nunca resolvidos definitivamente. Além do mais, não parecem ser uma preocupação dos empregadores que, pelos relatos acompanhados junto aos trabalhadores, fazem de tudo para manterem-se

afastados da situação e culpabilizarem os funcionários por não terem qualificação adequada.

No caso acima relatado, é notória a centralidade que o sistema médico oficial toma no desenrolar do processo, muito pelo fato de ser a instância reconhecida para fornecer atestados de saúde para justificar as faltas nos dias de serviço. Apesar deste aspecto positivo que emerge da legislação trabalhista, a efetividade restrita do serviço oficial em termos de resolução dos problemas é muito precária no contexto em questão. A burocracia decorrente do sistema não é favorável aos indígenas o que, geralmente, torna-se mais um empecilho que uma solução. Como os problemas tendem a ser crônicos, os indígenas empregam práticas diversas para continuarem trabalhando e conviverem com eles. Assim, desenvolvem estratégias para lidar com o impacto da política econômica e mediar os processos de saúde e enfermidade que experimentam em situações como esta.

Neste contexto, a autoatenção remete a um sentido mais amplo, para além de práticas empregadas ao processo de saúde e enfermidade. Em termos de autonomia, ela passa pela constante reavaliação da situação pelo núcleo doméstico na continuidade e permanência dos sujeitos nos empregos ofertados pelos não indígenas, os quais são abertamente marcados pelo viés explorador da mão de obra barata.

2.2 – Enfermidades de Alta Complexidade Biomédica

É fato que a biomedicina e, mais especificamente, os *serviços oficiais de saúde* ocupam um lugar privilegiado entre as opções de atenção à saúde percorridas pelos Kaingang da TIX, entretanto é difícil fazer uma lista completa das motivações que levam os indígenas ao posto de saúde ou outras instituições.

É certo que problemas corriqueiros como resfriados, gripes ou ferimentos raramente o fazem os Kaingang irem até o posto, pois geralmente agem autonomamente frente a estas adversidades. Quando procuram em casos mais agudos, as soluções dadas pelos profissionais tendem a ser rápidas a fim de sanar os sintomas receitando anti-inflamatórios, analgésicos, cremes ou pomadas.

Os programas de saúde oferecidos no posto da aldeia Sede possuem certa adesão dos indígenas aos serviços oficiais. Por exemplo, os acompanhamentos pré-natais com gestantes e a distribuição de leite em pó são referenciais para a população local. Existem também os programas para enfrentamento de doenças crônicas, as quais geralmente são diagnosticadas por acaso pelos profissionais de saúde durante

alguma consulta ou atendimento de outra natureza aos usuários indígenas. Como mostrou a investigação de Portela-García (2010) na TIX, as ações contra a hipertensão e ao diabetes no local eram baseadas no controle e distribuição de medicamentos e na elaboração de grupos de discussão para educação das condutas de vida dos diabéticos e hipertensos. Conflitos e negociações emergiam deste espaço marcado pela negociação e problematização dos ideais pleiteados pelos profissionais da saúde e as práticas efetuadas pelos sujeitos diagnosticados que participavam de tais grupos. Estes, frequentemente acusados de descontinuidade nos tratamentos pelos profissionais, avaliavam as doenças não possuíam sintomas muito claros e visíveis, o que os levava a abandonar os medicamentos ou desenvolver outras formas de tratá-las – por isso utilizavam a própria experiência e sensibilidade para perceber quando a hipertensão se manifestava para acionar meios de controlá-la autonomamente através de *ervas e chás* ou mesmo *orações*.

Outra motivação que movimenta a procura pelo posto de saúde é a oferta de consultas com o médico e o dentista. Estas ocorrem em dias específicos da semana mediante agendamentos, tendo em vista que estes profissionais não estão presentes diariamente no local. Esta ausência do médico, principalmente, torna corriqueiro que o posto de saúde seja procurado como um recurso em situações de emergência quando os indígenas estão sofrendo de algum sintoma agudo e não diagnosticado no âmbito do grupo familiar. Neste sentido, é a mediação para o deslocamento dos indígenas ao hospital da região para avaliações mais aprofundadas a atitude mais tomada pelos profissionais.

Aqui, entretanto, gostaria de relatar com mais detalhes outro tipo de situação que acontece sob a intermediação dos serviços oficiais, ou seja, em ocasiões mais esporádicas quando os indígenas passam a necessitar de tratamento para enfermidades qualificadas pela medicina estatal como de *Alta Complexidade*. Doenças que exigem cirurgias de médio e grande porte, ou mesmo tratamentos rádio e quimioterápicos, estão no rol de indicações que fazem os indígenas terem uma relação mais duradoura com o sistema oficial e circular pela estrutura de saúde de forma mais ampla e intensa. Assim, do ponto de vista dos sujeitos, as enfermidades classificadas pela biomedicina como de alta complexidade tendem a ser de caráter duradouro. Salvo alguns casos onde não há um desenvolvimento da enfermidade ao longo do tempo, as doenças comumente remetem ao registro das causas e levam os sujeitos à reflexões sobre aspectos existenciais e à consideração de questões

cosmológicas de fundo para entender e agir sobre os problemas vivenciados. Também, envolvem a participação de uma gama maior de atores significativos nas resoluções dos problemas. Vejamos alguns casos abaixo para entender como os grupos domésticos e sujeitos percebem e agem frente a este tipo de adversidade.

2.2.1 – Celestino e o Problema nas “Vistas”

Celestino é um senhor que mora na Aldeia Baixo Samburá. Já contava com mais de 100 anos de idade quando o conheci. Morava sozinho em uma pequena casa. Alguns de seus filhos e netos moravam em casas vizinhas. O velho se orgulhava em falar que trabalhava na roça todos os dias, plantando e colhendo o próprio milho e feijão. Celestino também era reconhecido como importante benzedor e atuante em uma série de práticas de atenção à saúde junto aos moradores daquela aldeia ou das imediações.

Celestino chama a atenção por possuir um dos olhos completamente branco, o qual parece estar inutilizado. Ao ser questionado sobre isto, me explicou que este problema teria iniciado quando ainda era criança. Relatou que possuía uma ótima visão até que uma mutuca lhe “plantou um berne por baixo das vista” enquanto acompanhava sua mãe na roça.

Como não tinham recursos como carro ou outro tipo de ajuda na época, Celestino ficou algum tempo sem nenhum tipo de atendimento especializado. A cabeça acabou inchando e somente depois uns dias sua mãe conseguiu levá-lo ao médico na cidade vizinha. Lá o médico do hospital teria dito que a situação era grave, mas que poderia fazer algo. Entretanto, precisaria de um aparelho específico que, naquele dia, não possuía em mãos. Celestino teria que voltar no outro dia pela manhã para que pudesse ser atendido adequadamente.

Como não tinham onde pernoitar na cidade, retornaram para casa e não foram à consulta no dia seguinte por falta de recursos. Celestino conta que a mãe recorreu então a uma benzedeira que morava distante da sua casa. Esta teria vindo lhe visitar dias depois da consulta frustrada com o médico. Logo que chegou, benzeu para que seu berne saísse enquanto ainda estivesse dormindo. Segundo seu relato, a mãe e a benzedeira ficaram tomando chimarrão por algumas horas na espera que o berne fosse expelido. Quando Celestino acordou as mulheres foram até sua cama e constataram que ele estava com a metade pra fora da pele: “tava só a bunda pra fora, daí puxaram e tiraram”. O que teria agravado a situação do olho na época, segundo Celestino, foi o fato da

mãe não ter conseguido ir até a cidade para levá-lo fazer uma limpeza adequada no hospital.

Portanto, desde cedo Celestino foi relegado a ter pouca visão em um dos olhos, o que não o impediu de realizar as tarefas corriqueiras ao longo da vida. Há pouco tempo, entretanto, a situação teria se desdobrado e piorado a partir de outro acidente que afetara ainda mais. Relatou que estava tentando arrumar parte da sua casa quando despencou um pedaço de madeira batendo em sua cabeça ao lado do olho:

Tava sozinho, mas sempre tinha uma criançada junto. Olhei por ali, quando me acordei bobo, vi um piazinho disse: “ué seu, o que tem na testa que tá cheio de barro?”. Olhei, cheio de barro. Olhei por ali, não vi nada, fiquei perigoso de bater na cabeça numa criança a viga ali, 4 metro de comprimento, daí vim ali olhar eles, as crianças, olhei tudo eles. E o meu filho lá olhou e disse: “ué pai, parece que tá tão diferente”. E eu me sentindo meio abobado. Quando foi três dias pra quatro dias, daí me levaram pra Xanxerê, daí de Xanxerê me levaram pra Chapecó não acharam gente, daí voltei pra Xanxerê de novo no hospital. Daí na quarta feira, as 4 horas da madrugada um homem me levou pra Florianópolis. Com a saúde de Ipuaqu. Lá eu fiquei um mês e 6 dias internado. Daí melhorei, mas daí era pra voltar lá de novo pra trocar o olho de vidro e botar um óculos, mas não voltei ainda. Mas não dói nada. O outro olho é bom, enxergo bem, ih!

2.2.2 - Andreia e o tratamento do câncer

Creio que a primeira vez que vi Andreia foi em 2009. Ela morava na aldeia Sede da TIX com a mãe e a pequena filha de mais ou menos 3 anos de idade. Lá, pude acompanhá-la em alguns poucos momentos cotidianos na casa de alguns parentes e em uma festa de aniversário. Não sei ao certo qual era sua profissão, mas sei que estudava em alguma faculdade da região e tinha pouco mais de 20 anos de idade.

Na época Andreia já estava realizando tratamentos quimioterápicos para o câncer que estava visivelmente desenvolvido. O processo de adoecimento e morte foi relativamente rápido desde que

Andreia experimentara os primeiros sinais de adoecimento. A batalha contra o câncer não durou mais que 2 anos. Em relação a este drama, não pude acompanhar pessoalmente os detalhes dos desdobramentos. Assim, tratarei do caso a partir dos relatos de dona Cleusa, sua mãe.

No começo do processo Cleusa conta que a filha queixava-se de dores na região do emaxilar onde, com o tempo, tornou-se persistente um incômodo inchaço. A família, de início, achou que se tratava de “uma dor de dente comum” que passaria com o tempo. Uma das primeiras práticas que utilizaram por conta própria foi o bochecho com chá de malva várias vezes ao dia. A mãe havia indicado o tratamento que entendia funcionar naquela situação.

Depois de um mês fizeram uma avaliação do problema, pois o inchaço não melhorava e menos ainda a dor. Sem obter sucesso, procuraram uma remedeira muito conhecida – inclusive fora da TIX – habitante da aldeia Sede. Não sei qual foi o seu diagnóstico, mas fui informado que ela indicou a continuação do bochecho e prescreveu um chá caseiro feito por ela. O chá era fruto da combinação de plantas que Cleusa não sabia me informar quais eram, mas que deveria ser ingerido ao longo do dia “como se fosse água”. Junto com este tratamento, Cleusa afirma que a remedeira também indicou o uso de analgésicos em formato de comprimido para ajudar a controlar a dor. Segundo a avaliação da mãe de Andreia, estes procedimentos funcionaram por um tempo para aliviar a dor e diminuir o inchaço. Entretanto, a questão se desenrolou de forma inesperada, pois o inchaço não cessava de aumentar. A face já estava bastante afetada esteticamente quando resolveram procurar o posto de saúde da aldeia Sede – o mesmo local onde trabalha Cleusa como técnica de enfermagem.

Lá, o primeiro a avaliar foi o dentista que, segundo a mãe, já teria notado a gravidade do problema e encaminhado imediatamente ao médico. Este, por sua vez, solicitou alguns exames que, na época, foram providenciados para serem realizados no município de Xanxerê no Hospital São Paulo. Segundo Cleusa, “o medico já achava que era câncer, mas quiseram fazer o exame mesmo assim pra poder encaminhar. (...) O problema é que a autorização para os exames custavam a sair e ela só ia piorando”. Cleusa se refere aos procedimentos burocráticos que atrapalhavam e colocavam-na como refém da situação.

Depois de ter feito os exames genéricos em Xanxerê, provavelmente os médicos constataram sinais de que algo muito grave estava acontecendo e encaminharam-na para o Hospital Regional do Oeste, em Chapecó – uma referência local em termos de tratamento para

pacientes com câncer. Novamente foram solicitados exames que, neste momento, foram feitos de forma rápida. Depois de ter a confirmação de que era câncer, foi solicitada a autorização para o início do tratamento, um momento onde a participação da secretaria de saúde de Ipuacu é citada por Cleusa como um ator importante.

Muito disso se deve ao caráter assistencial fomentado pela estrutura da secretaria. Como Andreia precisaria ir a Chapecó quase que diariamente para as sessões de quimioterapia a secretaria incluiu a jovem no programa de transporte de pacientes específico para esta rota. O “carro da saúde de Ipuacu” levava não só indígenas, mas vários moradores de Ipuacu em situações parecidas para fazerem o tratamento e retornarem para casa a noite.

As sessões de quimioterapia a deixavam muito debilitada. Logo perdeu o cabelo e passou a se alimentar muito mal. Paralelamente ao tratamento biomédico, Andreia tornou a procurar a remedeeira que, a partir do diagnóstico dos médicos, reelaborou o seu chá para combater o câncer – colocando babosa e malvão na sua composição.

Estes tratamentos foram utilizados em conjunto por certo tempo. Como o problema persistia, e com a reavaliação constante, a família passou a ser incentivada a procurar ajuda também junto às igrejas evangélicas – pois um dos argumentos dos crentes é justamente a possibilidade de “cura de doenças incuráveis pelos médicos”.

A família, e mais assiduamente Andreia, passou a frequentar uma das igrejas da aldeia Sede. Na verdade ela percorreu vários cultos em diversas denominações, nunca abandonando aquela em que ela havia “aceitado Jesus”. Nesta igreja, Andreia era alvo de grande investimento pelo pastor durante os cultos. Acompanhei alguns destes rituais, onde Andreia foi convidada a sentar quase em frente ao púlpito onde ficava o pastor e outros dirigentes religiosos. Desta forma, a jovem estava visível a todos que entrassem na igreja.

Para os crentes em geral, este tipo de doença vivenciado por Andreia está associado a um fundo causal mais profundo. Ou seja, existem *espíritos malignos* querendo tirar sua vida. A aparição destes espíritos está sempre associada a quebra da moral adotada pela doutrina evangélica. No caso de Andreia, sua enfermidade foi considerada por um pastor como um desdobramento de alguns valores por ela cultivados durante a sua juventude. Simbolicamente, a doutrina advoga pelo desprezo pela vaidade, assim, o câncer estava localizado na boca pelo fato de Andreia gostar de usar muita maquiagem. A enfermidade,

portanto, manifestara-se por intermédio do batom que ela passava nos lábios.

Os crentes também passaram a fazer uma *campanha* específica para tratar Andreia. Na ocasião, foi convidada por alguns participantes mais assíduos da igreja para, durante uma semana no horário da meia-noite, reunirem-se na igreja e orar para a intercessão divina sobre a sua enfermidade.

Enfim, pelo relato dá para perceber que Andreia continuava a tomar os chás da remedeeira, fazer quimioterapia e frequentar as igrejas evangélicas em regime ostensivo. Apesar de todos estes cuidados a doença avançou na visão dos médicos, fazendo com que Andreia fosse encaminhada para Florianópolis para tratamento no Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON).

Andreia não conhecia Florianópolis e necessitava de acompanhante por conta de seu estado de saúde bastante debilitado. Esta viagem a levou a procurar Luciana, a mesma remedeeira que a acompanhava desde o início da sua experiência de sofrimento. Luciana conhecia esta cidade por conta de um filho que lá habita há anos onde trabalha em serviços diversos.

Deslocaram-se com o carro da prefeitura de Ipuçu e hospedaram-se na “casa do Padre Pedro” por alguns dias. Esta casa era uma espécie de alojamento, onde pessoas de várias cidades do oeste em tratamento nos hospitais da capital podem pernoitar gratuitamente. Luciana, por sua vez, também recorreu aos pesquisadores que moram em Florianópolis e que trabalham na TIX e que mantém contato com Luciana, e sua família há anos, para auxiliá-la em alguns deslocamentos.

Andreia retornou algumas vezes a Florianópolis e entre fases boas e ruins acabou falecendo em meados de 2011 na aldeia sede da TIX, onde foi sepultada.

2.2.3 – Nena, Betinho e a Cirurgia Cardíaca

Nena também vivenciou uma situação dramática logo depois do nascimento de seu filho Betinho. Nena é casada com Peri e compõem um núcleo familiar que comporta 6 pessoas. Betinho é o terceiro filho do casal e hoje tem em torno de 18 anos. Todos habitam a aldeia Baixo Samburá, numa pequena casa de alvenaria com apenas dois cômodos – como a maioria das casas que hoje são construídas na TIX.

Pois bem, segundo relato de Nena, a gravidez decorreu normalmente. Ela já era mãe de dois meninos quando passou a gestar Betinho. Fez todo o acompanhamento pré-natal no posto de saúde do

centro de Ipuacu e também recebeu auxílio das irmãs da Pastoral da Saúde/criança, que monitoravam as gestações de todas as aldeias da TIX como forma de controle dos nascimentos e algum auxílio às futuras mães. Por incentivo da sua mãe Nena alega ter feito uma dieta específica utilizada pelos “antigos” para que as mulheres grávidas tenham uma boa gestação. Isto envolvia algumas práticas que não explorarei aqui, mas que garantiriam o bom desenvolvimento do filho, como por exemplo, a ingestão de todos alimentos que a mãe sentisse vontade de comer – sob pena de a criança nascer com manchas na pele com o formato dos alimentos desejados e não ingeridos.

Como os processos de gestação e parto tem sido altamente medicalizados entre os Kaingang há muito tempo, todas as crianças, sem exceção, acabam nascendo no hospital regional São Paulo em Xanxerê. Isto não foi diferente com Nena, que teve todos os seus filhos no referido local. Assim, no dia em que iniciou o trabalho de parto para ter Betinho, Nena conta que ligou diretamente para o motorista indígena que conduzia uma das viaturas da saúde para que a levasse para o posto de saúde de Ipuacu para que as enfermeiras verificassem se era necessária a condução ao hospital. Ela conta que sentiu que aquele era o momento e que o trabalho de parto se desenvolveria naquele dia. A viatura da saúde deslocou-se até sua casa e a levou até Ipuacu. De lá, após a avaliação dos profissionais, foi para Xanxerê onde seriam dados os encaminhamentos para o nascimento da criança. Pelo que pude perceber esta dinâmica é comum na TIX, estabelecendo uma espécie de controle por parte dos serviços oficiais de saúde sobre os nascimentos de crianças e o acompanhamento da parturiente. Não obtive maiores detalhes sobre este tipo de procedimento e muito menos pude acompanhar algum caso de indígenas dando à luz no hospital. Mas, é sabido por relatos de outras mulheres que boa parte dos partos lá feitos são cesarianas.

Nena não me contou se no seu caso foi cesárea, apenas enfatizou que após o parto não pode retornar para casa porque os médicos perceberam que a criança estava com algum problema no coração ao verificarem os batimentos cardíacos. Nena conta que a criança lhe parecia saudável, mas, os médicos teriam julgado necessário interná-la na UTI neonatal para ficar em observação durante alguns dias. Como ela não podia ficar com no local pelo tipo de internação, foi acolhida na “casa do oeste”, uma instituição não governamental que recebe parentes de pessoas em tratamento no referido hospital.

O fato é que depois de alguns dias Nena retornou à sua casa com o filho, pois o quadro foi considerado estável pelos médicos que o observaram. Na TIX retomou as atividades de casa normalmente. Por insistência da mãe passou a realizar um tipo de resguardo, ou seja, durante quarenta dias estava “proibida de colocar os pés para fora de casa”. Apesar disso, não era poupada das outras tarefas domésticas como preparar a comida, lavar a roupa ou limpar a casa – além de tomar conta da criança.

O caso de adoecimento do bebê ainda permanecia em aberto. Como medida paliativa foi indicado o uso de medicamento alopático, uma injeção que deveria ser aplicada no posto de saúde de Ipuauçu duas vezes ao mês até que o problema tivesse algum encaminhamento. Nena teve que acompanhar a criança durante um bom tempo até que se desenrolassem as burocracias para tratamento em outro hospital especializado.

Mais ou menos 6 meses depois do nascimento da criança, Nena e Betinho foram encaminhados para Florianópolis para avaliações no hospital infantil Joana de Gusmão. Lá foram feitos novos exames e foi reforçada a necessidade de uma cirurgia a ser realizada ainda nos primeiros anos de vida para torcerem por algum sucesso. Como o quadro do menino era estável não havia motivos para ficarem fora de casa por mais tempo. Precisavam ainda encontrar o local da cirurgia, assim, ficariam “na fila” e esperariam o agendamento do referido procedimento. Continuariam com o medicamento alopático até que a cirurgia fosse agendada e, por hora, a criança seria acompanhada pelo médico do posto de saúde de Ipuauçu e, eventualmente, pelos médicos do hospital São Paulo.

O desenvolvimento da criança nestes primeiros meses de vida foi acompanhado também pela Pastoral da Saúde/Criança em conjunto com as enfermeiras do posto de saúde da aldeia Sede. Basicamente este acompanhamento dizia respeito ao controle e pesagem e à vacinação – que ocorriam com todas as crianças da TIX. Nestas pesagens, Betinho aparentemente teria se desenvolvido excepcionalmente bem.

Paralelamente, como a mãe de Nena – dona Roberta – era uma importante *remedeira* apegada ao catolicismo, o caso também fez com que a senhora fizesse uma *promessa* à Nossa Senhora Aparecida para a recuperação da criança. Em troca da sua melhora, a velha teria oferecido recursos para realização de uma festa em homenagem à santa na casa da família de Dona Marisa, uma *curandiera* da aldeia Cerro Doce da TIX. A família de Dona Marisa era bastante conhecida por realizar festejos para diversos santos durante o calendário católico anual. Também, era

uma família com quem dona Roberta mantinha um contato íntimo – por ser oriunda daquela localidade e ocuparem-se de atividades religiosas comuns.

No processo de espera e incerteza pelo que aconteceria com o filho junto à burocracia do sistema oficial de saúde, Nena passou a frequentar uma igreja evangélica na aldeia Baixo Samburá. Lá passou a orar veementemente para pedir que Deus intercedesse por ela e que escolhesse o melhor caminho para o filho. Depois de algumas semanas, mesmo contrariada pelo marido e filhos, Nena converteu-se à esta religião e passou a seguir os preceitos da doutrina evangélica.

Quando o menino completou um ano e meio, mais ou menos, Nena foi chamada no posto de saúde de Ipuacu. Lá explicaram que finalmente tinham conseguido, por intermédio da secretaria municipal de saúde, a tal cirurgia do coração que ele necessitava. Estava agendada para ocorrer na cidade de Pato Branco no Paraná – cerca de 90 km de distância de Ipuacu – dentro de 6 meses. Este fato foi altamente comemorado pela família. Nena interpretou isto como uma obra de Deus após a sua entrada para a igreja e sua mãe como uma obra de Nossa Senhora Aparecida.

Enfim, com 2 anos de idade Betinho foi acompanhado da mãe para fazer a cirurgia em Pato Branco. Pelo relato da mãe, esta etapa não apresentou maiores complicações e, com a ajuda da devoção à religião evangélica, a cirurgia teria sido bem sucedida. Durante a estadia na cidade paranense Nena foi auxiliada pela assistência social do hospital local para conseguir um local para dormir enquanto o menino se recuperava na UTI. Ficou hospedada em uma casa de apoio que recebia familiares de pacientes do hospital – semelhante à “casa do oeste” em Xanxerê. Em duas semanas, a critério do médico, estavam voltando para casa.

Depois do retorno da cirurgia, uma das principais preocupações da avó era pagar a promessa que havia feito para melhora do menino. Assim, chegando a data de 12 de outubro daquele ano, a festa ofertada foi bancada pela avó em retribuição à Nossa Senhora Aparecida. Mesmo praticando a religião evangélica, Nena participou da festa católica pra agradecer a graça alcançada com o restante da sua família.

Mesmo após a melhora da criança Nena continuou frequentando a igreja evangélica por opção própria e por entender que toda a situação havia se concretizado pela intervenção divina. Tal episódio passou a ser lembrado nos cultos evangélicos como testemunho do poder de Deus – mesmo Nena não tendo conseguido que outros membros da família a

acompanhassem pelo mesmo caminho e sofresse críticas por parte da mãe.

É importante ressaltar que durante o desenvolvimento da criança ao longo do tempo foram feitos acompanhamentos regulares no posto de saúde de Ipuacu e no hospital São Paulo em Xanxerê. Foram também necessárias algumas visitas à Florianópolis para avaliações rotineiras, que foram realizadas com o auxílio da secretaria de saúde de Ipuacu. Segundo Nena, o desenvolvimento foi excelente e nada teria sido constatado como irregular com o menino.

Apesar desta experiência dramática, Nena conta que Betinho é um jovem muito saudável. Tive a mesma impressão nos dias que convivi com ele em campo, pois era um atuante jogador de futebol nos finais de tarde. Aparentemente nenhuma sequela se apresentou até o momento, ou seja, até os 18 anos de idade. Mas, profilaticamente, os médicos continuam receitando a tal injeção mensal que é aplicada no posto de saúde de Ipuacu. Esta prática de atenção à saúde também não é seguida pela família como algo tão regular como pude perceber. Enquanto Nena fazia de tudo para que o rapaz fosse ao posto de saúde nos dias indicados pela equipe, Betinho não parecia ter tanta preocupação assim – já que não existiam sintomas sensíveis. Assim, quando a mãe não podia acompanhá-lo, não fazia questão de ir até o local sozinho. Dizia ter vergonha dos atendentes do posto de saúde e somente comparecia quando tinha outro tipo de interesse que o levava até o centro da cidade.

Os casos aqui abordados elucidam com veemência a presença dos indígenas a rede de circulação mais extensa mediada pelos tratamentos de Alta Complexidade. Nesta direção, a partir da mediação estabelecida pela secretaria municipal de saúde de Ipuacu junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), são buscadas possibilidades mais amplas que aquelas ofertadas localmente ou regionalmente e podem levar os sujeitos indígenas a percorrerem locais distantes de suas casas.

A esfera dos serviços públicos torna os trânsitos para cidades maiores inevitáveis a depender do tipo de problema enfrentado. O caminho mais comum em casos de cirurgias gerais é Xanxerê no Hospital Regional São Paulo, ou Chapecó no Hospital Regional do Oeste e Florianópolis em diversos hospitais caso se trate de algo mais específico ou não se encontre vagas. Cirurgias cardíacas são referenciadas à Xanxerê, mas, também pode ter os pacientes deslocados

à Florianópolis ou outros locais em outros estados – como Pato Branco no Paraná – a depender da disponibilidade de vagas e recursos. Caso o problema esteja relacionado ao tratamento de câncer a referência regional é Chapecó que pode, em casos mais graves ou desdobramentos dos tratamentos, levar até Florianópolis no CEPON ou outro hospital.

Como dito, em todos os casos exige-se a intermediação das secretarias de saúde, que autorizam o deslocamento em caso da localização de vagas para os usuários indígenas. Neste sentido, semelhantemente a outras cidades do interior de Santa Catarina, e principalmente as pequenas cidades da região oeste, as secretarias possuem carros, vans ou mesmo ambulâncias que trabalham para estes deslocamentos. Ou seja, isto envolve uma estrutura específica para lidar com viagens. Os motoristas dos veículos estabelecem contatos com restaurantes específicos para paradas na estrada onde recebem almoços em retribuição à aglutinação de novos clientes. Também recebem diárias pelas viagens, o que os fazem escolher onde ficar e se alimentar para ganhar um dinheiro extra ao salário. Os pacientes tem que arcar geralmente com os gastos de hospedagem, o que também pode, eventualmente, ter algum auxílio da secretaria de saúde, outras entidades de assistência social ou organizações não governamentais que amparam populações de baixa renda.

Os profissionais de saúde reconhecem as limitações do sistema, como os entraves burocráticos característicos do SUS, mas não cansam de alegar que os sujeitos não praticam adequadamente as diretrizes fornecidas para a continuidade dos tratamentos. Para eles, o câncer e o problema cardíaco são fatalidades que se desenvolvem de forma a necessitar atitudes invasivas de controle e recuperação, que devem ser cegamente seguidas pelos sujeitos dos processos.

As condições precárias de algumas famílias esbarram nestes problemas estruturais mais amplos, demonstrando que a atenção à saúde não diz respeito apenas à experiência corporal idiossincrática. Estas condições, associadas a aspectos socioculturais locais, fomentam a procura por outras saídas para os problemas e, conseqüentemente, a experimentação de outras interpretações dos estados de adoecimento. A ótica religiosa, por exemplo, faz com que procurem causas últimas do processo, o qual não se dá por encerrado com o término da experiência dita secular. As divergências de interpretações retomam, de certa forma, a discussão sobre a eficácia dos tratamentos e colocam em cheque a avaliação meramente instrumental que deseja a biomedicina.

As doenças que exigem tratamentos de alta complexidade variam, portanto, na aceção dos registros. No caso de Andreia e de Betinho/Nena existem investidas nas questões existenciais que remetem à trãnsitos para outras cosmologias ou sistemas interpretativos das enfermidades para além daqueles baseados na biomedicina. As preocupações que nestes casos se manifestam com relação à compreensão das causas últimas, remetendo às explanações e possibilidades de tratamento associadas às concepções religiosas, não parece se manifestar no caso de Celestino – que utiliza o sistema biomédico de forma bastante instrumental.

Os casos de longa duração revelam, neste sentido, avaliações divergentes tomadas a partir de diferentes óticas segundo os atores que participam dos processos de enfermidade e atenção. Neste contexto, marcado pelas especulações e atitudes aparentemente contraditórias, as atuações da biomedicina geralmente são avaliadas como importantes pelas famílias Kaingang – mesmo quando utilizam paralelamente conhecimentos e estratégias diversas para sanar os problemas. A base da articulação das formas de atenção se dá no mecanismo de poder calcado no grupo doméstico, que é a esfera utilizada para decidir quais rumos seguir, quais tratamentos aderir e que outras estratégias utilizar para resolver os dramas vivenciados.

A utilização dos serviços oficiais de saúde é entremeada a dinâmicas autônomas de circulação dos indígenas nas redes de atenção primária. Como percebi junto aos moradores da Aldeia Baixo Samburá, que preferiam ser atendidos no posto do centro de Ipuacu ao posto da Aldeia Sede pela distância, há um investimento na possibilidade de escolha bastante valorizado na utilização deste nível institucional. Tal investimento, embora menos evidente, não desaparece quando os indígenas se envolvem nas atuações biomédicas relacionadas à alta complexidade. Apesar das tentativas de relegar os enfermos à condição de pacientes e retirar o seu controle sobre o próprio corpo a partir de encaminhamentos burocráticos e intervencionistas, é notável que existem espaços de escolha por parte dos grupos domésticos. Afinal, do ponto de vista dos sujeitos e microgrupos, os atores relacionados à ordem estrutural estatal estão colocados ao lado de vizinhos, motoristas das viaturas dos carros da saúde ou outros sujeitos com experiências diversas acionados nas atividades mediadoras no decorrer dos longos processos.

2.3 – Espíritos Malignos e Conversão Evangélica

Como visto acima, nos processos de saúde e enfermidade duradouros é comum que os itinerários terapêuticos dos indígenas percorram, dentre outras soluções, as religiões evangélicas presentes na TIX. Não é usual que estas passagens sejam descompromissadas, pois, quando da procura pelas religiões evangélicas é o registro das causas das enfermidades que normalmente está operando. A lógica de adoecimento e cura, quando estabelecidas a partir do olhar das igrejas evangélicas, visa alinhar o sujeito com os modelos de conduta estabelecidos pela *doutrina* para atingir a finalidade de reversão de seus padecimentos.

Crente é o termo utilizado localmente para referência às pessoas que se identificam, e são identificadas, como evangélicos na TIX e região. Estes, entre si, tratam-se pelo termo *irmãos*. Estes participam das atividades realizadas pelas igrejas evangélicas e baseiam sua confiança na *palavra* dos ensinamentos bíblicos e as únicas entidades que se deixam influenciar são Deus, Jesus e o Espírito Santo. Como observei anteriormente (GHIGGI JR, 2006), e como já apontava Almeida (1998), existem duas formas de tornar-se *crente*. Uma através do *nascimento* e a outra através da *conversão*³⁸ - ambos os movimentos podem ser compreendidos como ritos de passagem.

No primeiro caso, quando uma criança nasce e os pais são *crentes* ocorre uma apresentação dela à Deus por um dirigente religioso em um ritual corriqueiro denominado *culto*. A partir desse momento os pais tomam cuidados para que ela seja criada na *doutrina*. Esta diz respeito a uma série de regras que todos os crentes devem seguir durante o tempo que comungarem com tal religião. Estas regras referem-se a aspectos da corporalidade, como a utilização de vestimentas específicas (calças e camisas sociais para os homens e saias para as mulheres) e cortes de cabelo (cabelo comprido e amarrado como “rabo de cavalo” para as mulheres, e curto com a barba bem feita para os homens). Também estão relacionadas à aspectos comportamentais, onde participar de jogos, bailes, cometer adultério, dizer palavrões e, principalmente, consumir bebidas alcoólicas são expressamente proibidos. Aos 12 anos mais ou menos, existe a expectativa de que os nascidos na igreja aceitem a *palavra* através do *batismo*, que significa uma mudança de status onde o indivíduo passa para um nível de responsabilidade e compromisso individual com a igreja.

³⁸ O que os *crentes* chamam popularmente de “aceitar Jesus”.

Para os que não são nascidos nesta religião é possível tornar-se *crente* através da *conversão*. O indivíduo que pretende converter-se é conduzido a rever falhas cometidas em sua vida, reinterpretando eventos passados sob o crivo da *doutrina* evangélica. Idealmente, trata-se de assumir uma “nova vida” pelo abandono de outras práticas e concepções identificadas com o mal e com o pecado. Os *convertidos* também podem decidir se batizar futuramente, o que significa mudança de status e aponta para um caráter iniciático de renascimento (ALMEIDA, 1998).

É essencial neste processo a ressalva que os dirigentes das denominações fazem: “não é suficiente ler a Bíblia, mas segui-la como a única *verdade*”. Eles buscam ênfase na apresentação de uma forma correta de vida e não deixam alternativas para salvação após a morte além da entrada no grupo. Como nos fala Almeida, “os *crentes* buscam estabelecer uma comunidade homoestática, na qual o *ethos* individual associado à reprodução do grupo tenta garantir o seu equilíbrio, construindo a imagem de prosperidade ao nível das relações sociais” (ALMEIDA, 1998, p. 144).

Os casos abaixo apresentados nos permitem perceber que os evangélicos reconhecem uma lógica mais ou menos unívoca sobre o tratamento e cura de enfermidades. As doenças em geral estão relacionadas a atuação dos espíritos malignos que visam apoderarem-se da alma do (pretenso) fiel que causam processos de adoecimento ou *perturbação*. Uma pessoa com problemas - das mais diversas ordens - certamente será diagnosticada como portadora da presença dos *espíritos maus* que tentam consumi-la espiritual e corporalmente, além de desorganizar a sua vida de forma geral. A doença ou infortúnio cumpre, assim, um papel central nos processos que culminam na conversão para a religião evangélica caso a pessoa não esteja ainda em comunhão com os irmãos. Se a pessoa já for convertida, o infortúnio ainda serve como uma provação para reafirmação dos preceitos sugeridos por aquela expressão religiosa. Caso a ação dos *espíritos maus* seja eficaz no rompimento do sujeito com os preceitos da doutrina, se dá o que os crentes chamam de *desvio*. Aqui a enfermidade está relacionada ao desequilíbrio e, basicamente, tem a ver com o enfraquecimento da aliança com Deus.

Vejamos abaixo alguns casos que demonstram como os agentes patológicos, apesar de serem reconhecidos como atuantes nas causas instrumentais e eficazes das doenças, sempre tentam atingir aspectos coletivos associados a questões sociais e cosmológicas mais amplas.

2.3.1 – *Silvana, Jairo e o adoecimento de Nildo*

Conheci o casal Silvana e Jairo quando ainda buscavam diagnóstico para a enfermidade de seu pequeno filho Nildo. Relatavam que a criança tinha dificuldades para dormir e que estava apresentando febre naqueles dias. Ainda, falavam de alguns sintomas estranhos, como falta de ar e até desmaios.

Durante uma das crises, a atitude foi levar o menino no posto de saúde da aldeia Sede, onde moravam. Lá nada havia sido constatado pelas enfermeiras e pelo médico, que se restringiram na indicação de medicamento para dor e febre. O problema persistiu e o casal procurou uma remedeeira da mesma aldeia. Esta era uma pessoa muito próxima dos dois e receitou para que dessem ao menino, juntamente com o remédio alopático, um chá elaborado por ela.

Apesar destas tentativas o casal não ficou satisfeito. Não sabiam direito o que a criança tinha. Nem a remedeeira nem o médico conseguiam dar um diagnóstico convincente ou fazer com que a criança melhorasse. Assim, foram levados a procurar ajuda junto aos evangélicos em igrejas próximas de sua casa, na aldeia Sede, onde alguns de seus parentes congregavam. Apesar dos esforços, orações e campanhas, não conseguiram reverter o quadro ou ter alguma explicação para o que estava ocorrendo.

O casal então ficou sabendo de um pastor da igreja evangélica Assembleia de Deus que atuava na aldeia Água Branca e que possuía fama de curar enfermos desenganados a partir de seu *dom de cura* – como havia acontecido com um parente de Silvana curado na igreja de uma ferida na perna direita. Silvana e Jairo decidiram participar de um culto naquela localidade, pois entenderam que não tinham nada a perder.

Na expectativa de modificar a situação, procuraram-me para que eu os levasse até a referida aldeia no horário do ritual. Como naquele momento da pesquisa eu dispunha de carro e estava morando com uma família da aldeia Sede, coloquei-me a disposição para fazer o deslocamento e acompanhar os desdobramentos do caso.

Dirigimos-nos até a Água Branca de noite. No carro, além de Silvana, Jairo e o filho, nos acompanhou um presbítero evangélico de outra denominação que morava na aldeia Sede e que era parente do casal. No caminho, contaram-me da sua angústia e que para resolvê-la estavam dispostos a fazer tudo o que estivesse ao alcance. O presbítero fazia questão de reforçar que iria junto para reforçar o poder de Deus no culto e, de certa forma, ajudar o outro pastor a curar o menino.

Chegando lá o presbítero foi convidado a ocupar um lugar no palco da igreja, junto aos outros 4 dirigentes religiosos daquela aldeia. Mesmo com a casa lotada de fiéis das redondezas, Silvana e Jairo tornaram-se centrais em alguns momentos de pregação. O pastor os chamou em vários momentos para irem à frente e relatarem sobre o problema que estavam vivenciando. O pastor pediu para que todos os presentes orassem em nome da criança que sofria, e pelos pais para poderem ajudá-la.

Durante o culto daquela noite o pastor retornou diversas vezes ao caso de Silvana e Jairo até que, finalmente, disse que o problema não era com a criança em si. Esta na verdade estava refletindo um problema que estava acometendo os pais. O diagnóstico então passou a ser uma *perturbação*, a presença de um *espírito maligno* que tentava destruir a família. Como Jairo gostava de consumir bebidas alcoólicas, e isto não era segredo, rapidamente foi indicado pelo pastor a parar com tal prática para conseguir que a criança melhorasse. Isto também implicava em parar com as brigas em família que, segundo o pastor, eram provocadas pela cachaça que intermediava a atuação dos espíritos malignos. Jairo, depois do culto falou que até então não era crente, mas que se o menino melhorasse, ele se converteria, pararia de beber e seguiria a religião evangélica. “Ari, eu orei com muita fé hoje, e acho que Deus vai nos atender, eu senti uma coisa boa orando”.

Naquela época, enquanto eu acompanhava aquela família, Jairo frequentou outros eventos evangélicos, como um congresso em Xanxerê - que tive a oportunidade de acompanhar – onde estiveram reunidas caravanas de diversas congregações da igreja Rei da Glória a nível regional – representadas por fiéis e pelas respectivas lideranças religiosas. A família continuou frequentando a religião, mas eu não tive mais notícias da criança naquela época.

Depois de um ano, quando retornei à TIX, fiquei sabendo que o menino havia melhorado e que o casal havia se convertido definitivamente e estava frequentando a igreja Assembleia de Deus da aldeia Sede. A família me parecia muito feliz e alegavam ter superado aquela crise. Relataram que poucos dias após eu ter partido o menino foi hospitalizado em Xanxerê, mas, em vez de um desfecho ruim, revelou-se um momento crucial para a intervenção divina e afirmação da identidade religiosa crente da família:

Daí, quando nós tava no hospital, (...) o doutor (médico) entrou e disse pra mim: “não tem mais solução, ele está completamente desenganado,”

(...). Ele tinha infecção no rim, infecção na bexiga, anemia no sangue, pontada de pneumonia e tinha meningite. O que tava matando era a meningite. (...) Só ouvi tudo o que ele disse. Quando ele saiu, dobrei meu joelho na beirada da cama e disse: Senhor, se o Senhor curar meu filho eu quero testemunhar. Onde eu andar eu quero contar que o senhor cura (...). Senhor, é só tu Jesus pra me ajudar. (...) Senhor, hoje eu quero uma solução. Ou bem que o Senhor leva pra ti, ou bem que o Senhor devolve pra mim. Faça tua vontade nesta noite. (...) Daí me encostei na cadeira ao lado do berçinho que ele tava. (...) Parece que chegou um sono. Naquele momento (...) ouvi que bateu na porta, já eram duas da manhã. (...) E abriu. Eu vi aquele homem. Pra mim era um médico, porque ele era atendido por quatro médicos. (...) Só que eu conhecia os doutores dele. (...) Quando eu vi, ele tava feliz, me olhou, sorriu pra mim, né, e entrou. Rodeou por lá, (...) ele deu um jeito e entrou no meio dos aparelho. (...) Ele tava com uma lâmpada assim na mão, uma lâmpada grande, ela tava acesa. Ele chegou e começou a passar. Passou na cabeça, passou no corpo, passou no braço que ele tava paralítico, né, um braço encolheu, uma perna também. Passou bem naqueles bracinhos dele, virou ele de bruços e passou de novo. E eu olhando, analisando o que ele tava fazendo. Virou, arrumou aquele coiso, e saiu. Quando saiu na porta, me olhou de novo, deu um sorriso pra mim. Não falou nada pra mim, só fez aquele serviço ali. Eu despertei aquela hora. Levantei correndo da cadeira onde que eu tava, abri a porta, saí no corredor (...), não tinha ninguém. (...). Na mesma hora eu disse, é o Senhor que visitou minha vida, meu quarto nesta manhã. Eu voltei. Quando eu cheguei na beira do berço dele, daí ele tava chupando os aparelho. (...) Eu levantei, fui no guarda roupa, peguei aquele negócio que a gente esgota o peito, esgotei ligeiro meu peito ali, (...) ponhei um tanto assim de leite do peito na mamadeira e dei pra ele. Ele mamou, parece que tava com fome. (...) Bati na campainha. Quando bati na campainha as

enfermeiras vieram correndo. (...) Eu tava chorando no lado do berço. Ela disse pra mim: “que houve mãezinha, o que aconteceu?” Eu disse, Jesus visitou o meu quarto nesta manhã e fez um milagre. Daí (...) uma me abraçou e disse: “médico não sabe nada, quem sabe é o nosso Deus, nosso pai lá de cima que sabe. (...) Pode contar mãezinha que é um milagre.” (...) Aquela pessoa não dava pra ver a cara, tava vestido de roupa. Pra mim olhar assim era roupa de manga comprida assim. Aquela camisa, aquela calça comprida, o sapato também era branco né, o cabelo muito bem cortado. Muito linda aquela pessoa. (...) Daí fizeram todos os exames. (...) E ele tava curado, completamente curado. O doutor mesmo se assustou (...) disse pra mim: “aonde foi a doença desta criança?”. Eu disse: Jesus levou, Jesus fez a obra, Jesus Curou. Esse Deus que eu sirvo ele é tremendo, é poderoso. (...) Muitas vezes o senhor disse que ele estava completamente desenganado. Só que o Senhor Jesus não disse pra mim que ele estava desenganado. Daí ele disse: “então hoje vocês vão indo pra tua casa. Vai ficar tomando Gardenal.” Dava convulsão dez, onze vezes por dia. (...) Chegamos de lá, perdemos a receita, nunca mais achamos, (...) nunca mais tomou esse tipo de remédio (...). E ele disse pra mim (o médico): “ele vai ficar surdo, vai ficar mudo, ele vai ficar deficiente do jeito que ele tá”. (...) Só que quando Deus faz a obra, ele faz por completo. Nunca mais a gente se preocupa com aquela doença, aquela enfermidade. Chegamos na casa, dias depois, eu vi que Deus tinha completado a obra. Ele espichou normal os braços, as pernas. Logo foi crescendo. Eu orava e dizia: Jesus, eu quero levar ele andando pra tua casa, não quero saber que meu filho ande sentado. Comecei a orar, comecei jejuar e Deus cumpriu com a obra. Nem vimos, quando vimos ele tava completamente são. (Silvana)

2.3.2 - Antonio e Luciana

Antônio, quando conheci, era um homem já com uma idade avançada. Ficava quase sempre sentado e tinha dificuldades em se movimentar e se comunicar. Tive também a nítida impressão de que não enxergava direito. Luciana, a filha com quem conversei, era responsável por tomar conta do velho e era uma das poucas pessoas com quem este ainda conseguia trocar algumas palavras no *idioma*³⁹.

A filha conta que quando notou que o pai começou “enrolar a língua” procurou os médicos do posto de Saúde. Foram várias investidas para conseguir um diagnóstico pelo setor oficial de saúde. Por fim os médicos do Hospital São Paulo em Xanxerê diagnosticaram como Alzheimer, uma doença degenerativa do sistema nervoso que não teria muito tratamento que deveria ser tratada com medicamentos alopáticos.

Luciana, entretanto, desconfiava dos médicos alegando que eles não teriam observado com atenção o comportamento do Pai. Se assim o fizessem notariam que apesar de ter dificuldade em se comunicar o senhor ainda lembrava dos fatos que aconteciam cotidianamente. Assim, os medicamentos foram ministrados no início, mas não foi dado continuidade porque afirmou não ter notado melhoras depois de um mês. Além do mais, os remédios faziam mal para o seu estômago – um mal estar que era tratado com chás que Luciana produzia.

Praticamente tendo abandonado os tratamentos alopáticos, Luciana fez outra tentativa de solução para o problema. Para tal, procurou uma curandeira que também habitava a TIX. Esta, por sua vez, teria atribuído a causa da doença com a existência de espíritos que atormentavam o seu pai por conta de alguma fraqueza que havia desenvolvido nos últimos anos. Isto poderia estar associado a diversos motivos, dentre os quais figurava o falecimento de sua esposa. Para solucionar seu sofrimento e afastar os espíritos a *curandeira* pediu uma quantia razoável em dinheiro, fato que constrangeu Luciana.

Desconfortável com tal situação, e julgando descompromisso da mulher em ajudar a sua família, Luciana foi incentivada pelo seu irmão, pastor Mário, a procurar nas igrejas evangélicas no auxílio para o pai enfermo. Isto resultou, depois de idas e vindas na igreja Rei da Glória, na conversão de pai e filha à esta religião. Reinterpretando a sua experiência de dentro do universo *crente*, Luciana passou a significar as

³⁹ *Idioma* é como os indígenas referem-se à língua Kaingang.

causas últimas do processo de enfermidade experimentado pelo núcleo doméstico – que foi quando conversei com ela sobre este caso.

Cabe lembrar que Antônio é um indígena a quem diversos pesquisadores da TIX devem muito no auxílio à construção de seus trabalhos etnográficos. Antonio notava que a temática relativa à tradição *Kaingang* deveria ser documentada, pois entendia que não era apenas uma valorização da memória e modo de vida dos “antigos”, mas também como possibilidade de instrumentalização para legitimar possíveis representações políticas do grupo para com o universo burocrático da sociedade envolvente. Antônio também era organizador do ritual do Kiki, evento central nas práticas rituais tradicionais Kaingang. O senhor figura como aquele informante privilegiado, condição que o fez possuidor de uma verdadeira biblioteca em sua casa – muitos deles relacionados a documentos que os pesquisadores que visitavam a TIX produziam em diálogo com a comunidade.

Neste sentido, conforme Luciana, o problema do pai teria iniciado após ele retornar de uma viagem e notar que uma enteada sua havia jogado no lixo todo este material que estivera coletando com tanto carinho. Neste momento de revolta da garota, nem mesmo suas roupas teriam sido poupadas. Foi um momento delicado que teria culminado com a moça exigindo para si a casa que Antônio possuía como residência. Segundo Luciana, a filha adotiva era de uma natureza “ruim”, pois não encontrava outra explicação para suas atitudes. Antônio, após este evento, teria ficado cada vez mais pensativo e “fraco”⁴⁰, o que o tornou suscetível a aproximação dos “espíritos malignos” que o atormentavam. Luciana conta que ele sempre se queixava de ter que se esconder debaixo dos cobertores para fugir de um bicho que desejava lhe pegar.

Luciana, como já mencionado, tentava ajuda numa igreja evangélica – onde seu irmão Mário era pastor. Segundo ela, teria notado melhoras na condição do pai, principalmente após o início da *campanha* que estavam fazendo naquele momento específico. Assim, todas as noites, durante duas semanas, reunia-se com outros crentes na igreja para fazer orações direcionadas no auxílio específico de seu pai.

Este caso ainda gerou desconfiança por outros familiares sobre as atitudes de Luciana para tratar Antônio. Uma das cunhadas dele, tia Maria – que também era uma conhecida remedeira de outra aldeia –,

⁴⁰ Esta noção de “força” como base explicativa da saúde no contexto Kaingang é abordada por Oliveira (1996). Este termo seria usado como sinônimo de “ter saúde”, sendo que a sua perda traz vulnerabilidade à doenças.

não via com bons olhos a conversão dos dois às igrejas evangélicas pela trajetória do velho segundo os valores e práticas católicas relacionadas à *tradição*. De fato todos o reconheciam como festeiro de Nossa Senhora Aparecida na aldeia Pinhalzinho.

Maria conta que quando a sua irmã, esposa de Antônio, começou a ficar doente os crentes foram até sua casa para tentar convertê-la. Naquela época Antônio teria dito que queria que a mulher estivesse na igreja católica quando morresse. Como nos conta Maria: “eles insistiram para convertê-la e ele brigou com os crentes, daí que ele ficou doente”. Quando a esposa faleceu Antônio piorou muito, foi então que o pessoal teria se aproveitado e levado ele na igreja crente – o que contribuiu para que ele ficasse mais doente segundo Maria.

Maria acusa os evangélicos familiares de terem colocado no lixo as imagens de santos católicos na tentativa de forçar o velho a aceitar Jesus. Para ela os crentes trabalhavam para roubar o seu espírito. “Queriam colocar outro espírito crente nele, por isso ele ficou bobo, parou até de rezar porque as rezas não vêm mais pra ele”. Como conta, “com uma oração eles derrubam, e quando se levanta acabou, já esqueceu (...), não sei o que eles fazem quando derrubam, eles tiram o espírito e põem outro que é deles, dos crentes”.

Maria teria alertado a Luciana para o retirarem da Igreja crente porque ele estava sofrendo. Insistiu para que retornassem com ele para a igreja católica, que comesçassem uma *novena* ou fizessem uma *promessa* para sua melhora. Não obtendo concordância de Luciana e Mário, Maria fez uma promessa por conta própria para que seu espírito retornasse. Dirigiu-se à *água santa* de São João Maria no Toldo Imbú, fez orações e ofereceu uma *feita* em troca da melhora do Antônio. Segundo Maria, Antonio teria melhorado alguns dias depois, pois teria notado que já estava conversando e mostrava-se contente – além de estar sabendo rezar de novo.

O fato é que Antonio acabou falecendo algum tempo depois. Seu enterro foi conduzido na igreja evangélica, por decisão de Mário e Luciana, o que gerou mais acusações por parte de Maria e gerou uma tensão que se estende até os dias de hoje ao rememorar este episódio. Essa tensão, percebida por Maria, se agrava pelo fato de não terem respeitado os processos rituais tradicionais de enterro e, principalmente, a realização do ritual do Kiki, a festa dos mortos – o que poderia remeter à impossibilidade do espírito de Antônio não encontrar o caminho correto para descansar.

As igrejas evangélicas são atraentes para a solução para diversos problemas. As ofertas amplas de tratamento acabam envolvendo os itinerários de enfermos principalmente de doenças que perduram no tempo, pontuando em suas trajetórias a possibilidade de conversão à religião. Percebemos que as experiências de enfermidade ocupam um papel chave no mecanismo articulador das relações entre os fiéis e as igrejas. Em última instância de um processo contínuo da manutenção da aliança com Deus pode ser encarado como uma concepção de saúde tomada dentro da cosmologia *crente*.

Aceitar seguir os preceitos de conduta doutrinários é fundamental como base da manutenção boa saúde. Em termos gerais, todos são doentes até aceitar Jesus. Firmar a aliança com ele e seguir a doutrina é a principal atitude para alguma mudança. Portanto, quando do acometimento de alguém por alguma enfermidade, uma solução pode ser a entrada para a religião evangélica. Doenças podem ser curadas no simples ato de aceitar a palavra de Deus. Como Deus tem um plano para a vida de cada um, aceitar e seguir este plano pode render a cura da doença e muito mais.

Quando uma pessoa ainda não acredita que o melhor caminho a ser seguido é o concernente a palavra divina, inicialmente evidencia-se o que chamam de *mistério*, que geralmente apresenta-se no início do processo de “adoecimento” como um desafio aos entendimentos do porquê da doença, ou uma etapa considerada de difícil superação pessoal, um problema de relacionamento, etc. Quando o *mistério* não é logo solucionado por outras instâncias (como médicos no caso de uma enfermidade), esta etapa culmina com a exacerbação da dúvida no poder de Deus que, segundo os *crentes*, pode intervir sobre todas as coisas do mundo. Caso a pessoa ainda busque solução através desta religiosidade é firmado um *propósito*, que pode ser entendido como uma possibilidade de negociação para com o Senhor. Neste suplicio pela interferência divina, elabora inicialmente o *propósito* de troca da cura pelo *proselitismo* da *palavra* por parte do sofredor, ou seja, a concentração de seus esforços para o aumento do “rebanho” de *irmãos* em troca da redenção pretendida.

Como deus é dono da situação, todo o diálogo com ele deve ser feito num tom de consciência acerca da sua superioridade onde sua vontade é a que sempre prevalecerá. Caso o pedido não seja atendido, é encarado como um evento necessário e que até o momento não foi compreendido, podendo ser reinterpretado posteriormente como parte de

algum outro contexto mais amplo. Se por acaso é atendido, o que os *crentes* chamam de *milagre*, é resignificada e valorizada a importância, perante Deus, daquele indivíduo que se comprometeu: “Deus possui um *plano* para a sua vida”.

Portanto, aquele que se torna crente está incumbido de professar o proselitismo da palavra de Deus aos que ainda não a aceitaram. Este proselitismo pode ser resumido na busca constante na atração de outros sujeitos a converterem-se para a doutrina e participarem das atividades da igreja. Geralmente estas práticas de convencimento passam por relatos de experiências de enfermidade que culminaram em processos de conversão. Relatos como estes transcritos acima são rotineiros na vida dos crentes, pois embasam e movimentam as práticas *proselitistas*. Também são comuns desabafos sobre problemas relacionados ao abuso de bebidas alcoólicas, desentendimentos familiares que desencadearam a ida de alguém à igreja e a aceitação de palavra de Deus como solução. Estas narrativas são básicas e centrais como justificativas das atividades dos crentes. Em quase todos os casos são enfatizadas as possibilidades de cura de doenças que a biomedicina não consegue explicar. Quando o médico não acha nada, é um problema a ser resolvido na igreja: “a AIDS não tem cura para os médicos, mas aqui não há o que Deus não cure”. O mesmo tratamento pode ter o câncer ou outras doenças graves.

Justifica-se aí necessidade que os crentes têm de falar para outros a respeito das curas que possivelmente venham a ocorrer, o que os coloca literalmente frente a uma relação servil para com Deus. Assim, *testemunhar* publicamente sobre a doença ou infortúnio vivenciado é redimir-se perante esta relação e uma possibilidade de convencer mais alguém a seguir a mesma atitude. Os crentes fazem questão de contar sobre suas experiências de conversão, relatando como era sua vida anteriormente e como ela é agora, a fim de chamar a atenção para tornar a vida evangélica atrativa.

Desta forma, tornar-se crente também remete à construção de uma identidade faccional entre os indígenas, onde a experiência individual da enfermidade cumpre um importante papel. Na TIX, este processo de mudança ou transformação coloca o fiel como um elemento de um universo maior, pois o *crente* é igual a todos os outros humanos na terra perante Deus, independentemente de “raça ou cor”.

Através dos elementos evidenciados nas diversas situações é possível enunciar a elaboração, pelos sujeitos e no presente, de uma sequência de passos e eventos que percorreram até chegar ao ponto em que se encontram. É claro que nos casos aqui selecionados prevalece o

ponto de partida para a significação da experiência do adoecimento a lógica *crente* de entendimento das doenças. Com isso não quero afirmar que a lógica de adoecimento e cura é tão unívoca como reafirmada nos discursos dos evangélicos. Como em outros casos acompanhados na TIX, as tomadas de decisões pelos sujeitos e grupos domésticos para a continuidade dos tratamentos, abandono de práticas ou reformulação de diagnósticos são dados entremeio a diversos pontos de vista. Assim, apesar dos discursos de unidade promulgados pelos crentes, os casos nos fazem perceber que a lógica evangélica emerge e reafirma-se na variedade de outras práticas terapêuticas dispostas.

É evidente a partir dos casos observados que existem descontinuidades e divergências nas trajetórias individuais, de onde emergem conflitos que interferem nas tomadas de decisões e colocam em evidências cisões preexistentes entre os grupos internos, por exemplo, entre os crentes os católicos tradicionais. Da mesma forma, podemos perceber que a conversão as vezes não é algo duradouro, mas um investimento contínuo do sujeito crente para a reafirmação da sua submissão ao poder de Deus. Do ponto de vista do enfermo, é algo que constantemente deve ser reavaliado. Neste movimento é comum que as mulheres cumpram importantes papéis, principalmente convencendo maridos, e levando consigo os filhos, a frequentarem a igreja evangélica que congregam.

É possível que os enfermos tracem um itinerário por entre as diversas igrejas evangélicas da TIX – ou mesmo fora dela – em busca de solução para as enfermidades apoiando-se na atuação de algum agente evangélico específico. Transitar pelas diversas igrejas evangélicas, mesmo de denominações diferentes, não significa discrepância ou descontinuidade. Já o movimento de conversão, descoberta e reconversão dos sujeitos à religião evangélica, embora comum, é indesejável.

2.4 – Enfermidades Popularmente Reconhecidas

Na TIX também são comuns os relatos sobre enfermidades não reconhecidas pela biomedicina. São enfermidades que geralmente tem diagnósticos controversos quando os indígenas procuram os serviços de saúde oficiais. Estas doenças, de naturezas heterogêneas, podem ter tratamentos simples ou extremamente complicados. O fato é que elas só podem ser tratadas a partir do correto diagnóstico. Se isto não ocorre a situação pode se agravar e nunca ser solucionada definitivamente.

Gripes e resfriados poderiam se enquadrar nesta ampla categoria. Entretanto, não são doenças consideradas graves e, a rigor, não remetem a um itinerário terapêutico propriamente dito. A população em geral tem conhecimento sobre o preparo de chás, ervas e outras práticas que podem atuar nestas enfermidades, o que possibilita os sujeitos e grupos domésticos atuarem de forma bastante autônoma. Portanto, é normal que se recorra ao agrião para combater a gripe, ou mesmo um chá de boldo para enfrentar alguma dor de estômago, problemas no fígado ou mesmo ressaca provocada por ingestão de bebidas alcoólicas.

A *míngua* e o *amarelão* são exemplos mais interessantes. Estas acometem comumente crianças e possuem características semelhantes. A população indígena nota que é comum que “os médicos confundam o amarelão com hepatite ou anemia” e “a míngua com desnutrição”. Para os benzedores ligados ao catolicismo popular, aptos a diagnosticar e tratar destas doenças, existem diferenças cruciais em termos corporais na atuação das enfermidades. A anemia afeta o sangue e o amarelão afeta o fígado. O amarelão ataca o sujeito quando há mudança de temperatura ou há uma quebra de dieta. Isto gera fraqueza, dor nas pernas e no estômago e espalha-se pelo corpo. A característica mais visível é a palidez ou aspecto amarelo do acometido, o que pode tornar-se hepatite se não for tratado adequadamente. A míngua, assim com o amarelão, não é algo contagioso. É como uma fraqueza que afeta o corpo do sujeito impedindo que se desenvolva ou cresça adequadamente. Geralmente tem a ver com a quebra de dieta e não especificamente com a falta de nutrientes – como querem os profissionais de saúde.

Enfim, a lista de enfermidades popularmente reconhecidas pode ser extensa – incluindo as *bichas atacadas*, o *susto* ou a *rendidura*. O processo de tratamento e cura destas enfermidades é relativamente simples se diagnosticadas corretamente. Para isto é preciso procurar um *benzedor* relacionado ao catolicismo popular que avaliará cada caso e

utilizará os remédios do mato, rezas e benzeduras – envolvendo performances corporais – para reverter o quadro do acometido.

De forma alternativa, algumas destas enfermidades também podem ser tratadas pela Pastoral da Saúde/Criança através dos medicamentos fitoterápicos que produzem. Os indígenas reconhecem que estes medicamentos mantêm certas continuidades entre as práticas de utilização das ervas e chás popularmente utilizadas. Nos itinerários que acompanhei, exceto em alguns casos de gripe e resfriado mais severos, a figura da Pastoral quase sempre foi tomada como secundária nas terapêuticas recorridas pelos sujeitos.

Outra enfermidade popularmente reconhecida, porém muito mais grave, é o *feitiço*. Esta envolve processos sociais mais amplos e demorados de serem resolvidos e, certamente, leva a uma reflexão existencial mais profunda por parte do sujeito e grupo doméstico acometido. Necessita, portanto, de atuações que envolvem o registro das causas e interpretações mais profundas acerca das motivações e dos procedimentos a serem adotados para sua reversão – o que geralmente é feito por um *curandeiro*. Além do mais, a reversão de um feitiço envolve a mobilização de recursos financeiros consideráveis que intermediará a relação entre o sujeito acometido e o especialista, tornando questionáveis as finalidades e intenções deste ator.

2.4.1 - Nédio e o Feitiço

Nédio era um jovem de 40 anos que morava na aldeia Baixo Samburá. Gabava-se por ser muito trabalhador e um reconhecido *briquista* (negociante de produtos diversos) naquelas redondezas. Plantava milho, criva algumas cabeças de gado, porcos, frango e produzia queijo para vender aos interessados indígenas e outros da comunidade vizinha de Samburá. Possuía em seu terreno inúmeras árvores frutíferas, como bergamota, laranja e pêsego, que também eram comercializadas eventualmente. Isto o levava a circular bastante pelas aldeias da TIX e também pelas comunidades vizinhas não indígenas para negociar seus produtos. Nédio era pai de 4 meninos e casado com Rejane. Moravam numa casa antiga de madeira, bastante ampla em relação às atuais moradias de tijolo que estão sendo construídas atualmente na TIX. Longos debates na sua casa foram levados a cabo no final das tardes, pois sempre se mostrou muito curioso acerca de minha pesquisa.

Durante um destes debates questionei Nédio sobre a existência de feitiçaria na TIX. Nédio de pronto me respondeu: “existe sim e é muito

perigoso”. Disse que havia sofrido há algum tempo com um problema na perna que, ao final do processo, foi diagnosticado como feitiçaria. Pedi várias vezes para que me contasse sobre o ocorrido, mas ele sempre desconversava. Toda vez que eu tocava no assunto ele arrumava outra coisa para fazer. Depois de algum tempo, quando eu já havia desistido de saber mais sobre o seu caso, a história veio à tona quando falei que visitaria um *curandeiro* que morava na sua aldeia. Nédio então me alertou: “toma cuidado com aquele lá, cuidado pra ele não te colocar feitiço, porque uma vez ele colocou em mim”.

Talvez por estarmos sozinhos naquele momento, Nédio resolveu falar. Contou que logo depois de ter se casado com Rejane, e antes mesmo de ter os filhos, teria machucado a perna com a enxada durante o trabalho na roça. Isto a princípio foi tido como algo corriqueiro que melhoraria com o tempo. Disse que lavou a ferida com sabão de soda, como fazia corriqueiramente quando se machucava. Como o corte estava um pouco aberto, enfaixou a perna com uma atadura para poder continuar trabalhando no dia seguinte.

Depois de uma semana a ferida não havia melhorado e começava a criar pus. Logo veio a febre, o que levou a Nédio utilizar uma mistura de ovo batido com banha de porco sobre o ferimento – cobrindo tudo com uma atadura. Segundo ele esta era uma prática bastante utilizada pelo pessoal que se machuca porque “o *empacho* [emplastro] ajuda a puxar a sujeira da ferida, baixar a febre e refresca”. Utilizou esta prática durante mais ou menos uma semana, trocando o curativo duas a três vezes por dia.

Depois de quase um mês após ter se ferido, sua esposa conseguiu convencê-lo a procurar o posto de saúde. Nédio foi até o centro de Ipuçu, os habitantes da aldeia Baixo Samburá comumente frequentam o posto. Lá as enfermeiras fizeram limpeza e pontos para fechar o ferimento e encaminharam ao médico. Este receitou medicação alopática, provavelmente algo para controlar a febre e atuar na infecção. Nédio fez questão de enfatizar para mim que tomou “certinho” o medicamento do médico, mas, apesar de perceber que isto foi útil para baixar a febre, diz não ter melhorado em nada com relação ao machucado.

Mesmo usando o emplastro, Nédio conta que a ferida “começou a tomar o resto da perna”. Nas suas palavras: “a perna começou a apodrecer e eu nem conseguia andar mais”. A mãe de Nédio, que era remedeira e morava próximo à sua casa, avaliava que aquela situação estava perdurando por muito tempo e que poderia estar relacionada a

algo mais profundo. Indicou, portanto, que ele procurasse uma *curandeira* na aldeia Cerro Doce que poderia dar um diagnóstico diferente.

Nédio foi levado de carro pelo cunhado Peri para a casa da curandeira. Esta incorporou um de seus guias espirituais que avaliou a situação e diagnosticou como feitiço. Para fazer sarar a perna, era preciso identificar quem era a pessoa que havia enviado o feitiço e a forma como este teria sido feito – para assim desmanchá-lo. Nédio conta que a senhora solicitou uma considerável quantia em dinheiro para que o “trabalho” de desmanche fosse feito. Após uma semana de trabalho dos guias, Nédio deveria retornar para saber dos resultados.

Passada aquela semana com muitas dores e febre, Nédio retornou à curandeira e esta lhe informou que os guias haviam descoberto que o feitiço havia sido mandado por um *curandeiro* que morava nas imediações da sua casa. A curandeira alegou ter ficado muito cansada com a busca pelo responsável e que agora precisaria trabalhar ainda mais para desmanchar o feitiço. Solicitou, então, mais dinheiro pela dificuldade que estava envolvida. Esta nova solicitação de dinheiro irritou Nédio que, mesmo contrariado, pagou esperando um bom resultado.

Depois de mais uma semana Nédio compareceu à curandeira que revelou que finalmente havia desmanchado por completo o feitiço. Contou a Nédio que os seus guias haviam encontrado um papel com o seu nome e o da sua atual esposa enterrados num formigueiro dentro dum cemitério. Contou também que o feitiço teria sido encomendado por uma antiga namorada de Nédio ao curandeiro/feiticeiro. O objetivo era destruir seu atual casamento. Nédio enfatizou para mim, no seu relato, que a história fazia total sentido. Contou que realmente havia brigado com a antiga namorada para iniciar o atual casamento e que ela havia prometido se vingar pela separação.

O fato é que Nédio confirmou que depois dos trabalhos realizados pela curandeira sua perna começou a melhorar gradativamente. Dentro de uma semana ele já estava caminhando e depois de um mês a ferida havia cicatrizado completamente: “não precisei nem tirar os pontos no posto de saúde, tirei sozinho em casa”.

2.4.2 - Micuim e a Míngua

O filho mais novo de Nédio e Rejane tinha o apelido de Micuim. Na época possuía pouco menos de 2 anos de idade. Enquanto Nédio trabalhava circulando pelas aldeias tentando negociar os produtos que produzia, Micuim ficava com sua mãe enquanto ela realizava os trabalhos domésticos. Micuim também circulava pela aldeia junto com os irmãos de cerca de 10 anos de idade e com a prima com a mesma idade.

Enquanto eu estive morando na aldeia Baixo Samburá, Micuim começou a emagrecer e demonstrar falta de apetite. A família ficou preocupada quando perceberam que a situação não se revertia. Em poucos dias resolveram conversar com uma indígena que era *líder* da Pastoral da Criança/Saúde na sua aldeia. Esta indicou que eles voltassem a tarde, quando as *irmãs* coordenadoras da Pastoral viriam até a sua casa para articularem algum programa a ser executado localmente. Examinando a criança, as *irmãs* interpretaram que ela estava sofrendo com algum tipo de desnutrição. Isto era contraditório na visão de Rejane, pois a família preocupava-se muito em não deixar faltar comida para as crianças. De qualquer forma, as irmãs forneceram um pote de *multimistura*, uma farinha de grãos diversos para ser adicionada ao leite ou aos alimentos, que ajudaria a criança a se recuperar se o caso fosse a má nutrição. Também, insistiram para que a família levasse a criança até o posto de saúde para que o médico pudesse dar um diagnóstico mais preciso.

Nédio relutou em levar no posto de saúde, já desconfiando que a atuação dos médicos não resultaria em algo positivo naquela situação. Apesar disso, levaram-na até Ipuacu no principal posto da cidade onde receberam o diagnóstico de anemia. A equipe de saúde forneceu à família um complemento vitamínico a base de ferro que deveria ser administrado junto com a alimentação durante um período de 15 dias.

Rejane e Nédio, entretanto, não ficaram satisfeitos com os diagnósticos da Pastoral ou mesmo do Posto de Saúde. Logo depois de voltarem de Ipuacu, Nédio levou o pequeno Micuim a uma benzedeira da sua aldeia. O casal explicou à mulher que a criança estava com falta de apetite e fraqueza. A benzedeira olhou a criança, fez uma oração e impôs as mãos sobre a sua cabeça. Olhou para os pais e diagnosticou-a com *míngua*. Nédio comentou com a esposa: “eu não falei? Tinha que ser míngua, não é anemia”. Explicou à benzedeira o que o médico havia dito e ela comentou: “É, os médicos não sabem de míngua, pra eles não

tem mímica, aí acham que é outra coisa. (...) Isso sempre dá confusão porque é normal nas crianças desta idade”.

Para o tratamento era preciso que Nédio e a esposa utilizassem uma espécie de chá feito com ervas para banhar a criança por nove dias seguidos. A substância foi fornecida à família sem nenhum custo. Também, era preciso levar a criança até a benzedeira para que esta fizesse o benzimento adequado por pelo menos por mais três vezes. O benzimento era uma espécie de massagem feita pela benzedeira que, untando as mãos com o óleo, puxava os braços e pernas da criança como se estivesse esticando-os enquanto sussurrava alguma oração.

De fato, a multimistura e o complemento de ferro sequer foram utilizados pela família. Nédio e a esposa preferiram seguir à risca o tratamento oferecido pela benzedeira. Depois de 2 ou 3 dias Rejane já reconhecia sinais de que o filho estava melhor pelo fato de ter voltado a “comer com vontade”.

2.4.3 – Dona Roberta e o Amarelão

Dona Roberta, quando conheci, já estava bastante velha – mais de 90 anos de idade. Morava sozinha numa casa pequena ao lado da casa de Nena e seu marido. Era conhecida e respeitada naquela aldeia e também pelos moradores da comunidade não indígena próxima pelas suas atividades como *remedeira*. Durante o mês que antecedeu sua morte eu percebia nitidamente que ela estava muito doente. Ao indagar os filhos sobre o problema da mãe eles pareciam desconversar – ou não tinham muita certeza, ou não queriam revelar o diagnóstico. A senhora estava com os olhos amarelados e bastante pálida, ficava cansada com frequência e boa parte do dia ficava dormindo. Não parecia ter um acompanhamento médico intenso em termos biomédicos ou alopáticos. Tinha sim o cuidado dado pelos núcleos familiares da filha e do filho – que também morava muito próximo da sua casa –, que a auxiliavam nas atividades rotineiras. Os netos visitavam “Maíinha” diariamente para levar comida, conversar ou se revezarem para dormir junto da senhora. Roberta também recebia muitas visitas de parentes de outras aldeias que geralmente pernoitavam com ela.

Ao lado de sua casa, outro núcleo doméstico também se empenhava em ajudar a senhora. Tratava-se da família de Nédio, filho mais velho de dona Roberta. Assim como as crianças em geral, os meninos de Nédio circulavam bastante pelas diversas casas da aldeia, incluindo a de Roberta – o que de certa forma remedia a uma espécie de observação constante do estado senhora.

Para Nédio sua mãe estava com “amarelão preto” ou “bravo”, afirmando que havia sido assim diagnosticada por uma *benzedeira* da aldeia Sede, dona Idione. Disse que tentaram o tratamento proposto por ela, onde ministravam um chá específico para esta doença preparado pela própria Idione. Junto com o chá era necessário que se rezasse três avemarias a noite durante o período de duração do remédio. Peri me explicou que apesar de dona Roberta ser uma especialista no tratamento de amarelão, existia algum impedimento para ela fazer um autotratamento: “essa gente que faz chá e remédio do mato só sabe cuidar dos outros, quando ficam doentes não conseguem se tratar, tem que ser outro pra tratar deles”.

Nédio conta que por um tempo o remédio da dona Idione funcionou bem. Mas, segundo ele, com o tempo não fez mais efeito: “é que nem remédio de farmácia, a doença se acostuma com o remédio, aí tem que fazer outro mais forte”. Assim, Édio procurou um benzedor de amarelão que morava fora da área indígena. Tratava-se de um velho “italiano”, como diziam os índios, que morava na comunidade dos “Carneiros”, uma localidade rural entre a aldeia Baixo Samburá e o centro de Ipuacu. Este benzedor fez outro remédio para amarelão e pediu para que Nédio ministrasse a substância rigorosamente. Nos dias que o acompanhei percebi sua assiduidade, pois, quando não ia pessoalmente até Roberta mandava um de seus filhos levar um copo do chá no horário das 19 horas – mais ou menos.

Depois de mais ou menos um mês acompanhando o cotidiano desta família, a velha acabou falecendo. Na tarde do dia em que isto ocorreu, os filhos ainda conseguiram levá-la até o hospital em Xanxerê após ter passado mal. A ambulância da saúde de Ipuacu veio rapidamente até a casa de dona Roberta e Nena deslocou-se junto com a mãe. Retornou, entretanto, na madrugada seguinte já com o corpo da senhora para ser velado.

Quando chegaram, a família de Nena e Nédio rapidamente prepararam a casa da senhora para o velório. No começo apenas estavam presentes os vizinhos próximos, pois ainda era bastante cedo e a notícia estava se espalhando. Durante o dia que seguiu o cenário mudou, houve uma intensa movimentação no local e era visível a circulação de muitas pessoas de outras aldeias.

Além dos habitantes da TIX, que tinham algum tipo de consideração pela senhora, deslocaram-se às pressas 3 jovens indígenas (todos irmãos) que moravam e trabalhavam em Curitiba (PR) em serviços gerais há algum tempo. Estes eram muito próximos de Nena e

Nédio, pois haviam morado na casa de Roberta por um tempo enquanto eram crianças e adolescentes – muito provavelmente pelo seu relacionamento com a mãe nos jovens – enquanto terminavam seus estudos. Também se deslocou de Xanxerê outra jovem que desde a adolescência estava investindo na carreira eclesiástica junto à igreja católica oficial. Assim como os irmãos citados acima, também havia morado com dona Roberta por algum tempo quando mais jovem.

Nena e Nédio se empenharam em receber as pessoas que ali chegavam. Lembro-me de ver Nena preparando bolinhos logo cedo para receber os presentes. Nédio arrumou lugar para que o pessoal de fora pudesse dormir. Mas, talvez a principal preocupação destes dois filhos da Roberta fosse o desenvolvimento ritual do velório. Ou seja, era preciso decidir como seriam feitas as orações antes de encaminhar o corpo para o cemitério. Nena, apesar de congregar em uma igreja evangélica da aldeia Baixo Samburá, sugeriu chamar alguns rezadores “católicos tradicionais” já que a mãe dizia-se católica. Entretanto, Nédio não foi a favor apesar de também compartilhar desta religião. Como ele mesmo comentou “os rezadores ficam bêbados e só fazem fiasco, (...) esses dias quase tacaram fogo numa casa durante um velório⁴¹”. Por fim, em comum acordo, Nena e Nédio decidiram chamar o pastor da igreja evangélica que Nena participava para conduzir o final do velório.

Depois de terem circulado pela residência de dona Roberta mais ou menos uma centena de pessoas, o pastor fez uma oração ao estilo evangélico e disse algumas palavras enfatizando a importância de Dona Roberta para aquela aldeia – centrada na sua função como remedeieira e na qualidade anciã que a tornavam digna de respeito. Depois da fala do pastor também foi cedido espaço à jovem Sara como representante da igreja católica oficial. Ela fez um pronunciamento encomendando a alma da senhora e solicitou aos presentes a rezarem a oração do Pai Nosso.

Depois destes procedimentos, o carro da funerária transportou o caixão para a aldeia Sede, onde se situava o cemitério onde ela seria enterrada. Peri, marido de Nena, providenciou um micro-ônibus escolar de propriedade de seu vizinho para transportar o pessoal que estava no velório para acompanhar o enterro. A comitiva seguiu da aldeia Baixo Samburá para a aldeia Sede. A funerária da cidade de Bom Jesus já havia preparado o túmulo, como fora encomendado por Nena e seu marido. No cemitério todos que se deslocaram ficaram reunidos em

⁴¹ Zena me explicou que os rezadores tomam pinga para cantar e rezar durante velórios, batizados ou rezas de terço.

torno do túmulo. Os homens da funerária transportaram o caixão e posicionaram-no para que todos se despedissem da senhora. Nédio e Nena ficaram próximos do caixão. Sara disse umas últimas palavras e jogou um pouco de água benta sobre o caixão. Solicitou novamente a reza do Pai Nosso. Depois disso, o caixão foi colocado no túmulo e este selado pela funerária. Já ao final do dia, o micro-ônibus retornou todos os presentes para a aldeia Baixo Samburá.

Naquela noite as famílias de Nena e Nédio continuaram suas rotinas normalmente. No outro dia iniciou-se uma espécie de limpeza da casa de dona Roberta. A residência seria agora habitada pelo filho mais velho de Nena e Peri, para quem a velha teria encaminhado, ainda em vida, a ocupação da casa e a posse de alguns de seus animais de criação. Com o auxílio dos filhos, Nena iniciou a tarefa separando roupas da senhora que ainda estavam em bom estado para serem doadas. Colocou-as em sacolas plásticas e guardou em um cômodo da casa. Separou alguns utensílios domésticos e mobília quebrados e juntou com uma enorme pilha de roupas que já estavam muito deterioradas. Do lado de fora da casa, um dos netos da senhora ateou fogo em algumas peças de roupa iniciando uma pequena fogueira. Da varanda da casa, que era alta em relação ao solo, Nena e os filhos arremessavam os utensílios e roupas descartadas para que queimassem na fogueira. Ao final, a casa foi varrida, lavada com água corrente e brevemente organizada. Este processo durou toda a tarde do dia seguinte ao enterro. À noite a casa já estava modificada e pronta para ser ocupada pelo neto de Dona Roberta.

Como visto acima, gripes e resfriados não são casos da procura do posto de saúde, é mais comum que os indígenas ajam autonomamente a partir de conhecimentos gerais sobre plantas e ervas. Com a questão da falta de apetite também é assim, embora neste caso haja uma preocupação na procura pelos serviços médicos oficiais. O máximo que acontece, em alguns casos, é a presença das pessoas ligadas à Pastoral da Saúde/Criança para avaliações iniciais e, caso necessário, o fornecimento de algum medicamento fitoterápico ou reforço alimentar. Mesmo assim, fica evidente que para as doenças aqui chamadas de populares que o conhecimento biomédico é colocado em segundo plano, pois não são situações que os profissionais de saúde reconhecem ou tratam adequadamente.

Nestas enfermidades popularmente reconhecidas a experiência dos sujeitos é fundamental na avaliação dos problemas, escolha do tratamento adequado e procura por especialistas localmente reconhecidos como habilitados a empregar terapêuticas eficazes. Aqui a autonomia dos grupos domésticos é o fundamento para a própria sobrevivência e possibilidade de sua reprodução biossocial. O caso de Micuim ilustra bem esta questão, já que a observação e acompanhamento por parte dos parentes próximos foi fundamental para o sucesso da reversão da míngua. A situação de Nédio revela algo parecido e, embora fosse mais complicada, só foi sanada com o estabelecimento de alianças e a resolução de outros tipos de relações sociais.

O caso de Dona Roberta é ainda mais ilustrativo, pois, em termos de atenção à saúde mostra que a preparação para a morte – e os desdobramentos desta – é tão importante quanto a manutenção da vida. Em seu caso, embora não fosse um discurso aberto, é notável que os parentes próximos já esperavam o falecimento da senhora. Era neste sentido que os núcleos familiares de Nédio e Nena estavam empenhados, pois empregavam uma série de cuidados para que isto ocorresse da melhor forma possível. O fortalecimento do ritual do enterro pela presença dos familiares próximos que habitam localidades distantes foi estimulado, pois, para a família, era importante realizar “um bom enterro”. Como nem tudo era consenso entre os presentes naquele momento, a esfera de autonomia ficou em evidência na negociação dos encaminhamentos adequados a serem tomados – tornando evidentes a características de emergência sociocultural do contexto em questão. Ficou evidente também que a vontade de dona Roberta em deixar os pertences a um dos netos era uma questão importante a ser levada a sério pelos familiares após sua morte. Entretanto, novas práticas de atenção precisaram ser utilizadas para garantir a “limpeza” do ambiente para receber o novo morador.

2.5 – Concluindo o Capítulo

A lista de enfermidades ou experiências relacionadas pode ser extremamente ampla entre os Kaingang da TIX. Não foi minha intenção fazer um inventário das doenças, mas sim, mostrar alguns eixos que nos guiam para explorar as trajetórias dos grupos domésticos em itinerários terapêuticos e perceber como relacionam os atores relevantes no desenrolar de processos de adoecimento e tratamento a diversos infortúnios.

Não podemos esquecer que estas experiências estão imersas em processos mais amplos e duradouros de construção da exclusão dos Kaingang no cenário regional, os quais marcam o campo de atenção à saúde e trazem implicações sérias para o cotidiano dos indígenas. Neste sentido, é certo que os anos de contato, negociação, fricção ou interação entre as populações que se estabeleceram no oeste de Santa Catarina, confluíram para as atuais possibilidades a serem utilizadas pelos Kaingang – incluindo a medicina do estado e uma série de conhecimentos populares associados à diferentes ideologias ou modelos simbólicos.

Um olhar amplo sobre o conceito de saúde nos leva a reconhecer que o acirramento da estratificação social e o fomento da pluralidade de recursos de atenção à saúde permitem criticar os sistemas médicos como sistemas culturais com fronteiras bem delimitadas. Esta crítica pode ser percebida, por exemplo, na inadequação da proposta de Buchilet para a observação da complexidade envolvida nos tratamentos de saúde utilizadas pelos Kaingang por ser totalmente devedora do paradigma médico. Ao elucidar a centralidade da dicotomia causa/efeito na compreensão dos processos de adoecimento e cura, acaba reduzindo outros saberes e práticas locais que podem ser extremamente amplos e complexos. Em outras palavras, os itinerários terapêuticos na TIX, quando analisados segundo este modelo, revelam uma constante incerteza quanto a polaridade ocupada pelas diversas atitudes tomadas frente aos inúmeros contextos. Os caminhos aparentemente errantes e as terapêuticas que transitam entre o tratamento da sintomática e as possíveis respostas de fundo causal demonstram que não existe um padrão nas lógicas tomadas pelos indígenas.

Ainda que existam na TIX discursos que remetem a avaliação das enfermidades segundo lógicas que relacionam causa-efeito, um olhar relativista das categorias de doenças pode remeter a diversos outros níveis socioculturais. Tratam-se de representações sociais e, portanto, são inexatas. Mesmas palavras podem remeter a explicações e tratamentos totalmente diversos – e não somente à processos bioquímicos como desejados pela biomedicina. Da mesma forma, os mesmos sintomas podem ter diagnósticos diversos e apontarem para diferentes problemas ou infortúnios que, em alguns casos, podem nem apresentar sintomas ou estes não estarem localizados no corpo biológico. Neste sentido, as negociações entre os sujeitos e atores observadas em torno do tratamento das enfermidades na TIX remete ao

que Young (1976) já nos mostrou, ou seja, que qualquer categoria de doença é uma construção sociocultural.

Dada a significativa gama de possibilidades terapêuticas e explicações diversas sobre os processos de saúde e doença, a pesquisa dos itinerários terapêuticos na TIX mostra que, do ponto de vista dos sujeitos, a lógica do processo de saúde e doença tem muito mais a ver com a reavaliação, reorganização e reformulação de experiências – e negociação constante dos significados – do que com a manutenção de uma noção de saúde ou cura unívoca. Como ocorre com as categorias de enfermidades, este contexto emergente torna improdutiva a classificação das formas de atenção à saúde na TIX a partir de dicotomias como indígenas/não indígenas ou de dentro/de fora.

Não quero dizer, contudo, que não existem avaliações dos problemas. Pelo contrário, o que conseguimos levantar na TIX é que os processos de saúde e enfermidade, além de heterogêneas, são bastante emergentes e remetem severamente a um num nível mais pragmático de atuação. Assim, do ponto de vista dos sujeitos, os modelos de atenção à saúde são mais como orientações e mapas do que dogmas. A avaliação constante dos recursos disponíveis e de seu próprio estado de saúde torna fundamental o processo estrutural associado ao exercício da autonomia denominado *autoatenção* por Menéndez (2009). O trânsito pelos diversos recursos significa agência articulando modelos de atenção fundamentados na própria sobrevivência ou, como quer Menéndez, a reprodução biossocial do grupo.

Neste sentido, a intermedicalidade é um conceito interessante por mostrar que práticas médicas são ressignificadas, reelaboradas, incorporadas ou negadas do ponto de vista da procura terapêutica. Corroborando com diversos trabalhos já realizados na TIX e região (HAVERROTH, 1997; DIEHL, 2001; ROCHA, 2005; GHIGGI JR, 2006; PORTELA-GARCÍA, 2010; OLIVEIRA, 2012), do ponto de vista dos itinerários terapêuticos a utilização das diversas práticas presentes na TIX se dá de forma pragmática segundo a avaliação da situação e enfermidade vivenciada.

Autoatenção poderia ser concebida, reduzidamente, como subversão ao papel dos serviços oficiais de saúde, que buscam cecear a autonomia pela impessoalidade do aparato burocrático e controle das ações e processos terapêuticos. Entretanto, é preciso ir além a esta concepção. Como é um processo estrutural, a autoatenção exige uma observação holística das situações na consideração de outros aspectos socioculturais relevantes a fim de ajustar constantemente a avaliação do

que deve ser subvertido (e o deve ser apropriado) na relação dos sujeitos com outros atores relevantes.

Em outras palavras, os itinerários terapêuticos acompanhados na TIX deixam claro que a autonomia assume diversas facetas a partir dos processos de saúde e enfermidade segundo os problemas enfrentados e tem como base outros tipos de relações para além daquelas estabelecidas pela formalidade dos serviços médicos oficiais. Autoatenção remete a um contexto emergente e à influência e intervenção de outros agentes próximos aos sujeitos e grupos domésticos fomentando relações de troca e reciprocidade.

Ou seja, além de ajudar a criticar a ideia de que os recursos estão dados num mapa de opções bem determinadas, o engajamento de conhecidos, parentes ou vizinhos a partir da autoatenção torna interessante uma aproximação entre itinerários terapêuticos e uma ideia geral de redes sociais. Carl Landé (1977) elabora uma noção de rede social que pode ser interessante aqui. Sua base são as relações diádicas, ou seja, as relações dadas na interação entre dois indivíduos. Para ele, as redes seriam maiores e mais inclusivas que as relações diádicas, seriam, na verdade, uma série de relações diádicas tomadas como links sociais. De forma ampla, portanto, as redes remetem a ideia de campos sociais emergentes da interação entre os indivíduos.

Enne (2004) faz uma síntese interessante de abordagens antropológicas e sociológicas sobre rede social que parece complementar ao que foi colocado acima. Para ela, rede social é:

“um tipo de configuração social que não pode ser considerado um grupo ou agrupamento, por seu caráter fluido e pela ausência de uma unidade entre os membros, pois estes não estão necessariamente todos em contato uns com os outros, de forma direta, em prol de um objetivo comum, como no caso de um grupo; as relações se dão através de links entre os agentes, de forma interpessoal, marcados por um fluxo de informações, bens e serviços, que irão resultar em processos de interação cujas fronteiras não são estáticas, mas se encontram em permanente construção e desconstrução” (ENNE, 2004, p. 270).

Retomando o que estou tentando argumentar, autoatenção basicamente é a possibilidade de agência no campo emergente da saúde e isto envolve a construção de redes terapêuticas. Portanto, acrescento à definição de Landé a ressalva que Emirbayer e Goodwin (1994) fazem acerca da concepção das redes enquanto estruturas formais e permanentes. Para eles, a mediação cultural dos processos de interação é central na emergência das redes, que são constantemente rearticuladas e transformadas a partir da agência dos sujeitos. Neste sentido, retomando Ortner (2007) temos que os processos de (re)produção das redes sociais baseiam-se em aspectos de intencionalidade, de elaboração de projetos e de relações de poder entre os atores.

Seja circulando pelas igrejas evangélicas, pelos postos de saúde, pelos hospitais, pelas benzedeiras, curandeiras, parentes ou lugares desconhecidos, na TIX a autoatenção está fundamentalmente associada ao papel das mulheres Kaingang voltado para articulação das redes terapêuticas. Na maioria dos casos elas são as principais figuras na hora de tomar as principais decisões sobre os caminhos a serem percorridos pelos núcleos domésticos em relação aos processos de saúde e enfermidade. Tais processos envolvem situações de liminaridade e, portanto, representam zonas fronteiriças férteis na dialogicidade. Levando em consideração a agência e a autonomia, o papel das mulheres é central na abertura para a diversidade de linguagens e vozes que entremeiam os itinerários terapêuticos e movimentam a circulação dos sujeitos pelos recursos. De certa forma, esta constatação corrobora com uma das conclusões que Bott (1976) elucida em seu trabalho sobre família e rede social. Ou seja, ela reconhece que o papel das mulheres é fundamental na mediação entre o núcleo familiar e os processos que envolvem atores externos.

Do ponto de vista dos sujeitos e grupos domésticos, a rede pode ser definida como um campo de possibilidades emergente e em retroalimentação diretamente proporcional ao investimento na agência. É neste sentido que a atuação das mulheres, entremeadas pelas relações de troca e reciprocidade, estabelecem formas de acesso e de circulação particulares pelos diversos recursos terapêuticos que a fim de obterem bons resultados nos processos de saúde e enfermidade. Nesta direção o papel das mulheres é colocado em relevo quanto ao gerenciamento dos fluxos de comunicação para negociação de estratégias de atenção à saúde. Esta ideia de Hannerz (1997) sugere que fluxos de informação que são organizadores de composições sociais marcadas por constantes mobilidades. Para ele atores sociais estão preocupados na administração destes fluxos, que são tornados públicos e distribuídos pelas demandas

de interações sociais. Trata-se de uma perspectiva processual da cultura como atividade e gerenciamento do significado – ou da própria cultura. A cultura seria um complexo multivocal, polifônico e em fluxo, ou seja, tratada de forma distributiva com relação às informações. Neste sentido, poder, prestígio e autoridade estão relacionados às agências sociais e aos atores que elaboram estratégias de gestão cultural. Nas redes de interação sociocultural as trocas se dariam em movimentos contínuos entre atores sociais a partir de fronteiras fluidas – que tenderão a se reordenar de acordo com os contextos interativos.

Aqui é interessante lembrar que o campo da etnologia indígena no Brasil produziu algumas abordagens que visaram as inserções dos grupos indígenas nas redes regionais (GRUPIONI, 2005; GALLOIS, 2005; BARBOSA, 2005; SZTUTMAN, 2005). Gallois (2005) sugere, para o estudo com populações indígenas das Guianas, que as relações entre diferentes grupos sejam tomadas num âmbito multilocal não visando a superação do localismo e totalização. Com a finalidade de extrapolar enfoques geográficos ou topográficos fixamente situados, a noção de rede é utilizada para abordagem de espaços de mediação entre esferas comumente tomadas como separadas. A tentativa é de descrever os espaços onde se praticam a comunicação e a troca remetendo uma noção de *limite* flexível, poroso e mais nebuloso para tratar das relações interétnicas.

Neste sentido, podemos pensar que a emergência das redes terapêuticas na TIX remete a uma problematização do recorte étnico como base metodológica que, de certa forma, está apoiado na constatação de que a busca por recursos por parte dos Kaingang se estende para além do território demarcado e também envolve saberes e atores não indígenas. Além do mais, apesar dos trânsitos dos indígenas da TIX perpassarem por diversas linguagens e espaços terapêuticos, de forma alguma estes processos representam problemas com relação aos critérios de pertencimento étnico por parte dos sujeitos e grupos domésticos – aspectos comumente associados a outras esferas simbólicas, como o aprendizado do *idioma* ou a relação de descendência com os chamados “índios puros”.

Enfim, é preciso ter em mente que as articulações das formas de atenção pelos sujeitos e grupos domésticos não podem ser tratadas como meras consequências do contato interétnico que relega aos indígenas um polo passivo. Diante do que foi exposto temos que a articulação das diversas formas de atenção disponíveis para os Kaingang da TIX perpassam diversas esferas da vida social dos indígenas e não somente o

campo mais estrito da atenção à saúde a nível oficial. É em favor de uma avaliação muito mais ampla dos problemas de saúde por parte dos sujeitos e grupos que procurei argumentar que a autoatenção é um mecanismo básico de empoderamento que precisa ser levado a sério. Isto não significa somente entender de que forma estas articulações se dão no contexto em questão. Significa, sobretudo, tratar tal mecanismo como elemento chave para as reflexões sobre uma política de atenção à saúde que efetivamente respeite os anseios e decisões dos povos indígenas de forma a não limitá-los a princípios e orientações estritamente multiculturalistas.

Em suma, quando focamos nos itinerários terapêuticos dos grupos domésticos Kaingang notamos que estes percorrem uma diversidade de recursos no desenrolar dos processos de saúde, enfermidade e atenção. A partir do processo estrutural de autoatenção, vimos que diferentes recursos são articulados pelos sujeitos e grupos domésticos na solução pragmática para suas aflições. Nos próximos capítulos enfocarei, de forma complementar, outra perspectiva da abordagem que denominei relacional inspirada em Menéndez (2009). Explorarei o ponto de vista voltado para intencionalidade da oferta terapêutica, ou seja, meu interesse é, portanto, documentar esta pluralidade de recursos e o modo como estes emergem e se organizam de forma distributiva a tornarem-se referenciais para as dinâmicas de circulação e itinerários terapêuticos dos sujeitos e grupos domésticos Kaingang. Abordarei, portanto, o campo de atenção à saúde que perpassa a TIX tendo como recorte cada uma destas *redes terapêuticas*, quais sejam, os *crentes e as igrejas evangélicas*, os *católicos tradicionais*, a *pastoral da saúde* e os *serviços oficiais de saúde*.

CAPÍTULO 3 - OS CRENTES E AS IGREJAS EVANGÉLICAS

Em outros trabalhos já procurei tratar os evangélicos presentes na TIX como uma instância importante de atuação em relação às questões terapêuticas (GHIGGI JR, 2006 e 2010). Durante a pesquisa de campo atual pude fortalecer esta ideia, pois de fato existe uma matriz de conhecimento que remete a determinadas práticas em torno do tratamento das doenças e infortúnios em geral, como vimos no capítulo 2. Assim, não é possível ignorá-los enquanto referenciais no campo de atenção à saúde local se partimos do ponto de vista dos indígenas e quando observamos seus itinerários e trajetórias terapêuticas.

Para os evangélicos, os processos de saúde, enfermidade e atenção representam peças centrais na estruturação da religião. As enfermidades estão inseridas no centro da lógica de batalha contra o mal que motiva a expansão da sua atuação através do recrutamento de um exército de fiéis engajados em aceitar uma conduta de vida específica. Neste sentido, a legitimação da atuação das igrejas evangélicas na localidade está diretamente associada à sua própria afirmação enquanto rede terapêutica referencial.

A organização institucional específica apoiada em mecanismos prosélicos e, mais especificamente, nas práticas de agentes religiosos, remete ao estabelecimento de articulações entre sujeitos engajados com o fim de servir a Deus para buscar a salvação eterna após a morte. Esta organização visa um movimento de expansionismo calculado para ampliação de sua rede de atuação e atração de fiéis, principalmente na elaboração de rituais e outros espaços de interação e sociabilidade.

Na TIX, segundo Almeida (1998), é a partir da década de 40 que têm início as práticas de adeptos e de pregadores de igrejas protestantes. Um marco inicial é a construção de um templo da igreja Batista próximo à aldeia Sede por volta de 1950, a qual passou a atuar através de um orfanato na aldeia Baixo Samburá e na distribuição de medicamentos à população indígena e não indígena. Ao final dos anos 70, e mais efetivamente a partir dos anos 80, proliferaram as denominações pentecostais.

Hoje, é impossível a quem visita qualquer aldeia, especialmente a Sede e a Pinhalzinho, deixar de notar a grande quantidade de igrejas e a relativa variedade de denominações que existem nos espaços centrais das mesmas. Dentre as diversas denominações, ou ministérios, se destaca a atuação da Assembleia de Deus, que ingressou na aldeia Sede em 1985 e possui igrejas em quase todas as aldeias atualmente

(ALMEIDA, 1998; VEIGA, 2004). Ainda existem outros ministérios que podem ser observados na localidade, todos com pelo menos uma igreja na aldeia Sede: O Brasil para Cristo, Só o Senhor é Deus, Rei da Glória, Noiva de Jesus, Rosa de Saron, Deus é Amor, Unindo-se pela Fé e Visão Missionária. Cabe lembrar também que estas mesmas igrejas estão presentes em bairros populares das cidades vizinhas.

3.1 - A estruturação organizacional das congregações evangélicas

Fundamental para emergência do segmento crente como fomentadora de recursos no campo de atenção à saúde são os mecanismos da manutenção da estrutura organizacional das igrejas, tendo em vista que a finalidade proselitista também se associa à dinâmica de produção do nível institucional dos ministérios. Os movimentos de instalação das igrejas e denominações no interior da TIX, ou mesmo em outras localidades da região, estão diretamente relacionados com a capacidade de produzir possibilidades para circulação de sujeitos. Portanto, esta estruturação tem implicações principalmente na emergência de recursos terapêuticos, uma vez que lida com a produção de espaços e referenciais num campo voltado para a manutenção da boa saúde, neste caso, da aliança com Deus e da manutenção da doutrina. Esta estruturação esta associada com as habilidades de duas categorias de agentes evangélicos, os *pastores* e os *missionários* que fazem parte do grupo dos dirigentes religiosos.

3.1.1 - Instalação, expansão e abrangência dos ministérios

Sempre que minha orientadora Jean Langdon me ouvia falar dos crentes da TIX gostava de lembrar de sua experiência de pesquisa de campo naquela localidade. Na época, 2003, ela visitou a TIX junto com outros pesquisadores para desenvolver uma etapa de um projeto de pesquisa com agentes indígenas de saúde. Jean conta que chegou na aldeia Sede no meio da tarde e dirigiu-se ao posto de saúde. Ao transitar pela principal rua da aldeia percebeu a grande quantidade de igrejas evangélicas distribuídas ao longo da via – mais ou menos 7. Mas, o que mais lhe chamou a atenção era o fato que de cada uma das igrejas ecoavam sons muito altos de vozes falando com veemência. Posteriormente descobriu que se tratava de pastores fazendo pregações, junto ao seu público de fiéis, com auxílio de potentes sistemas de som que permitiam ouvir a pregação mesmo a distância. Assim, a medida que ela andava em direção ao posto perpassava uma a uma as igrejas, de

onde podia ouvir os diversos discursos que, ao final, certamente formavam uma massa sonora de louvação a Deus que podia ser ouvida de diversos pontos da aldeia.

Esta é uma imagem cotidiana da aldeia Sede da TIX e, certamente, marca a experiência de quem não está familiarizado com o contexto. Desta forma, como dito anteriormente, na TIX existe uma grande quantidade de igrejas evangélicas ligadas a diversas *denominações*: Assembleia de Deus, O Brasil para Cristo, Só o Senhor é Deus, Rei da Glória, Noiva de Jesus, Rosa de Saron, Deus é Amor, Unindo-se pela Fé e Visão Missionária. Uma mesma denominação, ou *ministério*, comporta várias *igrejas*. Dentro da TIX algumas denominações têm igrejas em todas as aldeias, como é o caso da Assembleia de Deus. A maioria, entretanto, possui apenas uma ou duas em locais mais movimentados, como é o caso da igreja Rei da Glória.

É fato que as igrejas provêm de fora da TIX, mas depois de instaladas podem se proliferar no interior na reserva. Assim a motivação para entrada de uma denominação geralmente é dada pela intenção de algum pastor não indígena querendo desenvolver sua rede de atuação a nível regional. No caso da TIX, esta intenção deve ser autorizada pelas lideranças indígenas. Assim, é preciso que seja amparada pelo interesse de algum indígena em trazer a denominação para dentro da reserva e filiar-se a ela.

Normalmente um dos passos iniciais deste processo é a instalação de um *ponto de culto* na casa do indígena. Como o ponto de culto não possui uma estrutura física de igreja propriamente dita, ele funciona principalmente na celebração exclusiva dos cultos – um ritual que será descrito a seguir. O ponto de culto é coordenado e conduzido por pastores e evangelistas “de fora”, que visitam a casa do indígena mediando os momentos específicos de rituais. Depois de algum tempo de atuação, se o ponto de culto conseguir funcionar como referencial e agregar pessoas da localidade, e se os dirigentes de fora notarem que existe interesse da população pela denominação, podem tentar instalar a igreja propriamente dita.

A instalação da igreja necessita de investimentos maiores em termos de estrutura física e de força de trabalho, pois precisa de um templo próprio para a celebração dos rituais e outros eventos. Em termos gerais, apresentam uma estrutura física semelhante entre si. Diferenciam-se, entretanto, por alguns poucos elementos simbólicos que exteriorizam identidades visuais e organizacionais dos diferentes ministérios. Cada uma possui a sua fachada específica, que permite

identificá-la num primeiro olhar. Por exemplo, a Assembleia de Deus é pintada externamente na cor verde em todas as localidades onde está instalada, dentro e fora da TIX. Possui portas de vidro fumê e geralmente possui uma área externa ampla. A igreja Só o Senhor é Deus é construída de forma a lembrar duma arca que comporta os fiéis no seu interior. A Igreja Noiva de Jesus possui a fachada azul. Etc.

O espaço da igreja é fundamental. As igrejas são, na maioria dos casos, um grande salão. Algumas têm grande capacidade, para uma centena de pessoas. Outras são mais modestas, quase como barracos, e possuem condições básicas para receber o rebanho que ali congrega. Assim, internamente, as igrejas de diferentes ministérios se diferenciam entre si pelos investimentos em equipamentos disponibilizados e também pela quantidade de público que participa. Enquanto algumas possuem bancos de madeira grandes, feitos sob medida – como a Assembleia de Deus – outras possuem cadeiras de diversos formatos e tamanhos para receber os fiéis – quase que de forma improvisada. Como dito, há também uma valorização dos equipamentos de som, uma vez que é fundamental a execução das músicas chamadas *hinos* e a pregação em voz bastante alta.

O espaço interno da igreja é arranjado quase que da mesma forma em todos os locais. O grande salão geralmente possui uma grande porta de entrada. Do lado oposto desta situa-se um púlpito que fica elevado num palco que corta transversalmente a igreja naquela extremidade. Este espaço é reservado para os dirigentes religiosos, músicos e outros convidados. Entre a porta de entrada e o palco fica o espaço que comporta os fiéis. É um grande espaço que possui bancos, ou cadeiras, enfileiradas viradas em direção ao púlpito. O lado direito geralmente é o local reservado aos homens e o lado esquerdo é reservado às mulheres – isto pode se inverter conforme a denominação, mas sempre estão separados desta forma. À frente, muito próximo ao palco e do lado das mulheres, encontram-se bancos reservados aos jovens. Estes bancos são colocados em posição perpendicular aos outros ficando mais ou menos de lado para o púlpito. Algumas frases são pintadas, ou afixadas em cartazes, nas paredes da igreja. Estas dizem respeito a salmos ou outros trechos da bíblia sinalizados com a sua respectiva referência.

A parte externa da igreja também é importante porque é o espaço onde poderão ocorrer as festas. Assim sendo, a igreja que pretende congrega uma grande gama de fiéis precisa de espaço para recebê-los nestas reuniões. Algumas possuem churrasqueira, banheiros e casas para aqueles que tomam conta e zelam pela estrutura. Outras não têm tanto

espaço, mas nos momentos de festa conseguem realizar de forma organizada eventos menores contando com auxílio dos vizinhos.

Assim, como a construção, a manutenção da estrutura física envolvem energia e empenho dos participantes da igreja. São os próprios fiéis que atuam neste sentido, sendo mobilizados pelos dirigentes religiosos quando acontece alguma eventualidade – como consertar o que foi quebrado por desastres naturais ou providenciar algum utensílio que está faltando. A contribuição em dinheiro para manutenção das igrejas também é ampliada na arrecadação do *dízimo*, o qual é justificado com fundamento bíblico.

Conforme Antônio, um adepto da Assembleia de Deus da aldeia Sede, depois de estar em funcionamento “a igreja pode passar de um para outro, um pastor pode passar para um presbítero, por não poder cuidar mais” ou porque são muitos crentes que estão congregando. Ou seja, enquanto expansão das redes de atuação de uma denominação, uma igreja desmembra-se em outras do mesmo ministério e um de seus adeptos é escolhido para ampliar sua cobertura em outro local. A nova igreja permanece inicialmente sobre a jurisdição da igreja mãe, o que se deve pela sua dependência pelos dirigentes religiosos aptos a conduzir os cultos e a tomar decisões centrais para seu funcionamento. É comum ouvir a expressão “aquela é a igreja de fulano”, para referir-se ao dirigente religioso responsável por ela. Como relata o pastor Nivaldo, pastor da igreja Noiva de Jesus: “na área indígena aqui nós temos bastante trabalho. Temo 3 igreja, lá na Sede do posto, aqui, e temo também em vários lugar. Na cidade né?”.

Outro modo de expansão das igrejas é a separação de um fiel da sua denominação de origem. São vários casos onde um membro se afasta do ministério onde congregou durante anos pelos mais diversos motivos – como desentendimentos com os dirigentes religiosos ou outros fiéis – e monta sua própria igreja filiada a outra denominação. Neste caso ocorre o estabelecimento e a participação de uma nova rede articulada por uma motivação pessoal do interessado. Este não deixa de seguir a *doutrina*, mas deixa a denominação anterior em seu nível institucional.

Assim, apesar dos discursos dos crentes em favor da homeostase envolvendo a prosperidade no modo correto de vida e nas relações sociais amistosas, existem conflitos entre os evangélicos. É claro que são raras as situações e é muito difícil acompanhar seu desenrolar pelo fato dos crentes velarem estes episódios. Um dos poucos assuntos que consegui acompanhar dizia respeito a uma tentativa de destituição da

hierarquia interna de uma das igrejas tendo como alvo o pastor. Após o episódio ocorrido, tal pastor relatou para a equipe de pesquisa o episódio que vivenciou

“Porque, por exemplo, esses dias eu levei por surpresa que aquele guitarrista que tava tocando lá, lembra? Ele tava formando uma contenda muito grande usando os próprios irmãos da minha igreja, para tirar eu, e ele ser o pastor. Usando os próprios irmãos. Quando uma irmã veio e disse, ó pastor é assim, assim, assim... aquele lá ta assim. E sendo que ele tem muitos problemas na justiça, problema contra o cacique, e a gente tentou ajudar né, e daí quando eu soube isso aí eu, na sexta feira no culto expliquei pra ele, assim, assim, assim. Primeiro perguntei pra igreja, pros membros o que eles deveriam fazer com ele. disseram, não o pastor tem que tirar ele, porque ele não pode tá na igreja desse tipo aí. Porque nos tamo ali pra adorar a deus, e orar pelos irmão, pra deus ajudar os outros. Agora se é pra gente complicar, não adianta. Porque a palavra de Deus diz assim ó, que há o joio no meio do trigo, então o joio ali tem que arrancar, ele não pode. Deixar só o trigo” (Pastor Mário).

De qualquer forma, cada igreja, ou denominação, está atrelada a uma *central* que fica no perímetro urbano de uma cidade próxima à TIX: Xanxerê (no caso do ministério Rei da Glória e da Assembleia de Deus), Abelardo Luz (no caso da Assembleia de Deus) e Faxinal dos Guedes (como acontece com a igreja Rosa de Saron). Em casos mais específicos estão localizadas em outros estados, como o Paraná ou o Rio Grande do Sul (como é o caso da igreja Noiva de Jesus, que tem a sua central em Caxias do Sul, RS).

Para que as igrejas se alinhem segundo os mesmos objetivos, existem estatutos que as regem as igrejas segundo um mesmo ministério e, principalmente, aquelas atreladas a uma mesma *central*. A *central* é responsável por organizar e abarcar as suas filiais como pontos em uma rede institucional. Estas centrais possuem dirigentes que são responsáveis por toda a rede desmembrada – chamado de *campo* –. Estes não são indígenas e habitam fora da TIX. Apesar da maioria das igrejas de dentro da TIX serem bastante autônomas, algumas prezam por um maior vínculo com as igrejas externas. Isto está expresso na

participação de agentes externos nos cultos, onde a aglutinação de grande parte da rede se dá em movimentos festivos e de confraternização.

3.1.2 - *Agentes religiosos e dons espirituais*

A presença de agentes responsáveis em empregar práticas legitimadas e reconhecidas para atuação no processo de conversão e no fortalecimento dos vínculos dos fiéis com as igrejas são centrais. São os agentes evangélicos que têm o papel principal de interceder pelos *irmãos*, pois exprimem o papel de facilitadores para comunicação com Deus. A atuação e mediação de agentes evangélicos se dão, portanto, na disseminação do argumento crente. De modo geral, ocupar algum destes postos de agentes faz parte do plano que Deus tem na vida daquele sujeito. A legitimidade da atuação de algum agente evangélico perpassa pelo reconhecimento, ao menos pela igreja que congrega, de alguma habilidade específica dentro do universo de ação dos crentes. Ou seja, os agentes evangélicos serão tratados neste trabalho como aqueles possuidores de *dons espirituais*.

Os *dons espirituais* se diferenciam dos dons de vocação para o trabalho. Este último pode ser conhecido pela assiduidade, facilidade e espontaneidade em exercer alguma função: “porque pra cada um Deus dá um dom, então tudo que você vai fazer você tem que ter o dom. (...) Pra isso Deus te deu um dom, né? Então você tem que ter o amor pelo que você vai fazer”. O *dom* no sentido de vocação é parte das habilidades cotidianas do seu possuidor, uma vez que diz respeito a especialidades diversas ligadas a atividades e profissões como ser professor, liderança indígena, dono de pequenos comércios, vendedor, político, etc.

Embora a vocação para o trabalho também esteja associada às atuações dos evangélicos e tenha sido concedida por Deus, os *dons espirituais*, diferentemente, têm a ver com a manifestação do *espírito santo* ao usar o corpo do agente religioso como uma mediação entre Deus e o alvo de uma ação. A rigor o agente evangélico apenas *serve* de *instrumento* para uma manifestação divina. Estes dons permitem feitos mais específicos do espírito santo, o que eleva o agente a uma posição de destaque na comunidade evangélica:

os dons existem nove dons do espírito santo.
Existe o dom de revelação né, que é um mistério,

aí já diz ali, os mistérios de Deus né? Porque as vezes ate mesmo a gente não sabe. Existe nove dons, então pra muitos deus dá os 9 dons, e outros dá as vezes 3, mas quem puder ter os 9 dons espirituais é melhor ainda né? Então tem uns que tem o dom de profecia, profetizar, como é bíblico, os profetas do passado. Profetizar algo que vai acontecer. É muitas vez deus manda falar pra pessoa, por exemplo, o senhor tá passando por uma luta, um problema, então deus manda falar alguma coisa então já são palavras que fortalecem. As vezes tá la embaixo, la no fundo, e através que, como é por deus, a pessoa se fortifique. E dons de revelação é quando deus revela os mistérios né? Não é só enfermidade, mas tudo né? E o dom da sapiência, é quase como a revelação, que deus mostra por exemplo, um corpo humano, com os olhos fechados. Um corpo como uma paisagem e os problema, quase como um raio X. tal lugar, na bexiga. Muitas vezes uma dor de cabeça, um problema, deus toca, muitas vezes ate mesmo na gente. E de toda maneira conforme o nosso, a nossa fé. O nosso crer. Porque Deus trabalha de toda maneira. Então nós temos que ter uma sabedoria e saber que aquela hora que nos tamos fazendo as coisas pra Deus, deus tá usando nós da maneira que ele quer (Pastor Nivaldo).

Eu recebi o dom de Deus que é o dom de *profetizar*. De entregar uma mensagem. Se Deus mandar eu dizer pro senhor que vai ter um acidente, eu vou ter que entregar pro senhor. E a gente ora em favor para que não aconteça. E se o senhor vai sofrer o problema daqui três dias, Deus me mostra, e eu tenho que entregar pro senhor. É uma revelação. Deus já faz ciente de mim, que tem que passar pro senhor que vai passar pelo problema. E também o dom de *visão* também, eu recebi. Por exemplo, o senhor tá na igreja, quem tá na igreja eu to lá na frente e passa como se fosse uma televisão, enxerga a pessoa bem que não esta bem com deus também. E o dom de línguas que também a gente fala, também a gente tem. Vários dons que a gente recebeu (Pastor Mário).

Estes dois pastores indígenas possuem dons que, de certa forma, estão ligados à questão da saúde. Profetizar e o dom da cura permitem avaliar problemas e avisar a pessoa da dificuldade que vai surgir, ou ainda, curá-la. Alguns agentes possuem apenas um, outros possuem vários dons – que não são excludentes entre si. Como estes dons estão ocultos, é a ação de um agente religioso possuidor do *dom da revelação* que os tornam públicos e ativos. Na revelação o Espírito Santo manifesta-se através do agente revelador para explicar para os sujeitos-objetos da revelação qual o *dom* que Deus reservou para a sua atuação. O revelado não pode se negar a utilizar seu dom e deve atuar sob o preço de estar mais próximo da salvação após sua morte. Assim, as atuações dos evangélicos estão muitas vezes associadas a especificidade de seus dons espirituais. As pessoas reveladas como possuidoras de dons espirituais podem ser pessoas comuns que congregam nas igrejas, mas, logo que sabem dos seus dons, são abarcadas pela estrutura hierárquica passando a atuar de alguma forma para fortalecimento daquela congregação.

3.1.2.1 - *Dirigentes religiosos*

Pois bem, associada à estruturação dos ministérios e igrejas temos a atuação dos *dirigentes religiosos*. Estes assumem papéis burocráticos na sua organização remetendo a um corpus com uma hierarquia interna. Conforme ascendem nesta hierarquia, os sujeitos passam a ocupar responsabilidades diferentes para com a congregação. Em termos gerais, mas podendo variar entre igrejas diferentes, existem algumas categorias de dirigentes que se repetem: pastores, presbíteros, obreiros, missionários e evangelistas (ALMEIDA, 1998). É claro que a pessoa que deseja integrar o grupo de dirigentes religiosos deve demonstrar fidelidade e lealdade com a igreja, pois assumir um posto em determinada denominação exige articulação. Mas não somente isso, o sujeito deve ter o *dom* no sentido de vocação e, mais especificamente, se espera que eles tenham sido revelados como possuidores de *dons espirituais*.

O *pastor* é o mais alto grau dentro dos dirigentes de uma igreja. É responsável geral não só por aquela igreja que congrega mais assiduamente, mas também por aquelas que se desmembram da sua congregação – atuando basicamente como administrador das igrejas

subalternas. Isso dá a ele a possibilidade de ocupar espaços centrais em todas as filiais que estão sob a sua jurisdição.

O pastor possui um papel central para o funcionamento da igreja, pois é ele quem coordena as suas atividades e preside a maioria dos cultos. O culto é o local onde ele atua com mais veemência empregando os dons a ele concebidos. Os cultos, eventualmente, podem ser coordenados por outros membros da hierarquia da igreja, como evangelistas ou presbíteros, mas o pastor é o único que pode autorizar ou desautorizar isso. É ele quem tem o poder de nomear os integrantes da igreja com os cargos abaixo do seu posto na hierarquia.

Ao pastor cabe tomar providências para coordenar a manutenção estrutural da igreja ou mesmo a elaboração de algum evento cuja sede é a sua congregação. Também é o pastor que deve mediar e tomar providências caso haja desentendimentos entre os seus fiéis, expulsando ou aconselhando os mesmos. Isto remete a um processo burocrático que envolve a comunicação com dirigentes regionais e punições a se tornarem exemplares para a comunidade evangélica. Neste sentido, proibir alguém de cantar na igreja aparece como uma restrição extremamente importante, um modo de controle que permite demonstrar publicamente quem está sendo punido ao mesmo tempo em que cerceia uma manifestação de louvor a deus pelo fiel:

Os problemas eu resolvo tudo, dou a punição né. Daí é feito a ata também, foi excluído tal pessoa por tal coisa, conta tudo o que ele fez, o que tava armando, e é excluído da igreja. E daí não pode vir mais na igreja daí. A não ser que ele vá pra outra né, pra outro ministério (...). Daí a gente dá uma carta pra ele. Cinco dias pra eles retirar a carta para conciliação em outro ministério. Porque daí ele não pode voltar para a igreja, para a minha, mas daí ele vai procurar outra. E daí aquele outro pastor, aí já dá 30 dias pra ele ficar somente orando sem ter sua oportunidade pra cantar né? Pra pregar a palavra de deus, ele tem que primeiro pagar um preço. Como a liderança ou o cacique, ele prende uma pessoa quando faz alguma coisa, ele tem, por exemplo, três ou quatro dias pra ele fazer a tarefa dele, por exemplo, capinar (...). Ele sai da igreja, só se seja com muito problema grave né (...) (Pastor Mário).

Portanto, há bastante trabalho envolvido na atuação dos pastores, e a maioria deles dedica a vida exclusivamente às suas igrejas. Além do mais, como é o caso de muitos dirigentes religiosos, a questão familiar torna-se central também para a própria organização das igrejas. Existem muitas igrejas na TIX onde é perceptível que a vida de casais e da sua família é dedicada à igreja. Em alguns casos a dedicação é integral. Muitos dirigentes contam com seus cônjuges para conduzir o rebanho e, as vezes, as configurações familiares reproduzem a própria configuração hierarquia interna da igreja: quando o marido é pastor a esposa pode se tornar evangelista, obreira, etc. Para os dirigentes religiosos, envolver a família nas atividades da igreja é algo central: fortalece seu argumento e expande a rede de atuação. Os parentes podem sentir-se motivados pelo fato de ter um primo ou tio como pastor em outra denominação, ou igreja, que não àquela que congrega costumeiramente. É comum que nos dias de festa toda a família extensa – mesmo os membros não convertidos – participem dos eventos como forma de legitimar e fortalecer a atuação do dirigente no ministério.

Algumas igrejas, como a Assembleia de Deus, não possuem pastores indígenas, os pastores são “de fora”. No caso da Assembleia, um pastor não indígena é responsável pelo *campo* de atuação que envolve as cidades de Abelardo Luz e Ipuacu. Nesta congregação, os indígenas apenas integram cargos abaixo na hierarquia de dirigentes religiosos. Isto implica que a maioria das igrejas situadas na TIX dependem de alguém “de fora” na hora de presidir o culto. A igreja Unindo-se Pela Fé, por exemplo, possuiu por muito tempo um pastor de Chapecó, que também tinha um programa de rádio naquela cidade. Beatriz, uma missionária evangélica ligada a igreja Rosa de Saron, de Faxinal dos Guedes, reflete sobre isso ao falar dos Kaingang: “eles dependem dum líder. Porque eles não são de tomar atitude. Fazer as coisas né? Tem que ter um líder pra eles né? E daí sempre é o pastor né? Que ia lá, fazia os cultos, e nós ia, e conversava, e trazia eles pra igreja”.

Algumas poucas igrejas possuem pastores indígenas, como é o caso de Mário, pastor da igreja Rei da Glória da aldeia Sede e do pastor da igreja Só o Senhor é Deus da aldeia Olaria. O pastor Nivaldo da igreja Noiva de Jesus, apesar de habitar na TIX há muito tempo, não é indígena – o que lhe dá legitimidade para morar ali é o fato de ser casado com uma indígena.

Além de possuir *dons espirituais* o pastor deve executar processos de conhecimento para torná-lo hábil (e legítimo) a conduzir os cultos e expandir as redes de atuação da sua congregação. Estas são suas

funções por excelência. Assim, para se tornar pastor, além da assiduidade na participação da igreja, exige-se um nível de conhecimento do evangelho e de vinculação com as outras igrejas do seu ministério. Os pastores participam de ritos de passagem para formação e aprendizado em cursos temáticos, como os de teologia, que são oferecidos nas igrejas *centrais* – para onde viajam para *convenções* com dirigentes de outras igrejas do mesmo ministério. A formação do pastor em si, e as viagens especialmente, despendem gastos. Estes são bancados pelo investimento dos fiéis que contribuem com o pagamento do dízimo. Como me relatou um pastor, “isto faz parte dos trabalhos da igreja tanto quanto trocar uma lâmpada ou uma telha”. Mateus, obreiro ligado à igreja AD, conta que “pra virar pastor tem que sair fora da aldeia pra estudar, tem que fazer curso daí né?”.

Esta é outra questão que levava a divergências entre as igrejas dizia respeito à necessidade de cursos para a formação dos dirigentes religiosos. Entre denominações evangélicas diferentes, as diretrizes que regiam os processos de legitimidade da ocupação do posto de pastor variavam e, em alguns casos, serviam como alvo de acusação:

Muitos vão né, em seminário, muitos lugares. Mas nós sempre aprendemos na escola dominical e igreja, também nas revistas de estudo bíblico. Então é somente o que é pela palavra né? E hoje tem muitas pessoas estudando teologia, que é possível também ir pra fora. Mas nós buscamos mais por dentro da bíblia. Hoje em dia, a teologia, a muita sabedoria, já foram mais pra a coisa material, e se afastaram da graça de deus. Já é muitas vezes algo pra ganhar dinheiro. Então eles querem usar as coisas de deus pra ganhar (Pastor Nivaldo).

Nesta linha, alguns crentes também veem com desconfiança a atuação de alguns pastores. Antônio, evangélico que congrega na AD, explica que “alguns estão nessa só pelo dinheiro, principalmente nas congregações que sobem de cargos mais rápido. (...) Isso é uma maneira das pessoas viverem melhor, ganhar dinheiro, e tá acontecendo com os evangélicos também, fazem da religião uma forma de sustento”. Como nos diz o pastor Nivaldo “hoje em dia as denominação, os pastor vão ficando mais e mais rico, mais bem de vida, e vão deixando as pessoas de lado pra cumprirem seu plano pessoal”.

De qualquer forma, abaixo do posto ocupado pelo pastor na hierarquia de dirigentes da igreja existem os *presbíteros*, que podem ser responsabilizados por alguma tarefa importante dada pelo pastor na sua ausência. No caso da Assembleia de Deus, que não possui pastores indígenas, quem era responsável pela igreja e conduzia normalmente os cultos eram os dois presbíteros que moravam próximos das igrejas. Eles também eram responsáveis pela organização e coordenação da igreja em termos gerais, apenas comunicando o pastor em casos de extrema necessidade. *Obreiros* e *evangelistas* também são categorias de agentes que possuem outras incumbências que, em termos gerais, remetem ao proselitismo, mas, a rigor, não são considerados dirigentes religiosos. Muitos deles estão ligados à coordenação de *grupos de atividades* importantes para estruturação da igreja.

3.1.2.2 - *Missionários*

Outra categoria que merece destaque é a dos *missionários*. Estes agentes possuem uma vocação que os coloca em posição privilegiada quanto à circulação em diferentes ministérios. Conforme o pastor Mário, a circulação age para fortalecimento da doutrina, independente do ministério que se participe: “a palavra de Deus diz assim, é nos salmos de numero 40, ele diz assim: ‘quão bom e quão suave que é que os irmãos vivem em união’. Então a bíblia já diz que nós temos que ser unidos. Eu posso ir na sua igreja, você pode vir na minha, eu posso ir na outra. Então tem que se unir”. De fato, é legítimo e desejado o trânsito em diferentes espaços relacionados às igrejas: “o missionário pode ir [em outras igrejas], sabe, ele tem livre arbítrio pra ir onde achar que tem que ir”.

Como a vocação dos missionários é dada para o agenciamento da sua circulação em diferentes espaços para efetivar o proselitismo, a comunicação entre os dirigentes das igrejas é fundamental: “é assim, que nem, um pastor conhece o meu trabalho, daí ele comunica outro que chama pra ir lá (...), eles se comunicam e daí convidam a gente e a gente vai né? E é assim que a gente tem ganhado almas pra Jesus né? Falado da palavra de Deus”. Assim nos conta o Pastor Nivaldo, da aldeia Baixo Samburá, alegando que participa de muitos cultos na cidade de Bom Jesus e Ipuaçú. Mateus reforça que recebem constantes visitas de pessoas de diversas partes do Brasil, cita, inclusive, uma indígena da Amazônia que teria passado por Balneário Camboriú e agora estaria chegando à TIX.

O trabalho dos missionários em geral insere-se numa política da circulação, onde trocar visitas com membros de diferentes congregações e localidades parece importante para as igrejas. Nesta dinâmica os deslocamentos de indígenas missionários à outros lugares, da mesma forma que receber visitas de missionários “de fora”, é algo importante para fortalecimento das igrejas de dentro da TIX

Assim, estar em missão significa, em termos práticos, que estes agentes devem percorrer outras localidades, próximas e distantes de suas casas, para conseguir efetivar o proselitismo. Faz parte da vocação dos missionários desenrolar situações diversas para conseguir a estruturação dos laços de reciprocidade em locais diversos. Para alguns indígenas, esta vocação para circulação, muitas vezes, apresenta-se como parte dos *mistérios* elaborados por Deus – muitas vezes ainda não solucionados – por estarem ainda associados a algumas dificuldades que não se pode visualizar a superação:

Deus já falou comigo e Deus disse que ele levaria eu em muitos lugares estranhos. Uma vez, Deus usou uma irmã aqui de Pinhalzinho. Ela disse assim pra mim: ‘tá preparado, deus manda te dizer, que lá onde Deus irá te levar você nem vai entender as língua deles, mas o espírito que tá em você, você vai entender, a língua deles. Sabe onde é que é?’ Eu disse, não sei. Disse: ‘na Argentina’. Então, ela disse que Deus ia me levar em Argentina ainda. Claro, como vou entender, mas o espírito que tá em mim eu vou entender a linguagem deles. Então deus falou comigo, que vai me levar em muitos lugares, muito longe. E eu desejo ir em áreas indígenas, não somente na área indígena também né? Em outros lugares também. Pra anunciar o evangelho. Isso é muito desejo no coração da gente né? Mas por enquanto a gente tá quieto porque não tem muitas condições de sair né? Pra ir pra outros lugar né? (Mateus).

No contexto em questão é necessário entender que os códigos gerais que regem a política da circulação perpassam pelo recorte interétnico. Assim, uma questão que pesa para os indígenas é a dos investimentos para os deslocamentos. Diferentemente dos pastores que mantém esta atividade de circulação através das arrecadações da igreja, a partir das quais fomentam viagens, os evangelistas, missionários e obreiros precisam da contribuição direta dos fiéis para comprar

passagens, almoçar, etc. Assim, como nos explica Mateus, quando o evangélico é convidado a visitar algum lugar é necessário *tirar uma oferta* para cobrir os seus gastos. Esta oferta é feita por aqueles que participam do culto no qual o missionário está marcando presença. Não há planejamento anterior, é uma arrecadação espontânea que acontece no momento da pregação que geralmente arrecada valores que apenas cobrem os gastos com deslocamento.

Ouve-se falar pouco de outros tipos de dificuldades nos encontros dos indígenas da TIX com os brancos nos espaços externos. Geralmente os encontros com os não indígenas, ao contrário do que possa parecer, são sempre avaliados com muita valorização e positividade. Os espaços externos à TIX são conquistas importantes para os indígenas, gerando, inclusive, reações de surpresa e gratidão por parte dos não indígenas. Como nos mostrou Wiik (2004) junto aos índios Xokleng, os evangélicos estabelecem vínculos com os não indígenas que possibilitam a circulação de pessoas, mas também da troca de informações e outros tipos de bens simbólicos entre a comunidade de “irmãos”.

Por outro lado, o ponto de vista dos missionários “de fora” tende a colocar mais ressalvas quanto ao modo de lidar com os indígenas. Quando estive na TIX encontrei por diversas vezes Beatriz, transitando com sua filha pelos cultos e casas de crentes indígenas. Ela era bastante conhecida na aldeia Sede e era visível a sua presença nos diversos círculos evangélicos. Por vezes trazia consigo produtos para a venda aos indígenas – como saias, bíblias ou CDs com hinos gravados por bandas gospel. Com o tempo conheci melhor a mulher e fiquei sabendo que ela era de Faxinal dos Guedes, uma cidade distante 60 Km da TIX. Ela, diz que conheceu o pessoal da TIX há alguns anos, quando veio acompanhar o pastor da igreja Rosa de Saron instalar um ponto de culto na casa de uma indígena – que posteriormente se tornou uma igreja propriamente dita.

Percebi nas diversas vezes que conversei com Beatriz o comentário que para aqueles “de fora”, atuar entre os indígenas requer habilidades além da legitimação como dirigentes religiosos. Estas dificuldades passam por normas de relacionamento e também por outras questões mais pragmáticas, pois “nunca se sabe o que pode encontrar num lugar novo, pode passar fome, sede ou mesmo ter dificuldade para ter onde dormir (...) tem que ter o dom né? Tem que aceitar a comida que oferecem e o lugar que deixam você dormir”. Beatriz conta de um Pastor que a acompanhou e que não conseguiu trabalhar na TIX por

conta da alimentação oferecida pelos indígenas, segundo ela, o homem não gostava de “beber a água deles e nem comer a comida, aí eles [os índios] não gostaram dele”.

Beatriz lança mão de estratégias para a atuação da disseminação da *palavra*. A associação do trabalho de missão com atividades profissionais pode ser uma delas: “hoje eu tenho o meu próprio negócio, porque eu vendo roupa né? Só que eu não tenho loja, eu vou de porta em porta vendendo e fazendo a obra de Deus”. Outra é o fato de Beatriz também possuir uma valorização extra por conta de ser possuidora do *dom de cura* – um dos dons espirituais dados pelo espírito santo que trataremos adiante. Assim, diversas pessoas ligadas à religião evangélica, na sua cidade e até em outros lugares, a reconhecem como referencial pela sua atuação neste sentido. Na sua trajetória, a TIX está no rol de outras localidades a serem visitadas enquanto missionária.

Eu saio também pra fora né? Eu tenho saído. Agora eu tenho saído pouco, mas o ano passado e o ano retrasado eu saí o ano inteiro pro Rio Grande do Sul, Paraná, aqui na região, na reserva indígena 2 a 3 vezes por mês, lá em Palmas eu ia também, e assim Deus tem feito a obra né? (...) Eu fui o ano retrasado pregar em Passo Fundo, em Carazinho, Soledade. Mas e daí é na cidade. Aonde convidam a gente vai (Missionária Beatriz).

Em sua vida de missionária Beatriz conta que os deslocamentos para a TIX tornaram-se centrais e frequentes, o que fez com que tivesse sucesso em fortalecer sua amizade com os indígenas. Os indígenas aparentemente são recíprocos com Beatriz. Segundo ela, quando ela está com alguma dificuldade as mulheres indígenas não hesitam em deslocarem-se e estabelecerem-se na sua casa em Faxinal dos Guedes para ajudar. Isto demonstra o estabelecimento de outras relações afetivas que não somente determinadas pela formalidade.

Enfim, enquanto os pastores circulam quase que exclusivamente dentro da rede de igrejas que fazem parte de seu ministério, os *missionários* envolvem possibilidades de abertura para exploração de outras congregações e atores relacionados às igrejas evangélicas. Embora o relacionamento dos missionários se dê também nas esferas profanas, são nos rituais onde eles adquirem visibilidade perante os evangélicos de determinada igreja. Aos dirigentes são concedidos, como

visitantes, espaços especiais para realizarem orações e pregações como parte da formalização da política de circulação.

3.2 - Rituais evangélicos

Em termos amplos, temos que as condutas evangélicas são extremamente ritualizadas, o que permite que o grupo se fortaleça em termos identitários. Portanto, a estruturação das igrejas também passa pela elaboração e execução de rituais, que congregam fiéis preocupados na manutenção cotidiana do seu vínculo com a igreja, ou denominação, que frequentam. Fundamentalmente são momentos de sociabilidade que possibilitam alargar e fortalecer as redes de atuação dos ministérios – principalmente quando observamos os trânsitos dos dirigentes religiosos.

Desta forma, temos vários tipos de rituais evangélicos. Desde aquelas atividades rotineiras que agregam poucas pessoas, até aqueles grandes rituais que agregam mais pessoas e são mais esporádicos. Dentre estes, a atividade central para os evangélicos é o *culto*.

3.2.1 - Os Grupos de atividades

Existem grupos pequenos que se encontram poucas vezes por semana e que buscam a evangelização e manutenção dos participantes da igreja em atividades diversas. Cada um destes grupos possuem coordenadores delegados pelos dirigentes da igreja. Geralmente quem ocupa o cargo de coordenador é algum *obreiro* com certa visibilidade. No caso das mulheres, em especial, é comum que a esposa do pastor faça algum trabalho neste sentido. Em outros casos, é alguém muito próximo dos dirigentes que confiam na atuação destas pessoas.

Por exemplo, Mateus é coordenador do grupo de jovens na Assembleia de Deus. Este se organiza basicamente em uma reunião semanal com adolescentes que congregam na igreja para ensaiar hinos e relembrar as diretrizes comportamentais segundo a *palavra* de deus. É um grupo onde o coordenador busca orientar os participantes explicitando sobre a origem e sentido das normas que dão o tom da identidade do grupo. Em sua atuação no grupo de jovens, uma das chaves diz respeito ao casamento e dos cuidados na adolescência – principalmente sobre o comportamento das moças.

Existem também os *círculos de oração*⁴² e os *corais*, que envolvem geralmente as mulheres crentes. O coral da igreja Rei da Glória, as Filhas de São, ensaiava 1 vez por semana e possuía de 10 a 12 membras. Este se apresentava corriqueiramente na igreja durante os cultos. O círculo de oração, contava praticamente com as mesmas participantes e também se encontrava ao menos uma vez por semana para praticar a oração conjunta.

As mulheres do círculo de oração já praticam uma profilaxia em termos terapêuticos. Assim, além da cura propriamente dita, nos círculos de oração, e mesmo nos cultos, agentes evangélicos podem dar o “livramento”, que é uma antecipação de um evento indesejado⁴³.

⁴² A *oração* é uma prática individual cotidiana entre todos os *crentes*. Estes não precisam estar em rituais ou em locais adequados para efetuar-la, mas é recorrente, conforme seus discursos, que ela está relacionada a agradecimentos ou pedidos feitos a Deus tanto para satisfação de necessidades do próprio indivíduo como de outra pessoa. As orações, nos momentos específicos durante o culto, são realizadas pelos fiéis individualmente, mas todas são pronunciadas em voz alta ao mesmo tempo – o que traz uma ambientação característica do ritual evangélico. Vale ressaltar também que em momentos de auge no discurso da pessoa que está conduzindo o *culto*, mas também pela pessoa que exerce o “dom de cura”, acontece o que é chamado de *glossolalia*, que são palavras pronunciadas em língua estranha – frequentemente aquele que possui o dom de orar em línguas tem esta capacidade.

⁴³ Aqui cabe um parêntese para falar sobre o livramento. Em uma ocasião estava na TIX com Maurício Leite, professor do departamento de nutrição da UFSC. Fomos convidados a participar de um culto e, como pesquisadores, estávamos nas primeiras fileiras junto ao púlpito. Já éramos conhecidos dos dirigentes religiosos e estávamos pernoitando na casa dos familiares destes - que também eram participantes da mesma igreja. Em determinado momento do culto, durante uma pregação, a evangelista, esposa do pastor, nos chamou para frente, colocou a mão em nossas cabeças e nos abençoou dizendo: “pai, proteja estes professores da universidade, para que eles voltem pra casa bem. Cuide deles nas estradas, livre eles de acidentes, que façam uma boa viagem”. Naquele momento, entendemos isto como uma forma de retribuição, de carinho para conosco. Pensamos ser uma espécie de desejo de boa viagem. Mas, de fato, um mês depois deste evento, e ainda durante uma das pesquisas de campo que realizei na localidade, me envolvi num acidente de carro retornando para Florianópolis. Depois de alguns dias, quando retornei à TIX já recuperado do acidente, o fato foi reinterpretado e relatado nos cultos subsequentes pela evangelista que afirmava que eu havia recebido o livramento no dia do culto. Não escapei de sofrer o acidente, mas Deus havia olhado por mim para que eu não me machucasse seriamente.

3.2.2 - As Campanhas

As campanhas são compostas por vários rituais breves, que giram em torno de uma hora, organizados pelos crentes com foco em algum ponto mais específico, como o infortúnio ou enfermidade que está afetando alguma pessoa ou mesmo algum acontecimento difícil pelo qual a comunidade está passando. As campanhas envolvem o feito de orações por um pequeno grupo de fiéis crentes e podem envolver a presença de dirigentes evangélicos, embora isso seja dispensável. As campanhas acontecem por uma sequência de alguns dias no mesmo local, horário e com as mesmas pessoas conduzindo as orações.

A campanha tem, assim, vários tipos de campanha. Assim, pra te dar um exemplo, nós vamos ter uma campanha para quebra de muralhas, vai começar quinta feira na igreja, então a pessoa vem e faz a campanha né? então 7, ou mais vezes, quantas vezes você quer, mas o ideal é 7 vezes. Vem 7 quinta feira, vamos começar quinta, 7 quintas feiras faz a campanha. Então, o título dessa é quebra de muralhas né? (...) é, fazer aquela campanha com um objetivo. Por exemplo, você precisa de algo você vai fazer a tua campanha. É que nem eu, precisava a cura do meu filho. Fiz a campanha e quando eu terminei a campanha meu filho tava curado, é assim (Missionária Beatriz).

Estive presente na TIX num período de pré-eleições municipais, e havia um grupo que toda a noite – exatamente a meia noite – reunia-se na igreja Rei da Glória para fazer uma campanha para “que tudo corresse bem naquele período”. Depois de um tempo entendi que este período que antecede as eleições é marcado por um intenso movimento e embate político. Muitas vezes são relatadas cenas de violência entre os adeptos de partidos rivais. Assim, alguns crentes daquela congregação tentavam antecipar estes eventos e orarem para que não ocorresse nada de grave com as suas famílias. Também, aquela campanha era utilizada para orarem com vistas a uma irmã crente que estava hospitalizada em Xanxerê.

3.2.3 - Os Cultos

Almeida (1998) aponta que o culto é a principal atividade dos crentes na TIX, o qual acontece até quatro vezes por semana – dependendo da denominação evangélica. A ocorrência dos rituais, como o culto, são momentos de atualização dos laços com a igreja e com os outros que encorpam a mesma congregação. Além da rememoração dos valores crentes e doutrinários, os cultos são essencialmente momentos de fortalecimento das redes de sociabilidade mediados pelo espaço da igreja – ou do ponto de culto. Ali a prática do proselitismo é reforçada com a intensificação das experiências pessoais dos sujeitos postas em evidência. É um momento de persuasão intensa para tornar o momento apto para firmamento da aliança com Deus. Ou seja, o momento do culto é dedicado a orações e pregações voltadas para a conversão de algumas pessoas à religião evangélica ou para reforçar os laços com aqueles que estão por lá e já são seus fiéis.

Aos olhos dos enfermos, o *culto* é parte das opções a serem recorridas nos itinerários. De fato são nas ações ritualizadas os momentos onde a experimentação é visibilizada para a comunidade religiosa – e onde os *testemunhos* sobre estas experiências são valorizados. Da mesma forma, estes rituais são os momentos onde se espera que ações terapêuticas ocorram com maior intensidade na concessão de milagres por parte de Deus. Como a questão terapêutica é central, é comum que existam fiéis passando por situações de busca por soluções para problemas das mais diversas ordens frequentando e fortalecendo a denominação em si.

A produção dos cultos, assim como de outros eventos evangélicos, é um momento interessante para observar aspectos de reciprocidade elaborados na performance dos dirigentes que buscam a circulação e ampliação da sua atuação – principalmente apontada na preocupação com a visibilidade individual em momentos específicos do culto – uma vez que esta produção envolve uma série de engajamentos necessários para efetivação do ritual. Muitos dos agentes da hierarquia da igreja precisam estar presentes por possuírem legitimidade para conduzi-lo.

Pude observar em diversos cultos a chegada de dirigentes de outros locais em seus carros particulares trazendo consigo outros membros das suas respectivas congregações. Eu mesmo já me envolvi

em transportar o guitarrista de uma banda⁴⁴ e uma evangelista para participarem de um culto em outra aldeia – sem os quais o culto não poderia ocorrer. Em ocasiões esporádicas há participação de convidados como dirigentes que vêm de locais distantes. Neste caso eles permanecem acolhidos na casa de parentes ou mesmo de outros fiéis que abrem as portas de suas casas para receber os visitantes.

Cotidianamente, a audiência presente nos cultos são aqueles que moram próximos às igrejas – como nos falou o Pastor Nivaldo, da igreja Noiva de Jesus do Baixo Samburá: “mais é aqui do Baixo Samburá mesmo, nos dias de culto. É só quando tem congresso ou outra coisa mesmo. Daí reúne todo pessoal de fora. Mas assim, nos dias de culto é pessoal daqui”. Em ocasiões esporádicas alguns fiéis deslocam-se de outros locais, mesmo de fora da TIX, para participar. Estes provêm de aldeias ou cidades vizinhas de onde acontece o culto e também podem permanecer acolhidos na casa de parentes ou retornar logo após a execução do mesmo.

Os cultos são conduzidos pelo pastor e duram cerca de 3 horas. Podem acontecer 3 a quatro vezes por semana sempre no horário da noite. Com auxílio do microfone e dos aparelhos de som do local, o pastor costuma falar, num tom característico, sobre os problemas cotidianos e da necessidade de aceitar Jesus para retirar a farda pesada

⁴⁴ Uma categoria importante nos cultos é a dos *músicos*, fundamentais para a execução do culto, uma vez que todo o ritual é permeado por hinos - como os crentes chamam as músicas de louvor a Deus. Assim, este elemento central faz com que artistas que seguem carreira, como duplas sertanejas, que possuem CDs gravados com tais temáticas excursionem pelas igrejas e divulguem seu trabalho de fortalecimento da palavra. Alguns músicos de fora são convidados a participar e se apresentar nos cultos em ocasiões esporádicas na TIX. Eles provêm da região próxima da localidade, ou em outros casos são artistas de nível nacional, e podem ser contactados em ocasiões em sessões de autógrafos e fotos promovidas pelas igrejas. No interior da TIX, contudo, é mais comum que participem músicos indígenas que moram na localidade. No culto, este investimento na música é mais um investimento para o enfoque da circulação e presença de novas pessoas, pois “é um chamativo para participação”. Além do mais, cantar na igreja, além de significar maior status, aponta para a efetivação de um dom dado por deus. Duplas sertanejas que cantam hinos podem se formar nestas situações e perdurarem durante anos com a mesma formação – tanto quanto dure o vínculo mediado pela palavra e pela doutrina. Muitas crianças podem ser vistas nos cultos louvando a deus através das músicas.

para estar mais perto de adentrar no mundo dos céus. O público acompanha as pregações veementes ao mesmo tempo em que fazem suas orações individualmente. A performance se intensifica e, em meio à pregação, o pastor geralmente entoia palavras em *língua estranha* – comprovando a atuação do Espírito Santo através de seu corpo naquele momento. O público grita, e muitos choram entoando mais alto suas orações.

É comum que nestas pregações os pastores enfatizem que alguém presente está com algum problema, solicitando que se manifeste perante os outros. Como notei em vários momentos na Igreja Rei da Glória com o pastor Mário, é afirmando que “Jesus vai dar a vitória para alguém aqui, que chegou com problema, e pediu para que deus falasse contigo, nessa noite ele vai falar contigo, eis aqui a solução para os teus problemas”. No meio das frases, de tantas outras em devoção, o pastor pode se exaltar e falar em línguas estranhas, a cura das mais diversas enfermidades não importando sua causa.

Como dito, os cultos alternam estes momentos de pregação/oração e de apresentações musicais. As letras das músicas, chamadas de hinos, são feitas em louvor a Jesus – como orações. Neste processo, também participam os corais.

O pastor também conduz o ritual chamando ao palco os dirigentes religiosos visitantes, de forma que sua presença fique evidenciada. Reitera o local de onde estes vieram, suas respectivas atribuições na hierarquia da igreja e, principalmente, se são de outras denominações.

O final do culto geralmente é o ápice da pregação, onde são chamados à frente as pessoas que estão com problemas de saúde e que desejam ser curadas. Em uma das minhas participações, percebi uma mulher, que estava de cadeira de rodas, se levantar e andar pelo salão alegando que estava curada. Naquele dia, este *milagre* operado por Jesus, passou a ser utilizado como *testemunho* da enferma sobre seu caso de adoecimento e cura.

3.2.4 - As Festas e os Congressos

Em ocasiões esporádicas ocorrerem algumas festas promovidas pelas igrejas crentes. Servem fundamentalmente para as igrejas arrecadarem recursos para sua manutenção e, sobretudo, atrair novos fiéis pela sua programação. As festas têm o poder de agregar um público maior de pessoas que aquele aglutinado no culto rotineiro. A Assembleia de Deus, por exemplo, realiza três festas por ano: da mocidade, da missão e das irmãs. Uma gama de pessoas de outras

congregações, familiares e convidados de fora visitam a igreja neste evento. As festas da Igreja Rei da Glória que acompanhei, contavam com pessoas de outras aldeias da TIX e das cidades vizinhas de Bom Jesus e Ipuaçú. As festas sempre ocorrem em finais de semana, 3 dias, e geralmente terminam no domingo. São trabalhos intensos que envolvem *cultos* e louvor durante 2 ou 3 períodos de cada dia. No último dia acontece a preparação e venda da comida. Estes processos são altamente fortalecedores das formas de sociabilidade entre os crentes. Nos dias de festa também são momentos de comercialização de CDs, bíblias ou mesmo roupas coerentes com as vestimentas permitidas pela doutrina evangélica, onde os fieis aproveitam para arrecadar algum dinheiro.

Como as festas contam com cultos durante todo o fim de semana, um número maior de pessoas circula pelo local. Assim, mais pessoas são colocadas em visibilidade nos momentos centrais dos cultos, o que é essencial para o fortalecimento de relações de reciprocidade entre os dirigentes vinculados à mesma denominação a um nível local. Geralmente envolve participantes de igrejas atreladas a uma mesma central, ou seja, se a festa é dentro da TIX estarão presentes dirigentes de outras igrejas da área indígena e proximidades, como Abelardo Luz, Entre Rios, Bom Jesus ou Ipuaçú.

Os congressos são eventos maiores que também duram todo o final de semana. Possuem momentos de festa, com a mesma dinâmica descrita acima - envolvendo cultos e almoços com churrasco. Os congressos agregam maior número de pessoas e, principalmente, dirigentes dos mais altos graus de hierarquia daquele ministério que provém “de fora” – tanto quando ocorre na TIX como em outros locais. Quando ocorrem congressos em cidades da região, existe uma preocupação dos dirigentes religiosos indígenas em estarem presentes com um número significativo de fiéis para demonstrar seu alcance e poder como liderança religiosa. Em alguns congressos os participantes acampam nas imediações da igreja – daí a importância de um espaço externo amplo, o que possibilita maior número de pessoas participando. Receber o povo é uma tarefa que faz parte dos aspectos de reciprocidade com as os participantes que vêm de fora. Como me contou o Pastor Nivaldo, na igreja Noiva de Jesus viriam pessoas de Caxias do Sul, de Xaxim e Xanxerê, onde se localizavam outras igrejas da mesma denominação.

Tive a oportunidade, em uma das etapas de pesquisa, de acompanhar os indígenas em um congresso que ocorreu em um barro periférico de Xanxerê com uma caravana de participantes da igreja Rei

da Glória da aldeia Sede. No dia do evento os indígenas lotaram um ônibus que partiu da frente da igreja na parte da tarde do último dia do congresso. Apesar de existirem outras caravanas de outras localidades, foi muito interessante ver como os indígenas ocuparam os espaços da grande igreja. A sua presença era, a todo o momento, lembrada pelos dirigentes locais nas diversas pregações durante os cultos que acompanhei.

Esta presença da comunidade indígena também contou com a participação de uma dupla de meninas que cantavam hinos de louvor na igreja da aldeia Sede. No congresso tiveram seu espaço garantido também. Entretanto, a maior visibilidade dos indígenas foi a participação do pastor Mário, da aldeia Sede, durante todo o congresso. Ele ocupou um dos lugares reservados nas cadeiras dos dirigentes junto ao púlpito e também fez a pregação principal, com tempo mais longo alocado ao final do culto da parte da tarde, o culto de encerramento do congresso. Neste culto, já findando-se o congresso, alguns indígenas que acompanhavam a caravana da TIX foram chamados a frente pelo pastor Mário para serem nomeados em posições ascendentes na hierarquia da sua igreja.

3.3 - Atuações de agentes evangélicos para além das igrejas

Toda a descrição até aqui parece remeter a um fechamento do grupo dos evangélicos nas suas atividades. Entretanto, existem atuações que fazem com que eles extrapolem estes espaços das igrejas por trabalharem com habilidades específicas relacionadas aos *dons espirituais*. Assim, foco agora será sobre as questões terapêuticas em sentido mais estrito, o que nos permite aproximar das práticas específicas de dois agentes evangélicos. A intenção é demonstrar como estes atuam agenciando-se como referenciais no campo de atenção à saúde mais ampla, estabelecendo redes de atuação restritas.

3.3.1 - Mateus e o dom da cura

Mateus não era natural da localidade. Era um Kaingang de uma área do Paraná que agora não lembro o nome. Teria sido transferido, juntamente com seu irmão e cunhado, para a TIX por conta de desentendimentos e brigas no seu local de origem – muito antes de se tornar crente. Na época ele congregava na Assembleia de Deus, onde era obreiro mas também realizava trabalho de missão. O evento do adoecimento da sua filha – relatado anteriormente – foi essencial para sua conversão como crente, o que lhe permite reinterpretar porque Deus teria salvado a menina. Isto o levou a firmar o propósito de divulgar a *palavra* de Deus que, posteriormente, tornou claro o *plano* que possuía para a sua vida. Tendo sido *revelado* como possuidor do *dom de cura* deveria acolher os enfermos que o procurassem, orando pelos mesmos e pedindo pela interferência divina:

foi através desse milagre [relacionado à filha] que a gente fez aquele propósito, de não abandonar Jesus. E daí foi uma madrugada, quando eu tava orando, aí o mistério de Deus né, e quando eu tava orando Deus me mostrou uma igreja muito linda, aí, só que isso faz 5 a 6 anos atrás. Daí quando Deus me mostrou aquela igreja aí ele começou a revelar pra mim as pessoas que tinham enfermidade, pessoas que tinham dor de cabeça, dor de perna. É como se fosse assim uma tela de uma televisão né. Era tipo duma visão, na madrugada quando eu dobrei o meu joelho e comecei a orar, aí deus começou a mostrar pra mim. (...) A gente sempre está orando então Deus sempre mostra pra gente. As pessoas vêm na direção da gente ou a gente vai lá.

Esse rapaz que veio, ele tinha o dom de revelação, o dom de cura. Aquela hora Deus começou a revelar pra ele, as pessoas que tinham dom de cura ele começou a revelar no meio da igreja. Aí que ele veio em minha direção e pegou minhas mãos. Quando levantar as mãos pra cima, o meu deus virá fazer a obra. Ele mora em Israel, o homem veio e deu uma passada aqui, e chegou aqui. E eu estava sentado na frente, e o irmão que mora ali

na Água Branca, que dirige uma igreja lá fomos revelados com o dom de cura. (...) Ele disse, ele levantou minhas mãos e disse assim: deus usou ele, disse, levante essas mãos pra cima porque quando levantar essas mãos e se você colocar suas mãos sobre aquele que está enfermo, eu o senhor vou fazer a obra por você. Então eu to resumindo. Aí ele disse, o primeiro que vai chegar você levanta, ele vai chegar à uma hora da manhã. Você vai orar e Deus vai curar.

No caso de Mateus foi durante um culto que um missionário de Israel intercedeu por ele e por outro senhor da aldeia Água Branca como possuidores do dom da cura. Mateus conta que, após este evento, ao concentrar-se para orar sozinho durante a madrugada, teria sido acometido por uma visão de uma Igreja muito linda, pela qual teria ficado deslumbrado. Após isto, teria visto gradativamente a imagem de algumas pessoas que possuíam enfermidades e onde as mesmas estavam alojadas em seus respectivos corpos ou espíritos. Conforme Mateus, “é como se fosse uma tela de televisão”. Mateus conta sobre o desdobramento das suas atuações, falando que não há horário ou momento oportuno para ser procurado para acolher alguém que o procura:

Quando foi uma hora da manhã chegou alguém e bateu na porta da minha casa. Ele disse, irmão Mateus eu preciso que você vá orar por uma nenê que está com uma febre muito alta, e saiu umas ferida, e quero que vá orar por ele que está passando mal. Aí convidei minha esposa e quando chegemo, aquela criança estava na cama. A mãe preocupada, eu disse pra mãe, hoje Deus vai curar tua filha, não se desespere. E nós oremo e graças a deus e a misericórdia Jesus fez a obra. Porque eu não faço nada, quem faz é deus. Aí quando nós oramos por aquela criança a febre saiu de vereda, a ferida que tava no corpo saiu de vereda, ficou com uma pele que nunca tinha saído ferida.

E quando foi a outra vez, e quando foi 3 horas da manhã, alguém chega na minha casa de novo. Aí me levaram 3 horas da manhã. Cheguei e essa senhora, nossa irmã da igreja, estava sentada numa cadeira, não tinha dormido um minuto

sequer, estava chorando com uma criança com uma dor no braço esquerdo. O marido veio me buscar, e cheguei la ela contou que não tinha dormido pela dor. Não sabia o que estava acontecendo. Eu disse, vamos orar e deus vai curar irmã. Ai eu levantei as mãos e pedi pra Deus fazer a obra pra mim e Deus fez a obra de novo. E quando nós terminemo de orar, botei minhas mãos na cabeça dela, ela já não estava mais chorando. Perguntei e ela disse que já não estava mais sentido a dor. Fiquei até seis horas da manhã com o irmão, e ela foi descansar, eu queria ver se ela ia dormir. E ela dormir e não sentiu mais dor.

Um dia ali na casa chegou alguém pra nós orar por aquela pessoa de madrugada. Porque o espírito mau tinha se apoderado dele e o espírito mau estava ali quebrando tudo. Ninguém segurava. Ele pegou o fogão e jogou lá fora, ele pegou um copo de vidro, mordeu e quebrou comeu aí veio correndo. Daí fumo lá, a irmã Claudete que tava junto com nós, daí chegemo lá, quando meio que nós tava chegando, porque a bíblia diz, na treva não ta com a luz. E nós somos luz. E daí quando nós tava chegando aquela pessoa que tava com o espírito mau ficou bem na porta e estendeu a mão e disse: ‘vocês eu não quero’. Eu cheguei com a bíblia perto e ele disse: ‘vocês eu não quero. Eu tenho raiva de vocês’. Eu disse, não, em nome de Jesus nós tamo aqui. Ele foi se afastando se afastando, disse: ‘não vem que eu vou matar vocês. Eu vou matar vocês’. E veio vindo. E de repente que nós começamos a orar ele caiu por terra, aí expulsemo aquele espírito mau dele, ele saiu, aí ele se espreguiçou ali e disse, o que está acontecendo? Eu disse, não, é um espírito que tá querendo acabar com a tua vida. Queria destruir você. Mas o que aconteceu, perguntou o homem, parece que alguém me bateu? Não, ninguém te bateu. Então, por isso que o espírito mau existe, ele se encarna nas pessoas.

Como o possuidor do dom não pode negar-se a exercê-lo nem cobrar em dinheiro por isto, uma vez que o firmou como *propósito*,

Mateus ocupava-se, no início, em visitar os moradores da aldeia Sede casa após casa, perguntando se alguém estava com algum problema:

Eu gosto de visitar, tomar chimarrão, escutar o que eles têm pra falar. Sinto saudades disso. Então agora o presbítero falou pra ficar por aqui, que ele me ajuda com alguma coisinha, pra trabalhar assim. (...) Chegar nas casinhas humildes, e falar: hoje tem culto, deus precisa de você. Não obrigar, mas oferecer (Mateus).

Tendo acompanhado-o em suas visitas, pude notar que não é somente entre os crentes que trabalha. Certo dia visitamos uma casa muito simples, de apenas um cômodo e telhado de lona, onde uma senhora que não era crente (a quem trato neste trabalho pelo nome de Ana) nos contou sobre o agouro que estava sofrendo no momento. Sua sogra estava doente e não tinha ninguém para tomar conta da mesma. Seu filho teria falecido e ela já teria questionado e solicitado porque não acontecia o mesmo com ela. Conforme a senhora, a enferma havia sofrido um derrame e ficado com um braço paralisado. Teria se dirigido ao hospital, mas não haviam solucionado o problema. Também, teria procurado os curadores da aldeia que teriam receitado alguns chás, mas que também não tiveram efeito. A dona da casa pede então para que Mateus faça uma oração para a sogra que, segundo ela, já havia solicitado na Assembleia de Deus durante um culto⁴⁵. Conforme Mateus, o que ele faz é solicitar a Deus, como o todo poderoso, para que este tome uma atitude e que faça como achar melhor, “preparando a pessoa ou recolhendo-a”.

Mateus é muito respeitado na comunidade uma vez que possui legitimidade para atuar com mais veemência através da *oração* como prática de atenção, a única ferramenta reconhecida dentro do conhecimento elaborado pelos evangélicos. Entretanto, aqui a oração proferida por Mateus é considerada mais forte que a dos outros por possuir o *dom* específico para resolver um caso de enfermidade. Mateus aproxima-se da mulher enferma, sobre a qual impõe suas mãos e pede:

Querido Deus. Papai eterno, pai da glória. Estamos aqui nesta tarde na tua presença senhor. Aqui na casa da tua serva senhor. Nós como teu servo estamos aqui. Está aqui esta senhora de

⁴⁵ As orações podem ser enviadas a distância para as pessoas enfermas.

cama. Mas tu conhece o teu coração. Tu conhece essa vida senhor. E nós colocamo ela nas tuas mãos, tu é aquele Deus que opera milagre. Tu é aquele Deus que faz o parálitico caminhar porque nós confiamos em ti. Senhor, agora nós como teu servo Senhor, nós ordenamos Senhor esta enfermidade Senhor, para que a tua filha Senhor venha sentar ou venha caminhar, faça conforme tu achar de melhor. Onde estiver alojada esta enfermidade Senhor, pelo poder do teu sangue. Porque há poder no teu sangue. E esta enfermidade vai sair agora. Vai tocando com as tuas mãos santas. Tuas mãos saradoras. As tuas mãos poderosas Senhor. Vai tocando nesta vida “LE⁴⁶”. Deus tu é poderoso. Tu é aquele Deus que transforma vidas. Tu é aquele Deus que levanta vida. Tu é aquele Deus que é dono da nossa vida. Está aqui esta filha senhor. Aleluia sem nada a fazer. Não pode caminhar senhor. Mas tu sabe porque ela esta aqui neste leito de enfermidade. Mas eu creio o Deus que eu sirvo é um Deus poderoso. Eu quero ver a resposta da minha oração senhor. Mostra que tu é poderoso senhor. Mostra que tu é dono desta vida Senhor. Mostra que tu é dono do céu e da terra, e tudo que há nele tu é que fez senhor. É o nosso pedido nesta tarde. Declaro a benção e a cura pelo poder do teu nome Senhor. Amém Senhor. Amém Senhor. Amém. (Mateus)

A oração se dá em voz alta sob um tom de suplício ao Senhor. Possui claramente um momento, marcado mais ou menos no meio da fala, em que a entonação de Mateus é executada com maior veemência, deixando como que sem querer escapar algumas palavras proferidas no que os crentes chamam de *língua estranha*. Não é preciso dizer tudo aquilo que foi mencionado quando tratado acerca do *propósito*, contudo vale salientar que nos discursos dos crentes sempre está presente essa exacerbação da potencialidade do poder divino. Deus é onisciente,

⁴⁶ Palavra pronunciada em “língua estranha”. Segundo os crentes representa a manifestação do Espírito Santo no corpo do servo de Deus.

conhece a vida das pessoas, e sabe exatamente porque ela encontra-se em determinada situação.

Segundo Mateus, em uma conversa posterior em sua casa, a mulher enferma, depois de algumas horas do ocorrido, já estava conseguindo andar em torno da sua casa. Mateus demonstra estar satisfeito com os resultados proporcionados por Deus através de sua benção, notando que muitas pessoas já foram curadas através de suas mãos.

Mateus diz que não recebe nada, ou cobra algo, pelas atuações. Mas, às vezes alguém oferece alguma coisa pra ele e ele aceita por obrigação. “Às vezes é uma carne, um alimento. Mas, o importante é que quem recebe o dom tem que utilizar, não pensar em ganhar com isso”.

3.3.2 - Luciana e o dom das Ervas Mediciniais

Luciana é uma senhora atuante na igreja evangélica Rei da Glória que mora na aldeia Sede. É irmã do pastor Mário que comanda esta mesma congregação. Luciana nasceu na aldeia Pinhalzinho, na TIX. Ela alega possuir um dom espiritual não usual entre os crentes em geral, o dom das ervas medicinais. Bem, o início de sua trajetória é associada pela indígena pela apresentação de um mistério que a princípio não entendia o que significava, mas que adiante se importante para explicar o porquê daquela situação. Vejamos o seu relato sobre como tudo começou:

eu trabalho com as ervas medicinais, foi deus que me deu esse dom né? No fundo eu não dava bola. Eu tinha 18 anos a primeira vez que deus começou a me mostrar as ervas. Até comecei, eu trabalhei de enfermeira né? Trabalhei tempo. E daí foi, foi, só que sempre tinha esse sonho de Deus me mostrar as coisas que iam acontecer. Daí fomos morar no Imbu. Lá comecei trabalhar de agente de saúde, e Deus começava me mostrar, me mostrar os remédios e eu não... até que Deus me mostrou. Era uma enfermidade em mim Ari. Quero ver, a Camila tem 10 anos, faz uns 9 anos que eu comecei a ficar doente, doente e fui pra cama, não aguentava mais de doente. E daí eu disse assim pra deus. Olha, se é pra mim fazer o que ta me mostrando então me levante agora dessa

cama. Daí naquela hora eu levantei. Eu disse, agora, é que tem alguém precisando das minhas mãos e eu vou fazer. E já melhorei, tomei banho. Daí a primeira, primeira doente que me procurou, lá em Abelardo [Luz] quando nos morava lá, uma mulher. Daí eu, naquela noite Deus me mostrou que eu tinha que fazer um remédio, pra anemia que ia chegar uma mulher que ia chegar muito doente, e era pra eu deixar pronto aquele remédio, que ela já estava entrando em leucemia no sangue. (...) Eu nem conhecia a mulher. Daí eu disse pra Salete, eu vou deixar esse remédio pronto Salete. Alguém vai vir precisar de mim hoje. Eu fui pra cidade, fui no mercado. Quando eu fui, daí, chegaram com a mulher doente. Mas chegaram ela carregada já, era o ultimo sangue dela, ela já tava entrando em leucemia mesmo. Ela tinha ido em Chapecó, já tinha ido pra Florianópolis, e a anemia tinha tomado conta. Daí eu disse, pra Salete, alguém vem me procurar, eu to no mercado do Manski. Tá, ela disse. Daí colocaram a mulher sentada ali, a Salete se assustou da mulher. A mulher não tinha... daí eles foram me encontrar. Me encontraram ali, bem naquela curva, antes daquele ponto. Disseram, a senhora que é a Luciana, sou, a gente foi lá procurar a senhora. Que diz que a senhora faz bem remédio. Mas eu trabalhava na pastoral mesmo. Daí eu comecei a fazer chá, pra gripe, pra amarelão eu comecei né? Daí eu disse, faço, é nos deixamos a mulher lá, ela tá quase morta. Eu disse, meu deus. Embarquei no carro e ela tava sentadinha. Ela nem falou, aí eu disse, mas eu tenho o remédio pronto. Disse, deus me mostrou que vocês iam trazer essa mulher, daí ela disse, não, a sua nora contou pra nós. Daí ela disse, oia dona Luciana, a comida dela hoje foi meia colher de sopa, o caldinho de batatinha. Daí eu disse ó, vocês vão levar esse remédio, daí dei esse aqui cheio [garrafa 2 litros conhecida como molão]. Dei pra filha dela. Daí ela tomou. Ai eu disse, olha, ela vai dormir. Vocês não se preocupem, ela chega e ela vai dormir. Ela vai levantar as 10 horas da noite. Ela vai se acordar. Se ela quiser tomar banho,

deixe ela que tome banho, eu disse, ela vai levantar com fome. Já deixe um caldo prontinho, forte, bem fortinho disse. Ela disse, ela vai pedir comida? Confie em Deus, eu disse, fiz oração. Daí comecei já fazer oração. Deus me deu na hora. Fiz oração e daí eles foram pra casa. Daí diz que levaram o remédio da mulher. O nome dela é Janete, daí diz que ela dormiu. Quando foi 10 horas da noite diz que ela levantou. Que ela disse pra mãe dela. Mãe, to com fome. Daí ela já tinha preparado a sopa, eu já tinha falado pra ela, a meia colher que ela tinha tomado antes, ela já comeu meio prato de sopa. Já começou a melhorar. De manhã cedo já chegou um carro lá pra me buscar pra ver ela. já tava melhorando. Dali que começou, daí eles começaram a espalhar que eu fazia remédio. Luciana, no imbu. E a mulher era de Abelardo. Branca. Daí que eu comecei, aí ela começou a espalhar que eu fazia remédio, que ela já tava quase morta, que meu remédio tinha curado ela sabe? Daí o pessoal começaram vir, vir, meu deus do céu. eu fazia, daí eu era agente de saúde né? Daí eu entregava, eu começava a atender as pessoas de fora daí sexta feira, depois que fechava meu horário, daí começava as 5 horas da tarde, até o domingo eu atendia, aí os de fora. Eu entregava mais de 60, 70 descartável, só no final de semana. Meu deus, eu vinha juntar remédio aqui, pois eu morava lá, mas eu vinha buscar aqui. Daí eu comecei e daí eles perguntam pra mim se eu tenho curso de ervas medicinais. Eu disse, eu tenho curso de ervas medicinais, pela pastoral, só que foi esse dom foi deus que me deu né? Dos remédios. Foi ali que eu comecei, aí aprendi a fazer oração. Daí eu fui pra igreja e daí deus me deu mais dons né? Deus me abençoou mais. Me deu mais força, me deu mais... (Luciana).

Assim, Luciana alega ser um *dom espiritual* seu conhecimento das ervas medicinais. “não adianta ensinar, não é só isso, precisa ter dom”. O dom das ervas medicinais não está no rol de dons espirituais oficiais crentes, e as práticas e trajetória desta senhora também

demonstram quão dinâmicas podem ser as situações de atenção à saúde do ponto de vista dos terapeutas.

Luciana é uma indígena que articula a questão da “tradição indígena” em sua prática “crente”. Os remédios do mato fazem parte de um conhecimento que está associado a aspectos de identidade indígena. Na verdade ela não percebe uma descontinuidade grande entre as esferas crentes e indígenas. Assim, toda a sua trajetória antes da conversão ao grupo dos evangélicos também integra sua experiência e em muito afeta sua prática terapêutica.

Digamos que a prática e conhecimentos dos remédios do mato foi adaptada em alguns aspectos ao novo contexto de vida crente. O feito de chás não se resume apenas na mistura das algumas ervas específicas com água. Parte fundamental do processo de produção é a bênção da substância, aspecto que, neste caso evidencia uma redefinição dos elementos simbólicos quanto à entidade espiritual que se pretende convocar. No caso do conhecimento católico, geralmente se pede para que algum santo de seu panteão, quase sempre o padroeiro da pessoa que produziu o chá, coloque sua força e sabedoria em cura ali. Como os *crentes* não concebem em suas formulações os santos ou as imagens, Luciana agora faz *oração* sobre o chá e pede para que Jesus o abençoe. Essa evidência mostra principalmente uma fluidez entre os conhecimentos religiosos das diferentes concepções religiosas abordadas – católicas e crentes.

Encontramos literaturas acerca da TIX afirmando que as Igrejas Pentecostais consideram o uso de chás e práticas como o festejo do Kiki algo “demoníaco” (OLIVEIRA, 1996). Em parte esta tese não se confirma segundo minhas constatações em campo, uma vez que as igrejas podem ser proibitivas quando a prática do Kiki por envolver consumo de bebida alcoólica e por estarem sendo invocados espíritos das pessoas mortas, assim como outros santos católicos. No entanto, alguns *crentes* entendem e militam na explanação de que isso faz parte de uma *tradição* do *índio*, que não deve ser confundida com *religião* e precisa ser continuada por aqueles que simpatizam. Não obstante, os remédios fitoterápicos e os chás, conforme os informantes, são os medicamentos preferidos pela maioria da população independentemente de credo religioso, que valorizam a manipulação das ervas como um conhecimento *tradicional* Kaingang, sendo restringido o uso aos *crentes* apenas quando contém álcool ou são benzidos em nome de algum *santo*. Caso não tenham sido elaborados por especialistas católicos, mas abençoados por Jesus, tudo bem.

Este aspecto também se mostra na sua argumentação sobre a passagem do saber para outras pessoas. Apesar de ela ter tentado ensinar, a questão do dom aparece como um requisito fundamental. De qualquer forma, Luciana percebe que também são fundamentais práticas iniciáticas tradicionais Kaingang, por exemplo, lavar a criança com ervas pode apontar para o desenvolvimento do dom:

eu ensinei lá no Imbu [Abelardo Luz] umas 3 pessoas (...) Tem que ter o dom né, porque daí se a pessoa não tem dom ela não se interessa, não grava na cabeça. Acho que a Camila vai herdar meu dom. Ela e esse piazinho aí. Esse piazinho vai herdar meu dom. Porque quando eu vou fazer remédio ele tá vendo, quando eu colho remédio ele vai junto, pergunta, já sabe. E a tia Maria, lavou ele com remédio também, e aí dar esse dom. Aham, o Philippe tava junto, tá no livro do Philippe, ela passando remédio nele. Lá no mato lá encima (Luciana).

Assim, para o seu aprendizado, Luciana também passou por diversos ambientes. Um deles é o familiar, que estaria mais ligado aos saberes tradicionais Kaingang, pois alega ter aprendido bastante com seu pai Antonio – organizador do ritual do Kiki e atuante na igreja da Saúde (OLIVEIRA, 1996). Também, é preciso lembrar que Luciana é sobrinha de Maria, uma velha indígena reconhecida pelas atuações terapêuticas na aldeia Pinhalzinho e arredores – sua especialidade são os remédios do mato e seu trabalho será explorado no capítulo relacionado ao catolicismo popular. Além disso, Luciana alega ter feito cursos de ervas medicinais com a Pastoral da Saúde e trabalhado também como atendente de enfermagem na antiga enfermaria da aldeia Sede.

Quando Luciana conta como faz os diagnósticos percebemos que as doenças comuns na TIX, como o amarelão, estão no rol de enfermidades das quais ela trata com as ervas medicinais. Mas também indica que trata de câncer, problemas na próstata entre outros já diagnosticados pela biomedicina:

a maioria das mulher tem infecção no ovário, nas trompas, cistos, assim também, amarelão e anemia. As vezes eles confundem amarelão com anemia. Eu digo não, amarelão é uma coisa e anemia é outra. Porque eu disse cada caso é um caso, amarelão ele ataca o fígado. E anemia não,

anemia é no sangue né? (...) As vezes o branco vai na, fazer exames, aí o médico diz, é numa criança ou a pessoa ta com anemia, daí eu, o amarelão amarela as vistas, dá muito sono, dor no corpo, e falta de apetite de comer. Daí a anemia é mais perigoso que amarelão, daí a anemia se não tratar vira leucemia. E o amarelão se não curar ele mata também, daí ele vira hepatite. (...) Porque os médicos não dizem amarelão, eles dizem hepatite né. Porque nós que somos assim, as pessoas do interior a gente já é amarelão. Que pros médicos é hepatite né? (...) A gente faz com 7 ervas. E tem que ser amargo. Tem muitos que fazem doce, mas daí não. Porque ele ataca o fígado aí. Daí tem que ser amargo, porque mata mesmo, o bichinho do fígado. (...) Câncer também né? Pra câncer é o malvão né? (...) Quando eles fazem exame, daí eles contam né, onde é o tal do câncer. Daí entra já com o medicamento, já vem com medicamento. Sabe. Os homens lá fora me procuram muito também, que tem problemas de próstata também, [resolvo] com chá também (Luciana).

De fato acompanhei muito pouco a Luciana tratando de pessoas da sua aldeia. Salvo seus parentes que moravam próximos, percebi que ela articulava muito mais sujeitos de fora desta localidade – indígenas ou não. Certa vez Luciana recebeu uma visita de um senhor logo pela manhã. Este senhor era um indígena da TI Toldo Imbu e havia se deslocado cedo para lá através de uma *corrida* feita por outro conhecido de Luciana que possuía carro. O senhor procurava um remédio para seu filho, que alegava estar com AIDS e que no momento estava sofrendo com uma doença venérea severa. Luciana pediu para que o senhor esperasse um pouco ali que ela já prepararia o remédio.

Ela ausentou-se por alguns minutos e percebi que havia se dirigido em direção ao posto de saúde que ficava quase em frente à sua casa. Enquanto isso eu fiquei na casa conversando com o senhor, que me contou sobre aquele problema familiar: “a gente fica até com vergonha de falar, mas quando precisa tem que falar”. Luciana retornou com um feixe de plantas e disse ao homem que já faria o remédio. Entrou na casa e preparou duas substâncias aparentemente diferentes e colocadas em garrafas separadas. Disse que uma era para o rapaz beber e a outra para ele lavar o local afetado pela doença. O homem agradeceu

e perguntou quanto custava o atendimento. Luciana disse que não era nada, que fazia gosto que o rapaz ficasse bom. Mas, mesmo assim, o homem entregou algum dinheiro para ela em forma de agradecimento e disse: “desculpe não poder dar mais, é que ainda tenho que pagar a corrida”. O homem esperou por mais alguns minutos e retornou com o seu companheiro de carro ao Imbu.

De fato, o forte de Luciana naquele momento era o atendimento de pessoas fora da área indígena. Isto ocupava boa parte do seu tempo. Deslocava-se muitas vezes por semana, quando solicitada, para atender pessoas em Xanxerê e Abelardo Luz. Como ela mesma comenta:

vou pra Abelardo, mas aí eu levo as ervas e vou na casa das pessoas. Colho aqui e levo né? (...) É pra outras pessoas, que buscam. Daí me chamam pra fazer oração na casa deles, me chamam na casa de outro pra fazer oração. (...) Tem essa mulher que sempre me liga, o ex-prefeito de Abelardo, o Celso, fazem 4 anos que ele me procurou. Ele tava com um problema sério sabe, no [pênis]. Fiz remédio pra ele, curou ele, e agora tá bom. Meu deus do céu. Tem um homem também lá, que é cunhado do Zezinho. (...) Eu faço sempre lá na casa da irmã do Inácio em Xanxerê também. (...) Daí eu faço remédio na casa da sobrinha do Inácio também, em Xanxerê. Porque parece que nós temos um trato, não sei, e daí também vem gente (Luciana).

Na cidade de Abelardo Luz, Luciana descrevia a mediação por uma amizade intensa com uma mulher chamada Jane, que sempre telefonava para a indígena. Segundo Luciana, ela era uma pessoa de uma família com poder na cidade, produtores de grãos e ligados à política municipal que a conhecia desde a época em que moravam no toldo Imbu. O que geralmente ocorria era o deslocamento de Luciana de ônibus para lá. Era recebida na rodoviária por Jane e levada até sua casa. Lá geralmente pernoitava e permanecia até o outro dia. Quando retornava para casa vinha com presentes para as crianças ou algum dinheiro que conseguia de arrecadações com sua atuação – apesar de não cobrar explicitamente pelos atendimentos.

As suas idas para Xanxerê foram extensamente acompanhadas por mim. Como tive oportunidade de morar na casa de Luciana, me desloquei várias vezes com ela da TIX para lá a fim de observar sua

atuação. A logística era muito parecida em todas as vezes. Logo cedo, umas seis da manhã, acordávamos e nos preparávamos para pegar o ônibus até a cidade. Nos dias anteriores Luciana combinava a visita com a sua amiga Arlete, quem nos receberia lá.

Enquanto eu tomava café junto ao pequeno Julian, neto de Luciana, ela saiu de casa de fininho e foi até o posto de saúde – que ainda estava fechado naquele horário. Percebi que ela entrava ao lado dirigindo-se ao pátio do local. Permanecia por lá por alguns minutos. Logo depois, retornava com um maço de ervas, folhas e ramos e enchia uma sacola plástica. Perguntei se eram os remédios que ela utilizaria, ela prontamente respondeu: “sim, são remédios do mato⁴⁷”. Luciana tomou um pouco de café, aprontou o neto e ficamos na frente da casa esperando o ônibus. O ônibus passou, como todos os dias, exatamente as 7:30. Embarcamos e não demorou muito, uns 45 minutos, para chegarmos à Xanxerê. Descemos num local periférico um pouco distante do centro da cidade. Adentramos numa rua asfaltada e percorremos um bairro de casas por uns 500 metros. No caminho Luciana avistou e coletou o galho de uma árvore plantada na rua. Juntou este galho com folhas à sua sacola de remédios e disse: “esse aqui também é remédio, pra infecção”. Caminhamos mais um pouco e chegamos no bairro onde morava sua anfitriã. Era um bairro que se diferenciava do anterior pelas casas mais simples e as ruas sem pavimentação. Parecia ser um loteamento novo. Chegamos, por fim, na casa de Arlete e fomos recebidos por ela com café da manhã. Conversando com ela entendi que era irmã de Inácio, um indígena que eu já conhecia e que trabalha como técnico de enfermagem no posto de saúde da aldeia Fazenda São José: “a gente é irmão por parte de mãe, ela era indígena; o meu pai era um italiano aqui de Xanxerê; eu morei um tempo na área, depois quando cresci vim pra cá e casei”. Arlete me informou que atualmente trabalhava trazendo encomendas do Paraguai, comprando e revendendo mercadorias para alguns clientes específicos na cidade. Disse também que foi curada por Luciana de um problema de saúde, e aí teria começado sua amizade mais intensa com a indígena. Depois do café, embarcamos no carro de Arlete que nos levou até outra casa, esta localizada em um bairro mais central de Xanxerê.

A casa agora era de Isabel e sua família. Era uma casa grande, e o bairro parecia ser de nível econômico mais elevado que aquele em que

⁴⁷ No caso, remédios do mato significa que são plantas que crescem como ervas daninhas: “não podem ser plantados em hortas, são do mato”.

Arlete morava. Conversamos com a Isabel e ela avisou que logo as suas amigas iriam chegar. Depois de uns 15 minutos conversando, chegaram quatro mulheres. Elas cumprimentaram e Isabel falou apresentando a Luciana a elas: “Essa aqui é a nossa médica”. Rapidamente a casa de Isabel tornou-se o consultório de Luciana. Estávamos numa área externa, separada por uma porta da cozinha. Luciana perguntou em particular quais eram os seus problemas de cada uma das mulheres. Uma delas respondeu que tinha um problema no joelho, a outra sofria de depressão e as outras duas eu não consegui acompanhar.

Enquanto esperavam na área externa, Luciana foi para a cozinha preparar o chá. Ela pegou duas panelas, colocou água e colocou para ferver. Enquanto isso separou ramos das folhas que trazia consigo. Eram folhas de diversas plantas, que foram colocadas juntas nas panelas que já estavam encima do fogão. Luciana esperou levantar fervura e desligou o fogo. Colocou a tampa sobre a panela e deixou ali. Ela fez tudo sozinha, na cozinha de Isabel.

As outras mulheres aguardavam na área externa e conversavam sobre as experiências e sintomas das doenças que cada uma estava passando. Nesta conversa descobri que apenas uma delas era amiga de Isabel, as outras duas mulheres foram levadas por ela apenas para aquela ocasião. Foi interessante que esta conversa transformou a área de Isabel num ambiente como se fosse uma sala de espera onde eram compartilhadas as experiências das enfermidades que vinham passando. Isabel, fazendo uma propaganda da atuação da Luciana, comentou que tinha um problema no joelho e que havia operado, mas, sempre que doía ela chamava a Luciana que fazia o chá e melhorava esta sensação. Isabel comentava que “os índios sabem bastante de remédios” quando também concordou com a outra senhora presente falou que existia “muita pobreza na área indígena”.

Mas, uma questão interessante surgiu quando as mulheres começaram a falar de suas famílias, pois aí apareceram outras marcas de diferenciação étnica. Não lembro o tom da conversa, mas, aproveitando que falaram dos índios, uma delas comentou sobre a situação econômica que estavam passando no momento, que tinham conseguido com muito trabalho criar os filhos que agora estavam na faculdade fora da cidade. A mulher complementou que era muito parceira do seu marido, o qual era um “italiano muito caprichoso”.

Luciana terminou o feitiço chá. Solicitou garrafas plásticas para colocar o líquido para cada uma delas. Isabel pediu para que eu pegasse as garrafas que estavam no seu pátio. Peguei quatro garrafas descartáveis de 2 litros que já estavam lavadas e separadas. Luciana

encheu todas as 4 garrafas com o chá. Não percebi que ela havia feito chás diferentes para cada uma das mulheres, apesar de demonstrar nas conversas que cada erva servia para um tipo de doença.

Depois das garrafas separadas e cheias, Luciana chamou cada uma das mulheres individualmente para a cozinha. Aquela que entrava sentava-se em uma cadeira. A garrafa de chá estava ao lado, encima da mesa. Luciana então perguntava o nome da mulher que estava sentada. Sabendo isto, colocava a mão direita sobre a garrafa e fazia uma oração. Depois, voltava-se para a mulher que estava sentada, colocava a mão sobre sua cabeça e fazia outra oração em voz alta: “ó pai, tira essa enfermidade do corpo dessa pessoa, você é poderoso pai, colocamos tudo na tua mão. Esse remédio pai, abençoa este remédio, pra tirar a enfermidade, para toda tua glória, salva esta tua filha que acredita no teu poder pai, amém”. Depois Luciana olhava para a pessoa e passava a prescrição: “pode tomar 3 vezes por dia o chá, um copo cada vez, você vai ver, amanhã já vai estar melhor, tá?”. A mulher deixou 10 reais para Luciana. Este mesmo procedimento foi feito para as outras três mulheres e para Isabel ao final. Luciana falou que estaria de volta em 10 dias, quando as mulheres deveriam voltar para reforçar o tratamento.

Depois disso, todas agradeceram a Luciana e foram embora juntas de carona com uma delas. Isabel também agradeceu e disse que em dez dias receberia as mulheres em sua casa novamente. Arlete e Luciana agradeceram Isabel e fomos embora com o carro de Arlete.

No caminho Luciana e Arlete conversavam sobre o atendimento. Luciana falou que tinha gostado e que era bom vir para a cidade encontrar com o pessoal e atender. Arlete reclamou de Isabel: “aquela mulher é muito difícil, ela reclama de tudo, diz que gasta muito gás do seu fogão para fazer o chá. Pediu pra eu trazer minha garrafa térmica elétrica pra esquentar a água, pode isso?”. Arlete perguntou para Luciana: “e ela te pagou o remédio?”. Luciana respondeu: “Não, ela não me deu nada.”. Arlete respondeu irritada: “mas você vê como ela é, ela é assim!”. Depois de Luciana e Arlete combinarem o próximo encontro em 10 dias, Arlete nos deixou no centro da cidade de Xanxerê para irmos à casa de outra cliente de Luciana: a Marta.

Marta e sua irmã Meire haviam procurado Luciana alguns dias antes – também pelo intermédio de Isabel e de Arlete. Este primeiro atendimento havia sido na casa de Isabel. Luciana, na ocasião, havia falado que necessitaria mais atendimentos para que houvesse eficácia no seu problema. O problema de Marta parecia ser complicado, pois da primeira vez ela pouco falou, sempre mantinha um semblante de tristeza

e, em muitas vezes, começava a chorar. Meire, que era sua irmã mais nova é quem agia como uma cuidadora de Marta, pois esta pouco se comunicava. No primeiro atendimento, Luciana havia feito orações para as duas irmãs e também um chá para Marta tomar. Na ocasião percebi que Meire havia deixado como contribuição 50 reais para Luciana.

Nesta segunda visita fomos até a casa de Marta, que na verdade morava com a família de Meire. Elas moravam num prédio no centro da cidade de Xanxerê num amplo apartamento. Na verdade o prédio, de 3 andares, era propriedade da sua família. Pela conversa que tive com elas, a família deles possuía outros imóveis e a própria carreira de Meire e seu marido, Arsênio, mostrava uma longa trajetória de atuação no comércio local. Marta teve uma carreira longa como educadora em um dos principais colégios públicos da cidade, a partir de onde se tornou bastante conhecida.

Luciana, seu neto e eu chegamos na casa e fomos recebidos por Meire. No caminho para a cozinha, encontramos Marta sentada lendo a bíblia. Ela não falou muito, mas Luciana a cumprimentou perguntando como estava. Percebi que ela estava chorando. Deixamos ela sozinha e nos dirigimos aos fundos, onde ficava a cozinha. Meire novamente comentou que ela só chorava, mas que achou que ela tinha melhorado da ultima vez que Luciana havia atendido.

Luciana fez o mesmo procedimento de sempre. Foi para a cozinha, separou as ervas e as cozinhou numa grande panela. Enquanto isso eu conversei com Arsênio, marido de Meire. Ele contou um pouco sobre sua vida, que atuavam bastante no comercio local, mas que agora estava aposentado. Disse que já teve mercado, bar, restaurante, já havia trabalhado com várias coisas em Xanxerê. Contou que, quando tinha bar, haviam muitos indígenas que passavam por lá: “esses índios gostam de cachaça!”.

Depois de preparar o chá, Luciana encheu duas garrafas descartáveis de 2 litros e fez oração sobre elas. Luciana também quis conhecer o quarto de Marta. Lá dentro, estendeu a mão e fez uma oração sobre a cama dela.

Meire nos acompanhou até a porta e Luciana falou que o bom seria voltar mais algumas vezes. Meire disse que falaria com Arlete para ver qual o melhor dia, e entregou uma contribuição em dinheiro para Luciana. Também, deu 2 sacolas grandes cheias de roupas para ela. Arsênio nos levou até a rodoviária para pegarmos o ônibus.

Os atendimentos aconteceram na parte da manhã. Depois de deixarmos as malas e sacolas no guarda volumes da rodoviária, almoçamos e fomos ao supermercado comprar mantimentos. Apenas às

16:30 retornamos com o ônibus para a TIX, mais precisamente à aldeia Sede de volta para a casa da Luciana. Luciana, à noite, ainda tinha compromisso na participação do culto da sua igreja.

Luciana, apesar de ser crente, associava sua atuação à da sua tia Maria – que será trabalhada adiante – pois ela também ocupava-se de ir para as cidades vizinhas levar remédios: “[a tia Maria] ia, meu deus do céu, a tia Maria ia bastante, ia e agora não vai mais. Ela tá doente”.

Luciana também apresenta outro tipo de articulação mediado pelo seu conhecimento e inserção em práticas de saúde. Há anos, muitos pesquisadores a visitam na TIX. Eu mesmo, como disse, fiquei hospedado por diversas vezes na sua casa. Esta referência foi uma herança cultivada depois da morte de seu pai, Antonio, um indígena muito preocupado nas articulações políticas em torno da valorização da cultura e tradição Kaingang. As articulações de Luciana com os pesquisadores, de cursos de História, Farmácia, Nutrição e Antropologia principalmente, rendem viagens à capital do estado e visitas às suas casas – embora a motivação principal seja a visita ao seu filho que mora na cidade vizinha de São José. Seu conhecimento de práticas de atenção vinculado à plantas, ervas ou remédios do mato, ou mesmo sobre parto também rendeu sua participação ministrando palestras na cidade acima citada em congressos de fitoterapia e também para os alunos do curso de Licenciatura Intercultural Indígena da UFSC.

Este conhecimento do mundo exterior, do branco, e as articulações com sujeitos “de fora” que Luciana mostra-se habilidosa em elaborar, também a torna referência para auxiliar pessoas enfermas em outros contextos que extrapolam a região mais próxima da TIX – como acompanhei junto ao caso de Andreia, uma jovem indígena que sofria com um câncer na região da face diagnosticado pelos médicos do SUS. Como relatado anteriormente, depois de percorrer todas as possibilidades em termos de tratamento local, dentro da TIX e nos hospitais da região – e ter feito quimioterapia no hospital regional de Chapecó –, Andreia foi encaminhada para o CEPON de Florianópolis. Nesta ocasião, Luciana foi procurada pela família da moça para fazer a viagem e acompanhar a moça no tratamento por conhecer relativamente bem a cidade e saber como se deslocar no local. Luciana, para esta visita, valeu-se também do auxílio dos pesquisadores que moravam nesta cidade como auxiliares.

3.4 - Discursos de oposição e aproximação

Por parte dos crentes, é comum que exista um discurso deslegitimando as práticas dos católicos, taxados de ignorantes por acreditar em curandeiras, benzedeadas e outras práticas místicas mentirosas que estariam apenas interessadas em arrecadar dinheiro. Como são protestantes, os crentes abominam a infinidade de santos e imagens adoradas pelos católicos em geral. Os crentes também acusam os terapeutas católicos de feitiçaria alegando que na verdade só fazem o mal enviando doenças às pessoas. Portanto, em relação às atuações terapêuticas, o comum é que haja uma divisão, uma rejeição das práticas do grupo dos católicos tradicionais.

Outra questão é sobre o conhecimento biomédico, algo utilizado abertamente pelos crentes que reconhecem algumas eficácias na atuação profissional – inclusive incentivando a utilização de práticas religiosas concomitantes às práticas biomédicas. Entretanto, uma concepção que está sempre presente nos relatos experiências de enfermidade dos crentes, é que o conhecimento médico oficial no discurso é considerado limitado.

O fato é que estes discursos remetem à certa necessidade dos crentes se afirmarem como possibilidades terapêuticas na localidade. Em contraponto aos católicos, existe uma divergência ideológica característica na sociologia local. Por outro lado, a centralidade das enfermidades como central no argumento para angariar fiéis toma a incapacidade biomédica como o estopim para a intervenção divina. Esta, capaz de curar todas as enfermidades, serve como superação de todas as demais atividades do mundo secular, pois os médicos, ao contrário dos terapeutas católicos, não seriam mal intencionados, mas tudo o que aprendem provém “dos livros” e não de uma experiência transcendental.

Neste capítulo procurei mostrar, etnograficamente, como são as estratégias empregadas pelos *crentes* a partir da intencionalidade de oferta terapêutica, uma temática que está diluída no próprio modo de vida do grupo e das atividades que seus membros produzem e compartilham. Uma noção particular de enfermidade movimenta a própria expansão do grupo, funcionando como argumento para o mecanismo proselitista que subjaz a moralidade que guia as relações sociais pautadas na *doutrina evangélica*.

Este mecanismo está totalmente atrelado a um tipo de organização institucional burocratizada, que busca a disseminação de denominações evangélicas pela região (e mundo afora). Este movimento pode ser tomado como a construção de redes de atuação, por onde circulam práticas terapêuticas, utilizadas pelos dirigentes religiosos para criar vínculos em novos espaços que os permitam circular por diversas localidades nas quais as igrejas evangélicas de sua denominação se fazem presentes. A multiplicidade de igrejas faz com que se tenha mais opções próximas para recorrer enquanto referenciais terapêuticos.

Os eventos e rituais marcam boa parte das atividades desenvolvidas pelos evangélicos. Estes são elaborados com o objetivo de aglutinar fiéis, muitos deles procurando soluções para problemas e infortúnios das mais diversas ordens. Mas, fundamentalmente, cumprem o papel de proporcionar visibilidade de agentes que transitam pelas redes associadas à determinada denominação – como no caso dos pastores – ou entre diversas denominações que compartilham a doutrina – como é o caso dos missionários. Assim, uma circulação em níveis mais amplos remete a atuação dos dirigentes e outros agentes evangélicos. Muitos destes agentes são possuidores de dons espirituais, que os permitem atuar terapêuticamente de uma forma mais estrita, elaborando orações e pedindo com mais veemência pela interferência divina, o que também ajuda na legitimação e reconhecimento da sua atuação dentro das congregações.

Mas, enquanto existem agentes que atuam quase que exclusivamente dentro das congregações, mais especificamente nos rituais associados aos cultos e outros, existem outros agentes também dotados de dons espirituais que atuam para além dos espaços institucionais. Embora toda atuação dos evangélicos seja feita para enaltecer o poder divino, sendo a Deus relacionadas quaisquer possibilidades terapêuticas, estas atuações estão associadas a estratégias individuais que permitem que estes agentes circulem por localidades próximas de suas residências e outras mais distantes estabelecendo relações pessoais de clientela. Esta circulação permite o estabelecimento de redes de atuação que remetem à aspectos de cooperação que tornam possível o acesso a alguns círculos mais específicos do contexto regional. A circulação destes agentes perpassa, devido a natureza das relações estabelecidas, por diversos estratos sociais. É possível o acesso, nestes trânsitos, por famílias abastadas das cidades do entorno o que torna as atuações terapêuticas estratégias de sobrevivência com o retorno de mantimentos para os agentes evangélicos e suas famílias.

O conhecimento do mundo externo à reserva agrega valor aos agentes como referenciais em questões terapêuticas muitas vezes não relacionadas diretamente às suas atuações estritas. A circulação por localidades diversas, assim como o estabelecimento de relações com diferentes sujeitos e espaços, tornam as suas experiências de vida um importante marco para sua visibilidade no campo de atenção à saúde local. Embora pareça que o grupo dos crentes seja extremamente fechado com relação a práticas de outras naturezas ou tradições médicas, estas trajetórias individuais permitem perceber também a participação dos agentes evangélicos em outros círculos que, ao final, se expressam na resignificação e incorporação de elementos que não estariam delimitados pela ortodoxia dos preceitos evangélicos, passando a ser utilizados para argumentar a disseminação da palavra de deus.

Embora exista uma formalização dos papéis e de uma hierarquização entre os agentes religiosos, principalmente entre os dirigentes, a questão terapêutica está disseminada pelo modo de ser crente orientado pela adequação às normas da doutrina. Portanto, não é só o pastor ou os possuidores de dons de cura que podem reverter uma doença. O próprio fiel, a partir de orações e pedidos a deus, pode fazer isso. Ou seja, como os agentes evangélicos reiteram, “nós não fazemos nada, é Deus e o espírito santo que faz através da gente”.

CAPÍTULO 4 - OS CATÓLICOS TRADICIONAIS

O catolicismo tradicional, ou popular é uma expressão religiosa bastante abrangente que cumpre importantes papéis na TIX com relação a atenção à saúde. Durante a pesquisa de campo atual, percebi a presença de alguns terapeutas ligados a este modelo cosmológico como referências centrais quando tomado o ponto de vista dos indígenas Kaingang e observados seus itinerários e trajetórias terapêuticas.

O contato dos Kaingang com o universo católico teria iniciado com uma antiga redução jesuítica na região do alto rio Piquirí e outra nas margens do rio Tibagi, ambas no território do atual estado do Paraná, no século XVII (D'ANGELIS, 2006). Com a expulsão da Ordem Jesuíta do Brasil, na segunda metade do século XVIII, a ação missionária dos Capuchinhos retomou a atividade de catequização e civilização dos índios e rumou para a região sul do Brasil, tendo investido junto aos Kaingang por volta de 1840 (MOREIRA NETO, 1972; ALMEIDA e NÖTZOLD, 2011). Na região oeste de Santa Catarina este contato não está precisamente datado, mas é consenso nos trabalhos acadêmicos que se dá desde o século XVIII e XIX, muito antes da criação da TIX (ALMEIDA, 2004).

A literatura disponível aponta que os Kaingang afirmam ser sua primeira religião a católica, talvez pelo fato de que as primeiras investidas catequéticas tenham sido por iniciativa desta religião (OLIVEIRA, 1996). A mediação pela atuação dos *monges capuchinhos* do Paraná no oeste catarinense é um marco, entretanto, os católicos foram, em muitas das situações, as outras populações locais, com os quais os Kaingang participavam de festas de santos e outras práticas religiosas (ALMEIDA, 1998). De fato, muitas das práticas acompanhadas no trabalho de campo são comuns a outras populações da região, especialmente o catolicismo entre populações *caboclas* de Vargeão e Ponte Serrada (RENK, 2008).

Segundo Veiga (2004) na TIX “o catolicismo popular ‘bebeu’ da cosmologia indígena e foi fortemente influenciado por ela, da mesma forma que os indígenas absorveram elementos do catolicismo em suas práticas rituais” (p.176). Assim, o catolicismo popular presente na TIX é muito peculiar, já que não está pautado pelos cânones da Igreja Católica oficial. Veiga afirma que os Kaingang utilizam signos cristãos dando-lhes significado Kaingang, o que acaba não proporcionando incompatibilidade entre a condição de católico e o apego a práticas culturais próprias de seu “mundo antigo”, sejam elas as festas, as curas

xamanísticas, ou ainda suas relações com os espíritos dos mortos e dos animais (VEIGA, 2004). É neste sentido que os *Kuiãs*, xamãs Kaingang, também passam a ser interpretados como parte do catolicismo. Ademais, como coloca Oliveira (1996), “alguns índios mais velhos do Xaçecó, empenhados em preservar a cultura, quando falam sobre a ‘tradição e o costume’ são unânimes em afirmar que o ‘Ritual do Kiki é a religião dos Kaingang’ e que participar do Kiki e ser ‘catolicista’ é a mesma coisa” (p. 13).

Nos trabalhos que tenho consultado sobre o assunto (OLIVEIRA, 1996; ALMEIDA, 1998; HAVERROTH, 1997) noto que este tipo de catolicismo caracteriza-se, principalmente, por algumas atividades específicas, como *rezas* nas casas, *festas de santos*, *procissões e batizados*. Estas atividades estão atreladas a importantes agentes na (re)produção destes saberes e práticas: os *rezadores* de terço, as *benzedeiras*, as *curandeiras*, os *festeiros* de santos, e mesmo os *Kuiãs*. Há também a agregação de figuras santas bastante evidentes em todas as atividades, como São João Maria, São Sebastião e Nossa Senhora Aparecida.

Um tema recorrente dos que praticam o catolicismo na TIX é a constante afirmação que a tradição está sendo esquecida. Muitos dos velhos indígenas sempre se queixam que o “sistema antigo” está ficando para trás, interpretando as mudanças contemporâneas na TIX num tom de perda. Como a tradição é fundamentalmente transmitida oralmente e intergeracionalmente, um dos argumentos elaborados pelos velhos diz respeito à tradição não fazer parte do rol de interesses dos jovens.

Entretanto, apesar de este assunto relacionado ao abandono sempre ser retomado nos discursos, na prática os católicos parecem ser altamente criativos na emergência e manutenção dos referenciais para a circulação de sujeitos em torno de práticas terapêuticas no campo de atenção à saúde. Assim, temos que estas possibilidades estão diretamente ligadas a estratégias promovidas pelos diversos agentes católicos. Assim, apesar de possuírem um fundo cosmológico basicamente comum, e atuarem no mesmo circuito, referenciando-se uns aos outros frequentemente, cada agente possui modos diferenciados de (re)produção e legitimação de suas práticas no contexto local, apontando para uma diversidade de argumentos. Diferentemente da aparente homogeneidade organizacional e burocrática do grupo dos evangélicos, o ponto de vista dos agentes católicos revela movimentos de aproximação e de afastamento entre si em termos de identidade em relação às possibilidades de atuação e participação em rituais e eventos promovidos.

Apesar da descrição aqui apresentada contemplar alguns pontos de consenso entre noções de espaços, rituais e práticas terapêuticas, há uma complexidade que não é abarcada em sua totalidade. Mas, O que quero deixar claro aqui é que no catolicismo popular os trânsitos de sujeitos e suas dinâmicas de circulação estão bastante associados à referência nos próprios agentes terapêuticos e menos ao peso institucional religioso em si – como parece ocorrer no caso dos *crentes*.

4.1 - São João Maria entre os Santos Católicos

Um ponto inicial que devemos levantar ao falar do catolicismo popular é o fato de todas as práticas relacionadas ao universo católico estarem associadas à atuação dos *santos* – em contraponto aos *crentes*, que apenas acreditam na atuação da tríade Jesus, Deus e Espírito Santo. Uma multiplicidade de figuras é considerada como fonte de poder e auxiliares para tratamentos de saúde, e outras práticas, pelos católicos. Na TIX, São Sebastião, Nossa Senhora Aparecida, o Divino Espírito Santo e São João Maria são os mais reconhecidos e cultuados – embora existam outros tantos santos que são citados esporadicamente.

Estas figuras santificadas estão presentes na forma de imagens nos altares das casas das famílias mais assíduas na expressão pela devoção aos santos. É bastante comum vermos expostas gravuras ou estatuetas de cerâmica dos santos padroeiros. Elas são recorridas como canais de comunicação em momentos em que o devoto deseja solicitar algo do santo padroeiro – quando pode conversar com a imagem e fazer alguma oração dirigindo-se a ela.

É normal que estas imagens circulem entre os católicos. Um altar de santo pode passar de pai para filho, quando da morte do pai, ou pode ter os santos distribuídos entre outros parentes. Estes altares também podem ser incrementados com o tempo, na doação de imagens por outras pessoas que se identifiquem com as práticas realizadas pelas famílias onde o altar situa-se. Assim, os acessos a estas imagens também estabelecerem vínculos entre os atores no campo religioso a partir de objetos trocados, extrapolando muitas vezes o núcleo familiar. Estas imagens circulam, e junto com elas as relações sociais se estabelecem entre os católicos.

Estas imagens são representações, como nos deixou claro Iracilda ao relatar sobre a presença dos santos no céu: “eles tão tudo lá no céu. Porque isso que temos aqui é só imagem, é fotografia. Pra nós enxergar

na terra como tem Deus vivo lá no céu. Lá no céu eles são que nem nós. São vivos, tão caminhando pra lá e pra cá”.

Esta característica é válida para todos os santos cultuados pelos católicos da TIX, exceto para São João Maria. Este possuiria uma qualidade que o permitiria transitar entre os planos do céu e da terra. Para os católicos em geral este santo faz-se presente no mundo secular deixando marcas de sua trajetória na própria paisagem local.

São João Maria (SJM), referido por todos os católicos como um astuto peregrino, é muito associado pela literatura a um dos monges que atuaram na guerra do Contestado. De fato, seu reconhecimento como santo está presente em toda a região oeste, principalmente nas localidades onde ocorreu tal evento e junto às populações *caboclas*. Celestino, benzedor da aldeia Baixo Samburá, me contou que o conheceu na Chalana⁴⁸, numa época que morou na cidade de Chapecó. A popularidade do santo entre os católicos da TIX remete ao relacionamento dos indígenas, ao longo do tempo, com as populações autóctones regionais – como demonstrou Rosa (2005).

O velho José diz que “ele não morreu ainda”, mas continua atuando no mundo terreno e se manifesta presente em diversas situações cotidianas. Alguns episódios rememorados pelos habitantes da TIX, principalmente os mais velhos, remetem a encontros na localidade. Estes encontros são marcados pelos comportamentos extraordinários por parte do santo:

Um dia vi o São João Maria, há uns 46 anos. Na época ele veio e dormiu no terreno descoberto, durante uma geada. (...) E podia dar temporal de chuva, chover aqui, e lá não molhava ele. Ficar perto do rio assim e não se molha. (...) Abaixo de chuva, mas chovendo e derramando a água. Daí ele muito marotão tudo, ele arrumou, ascendeu o foguinho dele, deitou e dormiu de roncar. Um calor! (Celestino).

Uma das atuações principais de São João Maria costuma ser o disfarce para testar os fiéis quanto a valores relacionados a solidariedade e avareza. Além disso, temos nas suas *profecias* a recorrência de temáticas emergentes que dizem respeito à destruição dos recursos naturais ou da possibilidade da utilização de animais de criação. Estes

⁴⁸ Chalana é uma comunidade afastada do centro de Chapecó e é eminentemente habitada por populações de baixa renda.

valores estão ligados às provas que o santo exige para a manutenção do seu vínculo com o devoto e posterior auxílio em questões diversas – entre elas as terapêuticas. Como conta José: “se for coisa que preste ele atende, se não for coisa a toa (...), pode ser pra plantação, criação, saúde das crianças, pode pedir com fé que ele atende”.

No fundo, o que São João Maria prega remete a uma moralidade que subjaz as relações sociais, as quais parecem estar em tempos de mudança. As ideias sugeridas pelo santo fatalmente recaem sobre o argumento de decadência da *tradição* e questões relacionadas. Quando interpretadas pelos indígenas mais velhos, estas mudanças explícitas nas profecias dizem respeito também ao abandono das práticas terapêuticas tradicionais e a aceitação de novas formas de atenção à saúde. Maria nos conta sobre uma profecia que SJM proferiu num encontro com ela na aldeia Pinhalzinho, numa clara referência à adesão às práticas da biomedicina oferecidas pelo posto de saúde: “em 30 anos todo mundo vai esquecer desse remédio [do mato]. Vocês vão se curar com ferrão, vão tomar um remédio branco, vão se estragando o corpo de vocês. A memória fica fraca também”.

A figura de São João Maria é central neste universo também pelo fato de mediar os agenciamentos mais pontuais para emergência de todas as modalidades de referenciais relacionados ao catolicismo popular. Sua presença está associada: como guia das atuações dos *terapeutas* católicos; às práticas rituais de *festejos*; e na sua passagem pela paisagem regional originando aparecimento das *Águas de São João Maria*.

4.1.2 - As Águas de São João Maria

As ‘águas de São João Maria’ são fontes de água limpa (muitas vezes nascentes de rios) consideradas poderosas. As águas são atribuídas à passagem do santo pelo lugar, mais especificamente onde ele acampa, como nos conta Celestino: “é onde é o posinho dele. Onde ele posou faz a água. Fica boa, não seca nunca. (...) É água pra ocupar, pra fazer remédio, pra fazer comida, pessoa que não ponha porcaria, cuide da água”. Geralmente elas se localizam num local remoto das propriedades, onde ainda há mato fechado que a proteja.

No caso do velho José, São João Maria teria benzido uma nascente situada no seu terreno – na aldeia Serro Doce – depois de um encontro onde o Santo mostrou-se em forma de cachorro:

E eu sempre tinha uma ideia comigo: o dia que tiver alcance de falar com o São João Maria eu vou pedir pra ele benzer uma água pra nós. (...) Eu queria que ele benzesse uma água pra nós né? Pra aquele que tem fé ele curar. Nós fazer um batizado, tirar muitas coisas mal do corpo, uma dor no corpo, nas vista, onde for preciso. É só pedir pra ele com fé que ele cura né? Eu vinha, mas ele se representou num cachorro, porque o cachorro é bicho abençoado. O cachorro sempre tá nos pés de São Roque. Então o cachorro é dele né, é do santo. E aquele dia eu vi ele. Mas pra mim era um cachorro né? Veio na minha frente. Veio, veio, veio. Uma altura ele me esperou, eu queria alcançar ele caminhava de novo. Cachorro grande assim. Magro, parece que com fome. Já me deu dó daquele cachorro. Me deu dó, então vê que coração que eu tinha né? Aí ali no chatto, no arrozal ele foi do lado da estrada e sentou. Ficou me olhando. Chamei pra trazer ele pra trazer ele na casa pra dar de comer ele, eu vi que ele tava com fome. Aí não quis vir, ele ficou parado. Aí eu cheguei e disse pra mulher, digo, tem um cachorro ali em cima. Mandei as menina amarrar os cachorro. E daí ele vai vim e os outros vão pular nele e vão judiar dele né? E se ele vim, vamo dar de comer ele, ele tá com fome. Tá extraviado, ou uma coisa ou outra ele tem. Fiquei sentado na área. Aqui na área ele apareceu. Eu saí no gramadinho, tem aquele barracão ali pra cima, aqui em casa né? Apareceu ali. Digo, ó lá onde tá ele. Ele olhava pra baixo, me olhava pra cima. Descia pra baixo, subia pra cima, e voltava ali. Digo, chamar não adianta, ele tá arisco, ele não vai chegar. Eu tiro uma comida pra ele ali, no prato que eu to comendo, da minha comida temperada né? Eu vou levar pra ele lá, onde ele sai lá. Ele quer comer. Viu que ideia que eu tinha? Levei o prato de comida e deixei lá. E voltei na casa e fiquei olhando. Nada ele saiu lá. Olhou, olhou pros lado, olhou o prato de comida e chegou e comeu. Comeu tudo. Digo, lá ele comeu. Aí deu uma volta por lá, e voltou pra estrada. Quando foi de noite ele já veio em pessoa. Já veio em pessoa, já não veio cachorro mais. Aí ele falou comigo:

que tal meu filho, tava com dó daquele cachorro velho né? Pois era eu, eu faço assim pra mim ver quem é que tem coração ruim né? Aquele do coração bom eu me apresento pra ele. Contar alguma coisa que ele pedir. Daí que eu pedi as águas aqui. Disse, eu vou benzer. Só não limpe o lugar no meio, perto de estrada que tudo caminha. Que outras pessoas, porque hoje em dia tem muitas pessoas de má ideia, rogador das coisas mal né? Se diz qualquer uma palavra má pra água, a água se arruína, arruína a água. Eu disse deixe pra mim. Daí eu disse, dá pra fazer nos pirão de pedra ali? Essa lajinha tem uns pirão de pedra ali, tudo cheio de panelinha assim na laje. Diz dá, lá dá. Ah, a estrada é tua, de você ir trabalhar com o trator. Eu vou lá benzer a água pra você. Eu vou posar lá, embaixo daquela guaviroveira, tem uma guaviroveira ali. Aí, de noite ele foi lá né? Diz, o teu pedido tá feito, já benzi a tua água, tá boa tua água. Zele, cuide, plante uma cruz de cedro pra vocês acender vela lá. Fazer um batizado, uma coisa ou outra, fazer um pedido no pé da cruz de cedro né? É, aí faziam promessa pra criança, traziam o retrato das crianças e ponhavam ali no pé da cruz. Isso faz uns quarenta anos já. Trinta e cinco, quarenta. Primeiro foi feito aquela lá, lá né? Aí foi feito aqui, tinha aquela ali que era, mas era muito pequena. Não tinha lugar pra caber os santos que tinha lá pra ponhar aqui né? Porque ele sempre dizia: leve tal santo lá e deixem lá. Aí não tinha lugar pra tudo os santos que ele pedia pra ponhar aqui né? Como tá cheio ainda, tem só esse pedacinho que não tem né? (...) Nós tinha que fazer maior essa igrejinha, porque já tá cheio de santo aqui. As vezes pra fazer um batizado, que nós sempre fazemos batizados nas águas aqui. Criança sofrida, gente grande. Então nós... pedem pra nós vim batizar aqui né? Pois saram mesmo. Mas ele tem que ter fé né? O senhor pode dar uma olhada pro senhor ver que bonito é. Podia ser mais maiorzinho, porque aqui o dia que nós viemos rezar não entram tudo uma par de gente, entra duas, três, quatro, cinco (José).

Capelas são construídas perto das águas e marcam o tempo que o devoto do santo mantém a fé no catolicismo e no próprio SJM. Portanto, zelar pela capela e pela água serve de medida para a permanência das práticas religiosas naquela família. Como conta José: “faz uns 25, 30 anos que fizeram a capela, mas a antiga tinha uns 40 anos”. As vezes a capela resume-se a um pequeno altar com imagens de santo, com um simples telhado que as cobre. Outras vezes, é uma sala com mais imagens e altares internos, onde algumas pessoas, geralmente os rezadores, adentram para participar dos eventos. Nas “águas” onde não são construídas capelas, ao menos se tem um cuidado dos moradores para que não se estrague a água.

Existem *águas* em diversas aldeias e pontos dentro da TIX, como no Cerro Doce ou Água Branca. Entretanto, estas fontes também espalham-se por toda região oeste, e mesmo pelo sudoeste do Paraná ou noroeste do Rio Grande do Sul. Seja em outras Terras Indígenas ou mesmo nas cidades vizinhas, são locais de visitação pelos indígenas quando viajam para encontrar algum parente ou mesmo participar de batizados ou missas celebradas nestes locais.

Este espaço é um referencial importante para a circulação dos agentes católicos e das pessoas que procuram tratamento de saúde. A água é utilizada para diversos fins, especialmente na feitura de chás e outros remédios caseiros. Estes locais são ideais para realização de *batizados* de filhos de católicos. Os batizados não possuem, num primeiro momento, uma conotação tão direta com aspectos terapêuticos – muito embora ser batizado nas águas de SJM já remeta a uma ação preventiva ligada a aspectos existenciais. Estes eventos esporádicos contam com a presença de padres e freiras das paróquias católicas da região e também com a participação fundamental dos *rezadores* para *tirar o terço*.

4.2 - Os Festejos Católicos

Assim como as *águas*, as *festas de santos* são espaços fazem parte de redes mais amplas que englobam outras áreas indígenas e localidades não indígenas e são momentos importantes da sociabilidade dos indígenas conectando-os com parentes e vizinhos no contexto regional. Assim, funcionam como referências para circulação dos sujeitos e agentes que se visitam no intuito de reforçar os laços entre si e para com os santos de devoção. Os festejos são eventos centrais no conjunto de atividades católicas na TIX e, como rituais, têm o poder de evidenciar e reforçar os aspectos simbólicos que remetem à identidade

do grupo. A produção de festas também é referência para a circulação de sujeitos ou grupos familiares vivenciando processos de saúde e enfermidade.

Para entender a importância terapêutica das festas é preciso entender o que é a *promessa*. Esta é uma prática dos católicos utilizada para diversos fins, como tratar de algum infortúnio que acomete algum sujeito ou simplesmente para manter a boa saúde. Um pai pode fazer promessa em nome de um filho recém-nascido, por exemplo, para que se crie com saúde.

A promessa relaciona uma oferta para algum santo do panteão católico em troca do tratamento desejado. Portanto, é uma troca que coloca o devoto em uma relação de obrigação de retribuição para com o santo solicitado. Caso o pedido seja atendido pelo santo, ele é interpretado como uma graça alcançada pelo solicitante fortalecendo a sua fé naquele santo como dotado de poderes terapêuticos. Se a promessa não for paga pode acarretar no adoecimento de quem prometeu ou quem intermediou a promessa.

É comum na TIX que as pessoas prometam que as crianças não cortem o cabelo, ou os adultos não cortem a barba, ou ainda que seja acesa uma quantidade de velas por um tempo determinado, o mais comum por parte de uma pessoa que sofre de alguma doença ou pereça por conta de algum infortúnio é a oferta do feitiço de uma *festa* para o santo a quem se está recorrendo. Sebastião nos fala que: “se tem uma criança doente, né, aí eu peço praquele santo daquela festa atender. Aí é promessa. [Nani] fez a promessa, uma criança com 7 anos, hoje ela tá com 12 anos, aí ela faz a festa, toda vida né? Ela é festeira”.

Portanto, os *festeiros* são os agentes da produção da festa, podendo assumir esta condição por necessitarem de algum procedimento terapêutico que não estão conseguindo através de outros meios de atenção à saúde. Os *festeiros* assíduos, que todos os anos na data do santo de devoção realizam os festejos, eu chamo aqui de *festeiros correntes*. Estes geralmente são pessoas reconhecidas como lideranças religiosas católicas e muitos deles também atuam em práticas terapêuticas mais específicas – como será descrito adiante no caso de dona Marisa. O papel de *festeiro corrente* também pode ser passado de pai para filho, isso porque o envolvimento de toda a família para organização do ritual e dos espaços para a festa é fundamental. Existem, em contrapartida, os *festeiros* que eu chamo de *ocasionais*, que são os *festeiros* que passam a bancar os custos de realização dos procedimentos

rituais de apenas uma festa para pagamento de uma promessa específica feita por intermédio do *festeiro corrente* devoto do santo do dia.

Apesar dos argumentos de decadência da tradição e do catolicismo, os festejos são atividades bastante valorizadas e praticadas na TIX. Estes acontecem na casa do *festeiro corrente* e envolvem procissões, tiradas de terço e almoço. As datas principais de ocorrência das festas são os dias santificados do calendário católico. Em especial, na TIX, os dias 20 de janeiro – dia de São Sebastião –, o dia 20 de Maio – Divino Espírito Santo –, 11 de outubro – dia de São João Maria – e 12 de outubro – dia de Nossa Senhora Aparecida.

É normal nestes espaços católicos a circulação dos adeptos mais fervorosos, mas também de outros participantes esporádicos. Entretanto, geralmente as mesmas figuras reconhecidas como *festeiros correntes*, que não são muitos na TIX, circulam pelas diversas festas ocupando posições de destaque nos rituais. Trocar visitas é algo importante na produção dos festejos. Por exemplo, se um indígena é festeiro de São João Maria, no dia deste santo recebe entre os convidados os festeiros de Nossa Senhora Aparecida e de São Sebastião – e vice versa. Celestino, festeiro de Nossa Senhora Aparecida da aldeia Baixo Samburá, conta que todo ano visitava as festas da Nani no Pinhalzinho e da dona Marisa na aldeia Serro Doce.

É comum que as festas, quando realizadas por indígenas, também agreguem participantes das cidades próximas à TIX. A entrada de não indígenas pode ser para participar ou até mesmo para promover as festas. As festas são espaços centrais no circuito católico tradicional, principalmente como rituais capazes de agregar um número considerável de pessoas que se programam antecipadamente e esperam pelos eventos⁴⁹. Como acontece com as Águas de São João Maria, este referencial não está circunscrito aos indígenas ou aos limites geográficos da reserva. Como prática do catolicismo popular, podem ocorrer também em todos os locais onde a atuação de SJM também é reconhecida.

⁴⁹ A descrição de uma festa será abordada posteriormente quando tratarei da atuação da curandeira Marisa.

4.2.1 – A festa de São João Maria na Aldeia Sede e a circulação dos Rezadores

Tanto para execução das *festas* e dos *batizados* nas águas de São João Maria – e eventualmente para atuarem em velórios – são necessárias as presenças dos *rezadores* para *tirar o terço*. Rezador é uma categoria de agente que remete àqueles que são dotados de conhecimento para rezar conforme o *sistema antigo* e que passaram por processos de aprendizado – o que geralmente ocorre dentro da própria família de forma intergeracional. É um aprendizado oral e experiencial que envolve a participação do rezador, desde criança, com o seu pai ou mãe nos eventos católicos.

Estes poucos rezadores, em muitos casos, podem residir em aldeias distantes daquelas onde o evento está sendo realizado, o que faz com que suas práticas sejam requisitadas e envolvam a circulação por diversos espaços. No dia de alguma festa ou batizado, por exemplo, empenham-se em participar por uma questão de obrigação com a *tradição* e com os *festeiros*. Geralmente não é necessária uma comunicação direta para isto, basta saber o dia do evento que eles “aparecem” na casa do festeiro corrente ou no local do batizado. Assim como acontece com os demais participantes da festa, os rezadores desenham trajetos que permitem perceber trânsitos pelos espaços e mesmo a articulação com outros agentes importantes.

Certa vez me envolvi no transporte de rezadores para a festa de São João Maria que participei na aldeia Sede, onde pude acompanhá-los num dia de trabalho. Como eu estava fazendo pesquisa na TIX e possuía carro na época, fui procurado pelo festeiro para buscar os rezadores na aldeia Pinhalzinho. Logo pela manhã do dia 11 de outubro fui até o local indicado por Jucão e Idione, os *festeiros correntes*, para encontrá-los. Mais ou menos às 9 horas cheguei no local e eles já estavam esperando em frente à igreja católica daquela localidade. Eram pessoas já com uma idade avançada e estavam em 2 homens (Sebastião e outro que não lembro o nome) e 2 mulheres (Maria e Julinha) – além de um menino que era filho de um dos rezadores.

Todos embarcaram no carro e, bastante apertados, os levei até a aldeia Sede onde ocorreria o festejo. No deslocamento pude ouvir advogarem sobre a beleza dos festejos e sobre a necessidade de continuar pelo fato da atual perda dos valores católicos e o desaparecimento da tradição.

Ao nos aproximarmos do local da festa já dava para perceber uma grande movimentação de automóveis e pessoas. Estacionei o carro e uma salva de fogos de artifício foi lançada ao ar, demonstrando que ali era o local. Descendo do carro os rezadores separaram-se. Os homens passaram a acompanhar a preparação da carne para o churrasco, no pátio, e as mulheres foram participar da preparação do restante das comidas (maionese e saladas), no interior da casa. No desenrolar da festa ficou clara e marcada esta separação entre espaços masculinos e femininos de preparação dos alimentos – como em todas as outras festas que participei junto aos Kaingang. Permaneci com os homens rezadores, que pareciam interagir pouco com os outros participantes da festa. Ficaram sentados num canto. Ali, ao redor da churrasqueira, percebi a presença de vários indígenas – alguns que trabalhavam no posto de saúde inclusive – e também de outros não indígenas que, depois de uma conversa, fiquei sabendo que eram da cidade de Ipuacu e amigos do festeiro.

Mais ou menos uma hora antes do almoço ser servido, os presentes foram chamados para adentrarem na casa onde aconteceria a reza do terço. Neste momento, os homens dispararam mais uma salva de fogos de artifício sinalizando o indício daquele momento em especial. O interior da casa ficou lotado de participantes, de 15 a 20, principalmente mulheres e crianças. Outros tiveram que permanecer do lado de fora porque era relativamente pequeno o espaço. Dentro da casa existia um pequeno altar de madeira que dividia espaço com outros móveis e utensílios. Sobre o altar, as imagens de alguns santos, como São Sebastião, Nossa Senhora aparecida, Jesus Cristo e outras que não consegui identificar. Na frente, próximo do altar, estavam posicionadas algumas crianças. Logo atrás os rezadores que eu havia buscado e, atrás destes, os outros participantes. Junto aos rezadores estavam os festeiros, ou seja, o casal que havia ofertado o churrasco e a casa para a festa. Muitas velas brancas foram acesas no altar. As janelas e luzes estavam apagadas.

A prática dos rezadores consistia em puxar a reza do terço, para isto entoavam as primeiras frases das orações, as quais eram completadas logo na sequência pelos outros participantes. Este movimento se deu por um bom tempo alternando entre orações de avemarias e pais-nossos intercaladas por cânticos de louvor a Nossa Senhora Aparecida e outros santos. Estes cânticos entremeando as orações caracterizavam o que os índios chamavam de “terço antigo”, como depois me explicaram.

Depois da reza do terço, todos os participantes saíram da casa. As mulheres ficaram na varanda e os homens retornaram para perto da churrasqueira. Neste momento foi servida a comida, onde pedaços de carne eram colocados pelo churrasqueiro nos pratos dos convidados que se serviam nas outras mesas de maionese e salada. Por fim, depois dos pratos principais, foram servidos pedaços de torta.

Logo depois do almoço houve dispersão dos participantes. Todos foram rapidamente para suas casas. Os rezadores desejavam fazer o mesmo e solicitaram que eu os levasse de volta à suas casas na aldeia Pinhalzinho. Antes, entretanto, gostariam de visitar as *Águas de São João Maria* na aldeia Água Branca para rezar um terço em devoção àquele dia especial.

Antes de sair, todos os rezadores se abasteceram de carne e bolo do festejo. Colocaram tudo em sacolas de plástico e embarcaram no carro para que eu os transportasse. Eram mais ou menos 14:00h quando nos dirigimos até a Aldeia Água Branca, que é uma localidade com poucas casas quando comparada à aldeia Sede. Paramos em uma descida e adentramos no terreno de uma moradia que ficava na beira da estrada. Descemos do carro e os rezadores foram falar com o dono da casa que também era um devoto de São João Maria. Todos se cumprimentaram, eu me apresentei e fomos convidados a ir até as águas. O homem, do qual não recordo o nome, contou durante o trajeto que pela manhã havia recebido outros rezadores e diversas pessoas para um batismo nas águas.

Descemos por um carreiro e nos fundos do seu terreno, em meio a algumas árvores e vegetação mais fechada, encontramos uma nascente de água cristalina. O senhor que habitava o terreno fez questão de falar por diversas vezes para mim que aquela área era bastante preservada por ele para que não colocassem veneno nem destruíssem a pouca vegetação protetora no meio de plantações de soja.

Ali se reuniram novamente os rezadores e entoaram o terço, o qual era respondido pelos membros da família do morador local – em torno de 5 pessoas. Durante a reza, um jovem, filho deste senhor, segurava uma folha com a imagem de São João Maria. Seu outro filho ascendeu velas brancas nas pedras próximas à fonte. Depois de orar e conversar brevemente com a família, os rezadores coletaram água em garrafas de plástico para levarem até suas casas. Eles me falaram que a “água era boa para fazer remédio”.

Toda esta movimentação não demorou mais que 30 minutos. Depois, nos despedimos e, antes de sairmos, o homem contou sobre um caso de uma mulher que morava em Blumenau e que havia se curado de

câncer fazendo promessa nas águas. Esta teria enviado uma série de mantimentos posteriormente como retribuição.

Por fim, embarcamos no carro e nos dirigimos para a aldeia Pinhalzinho. Ouvi durante a viagem de 15 km os rezadores repetirem diversas vezes: “os católicos estão fortalecidos, não vamos deixar cair a tradição”. Chegando na aldeia Pinhalzinho, deixei eles no mesmo local onde havia encontrado pela manhã, ou seja, na frente da igreja católica. Eles recolheram suas sacolas com carne e bolo provenientes da festa e se dirigiram às suas casas. Dona Maria me convidou para retornar em outro momento para conversarmos. De fato, foi o que fiz por diversas vezes, pois ela era reconhecida como importante referência na aldeia Pinhalzinho – não só como rezadora e festeira de Nossa Senhora Aparecida, mas também como importante terapeuta.

4.3 - Os Terapeutas Católicos

Existe uma série de agentes reconhecidos pelos habitantes da TIX que atuam a partir de práticas terapêuticas relacionadas ao catolicismo popular. Apesar de na literatura encontrarmos uma insistente exacerbação da figura do *Kuiã* como especialista Kaingang por excelência para lidar neste tipo de ação (ROSA, 2005; VEIGA, 2006), a partir do recorte por mim proposto neste trabalho percebi que no cotidiano da TIX outras categorias emergem dialogicamente no campo da atenção à saúde e parecem ser mais utilizadas ou apresentam um maior número de praticantes.

O que ocorria de fato era existência de diferentes categorias de terapeutas, muitas vezes se confundindo entre si em termos pragmáticos. Ou seja, as práticas cotidianas dos mesmos deixavam margem para uma multiplicidade de expressões que ora os aproximavam e ora os diferenciavam – mesmo aqueles que se autorreferenciavam pelas mesmas categorias.

Pois bem, era comum a todos os terapeutas a sua relação com os santos do catolicismo popular, o conhecimento de *remédios do mato*⁵⁰ e

⁵⁰ Os saberes e práticas relacionadas aos *remédios do mato* remetem aos conhecimentos de como utilizar ervas para feitiço de chás ou outras preparações para tratamento de doenças e prevenção de outros infortúnios. Para os indígenas mais velhos trata-se de um saber construído na transmissão intergeracional que remete à *tradição* que também fazem parte dos argumentos de sua decadência e abandono. No caso dos *remédios do mato* existe uma dificuldade associada em encontrar as plantas devido à sua destruição pelas práticas atuais de agricultura

o tratamento de algumas doenças ou enfermidades incomuns à biomedicina. Também, existia a questão do *saber guiado*, referenciado por todos os terapeutas católicos em suas trajetórias. Estes guias, entretanto, atuavam de diferentes maneiras junto aos diferentes terapeutas.

As utilizações de tais práticas não se apresentam estritamente da mesma forma por todos os terapeutas acompanhados. Assim, apesar de partir das categorizações de terapeutas empregadas localmente não pretendo aqui discutir o quanto elas estão certas ou erradas. Tento problematizar, na medida do possível, estas categorizações mostrando as atuações de cada um dos sujeitos acompanhados. Mas, a finalidade maior, ainda é notar quais as estratégias utilizadas por estes agentes para articular sujeitos em torno da oferta de suas práticas e na ampliação do seu campo de atuação.

4.3.1 - *Kuiãs*

Com relação às práticas terapêuticas, uma categoria fundamental nas abordagens sobre os Kaingang é o *Kuiã* – que representaria o xamã de acordo com o sistema dos “antigos” ou da *tradição*. O *Kuiã*, em tese, tem o poder de entrar em contato com os espíritos-guias animais e, através deles, obter informações acerca de procedimentos a serem empregados no tratamento de determinado infortúnio. Através do sonho, o guia lhe mostra onde está o remédio, como usar e indica os processos a serem usados com o enfermo. Conforme Veiga (1994 e 2006) os *iangré*, espíritos dos animais, são os companheiros dos *Kuiã* (xamã). São eles que ajudam os *Kuiã* a encontrar a terapêutica adequada para cada situação de infortúnio. Como me contou Sebastião, um homem Kaingang iniciado neste xamanismo: “ele tem o bichinho que vai junto, o gaviãozinho, que acompanha. O *iangré* dele que acompanha. É o guia dele, que mostra remédio pra ele. O gaviãozinho vai junto com ele, acompanha ele. E ele chama o gaviãozinho onde estiver”.

como nos conta Iracilda: “hoje em dia, tem que juntar remédio só nos matos virgem, aonde não vai máquina, veneno, porque hoje eles passam veneno onde quer, porque pega muito nas plantas, então remédio que tem no limpo, que nem nas lavouras, esse nunca presta”. Apesar destes conhecimentos não serem exclusividade dos católicos, porque também são utilizados pelos sujeitos diversos como práticas de autoatenção, representam importantes demarcadores de identidade da prática destes terapeutas católicos em termos gerais.

Para se tornar um Kuiã, que pode ser um homem ou uma mulher, a pessoa deve ser iniciada por um Kuiã mais velho, que vai mostrar para ela quais os remédios com os quais ela vai se lavar e tomar para receber seu *iangré*. Assim, é necessário passar por um processo de aprendizagem, o qual pode envolver o vínculo com outros Kuiãs – muitas vezes de outros lugares. Estes observam o comportamento do jovem ou criança para escolher para quem transmitir o conhecimento – como relatou Sebastião:

Teve um Kuiã que me ensinou, quando eu era novo, um muito bom de Rio das Cobras. Ele disse, eu gostaria muito de você piá. Você é inteligente, eu vou te ensinar a fazer remédio. Ele deixou três, um menor um maior e outro maior. E fez lá no mato virgem, na capoeira. Levou ali no dia, e levou eu pra ir beber essa água. E não é que quando eu saí de lá era diferente. E quando eu vinha vindo um gato do mato desse tamanho vinha vindo comigo. Eu fiquei com medo dele. Daí ele disse, o Kuiã, não tenha medo, ele é teu Kuiã. Você bebeu a água para que ele te ensine. É a água dele. Daí eu não tinha medo dele. Aí eu era muito caçador, com o bodoque no mato, de vez em quando eu encontrava ele. Quando eu atirava num pássaro, quando caía ele corria lá e pegava e comia, ele não me dava pra levar. Esse meu ele assobiava bem alto, ele vinha vindo lá de baixo. Aí eu já sabia que era ele (Sebastião).

A principal atuação atribuída ao Kuiã, conforme Juracilda Veiga (1994), é sobre a perda temporária da alma, ou espírito, e a sua restituição ao corpo. “O espírito pode deixar o corpo durante o sonho e ir visitar outros lugares, inclusive o Numbê, a aldeia dos mortos” (p. 156). Na TIX também é chamada de “susto”. Ele pode também, atuar conjuntamente com outros Kuiã para não enfraquecer nesta tarefa, como relatado por Geraldo:

Porque ele sabe quando a pessoa vai morrer. E se a pessoa fica doente, ele vai atrás buscar. Só que ele fica doente. Daí traz a pessoa que vai melhorando, daí se recupera. Daí é Kuiã que trouxe, o espírito. Porque as vezes não é hora dele ainda né? O espírito do Kuiã sai e vai atrás buscar

o espírito do doente. O kuiã enxerga se o espírito do outro foi pego por outro. O Kuiã ele fala de noite assim sozinho, é a hora que o espírito dele tá indo assim buscar uma pessoa que tá pra morrer. O kuiã sai daqui, onde tiver e vê o que vai acontecer, e avisa um mês antes, qualquer coisa. Finado meu vô era assim: “tal dia vai acontecer uma morte, mas eu vou defender”. Por exemplo, o senhor saia de casa hoje, ontem ele já falou que a gente ia ter visita. Ele já sabia. (Geraldo).

Como exposto, o *Kuiã* também pode antever acontecimentos e indicar importantes informações sobre eventos danosos que poderão acontecer no futuro. Isso se dá de forma involuntária, geralmente sendo avisado pelo seu *iangré* ou sonhado com algo. Como no caso que descreveu um senhor que afirmava ter sido Kuiã, ao contar do episódio em que sua mulher estava internada no hospital de Xanxerê, de onde teria sido transferida para Curitiba: “então eu vi um dia, daqui de casa [TIX]. Ela em Curitiba no hospital, eu vi que ela tava voltando pra casa. Naquele dia ela apareceu em casa, às 11 da noite. E tava melhor. Eu vejo essas coisas e falo: olha, vai surgir tal coisa. Este poder relacionado à visão é central para entender como o Kuiã atua, pois, como diz Maria, “o Kuiã consulta a pessoa em vista, só de olhar ele já sabe o que a pessoa tem”.

Sebastião complementa falando que ele também atua ‘cruzando’ a pessoa e colocando um segundo espírito no sujeito da sua ação:

Eu tenho o meu netinho ali ó. O Kuiã pode colocar um outro espírito na criança. Eu tenho meu netinho, o kuiã colocou mais um espírito nele. Ele costumava se assustar, e ele colocou mais um espírito na criança. É um cruzamento que o kuiã faz. Ele faz oração, pra não dar doença, nada naquela criança. Ele cruza ele na frente, atrás, dos lados, pra nada chegar nele. Ele colocou mais um espírito nele e ele parou de ficar doente. Decerto ele colocou um espírito de *iangré* nele né, pode ser né? (Sebastião)

Como toda a ação xamânica, o Kuiã em sua atuação corre perigo de adoecer. Se ficar muito doente ele pode deixar de ser acompanhado pelo seu guia. Como nos afirmou a esposa de um homem que havia sido

Kuiã durante toda sua vida: “só que depois de um tempo ele ficou fraco da ideia aí eles [os *iangré*] fogem, não vem mais. (...) É porque ficou fraco”. Para minimizar este problema o Kuiã pode trabalhar associado a outros Kuiãs ou terapeutas católicos, o que indica uma importância quase que vital dos vínculos estabelecidos – e que reflete na sua própria afirmação como tal. Isto, de certa forma, já foi demonstrado por Oliveira (1996) na constituição da *Igreja da Saúde* na TIX em meados da década de 1990.

Na lógica do abandono da tradição, os indígenas mais velhos argumentam para uma escassez deste tipo de terapeuta. Ao falar sobre os Kuiã assumem a lógica exposta acima pela dificuldade de ‘passar pra frente’ os conhecimentos. Segundo Sebastião: “os kuiã tão acabando porque é difícil passar pra frente. Olha, leva uns 6 meses pra gente aprender. Tem que ir lá no mato fazer os preparos deles né? Tem que cortar a palmeira, encher de água”.

De fato, toda esta descrição acima conflui para o que a literatura tem apresentado ao estudar o Kuiã em termos ideias. Entretanto, apesar de ter obtido diversos relatos, em minhas visitas a campo não tive oportunidade de conhecer um Kuiã em plena atuação, ou seja, alguém que possuísse apenas os guias animais como auxiliares. O que percebi foi que, em alguns momentos, a categoria Kuiã era empregada num sentido estrito, para demarcar identidade preferencialmente indígena. A categoria Kuiã, portanto, problematizava esta união da *tradição* indígena com a católica – que para os próprios indígenas há continuidade. Muitos indígenas que se autointitulam Kuiãs o fazem para falar que descendem de uma linhagem de indígenas seguidores da tradição e que possuem um saber guiado – seja por São João Maria, algum outro santo católico ou mesmo pelos *iangrés*.

Mas, como dito anteriormente sobre SJM, em alguns casos os Kuiãs não aparecem como exclusividades indígenas. Comumente remetem a uma categoria genérica para tratar de terapeutas em geral – como me disse uma indígena evangélica: “o Kuiã hoje em dia é o pastor que cura as pessoas”. E também, numa leitura parecida os próprios santos do catolicismo passam a ser interpretados como Kuiãs:

Agradeço nossos protetores todos, todos ele são Kuiã. São Pedro é Kuiã. São João Maria de Agostinho é Kuiã. São Miguel é Kuiã. (...) Nossa Senhora Aparecida é Kuiã, ela dá milagres. (...) No tempo dos índios do mato, os índios já sabiam de Deus, já acreditavam. Só que pra eles a lua era

o Deus. O sol era Deus. O que tem dentro da lua? Olhe lá, tem aquele São Jorge. É ele que tá dentro da lua. Ele tá num cavalo branco e tá pixotando a serpente. Se ele soltar a serpente, ela vem e termina com o mundo. Ele é índio. São Jorge é índio. Ele é Kuiã também, *kakã* é o nome de um passarinho, e é o nome do São Jorge. Quando estavam doentes de dia pediam para o sol, de noite pediam para a lua. Os Kuiã antigamente conversavam com os espíritos dos animais. Cada um tem um. Os espíritos dos bichinhos [*jãgré*] – são o gato do mato, o papagaio, que podem ser mandados para outra aldeia visitar tal pessoa e vir contar como ela está. Eu não peguei esta época, mas peguei as histórias que meu vovô contava. O passarinho tem ainda, o passarinho que avisa. Eu escuto os passarinhos ainda, quando faço uma oração para uma criança, que ela vai sarar. Só que eu não aviso a pessoa. Mas pra ela sarar, se for sarar, tem um passarinho que canta lá encima no céu. Lá no fim quase no ar. Ele é um gaviãozinho cinza, branco, que vive lá encima. Aí ele fala lá encima. Se ele estiver falando embaixo, mais embaixo, a pessoa não sara. Ele conversa comigo, diz que a gente tá muito doente, tem que mudar (Maria).

A atuação de dona Maria é exemplar neste sentido, pois foi a única pessoa que encontrei nas pesquisas que se autodenominava Kuiã e que estava em plena atuação. Ela é uma senhora de idade avançada e encontra-se doente atualmente, fato que colaborou para ela diminuir seu ritmo de trabalho. É uma destas indígenas idosas envolvida com as questões políticas acerca da preservação da tradição. Ela afirma que sua família é proveniente do toldo Imbu, a terra hoje reivindicada pelos Kaingang localizada em Abelardo Luz. Desde muito pequena mora na aldeia Pinhalzinho. Ela também era uma das participantes centrais do ritual do Kiki, ao menos nas últimas edições documentadas do mesmo (OLIVEIRA, 1996; ALMEIDA, 1998). Ela ainda mantém a língua Kaingang como prática viva com os seus filhos e outros parentes próximos. Além do mais, Maria também é *rezadora* e *festeira* de Nossa Senhora Aparecida – como já mencionado anteriormente.

Como está no relato acima, ela afirma que sua prática não é aquela relacionada aos *iangré*. Seu aprendizado iniciou com uma aparição de São João Maria quando ainda era criança. Ele teria “posado” com a sua família e feito fogo com seu vovô. Maria afirma conversar hoje por oração com SJM, que vem avisá-la se alguém está doente.

S. João Maria me ensinou a fazer remédio, ele me deu o dom dele. Tinha 5 aninho quando ele deu o seu dom. Ele ensinou que o mato tem o remédio. Eu não tive medo, peguei na mão dele e fui no mato. Ele me mostrou vários remédios e aquele que iria curar meu mano. Ele disse: “esse dom eu vou te dar, porque você tem um coração muito limpo.” É escolhido né? É difícil ele dar. É que nem o rezador do Kiki, também é escolhido pelo Kuiã (...). [Ele deixou uma oração] escrita nuns risquinho assim, e só uma Kuiã conseguiu ler pra mim. Era uma história que “toda vida eu ia ser religiosa pra ele”. Ele dizia que muita gente eu ia ajudar, depois de 30 anos. E hoje eu tenho muita gente comigo. (...) se tem alguém doente podemos pedir para ele curar: peço pra ele operar. Ele é nosso adevogado, deixa na mão dele que ele é justiça. Ele opera, ele tira aquela dor e você não vê. Ele só de olhar ele tira. Ele opera as pessoas que eu peço. Ele veio me avisar também de um doente, eu vi ele, ele chacoalhou a minha cama e ficou tempo (Maria).

Em suas andanças SJM escolheria as pessoas com quem deseja trabalhar posteriormente. Isto implica em uma continuidade entre as práticas dos diversos agentes, independentemente das categorias que a eles sejam atribuídas. Como nos contou Maria: “esse vovô São João Maria de Agostinho escolhe os que têm fé nele. João Maria também escolheu, além de mim, a Elisiana e a dona Marisa. (...) tinham muito mais, meu vô e o Raulino, pai do Tuca, que morreram. Deixou pro Seu Leopoldinho, que acendia uma vela num copo de água para consultar as pessoas”. Apesar de estas escolhas não se restringirem especificamente aos indígenas, no caso relatado por Maria todos citados são indígenas que habitam diferentes aldeias dentro da TIX. Por exemplo, Elisiana mora na aldeia Paiol de Barro, próxima ao centro do município de Entre Rios, e dona Marisa mora na aldeia Serro Doce, próxima ao vilarejo de Toldo Velho, fora da área indígena, em Ipuacu.

Maria atua, principalmente, fazendo remédios e orações para os muitos enfermos que a procuram. Os remédios do mato, assim, também remetem ao dom que o escolhido pelo santo deve utilizar compulsoriamente. Estes remédios passam por um argumento que faz parte de sua legitimação como terapeuta ligada a *tradição*. Saber onde colher os remédios, atualmente, é fundamental. Assim, o próprio local de coleta é um espaço referencial importante para o roteiro de circulação de Maria a partir de suas atribuições.

Eu pego meu balaio e vou catar remédio la na jabuticaba. Porque não tem mais mato. Eu não convido ninguém, vou só eu. Tenho que ir eu porque se eu mando alguém eles não acham os remédios. Mandei gente e voltaram dizendo que não tinha, mas depois eu fui e vi que onde eles passaram tinha. (...) O remédio foge, se esconde de quem não tem fé (Maria).

Esta atuação faz com que Maria seja uma referência local tanto para os indígenas de toda a TIX quanto para moradores das cidades da região, como São Domingos, Xanxerê, Bom Jesus, Ouro Verde e Ipuacu. Sua casa é bastante frequentada por conta disto. Segundo ela, pessoas de outros estados também estão no seu rol de clientes – mesmo que de forma mais esporádica:

Muita gente vem procurar para tratar da saúde. Procuram pra tudo que é coisa, amarelão, figo, pedra no rim, na vesícula. Câncer. Já curei câncer que já tava terminando (com a pessoa) com o remédio que João Maria me mostrou. Quem cai na minha mão, graças a Deus com o poder dele eu to curando. Eu tenho curado mais índio, mas branco também. (...) Veio gente até do Goiás Velho, do Mato Grosso, de União da Vitória. Esse do Mato Grosso veio com problema de pedra nos figo, que fica essa água nos figo, e disse que quase mataram ele lá. Aí ele veio com um bilhete me procurar, e eu disse pra ele levar 10 litros do remédio. As vezes eu faço pacote de chá para eles fazerem lá. Graças a Deus ele agora tá curado. (...) Tem grama que é pra tirar água do corpo, eu curei um

taxista ali em São Domingos. Só dei grama, é uma grama meio roxa.

Quando a conheci há cerca de 10 anos, já no primeiro dia que estive em sua casa presenciei uma de suas atuações – que parecia ser cotidiana. Enquanto conversávamos na varanda da sua casa, chegou um indígena a cavalo que pediu a atenção da dona Maria e disse que havia machucado o pé. Desceu do cavalo e desenrolou um pano que circundava seu tornozelo esquerdo. O pé estava bastante inchado e vermelho. O homem disse que não conseguia caminhar, por isso teria vindo montado. Maria pediu que ele esperasse um minuto. Ofereceu uma cadeira e pediu para que sentasse ali onde estava mesmo, em frente à sua casa. Conversei um pouco com o homem, pois ele quis saber o que eu fazia ali. Apenas nos apresentamos e ele disse que era ali da aldeia Pinhalzinho mesmo, mas não deu tempo de falar muito porque Maria retornou de dentro da sua casa com um feixe de ramos de plantas. Entregou-as ao homem e pediu para que ele colocasse o pé para que ela pudesse benzer. Pegou um dos ramos de plantas que trouxera, fez o sinal da cruz e começou a passar o ramo sobre o pé do senhor como se desenhasse uma cruz na área do inchaço. Repetiu o movimento inúmeras vezes enquanto pronunciava quase que silenciosamente uma oração que não consegui identificar. Ficamos em silêncio por mais ou menos uns 5 minutos enquanto ela desenvolvia o benzimento. Depois, voltou-se para o homem e disse que era para ele utilizar aquelas ervas que havia lhe dado. Indicou que macetasse as ervas e aplicasse sobre a área afetada enrolando a área com um pano. Pediu para que deixasse por quanto tempo conseguisse manter amarrado e, ao final, falou que se não melhorasse devia retornar. O homem agradeceu, perguntou quanto devia pelo atendimento. Maria falou que não cobrava nada. Então o homem se despediu, montou no cavalo e retornou por onde tinha vindo. Maria nos explicou que de índio ela não cobrava, mas as vezes o pessoal sentia de dar alguma coisa pra ela – “um feijão, uma mandioca, milho, essas coisa”.

Apesar de a sua casa ser um ponto de referência para atuação, Maria afirma que atendia em qualquer lugar. Ela possuía um altar com imagens de santos na sua sala, mas não os utilizava diretamente nos atendimentos: “eles me acompanham em espírito e eu acendo vela pra eles”. Em nossas conversas, Maria sempre gostava de lembrar que “caminhava muito” por conta de seus remédios. Somente depois de algum tempo acompanhando sua prática entendi o que significava tal expressão.

Certo dia, já depois de algum tempo que conhecia dona Maria, ao procurá-la fui avisado pelos filhos que ela estava em São Domingos, uma cidade vizinha a Ipuçu. Dirigi-me de carro até esta cidade para tentar encontrá-la, dar uma carona e conversar. A pequena cidade ficava a uma distância de cerca de 20 Km da aldeia Pinhalzinho na direção contrária a de Xanxerê. Em São Domingos, a ideia era procurar o mercado em que ela estaria fazendo compras – pois eram poucos estabelecimentos do tipo no local. Logo na entrada da cidade avistei dona Maria andando na rua. Estacionei o carro e a cumprimentei. Ela disse que estava fazendo compras e perguntou se eu podia ajudá-la com aquilo. Voltamos ao mercado e os donos do estabelecimento falaram para mim sobre o carinho que tinham pela dona Maria. Falaram que não era para nos preocuparmos com as mercadorias, pois naquele dia iriam levar as compras até sua casa.

Fiquei me perguntando, porque ela teria ido até tão longe para comprar mantimentos se no centro de Ipuçu, bem mais perto, existiam mercados bem maiores. Na volta à sua casa ela me contou que havia ido a São Domingos para tratar do dono do mercado, que sofria de câncer: “Ele ficou um tempo doente, e os médicos não curam isto”. Ela disse que “pra câncer tem remédio *do mato* e oração”. Também havia deixado prescrições para ele mesmo fazer os remédios quando não pudesse buscar em sua casa. Depois, aproveitou para fazer compras. Já que o seu cliente estava sentindo melhoras, foi lhe ofertado alguns mantimentos em pagamento ou troca pelo atendimento. Isto revela que sua atuação também retorna clientela para conseguir seu sustento – muitas vezes cobrando pelos remédios ou esperando que estes lhe ajudem com a troca de alimentos.

Outras estratégias são traçadas por Maria nos agenciamentos para a reprodução da sua atuação como terapeuta. Ela possui muito respeito por ser idosa e ser destas linhagens de ancestrais referenciais das primeiras ocupações da TIX. O embasamento no argumento da tradição indígena ligada aos remédios do mato é central como uma atitude política – como podemos perceber no caso que relata sobre orientações às lideranças indígenas sobre a maneira de agir frente as práticas de agricultura: “Lá na jabuticaba tem mato, os cacique proibem de queimar e plantar lá. Eu mando eles proibirem. Mas lá só tem cinco alqueires, mas eu mando não mexerem lá. Ali tem todo tipo de remédio, de cipó”.

Além do mais, existem outras formas que a permitem atingir outras esferas de circulação. Maria também revela a existência de estratégias conjuntas com a pastoral da saúde e com o pessoal do posto

de saúde. De algum modo, o conhecimento dos remédios do mato conflui com as estratégias destas outras duas instancias terapêuticas para utilização do que chamam de ervas medicinais ou fitoterápicos nas práticas de atenção à saúde: “tem um grupo de mulheres que trabalha com ervas medicinais que queriam fazer algo assim. Um grupo para conversar sobre a saúde, sobre a igreja [católica], sobre nossa tradição, também tá fazendo o remédio, uma pomada”.

Este contato com a Pastoral da Saúde é fundamental na sua atuação. Segundo Maria: “a pastoral estudou muito com a minha família, ensinamos muita coisa de remédios do mato para eles”. Para se ter uma ideia da força deste vínculo com a igreja oficial e da referência que Maria representa, ela é a pessoa a quem a diocese confia a chave da única igreja da aldeia Pinhalzinho. Maria é referenciada pelas pessoas da pastoral com as quais conversei, ela é reconhecida como uma importante liderança na comunidade que perpassa pelos seus conhecimentos terapêuticos. Algumas das pessoas da pastoral também a reconhecem como Kuiuã.

Com o tempo, Maria também passou a ser referencial para pesquisadores que visitam a TIX. Eu mesmo fui levado por outros colegas que já trabalhavam na localidade anteriormente. A manutenção deste vínculo era importante para ela, porque relegava outra referência para sua família e permitia uma justificativa de portadora da tradição. Como ouvi uma vez de um dos seus filhos ao se referir às relações estreitas que a mãe mantinha com os pesquisadores de diversas universidades: “pois é, eu tô bem perto da antropologia”.

4.3.2 - Benzedeiras e Benzedores

Outra categoria de terapeutas que encontrei na TIX é a *benzedeira* ou *benzedor*. Estes possuem conhecimento sobre plantas, geralmente ensinados por outra pessoa, podendo receitar alguns chás e aplicar técnicas para a remissão de moléstias. Utilizam massagens, orações, imposição de mãos sobre o enfermo, etc. Geralmente recebem em suas casas aqueles que necessitam da sua ajuda, e os atendimentos são rápidos e não requerem uma reflexão existencial mais profunda no encontro com o enfermo.

Os poderes para cura são atribuídos aos santos padroeiros, para o qual é suplicada intercessão durante o atendimento. Em nenhum momento existe a incorporação de qualquer guia. Trata-se de um conhecimento intergeracionalmente transmitido, e não requer uma mudança drástica na experiência de vida do terapeuta.

Neste sentido, a atuação de Maria também pode ser caracterizada por alguns indígenas, ou outros clientes, como benzeadeira. Entretanto, as benzeadeiras geralmente são associadas a especialidades relacionadas ao tratamento de doenças específicas. O *Amarelão* e a *míngua* são os alvos mais comuns. Assim, além de saber quais são os remédios adequados associados à orações, existe uma compreensão particular do desenvolvimento e comportamento das enfermidades – que podem variar para cada agente. Uma benzeadeira me explicou que a “aguinha do fígado que está pendurada depois que bebe cachaça é perigoso pra pegar amarelão, porque ela vai chacoalhando e vai vazando. Mais se vomitar, aí fica bom. Para melhorar tem um chá”. Ou, como me disse outro benzedor, o amarelão “é quando muda a temperatura, às vezes quebra dieta com qualquer coisa, daí dá fraqueza, tudo. Depois começa a espalhar no corpo. Dá fraqueza, dor nas pernas, dor no estômago, dá tudo. Fica amarelo. E daí só esse remédio. E oração também.” A míngua é outra doença que também enfraquece a pessoa e só é tratada por benzimento e remédios do mato.

Dona Idione da aldeia Sede era uma importante referência de tratamento. Portanto, é a partir de sua especialização que se articulam os clientes das benzeadeiras. Isto implica que, do ponto de vista dos itinerários do sujeito acometido por amarelão, por exemplo, se procure diversos benzedores que atuam na mesma especialidade avaliando a eficácia de cada um nesta trajetória.

Maria, de qualquer forma, fugiria deste tipo de característica por possuir uma gama enorme de conhecimentos para tratar moléstias de diversas naturezas. Mas, da mesma forma que a categoria *Kuiã*, *benzedor* ou *benzeadeira* pode significar várias coisas. Pode ser mais eficazmente usada como uma categoria de diferenciação com relação ao *curandeiro* ou *curandeira* – discutidas adiante –, que geralmente englobam as práticas das benzeadeiras, mas atuam com a incorporação de guias espirituais em práticas mais amplas. Por outro lado, benzedores também podem diferenciar-se dos *Kuiãs* por não terem o apelo da identidade indígena tão marcado no seu discurso. É claro que, como tenho tentado argumentar aqui, isto pode ser percebido mais no plano discursivo, pois na observação cotidiana a situação é muito mais complexa.

Vejam, por exemplo, a trajetória de Celestino. Ele é um senhor que sequer é natural da TIX, mas possui práticas muito parecidas com as de dona Maria e é reconhecido como *benzedor* pela comunidade local da aldeia Baixo Samburá e redondezas. Como me relatou um morador da

aldeia “ele é o nosso médico aqui”. Este senhor, já centenário, afirma ainda estar bem de saúde para fazer roça e “plantar de enxada ainda” – o que pude comprovar, de fato.

Conversando com Celestino fiquei sabendo que ele não é índio Kaingang. Seu pai e sua mãe, já falecidos, moravam no Rio Grande do Sul quando ele nasceu. Como ele conta, “o finado pai era tipo baiano, o avô é de origem alemã e o bisavô era alemão puro, (...) a avó é índia uruguaiana, veio de Lagoa Vermelha” no Rio Grande do Sul.

Celestino afirma ter nascido em Erval Grande e depois sido registrado em São Valentin – ambas cidades próximas a Chapecó que situam-se do outro lado do rio Uruguai. De Erval Grande, a família teria se deslocado para Chapecó, onde habitou na localidade de Chalana – comunidade distante do centro da cidade – quando ele tinha 12 anos – mais ou menos em 1933.

Segundo ele, há 58 anos habita a TIX. Neste longo período as políticas vigentes enquanto o pertencimento étnico dos habitantes mudaram diversas vezes. Como consequência, habitantes foram retirados sob o argumento de não serem indígenas. Como conta Celestino: “eu fiquei fora da reserva também. Depois entrou outros cacique também, me mandavam dum lado pro outro. A gente é ignorante, mas tem cacique que é mais ignorante que a gente”. Atualmente ele mora na reserva e não é mais questionado sobre sua legitimidade de fazê-lo. Talvez por ter sido casado com uma indígena Kaingang – com quem teve vários filhos que hoje moram perto da sua residência.

Ao se autodefinir como terapeuta, fala que “faz simpatias, benze, lê cartas e também cura com oração aos apóstolos”. Celestino também atua como *rezador*, participando de festejos ou dos batizados como tirador de terço. Ele não se enquadrava na categoria Kuiã, como o questioneei uma vez, pois era notável que não exacerbava a questão do pertencimento indígena em seu discurso – apesar de ser um fervoroso católico tradicional. Foi interessante notar que ele não ostentava na sua casa qualquer altar com os santos católicos conhecidos localmente – embora fizesse referências constantes à São João Maria e São Sebastião –, como era comum entre os outros terapeutas católicos.

Na sua infância, ainda quando morava no Rio Grande do Sul em Erval Grande, Celestino encontrou-se com um dos seus primeiros mestres nas práticas terapêuticas. Seu nome era Fernando Rocha, um médico que teria curado seus 3 tios naquela ocasião:

Eu era, me chamavam de menino. O homem me chamou: menino, vamos lá, vamos ver o que o casal quer. Chegamos na casa, mandaram entrar, olhar ali, e o vivente? Tá na cama. Um homem de quarenta e poucos anos, só osso. E os olhos saltados. Daí fazia, molhava bem. Daí vinha ali um casal de estranho. Sentado na cama, e ele se rolava. Ai ele puxava o rosário dele e rezava. Disse vai dum lado e chacoalha ele. Ai chacoalhava. Derrubava aquela porquerada, cobra desse tamanho assim. Menino pegue, mandava o outro piá. Ô piação, pegue ai e leve. Uma maçaroca de cabelo, coisarada. (...) Saía do doente. Vomitava aquela porcaria lá. Era Fernando Rocha o nome dele. Daí ele, mandava vir, marcela e guiné e arruda. E colocava num panelão assim e fervia e dava banho. Tinha seringa tudo, aparelho. Colocava curativo, e fazia lavagem. E a comida ele mesmo fazia. Ele mesmo fazia. Conforme o doente não era carne de porco, nem de galinha. (...) eu era pequeno. E eu ia naqueles picadões atrás dele. E tinha gente dum lado, do outro lado, e ali, e ele ia (Celestino).

Notamos que a trajetória de vida, e por consequência de aprendizado de Celestino, articula uma série de espaços e localidades relativamente distantes da TIX. Sua infância no Rio Grande do Sul traz outros referenciais para pensarmos as redes envolvidas na produção do seu argumento de legitimidade para a sua atuação terapêutica. Isto é feito de uma forma mais abrangente e incomum ao que percebi com os outros terapeutas católicos.

De qualquer forma, experiências extraordinárias fortalecem este aprendizado e trajetória, que perpassam por momentos de adoecimento e pelo encontro com sujeitos importantes que lhe transmitem conhecimento. Numa ocasião, em um evento liminar, foi tratado de ‘picada de cobra’ por uma pessoa que lhe passaria os poderes para curar:

O poder de curar eu aprendi com os apóstolos. Eles me ensinaram, o merecimento por todo o sofrimento que passei, depois eles me deram isso. Fui pegado de cobra, e o homem que me curou falou que ia me passar pra agora eu curar os outros. Ele chama Armandinho Borja, ele é morto

agora, ele é caboclo. Meio moreno. Então foi assim, eu tava arrancando feijão na casa de uma viúva, que tinha dois rapais e duas menina, mocinha já, Tava arrancando e quando vê, debaixo de um cumiero brabo, saiu a bichinha e me deu um beliscão bem aqui. E saiu. Aí deu uma bexiga e foi inchando, inchando. Foram lá, acharam a cobrinha e mataram ela. Uma urutu, que a pequena e a grande é o mesmo veneno. Terminamo de arrancar o feijão, daí o rapaz foi lá tirou o cavalo e levou no Borgia. Foram lá avisar o meu pai que eu tinha pegado de cobra. Me deram um litro de leite direto da vaca, e comi duas cabeça de alho. De noite acordei com sede, e senti todo o cheiro da cobra na minha boca. Daí que eu fui sarando. Daí ele me passou pra curar os outros quando morreu. A gente morrendo aprende a viver (Celestino).

Neste encontro não é relatado o local, mas com quem ele foi curado. Quando ele se refere a Borja como *caboclo*, podemos ter uma noção da sua ligação com as outras populações do oeste catarinense e mesmo do Rio Grande do Sul que não as indígenas.

Além do mais, ao contar sobre sua trajetória de vida, Celestino também narra um encontro com ciganos que ficaram acampados na comunidade vizinha onde habita hoje, Samburá, na mesma época. Estes ciganos apresentaram-se a Celestino e, a partir de conversas, conseguiram lembrar que já se conheciam. Por um acaso do destino, os ciganos eram mesmos que haviam acampado nas terras do seu pai, no Rio Grande do Sul, durante sua infância. Ademais, este encontro é tido por Celestino como um dos momentos importantes de mudança na sua experiência como terapeuta, fundamentalmente por ter presenciado o aparecimento de uma santa na comunidade:

Ó, uma vez, eu sube que tinha uma ciganada acampada no Samburá. E aí o Giovani parava ali, logo no meio dia, daí ele tava por ali, com aquele filho dele. Gente bem de vida. Daí chegou uma senhora, com uma sacola, um vestido comprido assim, uma velha meio gorda, cabelo comprido, pediu licença, daí ela entrou, sentou no sofá, sentou na sala, daí ela puxou as carta. Puxou assim, e contou tudo, tudo, tudo, o que eles

tinham, o que tinham, o começo da doença dele, o começo e o fim. Do home, do Giovani, e a filha do Giovani também. Contou tudo o sistema dela, ela tava lavando as louças lá. Daí ela veio pra sala e se bobiou com ela, você é uma loca, você é uma boba, uma Tonga, falando essas bobagem. Ela disse, não é bobagem, que você vai ter um filho, você vai ter uma menina e não vai ter o marido. E dito e feito. Ela ta solteira e não tem marido. E ta quase se formando. Mas não caçou mais nenhum. É uma santa que veio ali. Lá guiar eles. E diz que eles vão chegar um ponto ali, que vão embora, e vão morrer pra lá os dois. Um morreu aqui foi sepultado no Samburá, e os filhos estão todos no Ipuacu. Era tipo duma cigana, mas não é cigana. Não é cigana. Apareceu ali de meio dia (Celestino).

A figura de Giovani é muito presente nas suas narrativas. Isto é importante, pois Giovani é um político local influente – além de pecuarista e grande agricultor da cidade de Ipuacu. Isto demonstra também os círculos pelos quais Celestino perpassa. No Giovani trabalhava como peão, embora já possuísse vasto conhecimento e reconhecimento de atuação terapêutica. Como Celestino não cobra pelas atuações, “é preciso se sustentar de algum jeito”.

Assim, na época em que morava fora da área indígena, na comunidade vizinha de Samburá, Celestino relata que foi chamado a agir por uma aparição misteriosa que, como guia, articulou espaços e demandas da sua atuação. Assim, Celestino também relacionou na sua prática presença de um saber guiado, contudo, com incorporação involuntária do guia – diferentemente da atuação das *curandeiras*, como veremos a seguir.

“as vezes vem umas visagem, umas sombras, vem pra avisar coisas. Mas é coisa boa sempre. (...) Aconteceu uma vez que eu estava no Giovani, veio uma menina e me bateu no ombro, eu estava na cama, e sentei na cama. Ela disse, amanhã você vai lá no seu tio Cipriano que eu vou encarnar no teu corpo, e o que você fizer tá bem feito. Era um espírito de um anjinho. (...) E tinha uma outra menina, Anabel de 14 anos, tinha uma ferida, uma

língua grande na virilha. Tava gangrenada. Ai a menina-guia, veio de noite e mandou eu lá. Fui lá ela tava se batendo, esperei ela se bater. Uma 5 horas ela gritou. [Perguntou] se eu não tinha uma oração, um empacho: hoje eu não passo de meia noite. Empacho você pega um pano, sabão, ovo, açúcar e corta a cinza com a ponta da faca, três pontinhos, e passa a cinza no empacho misturado. Coloca na ferida, e aquilo tira o frio e a dor. O ovo puxa, o açúcar é fresco e a cinza filtra o sangue. A menina pedia pra fazer qualquer coisa, aí pedi: o que eu fizer tá bem feito? Ela concordou, ele olhou e tinha uma bola cobrindo a virilha, já azulando. Daí coloquei aquele empacho e quando foi 7 horas a menina dormiu. Quando foi umas 8:30 estourou aquilo e saiu resina, como de carniça, porque estava morta já ali (Celestino).

Na aldeia Baixo Samburá, onde habitava, havia muita procura pelos seus atendimentos principalmente pelos seus vizinhos, que solicitavam chás para amarelão, benzimentos para dor de dente, cobreiro, costura de rendiduras de músculo, além de exímia destreza para utilizar os *remédios do mato*. Segundo Celestino:

Tudo que tem mato é remédio, mas não é pra tudo, qualquer doença. Pra todas doenças. Têm muitas cascas do mato também. Conforme a situação, a doença, tem o remédio. E a oração. Eu faço remédio e a oração. Conforme a doença vem na veneta da gente. A força da gente tem a qualidade de remédio. (...) A maçã é um remédio bom, uma vez eu tava mal, fui pra Xanxerê sem dinheiro e fiquei mal, aí pedi uma maçã e comi, era fraqueza dos intestino. Outra coisa era o repolho, alimenta as tripa, e é bom pra matar ferida, é remédio Tb. No mato tem o “solta pó”, que é para estancar o sangue. (...) Tem que achar mato virgem. A árvore que tem ali, o soita, é um remedião. O pessoal limpa pra fazer granja, corta. E a casca dele serve pra muita coisa. (...) Fumar ta certo. O fumo também é remédio. Eu faço rapé de fumo e chupo, depois espirro. (...) Outra coisa, pro rim e bexiga, tem um remédio no banhado. Vai pro rim e depois pra bexiga. Pelo de porco é como

uma cebolinha. Um capinzinho. Cozinha ele e põe na geladeira e vai tomando por água (Celestino).

Geralmente Celestino faz os benzimentos e remédios na sua casa. Diversas vezes presenciei pessoas chegando por lá para pedir ajuda. Como na vez em que encontrei Breno, um indígena que mora a uns 200 metros da casa de Celestino, indo até lá por estar com dor de dente. Na hora estranhei que alguém pudesse tratar de dor de dente, mas resolvi investigar. Acompanhei Breno em sua visita ao velho, que lhe fez sentar de frente para a porta e em direção ao sol poente. Celestino preparou uma pequena garrafa cheia de água. Cobrindo o bico da garrafa, amarrou um fino pano. Depois, colocou a garrafa com o bico virado para abaixo sobre a cabeça de Breno. Enquanto passava lentamente a garrafa sobre a cabeça do paciente que estava sentado praticamente imóvel, Celestino pronunciava muito baixo alguma oração – uma performance oral semelhante ao que percebi no benzimento de dona Maria. Em alguns momentos percebia que na água surgiam minibolhas de ar que subiam pelo gargalo. Celestino ajeitava a garrafa de modo a encontrar pontos da cabeça onde as bolhas ficavam mais intensas, aí permanecia com a garrafa parada até cessarem ou diminuírem. Depois de uns 15 minutos Celestino retirou a garrafa da cabeça do rapaz e jogou a água para fora da porta de sua casa diretamente no chão de terra. Pediu para que Breno voltasse mais 2 vezes nos dias subseqüentes para fazer o tratamento completo. Breno agradeceu e falou que retornaria.

Voltei para casa naquele dia, mas em outra oportunidade conversei com Celestino sobre aquela atuação. Ele me explicou que tira o ar do dente: “o dente dói porque tem ar dentro, por isso a água da garrafa ferve”. Segundo ele, o ar pode entrar por beber ou comer algo gelado, ou mesmo por uma réstia de sol que entrou pelo olho da pessoa. “Se tem volta eu faço pra sarar, senão, faço pra estourar o dente. Já não serve mais.”

Outra vez presenciei um homem de fora da área na casa de Celestino, provavelmente da comunidade vizinha de Samburá, *costurando* uma *rendidura*. Para isso, Celestino pegou um pedacinho de pano branco e, com agulha e linha, costurou um pequeno saquinho. Enquanto costurava, performava a oração quase silenciosa. Depois de pronto o saquinho, Celestino fez com que o homem sentasse em uma cadeira. Perguntou o seu nome e passou repetidamente o saquinho nas costas do enfermo desenhando uma cruz sobre o local que sentia dor. Ainda murmurando sua oração, levou o saquinho até um prego no alto

de uma das paredes onde o pendurou por um barbante. Dispensou o homem e solicitou que voltasse mais duas vezes. Celestino me explicou em outro momento sobre a *rendidura*:

passa um nervo por dentro da pele, da carne, então qualquer coisa que se machuca, que as vez força, rende um nervo das costa. Daí eu costuro ele num paninho agulha e linha, faço o amarramento. E guardo do lado do fogão ou do chaminé. Daí não pega frio. Se der pra vir mais uma vez é bom. A simpatia certa mesmo é três vez. Ou mais uma vez que seja. Mas tá bom igual (Celestino).

Em casos mais esporádicos Celestino desloca-se para os outros lugares por conta daqueles que precisam da sua ajuda. Sua atuação é, como foi descrito anteriormente, bastante reconhecida na comunidade vizinha de Samburá. Talvez o fato de ter habitado a localidade por algum tempo tenha feito criar laços mais duradouros com esta população.

Seu público maior são seus vizinhos, da mesma aldeia e há uma procura, em menor frequência, por pessoas de outras aldeias. Apesar de Celestino relatar que habitantes da aldeia Sede o procurassem para buscar remédios de amarelão e outras práticas, eu nunca encontrei ninguém enquanto trabalhei por lá que o referenciasse como terapeuta.

Então vem muita gente de lá buscar remédio, mas nunca graças a deus não prejudiquei ninguém. Algum aí do Posto [aldeia Sede], que tem as máquina, veio ali eu dei um remédio pra ele e ele levou. Pra amarelão. Tá quase bom. Daí veio e encomendou. Ontem de noite ele veio buscar, mas tava bom já. Um molão ele levou e melhorou. (...) Aí por toda parte, as vezes vem me buscar de carro pra ir. Um dia foram, lá dos Guarani lá em baixo, vieram aqui eu tava la encima na serra. Mandaram um lá me buscar, tem gente lá. Me levam e me traz (Celestino).

Seus deslocamentos são motivados por sua capacidade de atuação em uma série de doenças, como ele mesmo relatou acima. Entretanto, um dos diferenciais na sua atuação é a especialidade no tratamento de enfermidades em animais de criação: “é amarelão e outras coisas também, pra criação. (...) A doença, uma coisa ou outra, pega nos bicho

(...). E outra que não presta dizer, mas tem que dizer. Cobra. Pode dizer, pegado de cipó”. Da mesma forma que acontece com pessoas acamadas em outras localidades, o gado não pode ser transportado até sua casa. Cabe a Celestino ir até o local para exercer a terapia. Não consegui acompanhá-lo em nenhuma destas vezes, mas pude comprovar como ele é um referencial importante conversando com pessoas da própria aldeia onde habitava.

4.3.3 - Curandeiros e Curandeiras

Os curandeiros são as figuras associadas ao catolicismo popular que agregam variada quantidade de práticas terapêuticas para diversos fins. Digamos que eles englobam as práticas das benzedeadas, podendo curar uma quantidade ilimitada de moléstias. É uma categoria, como as outras, que não é passível de ser descrita de forma fechada a risco de reduzirmos as atuações individuais.

Estes sujeitos reconhecidos pela população como *curandeiros* também constantemente reformulam seus conhecimentos em diálogo com outros curandeiros, guias espirituais, membros das igrejas católicas oficiais, entre outros. Dessa forma, podemos perceber, como nas demais práticas católicas populares, que há convergência de elementos de práticas religiosas diversas na formação do universo de atuação dos mesmos.

Os curandeiros são figuras escassas. Todos tem em comum o fato de possuírem guias espirituais – os quais podem ser espíritos humanos (de alguém que já morreu), ou algum santo do catolicismo. É comum que os curandeiros tenham vivido episódios dramáticos em determinada época de sua vida que demarcam o momento que passaram a assumir tal condição. Conforme explicita Oliveira (1996), os curadores ao tornarem-se “guiados”, adquirem ‘conhecimento’ (...) com a capacidade de darem respostas criativas, particulares e eficazes através de seus tratamentos” (p. 88). Eles podem receitar chás, que são indicados pelos guias, efetuar benzimentos⁵¹, ou atuar em “cirurgias espirituais”. Sebastião nos diz que:

⁵¹ Os benzimentos se dão geralmente quando o especialista promulga uma oração sobre a pessoa que está enferma, podendo fazê-lo também sobre os remédios ou chás.

O Kuiã é muito diferente assim das curandeiras. Ele [o Kuiã] se prontifica a ir buscar aquele doente. A diferença é que os irmãos né, os irmãos baixam, daí eles contam, o que tem que fazer, o que não tem que fazer. Os espíritos que descem, pra fazer o trabalho. Que dizem o que tem que fazer, o que não tem. (Sebastião)

Talvez seja esta relação intensa com os seus guias espirituais, dadas na sua incorporação voluntária em rituais denominados “trabalhos”, um fator importante que diferencie marcantemente os curandeiros das demais categorias de terapeutas já citadas. O *trabalho* tem especificidades em termos de produção ou execução.

Como aponta Haverroth (1997), uma característica geral das curandeiras é a “mesa”, um ambiente preparado para a realização dos trabalhos, os quais quase sempre acontecem sob a presença de um ou mais guias incorporados no curador. A “mesa” é composta por uma série de imagens de entidades católicas (oficiais ou populares), flores, fitas coloridas, quadros e velas, onde recebem as pessoas a serem tratadas. Parte do ritual de cura é a unção dos remédios e das pessoas, onde cada um dos especialistas dessa categoria demonstra um repertório próprio de orações e de procedimentos rituais que fazem parte do processo. É notável também a influência de São João Maria sobre todos os curandeiros. A palavra “mesa”, conforme o discurso local, também pode ser tomada no sentido de uma prática e não de um ambiente ou um objeto. Muitas vezes se houve falar que “aquela pessoa possui mesa” como sinônimo de “aquela pessoa é curandeira” ou “faz trabalhos”.

No início de minhas pesquisas na TIX conheci duas curandeiras que eram referenciais no local. Iracilda e dona Marisa. As duas eram bastante conhecidas na região, principalmente nos municípios vizinhos de Ipuacu e Entre Rios – embora cada uma mantivesse contato e fosse procurada por diferentes sujeitos. Também, não se utilizavam de técnicas idênticas, muito embora a performance nos trabalhos fosse uma característica que operasse semelhantemente nos dois casos. Mais recentemente conheci Nelson, outro curandeiro jovem que também se alinhava com as práticas desenvolvidas pelas duas.

É comum que os curandeiros trabalhem intensamente para enfatizar as discrepâncias que os distinguem individualmente – de outros terapeutas ou mesmo curandeiros – para afirmar o seu poder perante os demais. Assim, com o tempo pude notar que estas práticas das curandeiras, principalmente, não emergem sem contrapartidas ou

disputas, problemas com lideranças indígenas, busca de alianças com pessoas da cidade ou entre os próprios curandeiros. As acusações também são algumas das questões que podem revelar modos de articular a clientela ou mesmo legitimação de suas atuações individuais.

4.3.3.1 - Dona Marisa e José:

Dona Marisa era uma senhora indígena com mais de 70 anos de idade e ele um fervoroso indígena defensor da tradição com mais de 100 anos de idade. O local onde moram, a aldeia Serro Doce, era retirado das áreas centrais da terra indígena e contava com uma população de cerca de 200 pessoas. É numa região de borda do território demarcado para a Terra Indígena Xapecó, próxima ao centro da cidade de Ipuacu e ainda mais próxima da comunidade rural não indígena de Toldo Velho.

O casal ocupava aquele mesmo local há muito tempo, pois teriam sido os primeiros moradores da região. O terreno de José era bastante amplo, pois também contemplava a sua área de plantio de roça. Existia também uma área de mata que o velho ainda preservava. Era neste espaço que se encontravam as Águas de São João Maria pelas quais José estava encarregado de zelar.

Na parte onde ficam as casas do casal e de uma das filhas, que é casada, também se percebe uma pequena área coberta – embaixo da qual está instalada uma grande bancada – e um pequeno paiol – para guardar milho e outros grãos para as criações de animais e plantio.

Contígua à casa de dona Marisa, uma moradia simples com 3 cômodos, localizava-se a *igreja*, palco das práticas religiosas que o casal centralizava. Esta era uma construção de um cômodo, toda de alvenaria e com telhado de amianto – isto a diferenciava da casa do casal que era de madeira e chão batido. O chão da igreja também era feito de concreto, e as janelas eram de ferro. A igreja era pintada de verde e branca por fora e possuía uma cruz acima da única porta de entrada. O interior resumia-se a um único cômodo, de mais ou menos 40 metros quadrados, pintado de azul. Possuía inúmeras imagens encima de um altar de concreto que ficava no lado oposto ao da porta. Mais imagens de santos ficavam em um grande expositor acima do altar. Fitas coloridas desciam do teto, assim como diversos outros cartazes, calendários e folhetos com imagens de outros santos. Entre as estatuetas de anjos, velas e flores, as imagens de Nossa Senhora Aparecida, São Sebastião e a pomba do Divino Espírito Santo eram as mais abundantes. Para estas três figuras santificadas o casal fazia *festas* anuais.

Portanto, eram três datas que reuniam participantes de outras aldeias e municípios na casa de dona Marisa. Nestes eventos, dona Marisa também atuava como *curandeira*, que, na prática, incluía consultas individuais, bênçãos e benzimentos, assim como o fornecimento de remédios elaborados especialmente para as pessoas que a procuravam por conta de enfermidades diversas. Sua fama e tempo de atuação a tornaram conhecida por muitos não indígenas da cidade de Ipuacu, de Bom Jesus e de Abelardo Luz – além da população indígena da TIX. Neste sentido, a casa da Dona Marisa e seu marido José era um local centralizador. Além dos batismos realizados nas águas de SJM, o casal era responsável pelas festas que reforçavam sua visibilidade no local.

Assim, neste caso a *curandeira* também era *festeira*, duas práticas tidas como contínuas por fazerem parte do mesmo universo católico. Isto implicava que, no geral, suas festas aconteciam como as demais festas católicas a não ser por uma parte final. Quando todos os procedimentos relativos à festa propriamente dita já haviam terminado, Marisa prestava atendimentos aos participantes recebendo seus guias espirituais e realizando o *trabalho* – quando incorporava seus guias para atender às demandas diversas.

Numa das festas do Divino que presenciei neste local, percebi que a maioria dos participantes eram indígenas da vizinhança, ou seja, residiam na própria aldeia Cerro Doce. Outros, que vinham com a família, provinham principalmente das aldeias de Baixo Samburá, Serrano e Sede. Ainda tinham os “parentes de fora”, geralmente TI Toldo Imbu – localizada em Abelardo Luz – que chegavam no dia anterior ao da festa e dormiam na casa de Marisa para ajudar nos preparativos.

Nas diversas festas que acompanhei na casa de Marisa, assim como nas demais celebrações católicas ali realizadas, era fundamental a participação de uma rezadora em específico. Seu nome era dona Cíntia, uma senhora que morava na aldeia Sede. Ela estava presente em todos os festejos que presenciei e atuava como puxadora do terço. Possuía uma relação íntima com dona Marisa, as quais eram comadres. Cíntia também se alojava na casa do casal quando chegava no dia anterior ao da festa, podendo permanecer por lá alguns dias passeando após a sua realização.

Contudo, uma das coisas interessante nas festas de dona Marisa era a presença frequente de não indígenas habitantes da cidade de Ipuacu. O seu Tuca era assíduo nas festas, o que pude perceber durante todas as vezes que participei. Em todas elas ele estava presente e

ocupava o papel central de festeiro ocasional⁵². Tuca era um pequeno cerealista daquela cidade que plantava trigo e soja, e cultivava uma amizade de longa data com o casal de senhores. Como festeiro, era o responsável por fazer doações de carne para a realização da festa. Ele também ajudava a família de Marisa nos dias anteriores aos festejos na sua organização fabricando espetos de madeira para a carne, preparando o buraco onde seria aceso o fogo para o churrasco e acertando alguns detalhes com José e dona Marisa. Juntamente com Tuca, em uma das ocasiões, encontrei seu filho e a sua nora que também moravam em Ipuçu. Em outra ocasião Tuca havia levado outros dois não indígenas da cidade vizinha que participavam naquele dia também como festeiros ocasionais. O fato é que Tuca articulava muito bem esta mediação com o pessoal da cidade, onde os festejos de Marisa e José eram bastante conhecidos – o que pude comprovar certa vez que solicitei informação sobre como chegar à casa do casal em um restaurante no centro de Ipuçu.

Os preparativos para a festa começavam dias antes, quando os festeiros agilizavam-se para adquirir a carne de porto – o prato principal do evento – e demais mantimentos. No dia anterior ao da festa, os filhos de seu José, os genros e alguns outros parentes que já haviam chegado procuravam ajudar. Os homens trabalhavam no corte de galhos de árvore para servir de espeto para as carnes e preparando a vala para o fogo de chão onde seria assado o churrasco doado pelo festeiro ocasional. Tuca não pernitoou no local, mas no dia da festa estava logo cedo por lá recebendo os convidados e auxiliando os homens. Ainda

⁵² Esta participação de pessoas de fora é recorrente nas festas, Celestino se lembra de uma festa que foi realizada segundo seu aconselhamento para uma mulher da cidade de Ipuçu por conta de um problema de visão que a acometia: “mas olha... tinha uma mulher ali, foi fazer operação, o medico fez cirurgia, e contou pra ela que essa vista ficou bem fraquinha, fez cirurgia, mas ele ta perigoso de passar na outra. E ela se assustou e veio aqui. A dona Erundina. Ai cheguei ali ela se queixou pra mim. Olha, olhei bem... já senti. Uma veia, uma veinha, e um nervinho, mas esse vou fazer contato e vai fortalecer e vai voltando e vai voltar essa vista e a senhora vai ficar bem sã. Não vai passar na outra? Não vai, pode ficar tranquila. Daí ela me prometeu uma promessa, pra Nossa senhora Aparecida. Ela Fez umas 3 ou 4 festas aqui. Digo, então vamos fazer esta festinha, no dia da Nossa Senhora Aparecida. E se vão fazer ali na Linha Aparecida⁵² na paróquia, vamos fazer no dia 11 aqui. Daí fez, daí chegou, ne não vieram mais procurar. Eu não fui atrás, porque o mandão é eles, mas ela ficou boa. Sarou, ficou faceira” (Celestino).

pela manhã chegam mais participantes. São indígenas do Baixo Samburá. Todos os homens reúnem-se na área coberta ao lado da churrasqueira – onde os assadores já estão com a carne no fogo desde cedo – e as mulheres aguardam dentro da casa de Marisa onde prepara outros alimentos como arroz e saladas.

Na parte da manhã, mais ou menos 2 horas antes do almoço, inicia-se uma movimentação na porta da igreja. As mulheres rapidamente se reúnem e adentram o local. Alguns homens, convidados por José, deixam a parte da churrasqueira e vão até a igreja. Todos se colocam dentro do cômodo, e dentre eles estão Marisa, Tuca, Dona Cíntia e José. Tuca veste uma camisa vermelha sobre a roupa que está usando, dona Marisa empunha uma bandeira do Divino. Algumas mulheres ascendem velas e dona Cíntia faz uma breve oração de agradecimento sobre a bandeira.

Tuca sai de dentro da igreja com um guarda chuva acompanhando Marisa, que carrega a bandeira do divino. Seu José segura uma estatueta de pomba branca e segue em fila atrás da esposa. Dona Cíntia continua cantando e caminhando junto aos demais. Todos saem atrás desta comissão de frente em meio a forte chuva que se instalou. Cantando e segurando outras imagens, todos começam a circular, em fila, em torno do mastro onde será fixada a bandeira. Depois de algumas voltas e ainda cantando, Tuca ajuda Marisa a colocar a bandeira no mastro, levantando este e afixando ao chão. Este mastro está ao lado de outro já afixado. Olhando para eles José fala: “mais um ano”. Um dos filhos de Marisa, que está na churrasqueira, estoura fogos de artifício enquanto a procissão decorre. Com a afixação do mastro, todos seguem Marisa e José para dentro da igreja.

Todos se posicionam em direção ao altar com os santos. Tuca e outro branco que está com roupa estampada com a imagem da pomba do divino – o qual havia chegado há pouco tempo e provavelmente também era festeiro ocasional naquele dia – se posicionam ao lado do altar juntamente com José e Marisa. Os que estão bem na frente ascendem algumas velas, que são depositadas no altar. Os fogos de artifício ainda continuam a estourar na parte externa da igreja.

Cíntia ajoelha-se e inicia o terço antigo, e em um tom de lamento agradece a presença de todos que estão reunidos comemorando a data. Depois destas breves frases, puxa um cântico que de louvor a Jesus Cristo e é acompanhada por todos. Na sequência puxa a reza do pai nosso e das avemarias. Todos a acompanham voltados ao altar, e assim segue na oração do terço completo, o qual é intercalando com cânticos

por se tratar do terço antigo. Todo o processo leva cerca de uma hora e meia.

Depois da reza do terço, os homens que continuavam na churrasqueira sinalizam que o churrasco está pronto e pode ser servido. Na parte coberta ao lado da churrasqueira os homens comem os pedaços de carne diretamente do espeto, cortando com as facas e segurando com a própria mão e em pé. Dentro da igreja, as mulheres prepararam uma mesa com pães, pratos, refrigerantes, salada e arroz – pratos elaborados por elas – para acompanhar o almoço. Muitos espetos são armazenados dentro da casa da Marisa, de onde eles servem as mulheres que estão almoçando na igreja junto com as crianças. Depois do almoço foi distribuído o bolo, principalmente para as crianças.

Geralmente neste momento as festas se esvaziam, e logo todos vão para suas casas – como percebi na festa de São João Maria que acompanhei na casa de Jucão e Idione na aldeia Sede. Entretanto, como colocado acima, a atuação de Marisa como curandeira já havia sido incorporada a este evento – o que aconteceu de fato na sequência.

Assim, após o almoço, o interior da igreja ao lado da casa de Marisa tornou a ficar lotado de pessoas. As crianças estavam posicionadas mais ao fundo, perto da porta de saída, onde ainda comiam o bolo da festa. Marisa, até o momento envolvida com a organização da festa, se ausentou por alguns momentos da igreja e dirigiu-se até sua casa ao lado. Retornou em poucos minutos trajando um vestido longo e branco, diferente da roupa que usava até então. Posicionou-se em frente ao altar. Ao seu lado está José, seu marido. Logo ao lado está Tuca, o festeiro daquele dia, e o outro homem branco também festeiro. Marisa senta-se em ao lado do altar, abaixa a cabeça e mantém uma espécie de concentração em silêncio. Dona Cíntia, rezadora que já havia atuado anteriormente puxando o terço durante os procedimentos festivos, fica ao lado com os demais.

Logo depois, Marisa levanta a cabeça e olha para os demais. José gesticula para mim que ela está incorporada de um de seus guias: “Ele já está aí”. Marisa começa a discursar, num tom de sermão, sobre a festa, exaltando e perguntando sobre o significado de estarem todos presentes ali. Tuca responde que enquanto estiverem vivos eles vão fazer festa.

Sentada, Marisa distribui algumas mensagens impressas em pequenos cartões de papel com imagens de santos. Individualmente ela chama algumas pessoas presentes e entrega o papel e uma fita vermelha para amarrar no braço. As pessoas vão até Marisa incorporada e pedir a bênção, um por um todos se aproximam.

No decorrer destes atendimentos, torna-se clara uma separação entre o Tuca e seu filho que estão em posição de destaque em termos em relação aos demais. Embora a grande maioria do público aquele dia fosse de pessoas mais humildes, parentes de Marisa e indígenas de outras aldeias. É fácil notar Tuca e seu filho dentro da igreja, pois são brancos, possuem sotaque de italiano e são bem mais altos. As suas roupas de qualidade diferenciada também são marcadores de diferenciação que se pode perceber.

Tuca, durante todo o ritual, esteve conversando com Marisa incorporada. Enquanto ela atendia os demais, ele insistia em solicitar ajuda da Marisa para lidar com alguém que não o deixava progredir nos negócios. Ele, que está posicionado atrás do altar, pede para ela abençoar seu negócio. Diz que o pessoal pediu mais uma série de documentos, mas que eles vão dar um jeito de conseguir. Marisa, incorporada, fala que já está abençoado. O guia de Marisa aconselha-o a cortar relações com alguém que está lhe fazendo. Tuca reclama e pede para ela destravar algum processo envolvendo algum projeto de plantio ou outra atividade agrícola. Diz que está na hora de plantar e não tem máquina, pede que o guia ajude na liberação dos incentivos prefeitura. O filho de Tuca interfere e também pede ajuda, dizendo que está com dor nas costas por conta desta situação. Marisa, em nome do guia, responde que isso vai se resolver, que ele vai melhorar.

Marisa continua a chamar os outros para frente do altar, com feição séria ela levanta e pega uma vasilha com água e algumas ervas dentro. Pega os galhos das ervas e joga a água sobre os participantes, abençoando-os. Distribui mais fitas e imagens, para crianças e para adultos, enquanto dá conselhos aos que vão perguntando. Marisa também entrega as fitas e imagens e pede para que as pessoas levem para familiares específicos que não vieram. Sempre que vai uma criança até a frente, Marisa coloca a sua mão Sobre as a cabeça e faz uma breve oração. As pessoas também pedem bênçãos para os outros familiares que não estão presentes. Esta parte demora uma meia hora, até que a aglomeração dentro da igreja começa a diminuir.

Tuca e o filho retornam para junto da Marisa e ainda pedem para ela ajudar a tomar a decisão certa. Pedem ajuda pra ela limpar a visão deles. Neste momento eles ficam uns 20 minutos conversando e sendo aconselhados pelo guia. Outro branco que estava lá se aproxima e também pede ajuda para a família. Nós, os pesquisadores que participam, também pedimos que ela abençoasse nosso trabalho. Uma criança chorava muito do lado de fora da igreja, Marisa solicita que

alguém traga aquela criança para tomar a benção. Prontamente, Tuca abre a janela e grita para trazerem-na.

Esta sequência de atendimentos segue durante mais ou menos 2 horas. Ao final, retorna o seu José, que havia se ausentado há algum tempo. É o momento onde o guia dá bênçãos e conversa com os familiares de Marisa. A igreja vai dispersando em público até que, quando há ainda poucos presentes. Marisa abaixa a cabeça e concentra-se. Em alguns segundos levanta-se, aparentemente desincorporada, e retira a roupa especial que vestia.

Somente depois da atuação de Marisa é que os presentes se dispersam para voltar para suas casas. As pessoas mais humildes levam consigo, por ocasião da festa, pedaços de carne e pedaços de bolo que sobraram do almoço. O evento está encerrado, restando para a família de Marisa a tarefa de limpar tudo e organizar o local.

Ao final, ficou clara para mim a importância que tinha a participação de Tuca e dos demais brancos da cidade de Ipuacu. No papel de festeiros ocasionais, forneciam a peça central para a realização do evento, ou seja, a carne para o almoço. Em contrapartida, tinham suas presenças destacadas nos rituais, tanto pelos espaços concedidos na reza do terço e procissão, quanto pela prioridade do atendimento da dona Marisa.

Toda a atividade da dona Marisa se dá pelo seu intermédio nas ações de guias espirituais. Ou seja, a rigor, não é ela a possuidora dos conhecimentos para prescrição dos tratamentos ou das práticas terapêuticas. José, em outra ocasião, contou com mais detalhes como começou a atuação da sua esposa:

Teve nove anos, que ninguém sabia. Só ela sabia. Então, depois que fizesse 40 anos, o irmão baixava se incorporar nela pra dar as receita pra ela. Deus que manda o irmão. (...) Eu vi um dia. O dia que ela tava enterando 40 anos, daí eles iam baixar nela pra se incorporar pra explicar comé que ia ser né? E eu tava prosiando com uma irmã minha ali embaixo, na casinha, e ela [a Marisa] subiu, acho que ela sabia, só que não era pra ela contar né? E tava esperando, sentada numa pedra, já incorporado né? E outro dia eu tava na roça e mandaram chamar eu, falando que ela tinha mandado. Mas eu não fui, porque muié não me manda. Mas ai ela foi atrás de mim, e eu vim, aí já

encontrei ela, com feição diferente, ela tava incorporada. E já perguntou: come que o senhor diz que mulher não manda no senhor? E eu respondi, e eu disse mesmo, porque eu não sou de negar as coisas que eu digo. E ele disse: vamo pra casa. Aí aqui na frente que eu fui saber. Daí ele contou pra mim (José).

No discurso de José fica evidente que estes guias também atuam como articuladores dos curandeiros – semelhante ao que promove São João Maria ao escolher para quem passar o conhecimento, como relatado por Maria. Entretanto, enquanto o santo é uma figura quase que onipresente, que possui uma natureza peregrina, cada um dos outros guias, como descrito por José, está atrelado à atuação de um único curandeiro – e um curandeiro pode ter vários guias lhe auxiliando, como é o caso de Marisa. Quando o curandeiro falece, ou deixa de atuar por algum motivo, desvincula os seus guias para atuarem com outros curandeiros – inclusive o próprio curandeiro pode tornar-se um guia neste caso.

O fato dos curandeiros serem figuras conhecidas na região torna esta circulação dos guias mais interessante. Pelo fato de estarem vinculados a locais específicos – geograficamente falando – não são apenas entes abstratos. Podem ser indígenas de outras aldeias ou mesmo não indígenas que compartilham desta identidade de agente terapêutico. José enfatizou que a Dona Marisa acabou, ao longo do tempo, estabelecendo-se como um referencial não só para enfermos da região, mas também para os guias de outros curandeiros após suas mortes. Segundo José, esta atuação conjunta dos guias torna a curandeira cada vez mais poderosa, podendo resolver questões cada vez mais sérias:

Aí o Angelino, aquele era beato também, se mudou da grama pra cá, no Lageado Bonito perto do Samburá. Curou muita gente pra lá, o véio. Era um índio véio. Diziam o bugre Angelino. Não sei se ouviu falar né? E aí o guia dele ele mandou aqui, falar com ela, ver se ela dava um lugar nessa mesa pro guia dele trabalhar também. Daí ela perguntou pro guia também, diz: mas o senhor Angelino vai parar de dar remédio? “É ele vai descansar”, disse o guia. Descansar quer dizer que vai simhora pra outro lugar né? Então ele mandou pedir, que antes do fim da quaresma ele vai embora. Ficou assim né. Daí ela disse, tem lugar

aqui. Se ele quer mandar o guia dele aqui ele pode mandar. Daí depois, quando fizer seis meses que o Angelino for embora ele vem aqui também. Daí um dia ele chegou aqui no corpo dela e disse, vocês sabem com quem vocês tão prosorando? Que força que ela tem né? E falou eu sou o Angelino Bugre, bem perfeito assim. Daí trouxe os guia dele por aí né? E falou, e tem outra mesa que tá se aprontando pra vim. O curandor lá é bom também, aqui da cascata, é branco. Mas é muito bom também. Quando ele foi embora, o guia dele veio pra cá, nessa mesa aqui. (...) Tem uns quantos. Aqui tem cinco mesas numa só. Pro senhor ver que ela é forte né? Porque que nem um serviço, quando cinco seis não podem fazer, intera mais 5 e aí faz né? É mandado de Deus, aí é que nem santo né? E se um não pode fazer o serviço 2 ou 3 pode né? Tem um de Dois Vizinhos, Passo Fundo. (...) Que nem aqui eles têm curado também. Curam de doença no estômago, no coração, onde for. Eles curam. Não precisam estripar a gente nada. E a pessoa não vê. Quando vê tá operado né? (José).

A família continuou engajada realizando as festas de santos e Marisa atendendo como curandeira mesmo após a morte de José há alguns anos. Entretanto, em 2013, enquanto eu desenvolvía a pesquisa de campo no local, Marisa também veio a falecer – vítima de problemas no pulmão devido ao uso excessivo de cigarro segundo seus filhos. Estes eventos marcantes ameaçavam desarticular a referência de curandeira e festeiros de santo que a família enfocava. Na época um dos filhos de Marisa que a acompanhava os ritos desde criança disse que continuaria realizando os festejos. Diferentemente da questão referente à atuação de curandeira, que não poderia ser repostada pelo fato de ninguém da família ainda ter sido procurado pelos guias da mãe ou demonstrar alguma aptidão para fazê-la.

Neste sentido, dentro da lógica de circulação dos guias, existia uma questão em aberto em 2013 que implicava saber quem receberia os poderes da Marisa após seu falecimento e tornar-se-ia referência na localidade. Pouco depois do ocorrido, na aldeia Baixo Samburá, ouvi de um curandeiro sobre a sua corrente tentativa de “pegar” os poderes de dona Marisa – o que ainda não havia se efetivado. Entendi melhor o que

isto significava numa visita à aldeia Sede, onde um jovem indígena afirmava ter recebido os guias mandados pela Marisa – que o incumbiram de dar continuidade ao trabalho da senhora. O discurso, entretanto, foi desacreditado por alguns vizinhos, que afirmavam que o jovem queria tirar algum proveito da situação e que isto não passava de uma brincadeira. De qualquer forma, apesar de não ter acompanhado o desdobramento, era perceptível que uma discussão em torno desta problemática estava aflorando em vários pontos da TIX naquele momento.

4.3.3.2 - Iracilda

Iracilda é uma senhora que atua como *curandeira* na TIX. Ela morava na aldeia Sede durante a última pesquisa de campo, porém, sua residência não se situava na área central. Ficava num local afastado, chamado “lava-pé”, a mais ou menos 3 km do posto de saúde e da escola. Sua casa era fácil de ser notada, pois era a única existente naquele ponto da estrada em direção à aldeia Baixo Samburá e Água Branca. Pude constatar ela era muito referenciada por moradores da aldeia Sede e que as pessoas da aldeia Baixo Samburá sabiam quem ela era – embora poucos afirmavam procurá-la.

Iracilda, em meados da década de 1990 atuou na extinta *Igreja da Saúde*. A antropóloga Oliveira (1996) acompanhou a movimentação de emergência da instituição que aglutinou as práticas terapêuticas destes três agentes chamados por ela de *curadores* e *especialistas*. Em tese, tratava-se do encontro de um *benzedor*, um *Kuiã* e esta *curandeira*. Oliveira não trata do desfecho da Igreja da Saúde, mas o fato é que a instituição se desarticulou ainda no final da década de 1990. De qualquer forma, é importante notar que seu trabalho mostra claramente que a Igreja da Saúde concentrou por um período de tempo a circulação de pessoas da TIX e das cidades vizinhas na busca por tratamentos de saúde ou outros infortúnios. Após este período, Iracilda continuou atendendo sozinha em sua casa e na casa das pessoas que a procuravam.

Ao falar de sua biografia, Iracilda diz que iniciou suas atuações terapêuticas com 15 anos e, por uma sutileza de seu relato, dá para perceber que ela não é originária da TIX. Ou seja, o processo de aprendizado de Iracilda ocorreu também com o processo de entrada na área indígena:

Eu tinha 15 anos que eu lembro que eu comecei isto. (...) Daí com 15 anos eu recebi o São João

Maria, que me ensinou daí. Teve o São João Maria, que me ensinou. O primeiro homem que eu curei foi o meu pai né. O primeiro remédio que ele mandou fazer. O São João Maria mandou fazer um remédio. Mas por nome do meu pai né. Fiz, e graças a deus o meu pai melhorou daquilo. Ele morreu porque deus queria ele. Mas sem sofrer. Na cama, nada, nada, nada. Meu pai morreu sentado. Dando risada meu pai morreu. Explicando muitas coisas pra mim, muito remédio, cuidar da minha mãe. Não deixar minha mãe sofrer. Não deixar meus irmãos judiar dela. (...) comecei, foi indo, até que eu entrei na área, daí o maior eu peguei aqui. (...) Faz 12 anos que eu peguei com os guias aqui.

Semelhante à dona Marisa, Iracilda descreve os seus guias como um coletivo que envolve pessoas já conhecidas do seu convívio, familiares próximos, e santos do catolicismo popular. Neste rol também estão o *caboclo* e os *índios*, estes últimos os mais fortes. Todos são equivalentes enquanto “anjos de deus” que contribuem para os seus *trabalhos*. Estes guias podem atuar em conjunto a depender da dificuldade empregada no processo terapêutico. Segundo Iracilda é uma transformação corporal necessária.

[no céu], tem muitas pessoas, tão tudo lá. Têm dois pais meus que tão lá, são anjo, tudo. Porque hoje eu trabalho com eles, a hora que eu chamo eles, eles tão comigo. Tem o meu pai legítimo e meu padrasto. (...) Daí a hora que eu preciso deles, que eu chego num aperto, com a minha turma que eles precisam, que daí eu não posso, eles podem, porque eles são anjos né? Daí eu não posso lidar, e então é os meus dois que lidam. Daí eles vem, aquela hora que eu me aperto com meus trabalho, aí eu tenho que chamar os dois pra me ajudar de fazer um levantamento dos meus trabalho, pra me dar mais força, pra ajudar os outros. Porque hoje eles são anjos de deus. (...) Porque têm mais força, porque tudo que vim na minha frente eu peço ajuda, porque meu corpo fica mais forte. (...) [meus guias] são em quatro né? Tem o pajé, tem o caboclo, e daí tem os índio que me ajuda né.

Porque os mais brabo são os índio. (...) é o mais difícil, o mais pesado. O mais brabo, pra gente tirar, tem que ter força. Aí o guia mais brabo que tem, tem que pegar. (...) é de tudo São João Maria, de tudo um pouco. Tem o São João Maria, tem o São Roque depois, tem o São Marcos, então eles tão lá pra livrar de tudo. Santo Antonio, que da força ne que se querem se casar, daí é aquele lá que atende né? (...) porque eles são tudo igual, só que menos do que Deus né. (...) [guia mulher] recebo, umas quantas. Eu quase não lido com eles porque agora o meu tem força bastante. Porque eles me deram bastante valor. Só mesmo no momento que eu to precisando, com bastante apuração, daí sim que eu preciso deles né? (Iracilda).

Existe, entretanto, um diferencial da atuação de Marisa. Iracilda afirma fazer uma espécie de viagem astral, onde seu espírito abandona temporariamente o seu corpo e transita controladamente por qualquer lugar que desejar. Isto permite, afinal, que estabeleça contatos com outros curandeiros e guias espirituais também em trânsito naquele momento. Assim, para aprimoramento de seu aprendizado, Iracilda relata que experiências como esta são fundamentais, pois nas visitas ao céu pode ficar face a face com seus guias:

Eu fui muito lá pra cima, eu conheço tudo lá pra cima. Minha ida, é só minha alma que vai, o meu corpo fica aqui na terra. Minha alma vai pro céu porque eu não tenho pecado. E eu tenho muitas oração, demais demais. Quando eu to dormindo vai. Daí a hora que eu quero ir lá eu vou, eu ando, eu vejo muitas coisas, com esses aqui de baixo, eu ando com eles lá encima, outros que já foram, me deixaram, tão lá no céu, e as portas de deus tão abertas pra mim. Eu converso com ele [Deus], eu encontro com ele. Só eu pra enxergar ele no caminho. (...) é igual [às imagens], só que eles são em mais lá. (...) lá é tudo falado né? (...) Lá o que eles falar pra mim eu entendo tudo. (...) é a língua nossa aqui. (...) me ensinam. No outro dia eu to contando já aqui. Como que eu fui, como eu tive lá. (...) eles moram tudo junto. Vejo tudo meus parente que foram tudo. Não hora que eu quero eu

vou lá. Eu venho de lá e venho contando o que eles tão fazendo, o que eles tão fazendo de serviço deles. Dessa vez eles tavam juntando tudo quanto era remédio, lá tem remédio, eles me ensinaram. Tudo que eles me ensinam eu faço aqui na terra. De tudo que eles ensinam não é aqui na terra que eu aprendi. Eu aprendi lá no céu. Tudo que eles têm lá eu aprendi. Remédio. Oração. Ensinam tudo quanto que é serviço que eles fazem. (...) Tem muitos aí que aprenderam com livro. Livro de remédio, e de oração, por escrito. Eu não, eu só deus né. As oração que eu não tenho aqui na terra, eu vou lá encima e aprendo. Eu corro lá pra cima, dentro de meia hora eu já sei tudo (Iracilda).

Nesta possibilidade de abandonar o corpo e transitar, Iracilda pode visitar outros espaços ou lugares para ver o que as pessoas comuns estão fazendo em suas casas no plano secular. Pode viajar para locais próximos ou distantes para ver se uma pessoa está bem de saúde, se está ausente ou o desejar. Estas visitas não são sem sentido, por um simples prazer, elas também incluem a aplicação de terapêuticas sobre os sujeitos que podem estar enfermos:

é qualquer um né, qualquer um que eu sei, que já vieram aqui né, umas quantas vezes, eu caminho. Eu caminho com eles tudo, sei tudo que faz. Se tão pra sair de madrugada, se tão pra viajar eu sei. Eu ando por dentro da casa deles tudo. Eu ando arrumando aquelas pessoas. As vezes eu acho uma pessoa que tá doente na cama aí livremo a pessoa, por conta. Não interessa ninguém mandar né? Isso quando tá dormindo. (...) Eu curo também. Quando é 2 e meia da madrugada eu já posso caminhar. Minha hora de caminhar é 2 e 30 da madrugada. Fico ate 4 e meia, 5 horas da manhã. Daí eu chego em casa. Os guias que me levam, eu não vou por conta. Os guias que me levam.

Assim, Iracilda afirma atuar no que se poderia chamar de “plano espiritual” e menos na utilização dos *remédios do mato* – diferentemente do que notei com Maria ou Celestino -, embora conhecesse muito bem este universo. Nesse sentido, considera a sua força atual como englobante dos saberes sobre remédios. Explica que estes saberes não

são mais necessários pelo alcance atual de seu poder: “é porque eu mesmo né, eu com eles, eles livram a pessoa né. Só com oração né. Eu só de pegar na mão de algum, que precisar de uma cura eu curo. Eu quase já não faço mais remédio. Porque minha força é mais do que remédio”.

Seus guias estão sempre muito presentes no seu cotidiano tratando de atuar em diversas esferas da experiência dos sujeitos. Ela fala em “abrir as portas” quando uma pessoa está com dificuldade de realizar algo que necessita, por exemplo: “uma pessoa tá querendo vir e não consegue, aí eu abro caminho pra eles lá, eu abro as porta. Às vezes no outro dia aquela pessoa tá chegando. Porque daí tem força né? (...) E pra dar sorte na estrada, pra eu achar carona pra eu ir onde eu quero ir, eu também peço né? Eu peço carona até lá onde eu quero ir”.

Além destas possibilidades terapêuticas, percebi que o carro chefe de Iracilda era evidente pelo reconhecimento dos seus *trabalhos* - o que também a aproximava em de Dona Marisa. Nunca consegui acompanhar estes eventos porque estava muito difícil encontrá-la em casa. Quando finalmente consegui ela argumentou que estava atuando muito na cidade vizinha de Entre Rios naqueles dias, por isso sua ausência. Posteriormente soube que sua permanência naquela cidade dava-se pela ocupação junto a uma senhora não indígena daquele local. Depois de algum tempo soube que Iracilda a tratava como *comadre*.

Em uma ocasião que estive na casa de Iracilda – juntamente com Flávio Wiik –

a *comadre* a visitava. Naquele dia ela participou das entrevistas junto com Iracilda demonstrando intimidade com a *curandeira* – ora complementando-a, ora contando sobre sua própria experiência junto às suas atuações. A comadre era uma pessoa humilde que morava em uma casa simples no centro da pequena cidade, espaço que se tornou um referencial importante da atuação de Iracilda em um dado período de tempo. Assim, a comadre ajudou a entender melhor a dinâmica de circulação da curandeira e deixou claro como ela mesma figurava como agente deste processo.

Como forma de estreitar os laços, Iracilda recebia frequentemente a senhora em sua. A mulher não cansava de elogiar os poderes de Iracilda, comparando-a a uma verdadeira santa. Ela havia estabelecido a confiança em Iracilda após um episódio que a curandeira ajudara uma de suas filhas. O *trabalho* de exorcismo abaixo relatado demonstra era uma das especialidades de Iracilda que, aparentemente, havia dado certo reconhecimento a ela em Entre Rios:

Iracilda: trabalho é acordada. E tem que pegar guia mais forte pra conseguir tratar depende o caso.

Comadre: eu pra mim, pros meus filhos e a família deles ela é uma santa. Eu tinha uma menina espiritada, tinha 3 espírito. E ela ajudou. (...) pois decerto eles invocaram nela, porque decerto ela era fraca e pouca religião, acreditava pouco em Deus. Não queriam sair. Eles diziam, não saio daqui, vocês não vão me tirar daqui. Vocês não tem poder. Eram espíritos de gente que não tinham salvação, que estavam por aí. Depois que tirou o espírito da criança, eu acendi vela, e ela não sabia de nada. Como se tivesse acordado. Aí invocaram com o nome dela, e a pequena queria levar ela, era um nenezinho. Ai levam ela, os outros que não tinham salvação se salvam e deixam ela vagando. É que ele não se salvou, ele ficou vagando, ele tentava levar outra pra se salvar. Isso aconteceu porque eu tava junto. Começou de madrugada e foi até as 8 da noite. Ela nem viu o sol aquele dia.

Iracilda: é que não é eu. É os guia que tão baixando. (...) quando a gente foi fazer a curação do trabalho forte mesmo já era meio dia. Do meio dia em diante eu não enxerguei mais nada. Fui enxergar era 8 horas da noite. Não vi o dia, não vi nada. Não cuidava das minhas filhas mais, os outros que cuidavam. Mas eu tava cuidando da minha obrigação. Queria salvar aquela pessoa. Hoje aquela muiézinha tá com uma criança já hoje. Alegre ela, contente.

Comadre: ela era fraca demais, e eles quiriam levar ela. E eles contavam o nome deles também. Eu tava junto. Eles contavam o nome. E diziam que não saiam, e iam levar ela. é nossa e nos vamos levar ela, não adianta vocês bater com nós que nos não vamos sair daqui. E a menina deitava na cama e dizia, eu vou, eu vou, eu vou (...) a gente assiste. A cara é deles, depois que eles saem, que ela não sabe de nada, depois a gente

tem que contar pra ela. E eles falam com a gente. Chegam até destratar a gente. Na cara. Na face da gente.

Iracilda: eu não sinto nada naquela hora. Depois as pessoas que tão escutando, que tão vendo, depois vem contar pra mim. (...) é a mesma coisa que morri né? Eu não vejo nada, porque daí meu espírito sai né?

Comadre: a gente conta tudo, desde o remédio que eles mandam. A gente tem que falar pra protetora, que eles dizem que é ela. A gente tem que falar pra ela.

Iracilda: o que tava perturbando ele era as inveja. Muitas coisas né que a pessoa faz um pro outro. (...) eu entro e corto as coisas. (...) é inveja é raiva, que vê que a pessoa ta vivendo bem. É que é muita perturbação. (...) eu vejo o que o home tá pensando né? Nem que não conte pra mim. Eu vejo no corpo da pessoa, eu vejo na ideia da pessoa. O que ele tá pensando da outra mulher né? Se ele tem interesse na outra mulher, eu sei tudo. (...) é faço as prova de deus, consulto, de longe eu consulto pelo nome.

Comadre: aquela minha filha que te falei, foi uma mulher que tinha assim na rua, e fez o mal pra ela. Disse, vou dar um jeito. O meu genro era bem de vida e tava arruinado. E quero que vocês vejam, ele tão rico. Ela tirou tudo que não presta, colocou a parte de Deus, os dois empregado, tão rico. Mas com os poder de Deus. (...) E a outra se afastou dele. Ela esqueceu dele. Ela já casou com outro. Agora tão os dois casal vivendo, ela com o outro e ela tá com o marido dela. (...) Eu sei que meu genro tava num estado lá em casa que ele queria se matar né? Vieram buscar de Kombi. Ele não tinha nada, e agora tão rico. Os dois trabalhando. Com Deus, graças a deus.

Iracilda: daí faz com as oração só. Porque na hora que eu tiro aquele mal, precisa se assentar né? Daí

eu vou fazendo, também a oração. E daí tiro tudo o mal, aí fica bem.

Comadre: Eu tava lá. Daí eu fui buscar ela, daí ela veio pra casa e ficou dois dias sem comer nada. Tanto fraca que ficou de tirar aquelas perturbação. Porque tem que ser um espírito muito mal, a pessoa é mal quando faz uma coisa dessa. Decerto queriam levar a menina para se salvar.

Iracilda: É depois daí eles sabem o que vão fazer pra mim né. Depois pra mim descansar né, quando vê que aquela pessoa tá livre daí eles saem do meu corpo. (...) Pra recuperar a força de novo é uns 7 dias limpo. 7 dias faz o despejo. O despejo do que eu tirei dela, que eu fiquei fraca. Daí é pra despachar aquilo. Daí ali eu fico forte de novo, e volto pra trabalhar de novo. Daí. Eu tenho que fazer despejo na água corrente né? Colocar os pés na água corrente. (...) Consegue dormir né? Porque eu faço as oração, na hora que vou dormir e durmo. Aí descanso mesmo. No outro dia eu tenho que levantar 9 e meia a 10 horas, a hora que descansi. (...) Eu sofro né, tem que sofrer porque, meu já é isso aí né. Sofro bastante, tem horas que eu passo das horas de comer né?

Temos neste relato uma noção da atuação de Iracilda no *trabalho*, da relação com seus guias e com a população da pequena Entre Rios. Mas, além disso, o que é interessante notar, que é recorrente nos testemunhos da comadre, é a relação da curandeira estendida às redes mais íntimas do seu grupo familiar. Além de umas poucas pessoas de Entre Rios, os principais clientes de Iracilda naquela cidade passaram a ser os próprios familiares da comadre:

Comadre: eu tinha um piá que tava aleijado e ela curou. Eu pra mim ela é uma santa. Eu e toda minha família temos fé com ela. E ela tratou só com os trabalhos dela. Um caminhão pegou, moeu ele, ficou virado em bolha aqui. Deu 3 meses internado em Florianópolis. Entre a vida e a morte. Um acidente de moto ali. (...) Eu já caminhei os 4 cantos do mundo com isso, e já

andei muito trabalhando, mas até hoje que eu vi na minha vida, cura as pessoas foi só essa. Mas nem médico, nenhum médico não me curou, nenhum médico curou minha filha. Nem médico de Florianópolis me curou. E ela curou agora. Não adianta. (...) É, aí você tá com Deus né? Mas aí você tem fé nela, qualquer coisa que acontece, vem nela. Meu genro tava com dor nas costa, vem aqui nela, é tudo aqui nela.

Iracilda, é muitas coisa que eles faz. Pra se lembrar de mim, contou do meu nome, pronto. Eles podem ascender uma vela pra Deus em meu nome que chega. Não acontece mais.

Esta relação com a comadre apresentou-se como uma estratégia promovida por Iracilda para ampliar seu alcance como curandeira. Como consequência, toda a movimentação que ela agenciava retornava presentes, mantimentos e mesmo dinheiro para sustento e da sua família. Numa das conversas descobri que ela havia recebido a doação, pela *comadre*, de madeiras para a reforma de sua casa.

4.4 – Os agentes católicos tradicionais em conflito

Do mesmo modo que os terapeutas possuem estratégias para aproximarem-se entre si e dos clientes ampliando suas redes estritas de atuação, o que podemos perceber em termos de suas circulações pelos diversos eventos e rituais, eles também elaboram barreiras entre si. Ou seja, elaboram estratégias para posicionar-se perante os demais na tentativa de aglutinar mais pessoas em torno de si. Neste sentido, é comum que os terapeutas também elucidem situações de conflito com outros terapeutas ou mesmo façam algum tipo de acusação para exacerbar a sua atuação pessoal.

Dei-me conta desta temática quando já fazia um tempo que eu acompanhava o curandeiro da Aldeia Baixo Samburá chamado Nelson – vizinho de Celestino. Tratava-se de um senhor de meia idade que morava sozinho em uma casa afastada de vizinhos. Como católico fervoroso, afirmava participar de festejos e atuar como rezador de batizados, terços nas festas e outras práticas relacionadas.

Conversando com ele descobri que nasceu fora da TIX, na cidade de Bom Jesus, tendo migrado para lá ainda durante a sua infância: “é aqui do lado, se criemo tudo junto com o povo daqui”. Comenta que a maioria dos seus parentes é de fora da área e que sua trajetória de aprendizado para tornar-se *curandeiro* também revela o seu percurso. Teria iniciado sua carreira com sua tia *curandeira* em Abelardo Luz, a qual, a princípio, não era indígena.

Apesar de eu não ter tido a chance de acompanhar, Nelson conta que também trabalha a partir de um saber guiado com a incorporação de guias para realização de *trabalhos*. Sua relação com as curandeiras que lhe transmitiram os saberes perdura até os dias atuais, uma vez que elas fazem parte do universo de guias que ele pode acionar. Da mesma forma, conta que pode utilizar os poderes de outros curadores que já faleceram para compor o seu estoque de possibilidades terapêuticas: “daí quando eu vou fazer meus trabalhos, aquelas, a força deles tá comigo, eu chamo. (...) As almas deles, espiritualmente. Essa curandeira. E vários curandor que já morreram que me ajudam também. As almas deles vêm me visitar”.

Assim, Nelson também referencia os outros curadores já citados anteriormente neste trabalho para exemplificar com quem ele se aproxima em sua prática. Nesta listagem, fala de dona Marisa e Iracilda. Fala também da dona Maria, quando relata sua participação em festas de santos na aldeia Pinhalzinho. Além destes, é interessante notar que

Nelson também cita uma série de outros curandeiros de fora da área indígena com os quais também se alinharia. Fala de um senhor da Linha Aparecida, uma localidade rural próxima à aldeia Baixo Samburá pertencente ao município de Entre Rios, e de outro senhor da cidade vizinha de Bom Jesus. Seus relatos também tornam central a figura de Johnny Carvalho, um curandeiro que ele afirmava ouvir diariamente pelo rádio: “eu sou quase igual ao Johnny Carvalho, que falava pelo rádio, eu escutava muito. Daí aquele Johnny que trabalhava por televisão e por rádio, não sei se você conheceu? Ele é de Chapecó. Não sei se tá ainda, nunca mais ouvi nada. As força dele eu chamava também, clamava pelo nome dele também”. Além destes, Nelson também dizia participar de atuações com pessoal da igreja oficial e pastoral da saúde em outras situações: “Pra rezar em velório, nas festas, tudo. Não é qualquer um. Rezar com os padres, nos hospital também eu parei, ajudar as irmã. Os padre rezar os terços pros doente”.

Apesar de Nelson se autodenominar *curandeiro*, era pouco referenciado pela população da aldeia que morava como tal. Pelos moradores próximos, suas atuações sofriam muitos questionamentos quanto à eficácia ou finalidades. Isto se tornou evidente a partir de uma situação que experimentei na casa de seu vizinho Celestino. Numa tarde chuvosa fui até a casa do velho para conversar – como fazia quase todos os dias. Além dele, estava presente um de seus netos, jovem assíduo praticante do futebol do final de tarde. Durante a conversa o velho decidiu iniciar uma longa história sobre sua infância e sobre o destino de seus pais. Depois de 15 minutos que ele narrava, Nelson apareceu de surpresa na porta da casa saudando os presentes. Todos o cumprimentaram e Nelson também adentrou à casa. Falou que entrou porque tinha ouvido minha voz enquanto passava por ali. Resolveu entrar alegando acreditar que eu tinha lhe procurado anteriormente naquele dia. Nelson entrou na conversa. Papo vai e papo vem, percebi que em vários momentos fazia comentários desmerecendo as coisas que Celestino comentava. Por exemplo, Celestino falou sobre algumas práticas para espantar cobras. Nelson respondeu prontamente que não espantava as cobras, na verdade, ele as colocava-as para dançar na sua frente. Depois, Celestino contou outra história, sobre uma viagem que fez a uma cidade do oeste flutuando ao lado dos caminhões na estrada. Nelson respondeu irritado e começou a caçar do velho. Por fim, esboçou retirar-se da casa. Foi saindo, olhou para mim e me convidou para ir até a sua casa naquele momento. Fiquei numa situação constrangedora, pois não queria deixar o velho e também não queria negar o convite de Nelson. Acabei aceitando e fui com ele até sua

residência, a uns 200 metros da casa de Celestino. No caminho ele ainda continuou caçoando e me falando que duvidava de várias coisas que o velho contava que fazia.

Bem, pra resumir, no outro dia pela manhã, Peri, meu anfitrião naquela aldeia, me contou que mais cedo havia passado pela casa de seu Celestino, com quem havia conversado brevemente: “o Celestino me contou que você foi lá ontem (...). Se queixou do Nelson e disse que ‘ele não tem respeito, vem aqui em casa roubar minhas visitas’” – no caso, a visita era eu. Para mim ficou claro o tipo de relação que os dois terapeutas mantinham entre si na localidade, embora fossem “compadres”. Em geral as conversas com Nelson sempre eram dadas na afirmação de seu poder de cura, algo comum a quase todos os terapeutas:

Então ate hoje eu não achei um pra bater comigo, só fora da área mesmo. De entendimento.(...) Só que achar fora da área, não é fácil. Eu acho que de 5000 pessoas, não sei se tira 1 ou 2 que entende. Pode caminhar ali, olha, não é. É pouquinho que encontra que tem entendimento que nem eu. O compadre Celestino diz que faz isso mesmo, mas eu nunca vi ele fazer. olha, algum remédio eles podem entender, mas fazer o que eu faço, é diferente. Fazem alguma cura, mas os trabalho deles é pouquinho. Da minha parte não sei se tem outro (Nelson).

Nelson sempre se mostrava empenhado em se comparar aos outros curadores das redondezas, mas era visível que existia uma questão mais séria com o velho. Apesar de Nelson notar uma proximidade de Celestino com relação ao catolicismo, demonstrava um distanciamento eminente: “olha, se você pegar a dona Nani, a Iracilda, a Dona Marisa, me alinho bem certinho com elas, é tudo bem igual, as rezas, tudo (...). Agora, o Celestino eu não sei onde ele aprendeu. Outro dia fumo fazer um batizado ali na igreja e não se acertemo nas reza”. Se avaliarmos em termos de legitimação, Nelson entendia que devia se afirmar perante o outro terapeuta – o que fazia com frequência. Neste caso parecia uma disputa velada onde Nelson estava perdendo em reconhecimento pelas pessoas que eu tinha contato naquela época. Celestino, por outro lado, nunca havia feito este tipo de comentário sobre Nelson – ao menos para mim.

Assim, outro argumento geral de deslegitimação passava pela intencionalidade da ação dos terapeutas. Alguns deles estariam envolvidos em fazer o “mal” ou lançar feitiços para obter algum benefício. Nelson, por exemplo, era alvo deste tipo de acusação por parte dos próprios membros da comunidade que morava. Percebi alguns comentários entre as pessoas da casa onde eu estava hospedado, que me contavam sobre sua atuação duvidosa. Peri me disse uma vez: “olha, eu nunca vi o Nelson curar alguém, pra falar a verdade, até soube que ele teve que sair fugido lá do Pinhalzinho porque andou matando uma criança com os remédio dele. (...) Agora o Celestino sim, esse sim cura muita gente”.

Acusações como esta existiam também entre outros terapeutas. Iracilda, por exemplo, sempre acusava Marisa de “fazer o bem e o mal, ela pode tanto te curar como também te botar uma doença”. Este argumento para afastamento entre as duas passava também pelo modo de aprendizado vivenciado, pois Iracilda acusava frequentemente dona Marisa de não ter obtido seu conhecimento a partir de ensinamentos e experiências junto a entidades superiores. Segundo ela, dona Marisa teria aprendido a curar “nos livros, não com os guias”. Marisa, segundo Ivarina, teria estudado com outra curandeira branca da cidade de Pato Branco, uma localidade próxima no estado do Paraná. Esta mesma acusação era feita por Iracilda sobre dona Maria dizendo: “aquela lá eu já fui tirar a prova com ela, e ela me mostrou tudo, é tudo com os livro, então as doenças que as pessoas vêm ela consulta os livro pra fazer os remédio”.

Às acusações de feitiçaria também pode ser somada a questão da cobrança pelos atendimentos. Em todas as vezes que acompanhei a atuação dos terapeutas católicos notei que, depois da prática de cura propriamente dita, era comum que o sujeito que buscava tratamento perguntasse quanto custava o serviço. Também, notei que era uma orientação geral, um código explícito, que rezava que não se cobrasse pelo atendimento “pra não perder a força não podia misturar com dinheiro”. Iracilda ao falar de Marisa sempre lembrava que ela cobrava pra fazer os trabalhos “é difícil ela atender os pobrezinhos, quer dar remédio em troca de festa, de dinheiro”.

Apesar de acusação, a questão da cobrança é polêmica mesmo entre os agentes católicos. Alguns afirmam cobrar pelos atendimentos como parte da própria terapêutica empregada. Como explicou Nelson, é preciso cobrar para que tenha o efeito desejado: “Mas aí, quem quer casar e achar namorado eu cobro um pouquinho, não tiro um carro, não tiro a casa de ninguém. Eles me dão umas coisinhas. Uma ajuda. Um

pouquinho. Nem de pobre e nem de rico. Mas o que sente no coração dela”.

Os terapeutas católicos também leituras sobre outras práticas empregadas na TIX. Por exemplo, têm uma visão positiva das práticas biomédicas e dos serviços oficiais, entendendo que são úteis e necessários à população. Reconhecem que a maioria das suas práticas pode ser usada concomitantemente às da biomedicina – inclusive para reforçá-la. Mas, afirmam que o conhecimento biomédico é limitado pois tem doença que não conseguem diagnosticar e curar, como HIV, feitiço, câncer ou mesmo amarelão ou míngua. Nelson dá dicas de como percebe a medicina oficial em termos de possibilidades terapêuticas:

Não é só dar o remédio. Tem que acender vela, vela branca. Eu gasto bastante vela. Vela branca. Tem la dentro, mas conforme o trabalho é vela amarela. Os médico, por exemplo, quando nasce os nenezinho, ali eles dão só remédio. porque não é fácil de curar nenezinho. E eu sei curar nenezinho, imbigo costurado, tudo. Cura dos imbigo, não é qualquer um. Termina o remédio do médico e vem me procurar, eu só com remédio de casa. Tem simpatia, tem banho. (...) Dos meus trabalho, eu tenho todas as imagem dessa parte. Não é so o remédio. tem remédio, tem dieta também. Tem uns remédio que não tem dieta nenhuma, um ou outro. Mas tem remédio, conforme a doença. Tem umas doença que os médico não curam. Pode ser o que for. Amarelão, anemia, essas coisarada eles não curam. Eu sou os médicos dos mato, do mato ou do interior. Nelson, pra feridada na boca, pras criança. Eu fiz remédio, e agora tem as criança tão bao. É pra tudo que é tipo, é pra Aids, HIV, disse ele não sabe. aEssa ferida é febre que dá nas criança, febre por dentro aí estóra ferida na boca, não pode mamar, não pode comer. Pra pressão baixa, pressão alta, qualquer coisa. (...) [A *míngua*] ela enfraquece as pessoas grande e jovem, e criança. É conforme a comida, ou o que. Comida, muito doce não pode dar. Muita gordura também não. E tem as dieta. E tem remédio também. Tem remédio comprado e tem remédio caseiro, e simpatia. Não é a toa pra curar a míngua. Não é todo mundo que sabe. (...)

Dá mais em criança pequeninha assim, fraqueza, amarelão. Isso aí. E mata, se deixar. Os médicos não curam, eles dão remédio pra engordar um pouco, mas pra curar duvido. Porque eles já tão fraco, remédio da gente caserio dos matos, com ervas. Não é tudo que entende (Nelson).

Algo mais radical acontece quando os católicos falam dos crentes, onde as acusações passam a ser mais polêmicas na TIX. Ou seja, como apontado anteriormente, no âmbito do discurso existe uma rejeição mútua entre os membros dos dois grupos quanto às concepções cosmológicas e práticas em geral. Alguns católicos entendem a atuação dos crentes como um grupo voltado para fazer o mal efetivamente ou até de serem feiticeiros. Maria conta que os pastores querem retirar o espírito da pessoa durante o culto e colocar outro espírito doente no lugar, como uma forma de ficar com o espírito sadio: “os pastor quando tão orando eles fazem a pessoa cair, as vezes só de assoprar na pessoa eles fazem cair. Depois que cai pronto, aí já tá, aí fica querendo ir só na igreja, fica bobo”.

Existe uma acusação genérica dos católicos em relação os crentes como responsáveis pela decadência da *tradição*. Segundo este argumento, o crescimento do número de *crentes* na TIX contribuiu como um dos principais motivos de abandono dos saberes e práticas católicas, como nos conta José: “aqui na reserva já tá pouquinho. Os festeiro já abusaram com os santos pra seguir religião diferente. Religião que não é. Já ralhei com crente que veio falar. Olha, eu sou rezador e do jeito que me criei eu quero morrer. O dia que ele achar por bem ele me leva”. Ou ainda Iracilda, ao falar de São João Maria: “ele anda caminhando na terra. Mas hoje, hoje em dia tem muito crente contrário de São João Maria, ele caminha um pouco por aí. Só cada seis meses ele vem por aqui”. Podemos entender que a maioria dos argumentos elaborados acerca da decadência da tradição são elaboradas do ponto de vista específico dos católicos mais velhos, ou mesmo dos terapeutas, o que também acaba sendo um mecanismo para demarcar identidade. No caso dos terapeutas é mais que isto, é uma forma de deslegitimar a rede crente e a possibilidade de aglutinar clientes e seguidores.

Neste capítulo tentei demonstrar como a rede terapêutica católica tradicional está embasada na atuação dos santos, em especial do São

João Maria. Este aparece como divulgador de uma moralidade que subjaz as relações sociais a partir das suas profecias que remetem ao fortalecimento do catolicismo e das práticas *tradicionais*. O santo articula agentes e também deixa outras marcas a partir de sua passagem pela paisagem local.

Os rituais católicos, mais esporádicos que os dos evangélicos, cumprem importantes papéis nas dinâmicas de circulação de sujeitos para tratar de enfermidades. Os festejos de santos estão ligados à capacidade dos seus promotores em aglutinar um número de pessoas que contribuem com mantimentos para sua realização. Os festejos de santos também enfocam a participação de agentes católicos, que percorrem os diversos eventos e espaços dentro da rede terapêutica demonstrando aspectos de reciprocidade nas visitas.

Embora os rituais de festejos de santo sejam recursos importantes, a maioria das práticas de atenção à saúde está ligada aos terapeutas católicos. Pelo fato de que estes estão em pequeno número quando comparados à grande quantidade de agentes evangélicos, e apesar de compartilharem de categorias genéricas pelas quais são identificados, cada um dos agentes católicos possui especificidades que ora remetem a continuidades e ora remetem a descontinuidades entre si. Também, estão mais ligados a práticas e atuações pontuais e diversificadas quando comparados aos evangélicos. Além de cooperação entre os agentes, muito das relações se dá a partir de disputas e conflitos no intuito de demarcar as possibilidades de atuação individual argumentando a partir da acusação e deslegitimação dos agentes concorrentes.

Como os terapeutas católicos estão em pequeno número, e as suas próprias casas funcionam como referências, eles estão mais espalhados na paisagem e a procura por estas pessoas exigem um investimento maior em termos de deslocamento. Neste sentido, a expansão das suas redes de atuação individuais dependem muito mais de suas articulações a partir de agenciamentos baseados em relações interpessoais. Isto implica que a afirmação de cada agente no campo de atenção à saúde demonstra a importância do seu grupo doméstico, que trabalha para a continuidade da tradição católica e para manter o vínculo com determinados sujeitos e pessoas ligadas a estes – familiares, amigos, etc., na área indígena ou fora dela.

CAPÍTULO 5 – FONTES INSTITUCIONAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Na TIX podemos perceber a presença de ações institucionais voltadas a atenção à saúde. As duas frentes bastante com reconhecimento ímpar na localidade são os serviços oficiais de saúde e a Pastoral da Saúde/Criança. A primeira ligada à presença estatal na localidade e a segunda à presença da igreja católica oficial. Apesar de possuírem naturezas diversas estes dois universos estabelecem algum diálogo em diferentes níveis de relações, intercruzando as atuações práticas e afetando, de certa forma, as possibilidades de recursos terapêuticos utilizados pelos indígenas. Vejamos abaixo como cada uma destas redes terapêuticas se faz presente na localidade.

5.1 - Os Serviços Oficiais de Saúde

Sem dúvidas grande parte dos recursos terapêuticos utilizados pelos Kaingang perpassa pelos serviços oficiais de saúde. Como pano de fundo desta situação está a constatação de que os indígenas representam uma população pobre com inúmeras dificuldades associadas a problemas estruturais construídos ao longo da história, um contexto que torna a presença do estado, no papel de provedor, uma necessidade básica e essencial. Assim, na TIX, a presença destes serviços se dá entremeada a uma série de controvérsias que refletem as situações de precariedade vivenciada pelas populações indígenas em geral, tornando os serviços oficiais de saúde um foco importante de reivindicação de direitos pelos indígenas.

Retoricamente, para superação das dificuldades destas populações o estado advoga pela participação política dos indígenas como cidadãos nas etapas de avaliação e planejamento das ações em saúde oficiais, uma atividade política que orienta o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, na prática, as políticas no setor da saúde são marcadas por inconsistências que tornam difíceis as conciliações entre as necessidades dos sujeitos envolvidos em processos de saúde e enfermidade em contextos singulares e a estrutura burocrática que organiza o sistema como um todo.

Quer dizer, é grande a distância entre as diretrizes ideológicas e as formas como as políticas públicas são implementadas e administradas contextualmente. Além do mais, é preciso ter em mente que, no caso dos indígenas, o campo de atenção à saúde está submetido ao Subsistema de

Saúde Indígena. Entretanto, o que deveria representar possibilidades de adequação mais consistentes entre os serviços e ações em saúde com as especificidades dos contextos particulares, acaba complexificando os processos burocráticos com os quais os indígenas devem lidar.

Em termos de referenciais terapêuticos, a utilização destes serviços – como postos de saúde, hospitais e outras instituições associadas – demonstra a emergência de intensas dinâmicas de circulação dos indígenas por espaços diversos e, muitas vezes, distantes das suas residências. O modo como os serviços estão organizados demonstra que estas dinâmicas entrecruzam processos interétnicos importantes, ou seja, não estão alheios aos outros modos como os Kaingang se relacionem com os não indígenas.

Vejam os abaixo como a organização dos serviços está disposta aos indígenas em termos de níveis de complexidade que, a partir do ponto de vista da oferta terapêutica, orientam estas dinâmicas de circulação. Não é intenção, contudo, fazer um estudo minucioso sobre o funcionamento dos serviços de saúde presentes, mas sim, colocar luz sobre os atores referenciados pelos Kaingang em seus itinerários e processos terapêuticos. Inicialmente, entretanto, é preciso contextualizar a emergência do subsistema de atenção à saúde indígena para situar o modo como a estrutura organizacional incide sobre a TIX e media o acesso dos Kaingang aos atendimentos do SUS.

5.1.1 - A Emergência do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena⁵³

Conforme a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), ações em saúde já eram prestadas no Brasil aos indígenas de forma assistencialista desde o século XIX por missionários ligados à Igreja, mas, as atuações de caráter indigenista apenas iniciaram com a criação do SPI em 1910. Apesar de este órgão ter sido criado para proteger os indígenas contra as atitudes genocidas, epidemias e outras formas de violências provocadas pelos desbravadores do sertão brasileiro, a assistência em saúde era ainda neste período entremeada por atitudes descontinuadas e estruturalmente precárias. As ações em saúde corroboravam durante boa parte do século XX para a ideologia dominante de integração dos indígenas à sociedade nacional. Projetos educacionais visavam a evolução do estágio infantil no qual os indígenas se encontravam e os projetos agrícolas o enquadramento de

⁵³ Esta parte foi elaborada com base no texto introdutório da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígena (BRASIL, 2002).

suas terras ao sistema produtivo nacional. A assistência à saúde, portanto, inseria-se no espectro mais amplo dos processos de pacificação.

A década de 1950 contou com a criação dos serviços de unidades sanitárias aéreas (SUSA) para vacinação, controle da tuberculose, atendimento odontológico em áreas de difícil acesso. A criação da FUNAI na década de 1970, e a conseqüente extinção do SPI, representou continuidade no modelo do SUSA na atuação em saúde dos povos indígenas. A atuação, entretanto, era feita por demanda, ou seja, no caso de surtos e endemias eram ativadas em regime campanhista as Equipes Volantes de Saúde (EVS) compostas por médicos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem. A FUNAI passou por dificuldades organizacionais, fruto da crise econômica vivenciada pelo Brasil, no final da década de 1970, e as equipes volantes acabaram se concentrando nos centros urbanos e sedes regionais afastando-se das ações nas aldeias.

Estas ações não possuíam uma preocupação voltada aos processos, representações e atuações nativas sobre saúde e doença, tampouco reconheciam a potencialidade dos curadores indígenas (BRASIL, 2002). Este cenário começa a tomar um novo rumo com as primeiras iniciativas para a criação de um sistema de saúde voltado especificamente aos indígenas em 1985 com o 1º Encontro de Saúde Indígena – ocasião em que foram denunciadas as precariedades das condições de saúde e a falta de assistência. No ano seguinte, em 1986, durante a realização da 8ª conferência Nacional de Saúde, foi proposta a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta ocasião também incluiu a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena, onde a principal proposta dizia respeito ao gerenciamento da saúde indígena como vinculada ao Ministério da Saúde com a criação de um órgão com participação da política para acesso dos índios ao SUS.

Portanto, segundo Novo (2011), o decorrer da década de 1980 marca o processo de redemocratização no Brasil e coloca a saúde indígena em evidência por ser um período que

também ganhava espaço nas discussões políticas o movimento de reforma sanitária que tinha por fundamentos os princípios do modelo internacional da política de cuidados primários de saúde, proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) por meio da *Declaração de Alma-*

Ata [⁵⁴]. Os princípios e diretrizes expostos nesse texto previam: o acesso integral e igualitário às ações e serviços de saúde; a criação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento; a descentralização; a participação comunitária por intermédio do chamado “controle social”; e, por fim, a atenção integral à saúde (NOVO, 2011, p. 1362).

A aprovação da Constituição Federal em 1988, portanto, marcou mudanças gerais no sentido de assegurar o respeito às organizações socioculturais dos indígenas, os quais passaram a sujeitos plenos de direito civil. Neste documento foi estabelecida a competência sobre a questão indígena como privativa da União e também princípios gerais sobre o SUS. O SUS é finalmente regulamentado em 1990 (Lei 8080 e 8142), definindo a competência exclusiva do Ministério da Saúde sobre a sua gestão federal.

Em 1991 o Decreto Presidencial nº 23 transferiu para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde aos povos indígenas, estabelecendo que os Distritos Sanitários Especiais Indígenas deveriam ser a base organizacional. Criou-se no Ministério da Saúde a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI) subordinada à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), com a atribuição de implementar o novo modelo de atenção à saúde indígena. No mesmo ano a Resolução nº 11 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) criou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), tendo como principal atribuição assessorar o CNS na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena. Pela primeira vez havia participação de representantes de organizações indígenas na sua composição.

Em 1993, acontece a 2ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena que definiu o modelo assistencial com base em Distritos Sanitários Especiais Indígenas como estratégia de garantir acesso universal e integral à saúde, segundo as necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo as populações indígenas nos processos de planejamento, execução e avaliação das ações.

Contudo, na contramão do processo político de inclusão da saúde indígena como parte do SUS, o decreto presidencial nº 1141 de 1994 constituiu uma Comissão Intersetorial de Saúde (CIS) que, na prática,

⁵⁴ OMS, 1978.

devolvia a função de gestora da Saúde Indígena à FUNAI. A partir da Resolução nº2 do mesmo ano, a FUNAI propôs a base de atuação sob um modelo chamado de Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio (MAISI). Este modelo atribuía a um órgão do Ministério da Justiça, a FUNAI, a recuperação dos indígenas doentes e a prevenção das doenças, com ações de saneamento, imunização e formação de recursos humanos e controle de endemias, ao Ministério da Saúde. Por um período FUNASA e FUNAI dividiram as responsabilidades e passaram a executar ações fragmentadas e conflituosas sobre a saúde indígena. Após denúncias à Procuradoria Geral da União a FUNAI é retirada desta função em 1997, a qual passou a ser atribuída na integralidade ao Ministério da Saúde.

Voltando um pouco na cronologia, em 1994 havia sido proposto um anteprojeto de lei de autoria do deputado e médico sanitарista Sérgio Arouca que, basicamente, tratava da criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. O ano de 1999 é considerado marco na saúde indígena devido à aprovação da Lei Arouca criando o subsistema (Lei 9.836 de 23/09/1999). A responsabilidade sobre a saúde indígena foi reafirmada como atribuição do Ministério da Saúde através da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). O modelo de gestão central da Saúde Indígena era o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), já proposto em 1991, que subdividiu o território nacional em 34 jurisdições (ou DSEIs)⁵⁵. Estes, por sua vez, teriam que organizar os chamados Polos-Base, ou seja, estruturas burocráticas mais próximas às áreas de atuação das equipes de saúde.

Humberto Meza (2003) relembra que esta orientação era fruto dos três princípios básicos sobre os quais o próprio SUS havia sido formulado: o caráter deliberativo, ou seja, avaliado constantemente pelos atores envolvidos; proximidade com os alvos da política, ou seja, a valorização de diálogo entre práticas locais e o conhecimento biomédico para redefinição do conceito de saúde; e o controle social, ou seja, atribuindo responsabilidades políticas aos usuários do atendimento para fortalecimento da sua representação social e política. Assim, o funcionamento dos DSEIs, demandou a criação de conselhos indígenas locais, regionais e nacionais, assim como a formação de Agentes Indígenas de Saúde em cada Terra Indígena. Com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2002) consolidou-se

⁵⁵ Ver Anexo L com mapa das jurisdições dos DSEIs.

textualmente a organização do subsistema no sentido das atribuições da Constituição de 1988 em referência ao estado democrático.

Em 2010, as competências da FUNASA foram transferidas para a recém-criada Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) ligada diretamente ao Ministério da Saúde. Apesar de diversas manifestações e denúncias que ocorreram contra a atividade gestora da FUNASA, a transição da Saúde Indígena para esta nova secretaria diretamente ligada ao Ministério da Saúde ficou marcada pela manutenção dos cargos burocráticos anteriormente ocupados na tal fundação, incorrendo em pouca mudança nas ações e melhorias de fato para as populações alvo das políticas públicas (MARTINS, 2013).

5.1.1.1 - A estrutura organizacional e a TIX

Esta estrutura organizacional que se desenhou de forma genérica atinge as terras indígenas de Santa Catarina a partir de algumas instituições burocráticas que intermediam os serviços e que buscam contemplar a participação dos indígenas na formulação e implementação das ações em saúde. De forma mais ampla, A TIX está sob a jurisdição do DSEI Interior Sul com sede na cidade de Florianópolis, Santa Catarina – ou seja, distante mais ou menos 400 quilômetros do município de Ipuçu. Trata-se de uma instância altamente burocrática que, em tese, coordenaria o funcionamento da estrutura da saúde indígena no interior dos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Trata-se de um escritório que media as ações entre a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e os Pólos-Base (PB) que operacionalizam os recursos para a atenção básica. Este escritório conta com profissionais da área de saúde de diversas terminalidades, além de outros profissionais de área jurídica ou administrativa, responsáveis por consoar os projetos de educação permanente, capacitação de pessoal, gestão de recursos adequando e gerenciando a participação indígena e de outros profissionais em conselhos locais e distritais, assim como os recursos para a estrutura subsidiária na área da saúde indígena, ou seja, o PB. Poucos indígenas trabalham no DSEI efetivamente, mas muitos se deslocam até ele para solicitar recursos, explicações ou soluções para problemas diversos em relação aos atendimentos nas comunidades.

Assim, abaixo do DSEI está o PB. Estes são escritórios menores localizados em cidades próximas das aldeias indígenas e funcionam para apoio técnico e administrativo à Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI). Não executam atividades de assistência à saúde, mas estão em contato mais estreito com os indígenas. São atribuições do PB:

armazenamento de medicamento; armazenamento de material de deslocamento para outras áreas indígenas; comunicação via rádio; investigação epidemiológica; informações de doenças; elaboração de relatórios de campo e sistema de informação; coleta, análise e sistematização de dados; planejamento das ações das equipes multidisciplinares na área de abrangência; organização do processo de vacinação na área de abrangência; e administração (BRASIL, 2000).

No caso da TIX, os PB são de tipo II, ou seja, localizam-se fora da terra indígena, em municípios de referência. O PB do qual ela fez parte desde 1999 até 2011 localizava-se na cidade de Chapecó – distante 60 Km da cidade de Ipuauçu. Este escritório era responsável por todas as equipes de saúde em localidades indígenas localizadas no oeste do estado de Santa Catarina – 7 áreas ao todo. Depois de muitas reivindicações, no ano de 2012 a TIX e a TI Toldo Imbu passaram a contar com um PB exclusivo localizado na cidade de Ipuauçu.

Este nível estrutural está preocupado com a coordenação das ações das equipes de saúde locais, e atua controlando dados de atendimento nos postos de saúde das áreas indígenas, recursos financeiros gastos na prestação dos serviços neste local, autorizações para deslocamentos de pacientes em casos que exigem exames ou atendimentos de alta complexidade em outros municípios. Note-se que a atual responsável pelo PB de Ipuauçu é uma enfermeira que trabalhou durante muitos anos como coordenadora do posto de saúde da aldeia sede da TIX. Também chama a atenção neste PB a presença de uma assistente social Kaingang, que também havia trabalhado durante anos como técnica de enfermagem na localidade. Além do mais, existem outros indígenas que trabalham no escritório, como os motoristas das viaturas. Esta mudança na localidade sede do PB referencial para Ipuauçu com a presença destas pessoas comprometidas há tempos com a saúde indígena na TIX parece ter dado maior solidez à rede de atenção a nível local, pois, agilizou o diálogo dos indígenas e com Secretaria Municipal de Saúde do Município – uma estratégia essencial prevista na PNASPI.

5.1.1.2 - O controle social

Outra parte fundamental da estrutura proposta pela PNASPI está a participação dos indígenas no planejamento, execução e avaliação das ações em saúde. Este nível da burocracia é chamado de “controle social” que, basicamente, diz respeito aos conselhos de saúde indígena. Estes possuem vários níveis que correspondem a atribuições específicas.

Portanto, existem os conselhos locais, relativos à jurisdição dos PB, que discutiriam em reuniões periódicas os problemas relativos ao posto de saúde, ao PB, atuações conjuntas das secretarias municipais de saúde e, em situações muito esporádicas, as atuações primárias nos serviços do SUS utilizados pelos indígenas na região da TIX. Trata-se, em tese, de uma instância de articulação com gestores locais para encaminhamento das ações debatidas localmente na promoção de saúde de forma imediata. Este conselho conta exclusivamente com indígenas escolhidos nas comunidades, mas possui apenas caráter consultivo.

Acima dos conselhos locais estaria o conselho distrital (CONDISI), relativo ao nível do DSEI, que conta com 50% de representantes indígenas eleitos localmente, 25% de trabalhadores em saúde indígena e 25% de representantes de governos municipal, estadual, distrital e federal. O CONDISI possui caráter deliberativo, ou seja, é responsável por fiscalizar, debater e apresentar políticas para o fortalecimento da saúde nas respectivas regiões. Segundo a PNASPI cabe ao Condisi participar na elaboração e aprovação do Plano Distrital de Saúde Indígena, bem como acompanhar e avaliar a sua execução; avaliar a execução das ações de atenção integral à saúde indígena; e apreciar e emitir parecer sobre a prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e dos serviços de atenção à saúde indígena.

Ainda existe um nível mais alto, ou seja, o Fórum de presidentes de CONDISI, com caráter consultivo e reuniões muito mais esporádicas.

No caso da TIX, não era meu objetivo acompanhar as reuniões do conselho local e, assim, não possuo muitas informações etnográficas sobre a participação dos Kaingang neste nível ou mesmo sobre a organização do conselho. Entretanto, durante minha participação nas reuniões de planejamento do Grupo de Trabalho para Capacitação de Conselheiros (GTCC) no DSEI Interior Sul, pude conviver com dois indígenas Kaingang da TIX altamente engajados nas lutas políticas na área da saúde. Ambos possuíam ampla experiência como conselheiros locais, estavam sempre presentes nas reuniões do grupo – apesar da distância – e tinham como missão pessoal organizar e incentivar a participação indígena nos conselhos articulando-se com lideranças e conselheiros de outras localidades – como os Xokleng de Ibirama, ou os Kaingang do Rio Grande do Sul.

Entretanto, muitos autores têm notado os conselhos de saúde indígena como esferas marcadas por desafios de diversas naturezas a serem compreendidos na busca pela tão sonhada participação política (GARNELO e SAMPAIO, 2003; TEIXEIRA et al, 2013). A

organização destes grupos como expressão do protagonismo indígena ainda esbarra em questões contextuais que minam as possibilidades de diálogo e, conseqüentemente, a amplificação de vozes consistentes sobre as demandas locais. Neste sentido, além dos problemas estruturais relacionados à implementação deste modelo hierárquico de participação, o background sociocultural dos seus membros orienta as dinâmicas políticas desempenhadas a partir do ponto de vista dos grupos indígenas dos quais fazem parte. Como nos mostrou Garnelo (et al, 2003) existe “incongruência entre a noção de representatividade genérica demandada pelo sistema de saúde e os modos tradicionais de legitimidade e representatividade de líderes indígenas” (p. 80). Ou seja, as mediações pela organização social, parentesco, religiosidade ou cosmologias tornam as prioridades dos grupos incompreendidas por parte dos gestores e seus representantes em detrimento à formalidade burocrática que orientam os conselhos de forma geral.

Portanto, não é intenção negar que existam preocupações da população local em acompanhar os processos políticos no campo da saúde indígena. Diria, assim, que estes processos participativos não dizem respeito apenas aos afazeres dos conselheiros de saúde. Como comprovei em uma reunião emergencial com a equipe de saúde, secretário de saúde de Ipuçu e coordenadora do PB no ano de 2009, a discussão sobre a contratação de profissionais para atuação no posto de saúde contou com a participação central do grupo das lideranças indígenas – que incluía o cacique e outros agentes relacionados.

A interferência das lideranças interfere em outros ambitos do processo participativo, como por exemplo, nas escolhas dos conselheiros indígenas – um fator que gera alta rotatividade e dificuldade de capacitação dos conselheiros. Além disso, esta situação, que deveria gerar uma multiplicidade de vozes representativas dos membros da comunidade culminava no direcionamento de interesses particulares (DIEHL e LANGDON, 2007).

Portanto, se desdobrarmos a questão da participação política para outras instâncias não podemos esquecer-nos das manifestações que corriqueiramente acontecem como forma de reivindicação de direitos pela população. Em diversos momentos pude acompanhar o bloqueio de estradas que cortam a TIX como forma de chamar a atenção de autoridades e gestores locais para questões diversas, dentre elas as questões relacionadas ao campo dos serviços oficiais de saúde.

5.1.1.3 - Os convênios

Além da participação indígena, um assunto bastante polêmico diz respeito ao financiamento da Saúde Indígena e a administração dos recursos. Sobre isso a PNASPI diz o seguinte:

“As ações a serem desenvolvidas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas serão financiadas pelo orçamento da FUNASA e do Ministério da Saúde, podendo ser complementada por organismos de cooperação internacional e de iniciativa privada. Os estados e municípios também deverão atuar complementarmente, considerando que a população indígena está contemplada nos mecanismos de financiamento do SUS. O financiamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverá ser de acordo com o montante de população, situação epidemiológica e características de localização geográfica” (BRASIL, 2002, p. 24).

Na prática temos que os recursos financeiros que regem as atuações nos postos de saúde das aldeias indígenas, e que provêm do Ministério da Saúde ou da SESAI, são intermediados, na maioria dos casos, pelas chamadas conveniadas. Na TIX esta é a realidade desde a criação do subsistema de saúde indígena, colocando mais atores em jogo e afetando consideravelmente a questão dos recursos, humanos e materiais, nas atividades formais de trabalho (DIEHL e LANGDON, 2015). Portanto, desde o início da atuação da FUNASA até a atualidade o repasse de verbas – para compra de medicamentos, manutenção de viaturas, da estrutura física dos postos de saúde ou contratação de pessoal – é administrado por instituições que estabelecem parcerias com o governo federal. Em tese, estes convênios atuariam em contato direto com os PB e, mais especificamente, os DSEIs para avaliar as condições específicas de cada região e encaminhar os processos burocráticos e administrativos de forma coerente com as necessidades locais. Teriam também o compromisso de prestar contas a estas instâncias burocráticas e, mais amplamente, ao ministério da Saúde e à União.

Segundo Diehl e Langdon (2015) a partir de 2000 a FUNASA estabeleceu um convênio diretamente ligado ao município de Ipuacu – mediado pela figura da Secretaria de Saúde. Este vínculo teve breve período de atuação até 2003. Neste ano, a FUNASA então incentivou os

indígenas da TIX a organizarem uma associação que atuaria para gerenciar os recursos à saúde indígena daquela localidade, atuando como conveniada e servindo de modelo para as demais áreas indígenas. É nesta situação que emerge a Associação Indígena Kanhrú (AIKA). A proposta era muito interessante, pois estava no seio da emergência de diversas ONGs indígenas que visavam autonomia destas populações reivindicando o que reza a constituição de 1988. Salvo a atuação de alguns advogados e uma enfermeira que tratava de assuntos burocráticos, a AIKA era composta basicamente por indígenas. Suas atividades principais ocorriam numa sede localizada no centro do município de Xanxerê. Depois de algum tempo desempenhando a função administrativa, como mostraram Diehl e Langdon (2015), a AIKA sofreu cisões internas entre os indígenas revelando problemas preexistentes que refletiram na administração dos recursos. Este processo foi marcado pelas ambiguidades, pois, embora a associação reivindicasse o tão falado protagonismo indígena, estava submetida à prioridades definidas em espaços exteriores ao grupo étnico. Por fim, em 2008, a AIKA deixou de desempenhar este papel.

Após este período a administração dos recursos para a TIX passou a ser feita pelo Projeto Rondon, uma ONG vinculada ao Ministério da Defesa com escritórios em diversos locais do Brasil – em Santa Catarina sua sede localizava-se em Florianópolis. O projeto Rondon é conhecido por facilitar experiências de universitários, profissionais de saúde e outros interessados em comunidades pobres do Brasil, especialmente em áreas indígenas de difícil acesso. Seu objetivo geral seria a “integração social que envolveria a participação voluntária de estudantes universitários na busca de soluções que contribuam para o desenvolvimento sustentável de comunidades carentes e ampliem o bem-estar da população” (PROJETO RONDON, 2015). Esta ONG sofreu críticas acerca do gerenciamento dos recursos e sua atuação em diversas áreas indígenas do Brasil (ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO RIO GRANDE DO SUL, 2008) e, em 2011, afastou-se da função de conveniada na TIX.

A partir de 2012 a função de gerenciamento e administração dos recursos financeiros da saúde indígena está a cargo de uma instituição sem fins lucrativos chamada Missão Caiuá, sediada na cidade de Dourados no Mato Grosso do Sul. Este intermediário é um a agência missionária associada à Igreja Presbiteriana baseada numa filosofia assistencialista que, na verdade, está associada à evangelização. Esta instituição parece ter se profissionalizado no setor da saúde indígena,

pois atua no gerenciamento de mais de 60% do total de recursos a nível nacional (IHU, 2014).

Destas experiências com as conveniadas é possível extrair algumas conclusões. Um dos pontos a serem notados é a diversidade das naturezas de cada uma das entidades, mostrando as diferenças dos seus projetos e preocupações, que encontram no fomento à saúde dos povos indígenas a objetivação de suas missões e objetivos particulares – ao menos como justificativa ideológica. Por outro lado, salvo a atuação da AIKA, estas instituições quase nunca estão, ou estiveram, presentes de fato na TIX. O que acontece é uma atuação a distância, estabelecendo uma comunicação mais estreita, porém burocrática e impessoal, com os PB através de relatórios de gestão.

Alguns efeitos da atuação das conveniadas eram sentidos na TIX. Do ponto de vista dos profissionais de saúde, como notou Portela-García (2010), existia uma sensação de desligamento das instituições governamentais onde muitos não associavam seu vínculo empregatício à FUNASA, na época, na medida em que eram contratados por uma das conveniadas. Já para os Kaingang como população-alvo, talvez o fato mais importante tenham sido as instabilidades no gerenciamento dos recursos humanos e materiais que bloquearam as verbas e acarretaram na interrupção dos serviços prestados por diversos momentos. Ou seja, estes intervalos de transição entre uma e outra conveniada geravam incertezas na continuidade do fluxo de planejamento das ações em saúde. Assim, a não contratação e manutenção pessoal, além dos materiais de consumo, produziram momentos de insegurança vivenciados pelos profissionais de saúde que, conseqüentemente, desdobravam-se nas possibilidades de atuação e nos serviços prestados à população local gerando insatisfações diversas.

5.1.2 - Os níveis de atenção à saúde

A ideia de divisão em níveis de atenção no SUS está relacionada à complexidade tecnológica empregada pelos serviços. Basicamente são três níveis: atenção básica (ou primária), atenção secundária e atenção terciária.

Para Matta e Morosini (2008), Atenção Primária à Saúde é uma nomenclatura utilizada internacionalmente. No Brasil, após a emergência do SUS, convencionou-se tratar por Atenção Básica à Saúde (ABS) as estratégias de contato prioritário da população com o sistema de saúde. Para tal, a política reorientou o modelo assistencial vigente até então e formulou uma proposta participativa – como exposto

anteriormente. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) definiu a ABS como:

“um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (...) É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social.” (BRASIL, 2006).

Ou ainda, como informa o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), atenção básica é o

“primeiro nível da atenção à saúde no SUS (contato preferencial dos usuários), que se orienta por todos os princípios do sistema, inclusive a integralidade, mas emprega tecnologia de baixa densidade. (...) Por tecnologia de baixa densidade, fica subentendido que a atenção básica inclui um rol de procedimentos mais simples e baratos, capazes de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade, embora sua organização, seu desenvolvimento e sua aplicação possam demandar estudos de alta complexidade teórica e profundo conhecimento empírico da realidade”. (BRASIL, 2007, p. 16).

A média complexidade, ou atenção secundária, está relacionada a abrangência regional dos serviços e

“compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e

agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. (...) Os grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais são os seguintes: 1) procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio; 2) cirurgias ambulatoriais especializadas; 3) procedimentos traumato-ortopédicos; 4) ações especializadas em odontologia; 5) patologia clínica; 6) anatomopatologia e citopatologia; 7) radiodiagnóstico; 8) exames ultra-sonográficos; 9) diagnose; 10) fisioterapia; 11) terapias especializadas; 12) próteses e órteses; 13) anestesia” (BRASIL, 2009, p. 207).

Complementarmente, alta complexidade ou nível terciário envolve o

“conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em “redes”, são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumato-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação

e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfecta; fibrose cística e reprodução assistida” (BRASIL, 2009, p. 32-33).

Assim, noto que a atenção básica a saúde diz respeito ao nível mais próximo da comunidade, ou seja, os atendimentos e programas elaborados e desenvolvidos pela EMSI e que tem como referência os postos de saúde da TIX e, eventualmente, do centro de Ipuacu. Os outros níveis de atenção envolvem, necessariamente, o deslocamento dos indígenas das suas aldeias. Portanto, os serviços de média e alta complexidade, especialmente os de alta, remetem a redes de atenção especializadas às enfermidades, o que pode os levar a contextos e espaços distantes da TI.

5.1.2.1 - A Atenção Primária (ou Básica) à Saúde e a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) na TIX

Segundo Matta e Morosini (2008), a principal estratégia de configuração da ABS no Brasil é o Programa Saúde da Família (PSF), que tem recebido importantes incentivos financeiros visando à ampliação da cobertura populacional e à reorganização da atenção à saúde em termos gerais. De acordo com os autores, a saúde da família aprofunda os processos de territorialização e responsabilidade sanitária das equipes de saúde.

Desde 1981 existem enfermarias na TIX, a primeira delas construída na aldeia Sede e outras duas, dois anos mais tarde, nas aldeias Linha Limeira e Pinhalzinho (NACKE, 1983). Atualmente existem postos de saúde nas aldeias Sede, Pinhalzinho, Paiol de Barro, Linha Guarani e Fazenda São José (NACKE e BLOEMER, 2007). Diehl realizou pesquisa na TIX no final dos anos 1990 e início dos 2000 também notou que

“os serviços biomédicos são oferecidos há muitos anos dentro dessa TI, 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” (DIEHL, 2001, p. 25).

Atualmente na TIX, as estratégias da ABS são aquelas desenvolvidas pela Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) nos postos de saúde. Os dois maiores postos de saúde da TIX localizam-se nas aldeias Sede e Pinhalzinho e a composição da equipe varia de aldeia para aldeia. Na aldeia Sede, onde possui maior experiência de pesquisa, a estrutura física do posto é interessante, pois possui um amplo terreno e um prédio que acomoda uma sala exclusiva para odontologia e mais umas 5 ou 6 salas utilizadas para consultas médicas, triagem, estocagem de medicamentos e outros materiais. Além disso, existe uma cozinha, sala de reuniões, amplo hall na entrada, banheiros e caixa d’água. É claro que esta estrutura está desgastada, apresentando rachaduras nas paredes, pintura por fazer, ou outros tipos de consertos gerais. Como relatado pelos profissionais, estes são sinais de que os recursos são suficientes apenas para as ações básicas em saúde, não existindo respaldo para estes tipos de manutenções. O posto de saúde conta também com algumas viaturas, que também são utilizadas nas demais aldeias a despeito das necessidades de deslocamento das equipes ou pacientes.

A equipe é composta por um dentista, um médico, duas enfermeiras, uma nutricionista, um auxiliar de dentista, dois técnicos em enfermagem, dois auxiliares de enfermagem e dois Agentes Indígenas de Saúde (AIS). Algumas aldeias menores possuem postos de saúde menores, que contam com a atuação permanente apenas de indígenas técnicos de enfermagem e Agentes Indígenas de Saúde. Assim, enquanto as aldeias maiores as equipes completas (ou quase) estão sempre presentes, nas aldeias menores esporadicamente recebem a visitas das enfermeiras ou da nutricionista quando do desenvolvimento de alguma atividade mais específica, como vacinação, acompanhamento pré-natal, atividade educativa em saúde, etc.

Chama atenção nesta equipe a divisão do trabalho entremeadada pelo recorte étnico, já que os profissionais com nível superior de educação não são indígenas, mas sim, moradores das localidades vizinhas – como a cidade de Xanxerê, Ipuçu ou Bom Jesus. Para os indígenas restam os cargos de AIS e técnicos de enfermagem. Além disso, é relevante notar a centralidade que assumem as enfermeiras e a

nutricionista na coordenação das atividades do posto – ao contrário dos médicos e dentistas – como veremos adiante.

5.1.2.1.1 - Médicos e Dentistas

Nos postos de saúde das aldeias Sede e Pinhalzinho são ofertadas consultas médicas e odontológicas. O dentista e o médico cumprem dinâmicas de jornada de trabalho alternando suas ações nestas duas aldeias a partir do agendamento prévio de consultas. Assim, eles estão presentes nos postos de saúde apenas nos dias da semana estabelecidos de antemão. Algumas atitudes decorriam desta dinâmica, pois, diferentemente dos demais membros da EMSI, chamava a atenção o fato de o médico e os dentistas dispensarem o transporte veicular disponibilizado pelo PB para utilizarem nos deslocamentos necessários os seus veículos particulares.

O médico atua basicamente a partir de consultas rápidas, de no máximo 30 minutos. Os casos atendidos são os mais heterogêneos possíveis que vão desde ferimentos, doenças crônicas – como diabetes à hipertensão –, problemas relacionados às más condições de trabalho que alguns indígenas se submetiam nos frigoríficos locais, ou acompanhamentos de gestantes e neonatais.

Não tenho muitos dados etnográficos sobre seus atendimentos específicos ou participações na equipe, pois, apesar de investir durante as várias etapas de pesquisa que permaneci na aldeia Sede, em nenhum momento consegui contatar o médico para conversar pessoalmente. Em algumas ocasiões ele não possuía lugar na sua agenda superlotada de consultas. Em outras ele não fazia questão de permanecer no ambiente do posto de saúde após os atendimentos prestados. E em outras situações, ainda, porque não havia de fato um médico atuando nos postos de saúde da TIX.

Estas características marcavam o cargo do médico com a imagem de um profissional pouco acessível e descompromissado. De fato, esta escassa presença era constante alvo de discussão por parte da EMSI e de reclamação por parte dos próprios indígenas. Ambos fatalmente queixavam-se da sua falta de compromisso expressa no alto índice de rotatividade de profissionais na vaga de trabalho oferecida.

Pude perceber que sua ausência acabava demandando algumas soluções estratégicas por parte da EMSI para contornar as situações que se apresentavam. Por diversas vezes, principalmente em situações emergenciais, notei que os pacientes eram encaminhados para o Hospital

São Paulo em Xanxerê, levados pelos motoristas do PB, para serem recebidos no setor de urgência e emergência da instituição. Em outras situações consideradas menos problemáticas, os indígenas eram encaminhados ao posto de saúde do centro de Ipuçu, referenciado pela EMSI como equipado com uma estrutura de recursos humanos mais completa que os postos da TIX – ao menos naquele momento.

Já com os dentistas tive uma experiência um pouco diferente. Apesar de ter acompanhado pouco suas rotinas e atividades, consegui conversar com 2 servidores que se mostraram bastante receptivos em responder aos meus questionamentos. Um deles trabalhava há 5 anos no local e me parecia bastante tranquilo e dedicado com o atendimento à população local. A outra profissional, uma jovem recém-formada, pareceu mais ansiosa com seu futuro na localidade, pois, justificava constantemente que as condições de trabalho não eram favoráveis a sua permanência ou coerentes com suas expectativas profissionais.

A formação destes profissionais era variada, enquanto a dentista havia se formado há pouco tempo em uma universidade particular do Rio Grande do Sul, o dentista já possuía maior experiência. Este havia se formado em uma universidade federal do Rio Grande do Sul e já agregava no seu currículo especializações em cirurgia e implantodontia. Contudo, chamou a atenção que nenhum dos dois profissionais possuía formação complementar na saúde pública ou algum curso relacionado à saúde indígena.

Em geral, ambos os dentistas prestavam atendimentos genéricos de restauração e obturação de dentes e, esporadicamente, atuavam em ações educativas e preventivas em saúde bucal no ambiente escolar envolvendo entrega de cremes, fios e escovas dentais. Outra atividade que estava emergindo na época era a produção e distribuição de próteses dentárias bancadas pelo SUS, uma ação em saúde que parecia ter ampla aceitação pela população local.

Os dentistas frequentemente eram alvos de reclamações por parte da população local, pois uma das soluções preferidas pela população para problemas dentários estava sendo cerceada pelos profissionais, ou seja, a extração dentária. Os indígenas que desenvolviam problemas sérios nos dentes entendiam que “tirar o dente” resolvia rapidamente as sensações de desconforto e outros incômodos. Os dentistas, entretanto, argumentavam que sua prática se apoiava na odontologia atual, que prezava pela manutenção a todo custo da dentição original dos pacientes, restaurando cáries ou efetuando tratamentos de canais em ações profiláticas. Isto descontentava principalmente os indígenas mais velhos, que exigiam sanar seu desconforto de forma mais imediatista e

sem preocupações estéticas mais sérias. Foram diversas as vezes que escutei a afirmação de que este ou aquele profissional era ruim porque não conseguiam tirar os dentes, muitos deles sofriam inclusive acusações de falta de força física para realizar tal tarefa.

Enfim, o cargo de dentista apresentava certa rotatividade de ocupantes, assim como o do médico. Tanto os médicos como os dentistas não pareciam demonstrar grandes interesses em seguir carreira no campo da Saúde Indígena ou investir em capacitações – apesar de seus salários superarem em muito os dos outros profissionais da EMSI. Como foi relatado por indígenas da localidade, muitos destes profissionais não chegavam a completar 1 ano de trabalho na TIX. Talvez um dos motivos para este fenômeno seja o fato que, dentre os outros membros da EMSI, eles são os que mais têm possibilidades de autonomia profissional fora do ambiente da saúde pública dentre os profissionais da EMSI.

5.1.2.1.2 - As Enfermeiras e a Nutricionista

Diferentemente dos médicos e dentistas, temos as atuações altamente comprometidas por parte das enfermeiras e nutricionista. São cargos que apresentam baixa rotatividade de ocupantes, onde todas as profissionais estão há alguns anos empregadas no posto de saúde da aldeia Sede da TIX. Estas demonstram interesse em capacitações e nos desdobramentos das suas atividades na localidade, tendo enfrentado e resistido a diversas crises no campo burocrático da saúde indígena. Atualmente, e em termos gerais, têm seus papéis reconhecidos pela população local e são tratadas como pessoas engajadas e eficazes na manutenção das ações em saúde.

Estas profissionais, todas mulheres, não são indígenas. Portanto, necessitam do transporte diário oferecido pelo PB para trabalhar. Aliás, o posto de saúde da Sede só permanece aberto enquanto alguma delas está presente – em especial, a enfermeira coordenadora da EMSI. As rotineiras dinâmicas de deslocamentos só acontecem por intermédio de outra categoria de funcionário – muitas vezes nem considerado membro da EMSI –, ou seja, os motoristas do PB. Estes são indígenas da TIX, que se deslocam todos os dias para a cidade de Xanxerê (e no caminho passam em Bom Jesus e Ipuçu) para buscar as enfermeiras e a nutricionista e levá-las ao posto de saúde. Lá elas permanecem realizando suas tarefas e retornam para suas casas no final da tarde conduzidas pelos mesmos motoristas. Estes motoristas também fazem o

translado das profissionais quando precisam transitar por outras aldeias para o desenvolvimento de alguma atividade específica.

Quanto à formação destas profissionais não é preciso dizer que todas possuem graduação. Ambas as enfermeiras realizaram seus cursos em cidades do interior de Santa Catarina em instituições particulares de ensino. Já a nutricionista realizou seu curso no interior do Rio Grande do Sul, também em uma instituição particular. Todas elas possuem formação de pós-graduação em nível de especialização: as enfermeiras em educação em saúde e em urgência/emergência; e a nutricionista em administração hospitalar. Todas também têm efetuado cursos de capacitação oferecidos pelo Ministério da Saúde. Dentre aqueles citados estão os de hipertensão e diabetes, tuberculose ou para operação do Sistema de Vigilância Alimentar Indígena (SISVAN) e do programa de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA).

Quanto às atividades desenvolvidas, a nutricionista efetuava consultas de nutrição com crianças, adultos, idosos e gestantes incluindo visitas domiciliares, pesagem, avaliação nutricional para diagnósticos e orientação nutricional. Era responsável pelo Sistema de Vigilância Alimentar Indígena (SISVAN) e coordenava os programas Amamenta Brasil e Saúde de Ferro. Além disso, fazia entrega de leite em pó para mulheres que não podiam amamentar e das cestas básicas enviadas, na época, pela FUNASA. As enfermeiras realizavam consultas de coleta para exames preventivos, assistência farmacêutica e trabalhavam na vacinação. Estas, em geral, eram responsáveis por programas diversos relacionados ao SUS como Saúde da Mulher e da Criança, Diabetes e Hipertensão, DST/AIDS, Pré-Natal e Planejamento Familiar, Tuberculose e Hanseníase.

Em conjunto com Sandra Carolina Portela-García – que desenvolveu sua dissertação na localidade (PORTELA-GARCÍA, 2010) – pude acompanhar com maior acuidade algumas atividades desenvolvidas pelas enfermeiras em torno do enfrentamento à diabetes e hipertensão arterial. Esta experiência de pesquisa pode servir como objeto de reflexão neste momento para elucidar como trabalham estas profissionais.

A partir destes problemas foco, e apesar do perceptível esforço das enfermeiras, percebemos que monitorar os pacientes diagnosticados com hipertensão e diabetes não era uma tarefa fácil. Primeiramente era preciso diagnosticar os sintomas de diabetes ou hipertensão para fazer ingressar os sujeitos nos programas ou atividades desenvolvidas pela EMSI. Isto geralmente acontecia ao acaso, na triagem para alguma consulta no posto de saúde. Caso os enfermeiros notassem algum dos

sinais, o paciente era encaminhado ao médico e este decidia sobre a medicação e os cuidados a serem tomados e monitorados pelas enfermeiras. Nos casos necessários, o paciente era novamente enviado para consulta com o médico, depois de algum tempo de tratamento, para reavaliação. Nos casos de diabetes que se desdobravam em insulino dependentes, durante as primeiras semanas de tratamento um AIS visitava a casa do paciente para ensinar o uso correto do medicamento. A intenção era capacitá-lo, ou algum dos seus familiares, para aplicar a insulina autonomamente – já que esta devia ser usada três vezes no dia e em horários diferentes do expediente do posto de saúde.

Entretanto, o registro de casos de diabéticos e hipertensos só se deu de forma mais consistente com o tempo e a experiência de trabalho das enfermeiras. Passaram a elaborar, por exemplo, atividades como a “semana da saúde” para atrair os moradores ao posto de saúde para serem pesados e terem sua pressão arterial aferida. Assim, os chamados dados consolidados começaram a ser produzidos com muita dificuldade a partir de fontes diversificadas, como a proporção de medicamentos entregues à população e o registro de novos casos que se davam no mês.

Neste sentido, dentre as tarefas de todos os profissionais, mas em especial das enfermeiras, estava o investimento de um bom tempo de trabalho elaborando relatórios e digitando dados para alimentar os sistemas de controle de algumas enfermidades. Em alguns casos, este controle era essencial para a continuidade de programas de saúde e o fornecimento de recursos materiais. O programa HIPERDIA, utilizado para controle dos pacientes com diabetes e hipertensão arterial, é um exemplo claro dessa dinâmica. O cadastro de pacientes no sistema era pré-requisito para o fornecimento da quantidade exata medicamento durante o período de um mês. Assim, geralmente as enfermeiras preenchiam formulários com os dados dos indígenas e estes eram enviados fisicamente para o PB que, por sua vez, os remetia para a FUNASA – posteriormente SESAI – e para a conveniada. Apesar da acuidade no envio, o fluxo de dados era constante alvo de incredibilidade dos profissionais da EMSI, pois, apesar de enviarem informações de cadastro de novos casos de hipertensos e diabéticos, notavam que a quantidade de medicação recebida geralmente era insuficiente. Portanto, além das dificuldades básicas para cadastrar novos pacientes no sistema por não possuírem documentos como CPF ou carteira de identidade, havia ainda a incerteza sobre o caminho percorrido e o destino das informações produzidas a duras penas.

Como notamos em pesquisa anterior na TIX (LANGDON et al, 2011), as reflexões das enfermeiras e da nutricionista abertamente enfatizavam que existia um descompasso entre a produção de dados e a efetivação dos programas de saúde. Assim, os programas não são utilizados para pensar ações mais contextualizadas e específicas, pois “vêm de cima” e não reconhecem o contexto da TIX. A produção de dados deveria servir para compensar esta diferença entre as propostas genéricas e as ações voltadas para as demandas locais. Mas, mesmo existindo um grande esforço da EMSI para que isso ocorresse, a demora entre o envio dos dados e o retorno dos recursos fazia com que as necessidades não fossem supridas pela mudança constante na realidade. Assim, críticas eram feitas ao DSEI para que os dados fossem usados mais rapidamente no retorno de ações concretas a eles relacionadas. Em outras palavras, tratava-se de uma falta de diálogo dos níveis burocráticos mais altos com aqueles profissionais que experimentavam o trabalho próximo das ações de base, ou seja, na “ponta dos serviços de saúde”.

Algumas estratégias eram propostas pelas enfermeiras a fim de superar estes descompassos. Assim, para além dos programas específicos ligados ao SUS, como o HIPERDIA, existiam outras iniciativas autônomas, ou complementares, no enfrentamento da hipertensão e diabetes. Um caso exemplar foi abordado por Portela-Garcia (2010) ao notar que durante os anos de 2008 e 2009 a EMSI desenvolveu atividades de educação em saúde para os diagnosticados com diabetes e a hipertensão. Basicamente estas atividades diziam respeito a realização de uma reunião mensal com os diabéticos e hipertensos onde as enfermeiras abordavam temas como alimentação, prática de exercícios e uso correto dos medicamentos. Nestas ocasiões eram entregues os medicamentos necessários para o tratamento individual mensal, ao mesmo tempo em que eram aferidos a pressão arterial e o nível de glicose.

Apesar do esforço das enfermeiras, existiam reclamações por parte dos participantes-alvos destas ações. Por exemplo, as reuniões de educação em saúde eram constantemente taxadas de monótonas e repetitivas, onde o único objetivo era participar para pegar os medicamentos – especialmente entre aqueles que moravam fora da aldeia Sede. Alguns indígenas – digamos, a maioria – alegavam estar cansados de ouvir as palestras educativas com os mesmos assuntos e preferiam passar em outros momentos no posto para participar dos procedimentos necessários e receber os medicamentos.

O que mais incomodava os indígenas, como foi notado por Portela-Garcia (2010), era o fato dos Kaingang “diabéticos” e “hipertensos” alegarem entender e conhecer as práticas de autocuidado sugeridas pelos profissionais da EMSI, o que não implicava, entretanto, a incorporação cega de tais práticas. Isto não significava que eram ignorantes, mas que tinham autonomia para escolher e queriam ser respeitados neste sentido. Particularmente, as discordâncias apontadas pelos indígenas se expressavam principalmente nas mudanças nos hábitos alimentares que lhes eram indicadas, pois, em sua percepção, estas não contribuíam significativamente na melhora dos estados particulares de saúde ou mesmo iam de encontro às suas próprias percepções do que seria uma alimentação saudável. De maneira semelhante, ainda que vários indígenas fizessem uso de medicamentos, o modo como eram usados em muitos casos não condizia com as indicações dadas pelos profissionais da saúde. Em ambos os casos, ficava em evidência a importância da percepção subjetiva do mal-estar e da corporalidade para decidir as doses a serem tomadas ou mesmo suprimidas e que alimentos ingerir.

É obvio que estas escolhas causavam frustração entre os profissionais da saúde que taxavam os indígenas de indisciplinados. De certa forma, embora as enfermeiras estivessem altamente engajadas com seu projeto educativo, tal atitude impedia um diálogo mais simétrico em torno de uma possível articulação voltada para a consolidação de ações em saúde mais efetivas. As outras atividades desenvolvidas no posto seguiam a mesma lógica, ou seja, não existia má vontade das enfermeiras e muito menos falta de dedicação. Aparentemente o que faltava era uma abertura maior para ouvir o que diziam seus pacientes.

5.1.2.1.3 - Os profissionais indígenas: AIS e Técnicos de Enfermagem

Como dito, os técnicos de enfermagem e os AIS são cargos ocupados por indígenas – embora exista uma técnica de enfermagem não indígena atuando na aldeia Sede. Poucos técnicos de enfermagem relatam que iniciaram sua experiência na área da saúde como AIS. Alguns funcionários mais antigos dizem que ingressaram no posto da Sede atuando como *atendentes de enfermagem*, uma antiga função que foi substituída pela de *auxiliar de enfermagem* e depois *técnico de enfermagem*. Enquanto alguns indígenas mais jovens já ingressaram como novatos a partir das novas exigências profissionais, os atendentes ou auxiliares passaram a fazer os cursos técnicos para cumprir as exigências do Ministério da Saúde. Na sua maioria, os indígenas participaram destes cursos nas cidades vizinhas de São Domingos e Xanxerê com apoio da FUNASA na época. Apenas um dos técnicos relatou que teve oportunidade de fazer o curso técnico concomitantemente ao de nível de ensino médio no Rio Grande do Sul por intermédio do Conselho Indigenista Missionário (CIMI). Cabe citar que dentre as funções técnicas havia uma indígena com formação específica de “auxiliar de dentista”. Todos estes também relataram a participação em outros cursos de formação, como os de ervas medicinais promovidos pela Pastoral de Saúde de Ipuauçu.

Algo que chama a atenção, assim como foi percebido entre as enfermeiras e nutricionista, é que os técnicos de enfermagem apresentam pouca rotatividade na ocupação dos cargos no posto de saúde da Sede. Em média, o vínculo destes profissionais com o posto de saúde é de 15 anos.

Os Técnicos de Enfermagem atuam basicamente no posto de saúde, onde desempenham funções como o agendamento de consultas, triagem de pacientes, aplicação de injeções, curativos ou mesmo a estocagem, controle da distribuição e solicitação de compra de medicamentos. A auxiliar de dentista atuava especificamente no consultório odontológico, fazendo higiene da instrumentação, agendando consultas dos dentistas e entregando creme dental, fio dental ou escova para a população.

Por outro lado temos a atuação dos AIS, que envolveria, em tese, a circulação destes pelas residências da população local para informar sobre a distribuição de medicamentos, vacinação das crianças, acompanhamento e fornecimento de medicamento em casa para as famílias de pacientes em tratamento – de diabetes, por exemplo –, além de fazer circular informações e mensagens fornecidas pelo posto de

saúde – como a marcação de consultas, reuniões educativas, etc. Como indígenas, em tese, atuavam como facilitadores entre as ações ofertadas pelo Subsistema de Saúde e as realidades socioculturais locais.

Apesar de possuir um reconhecimento de importância sobre os objetivos do papel dos AIS, na prática existem controvérsias a respeito de suas atuações. Estes profissionais são alvos de reclamações de diversas naturezas pela população local e, de forma mais velada, pelos profissionais de saúde não indígenas. Alguns indígenas queixam-se que, na aldeia Sede, os AIS “não gostam de caminhar” e mantêm-se no posto de saúde realizando outras tarefas diversas e não na função a que foram designados. Como mostrou Portela-Garcia (2010), no caso dos diabéticos e hipertensos, a distribuição de medicamentos em casa também era alvo de reclamações por aqueles que necessitavam continuidade nos tratamentos alopáticos. Diziam que algumas vezes a medicação era entregue incompleta e os AIS não sabiam informar o porquê. Outras vezes, os AIS demoravam demais para fazer a distribuição ou não a faziam. No caso dos diabéticos, alguns reclamavam que as aplicações de insulina feitas pelos AIS doíam muito, dando a entender que não tinham conhecimento ou prática para fazer corretamente.

A rotatividade de ocupantes dos postos de AIS é um tema bastante abordado, como já mostrou Diehl (et al, 2012) e Portela-Garcia (2010), como alvo de reclamações pela população em geral e pela própria EMSI. Por parte da população em geral havia acusações que recaíam sobre as lideranças indígenas, que preferiam colocar seus parentes para ocuparem tal posto em detrimento àquelas que desejavam dar continuidade ao trabalho ou as que seriam melhor qualificadas para tal função. Assim, era frequente a queixa de que quando havia mudança de lideranças indígenas, em decorrência das eleições para cacique, também ocorria a mudança das pessoas que ocupam as funções de AIS. Esta questão das mudanças frequentes de ocupantes dos cargos de AIS também geravam reclamações por parte da EMSI, que se queixavam sobre a falta de experiência dos novos indicados gerando sobrecarga do trabalho do restante do pessoal.

5.1.3 - Atenção Secundária e Terciária

Acompanhando os itinerários terapêuticos dos indígenas da TIX pude perceber que duas referências bastante utilizadas regionalmente no nível secundário e terciário de atenção à saúde. A principal delas,

sumariamente utilizada pelos indígenas, é o Hospital Regional São Paulo (HRSP) na cidade de Xanxerê. Assim, quando a população Kaingang recorre ao posto de saúde em casos de emergência e a EMSI não consegue resolver o problema, normalmente o resultado é o encaminhamento do sujeito para este hospital. Também, este deslocamento pode ser feito simplesmente pela incapacidade operacional do posto de saúde dado a algum problema estrutural, geralmente associado ao fato de não haver médico contratado para atender na TIX – uma situação recorrente na localidade. Uma terceira situação para ida ao hospital pode ser para a realização de exames diversos, seja por parte da EMSI ou por consequência de consultas no próprio hospital nas situações de urgência e emergência.

A história do HRSP teve início na década de 1970 quando teve sua estrutura física construída pela Sociedade São Paulo – um grupo formado pela elite Xanxerense – a partir de doações financeiras dos sócios. Após a conclusão da obra, a Sociedade doou o terreno e o prédio para o Governo do Estado de Santa Catarina que, logo depois, em 1973, passou a administração do hospital à Associação Educacional e Caritativa (ASSEC), das Irmãs Franciscanas Missionárias de Maria Auxiliadora (IFMA), uma tarefa que ainda perdura na atualidade (HRSP, 2015).

Segundo o histórico deste hospital (HRSP, 2015), no início existiam apenas nove funcionários contratados, cinco médicos e um bioquímico, e hoje a instituição conta com mais de 280 funcionários e um corpo clínico de cerca de 70 médicos de diversas especialidades. Portanto, uma extensa lista de serviços é oferecida neste hospital, que vão de consultas especializadas a exames de diversos tipos. Dentre estes serviços, o hospital é referencial para a população do meio ao extremo oeste catarinense pelos seus serviços de alta complexidade na área de cardiologia.

Embora possamos encontrar algum Kaingang utilizando os serviços cardiológicos, estas são situações extremamente raras. O mais comum é a passagem dos Kaingang pelos serviços de urgência e emergência, pelos setores clínicos em geral, e para a realização de exames. Também, vale ressaltar que a maternidade é um serviço bastante utilizado pelas indígenas e, em situações mais esporádicas, a UTI neonatal.

O HRSP é a referência mais imediata em termos de média complexidade para os Kaingang pela proximidade da TIX, mas, a depender do caso e da enfermidade – que não seja relacionada a problemas cardíacos –, também é comum que os indígenas sejam

encaminhados para outros hospitais ou centros de saúde para ingressar nas redes públicas de alta complexidade. Neste sentido, outra referência relativamente próxima à TIX é o Hospital Regional do Oeste (HRO) em Chapecó, que figura na rede de tratamentos oncológicos envolvendo quimioterapia e radioterapia. Além destes, é bastante comum que os indígenas percorram instituições de saúde em diversas outras cidades, sendo que uma das mais referenciadas é Florianópolis por possuir uma variedade maior de instituições públicas de saúde e, por consequência, de especialidades médicas e tratamentos.

Uma alternativa para os tratamentos de média e alta complexidade foi notada por Ewerton Oliveira (2012), que realizou pesquisa na TIX em aldeias que fazem parte da jurisdição municipal de Entre Rios e apurou um dado bastante relevante. Segundo ele, nos casos de média e alta complexidade, o acesso aos atendimentos pelos indígenas nos municípios de referência (Xanxerê e Chapecó) também percorria, em 2010, uma rede de serviços estruturada por meio de convênios entre a FUNASA e algumas clínicas particulares, e entre a Secretaria de Saúde de Entre Rios e o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste de Santa Catarina (CIS AMOSC)⁵⁶, o que possibilitava acesso a serviços em diferentes municípios consorciados. Em ambos os convênios, os pacientes não pagavam nada pela maioria das consultas. Segundo Oliveira, nos casos em que havia necessidade de pagamento, o paciente arcava com uma parte e havia uma contrapartida tanto da FUNASA quanto da Secretaria de Saúde de Entre Rios para completar o montante total dos gastos. O convênio da FUNASA cobria demandas nas áreas de oftalmologia, psiquiatria, dermatologia e urologia. Já pelo CIS AMOSC, era possível atender as demandas referentes a exames (de sangue e de rotina), radiografias, fisioterapia, ortopedia, oftalmologia e

⁵⁶ O CIS AMOSC foi criado em 1996 pela Associação dos Municípios do Oeste de Santa Catarina (AMOSC) com a finalidade de agilizar e simplificar atividades conjuntas na área da saúde de forma integrada ao SUS. Trata-se de uma associação pública de natureza autárquica. O acesso aos serviços de saúde se dá por meio das Secretarias de Saúde dos Municípios integrantes e a forma de contratação é pelo credenciamento de profissionais e laboratórios. São 51 municípios atendidos, aproximadamente 230 profissionais credenciados que realizam em média 2.500 consultas especializadas e 5500 exames complementares (Fonte: <<http://amosc.org.br/estruturaorganizacional/hotsite/index/codHotsite/3126>>, acesso em outubro de 2015).

urologia. Aparentemente, o CIS AMOSC ainda está em vigor para os municípios de Ipuauçu e Entre Rios⁵⁷, mas não tenho dados sobre o que aconteceu com o outro convênio após a destituição da FUNASA como gerenciadora da saúde indígena em 2009.

Embora alguns casos de enfermidade possam ser dirigidos a clínicas particulares a partir dos convênios acima citados, a grande parte dos caminhos a serem percorridos pelos indígenas decorre da formalidade estrutural operada pelos serviços públicos do SUS. Como vimos, para os Kaingang um dos intermediários mais diretos no caso da atenção básica é a própria EMSI ao encaminhar os indígenas ao HRSP em caso de indisponibilidade de recursos locais. Esta é uma dinâmica corriqueira em situações de urgência e emergência ou no caso de ausência do médico do posto de saúde. Outra situação mediada pela EMSI é o encaminhamento, agora por parte do médico da TIX, dos indígenas ao HRSP para algum tratamento ou exame envolvendo tratamentos de média complexidade. Ou seja, é comum que os Kaingang frequentem o HRSP para consultar com ortopedistas, oftalmologistas ou outros especialistas e para fazer exames diversos. Já a alta complexidade envolve recursos para o deslocamento dos indígenas a localidades distantes das suas casas.

Com relação às enfermidades que envolvem média e alta complexidade, temos a participação do PB como importante articulador da questão burocrática. Este recebe, avalia e autoriza solicitações de exames e atendimento por especialistas e, posteriormente, efetiva o encaminhamento do indígena para a rede pública. Esta etapa perpassa necessariamente a Secretaria Municipal de Saúde de Ipuauçu que, em tese, deve estar em contato com o PB para dispor recursos financeiros e auxiliar na logística para a inserção do paciente na rede de atenção específica.

Cabe ressaltar que o discurso dos profissionais de saúde nas instituições referenciais de média e alta complexidade reitera que os indígenas devem ser tratados da mesma forma que as demais pessoas que as procuram. Quer dizer, existe uma rotinização dos procedimentos que não permite preocupações acerca de tratamentos diferenciados. Os índios, portanto, acabam ingressando nos serviços da mesma forma que os demais pacientes.

⁵⁷ Como consta no Contrato de Consórcio Público do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste de Santa Catarina, disponível em: <http://amosc.org.br/uploads/1536/arquivos/321453_Contrato_de_Consorcio_Publico_CIS_AMOSC_1_Alteracao.pdf>, acesso em 23 de outubro de 2015.

5.1.3.1 - Ambulanciaterapia

Fora a questão burocrática formal que envolve os níveis secundário e terciário, algo que fica subentendido é a emergência de dinâmicas de circulação e a presença de outros atores importantes para a efetivação do acesso aos serviços oficiais. Estas dinâmicas estão associadas ao modo como os municípios do interior do estado tratam o acesso à saúde a partir de suas possibilidades e limitações. Neste sentido, é preciso entender que a região é marcada por uma diversidade de pequenos municípios, muito jovens em termos de emancipação, com população média de 10 mil habitantes. A grande maioria destes municípios concentra-se em torno da agricultura, tendo a maior parte da população que os compõem espalhada pelas áreas rurais, o que, conseqüentemente, torna as pequenas áreas urbanas espaços secundários pela questão econômica.

Esta configuração afeta a infraestrutura geral das cidades com relação ao acesso a serviços em geral. Com relação à área de saúde, no caso específico de Ipuacu, além da farmácia instalada no centro da cidade, não existem outros consultórios médicos, odontológicos ou de qualquer outra espécie. Estes aspectos são responsáveis por centralizar os serviços de saúde disponíveis no setor público que, basicamente, refere-se ao posto de saúde do centro de Ipuacu. É claro que as famílias que dispõem de maiores recursos financeiros acabam deslocando-se à cidade de Xanxerê para tratamentos particulares com médicos específicos em caso de necessidade. Mas, mesmo nos casos das famílias abastadas, o posto de saúde continua sendo uma referência importante na atenção básica à saúde.

Pois bem, esta centralidade dos serviços públicos nos municípios do interior do estado torna as Secretarias de Saúde um ator fundamental e elevam as possibilidades de circulação dos pacientes pelas redes de atenção à saúde como fator central na política administrativa dos municípios. Como os recursos financeiros destinados à área da saúde nestas cidades são limitados ao tamanho da arrecadação e população, o investimento na chamada *ambulanciaterapia* pode ser uma solução funcional e controversa.

Este curioso termo foi utilizado por um interlocutor indígena ao se referir à falta de dedicação dos políticos locais em não investir na busca por recursos para efetivar serviços de saúde no próprio município de Ipuacu, como a atração de mais profissionais para trabalhar por lá, ou

mesmo ampliar o posto de saúde do centro e transformá-lo em uma unidade de saúde com mais especialidades médicas. Em vez disso, a prefeitura preferia investir na compra de automóveis e ambulâncias para deslocar o paciente para os centros referenciais em saúde. Segundo este interlocutor, esta posição era mais cômoda e permitia o que chamou de “jogo político” para manter a situação que agrada aos políticos locais em vez de resolvê-la de forma mais completa voltando esforços para o crescimento do setor de saúde local.

Como dito, no caso da TIX, existe o deslocamento corrente de pacientes da área indígena ao HRSP. Neste caso, as viaturas e motoristas são do PB e exclusivas para o atendimento da população indígena. Estas saídas restringem-se á Xanxerê e o centro de Ipuacu – onde os indígenas utilizam esporadicamente o posto de saúde. Os indígenas, entretanto, também utilizar os recursos oferecidos pela Secretaria de Saúde, ou seja, as viaturas e motoristas que transportam os pacientes não indígenas às instituições referenciais.

Neste sentido, pude entender melhor o que é a *ambulanciaterapia* quando frequentei os Hospitais referenciais de média e alta complexidade em Xanxerê e Chapecó. Nestes contextos foi notável e extremamente marcante a presença cotidiana de uma verdadeira frota de vans, ambulâncias e carros das secretarias de saúde dos mais diversos municípios do oeste do estado, e até do Paraná e do Rio Grande do Sul, estacionados e circulando pelas proximidades dos hospitais. Já no caso do hospital Celso Ramos, que acompanhei brevemente em Florianópolis, percebi a presença de automóveis de todas as regiões do estado.

Diariamente, no caso das circulações nas cidades de Xanxerê e Chapecó, estas vans deslocam-se dos municípios de origem pela manhã e retornam a tarde. Percebi que nos tratamentos de câncer, por exemplo, há um automóvel de Ipuacu que vai à Chapecó para levar pacientes para os processos rádio e quimioterápicos – incluindo os indígenas da TIX que necessitam dos mesmos tratamentos.

Quando acompanhei a dinâmica de circulação de automóveis e pessoas junto ao HRSP, observei que logo às 7 horas da manhã as viaturas começam a estacionar no entorno do hospital. O hall da instituição, que há pouco tempo estava praticamente vazio, rapidamente fica lotado. Alguns sujeitos se dirigem ao setor de urgência e emergência, outros vão para a área dos exames e outros ainda dirigem-se para o local das consultas agendadas com os especialistas.

Enquanto esperam pelos pacientes que são atendidos, seus acompanhantes e os motoristas dos meios de locomoção costumam

circular pelas dependências do hospital ou pelas redondezas da instituição. Assim, é comum que estes aproveitem o deslocamento para estas cidades para resolver problemas burocráticos que nada tem a ver com a área da saúde ou mesmo frequentar o comércio local para adquirir algum produto que não esteja disponível na sua cidade de origem. De fato, o entorno do HRSP concentra uma série de serviços que funcionam basicamente para atender aos frequentadores do hospital. São restaurantes, supermercados e lojas de produtos populares que ficam há poucos metros da instituição.

Como dito, normalmente as vans ficam no local durante o horário comercial e no final do dia retornam para os municípios de origem com os pacientes. Entretanto, existem outros casos que tornam necessária a permanência do paciente nas cidades referenciais, seja pela continuidade dos tratamentos ou pelas situações que envolvem internações. Como ocorre com os indígenas da TIX, e outros moradores de Ipuacu, que se dirigem a Florianópolis para consultas com especialistas, cirurgias ou tratamentos diversos, não há como retornar para o oeste no mesmo dia. No caso das internações a situação é parecida, pois o paciente não pode retornar à sua casa mesmo estando próximo de sua casa.

Em ambos os casos de permanência, é necessário suporte em termos mais amplos que os cuidados estritos na área de saúde. Quando são tratamentos continuados por dias a fio, como a quimioterapia, os hospitais raramente fornecem qualquer tipo de espaço para pernoite dos pacientes. No caso de internação regular, oferecem estadia para o paciente e um acompanhante em quartos coletivos, mas, nos casos de internação nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), o enfermo fica isolado e não tem direito a acompanhante no hospital. Portanto, toda logística que envolve o deslocamento e permanência do paciente/acompanhante é um fator a ser considerado nestas dinâmicas de circulação. Há que se pensar na necessidade de encontrar um local para o pernoite e considerar os gastos com alimentação e outras necessidades pessoais urgentes.

De fato, explorando estas necessidades existem hotéis, pensões e restaurantes localizados muito próximos dos hospitais. Entretanto, como estabelecimentos particulares, todos visam lucros e exigem recursos financeiros por parte dos frequentadores – um fator que afeta as possibilidades das populações pobres em geral e, talvez de forma mais intensa, os indígenas.

Em algumas situações os Kaingang recebem singelos recursos para alimentação fornecidos pela Secretaria de Saúde de Ipuacu, o que

permite pagar refeições básicas – que geralmente são alvo de reclamações por serem incompatíveis com as suas prioridades alimentícias rotineiras. Ainda assim, persiste o problema dos gastos com o pernoite do paciente ou do acompanhante.

5.1.3.2 - As casas de apoio

Uma solução bastante utilizada pelas Secretarias de Saúde de diversos municípios do oeste, incluindo Ipuacu, é o encaminhamento dos pacientes ou dos acompanhantes que não possuem condições financeiras para as chamadas *casas de apoio*. Estas casas estão presentes em diversas cidades onde existem hospitais referenciais, porém, são instituições independentes e não possuem quaisquer relações com as instituições de saúde.

Em Xanxerê tive a oportunidade de conhecer um destes espaços que se situava há duas quadras do HRSP e que, juntamente com outras duas casas – em Chapecó e em Florianópolis –, fazia parte de uma rede chamada de *casa do oeste*. Esta rede está ligada a uma ONG chamada Associação Amigos do Oeste, sem fins lucrativos, com sede em Chapecó. O objetivo das casas é, em tese, prestar auxílio fornecendo espaço para estadia de familiares de pacientes, e eventualmente pacientes, em tratamentos nos hospitais referenciais das cidades sede.

Em Xanxerê tratava-se de uma casa bastante simples. Uma construção de madeira de apenas um andar com um amplo quintal com uma generosa horta com ervas utilizadas em chás, temperos e verduras diversas. Também há espaço para lavar e estender roupas e uma ampla sacada com cadeiras. O interior da casa possui duas salas, uma ampla cozinha e dois quartos. Numa das salas está um sofá e uma televisão, na outra, cadeiras e poltronas. A cozinha está equipada com geladeira, fogão, pia, forno micro-ondas, pratos, copos, etc. Os quartos são separados por gênero, homens e mulheres, com cerca de 7 camas cada um. Ainda, conta ainda com 2 banheiros com chuveiro elétrico, um masculino e outro feminino. Assim, as mobílias são simples, mas toda a casa é equipada para ser bastante funcional.

Numa espécie de edícula, separada da casa principal e ao fundo do quintal, está o escritório administrativo. Lá trabalha a coordenadora Marlete, uma mulher de meia idade com uma trajetória interessante. Formalmente, ela é servidora da Assembleia Legislativa do estado desde o final da década de 1970. Trabalhou na organização de arquivos em Florianópolis e depois foi cedida por convênio à prefeitura de Xanxerê para atuar na mesma função na câmara de vereadores. Posteriormente,

pela necessidade da prefeitura, passou a atuar na área de assistência social. Durante esta fase, como a Associação Amigos do Oeste precisava de alguém para cuidar da casa do oeste da cidade Marlete foi indicada pela prefeitura para atuar nesta função – o que faz desde 2007. Sua tarefa é mediar a atuação da Associação, que busca os recursos com a prefeitura de Xanxerê e assistência social municipal, com a coordenação e organização da casa.

Marlete também busca doações em outras empresas privadas e supermercados locais para a manutenção da alimentação básica da casa e de alguns produtos de higiene essenciais. Muitos frequentadores são agricultores e acabam trazendo ou enviando gêneros alimentícios produzidos para colaborar com a casa. As prefeituras das cidades de onde os hóspedes são provenientes também são fornecedores de doações. Os materiais e recursos recebidos são cedidos gratuitamente aos hóspedes conforme sua disponibilidade segundo as doações coletadas. Os hóspedes podem utilizar livremente estes objetos e bens de consumo disponíveis, mas precisam levar objetos de higiene, lençóis e travesseiros para utilização pessoal – assim como algum gênero alimentício que desejem consumir individualmente.

Outra tarefa de Marlete é o controle da entrada e saída de novos hóspedes e organizando a convivência na casa de modo geral, pois, além das doações, a casa sobrevive basicamente de trabalho voluntário dos frequentadores, já que não possui funcionários como faxineiras ou cozinheiras. O funcionamento e manutenção da casa obedece certa divisão de tarefas, onde os homens plantam e ajeitam a horta, lavam as calçadas ou fazem pequenos consertos gerais na casa. As mulheres, por sua vez, cozinham e realizam outras tarefas como a limpeza dos ambientes internos.

Assim, a casa é um espaço que privilegia a coletividade, pois é essencial a colaboração mútua para a convivialidade e a manutenção da própria estrutura física do espaço. Neste sentido, são diversos cartazes afixados nas paredes de todas as dependências da casa para lembrar da necessidade da organização, como lavar a louça, arrumar a cama, deixar o banheiro em ordem, etc. Marlete fala que monitora estas atividades e nota que as vezes existe conflito e atritos entre os frequentadores. Alguns não gostam do quarto coletivo ou de alguma atitude do outro. Aí ela precisa entrar em ação e tentar resolver explicando novamente o funcionamento. Diz que geralmente algumas palavras bastam para que entendam que é um ambiente “fraterno” – um termo que gosta de repetir.

As dinâmicas dos acompanhantes, ou pacientes, que estão na casa são variadas, mas, basicamente, são rotinizadas pelos horários de visitas delimitados pelo HRSP. Por exemplo, quando acompanham alguém que está em internação na UTI, os usuários da casa permanecem por lá durante a maior parte do dia e dirigem-se ao hospital apenas durante os dois períodos de 30 minutos que são permitidas suas entradas.

Os participantes da casa, além de tarefas, também compartilham suas experiências de fragilidade. Por possuírem alguém próximo internado no hospital, pessoas de origens diversas estão em estados semelhantes de sofrimento. Estas situações fazem com que as trocas de relatos e trajetórias estabeleçam ou fortaleçam amizades naquele espaço colocando as experiências individuais em relevo. Marlete nota que a coletividade é considerada terapêutica pelos hóspedes – uma vez que alguns têm condições de ficar em hotéis e pensões, mas preferem conviver no local devido a esta característica.

Pois bem, a presença dos indígenas naquele espaço era bastante esporádica, mas acontecia. Nos momentos em que estive pesquisando em Xanxerê não encontrei nenhum indígena na casa. Contudo, na aldeia Sede havia já havia conversado com uma Kaingang que afirmava ter utilizado o espaço por conta de problemas de saúde com seu filho recém-nascido que necessitou da UTI neonatal do HRSP. Esta mulher relatou que foi muito bem recebida durante os 10 dias que permaneceu no local. Ressaltou que foi importante encontrar outras mulheres que também estavam com suas crianças internadas no mesmo local.

Mesmo não encontrando indígenas na casa, pude conversar com Marlete para saber de algumas impressões sobre a sua utilização da casa. Relatou que os motivos da utilização são os mesmos dos outros, acompanhamento de pacientes no hospital, mas fez questão de ressaltar que as mulheres indígenas são as que mais utilizam o espaço por conta da UTI neonatal.

De qualquer forma, Marlete diz possuir um grande carinho pelos indígenas, pois julga que são pessoas boas e companheiras. Entretanto, precisam de ajuda em alguns aspectos para conseguirem se estabelecer na casa. As condições financeiras é o que mais chama atenção, onde o peso da pobreza vivenciada por eles reflete sobremaneira na sua presença na casa. Muitos indígenas que frequentaram a casa são trazidos às pressas e, em muitos casos, chegam sujos e não trazem os lençóis exigidos. Marlete percebe que alguns sequer têm condições de comprá-los, pois chegam somente com a roupa do corpo. Assim, ela afirma ajudá-los com os utensílios básicos contatando a assistência social de

Xanxerê e, quando necessário, entrando em contato com a equipe de saúde da TIX para solicitar medicamentos.

Marlete nota que o comportamento dos indígenas é muito diferente das outras pessoas da casa. Como não trazem mais que 10 a 20 reais consigo, ao contrário dos não indígenas, raramente vão ao mercado. Assim, quando estão na casa Marlete se compadece e reserva as sobras de comida do almoço ou outros gêneros deixados pelos demais para que possam também serem bem encaminhados aos indígenas.

O comportamento dos indígenas também é notado em outro aspecto que gera dificuldades no convívio com os outros ocupantes da casa. Marlete investe, portanto, na coordenação de seus movimentos na dinâmica e fluxos da casa, pois, segundo ela, os índios tem uma característica “cultural” que os leva a ficar constrangidos quando estão interagindo com outras pessoas não indígenas que estão na casa. Então, cabe a ela fazer o “meio de campo” para facilitar e incentivar o convívio e superarem o isolamento e silêncio em que se mantém. Marlete relata que acaba fazendo amizades com algumas indígenas e que teve a oportunidade de visitá-la na TIX. Entretanto, ficou bastante assustada com a pobreza e a situação precária em que vivem, uma situação que lhe fez entender melhor seus comportamentos na casa.

Com o tempo de pesquisa fiquei sabendo que os indígenas também ficavam hospedados em Florianópolis. Como dito, de fato nesta cidade existe uma filial da *casa do oeste*, coordenada pela Associação Amigos do Oeste. Entretanto, a partir dos relatos dos indígenas pude constatar que existiam outras casas de apoio similares coordenadas por diferentes atores. Uma delas é a “casa padre Pedro”, que pensei se tratar de uma instituição religiosa. Contudo, descobri depois de algum tempo que Padre Pedro é, na verdade, um influente político do oeste de Santa Catarina que atualmente exerce mandato de deputado estadual. Com um pouco mais de insistência, percebi que outros políticos mantinham casas como estas na capital do estado, como é o caso de Moacir Sopelsa, ex-prefeito de Concórdia e atual deputado estadual.

De posse destas informações, questionei Marlete sobre a origem da casa e sobre a participação de políticos. Ela relatou, com cautela, que a casa do oeste teria surgido por iniciativa de dois políticos da região na década de 1990 e início dos anos 2000, quais sejam, Gelson Merísio e João Rodrigues. Com o tempo esta situação se tornou controversa, pois as intenções da manutenção de uma instituição como esta passaram a ser alvo de questionamentos por parte da própria Justiça Eleitoral, que determinou o fechamento da casa do oeste em meados dos anos 2000.

Marlete relata que depois deste incidente, em 2010, a casa foi passada para a ONG Associação Amigos do Oeste para reabrir o espaço que era altamente procurado pela população regional.

Enfim, estas instituições, que me pareciam focos frutíferos para o desdobramento da pesquisa, não puderam ser mais acompanhadas nas últimas etapas da pesquisa de campo. Em dado momento, a partir do ano de 2013, não consegui estabelecer mais contato com Marlete ou mesmo com as outras casas de Chapecó e Florianópolis. Ao retornar para Xanxerê e Chapecó, notei que ambas as casas sediadas nestas cidades haviam fechado as portas repentinamente sem qualquer explicação. Na época, procurei informações com a assistente social do HRSP, mas ela nada soube informar. Esta situação é, no mínimo, intrigante, sugerindo algum problema com o funcionamento geral da própria ONG.

Enfim, vimos como a organização dos recursos associados aos serviços oficiais de saúde é altamente formalizada. Existe uma grande preocupação com a burocratização dos processos e dos papéis relacionados aos agentes ou profissionais, assim como da circulação de materiais e outras formas de comunicação. Estes papéis remetem à uma hierarquia, que implica na distribuição de atividades e poder entre os agentes relacionados.

Também vimos como os recursos oficiais estão interconectados numa rede que envolve especialidades médicas distribuídos em níveis de complexidade. Estas redes abarcam uma pluralidade de ambientes em um espaço extremamente vasto, indicando a necessidade de gerenciamento altamente complexo. Esta complexidade inevitavelmente, esta relacionada a queixas por parte dos agentes quanto ao distanciamento entre as diretrizes e práticas médicas efetivas, o que leva aos profissionais e agentes elaborarem estratégias e adéqua a situação estrutural com as possibilidades de atuação. Isto demonstra que as diretrizes também obedecem um fluxo de informação no sentido de imposição, pois os profissionais são cobrados extensamente sobre a produção de dados sobre as suas atuações.

O subsistema de atenção à saúde do índio, e seu gerenciamento, coloca novos atores no amplo sistema do SUS. Este sistema deveria atuar como mediador entre os indígenas e a rede de serviços do SUS interconectados, contudo, na prática, as burocracias só aumentam e fomentam a enorme disparidade e demora na adequação das possibilidades terapêuticas.

Outros atores são importantes para além dos profissionais de saúde nas redes dos serviços oficiais, principalmente na atenção de níveis de média e alta complexidade. Por exemplo, motoristas e ONGs também entram no rol de atores que intermediam a circulação dos pacientes em tratamentos demorados e distantes de suas casas.

5.2 - A pastoral da Saúde/Criança

O Conselho Indigenista Missionário (CIMI), ligado à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), tem atuado desde os anos 1970 na TIX, principalmente na batalha pela garantia das terras indígenas. Entretanto, em termos de atenção à saúde, a Pastoral da Saúde, organismo de ação social também ligado à CNBB, é um importante ator no contexto em questão. Segundo Diehl (2001), esta instituição iniciou suas atividades na TIX por volta de 1993, associando-se à Pastoral da Criança ligada a diocese de Chapecó. Segundo Diehl (2001), antes de 1992, não havia um trabalho sistemático em saúde com os índios. Assim, a pastoral iniciou com reuniões nas comunidades indígenas para explicar os objetivos, mostrando a importância da cultura, das ervas, da alimentação, com uma proposta de “voltar aos antigos e valorizar o que tem” (p. 90) no aproveitamento dos recursos locais.

A pastoral foi o grupo com o qual eu menos trabalhei e talvez sobre o qual eu tenha pouco a dizer. Infelizmente não possuo muitas informações sobre as suas atividades, pois realizei pouca pesquisa de campo com este setor na TIX. Farei um breve relato Entretanto, cabe enfatizar que oferece algumas atividades terapêuticas com enorme importância e reconhecimento pela a população indígena – como já havia notado Oliveira (2012).

5.2.1 - *Agentes religiosas*

As coordenadoras da pastoral seguem a hierarquia religiosa e uma formação eclesial. Elas estão submetidas à uma organização muito ampla, que diz respeito às irmandades relacionadas à igreja católica. Estas irmandades gerenciam uma estrutura que tem a ver com o direcionamento das Irmãs na sua carreira religiosa. Em primeiro lugar, há uma preocupação com os modos de vida segundo carismas, que significam os modos de trabalho de cada irmandade. No caso das Irmãs Franciscanas de Maria Auxiliadora, o carisma seguido é o das práticas de misericórdia – o que justifica a sua preocupação com as populações carentes e as questões assistenciais.

Há também um processo rígido em termos de formação e ascensão na hierarquia da irmandade. Geralmente as mulheres começam muito jovens na vida religiosa e devem seguir muitos procedimentos para ocupar outros postos. Esta formação envolve desde processos intelectuais, que tem a ver com estudos de documentos bíblicos ou outros relacionados à igreja, práticas relacionadas aos carismas e transformação corporal – forjada no decorrer do tempo com os votos de castidade.

A formação, assim como a carreira das agentes religiosas, percorre uma série de localidades conforme a fase de desenvolvimento que está sendo vivenciada. Portanto, é comum nos relatos das agentes relatarem ter morado em diversos lugares durante sua trajetória, cada local especializado em cada uma das etapas formativas. Além da formação, outra prática que faz as mulheres circularem é a missão. Isto significa que precisam circular em diferentes comunidades para prestar assistência e levar adiante a presença da Igreja Católica e, mais especificamente, da irmandade de missionárias.

Esta circulação, entretanto, é bastante mediada, quando não indicada, pelo conselho provincial. Este conselho avalia os locais onde há necessidade de pessoal, avalia o desejo das irmãs em termos de atividades que desejam desenvolver e, ao final, decidem para onde e autorizam o deslocamento.

Portanto, para efetivar esta circulação, além da estrutura burocrática, existem as fraternidades, ou seja, casas de acolhimento para as irmãs espalhadas pelo Brasil. No oeste de Santa Catarina existem várias destas casas. Em Ipuacu as Irmãs Franciscanas Missionárias de Maria Auxiliadora possuem uma casa chamada Fraternidade Nossa Senhora de Guadalupe, onde moram e organizam as ações de seu

interesse – além de receber outras irmãs que desejam desenvolver a vocação de auxiliar as populações carentes e indígenas.

Cabe lembrar que a pastoral é outra estrutura, ou rede, que em Ipuacu está entremeada pela estrutura da irmandade. A pastoral pode congregiar diversos agentes não religiosos, mas ainda está relacionada à igreja católica e ao viés da caridade.

Uma figura bastante emblemática da pastoral na TIX, que forneceu muitas informações, foi a Irmã Lucinda, natural de Canoinhas, SC, que deu início às atividades pastorais da saúde/criança junto aos Kaingang no início dos anos 1990. Em geral, Lucinda é mais conhecida que os médicos da TIX – principalmente entre os mais velhos. Ela possui formação eclesial e de técnica de enfermagem e, neste sentido, passou por outras localidades do sul do Brasil trabalhando em hospitais e junto a outras comunidades pobres – como em assentamentos e acampamentos que visavam a reforma agrária. Conta que no começo do trabalho na TIX a situação era extremamente precária, que crianças morriam desnutridas e que haviam problemas de saúde sérios com relação à alimentação da população em geral – além de outras questões fundiárias que também interferiam na saúde.

Em termos assistências, a estrutura da TIX não era boa, não se dispunham de carros para fazer visitas e a pastoral dependia muito da FUNAI para isso. A enfermaria da Sede, onde Lucinda acompanhou os trabalhos na década de 1990, era bastante precária. Na época a Funai administrava a Saúde Indígena, onde e a transição para o Ministério da Saúde gerou na TIX uma situação de extrema precariedade, Lucinda diz ter ajudado “do jeito que conseguia, aplicando injeções, fazendo curativos, tudo”. Hoje, avalia que a situação é outra. Não afirma que não existam problemas, mas que os mais graves que estavam ao alcance da pastoral foram bem contornados. Lucinda hoje está afastada de Ipuacu por problemas de saúde. Foi morar em uma fraternidade em Chapecó onde ainda é procurada pelos indígenas de lá.

5.2.2 - As líderes comunitárias

As líderes comunitárias são indígenas da TIX que não passam por formação eclesial, e atuam em questões mais fundamentais e locais. Líderes comunitárias são pessoas voluntárias que participam das atividades da pastoral, mas que são moradoras das comunidades atendidas. No caso da TIX, na época que coletei os dados, eram 58 líderes indígenas que atuam diretamente nas aldeias. Estas líderes

também recebiam formação específica em cursos oferecidos pela própria pastoral

E o material, por exemplo, o guia do líder que a gente chama, que é o livro grande como a líder deve orientar as famílias, as mães, várias coisas. Por exemplo, a pneumonia tava matando muito as crianças, então o que é pneumonia, o que deve ser feito pra evitar, a prevenir, as vacinas, o porque das vacinas, então ali tem os temas direitinho, como fazer a visita, o que conversar, como orientar, tudo né? (Irmã Lucinda)

As líderes tinham, portanto, um papel importante como referenciais para as atividades locais da pastoral nas aldeias. Muitas delas acabavam se responsabilizando pelas atividades muito mais que as agentes religiosas, que atuavam coordenando os processos.

Assim como as agentes religiosas, a líder trabalha com as famílias, orientando-a e, ao final de cada mês, precisa enviar os dados das atividades relacionadas. Existe, entretanto, uma grande rotatividade na atuação de líderes. Isto se deve ao fato de serem voluntárias, assim, logo que conseguem emprego abandonam a atividade para conseguir uma renda extra ou pelos mais diversos motivos.

5.2.3 – As Ações da Pastoral e a comunidade da TIX

A pastoral desenvolve algumas atividades periódicas que estão relacionadas à atenção à saúde. Sua atuação sempre busca um engajamento com as comunidades locais para elaboração destas atividades.

Uma delas é o plantio de hortas comunitárias, ou seja, um evento altamente coletivo e participativo. São grandes grupos coordenados pelas irmãs da pastoral que, em mutirão, trabalha para plantar hortas com verduras, legumes e, principalmente, “ervas medicinais”. Cada aldeia, em tese, possuiria a sua horta, cabendo aos próprios moradores mantê-la organizada. Outra atividade que era incentivada pela pastoral era a proteção de fontes de água limpa, a qual se dava no mesmo estilo de trabalho em mutirão.

Uma terceira atividade importantíssima da pastoral era o acompanhamento de gestantes e crianças de 0 a 6 anos. Como conta Lucinda, “então daí, as crianças são acompanhadas mensalmente, o peso, se a criança baixou o peso, porque a baixou, se faz uma análise

com a mãe pra ver se abaixou, ou a mãe desmamou, se teve problema de diarreia, se internou, ou teve pneumonia, tem que descobrir a causa ne?”. Estes acompanhamentos são realizados em eventos que se chamam “celebração da vida”, onde são produzidos lanches e dadas as instruções importantes às gestantes ou mães com crianças pequenas. As irmãs e as líderes coordenam este importante trabalho, do qual possuem registros detalhados sobre a TIX. Em 2012 haviam 40 gestantes e 1040 crianças de 0 a 6 anos monitoradas – a totalidade de crianças nesta faixa etária, segundo Lucinda.

Nestas atividades, portanto, prestam auxílio pré-natal e pós-parto, principalmente fazendo encontros e cursos que incentivam aleitamento materno, questões de higiene e alimentação. No acompanhamento das crianças é feita a pesagem de todas nesta faixa etária, de forma periódica, o que é um motivo de orgulho para as irmãs, pois, assim, foi constatada a superação dos casos de desnutrição que ocorriam em mortes em meados dos anos 1990.

Outro elemento que ajudou no combate a desnutrição foi a introdução, pela pastoral, da multimistura, um preparado à base de cereais, folhas, sementes e casca de ovo para complementação alimentar. Este tipo de atividade, da produção de substâncias terapêuticas, nos leva a outra atividade altamente lembrada e valorizada entre os indígenas, ou seja, a “farmácia de fitoterápicos”.

Neste sentido, a pastoral da saúde produz medicamentos a partir de plantas medicinais. Estes medicamentos são tinturas, sabonetes ou xaropes distribuídos para a população carente local. A atuação da pastoral, portanto, também passa pelo diagnóstico de doenças consideradas leves, como nos conta Lucinda

Por exemplo, xarope de gripe, asma, por exemplo, lá eles curaram muita asma com o coração da bananeira né? Então o coração da bananeira é próprio pra asma. Pulmão, gente que fuma muito, e tem bronquite, então ajuda a botar pra fora os catarros que ficam grudados no pulmão. Então elas fazem a água de melissa pro sistema nervoso, sistema digestivo. A pomada milagrosa, que é feita com manteiga e com vinho, com própolis, e serve pra queimadura, pra cicatrização, pra qualquer tipo de feridas de furúnculos. O Barro, então pra tirar fora furúnculos, pra batidas, pra gastrite. Então, essas coisas, que 90 por cento são

as doenças mais comuns. Assaduras, aí algumas alergias, que daí a calêndula, tem a parreirinha, que não seja grave né? Picada de inseto, aí coloca o barro, que o barro puxa pra fora o veneno né? Cisco no olho, você fazer o sorinho caseiro, e lavar um olho e mexer com outro pra tirar o cisco. O banho, se você torce o pé, então fazer o banho com sal e com vinagre, fazer o vinagre da maçã que é bom pra colesterol. Pra triglicérides. É claro que coisas mais serias é encaminhado e tem que fazer o tratamento médico com antibiótico e com tudo que precisa (Irmã Lucinda).

Este conhecimento sobre ervas e produção de fitoterápicos é recebido fundamentalmente em cursos de formação que ocorrem em laboratórios ou encima de cartilhas elaboradas pela própria pastoral.

Durante a pesquisa notei que a Pastoral estava bastante interessada nos indígenas conhecedores dos “remédios do mato”. Frequentemente mantinha contato convidando-os a participarem como ministrantes em seus cursos sobre Plantas Medicinais – ou fitoterápicos – oferecidos para a população indígena interessada. Assim, do ponto de vista dos indígenas detentores de tais saberes, os agentes da pastoral seriam como “alunos” que têm buscado conhecimento com a população indígena durante muitos anos para produzir tais remédios. Nestes cursos, apesar destes indígenas conhecedores estarem em posição privilegiada como ministrantes, os agentes da pastoral mediavam a relação com os ouvintes filtrando informações e indicando quais plantas medicinais são de fato passíveis de utilização sem qualquer perigo, quais práticas são eficazes para sua preparação e quais as formas corretas de ministrá-los. Não era raro que estas intervenções mediadoras destoassem das práticas de utilização das plantas abordadas pelos indígenas conhecedores de “remédios do mato”.

Lucinda conta que sua atuação com os fitoterápicos é dialógica, pois aprende muito incorporando alguns conhecimentos em suas atividades ao mesmo tempo em que dissemina conhecimentos sobre plantas desconhecidas pela população local

Daí quando eu comecei a trabalhar, a Erva Santa Maria, que da aquela sementinha miudinha, então nos fazia com aquilo o chá, mas a gente não tinha estudado praticamente a erva, e não sabia que era bom também pra vermes né? Então um dia eu

falei com os Guaranis lá, ai eu disse, então vamos fazer um chazinho da erva Santa Maria, porque não tem os comprimidos ali, então vamos fazer. Daí ele disse assim, não, essa erva faz mal pra criança, a gente não dá pra criança pequena. Eu disse é, eu não sabia eu disse pra ele, então a gente vai estudar esta erva. Realmente a erva é toxica, porque mata os vermes né? Então tem que tomar cuidado com a erva. Muito sensível na criança. Então se usa mais o hortelã pimenta né, que é aquela hortelã roxinha né. Então são tudo coisinhas assim que a gente vai aprendendo com eles também né, com eles (Irmã Lucinda).

Assim, a pastoral, no discurso, tem a proposta de “incentivar a cultura” e, de fato, consegue articulação com as comunidades locais de forma muito produtiva e eficaz. Podemos perceber isto na incorporação das líderes nas tarefas desenvolvidas. Mas, apesar de valorizar os ditos conhecimentos indígenas, ainda existe uma preocupação em formalizar as práticas terapêuticas. Podemos ver isto claramente no modo correto de construção da proteção das fontes de água, na produção dos fitoterápicos ou mesmo nos cuidados com as mulheres grávidas. Como alega Lucinda, “a gente aprende com os indígenas, mas aí a gente estuda as plantas pra ver se fazem mal, aí prossegue incentivando o chá”. Me pareceu que, apesar da abertura, as irmãs ainda repetiam um discurso sobre a verdade e os modos sanitários corretos. Pelos relatos, ao menos em relação a estas práticas, senti que as atividades terapêuticas ainda teriam que passar pelo crivo científico.

5.2.4 - A Pastoral e os Serviços Oficiais de Saúde

Os serviços de saúde contaram muito com o auxílio da pastoral da saúde/criança passaram a se estruturarem na década de 1990 na TIX. Esta parceria rendeu iniciativas importantes que afetaram o cotidiano da população da TIX com a inclusão dos indígenas no aparelho burocrático da saúde. Na época, esta intermediação pela pastoral incentivou a formação de AIS, para os quais foram ministrados cursos sobre uso de plantas medicinais, processamento de remédios fitoterápicos, cultivo de hortas medicinais e o preparo e uso da multimistura na comunidade indígena (DIEHL, 2001; LANGDON et al, 2006). Em Medianeira (PR),

havia um laboratório de produção de fitoterápicos, para onde diversos indígenas foram enviados para realizar estudos.

Na atualidade, há participação efetiva das Irmãs da Pastoral e das líderes comunitárias nos processos de pesagem e vacinação das crianças nas aldeias em conjunto com membros da EMSI. A pesagem era realizada pela pastoral de forma independente voltada seus interesses próprios em acompanhar as crianças, mas, como tempo, Lucinda alegou que haviam muitas atividades paralelas e repetidas, o que levou a trabalharem articuladamente.

Neste sentido, a vacinação e a pesagem são previamente agendadas e quando as enfermeiras e a nutricionista desejam realizar estas atividades em aldeias que não possuam postos de saúde, a Pastoral faz a mediação e pede para que as líderes pastorais destes locais divulguem os horários da realização entre seus vizinhos. As líderes também oferecem o espaço de suas próprias casas como local para estas intervenções que, em termos individuais, são bastante rápidas. Para coordenar as atividades da Pastoral e da EMSI, existiam reuniões periódicas, ao menos uma por mês, onde eram feitas avaliações e planejamentos para o mês subsequente. Percebo que neste processo de aproximação entre Pastoral e EMSI há uma convergência de interesses, onde a EMSI alinha suas atribuições normativas com o exercício da vocação assistencial da Pastoral – e vice versa. Segundo o argumento de enfermeira da EMSI, o resultado desta parceria foi notável quando ao aumento da cobertura e efetividade destas ações em saúde específicas e da circulação de outras informações relativas aos programas do posto de saúde.

Outra situação interessante que ilustra o encontro da Pastoral com os Serviços Oficiais é o fato da administração do HRSP em Xanxerê estar a cargo das Irmãs Missionárias Franciscanas de Maria Auxiliadora, ou seja, a mesma ordem religiosa que desenvolve atividades de assistencialismo à população Kaingang da TIX – dentre outras populações pobres do oeste de Santa Catarina. Apesar de eu não ter percebido nenhuma consequência direta deste vínculo nos tratamentos oferecidos pelo HRSP aos indígenas, um aspecto positivo desta aproximação pôde ser verificado no processo formativo de técnicos em enfermagem indígenas que ocorreu em 2005⁵⁸. O curso foi promovido pela Rede de Promoção ao Desenvolvimento da Enfermagem da Região Sul (REPENSUL) e realizado junto ao departamento de enfermagem da UFSC. Este curso formou 10 técnicos em enfermagem, sendo que

⁵⁸ Ver convite da formatura da turma no anexo M.

muitos desses passaram a desenvolver a função nos diversos postos de saúde da TIX posteriormente. A participação da Pastoral foi extremamente importante por articular uma etapa da formação dos alunos indígenas. A organização do curso procurou Irmã Lucinda, a coordenadora da Pastoral da Saúde em Ipuacu na época, para buscarem apoio para as vagas de estágio dos alunos junto ao HRSP. Lucinda fez a ponte com a direção do hospital HRSP e conseguiu as vagas para estágios de todos os estudantes indígenas na referida instituição. Em entrevista, Lucinda contou que a atuação dos indígenas superou expectativas atendendo a população em geral, pois eram mais calmos que os outros estagiários não indígenas, além de aplicarem injeções e encontrarem as veias para coletar sangue com muita facilidade.

Obtendo sucesso na formação do grupo, Lucinda ainda conseguiu que estes indígenas realizassem um curso no Laboratório Yanten, em Medianeira no Paraná, onde aprenderam sobre a produção de remédios fitoterápicos. Seu intuito era dotá-los de conhecimentos sobre a produção de remédios nos moldes daqueles distribuídos pela Pastoral da Saúde à população em geral. Posteriormente, esta atividade passou a ser incorporada pela EMSI.

5.2.4 - Conflitos na atuação pastoral

Além das práticas terapêuticas mais imediatas, a questão da saúde também envolve outras esferas, como a dos direitos. Portanto, Lucinda reitera que uma das atuações que desenvolve diz respeito ao incentivo de engajamento dos indígenas na participação nas diversas esferas de discussão. Este empoderamento das comunidades é uma visão bastante particular da pastoral, talvez pelo fato de descenderem da Teologia da Libertação:

é mãe que morria e deixava crianças e a gente ia atrás e conseguia aposentadoria das mães que ficasse pras crianças, ou pra quem ficasse pra criar as crianças. Então gente tinha preocupação em encaminhar as pessoas, se formar as pessoas lá dentro da área pra que elas mesmas cuidem da própria saúde do seu povo, resgatar a cultura, participar de todos os conselhos que tem no município, é conselho de saúde, é conselho de infância e adolescência. (Irmã Lucinda)

Lucinda relata que nem sempre a sua presença foi pacífica. É claro que a entrada e a permanência da atuação da Pastoral na área indígena é consentida pelas lideranças indígenas e pela população local. Mas, Lucinda conta que, apesar de haver um acolhimento muito positivo por parte dos indígenas na atualidade, houveram diversos momentos e situações tensas. Citou uma época em que uma das lideranças estava sendo omissa com relação à diversos casos de mortes de crianças, além de se envolver em outros problemas com tráfico de drogas e estupros. Isto levou à denúncias ao Ministério Público, que passou a investigar os casos. Segundo relato de Lucinda, a mesmo não tendo sido ela a responsável pela denúncia, a culpa pela foi associada a ela pela liderança. Passou a ser perseguida e teve que se retirar da localidade por algum tempo. Lucinda conta que passou ministrar cursos em Xanxerê e que também incentivou a participação de indígenas interessados. Conta que a liderança mandava espões nestas reuniões com o intuito de fiscalizar as suas atividades, mas que, ao final, não resultou em maiores problemas. A tal liderança saiu do cargo depois de algum tempo, por motivos criminais, e Lucinda conseguiu retornar à Ipuçu para retomar suas atividades.

A pastoral tem uma visão bastante assistencial, mas está preocupada com atividades holísticas relacionadas à saúde. Existe essa preocupação com a questão da vivência em comunidade e da saúde coletiva que está associada a religiosidade como forma de guiar a vida e a visão de mundo. Além do mais, os carismas contribuem para este assistencialismo, pois vão de encontro às necessidades das populações pobres.

A busca pela absorção de agentes da comunidade indica a estratégia da pastoral em estabelecer redes que consigam chegar muito próximas do seu público alvo. Mas, o fato de ser voluntário, torna o trabalho instável e desarticulado pela alta rotatividade.

As atividades da pastoral são altamente valorizadas pela população Kaingang, principalmente as reuniões com gestantes e os remédios fitoterápicos. Apesar de existirem semelhanças com as práticas locais dos remédios do mato, os fitoterápicos ainda são medicamentos “científicos” e precisam ser testados.

Talvez o maior qualificativo com relação à pastoral seja a sua ocupação de um espaço de intersecção, pois consegue articular, por um lado, tarefas e atividades relacionadas à comunidade indígena e, por

outro, a melhoria dos serviços oficiais em saúde atuando na qualificação dos profissionais.

CAPÍTULO 6 – PROBLEMATIZANDO A ATENÇÃO DIFERENCIADA

Em 2002 foi aprovada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) (BRASIL, 2002), que delineou diretrizes quanto à forma de lidar com as especificidades dos contextos socioculturais buscando consoar o discurso em favor da cidadania indígena e do multiculturalismo, teoricamente tomados como marcos ideológicos da constituição de 1988 (BANIWA, 2012; DUPRAT, 2012), com as ações em saúde promovidas pelo estado. Ou seja, como política, elaborou um discurso baseado na promoção do princípio de atenção diferenciada para práticas de intervenção médicas e sanitárias junto a estas populações. Além da organização dos serviços, este princípio especifica a necessidade de respeito às práticas culturais e aos saberes tradicionais das comunidades inserindo-os, sempre que possível, nas rotinas do trabalho em saúde. Ele indica, portanto, que a atenção básica oferecida pelas unidades de saúde deve estar articulada com as práticas terapêuticas indígenas.

Enquanto instrumento retórico, a política é bastante interessante e representa um marco importante na chamada reforma sanitária brasileira desenvolvida nos anos 1990 (GARNELO et al, 2003). Entretanto, na prática, o princípio da atenção diferenciada ainda esbarra em dúvidas, ambiguidades e diversos outros problemas estruturais que refletem nos modos como o diálogo dos serviços oficiais de saúde com os indígenas são estabelecidos. De fato, as divergências emergentes expressam uma situação complexa que tem envolvido pesquisadores de diversas áreas em discussões visando problematizar e aprimorar a compreensão desta interface. Como exposto por Jean Langdon (2004), tal política lançou desafios para aproximar o discurso político da sua efetivação nos contextos específicos, como a tolerância e a articulação dos serviços oficiais com as práticas de autoatenção empregadas pelos indígenas. Ou seja, trata-se de uma problemática que, mesmo tendo passado 13 anos da sua promulgação, ainda requer muitos avanços para alcançar o dito respeito aos processos socioculturais dos grupos quanto a articulação com as práticas de saúde locais.

A Antropologia da Saúde e a Saúde Coletiva têm contribuído com tal debate fomentando um campo temático interdisciplinar em emergência (GARNELO e LANGDON, 2005). Em termos gerais os trabalhos produzidos, principalmente os de caráter etnográfico, têm elegido a compreensão dos contextos de atenção primária à saúde como

foco de análise no intuito de caracterizar amplamente as contradições entre as diferentes perspectivas dadas nos encontros entre os atores presentes em cada contexto sanitário. Uma característica comum é a tendência a uma crítica ao estado, aos serviços oficiais e, mais especificamente, às atuações dos profissionais de saúde, que revela, em última instância, que o estado tem dificuldades em atingir seus objetivos de promover atenção à saúde nos contextos indígenas de forma genérica e, mais especificamente, com relação às características propostas pela PNASPI.

Isto é uma constatação relevante, mas não me parece tarefa da antropologia ensinar como os profissionais de saúde devem atender seus pacientes e nem elencar as práticas de saúde que devem utilizar. Da mesma forma, não se trata de ensinar os indígenas como e quais são as formas corretas de utilização dos serviços ou os modos higiênicos ocidentais como forma de obterem melhores condições de saúde. Acredito, sim, que a antropologia pode contribuir com a problematização de alguns temas emergentes da PNASPI e, mais especificamente, do princípio da atenção diferenciada. Portanto, acrescentarei neste momento uma breve análise do princípio de atenção diferenciada e da práxis dos profissionais de saúde na TIX a fim de entender as ambiguidades que emergem deste encontro.

6.1 - Os Documentos oficiais e a questão da diferença

O propósito geral da PNASPI expresso em seu texto é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, como proposto pelas instruções gerais do SUS, “contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política para superação dos fatores que tornaram tal população vulnerável aos agravos à saúde, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura” (BRASIL, 2002, p. 13). Assim, no seio da PNASPI está expresso o que se convencionou chamar de atenção diferenciada, pois, em diversos trechos, a política passou a afirmar a necessidade de um modelo complementar de atenção à saúde às populações alvo das ações que orienta:

“A implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços – voltados para a proteção, promoção e

recuperação da saúde –, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo. (...) Para que esses princípios possam ser efetivados, é necessário que a atenção à saúde se dê de forma diferenciada, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos” (BRASIL, 2002, p. 06).

“O princípio que permeia todas as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas. A articulação com esses saberes e práticas deve ser estimulada para a obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas” (BRASIL, 2002, p. 18).

De forma mais ampla, podemos notar que o princípio de atenção diferenciada emerge das discussões que têm regido o modo como os estados democráticos modernos entendem como devem se comportar com relação às populações autóctones ao redor do mundo segundo o marco dos direitos na sociedade civil, bases que se desenvolveram desde meados do século XX e hoje orientam, ou deveriam orientar, as políticas sociais.

Em geral, nestes contextos, as populações autóctones passaram paulatinamente a ser tratadas – ao menos ideologicamente – como sujeitos dignos de respeito quanto à sua autonomia a partir de garantias jurídicas voltadas para criar condições de manutenção das especificidades de seus modos de vida ditos tradicionais. A convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2011), a Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural (DUDC) (UNESCO, 2002) ou a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas (ONU, 2008) podem ser tomados como marcos contemporâneos na política internacional que adentram esta discussão.

Tais documentos denotam e reafirmam o rumo à uma sociedade livre e participativa, considerados avanços na questão dos direitos civis das minorias. Todos são ferramentas que ressaltam o direito universal da

expressão da diferença, principalmente pelos povos autóctones, onde o pluralismo cultural é uma resposta política característica dos contextos democráticos – dada a premissa da ampliação das possibilidades de escolha pelas minorias (UNESCO, 2002). Assim, questões como a autodeterminação, direito ao consentimento livre, prévio e informado e o direito a manter suas culturas são reiterados praticamente em todos os documentos. O multiculturalismo, como base destas discussões, traz à tona a questão da diferença ao lançar a problemática do lugar e dos direitos das minorias em relação às majorias e da discussão do problema da identidade e seu reconhecimento (SEMPRINI, 1999).

A agenda Constitucional Brasileira, promulgada em 1988 (BRASIL, 1988), consoaria com tais diretrizes. Este texto reza no artigo 215, por exemplo, que “o Estado garantirá a todos o pleno exercício dos direitos culturais e acesso às fontes da cultura nacional, e apoiará e incentivará a valorização e a difusão das manifestações culturais”. No parágrafo 1º reforça que “o Estado protegerá as manifestações às culturas populares, indígenas e afro-brasileiras, e das de outros grupos participantes do processo civilizatório nacional”.

Assim, em linhas gerais, a PNASPI emerge deste contexto jurídico, pois, por um lado, estabelece a participação dos indígenas na gestão e execução de ações relativas aos serviços de saúde oficiais e, por outro, o respeito às suas práticas culturais e tradicionais em relação à atenção à saúde. A Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre povos indígenas e tribais trata deste último aspecto de forma mais direta:

“Na maior medida possível, os serviços de saúde deverão ser baseados na comunidade. Esses serviços deverão ser planejados e administrados em cooperação com os povos interessados e levar-se-á em consideração suas condições econômicas, geográficas, sociais e culturais, bem como seus métodos tradicionais de prevenção, práticas curativas e medicamentos” (OIT, 2011, p. 33).

Enfim, todas estas diretrizes são extremamente interessantes e valiosas por indicar que os indígenas conquistaram, finalmente, direitos com relação à diferença. Contudo uma análise mais detalhada pode demonstrar muitas ambiguidades em torno de termos centrais dos documentos, gerando dúvidas cruciais que podem interferir nos modos

como as políticas públicas são interpretadas e implementadas nos contextos particulares. Neste sentido, embora a noção de diferença subjaza o princípio da atenção diferenciada, em nenhum dos documentos ela está explícita de forma clara e incisiva. Situação semelhante ao que acontece com a noção de cultura, repetidamente acionada como qualificativo da diversidade ou da diferença.

De fato, apenas a DUDC esboça no seu preâmbulo que cultura deve ser entendida como “o conjunto dos traços distintivos espirituais e materiais, intelectuais e afetivos que caracterizam uma sociedade ou um grupo social e que abrange, além das artes e das letras, os modos de vida, as maneiras de viver juntos, os sistemas de valores, as tradições e as crenças” (UNESCO, 2002). Somado a este entendimento, chama a atenção o tratamento da cultura como patrimônio que, apesar de a DUDC fazer ressalvas da compreensão da cultura como relacionada à ideia estrita de mercadoria, torna enfática no artigo 9º a preocupação com a formulação de políticas culturais que fomentem o que chama de “produção e difusão de bens e serviços culturais”.

A constituição brasileira reitera uma noção semelhante ao atentar para a formulação de um Plano Nacional de Cultura no parágrafo 3º do artigo 215:

“A lei estabelecerá o Plano Nacional de Cultura, de duração plurianual, visando ao desenvolvimento cultural do País e à integração das ações do poder público que conduzem à: I – defesa e valorização do patrimônio cultural brasileiro; II – produção, promoção e difusão de bens culturais; III – formação de pessoal qualificado para a gestão da cultura em suas múltiplas dimensões; IV – democratização do acesso aos bens de cultura; V – valorização da diversidade étnica e regional” (BRASIL, 1988).

Na sequência, o artigo 216, torna mais claro que:

“Constituem patrimônio cultural brasileiro os bens de natureza material e imaterial, tomados individualmente ou em conjunto,

portadores de referência à identidade, à ação, à memória dos diferentes grupos formadores da sociedade brasileira, nos quais se incluem: I – as formas de expressão; II – os modos de criar, fazer e viver; III – as criações científicas, artísticas e tecnológicas; IV – as obras, objetos, documentos, edificações e demais espaços destinados às manifestações artístico-culturais; V – os conjuntos urbanos e sítios de valor histórico, paisagístico, artístico, arqueológico, paleontológico, ecológico e científico” (BRASIL, 1988).

Complementarmente, no Artigo 231 está escrito que “são reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens”.

Em suma, nos documentos a noção de cultura é tratada sob dois aspectos fundamentais agregados: um conjunto de sinais e um bem a ser portado pelos grupos sociais.

A cultura como um conjunto de sinais nos leva à aproximação da noção de cultura como definida por Edward Tylor no final do século XIX. Para ele, cultura “em seu mais amplo sentido etnográfico, é aquele todo complexo que inclui conhecimento, crença, arte, moral, lei, costume e quaisquer outras capacidades e hábitos adquiridos pelo homem na condição de membro da sociedade” (TYLOR, 2005, p. 31). Kuper nota que cultura, nesta perspectiva, “é um todo; ela é assimilada e abarca praticamente tudo o que se pode pensar, com exceção da biologia” (KUPER, 2002, p. 83). Como notado por Kuper, esta definição foi amplamente criticada no decorrer do século XX por inúmeros antropólogos devido ao seu baixo valor heurístico e operacional e por remeter ao preconceito. Trata-se de uma essencialização da cultura que também pode implicar na noção ordinária e de senso comum de que cada povo indígena possui uma cultura única, e unívoca, que o distinguiria dos outros povos e da própria sociedade envolvente. Cultura remetaria, assim, a um objeto fixo com fronteiras congeladas no tempo e no espaço, onde os traços utilizados para denotar sua identidade não poderiam ser partilhados por outras populações. Além do mais, a associação da noção de patrimônio parece denotar a emergência de um contexto político imperativo que parece transformar o

direito à expressividade da diversidade cultural em um fardo a ser carregado pelos grupos sociais – especialmente as minorias. Ou seja, mesmo as reiteradas alegações de superação da orientação tutelar pré-constituição de 1988, a tão reivindicada autonomia dos povos indígenas ainda esbarra na necessidade da expressão de sinais sob a pena de não reconhecimento dos seus direitos nas políticas da diferença.

6.2 - Os profissionais de saúde da TIX e as noções de atenção diferenciada⁵⁹

Infelizmente, essa essencialização se transporta para o modo como os profissionais de saúde atuam em contextos indígenas. Podemos afirmar que poucos deles parecem estar a par dos documentos oficiais que trabalham a noção de cultura, diversidade ou diferença como norteadores das suas práticas. No caso específico da TIX, onde todos os profissionais graduados não são indígenas, as reflexões perpassam pelo questionamento das necessidades terapêuticas por parte dos indígenas que, ao serem colocadas ao crivo da noção de atenção diferenciada, reproduzem representações e imagens sobre cultura e o ser índio destacando as posições de poder que ocupam em relação a oferta de práticas oficiais de atenção primária à saúde.

O trabalho de Portela Garcia (2010) demonstra, para a TIX, que esta noção remete a uma heterogeneidade de pontos de vista que realçam ambiguidades e polissemias a respeito do termo. Quer dizer, existem algumas noções entre os profissionais da EMSI que reconhecem o princípio de atenção diferenciada nas práticas de saúde que empregam, entretanto, estes não têm um acordo tácito quanto aos aspectos que as qualificam como diferenciadas. Como notou Portela-Garcia, estas percepções baseadas em suas atividades cotidianas remetiam a dois níveis: um nível instrumental e um relacional.

O nível instrumental do reconhecimento da atenção diferenciada teria a ver com a falta de infraestrutura e problemas das equipes para

⁵⁹ Nesta parte enfatizo novamente que realizei pesquisa de campo conjunta com minha colega Sandra Carolina Portela-García, a qual elaborou dissertação especificamente sobre a questão da atenção diferenciada na TIX (PORTELA-GARCÍA, 2010). Saliento que boa parte da sua experiência de pesquisa foi compartilhada por comigo e que, de certa forma, esta referências ao seu trabalho é um reconhecimento da sua sistematização dos dados – efetuada de forma brilhante.

realizarem determinados processos como os profissionais aprendem nas faculdades. Isto é, um dos problemas da atenção diferenciada aparecia quando os profissionais não conseguirem armazenar os medicamentos, não conseguiam combustível para as viaturas da SESAI para os deslocamentos, ou não contam com certo tipo de instrumentos. Isto os leva a elaborar uma série de estratégias para conseguir superar tais dificuldades. Neste sentido, vários profissionais da EMSI reclamavam da ausência de orientação nos programas de graduação que frequentaram alertando para o trabalho com populações com este tipo de dificuldades. Entretanto, contraditoriamente em relação a este mesmo nível, o discurso do dentista dizia que a atenção era diferenciada pela abundância de recursos ofertados aos indígenas na área odontológica, particularmente referindo-se aos materiais em geral (como pastas de dente, escovas, fios dentais, material para restauração e obturação) e às próteses dentárias distribuídas gratuitamente – diferentemente de sua experiência em outras localidades pobres.

O nível relacional do reconhecimento da atenção diferenciada, por sua vez, teria a ver com as dificuldades que surgem nas práticas diárias dos profissionais relacionadas a uma ideia de “diferença cultural”, a qual atrapalharia a execução dos procedimentos terapêuticos. Assim, a atenção era diferenciada na localidade porque os indígenas possuíam traços de comportamento que necessitavam ser contornados para efetivar a correta atuação profissional. Por exemplo, relatavam que era constante a necessidade de buscar os índios mais velhos na porta, convidá-los a adentrar no posto de saúde e acompanhá-los até o interior do prédio. Segundo os profissionais, os velhos teriam vergonha de falar o que estavam sentindo e ficavam esperando a iniciativa dos profissionais questionarem suas necessidades. Ou ainda, o fato de terem que explicar diversas vezes os procedimentos médicos e tratamentos aos indígenas porque possuíam um ritmo de entendimento diferente. Ou, num tipo de situação bastante criticada pela EMSI, porque os indígenas não seguiam as orientações de tratamento corretamente, abandonando medicamentos em favor da utilização de práticas desnecessárias ou contraditórias com os métodos biomédicos de atenção à saúde.

Por outro lado, o dentista, mais uma vez na contramão da equipe, relatou que a atenção era diferenciada porque o público era diferenciado no comportamento de forma positivada, ou seja, julgava que atender as crianças indígenas era muito melhor que atender as crianças nos contextos urbanos porque eram “menos manhosas” e acatavam mais facilmente suas solicitações.

Portela-Garcia (2010) também constatou que existe entre a maioria dos profissionais persiste o não reconhecimento de uma atenção diferenciada na localidade. No nível instrumental a justificativa para esta afirmação se pautava na associação do subsistema de saúde indígena como integrante do sistema amplo do SUS, ou seja, porque faz parte de uma estrutura organizativa e administrativa preestabelecida que, segundo tal perspectiva, não é o suficientemente flexível para atender à população de acordo com as suas particularidades.

Já no nível relacional, talvez mais importante aqui, reiteravam a ideia de que os Kaingang atualmente não vivem como indígenas. Para eles, a população local era uma comunidade pobre que teria perdido seus traços culturais originais e ancestrais. Isto poderia ser apenas mais um preconceito associado à população Kaingang, mas, no contexto em questão, servia de argumento corrente para justificar a ausência de necessidade de problematizar o modo como a população local era atendida pelos serviços oficiais e deslegitimar qualquer mudança nos procedimentos terapêuticos. Em outras palavras, a maioria dos profissionais, principalmente os não indígenas, deixava claro que não haveria uma necessidade de uma atenção diferenciada.

Nesta mesma direção, como notou Portela-Garcia (2010), existia outro argumento que ilustrava a relação dos indígenas com os contextos terapêuticos oficiais externos à TIX. Segundo os profissionais Kaingang da EMSI, o fato dos indígenas terem que esperar na mesma fila que todos os outros pacientes nas instituições públicas de saúde da região atestava a inexistência da atenção diferenciada nestes locais. Esta ideia, de certa forma, corrobora o que percebi entre os profissionais que atendiam os indígenas nas cidades vizinhas à TIX, a exemplo do Hospital São Paulo de Xanxerê, onde o assunto da atenção diferenciada sequer era pauta. Assim, de forma mais acentuada que os profissionais do posto de saúde da TIX, nestes contextos a preocupação com a burocratização, a rotinização e a padronização dos procedimentos não deixava opções senão a introdução dos indígenas nos modos de atendimentos oferecidos para toda a população segundo as orientações genéricas do SUS – muito embora na PNASPI esteja expressa, com relação à atenção de média e alta complexidade, a

“oferta de serviços diferenciados com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas (como os relativos a restrições/prescrições alimentares,

acompanhamento por parentes e/ou intérprete, visita de terapeutas tradicionais, instalação de redes, entre outros) quando considerados necessários pelos próprios usuários e negociados com o prestador de serviço” (BRASIL, 2002, p. 15).

Neste ponto podemos propor uma aproximação entre a atuação dos profissionais de saúde que trabalham na TIX e os agentes do indigenismo quando avaliamos a construção de uma imagem do índio. Baseio esta associação nos trabalhos de Alcida Ramos (2012), que compreende o indigenismo do século XXI como uma ideologia sobre diferenças culturais em contextos étnicos e nacionais. Uma construção ideológica sobre alteridade e mesmidade relacionada a um variado território onde imaginários sobre as múltiplas faces do índio emergem. Sustentando estas imagens está a anti-imagem do branco, do dito “civilizado”. Segundo Ramos, este contexto de ambivalência do ser índio propicia um meio fértil para a propagação de tantos índios quantos forem os agentes interessados em construir esse edifício multifacetado.

Aqui, entretanto, também parece interessante focar as consequências da burocratização e da profissionalização da atenção à saúde remetendo à investigação de Alcida Ramos (1995) sobre o indigenismo brasileiro que emergiu após a constituição de 1988 e construiu uma imagem particular do índio. A superação do regime militar foi um período marcante na emergência de ONGs e associações civis de defesa dos direitos dos índios, instituições que passaram a guiar suas atuações a partir do índio como um simulacro. Ou seja, para cumprir o destino ocidental da burocratização e, ao mesmo tempo, lidar com questões indígenas, a saída utilizada foi inventar um índio "burocratizável". Os índios "de carne e osso" passaram a ser filtrados, num processo de domesticação, para retirar sua alteridade criadora de desordem potencial. A ética profissional indigenista passou a calcar-se sobre uma imagem idealizada pelo distanciamento asséptico e formal. A burocratização e profissionalização das relações que envolviam a defesa destas populações representaram a emergência de uma figura hiper-real, um modelo de índio como “índio-modelo”. De fato, a autora nota que isto foi uma consequência do fenômeno mais amplo de "defesa dos direitos humanos", quando o "humano genérico" substituiu o indivíduo complexo, multifacetado e incontrolável pela ordem burocrática.

De fato esta análise de Ramos pode claramente ser associada a atuação profissional no campo da atenção primária a saúde em contextos indígenas – e mais especificamente na TIX. De forma geral, a relação dos índios com os brancos neste contexto não supera os problemas criados pela barreira interétnica. Ou seja, quando os profissionais alegam que os indígenas perderam seus traços culturais, a imagem hiper-real do indígena passa a figurar como um meio justificável para deslegitimar o acesso dos índios reais à atenção diferenciada. Os traços culturais originais figuram como capital simbólico na relação com o estado e, mais especificamente, com os profissionais de saúde – o que retoma, de certa forma, a ideia de cultura como patrimônio.

Bourdieu (2003) cunha o termo capital simbólico como um conceito que amplia a concepção marxista para além do acúmulo de bens e riquezas econômicas. Capital simbólico diz respeito a todo recurso ou poder que se manifesta em uma atividade social e, essencialmente, trata das características que permitem identificar os agentes no espaço social denotando distinções entre si. Ou seja, capital simbólico remete a operações de classificação relacionadas à posições dos agentes associadas a valores de crédito ou descrédito, reputação ou prestígio. Portanto, os grupos sociais existem nas classificações das representações contrastantes que são produzidas pelos agentes com base num conhecimento prático de distribuições expressos nos estilos de vida.

“Não existe prática ou propriedade (...) características de uma maneira particular de viver que não possa ser revestida de um valor distintivo em função de um princípio socialmente determinado de pertinência e expressar assim uma posição social”. (BOURDEIEU, 2013, p. 111-12).

Os símbolos de distinção estão associados a uma função expressiva, que os torna apreendidos como socialmente pertinentes e legítimos em função de um sistema de classificação. As propriedades deste sistema deixam de ser apenas bens materiais passíveis de troca e obtenção de lucros materiais para tornarem-se expressões, signos de reconhecimento que significam e marcam distinções em relação às outras propriedades. Em outras palavras, as diferenças são retraduzidas em marcas distintivas, signos de distinção ou em estigmas sociais.

“O capital simbólico - outro nome da distinção – não é outra coisa senão o capital, qualquer que seja a sua espécie, quando percebido por um agente dotado de categorias de percepção resultantes da incorporação da estrutura da sua distribuição, quer dizer, quando conhecido e reconhecido como algo de óbvio” (BOURDIEU, 2003, p. 145).

É neste sentido que Bourdieu trata do habitus, ou seja, um termo para explicar que a representação que os agentes se fazem de sua posição no espaço social é o produto de um sistema de esquemas de percepção e de apreciação incorporado. Portanto, o capital simbólico só existe na relação entre os grupos dotados de esquemas de percepção e de apreciação que os predis põem a reconhecer essas propriedades, ou seja, a instituí-los como estilos expressivos. Na economia das trocas simbólicas, toda diferença reconhecida funciona como um capital simbólico que obtém um lucro de distinção.

Portanto, a acusação de perda dos traços culturais torna a noção de diferença um construto marcado por relações de poder, muitas vezes contextuais, que fatalmente colocam acento sobre agentes que se alinham aos serviços e discursos oficiais. Nos próprios termos de Bourdieu podemos associar esta atitude a um habitus emergente do distanciamento dos brancos com relação aos índios, como fruto das relações históricas de desigualdade que geraram preconceitos e julgamentos externos, quanto ao construto pelas ideologias e cosmologias que envolvem a compreensão das doenças do modo biomédico – uma implicação séria nas atitudes terapêuticas primárias embasadas na ética profissional em saúde.

6.3 - Atenção Diferenciada entre a integração e a articulação

Como dito anteriormente, o conceito de atenção diferenciada não trata apenas da organização diferenciada dos serviços médicos, mas também do oferecimento de serviços oficiais que estabeleçam relações com as práticas de atenção à saúde utilizadas pelas comunidades. Contudo, as diretrizes que orientam e qualificam as relações dos serviços médicos oficiais e as práticas de saúde utilizadas pelas populações indígenas são tratadas de forma ambígua. A PNASPI fala

em “articulação dos sistemas tradicionais de saúde” (BRASIL, 2002, p. 13). Já a portaria nº 70, que aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, fala em “integrar as ações da medicina tradicional” (BRASIL, 2004, p. 2). Este jogo de palavras pode parecer sutil, mas tem implicações sérias no modo como os serviços oficiais encaram as formas de atenção à saúde das populações indígenas. Integrar e articular requerem estratégias políticas e culturais diferentes (LANGDON e DIEHL, 2007; LANGDON, 2013). Alguns casos nos servem de base para a discussão sobre as propostas e estratégias de aproximação das medicinas tradicionais aos programas de saúde, um processo reconhecidamente marcado por conflitos ideológicos (FERREIRA, 2010; 2013; 2013b).

Posso afirmar com segurança que a grande maioria das práticas terapêuticas estabelecidas pela EMSI na TIX não são voltadas a estabelecer nenhum tipo de conexão com as práticas indígenas. Pode notar isso claramente durante a minha pesquisa de mestrado quando acompanhei a tentativa de efetivação de um programa de enfrentamento aos problemas relacionados ao uso de álcool (GHIGGI JR e LANGDON, 2014). Na ocasião da pesquisa notei que os indígenas possuíam olhares específicos sobre estes problemas e desenvolviam estratégias autônomas para controlar o abuso de álcool na localidade (GHIGGI JR, 2010; GHIGGI JR e LANGDON, 2013). Entretanto, a EMSI em conjunto com a FUNAI e uma ONG do Paraná procurou impor uma metodologia externamente concebida segundo moldes universais de entendimento e ação sobre a problemática. Estas instituições até buscaram articulação com alguns agentes indígenas importantes da TIX, mas, no momento da efetivação da intervenção, não obteve nenhum sucesso em agregar participantes pela falta de abertura e conhecimento do contexto sociocultural.

Em outras ocasiões, entretanto, pude perceber que a EMSI expressava abertura e vontade de retomada e incentivo de algumas práticas ditas tradicionais de saúde dos Kaingang, contudo, os argumentos utilizados e as formas que isto acontecia estavam embebidos na ética do distanciamento epistemológico reproduzido pelas práticas profissionais. Um destes casos que acompanhei dizia respeito à utilização de plantas medicinais, que passaram a ser consideradas como um traço tradicional indígena que poderia ser aproveitada como forma alternativa de tratamento eficaz no combate à algumas moléstias.

Para entender como a EMSI agiu primeiramente é preciso levar em conta a atuação conjunta da Pastoral da Saúde, que em meados dos

anos 2000 incentivou alguns técnicos em enfermagem indígenas a participarem de cursos sobre plantas medicinais ministrados pelas Irmãs Franciscanas. Também, foram incentivados a frequentarem um curso mais completo em um laboratório de processamento de plantas medicinais em Medianeira no Paraná chamado Yanten. Lá eles aprenderam sobre os princípios ativos das plantas, sua nomenclatura científica e as finalidades de uma diversidade de vegetais. Aprenderam também a processar e extrair essências das plantas, como o faziam o pessoal da Pastoral da Saúde para atuar junto às populações carentes dos municípios vizinhos. Portanto, formalizaram e instrumentalizaram uma forma de lidar com as plantas medicinais. Sabiam quais plantas eram remédios e quais eram veneno, as doses a serem usadas e o modo correto de produzi-las – seja em forma de chá, abafado/infusão ou cozimento/decoção. Por um bom tempo o posto de saúde manteve uma horta com ervas medicinais utilizadas na produção de remédios fitoterápicos a serem distribuídos para a população local.

Ao acompanhar a atuação da EMSI, percebi que o argumento de incentivo e respeito às práticas ditas tradicionais Kaingang esbarrava em diversos problemas. Um dos pontos básicos, como havia notado Portela-Garcia (2010) em sua pesquisa sobre Diabetes e Hipertensão, dizia respeito à própria nomenclatura usada pelos profissionais de forma diferente daquela usada pelos indígenas. Enquanto os primeiros chamavam de fitoterápicos os segundos preferiam chamar as plantas e ervas de “remédios do mato”. Outro empecilho é que o incentivo às práticas tradicionais com plantas era bloqueado quando os profissionais da saúde avaliavam que algumas destas práticas estavam sendo feitas de forma equivocada pelos pacientes. Dessa forma, argumentavam que os índios no dia a dia usavam as plantas inadequadas que até poderiam ser nocivas a sua saúde, além de prepará-las de forma errada. Neste sentido, os profissionais sentiam-se na obrigação de orientá-los a abandonar tais práticas ou substituí-las pela utilização correta das plantas conforme a cartilha do laboratório Yanten (CPSLY, 2004) ou os manuais distribuídos pela Pastoral da Saúde – como os de Franco e Fontana (2001).

Outra situação que estava na mira e empolgava a EMSI era a retomada da ação das parteiras, que há algum tempo já não estavam mais ativas pelo fato dos partos das mulheres Kaingang serem majoritariamente realizados no hospital em Xanxerê. Esta retomada estava em discussão nos últimos anos, mas ainda não se sabia muito bem como se daria. Entretanto, o que me chamou a atenção foi o espanto de alguns membros da EMSI quando relatei algumas práticas

relativas ao parto que eu conhecia pela literatura sobre os Kaingang. Falei que muitas dessas parteiras também eram remedeiras, curandeiras ou lideranças locais. Além disso, muitas de suas práticas estavam voltadas para o grupo familiar ou os vizinhos. Expliquei que, além de diversos cuidados com relação à mulher grávida especificamente, as parteiras orientavam o marido a participar ativamente do processo de parto, por exemplo, cortando uma quantidade razoável de lenha na parte exterior da casa para que a criança fosse parida mais rapidamente. Os profissionais presentes na conversa acharam interessante tudo que relatei, mas falaram que isso tudo eram crenças dos Kaingang. Indicaram que não havia nenhum problema que o marido cortasse lenha ou fizesse qualquer exercício físico, desde que a mulher fosse bem assistida individualmente pela parteira.

Assim, retomando o que foi dito acima, em ambos os casos – dos fitoterápicos e das parteiras – a EMSI encaminhava suas ações para uma integração das práticas tradicionais. Portanto, integrar está orientado à identificação de práticas tradicionais e sua instrumentalização, ou seja, retirá-las do entorno social e cultural para incorporá-las nos programas de saúde. É uma forma de limitar os sistemas médicos indígenas e tradicionais, uniformizando-os e excluindo os caracteres plurais. Integrar retoma o aspecto de hegemonia e dominação por parte da biomedicina para decidir quais práticas são legítimas e adequadas excluindo outras inadequadas. Neste sentido, a medicina oficial se beneficia de status e poder, uma ciência autorizada para julgar a validade dos outros conhecimentos e práticas de saúde. Para utilizar outro termo interessante, trata-se de um processo de medicalização (MENÉNDEZ, 1998) da medicina indígena que seleciona, a partir da ótica do não índio, o que é legitimamente tradicional. Este processo incorre no perigo de elaborar uma medicina tradicional homogênea e hegemônica a partir de uma visão externa do que é ser índio (LANGDON, 2013) – da mesma forma que o fez o indigenismo e os profissionais de saúde construindo o índio hiper-real (RAMOS, 1995).

Para Langdon (2013), integrar remete à procura de práticas terapêuticas estritas que a ciência biomédica pode identificar como eficaz para a saúde e serem validadas pela biomedicina. A medicina científica tem como paradigma o modelo biológico do corpo como base dos processos de saúde e doença, onde a causa das doenças estão materialmente e individualmente expostas. Estes processos são universais, ou seja, se manifestam igualmente em diferentes contextos

socioculturais, o que leva ao argumento de poder de diagnóstico de doenças e suas causas em qualquer grupo, independente das características culturais, sociais ou econômicas. A validação das práticas passa pela avaliação da sua eficácia instrumental, ou seja, deve ser empírica e comprovada nos efeitos produzidos pela ação, principalmente, na dimensão biológica.

Outro ponto a ser levado em conta é que para integrar as práticas da medicina tradicional o sistema oficial precisa formalizar papéis. Ou seja, para ele a atuação dos profissionais são bem definidas segundo a formação, competências e responsabilidades. A organização burocrática dos profissionais remete à hierarquia, a categorias mutuamente exclusivas e domínios de atuação e competências claramente definidos. As fronteiras entre estas categorias são bem delimitadas entre os profissionais e entre o profissional e o leigo.

É preciso uniformizar a pluralidade. Essencializando a cultura, julgando e reduzindo as práticas a serem instrumentalizadas. Assim, se partirmos da autoatenção como mecanismo de empoderamento dos sujeitos e grupos domésticos, devemos considerar que existe articulação de uma série de conhecimentos e práticas que estão relacionadas à diversas tradições médicas. Ou seja, na prática os indígenas lidam com um contexto heterogêneo sem se preocupar com as descontinuidades entre si. Além disso, tomam como importante a pluralidade de recursos para tratar da sua saúde.

Neste sentido, tratar medicinas tradicionais como uma categoria reducionista não é interessante, principalmente se entendermos que os Kaingang agem sobre um contexto intermédico. Neste, a variedade de recursos utilizados pelos Kaingang seguem num contínuo que vão da informalidade à formalidade, ou seja, em alguns casos não há burocratização de papéis ou de competências, em outros há uma formalização não burocrática e, em outros, há total formalização. Da mesma forma, a gama de diferentes especialistas, terapeutas ou curadores nem sempre está definida por critérios de formação, competências e responsabilidades, valendo-se muito mais do reconhecimento da comunidade para serem legítimos.

Na TIX, esta gama de diferentes especialistas, curadores ou terapeutas reconhecidos pelos indígenas como referenciais atuam sobre práticas e conhecimentos antagônicos, mistos ou híbridos tendo em vista a multiplicidade de matrizes e recursos médicos que incorporam durante suas trajetórias de vida. Em outros casos, é extremamente complexo julgar o que é um especialista, ou enquadrá-lo em alguma categoria específica. Portanto, como alerta Langdon (2013), julgar quem são os

especialistas tradicionais pode levar à uma limitação em reconhecer que algum especialista possui eficácia instrumental e resultar na criação de novos papéis se não houver conhecimento sociocultural do grupo.

No contexto em questão também vimos que a fronteira do especialista com a do não especialista nem sempre é clara e boa parte do conhecimento não é de domínio de uma só categoria. Como é um contexto estratificado, especialistas podem ser reconhecidos por parcelas da população e não por outras. Além do mais, os saberes e práticas podem não estar limitados aos especialistas, mas sim, distribuídos entre outros membros do grupo que os utilizam de forma autônoma.

Também, podemos dizer que nem todos os recursos utilizados pelos Kaingang são subsidiados por relações contratuais que subjazem as relações médico-paciente, do mesmo modo que as práticas de atenção podem remeter a aspectos amplos e múltiplos, como rituais, ritos de passagem, reciprocidade, sociabilidade, fortalecimento de laços sociais ou aliança política, ou seja, são processos sociais e cosmológicos que não estão descolados de outros aspectos da vida social do grupo no próprio contexto intermédico.

Da mesma forma, segundo os diversos recursos identificados, não existe uma percepção unívoca do corpo e esta pode não se limitar a aspectos biológicos. Na pluralidade de concepções existem entendimentos que se aproximam à concepção biomédica, como é o caso da pastoral da saúde. Entretanto, em outros casos, as perspectivas sobre o corpo podem ser múltiplas e híbridas. Em muitos casos percebemos que os aspectos coletivos precisam ser considerados na apreciação das doenças que venham a se manifestar no corpo ou fora dele. Algumas práticas de prevenção e tratamento, portanto, devem examinar o contexto mais amplo para diagnosticar e tratar as doenças, levando em consideração eventos fora do corpo (biológico) para entender o seu início, causas ou tratamentos. Os tratamentos e causas de doenças podem estar no corpo social, nas relações conflitantes ou em poderes invisíveis.

As doenças, portanto, remetem aos conhecimentos que as populações têm do universo e seu funcionamento, a cosmologia. Mas, num contexto intermédico, os casos de doenças podem remeter a questionamentos que vão desde o registro dos efeitos até questões existenciais mais amplas – tendo mais a ver com religião ou filosofia do que com o tratamento biomédico. Além do mais, o processo de experimentação da enfermidade pode remeter a reelaboração constante das interpretações acerca dos estados por parte dos sujeitos enfermos,

reconhecendo diversas causas, usando vários diagnósticos e reavaliando o processo de saúde e doença no seu desenrolar. Neste sentido, a eficácia dos tratamentos é simbólica, ou seja, pode não ser fácil de ser identificada pela observação de efeitos biológicos e instrumentais porque são muito mais arbitrárias e negociáveis entre uma gama maior de atores envolvidos. Em suma, as práticas locais associadas aos recursos são mais abrangentes que as da biomedicina, pois não é possível isolar práticas de saúde das demais práticas socioculturais e do contexto intermédico.

Para finalizar, lembremos que o termo *tradicional* entre os Kaingang possui uma conotação bastante específica, ou seja, aos olhos de quem está de fora, trata-se de um sistema cosmológico híbrido que carrega em seu âmago aspectos simbólicos de um xamanismo indígena e do catolicismo popular ligado à figura de São João Maria. Ou seja, um verdadeiro paradoxo para a biomedicina que tenderia a separar o joio do trigo e, quiçá, nunca encontrar nada de essencial para absorver em termos de medicina tradicional.

6.4 – Multiculturalismo e Interculturalidade

Para Semprini, as resistências a uma sociedade mais diversificada e mais pluralista revelam que o multiculturalismo é fruto da crise do próprio projeto de Estado democrático laico moderno “construído a partir de um universalismo que era com frequência apenas um disfarce de uma monocultura sob os traços de um simulacro de humanidade incrivelmente branca e europeia” (SEMPRINI, 1999, p. 160). Para este autor, o cerne da modernidade descansa sobre fundamentos filosóficos que remetem a uma realidade objetiva, externa ao indivíduo que pode ser conhecida pelo raciocínio - concepções que norteiam o iluminismo e as ciências experimentais. Contudo, a epistemologia multicultural vem para afirmar o contrário, que a realidade é convencional, que o indivíduo participa de sua construção e que o conhecimento nada tem de objetivo ou definitivo: ele depende do poder e da história. Ou seja, em lugar de uma compreensão realista, o argumento multicultural aproxima-se muito mais de uma concepção relativista do universo social porque a experiência da diferença mostra que existem caminhos diferentes para se chegar à verdade e que esta está sempre dentro de uma trama conceitual, social e histórica.

Entretanto, como diferença e identidade, igualdade e justiça, relativismo e universalismo, racionalismo e subjetividade, cidadania, ética, direito são categorias filosóficas do próprio projeto moderno.

Estas concepções, como demonstrou Latour (1994), se apoiam em práticas de purificação para engendramento de divisões em zonas radicalmente diferentes entre gêneros. Neste sentido, será que as categorias modernas estão em condições de compreender as mutações em curso nas sociedades contemporâneas e de dar uma resposta às perguntas da sociedade que mudaram de natureza e forma de expressão?⁶⁰

Portela-Guarín (2008 e 2015), avaliando a situação da saúde indígena colombiana, convida à superação da noção de multiculturalismo. Sua justificativa está no fato do multiculturalismo fomentar as diferenças e afastamento entre as populações e inclui-las na agenda gerencial para seu controle pelo estado neoliberal. Como argumenta Ferreira (2015), o multiculturalismo neoliberal não questiona e nem transforma as relações assimétricas de poder entre o estado e as populações indígenas, pois, ao resolver a coexistência de traços culturais diversos, valoriza a cultura hegemônica e subalterniza e marginaliza as outras culturas tomadas como exóticas – uma insistência sobre a

⁶⁰ Poderíamos ainda complexificar esta questão e tomar o perspectivismo ameríndio como base da discussão para avançarmos na crítica ao relativismo e colocar em suspensão a própria dicotomia natureza/cultura (VIVEIROS DE CASTRO, 1996). Neste sentido, enquanto o relativismo cultural toma como base a existência de uma natureza humana comum sobre a qual emerge a diversidade de culturas passíveis de comparação entre si, a noção de multinaturalismo contida no perspectivismo propõe uma inversão desta relação. Baseado nas cosmologias das populações indígenas amazônicas, Viveiros de Castro problematiza a epistemologia que reitera unidade de uma natureza humana para afirmar que a unidade, de fato, estaria nos tipos de relações entre as posições – pronomes – cosmológicas, ou pontos de vista, passíveis de serem ocupadas pelos agentes. Esta compreensão do cosmos remeteria a emergência de culturas tão distintas quanto as possibilidades de naturezas associadas, tornando impossíveis as comparações entre si. Esta epistemologia torna, conseqüentemente, o relativismo inconcebível do ponto de vista ameríndio. Como não são os indígenas que elaboram as concepções de diferença ou cultura que regem a sua própria existência frente ao estado moderno, resta a eles aprender a operar segundo as categorias dos brancos – um tipo de controle que certamente representa uma seqüela colonial – e desenvolver estratégias práticas para o embate às formas de opressão. Gersen Luciano [Baniwa] (2006) já enfatizou que os povos indígenas têm dificuldade em entender o modo como os brancos trabalham, especialmente a partir da formulação de categorias estrangeiras como interculturalidade, diálogo cultural ou projeto.

diferença cultural pode ocultar a produção de desigualdade social (PIZZA, 2005).

É a partir de discussões como estas que a categoria interculturalidade emerge no campo político, associada ao que se convencionou chamar de diálogo intercultural. Para Ferreira (2015) a proposta de Atenção Diferenciada contém em seu âmago tal noção pelo fato de explicitar a articulação dos serviços médicos com os saberes e práticas tradicionais e, ainda, pelo fato da PNASPI considerar a participação indígena na elaboração e gestão da saúde.

O discurso da interculturalidade estaria pautado por dois vieses, um de tipo funcional, ou seja, remeteria à interlocução para resolução de um problema comunicativo voltado para resolver os riscos e incompreensões linguísticas e culturais. O outro de tipo prescritivo, ou seja, associado a um projeto de transformação social voltado para a construção de relações simétricas e dialógicas, pautadas no reconhecimento mútuo e respeito à diferença. A segunda opção seria o viés mais coerente com a proposta de uma atenção diferenciada mais efetiva, que, segundo a visão de Portela-Gurarín (2008 e 2015), estaria associado ao diálogo entre as diversas epistemologias que norteiam processos de saúde e enfermidade. Entretanto, para Ferreira (2015) e muitos outros autores que trabalham a saúde indígena, a perspectiva funcional da interculturalidade acaba sendo a hegemônica neste no campo político das políticas públicas, atuando como um meio de adaptar e adequar as mensagens sanitárias aos contextos locais – uma vez que a verdade sobre os processos de saúde e doença ainda são exclusivos da biomedicina.

Além do mais, Ferreira (2015) percebe que a noção de zona de intermedicalidade constitui a forma assumida pela antropologia médica passa a falar da interculturalidade. Tal zona, como foi descrita neste trabalho, acrescenta mais problemas à implementação das políticas de saúde indígena, pois trata de uma interação entre diversas tradições medicas que a perpassam e não uma simples dicotomização entre saberes biomédicos e tradicionais e, muito menos, um determinismo cultural que remete à crenças que os indígenas seguem cegamente. A PNASPI não reflete sobre a noção de interculturalidade e a transforma em adjetivo que qualifica o campo da saúde indígena, sem atentar para as relações assimétricas constitutivas da zona de contato intermédico.

6.5 - Concluindo o Capítulo

Diversas ambiguidades e impossibilidades marcam a efetivação da atenção diferenciada para a saúde dos povos indígenas. Desde as categorias sobre as quais assenta, a relação com o estado neoliberal democrático até as atitudes dos profissionais de saúde no contexto específico da TIX remetem a construção de uma imagem hiper-real do indígena associada a uma essencialização da noção de cultura para controle das populações exóticas. A ideia de diferença, portanto, é assumida de forma a afastar as culturas e evitar a simetria das relações de poder entre as diferentes culturas. Em resumo, a integração, ou instrumentalização, de práticas equivalentes da biomedicina não leva em conta a heterogeneidade dos contextos locais e suas especificidades culturais. A perspectiva integracionista, central no discurso dos profissionais de saúde, remete à colonização das práticas pelo saber biomédico mesmo a partir de categorias e propostas críticas sob os auspícios do abuso da racionalidade (BIBEAU, 1997; BOCCARA, 2015). Isto está claro e presente no modo como gestores das políticas de saúde é elegem as medicinas tradicionais e indígenas como o “outro” do diálogo intercultural (FERREIRA, 2015). O contato entre as culturas é tomado como dado entre duas entidades claramente delimitadas. Os efeitos disso são as imagens estereotipadas sobre os povos indígenas onde “cultura e medicina tradicional conceituadas no molde museológico, procurando traços culturais, homogeneidade e integridade que não existem” (LANGDON, 2007, p. 9).

Esta visão está associada às limitações do próprio estado moderno, que parece não estar apto a integrar uma diferença autêntica que não seja comandada por cima, nem pasteurizada, para se tornar digerível. Ao lidar com a questão da diferença o multiculturalismo tornaria emergente uma profunda crise vivenciada pelos estados modernos, pois, nas sociedades contemporâneas está posta a emergência da questão do reconhecimento do outro e, conseqüentemente, das reivindicações acerca da alteração do espaço social e das condições históricas e socioeconômicas calcadas no individualismo em favor de um espaço público subsidiado por um fundo cultural. Nas últimas décadas a diferenciação étnica ampliou-se consideravelmente, uma vez que as políticas identitárias reivindicam as especificidades dos grupos sejam reconhecidas e leis sejam criadas, podendo ir da simples concessão de direitos ou privilégios especiais até a concessão de formas de autonomia política e governamental. No Brasil, a categoria etnia teria

sido tomada pelo estado tutelar anterior da constituição de 1988 como marco de territorialização para controle administrativo dos povos indígenas na superação dos valores autóctones para integração à nação. Atualmente, tal categoria tornou-se extremamente valiosa no novo projeto democrático multicultural catapultando políticas de identidade e suscitando uma série de processos de emergência de limites e fronteiras étnicas entre grupos indígenas (OLIVEIRA FILHO, 1998). Ramos (2012) nota que a territorialização prossegue na atualidade e esconde uma questão mais fundamental, ou seja, a persistência no credo da unidade nacional brasileira que toma a nação como indivíduo coletivo – ao gosto do Estado tutelar – e não como a coletividade de indivíduos de inclinação liberal. Segundo a autora, neste contexto os índios ainda são o protótipo do objeto de tutela pelo Estado e pela nação, onde a essencialização da cultura permanece como uma das bases instrumentais para formulação e legitimação do acesso às políticas identitárias e culturais.

Neste sentido, é preciso reconhecer que as relações entre os profissionais de saúde e as comunidades indígenas não escapam do contexto mais amplo de relações interétnicas. Este contexto interétnico é caracterizado por relações de hierarquia que subalterniza os indígenas em relação ao restante da população. Ao mesmo tempo, hierarquiza os saberes e coloca a biomedicina em posição superior ao saber dos indígenas, tornando ainda mais difícil o respeito a estas populações. Isto nos leva a perceber que, por outro lado, articular os serviços com os saberes indígenas ou tradicionais não é uma tarefa fácil, pois, a medicina oficial e os saberes utilizados pelos indígenas podem remeter a modelos de saúde e doença com lógicas radicalmente diferentes. Assim, como as os saberes locais atuam a partir de categorias e processos que não se conformam com os da medicina hegemônica, articular exige ouvir o outro na tentativa de adequar os serviços de saúde ao contexto intercultural específico. É preciso reconhecer a complexidade e diversidade de saberes e práticas e, fundamentalmente, manter uma abertura para epistemologias diferentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho procurei abordar o campo da atenção à saúde que abrange a população indígena Kaingang da TIX como um contexto emergente e dinâmico. A abordagem aqui elaborada teve como objetivo elucidar a presença indígena a nível regional e denotar os modos como os Kaingang envolvem-se em processos interétnicos e interculturais recortados por esta temática.

Vimos que os Kaingang sofreram, ao longo da história do contato com os não indígenas, com processos de violência estrutural que fomentaram a precarização das formas de subsistência e, conseqüentemente, da reprodução bio-social dos grupos. Por um lado, este longo processo transformou os indígenas em população subalterna, forçando-os a se estabelecerem, em sua grande maioria, como assalariados dos não indígenas ou dependentes de programas e políticas públicas assistenciais. Por outro lado, tal contexto de subalternidade fez com que os indígenas desenvolvessem formas autônomas e criativas para lidar com tal situação para estabelecer, além de conflitos, relações de aproximação e cooperação com as populações vizinhas como parte das estratégias de sobrevivência.

Assim, como tenho dito, o campo de atenção à saúde sintetiza estas questões e nos faz refletir sobre tais estratégias. Neste sentido, propus utilizar uma abordagem relacional, inspirada em Menéndez (2009), para dar ênfase à dimensão da agência e às dinâmicas de circulação dos Kaingang para explorar sua capacidade de dialogar em diferentes esferas e situações. Para tanto, a abordagem proposta privilegiou um recorte partindo de duas intencionalidades inter-relacionadas, ou seja, segundo a *procura* e segundo a *oferta* terapêutica.

Com relação à procura terapêutica explorei os itinerários terapêuticos percorridos pelos sujeitos e grupos domésticos Kaingang. Foi possível, neste âmbito, demonstrar a articulação de uma diversidade de saberes e práticas terapêuticas na resolução pragmática de seus infortúnios e enfermidades – superando possíveis incompatibilidades ou antagonismos ideológicos. Os processos de autoatenção são fundamentais para entender esta articulação, pois demonstram o empoderamento dos sujeitos frente aos processos de saúde e enfermidade na medida em que investem na agência. No caso dos Kaingang, a autoatenção evidencia o papel das mulheres como gerenciadoras dos fluxos comunicativos nos processos de saúde, enfermidade e atenção, pois são elas que, em grande medida, avaliam o

desdobramento dos processos e decidem os rumos a seguir. Este papel é determinante para a circulação dos indígenas por espaços terapêuticos diversos, muitos deles distantes de suas residências, devido à sua capacidade de articulação e engajamento com outros atores significativos baseadas em relações de troca e sociabilidade.

A partir da orientação voltada à procura terapêutica foi também possível identificar a pluralidade de recursos utilizados pelos indígenas. Esta pluralidade foi efetivamente abordada a partir da perspectiva da oferta terapêutica, a partir da qual elucidamos os arranjos organizativos segundo os quais os recursos terapêuticos estão distribuídos e disponíveis como referências para a circulação dos sujeitos e grupos domésticos. Ou seja, a isto que chamei de *redes terapêuticas* envolve a atuação de agentes, instituições, eventos e práticas que são reconhecidos a partir de conexões entre si e também pelas continuidades simbólicas e práticas autorreferenciadas entre os agentes. A noção de rede é inspirada em Latour (1994) por ser “mais flexível que a noção de sistema, mais histórica que a de estrutura, mais empírica que a de complexidade” (p. 94).

Portanto, estas redes não foram tomadas como sistemas médicos ou modelos de atenção à saúde e não estão isoladas entre si. Elas podem ser entendidas mais como espaços de fronteira, segundo Boccara (2009), que atravessam os processos interétnicos e revelam a fluidez e o caráter constituinte das relações que se desenvolvem entre os diferentes agentes sociais. Para Hannerz (1997), fronteira é um termo que faz referência a coisas que não permanecem no seu lugar, a mobilidades e expansões variadas marcadas pela criatividade por deslocamentos situacionais e combinações inovadoras que (re)organizam os recursos de novas maneiras. Os próprios agentes participam das zonas de fronteira modelando a si mesmos por peculiaridades de sua biografia, gosto e cultivo de talentos, implicando em jogos que problematizam distinções nítidas entre os grupos.

Assim, na TIX, descrevemos o campo de atenção à saúde entrecortado por quatro redes terapêuticas: os crentes e as igrejas evangélicas, os católicos tradicionais, a pastoral da saúde e os serviços oficiais de saúde. Neste sentido, as atuações referentes às redes terapêuticas estão associadas a diferentes processos legitimadores: os serviços oficiais de saúde alimentam-se de uma visão externa e extremamente burocratizada dada na definição estrita de papéis dos agentes segundo tarefas e especialidades terapêuticas distribuídas na rede estruturada do SUS; a pastoral da saúde, que possui uma visão bastante assistencial da situação da saúde e atua numa posição que

consegue se articular tanto com a comunidade indígena quanto com os serviços oficiais de saúde; os crentes e as igrejas evangélicas, que argumentam para uma formalização dos papéis e à atuação das igrejas e estruturam-se a partir de uma rede ampla de congregações que os colocam em contato com a comunidade de “irmãos” em termos universais, na prática dependem severamente da agência indígena como o meio principal para manutenção da sua atuação na localidade; e os católicos tradicionais, que estão muito mais associados a atuações pontuais de agentes e atividades específicas altamente referenciados pela população indígena pelos habitantes dos arredores da TIX.

Nestas redes, os indígenas detém maior autonomia entre os católicos tradicionais e entre os crentes, visto que a institucionalização da pastoral da saúde e dos serviços institucionais os engessam as possibilidades de agência e relegam aos indígenas papeis ainda subalternos. Assim, a atuação dos agentes inseridos em cada uma destas duas redes é um lócus privilegiado para elucidar os modos como os recursos emergem em contexto dinâmico. Por parte dos agentes isto envolve, no plano discursivo, certa reivindicação de alinhamento individual quanto às formas de interpretação e ação frente às enfermidades. Como coloca Menéndez (2009), existe uma busca de fortalecimento de identidades relacionadas a modelos de atenção à saúde como capital simbólico para negociação no campo mais amplo de saber/poder. Mas, por outro lado, diferentes intensidades, as práticas terapêuticas também estão voltadas para a aproximação e conexão com agentes vinculados a outras *redes terapêuticas* ou mesmo superação dos limites colocados pelos modelos de atenção ou sistemas simbólicos. Em muitos casos, são processos que podem incluir atividades voltadas para fins pragmáticos bastante específicos, como no tratamento de alguma pessoa enferma ou o exercício de alguma prática terapêutica.

A abertura ao diálogo aponta para a construção da experiência baseada em trocas e trânsitos dos agentes dados em mobilidades que incluem a incorporação de diferentes saberes apoiados em diferentes tradições médicas. É claro que a depender dos espaços e tipos de vinculação, envolvem níveis diferentes de abertura para incorporação, resignificação ou reelaboração de suas próprias atividades. De o fato, o campo de atenção à saúde é modificado, implicando na introdução de novas enfermidades e tratamentos que atualizam e modificam processos de saúde e doença, experiências de sofrimento e práticas de atenção. A dimensão da agência nos leva, portanto, às já conhecidas dinâmicas de *intermedicalidade*. Talvez este processo esteja mais claro do ponto de

vista da autoatenção e dos itinerários terapêuticos, pois é neste nível que as diferentes formas de atenção são articuladas pelos sujeitos e grupos domésticos na solução de problemas, superando diferentes incompatibilidades epistemológicas ou limites simbólicos. Entretanto, o que estou tentando argumentar é que a intermedicalidade também acontece no nível da oferta terapêutica, ou seja, se existem modelos de atenção estes são atualizados na práxis pelos agentes que por eles respondem na sua interlocução no campo da atenção à saúde. Como já percebeu Oliveira entre os Kaingang da TIX, trata-se da “existência de sínteses de diversas práxis que refletem ou espelham o contexto histórico específico dos seus agentes” (1996, p. 191). Neste sentido, os diversos agentes, especialmente associados aos católicos tradicionais e aos crentes, avaliam, reelaboram, ressignificam, incorporam ou rejeitam elementos das diversas tradições médicas com as quais têm contato ao longo de suas trajetórias.

Enfim, no contexto em questão tornou-se interessante investigar os processos de interculturalidade, as redes terapêuticas e as práticas de autoatenção para superar as noções de sistema médicos e dar conta destas mobilidades, fluxos, dinâmicas de circulação, trânsitos e agência dos indígenas e torná-los visíveis no cotidiano regional e, mais especificamente, no campo de atenção à saúde. Entretanto, existem ressalvas quanto a um possível apagamento da etnicidade Kaingang que a exacerbação que a abordagem do hibridismo, da fluidez ou do estudo de redes pode indicar a partir de um olhar desatento dado na modificação dos traços culturais.

Apesar de muitos estudos antropológicos da virada do século XXI terem se voltado às mobilidades e encarando a fluidez como uma leitura possível para às dinâmicas culturais atuais, como mostra Hannerz (1997), Miguel Bartolomé (2005) entende que noções como estas são tautologias. Para ele, por definição, as culturas em geral sempre foram híbridas e dinâmicas, mas, na atualidade, o que chama a atenção é a velocidade com que os elementos simbólicos e materiais circulam globalmente. Este autor argumenta contra uma perspectiva essencialista, assumindo que as culturas e identidades são resultantes de sistemas interativos e que constituem expressões contextualizadas em processos históricos. Segundo Bartolomé, as culturas nativas constituem configurações resultantes de múltiplos contatos culturais do passado e do presente, ou seja, emergem de um processo de estruturação e reestruturação histórica, incorporando e integrando o que lhe é apropriado. Estas configurações são, portanto, o resultado contemporâneo do processo histórico e cultural seguido pelas

coletividades étnicas, cuja aparência atual, muitas vezes, não lembra sua fisionomia pré-contato.

Oliveira Filho (1998, 1999) alega que o reconhecimento de uma coletividade que se enquadra como sociedade indígena deveria partir da investigação de seus critérios identitários e a explicitação de fatores simbólicos que conectam os índios atuais com as populações autóctones e não com a comprovação de uma pureza cultural. Este autor trata como um grave equívoco a exacerbação da singularidade das culturas indígenas como autênticas e imaculadas de instituições coloniais. A concepção naturalizada de cultura adéqua-se à representação do senso comum sobre o índio, um indivíduo no meio da selva portando ferramentas rudimentares. Isto teria consequências para uma representação de primitividade, para uma polaridade entre culturas indígenas intocadas e aquelas afetadas por processos de aculturação. Para este autor as manifestações simbólicas dos índios atuais são marcadas por diferentes tradições culturais. Assim, para serem componentes legítimos de uma cultura, os traços não precisam ser exclusivos daquela sociedade – podem ser compartilhados com outras populações. Também, não precisam ser ancestrais ou antigos, mas sim, podem constituir-se em adaptação de pautas culturais no mundo moderno e globalizado, pois, as unidades sociais não se mostram autocontidas, descontínuas e territorializadas. Estão sim, imersas em processos onde elementos exógenos que são ressemantizados e tornam-se fundamentais para preservação ou adaptação de uma organização social ou um modo próprio de vida indígena. Assim, no caso dos indígenas, a base histórica e étnica dos grupos pode até indicar certa homogeneidade, mas, contemporaneamente, não se pode identificar um único estilo de vida ou cultura na mesma localidade ou entre a mesma etnia.

Transfiguração étnica é o nome que Bartolomé (2006) dá ao processo de adaptabilidade estratégica que as sociedades subordinadas geram para sobreviver no tempo, desfocando, no processo, seu próprio perfil cultural. Este processo é inerente às dinâmicas culturais, que o utilizam para poder seguir existindo sem deixar de ser o que se era. Portanto, a adoção de mudanças não significa uma abdicação identitária, mas sim um meio para perpetuação cultural ao torná-la mais compatível com a proposta da sociedade dominante ou dos contextos regionais e globais. Bartolomé atenta que os mecanismos presentes nas transfigurações étnicas são processos que envolvem atividade de sujeitos sociais que interagem com as estruturas conjunturais. Não se

trata, portanto, de crer que existam reminiscências de um passado arcaico, mas sim, aceitar que as culturas envolvem configurações dinâmicas criadoras do presente. Neste sentido, talvez nunca tenha existido uma configuração essencial, senão, sucessivas configurações dentre as quais está aquela que se manifesta no presente. É desta maneira que as comunidades nativas têm sobrevivido durante séculos não somente como resistência às mudanças, mas, talvez de forma mais fundamental, como expressão de uma constata adaptabilidade estratégica a estas mudanças.

Bartolomé (2005) salienta que as configurações étnicas atuais não contêm somente consequências lineares de relações políticas, culturais e econômicas assimétricas, mas, também, vastas construções ideológicas resultantes das representações coletivas geradas por estas relações. Para ele, qualquer movimento de dominação ou colonização não conseguiu abolir por completo a capacidade de simbolização coletiva estruturada dentro dos códigos culturais próprios das tradições não ocidentais. Neste sentido, os povos nativos conservam, em maior ou menor medida, sua capacidade de construir significados e incorporá-los a sua visão de mundo a partir de estímulos externos decifrados com base em seus próprios códigos simbólicos. As construções resultantes são as que estimulam a existência das configurações étnicas contemporâneas. A partir disto podemos avaliar o que acontece com as religiões cristãs entre os Kaingang por representarem recortes, entre as redes de atenção à saúde, onde a agência indígena é evidenciada e desejada.

Como apontado no decorrer do trabalho, as relações entre Católicos Tradicionais e os Crentes são as mais polêmicas na TIX. Ou seja, no âmbito do discurso existe uma rejeição mútua entre os membros dos dois grupos quanto às concepções cosmológicas e práticas em geral que, em alguns momentos, remetem a um completo antagonismo. É comum, portanto, perceber acusações mútuas pautadas em aspectos muito semelhantes, onde os agentes do grupo contrário estariam voltados efetivamente para fazer o mal, extorquir dinheiro ou simplesmente faltar com a verdade e enganar a população. Por parte dos crentes, os católicos são taxados de ignorantes por acreditar em curandeiras, benzedeiras e outras práticas místicas mentirosas que estariam apenas interessadas em arrecadar dinheiro para benefício próprio. Como são protestantes, os crentes abominam a infinidade de santos e imagens adoradas pelos católicos em geral. Os crentes também acusam os terapeutas católicos de feitiçaria alegando que na verdade só fazem o mal enviando doenças às pessoas. Por parte dos católicos, além da feitiçaria e do interesse no dinheiro, os pastores crentes são

frequentemente acusados de responsáveis pela decadência da *tradição* e das práticas associadas pela crescente conversão da população local. Esta problemática em torno da religiosidade é central entre os Kaingang (ALMEIDA, 1998 e 2004; VEIGA, 2004), e os pesquisadores acabam reificando a existência de certa colagem entre a “tradição indígena” e o catolicismo popular como a cultura autêntica Kaingang. Mas, talvez isto represente uma vontade romântica em contrapor os grupos para situar a dicotomia entre aqueles que advogam em torno da preservação da cultura autêntica dos indígenas e os que não se importam com isto.

Percebo que esta dicotomia entre os grupos é algo extremamente presente na sociologia da TIX, entretanto, ao analisar as práticas e as concepções em torno dos terapeutas ou agentes relacionados aos crentes e aos católicos, também são perceptíveis diversas continuidades. Isto fica claro quando avaliamos comparativamente a práxis dos agentes evangélicos e dos terapeutas católicos. No caso dos primeiros, percebemos a presença de dons espirituais relacionados à visão, à cura, ao profetismo, à revelação como forma de manifestação de deus ou do espírito santo no plano terreno através de algum fiel no plano terreno. No caso dos terapeutas católicos, a atuação é dada na intermediação de guias espirituais e na composição de uma série de categorias de agentes.

Da mesma forma, embora eu tenha argumentado para uma razão pragmática por trás dos itinerários terapêuticos, estas continuidades estão presentes na forma como os sujeitos e grupos domésticos orientam suas perspectivas e ações frente às enfermidades em geral. Pois, de alguma forma, o modo como estes recursos estão organizados e dispostos, os tratamentos ofertados, e mesmo os entendimentos associados ao desenvolvimento das doenças, fazem sentido no contexto local.

Portanto, corroborando com o que nos colocou Bartolomé (2005), as formas que se apresentam as religiosidades cristãs na TIX remetem a uma continuidade, a um pano de fundo comum que vão além dos aspectos simbólicos que as separam. As representações e práticas nos fazem pensar na existência de uma cosmologia de fundo presente e compartilhada pelos indígenas. Assim, apesar da divisão entre os grupos crentes e católicos, as manifestações religiosas corroboram com a existência de uma lógica sobre as quais emergem em resposta a certa visão de mundo. Ou seja, o modo como as doenças acontecem, e os tratamentos são utilizados, remetem a um conjunto de esperanças, uma transfiguração étnica que denota a forma como a configuração cultural está expressa via religiosidade. Neste sentido, as práxis relacionadas ao

cristianismo poderiam ser tomadas como extensões das cosmologias nativas, como já demonstraram diversos autores para outros grupos indígenas brasileiros (WIJK, 2004 e 2004b; WRIGHT, 1999; VEIGA, 2004). Neste sentido as atuações pragmáticas, as dinâmicas de circulação e, mais fundamentalmente, a agência Kaingang talvez estejam respondendo a uma visão de mundo que orienta a criação e procura pelas práticas terapêuticas.

Enfim, não quero me estender nesta discussão, mas espero ter elaborado subsídios para problematizar e, de certa forma, qualificar a PNASPI tendo em vista que a emergência das medicinas tradicionais são ferramentas para o empoderamento dos grupos indígenas frente à mobilização estatal. Fundamentalmente, espero ter contribuído para uma problematização da essencialização da noção de cultura, associada a uma imagem do índio genérico e hiper-real, presente nos modos como os profissionais de saúde entendem as atividades terapêuticas dos povos nativos. Neste sentido, o respeito a cultura e às práticas tradicionais não pode ignorar os processos de transfiguração étnica e conceber que as culturas assumem formas variadas segundo configurações dinâmicas modeladas em estratégias adaptativas ao longo do tempo e a partir dos processos de contato interétnicos. Estas reformulações não significam desestabilização das identidades indígenas. Pelo contrário, nos levam a tomar a proposta de articulação das rotinas dos serviços em saúde com as práticas ditas tradicionais – base da atenção diferenciada – como a desconstrução da ótica colonizadora pautada na cadeia hierárquica de saberes onde a biomedicina ocupa a posição mais elevada. Seguindo orientação de Menéndez (2009), os serviços oficiais deveriam tomar uma posição mais simétrica e dialógica impulsionando intencionalmente o processo de autoatenção, assumindo que mesmos conceitos, processos e sujeitos sociais podem ser articulados por tendências diversas - e até opostas entre si. Isto permitira superar impossibilidades epistemológicas e respeitar as configurações culturais assumidas sem julgá-las como certas ou erradas uma vez que o papel da biomedicina, da autoatenção ou de qualquer saber médico não se define a priori em função das características de cada um tomadas de forma isolada, mas através das relações entre consequências de tais saberes nas condições de saúde e de vida dos sujeitos e conjuntos sociais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Carina. NÖTZOLD, Ana Lúcia. A luta pela terra em território Kaingang: os conflitos na Terra Indígena Xaçepó (SC/Brasil) ao longo do século XX. In: Anos 90, Porto Alegre, v. 18, n. 34, p. 279-303, 2011.

ALMEIDA, Ledson Kurtz de. Dinâmica Religiosa Entre os Kaingang do Posto Indígena Xaçepó-SC. Dissertação de Mestrado, PPGAS/UFSC. Florianópolis, 1998.

_____. Análise antropológica das igrejas cristãs entre os Kaingang baseada na etnografia, na cosmologia e dualismo. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Florianópolis, SC, 2004.

ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In RABELO, et. Al. Experiência de Doença e Narrativa. Rio de Janeiro, FIOCRUZ. 1998.

ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO RIO GRANDE DO SUL – Agência de Notícias. ONG é suspeita de desvio na Funasa, aponta procurador. 2008. Disponível em: <<http://www2.al.rs.gov.br/noticias/ExibeNoticia/tabid/5374/IdMateria/216760/default.aspx>>, acesso em 13 de outubro de 2015.

BACELO, Joice. Terra Contestada - Parte 4: Um Exemplo de vida digna pela autonomia. In: Diário Catarinense, 10 de Agosto de 2014. Disponível em: <http://www.clicrbs.com.br/sites/swf/morro_parte5/parte-4.html>, acessado em março de 2015.

BAER, Hans. The Misconstruction of Critical Medical Anthropology: A Response to a Cultural Constructivist Critique. In: Social Science and Medicine 44(10): 1565-1573, 1997.

BAER, Hans; SINGER, Merrill; JOHNSEN, John. Introduction: Toward a Critical Medical Anthropology. *Social Sciences and Medicine*, Vol. 23, No. 2, pp. 95-98, 1986.

BALDUS, Herbert. O culto aos mortos entre os Kaingang de Palmas. In: BALDUS, Herbert. *Ensaio de Etnologia Brasileira*. São Paulo. Companhia Editora Nacional INL/MEC. [1937] 1979.

BANIWA, Gersem. A conquista da cidadania indígena e o fantasma da tutela no Brasil Contemporâneo. In: RAMOS, A. R. (org.) *Constituições Nacionais e Povos Indígenas*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2012.

BARTOLOMÉ, Miguel A. *Procesos Interculturales: Antropología política del pluralismo cultural en América Latina*. México: Siglo XXI Editores, 2005.

BAVARESCO, Paulo Ricardo. *Ciclos Econômicos Regionais: modernização e empobrecimento no extremo oeste catarinense*. Chapecó: Argos, 2005.

BIBEAU, Gilles. A Step Toward Thick Thinking: From Webs of Significance to Connections Across Dimensions. In: FRANKENBERG, R. (ed.) *Gramsci, Marxism and Phenomenology: Essays for the Development of Critical Medical Anthropology*". *Medical Anthropology Quarterly*, Special Issue, 2, 4, 1988.

_____. At Work in the Fields of Public Health: The Abuse of Rationality. *Medical Anthropology Quarterly* 11(2):246-255, 1997.

BLOEMER, Neusa Maria Sens. *Brava Gente Brasileira. Migrantes italianos e caboclos nos campos de Lages*. Florianópolis, Cidade Futura. 2000.

BLOEMER, Neusa Maria Sens e NACKE, Aneliese. A precarização de políticas públicas e suas repercussões na auto-sustentação dos Kaingang do oeste catarinense. In: *Ilha – Revista de Antropologia*. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós Graduação em Antropologia Social. v 10, nº 1, Florianópolis, 2009.

BOCCARA, Guillaume. Poder colonial e etnicidade no Chile: territorialização e reestruturação entre os Mapuche da época colonial. Tempo, Niterói, v. 12, n. 23, p. 56-72, 2007.

_____. La interculturalidade em Chile: entre culturalismo y despolitización. In: LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. (orgs.) Saúde Indígena: Políticas Comparadas na América Latina. Florianópolis, Ed. Da UFSC, 2015.

BOLZAN, Ourora Rosalina. Cultura e Escola: processos de inclusão/exclusão de caboclos. Chapecó: Argos, 2011.

BOTT, Elizabeth. Família e rede social. Rio de Janeiro (RJ): F. Alves, 1976.

BOURDIEU, Pierre. O Poder Simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

_____. Capital simbólico e classes sociais. Novos estudos - CEBRAP, São Paulo, n. 96, p. 105-115, July 2013.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Fundação Nacional de Saúde – Departamento de Engenharia de Saúde Pública – Departamento de Saúde Indígena. Diretrizes para Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde em Áreas Indígenas. Mimeo, 2000. Disponível: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsapi/e/paises/brasil/semia.pdf>>, acesso em 12 de outubro de 2015.

_____. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2ª Ed. Brasília: FUNASA/Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 70/GM, de 20 de janeiro de 2004. Aprova as diretrizes da gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://6ccr.pgr.mpf.mp.br/legislacao/legislacao-docs/saude/docs_portarias/portaria-no-70-gm-de-20-de-janeiro-de-2004>. Acesso em: 16 de outubro de 2007.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf>. Acesso em: 24 set. 2015.

BRESAN, Deise. Epidemiologia da hipertensão arterial em indígenas kaingang, terra indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Florianópolis, 2013.

BRESAN, Deise; BASTOS, João L; LEITE, Maurício S; Epidemiologia da hipertensão arterial em indígenas Kaingang, Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil, 2013. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(2):1-14, fev, 2015.

BRIGGS, Charles L. Learning How to Ask: A Sociolinguistic Appraisal of the role of the interview in social science research. Cambridge University Press, 1986.

_____. Why Nation-States and Journalists Can't Teach People to be Healthy: Power and Pragmatic Miscalculation in Public Discourses on Health. Medical Anthropology Quarterly, 17(3):287-321. 2003.

BRIGHENTI, Clovis. Estrangeiros na Própria Terra. Chapecó/Florianópolis: Argos/EdUFSC, 2010.

BRIGHENTI, Clovis; NÖTZOLD, Ana Lúcia. Dom José Gomes e as Terras Indígenas: análise de uma experiência de intervenção em políticas públicas. In: Cadernos do CEOM. Ano 22, Nº 30, 2009.

BUCHILLET, Dominique. A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In: BUCHILLET, Dominique (org). Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia. Belém: Museu Paraense Emilio Goeldi: Edições CEJUP, 1991.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. A noção de fricção interétnica. In: O Índio e o Mundo dos Brancos, Editora Universidade de Brasília, Brasília, pp.15-30. 1964.

_____. O trabalho do antropólogo. São Paulo: UNESP, 2000.

_____. O Mal-Estar da Ética na Antropologia Prática. In: VICTORA, Ceres Gomes; OLIVEN, Ruben George; MACIEL, Maria Eunice; ORO, Ari Pedro (orgs.). Antropologia e ética: o debate atual no Brasil. Niterói: EDUFF 2004.

CEOM (Centro de Memória do Oeste de Santa Catarina) (Org.). A Voz de Chapecó: Artigos de Antonio Selistre de Campos – 1939 a 1952. Chapecó: Argos, 2004.

_____. Inventário da cultura imaterial cabocla no oeste de Santa Catarina. Chapecó, Argos. 2008.

CIMI – Conselho Indigenista Missionário. Relatório Violência contra os Povos Indígenas no Brasil: Dados de 2013. Brasília, 2013.

COIMBRA JR, C. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 855-859, Apr. 2014.

COIMBRA JR, C. e SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdades: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva 5(1): 125-132. 2000.

_____. Perfil epidemiológico da população indígena no Brasil: Considerações gerais. Universidade Federal de Rondônia. Centro de

Estudos de Saúde do Índio de Rondônia, 2001. Disponível em: <http://www.cesir.unir.br/pdfs/doc3.pdf>. Acesso em 25 de outubro de 2015.

COIMBRA JR, Carlos; FLOWERS, Nancy M; SALZANO, Francisco M. and SANTOS, Ricardo V. The Xavante in Transition Health, Ecology and Bioanthropology in Central Brazil. Ann Arbor, University of Michigan Press, 2002.

COIMBRA Jr., Carlos E. A.; SANTOS, Ricardo Ventura; ESCOBAR, Ana Lúcia (orgs.). Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2003.

CPSLY – Centro Popular de Saúde Laboratório Yanten. Plantas Medicinais. Medianeira: Gráfica Sabadin Ltda, 2004.

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

_____. A Prática do Xamanismo Entre os Kaingang do Brasil Meridional: Uma Breve Comparação com o Xamanismo Bororo. In: SILVA, S. B. da & SOUZA, J. C. de. Revista Horizontes Antropológicos: Arqueologia e Sociedades Tradicionais, Porto Alegre: PPGAS/UFRGS, ano 8, nº 18, pp. 113-129, dezembro de 2002.

D'ANGELIS, V. R. Para uma história dos Índios do Oeste Catarinense. In: Cadernos do CEOM. Ano 19, número 23, 2006.

D'ANGELIS, V. R. & FOKÂÊ, V. F. Série Documento: Toldo Imbú. In: Cadernos do Centro de organização da Memória Sócio-Cultural do Oeste de Santa Catarina – Ceom. Chapecó. SC, 1994.

DIEHL, Eliana. E. Entendimentos, Práticas e Contextos Sociopolíticos do Uso de Medicamentos entre os Kaingáng (Terra Indígena Xaçupé, Santa Catarina, Brasil). Tese de Doutorado, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2001.

DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J. Transformações na Atenção à Saúde Indígena: Tensões e Negociações em um Contexto Indígena Brasileiro. Universitas Humanística, 80, 213-236, 2015.

DIEHL, Eliana Elisabeth; LANGDON, Esther Jean; DIAS-SCOPEL, Raquel Paiva. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 819-831, 2012.

DUPRAT, Deborah. O Direito sob o marco da Pluriethnicidade/Multiculturalidade. In: RAMOS, A. R. (org.) *Constituições Nacionais e Povos Indígenas*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2012.

EMERSON, R. M; FRETZ, R. I; SHAW, L. L. *Writing Ethnographic Fieldnotes*. The University of Chicago Press, Chicago & London, 1995.

EMIRBAYER, M e Jeff Goodwin. Network Analysis, Culture and the problem of Agency. *The American Journal of Sociology*, Vol. 99, Nº 6, May 1994, 1411-1454.

EMIRBAYER, M e MISCHE, A. What Is Agency? In: *The American Journal of Sociology*, Vol. 103, No. 4 (Jan., 1998), pp. 962-1023
Published by: The University of Chicago Press.

ENNE, Ana Lúcia. O conceito de Rede e as sociedades contemporâneas. *Comunicação e Informação*. V. 7, nº2, 264-273, 2004.

ESPIG, Márcia Janete. A construção da Linha Sul da Estrada de Ferro São Paulo - Rio Grande (1908-1910): mão de obra e migrações. *Varia História*, Belo Horizonte, v. 28, n. 48, Dec. 2012.

ESPIG, Márcia Janete; MACHADO, Paulo Pinheiro (orgs.). *A Guerra Santa revisitada: novos estudos sobre o movimento do contestado*. Florianópolis, SC: Ed. UFSC, 2008.

FARMER, Paul. Social Scientists and the New Tuberculosis. *Social Science and Medicine* 44(3): 347-358, 1997.

_____. *Pathologies of Power: Health, human rights and the new war on the poor*. Berkley, University of California Press e London, University of California Press Ltd., 2003.

FERNANDES, Ricardo Cid. Uma contribuição da antropologia política para a análise do faccionalismo Kaingang. In: TOMMASINO, Kimiye; MOTA, Lúcio Tadeu; NOELLI, Francisco Silva (orgs.). *Novas Contribuições aos Estudos Interdisciplinares dos Kaingang*. Londrina: EdUEL, 2004.

FERREIRA, L. O. *Entre Discursos Oficiais e Vozes Indígenas sobre Gestação e Parto no Alto Juruá: a Emergência da Medicina Tradicional Indígena no Campo das Políticas Públicas*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Gradua o em Antropologia Social. Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

_____. *Medicinas Indígenas e as Políticas da Tradi o - Entre discursos oficiais e vozes indígenas*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

_____. *A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas*. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos (Impresso)*, v. 20, p. 203-219, 2013b.

_____. *Interculturalidade e Saúde Indígena no Contexto das Políticas Públicas Brasileiras*. In: LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. (orgs.) *Saúde Indígena: Políticas Comparadas na América Latina*. Florianópolis, Ed. Da UFSC, 2015.

FERREIRA, Mariana Leal. *Diabetes tipo 2 e povos indígenas no Brasil e nos Estados Unidos*. In: *Anais do Seminário Cultura, Saúde e Doença*. (Leila Sollberger Jeol s e Marlene de Oliveira, orgs.). Londrina, Ministério da Saúde; Universidade Estadual de Londrina e Secretaria Municipal de A o Social / Prefeitura Municipal de Londrina, 2003.

_____. *Atra o Fatal: Trabalho Escravo e o Uso de Psicotrópicos por povos Indígenas de São Paulo*. In: LEIBING, Annette (org.). *Tecnologias do Corpo: Uma Antropologia das Medicinas no Brasil*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004.

FOLLÉR, Maj-Lis. *Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde*. In: LANGDON, E.J, GARNELO, L. (org) *Saúde dos povos indigenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa: ABA, 2004.

FRANCO, Ivacir João; FONTANA, Vilson Luiz. Ervas & plantas: a medicina dos simples. Erechim: Imprimax, 2001.

FRANKENBERG, R. Medical anthropology and development: a theoretical perspective. *Social Science & Medicine. Medical Anthropology*, v. 14B, n. 4. 1980.

_____. Intriductions: Gramsci, Culture, and Medical Anthropology: Kundry and Parsifal? or Rat's Tail to Sea Serpent? In: FRANKENBERG, R. (ed.) *Gramsci, Marxism and Phenomenology: Essays for the Development of Critical Medical Anthropology*". *Medical Anthropology Quarterly, Special Issue*, 2, 4, 1988.

GAINES, Atwood D. 1991. Cultural Constructivism: Sickness Histories and the Understanding of Ethnomedicines beyond Critical Medical Anthropologies. In: PLEIDERER, Beatrix e BIBEAU, Gilles (eds.). *Curare, Special Issue: Anthropologies of Medicine. Vol. 7: 221-258*, 1991.

GALLOIS, Dominique Tilkin. Introdução: Percursos de uma Pesquisa Temática In: Gallois, Dominique (org.), *Redes de Relações nas Guianas*, São Paulo: Humanitas/NHII. 2010.

GARNELO, L; SAMPAIO, S. Bases socioculturais do controle social em saúde indígena: Problemas e questões na região norte do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1):311- 317, 2003.

GARNELO, L.; MACEDO, G.; BRANDÃO, L.C. Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil. Brasília: OPAS, 2003.

GARNELO L.; LANGDON, E. J. A Antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: MINAYO, MCS; COIMBRA, C. (orgs). *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2005.

GHIGGI JR, Ari. Representações e Práticas no Tratamento de Infortúnios entre os Kaingang Crentes da Aldeia Sede da Terra Indígena Xapecó. Trabalho de Conclusão de Curso em Ciências Sociais. UFSC. 2006.

_____. Estudo etnográfico sobre alcoolização entre os índios Kaingang da Terra Indígena Xapecó: das dimensões construtivas à perturbação. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2010.

GHIGGI JR, Ari; LANGDON, Esther Jean. Controle Social como Autoatenção: Estratégias Kaingang diante os abusos das Bebidas Alcoólicas. In Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais. Maximiliano Loiola Ponte de Souza, org. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2013.

_____. Reflections on intervention strategies with respect to the process of alcoholization and self-care practices among Kaingang indigenous people in Santa Catarina State, Brazil. Cad. de Saúde Pública, vol.30, n.6, pp. 1250-1258, 2014.

GEERTZ, Clifford. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro (RJ): LTC, 1989.

GOOD, B. The Heart of What's the Matter: The Semantics of Illness in Iran. Culture, Medicine and Psychiatry. 1:25-58, 1977.

GOULARTI FILHO, Alcides. Formação Econômica de Santa Catarina. 2ª Ed. rev. Florianópolis: EdUFSC, 2007.

GRAMSCI, Antonio. Americanismo e fordismo. São Paulo: Hedra, 2011.

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.

GRUPIONI, Denise Fajardo (2005) Tempo e Espaço na Guiana Indígena In Gallois, Dominique (org.), Redes de Relações nas Guianas, São Paulo: Humanitas/NHII.

HANNERZ, Ulf. Fluxos, fronteiras, híbridos: palavras-chave da Antropologia Transnacional. In: Mana, 3:7-39. 1997.

HAVERROTH, Moacir. Kaingang: um estudo etnobotânico: O uso e a classificação das plantas na área indígena Xaçepó (oeste de SC). 1997.

HELMAN, Cecil. Doença versus Enfermidade na clínica geral. In: Campos 10(1):119-128, 2009.

HRSP - HOSPITAL REGIONAL SÃO PAULO. Sobre o Hospital. Disponível em: <http://www.hrsp.com.br/new-1/index.php?option=com_content&view=article&id=110&Itemid=116> Acesso em 13 de outubro de 2015.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Os indígenas no censo demográfico: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. Rio de Janeiro: 2012. Relatório. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf>. Acesso em 25 de Outubro de 2015.

IHU – Instituto Humanitas Unisinos. ONG concentra 64% da saúde indígena em todo o Brasil. 2014. Disponível em: <<http://www.ihu.unisinos.br/noticias/532002-ong-concentra-64-da-saude-indigena-em-todo-o-brasil>> Acesso em 13 de outubro de 2015.

ISA – Instituto Socioambiental. Terra Indígena Xaçepó: Povos e Demografia. In: <<http://ti.socioambiental.org/pt-br/#!/pt-br/terras-indigenas/3906>>. Acesso em Março de 2015.

KLEINMAN, Arthur. Concepts and a Model of Comparison of Medical Systems as Cultural Systems. In: Social Sciences and Medicine, 12:85-93, 1973.

_____. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press, 1980.

KUHL, Adriana Masiero; CORSO, Arlete Catarina Tittoni; LEITE, Maurício Soares; BASTOS, João Luiz. Perfil nutricional e fatores associados à ocorrência de desnutrição entre crianças indígenas Kaingáng da Terra Indígena de Manguaírinha, Paraná, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 409-420, Feb. 2009.

KUPER, Adam. *Cultura: A Visão dos Antropólogos*. Bauru: EDUSC, 2002.

LABHIN – Laboratório de História Indígena, Observatório da Educação (OBEDUC). Disponível em: < <http://labhin.ufsc.br/obeduc> >. Acesso: março de 2015.

LANDÉ, C.H. Introduction: The Dyadic Basis of Clientelism. In: SCHMIDT, Steffen, Laura Guasti, Carl H. Landé and James Scott (Orgs). *Friends, Followers, and Factions. A Reader in Political Clientelism*. Berkeley: University of California Press, 1977.

LANGDON, E. J. *A Negociação do Oculto: Xamanismo, Família e Medicina entre os Siona num Contexto Pluri-étnico*. Trabalho apresentado para o concurso de professor titular: UFSC, 1994a.

_____. Representações de Doenças e Itinerário Terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana. In: SANTOS, R. V. & COIMBRA JR., C. E. A. (orgs.) *Saúde e Povos Indígenas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994b.

_____. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre a antropologia 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.

_____. *Medicina Tradicional: reflexões antropológicas sobre atenção diferenciada*. In: HAVERROTH, M. *Etnobiologia e Saúde dos Povos Indígenas*. Recife, PE: NUPEEA, 2013.

LANGDON, Esther Jean; ROJAS, Beatriz. *Saúde: Um Fator Ignorado numa Situação de Mudança Rápida - A Situação da Área Indígena Ibirama(SC)*. In: Silvio Coelho dos Santos, org. *A Barragem de Ibirama e as Populações Atingidas na Área Indígena*. Documento-Denúncia. *Boletim de Ciências Sociais*. 51:65-89. Florianópolis, UFSC, 1991.

LANGDON, Esther Jean; DIEHL, Eliana Elisabeth; WIJK, Flávio Braune e DIAS-SCOPEL, Raquel Paiva. *A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil*. *Cad. Saúde Pública*, vol.22, n.12. 2006.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E. Políticas de Controle Social em Contextos Interculturais: Impasses e Desafios para a Saúde Indígena Brasileira. VIII Reunión de Antropología del Mercosur. Buenos Aires, 2009.

LANGDON, Esther Jean, FOLLÉR, Maj-Lis e MALUF, Sônia Weidner. Um balanço da antropologia da saúde no Brasil e seus diálogos com as antropologias mundiais, In: Anuário Antropológico, I, 2012.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E.; LEITE, M. S. ; OLIVEIRA, M. C. ; SCOPEL, R. ; SCOPEL, D. ; PORTELA-GARCIA, S. C. ; GHIGGI JR., A. ; OLIVEIRA, P.H.A. ; OLIVEIRA, E. A. Avaliação do modelo de atenção diferenciada aos povos indígenas: os casos Kaingáng (Santa Catarina) e Munduruku (Amazonas). (Relatório de pesquisa). 2011.

LAPLANTINE, F. Antropologia da Doença. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

LATOUR, Bruno. Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.

LEITE, Ilka Boaventura. As classificações étnicas e as terras de negros no sul do Brasil. In: O'DWYER, E. C. (org). *Terra de Quilombo*. Caderno da Associação Brasileira de Antropologia. Rio de Janeiro, ABA, 1995.

LIMULJA, Hanna Cibele Lins Rocha. Uma etnografia da escola indígena Fen'Nó à luz da noção de corpo e das experiências das crianças Kaingang e guarani. Florianópolis, SC, 2007. 138 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-graduação em Antropologia Social.

LOCK, M.; SCHEPER-HUGHES, N. The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol. 1, No. 1, pp. 6-41, 1987.

_____. A Critical-interpretative approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent. In: .SARGENT, C. F.;

T. M. Johnson (Orgs.). *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*, Revised Edition. Revised ed. Praeger Paperback, 1996.

LUCIANO, Gersem José dos Santos. *Projeto é como branco trabalha; as lideranças que se virem para aprender e nos ensinar: experiências dos povos indígenas do Alto Rio Negro*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. UNB, 2006.

MACHADO, Paulo Pinheiro. *Um estudo sobre as origens sociais e a formação política das lideranças sertanejas do Contestado, 1912-1916*. Tese (Doutorado). Campinas, Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Departamento de História, 2001.

MANFROI, Ninarosa Mozzato da Silva. *A História dos Kaingáng da Terra Indígena Xapecó (SC) nos Artigos de Antônio Selistre de Campos: Jornal A Voz de Chapecó 1939/1952*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em História, UFSC, 2008.

MARCON, Telmo. *Memória, História e Cultura*. Chapecó: Editora Argos, 2003.

_____. Apresentação. In: *Cadernos do CEOM*. Ano 19, número 23, 2006.

MARCUS, George. *Ethnography in/of the world system: the emergence of multi-sited ethnography*. In: *Annual Review of Anthropology*, n 24, p. 95-117, 1995.

MARTINS, André Luiz. *Política de saúde indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena*. Dissertação (Mestrado), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. *Atenção Primária à Saúde*. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (orgs.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MELLO, Celso Antonio Bandeira de. *Curso de Direito Administrativo* (31ª Ed). São Paulo: Malheiros, 2014.

MENÉNDEZ, Eduardo L. Antropologia médica e epidemiologia: processo de convergência ou processo de medicalização? In: ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (orgs). Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 1998.

_____. Sujeitos, Saberes e Estruturas: Uma Introdução ao Enfoque Relacional no Estudo da Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2009.

MEZA, Humberto Mário. Política em Comunidade: Experiências da Participação Kaingáng na implementação da Política de Saúde Indígena. Dissertação de Mestrado em Ciência Política. Campinas: UNICAMP, 2003.

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

MOTA, L. T. As Guerras dos Índios Kaingang: a história épica dos índios Kaingang no Paraná (1769-1924). 2ª Ed. Maringá: Eduem, 2008.

MPF – Ministério Público Federal, Procuradoria da República em Chapecó. Ação Civil Pública com pedido de antecipação de tutela para garantia do exercício de direito de resposta coletivo em face de RBS Zero Hora Editora Jornalística S/A. Chapecó, 2011.

NACKE, Aneliase; SANTOS, Silvio Coelho dos. O índio e a terra: a luta pela sobrevivência no P. I. Xaçepé - SC. Dissertação de Mestrado PPGCS/UFSC. Florianópolis, 1983.

NACKE, Aneliase e BLOEMER, Neusa Maria Sens. A saúde indígena nas terras Kaingang. In Nacke, Aneliase, Arlene Renk, Leonel Piovezana, e Neusa Maria Sens Bloemer, (org.) Os Kaingang no Oeste Catarinense: Tradição e Atualidade. Chapecó, Argos. 2007.

NEDER, Martha; NOGUEIRA Arthur. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: O que avançamos no conhecimento da sua epidemiologia?. In: Revista Brasileira de Hipertensão arterial. Vol 13(2):126-133. 2006.

Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-2/09-hipertensao-arterial-sistematica.pdf>>. Acesso em 25 de outubro de 2015.

NODARI, Eunice Sueli. Etnicidades renegociadas: práticas socioculturais no Oeste de Santa Catarina. Florianópolis, SC: Ed. da UFSC, 2009.

NOVO, Marina Pereira. Política e intermedicalidade no Alto Xingu: do modelo à prática de atenção à saúde indígena. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1362-1370, July 2011.

OIT – Organização Internacional do Trabalho. Convenção nº 169 sobre povos indígenas e tribais e Resolução referente à ação da OIT. Brasília: Escritório da OIT no Brasil, 2011.

OLIVEIRA, Ida Pietricovsky. BEMFAM, UNICEF e SESAI juntos para diminuir a mortalidade infantil indígena. UNICEF - United Nations Children's Fund: Belém, 2013. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/media_25245.htm>. Acesso em 23 de outubro de 2015.

OLIVEIRA, M. C. de. Os Curadores Kaingang e a Recriação de Suas Práticas: Estudo de Caso na Aldeia Xapecó (oeste S.C.). Dissertação de Mestrado, PPGAS / UFSC, 1996.

OLIVEIRA, Philippe Hanna de Almeida. Comida forte e comida fraca: alimentação e fabricação dos corpos entre os Kaingáng da terra indígena Xapecó (Santa Catarina, Brasil). Florianópolis, SC, 2009. 142 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2009.

OLIVEIRA, Priscila Enrique de. “Cada qual tem um pouco de médico e louco”: Políticas de saúde e mediações culturais entre o SPI (Serviço de Proteção aos Índios) e os indígenas. Tese de Doutorado em História, UNICAMP. 2011.

OLIVEIRA, Ewerton Aires de. Saberes, espaços e recursos em saúde: práticas de autoatenção frente aos adoecimentos em crianças Kaingáng da terra indígena Xapecó, Santa Catarina. 2012. 158 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de

Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2012.

OLIVEIRA FILHO, João Pacheco de. Uma Etnologia dos "Índios Misturados"? Situação Colonial, Territorialização e Fluxos Culturais, In *Mana* 4(1): 47-77. 1998.

_____. *Ensaio em Antropologia Histórica*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ. 1999.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Ata. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, URSS, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acessado em 25 de outubro de 2015.

ONU – Organização das Nações Unidas. Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas. Rio de Janeiro: Centro de Informações das Nações Unidas, 2007. Disponível em: <http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_pt.pdf> Acessado em 18 de setembro de 2015.

ORTNER, Sherry. Poder e Projetos: reflexões sobre a agência. In: GROSSI, M; ECKERT, C; FRY, P. (Org.). *Conferências e diálogos: saberes e práticas antropológicas*. Brasília: ABA; Blumenau: Nova Letra, 2007.

_____. Teoria na Antropologia desde os anos 60. In: *Mana* 17 (2), 2011.

PAIM, Elison Antonio. Ceom: 20 anos de memórias de um centro de memória. In: *Cadernos do CEOM*. Ano 19, número 23, 2006.

PERIN, Odoni; LUCAS, João. Manifesto Caboclo (Documentário). In: X Colóquio Internacional de Comunicação para o desenvolvimento regional. Chapecó: Anais do Regiocom, 2005.

PIAZZA, Walter F. A colonização de Santa Catarina. 2a ed., rev. e aum. Florianópolis: Lunardelli, c1988. 372p.

PIOVEZANA, Leonel. A educação no contexto indígena Kaingang. In: NACKE, Aneliese (et al.) (Orgs). Os Kaingang no oeste catarinense: tradição e atualidade. Chapeco: ARGOS, 2007.

PIZZA, Giovanni. Antonio Gramsci y la antropología médica contemporânea: hegemonía, “capacidad de actuar” (agency) y transformaciones de la persona. *Revista de Antropología Social*, 14, 15-32, 2005.

PORTELA-GARCIA, Sandra Carolina. Diabetes e hipertensão arterial entre os indígenas kaingang da aldeia sede, Terra Indígena Xapecó Santa Catarina: práticas de autoatenção em um contexto de intermedicalidade. 133 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia social, Florianópolis, 2010.

PORTELA-GUARÍN, Hugo. La epidemiología Intercultural. Argumentaciones, Requerimientos y Propuestas. Editorial Universidad del Cauca. Popayán, Colombia, 2008.

_____. Epistemes-Otras: um desafio para la salud pública em Colombia. In: LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. (orgs.) Saúde Indígena: Políticas Comparadas na América Latina. Florianópolis, Ed. Da UFSC, 2015.

PRIMI, Lilian. Índios na Linha de Produção: Frigoríficos buscam mão de obra em aldeias para trabalho com alto índice de doenças. In: Caros Amigos, Ano 17, nº 197, 2013.

PROJETO RONDON – O Que é o projeto Rondon? Disponível em: <<http://projeterondon.pagina-oficial.com/portal/index/pagina/id/343/area/C/module/default>>. Acesso em 13 de outubro de 2015.

RABELO, Miriam Cristina. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. *Cad. Saúde Pública*, vol.9, n.3. 1993.

RAMOS, Alcida Rita. O índio hiper-real. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 28, n. 10, pp. 5-14, 1995.

_____. Indigenismo: um orientalismo americano. Anuário Antropológico, n. 1, pp. 27-48, 2012.

RENK, Arlene Anélia. Questões sobre a imigração urbana e o êxodo rural em Chapecó. Chapecó: FUNDESTE/Dep. de História, 1991.

_____. Migrações: de ontem e de hoje. Chapecó: Grifos, 1999.

_____. Narrativas da Diferença. Chapecó: Argos, 2004.

_____. A luta da erva: um ofício étnico no Oeste Catarinense. Chapecó: Argos, 2006.

_____. Território e Alteridade: construções sociais do oeste catarinense. In: NACKE, Aneliese (et ali) (Orgs). Os Kaingang no oeste catarinense: tradição e atualidade. Chapeco: ARGOS, 2007.

_____. Catolicismo popular e etnicidade no oeste catarinense. Revista Grifos, nº 25. Dezembro/2008.

ROCHA, Cinthia Creatini da. Adoecer e curar: processos da sociabilidade Kaingang. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Florianópolis, SC, 2005.

ROSA, R. R. “Os Kujà São Diferentes”: Um Estudo Etnológico do Complexo Xamânico dos Kaingang da Terra Indígena Votouro. Tese de Doutorado: PPGAS/UFRGS, 2005.

SANTOS, Ricardo V. e COIMBRA JR, Carlos. Contato, Mudanças Sócio econômicas e a Bioantropologia dos Tupí-Mondé da Amazônia Brasileira. In: Saúde e Povos Indígenas (Santos, Ricardo V. & Carlos E. A. Coimbra, Jr. Orgs) Rio de Janeiro, Editora Fiocruz. pp.189-212. 1994.

_____. Socioeconomic Differentiation and Body Morphology in the Suruí of Southwestern Amazonia”. Current Anthropology 37(5): 851-856. 1996.

SANTOS, Silvio Coelho dos. A integração do índio na sociedade regional: a função dos postos indígenas em Santa Catarina. Florianópolis, SC: UFSC, 1970.

_____. Índios e brancos no sul do Brasil: a dramática experiência dos Xokleng. Florianópolis: Edeme, 1973.

_____. O homem índio sobrevivente do sul: antropologia visual. Florianópolis: UFSC, 1978.

_____. Indigenismo e expansão capitalista: faces da agonia Kaingang. 1979.

_____. Nova história de Santa Catarina. Florianópolis, SC: Ed. da UFSC, 2004.

SCHADEN, Egon. A origem dos homens, o dilúvio e outras histórias Kaingang. Revista de Antropologia, v1, n2, p. 139-141, São Paulo, 1953.

SCHMITZ, Pedro Ignácio; BEBER, Marcus Vinícius. Em busca dos antepassados dos índios Kaingang. In: Antes do Oeste Catarinense: arqueologia dos povos indígenas. Chapecó: Argos, 2011.

SCOPEL, Daniel; DIAS-SCOPEL, Raquel Paiva; WIIK, Flávio Braune. Cosmologia e Intermedicalidade: o campo religioso e a autoatenção às enfermidades entre os índios Munduruku do Amazonas, Brasil. Tempus Actas de Saúde Coletiva, v. 6, n. 1, Mar. 2012.

SEEGER, Anthony, DA MATTA, Roberto e VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. Boletim do Museu Nacional, 32: 2-19. 1979.

SERPA, Élio. Igreja e Poder em Santa Catarina. Florianópolis, EdUFSC: 1997.

_____. A Guerra do Contestado (1912-1916). Florianópolis: Editora da UFSC, 1999.

SILVA, Sergio Baptista. Dualismo e Cosmologia Kaingang: O Xamã e o Domínio da Floresta. In S.B. da Silva e José Otávio Catafesto de

souza Arqueologia e Sociedades Tradicionais. Horizontes Antropológicos. 18. Ano 8, número 18, pp. 189-210. 2002.

SILVEIRA, Maria Lúcia. O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2000.

SIMIEMA, Janir. Em Que Abrigos se Alojaram Eles? In: MOTA, L. T., NOELLI, F. S. & TOMMASINO, K. (Orgs.) Uri e Wãxi: Estudos Interdisciplinares dos Kaingang. Londrina: Editora UEL, 2000.

SEMPRINI, Andrea. Multiculturalismo. Bauru: EDUSC, 1999.

SINGER, Merrill. Developing a critical perspective in medical anthropology. Medical Anthropology Quarterly. Vol. 7, 128-129, 1986.

_____. Reinventing Medical Anthropology: Toward a Critical Realignment. Social Science and Medicine. Vol. 30, N°2, 1990.

SINGER, M. VALENTIN, F. BAER, H. JIA, Z. Why does Juan Garcia have a drinking problem? The perspective of medical anthropology. Medical Anthropology. 14(1): 77-108, 1992.

SZTUTMAN, Renato. Sobre a Ação Xamânica. In: Gallois, Dominique (org.), Redes de Relações nas Guianas, São Paulo: Humanitas/NHII. 2005.

TEIXEIRA, Carla Costa; SIMAS, Diego da Hora; COSTA, Nilton Miguel Aguilar de. Controle Social na Saúde Indígena: Limites e Possibilidades da Democracia Direta. Tempus Actas de Saúde Coletiva, 7(4):97-115, dez. 2013.

TURNER, Victor. *The forest of symbols: aspects of Ndembu ritual*. Ithaca: Cornell University Press, 1967.

TURNER, Victor. O processo ritual; estrutura e antiestrutura. Petrópolis: Vozes, 1974.

TYLOR, E. B. A ciência da cultura. In: CASTRO, Celso (org.) Evolucionismo Cultural: Textos de Morgan, Tylor e Frazer. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural. UNESCO, 2002. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127160por.pdf>> Acessado em 18 de setembro de 2015.

URBAN, Greg. A história da cultura brasileira segundo as línguas nativas. In: Cunha, Manuela Carneiro da. *História dos Índios no Brasil*. São Paulo, Cia das Letras, 1992.

VEIGA, J. *Organização Social e Cosmovisão Kaingang: Uma Introdução ao Parentesco, Casamento e Nominação em uma Sociedade Jê Meridional*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Campinas, Universidade Estadual de Campinas, 1994.

_____. As religiões cristãs entre os Kaingang: mudança e permanência. In: Robin Wright (Org.). *Transformando os deuses. Igrejas evangélicas, pentecostais e neo-pentecostais entre os povos indígenas no Brasil - vol. II*. Campinas: Ed. da Unicamp, 2004.

_____. *Aspectos Fundamentais da Cultura Kaingang*. Campinas: Curt Nimuendajú, 2006.

VÍCTORA, Ceres G.; KNAUTH, Daniela R.; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. *Pesquisa Qualitativa em Saúde*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2002.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio. *Mana. Estudos de Antropologia Social*, 2(2): 115-43. 1996.

WERLANG, A. A. *Disputas e Ocupação do espaço no oeste catarinense: A atuação da Companhia Territorial Sul Brasil*. Chapecó: Argos Editora Universitária, 2006.

WIJK, Flávio B. *Christianity converted: an ethnography analysis of the Xokleng Laklanõ Indians and the transformations resulting from their encounter with pentecostalism*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – University of Chicago. Chicago, 2004.

_____. O Evangelho transformado: apropriações Xokleng (Jê): do cristianismo pentecostal. In: Robin Wright (Org.). Transformando os deuses. Igrejas evangélicas, pentecostais e neo-pentecostais entre os povos indígenas no Brasil - vol. II. Campinas: Ed. da Unicamp, 2004b.

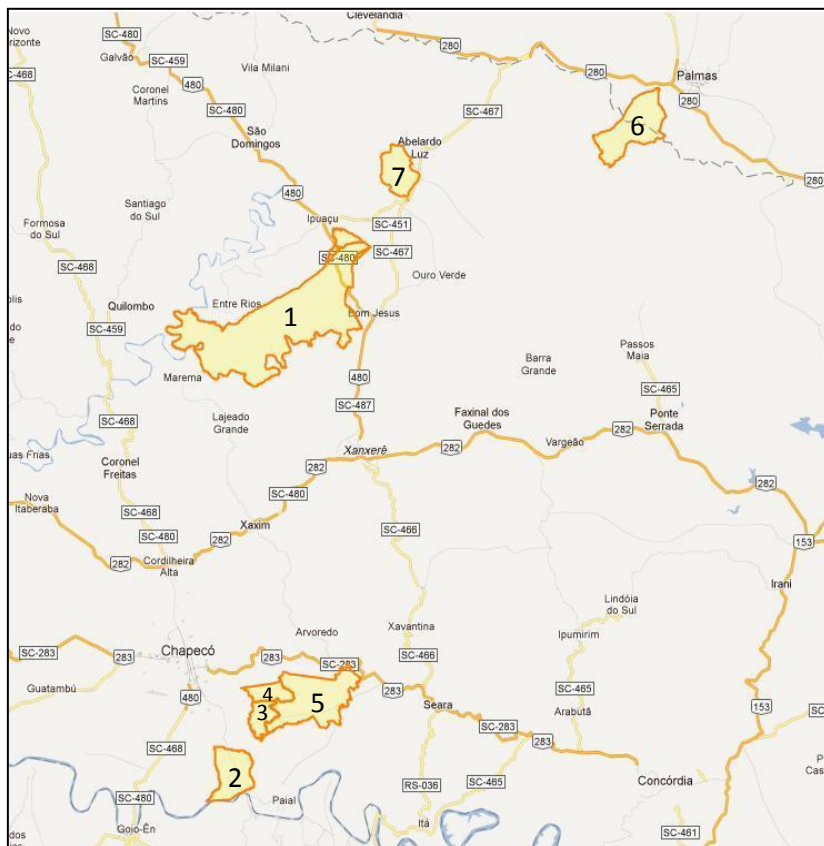
WRIGHT, Robin. O tempo de Sophie: história e cosmologia da conversão baniwa. In: WRIGHT, Robin (org.). Transformando os deuses: os múltiplos sentidos da conversão entre os povos indígenas no Brasil. Campinas: Ed. Unicamp, 1999.

YOUNG, A. Algumas Implicações das Crenças e Práticas Médicas para a Antropologia Social (Tradução). In: *American Anthropologist*, 78(1): 5-24, 1976.

ZAHRA, Munira Ali. Vermelhos e Dourados: Faces do Suicídio Indígena. *Olhares & Trilhas - Revista de Educação e Ensino*. Ano XIV, Números 17 e 18 (JAN./DEZ), 2013.

Anexo B – Mapa Adaptado da Localização das Áreas Indígenas Kaingang no Oeste de Santa Catarina

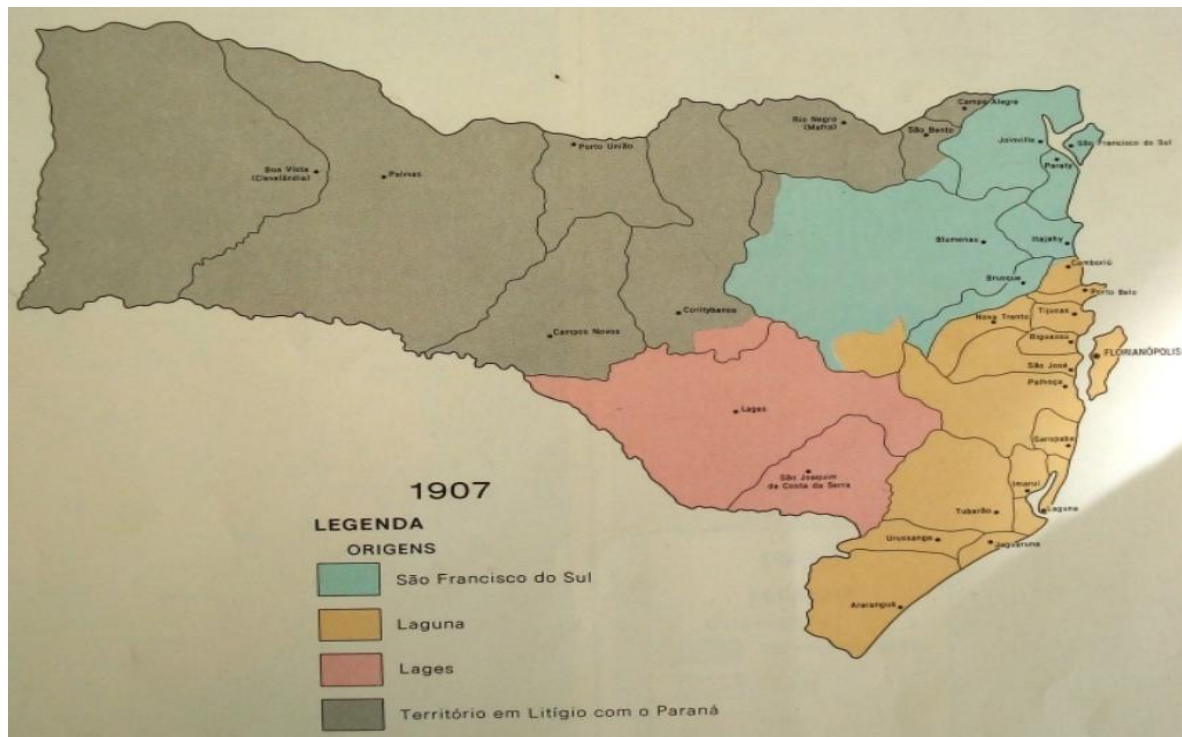
Fonte: Instituto Sociambiental: < <http://ti.socioambiental.org/pt-br/#!/pt-br/regiao/21> > acessado em 07/08/2014.



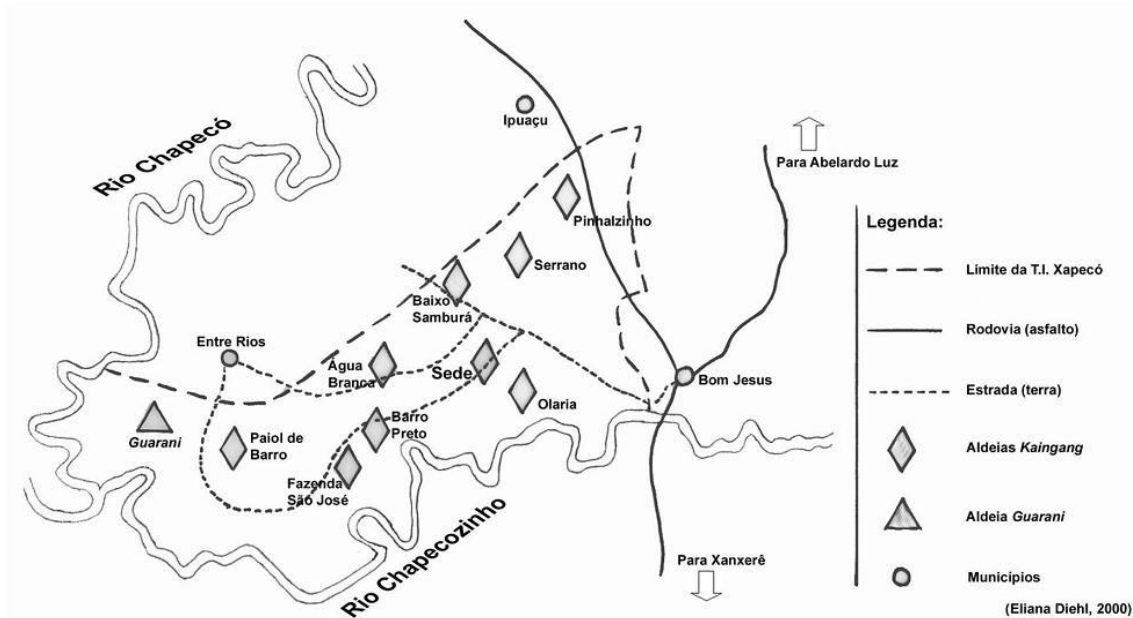
- 1 – Terra Indígena Xaçepó
- 2 – Reserva Indígena Aldeia Kondá
- 3 – Terra Indígena Toldo Chimbangue
- 4 – Terra Indígena Toldo Chimbangue II
- 5 – Terra Indígena Toldo Pinhal
- 6 – Terra Indígena Palmas
- 7 – Terra Indígena Toldo Imbu

Anexo C: Estado de Santa Catarina em 1907

FONTE: Atlas de Santa Catarina. Rio de Janeiro, Aerofoto Cruzeiro, 1986, p. 17 (apud MANFROI, 2008, p. 31).



Anexo F – Limites da Terra Indígena Xaçecó e Localização das Aldeias em relação aos perímetros urbanos dos Municípios de Ipuacu e Entre Rios



Fonte: Diehl (2001)

Anexo G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu sou Ari Ghiggi Junior, doutorando do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, e você está sendo convidada(o) para participar da pesquisa *“Etnografia das Redes Autônomas de Atenção à Saúde no Oeste de Santa Catarina a partir da Terra Indígena Xaçecó”*.

A pesquisa tem como ponto de partida a Terra Indígena Xaçecó, mas não se restringe a ela. Pretende entender esta localidade como componente de um contexto mais amplo, a região oeste de Santa Catarina, e tem como objetivo central o estudo da circulação de pessoas decorrente da oferta e procura por modos de atenção à saúde distintos daqueles oferecidos pelos serviços médicos oficiais.

Para o desenvolvimento da pesquisa serão feitas visitas a(s) sua(s) casa(s) visando compreender a comunicação entre indígenas e não indígenas a partir das práticas locais de atenção à saúde. Nessas visitas, eu procurarei conversar sobre os curadores locais e as práticas de atenção à saúde utilizadas, além de outros assuntos que se relacionam ao tema e que você(s) achar(em) importante(s). Essas conversas acontecerão sempre em momentos que você achar conveniente e a utilização do gravador só será feita se houver a sua permissão. Deixo claro que esses procedimentos não apresentam riscos, ou seja, não oferecem a “possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente” (item II.8 da Resolução CNS 196/96).

Qualquer dúvida que você tiver a respeito do trabalho ou se você quiser se retirar da pesquisa (sem danos a você) pode entrar em contato comigo, Ari Ghiggi Junior, pessoalmente ou pelo telefone (48) 9916-7338, ou ainda no endereço: Rua Sebastião Laurentino da Silva, 365, AP. 1004, Córrego Grande, Florianópolis-SC, CEP: 88037-400, ou por email: ari.ghiggi@gmail.com. Você também pode entrar em contato com a pesquisadora responsável, minha orientadora, Professora Esther Jean Langdon no seguinte endereço: Departamento de Antropologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Trindade, Florianópolis, SC – CEP 88040-900, telefone (48) 3721-9714, e-mail: estherjeanbr@yahoo.com.br.

Esta pesquisa também tem acompanhamento do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC). Este órgão tem por finalidade “defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos” (artigo 2, capítulo I do Regimento do CEP/UFSC). Você pode entrar em contato com o CEP/UFSC através do endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Trindade, Florianópolis, SC - CEP 88040-900; Fone: 48-3721-9206, ou por e-mail: cep@reitoria.ufsc.br.

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

Após a leitura desse Termo, gostaria de saber se você(s) aceita(m) participar da pesquisa. Se você(s) aceita(m), solicito que rubrique(m) todas as folhas deste termo e assine(m) o Consentimento a seguir.

Rubrica do Pesquisador Responsável:..... Rubrica do Sujeito de Pesquisa:.....

A. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

“Etnografia das Redes Autônomas de Atenção à Saúde no Oeste de Santa Catarina a partir da Terra Indígena Xaçecó”.

Doutorando: Ari Ghiggi Junior

Orientadora: Profª. Drª. Esther Jean Langdon

B. PARECERES QUANTO AOS ASPECTOS ÉTICOS:

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos/UFSC: 301.485

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP): 256.216

C. AUTORIZAÇÃO PARA INGRESSO EM TERRA INDÍGENA:

Fundação Nacional do Índio (FUNAI): 74/AAEP/PRES/2013

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO¹

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

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

Município:

Terra Indígena:

Aldeia:

Data: ____/____/____

Nome por extenso:

RG (quando se aplicar):

Assinatura do Sujeito de Pesquisa:

Assinatura do Pesquisador Responsável:

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

Rubrica do Pesquisador Responsável:.....

Rubrica do Sujeito de Pesquisa:.....

Anexo H - Parecer da Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Etnografia das Redes Autônomas de Atenção à Saúde no Oeste de Santa Catarina a partir da Terra Indígena Xapecó

Pesquisador: Esther Jean Langdon

Área Temática: Área 6. Populações Indígenas

Versão: 4

CAAE: 06860912.3.0000.0121

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 301.485

Data da Relatoria: 10/06/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa "Etnografia das Redes Autônomas de Atenção à Saúde no Oeste de Santa Catarina a partir da Terra Indígena Xapecó" visa obtenção do título de Doutor no Programa de Pós-graduação em Antropologia Social. Pretende-se elaborar uma etnografia acerca das redes de sociabilidades que emergem das dinâmicas envolvidas na oferta e procura por tratamentos para infortúnios na região oeste de Santa Catarina.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Elaborar uma etnografia acerca das dinâmicas envolvidas na oferta e procura por tratamentos para infortúnios na região oeste de Santa Catarina, tendo como ponto de partida a população Kaingang da Terra Indígena Xapecó (TIX).

Objetivo Secundário:

- Mapear curadores reconhecidos pela população Kaingang na região da Terra Indígena Xapecó; - Caracterizar as práticas de conhecimento/aprendizado vivenciadas pelos curadores; - Investigar as especificidades das práticas de atenção à saúde promovida por estes curadores; - Identificar os atores que estão buscando tratamento para infortúnios a partir de cada curador. - Investigar alguns casos de saúde/doença duradouros, na tentativa de resgatar os itinerários e as trajetórias

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900

UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 301.485

tomadas pelos sujeitos envolvidos; - Identificar que tipos de relações estruturam os vínculos entre os atores que estão buscando tratamento para infortúnios e os curadores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Embora não haja previsão pelos pesquisadores de eventuais riscos, contudo, a Resolução 196/96 e suas complementares nos asseguram, no item V - RISCOS E BENEFÍCIOS Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade. No item II.8 - Risco da pesquisa - possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente.

Benefícios:

Compreensão dos modos e práticas informais de atenção à saúde no Oeste de Santa Catarina a partir de uma perspectiva etnográfica/Antropológica. Compreensão das estratégias de interação e cooperação interétnica na região. Disponibilização de dados sobre a saúde da população Kaingang. Visibilidade dos saberes indígenas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa aborda um tema relevante e contribuirá para o conhecimento das práticas associadas à saúde da população Kaingang, destacando-se o conhecimento de estratégias de cooperação interétnica no Oeste de Santa Catarina.

A equipe de pesquisa tem experiência de pesquisa na temática em foco, além de trabalhos já realizados com o grupo indígena Kaingang.

A metodologia apontada para a pesquisa é a etnografia, que terá como ponto de partida a Terra Indígena Xaçecó. Destacam-se os procedimentos de observação e participação, com registro em Diário de Campo, além de entrevistas, que poderão acontecer em conversas cotidianas ou na forma semi-estruturada. Para cada um dos objetivos específicos são descritos os procedimentos de pesquisa e as questões estruturadoras. Afirma-se que, "Por se tratar de uma pesquisa em Antropologia, não é possível descrever tamanho de amostra nem o número de sujeitos ou indivíduos a serem recrutados de antemão".

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 301.485

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos estão de acordo com o solicitado pelo CEPSC, contudo, pedimos atenção dos pesquisadores ao item, "Conclusões ou pendências e listas de inadequações", onde passamos orientações quanto ao TCLE a ser aplicado aos participantes da pesquisa.

Recomendações:

Quanto ao TCLE, os pesquisadores responderam adequadamente as observações levantadas pela CONEP:

- (1) Incluíram espaço para rubrica do participante da pesquisa e do pesquisador responsável em todas as páginas do TCLE sendo que na última se faz constar espaço para as assinaturas dos mesmos.
- (2) Incluíram informações referentes a função, endereço e formas de contato com o CEP.

Contudo, pedimos atenção dos pesquisadores ao seguinte item:

- (3) Salientamos ainda a importância dos pesquisadores estarem pontuando os eventuais riscos decorrentes da pesquisa, uma vez que a Resolução 196/96 e suas complementares nos asseguram no item V - RISCOS E BENEFÍCIOS Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade. No item II.8 - Risco da pesquisa - possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente.

Exemplo: Possibilidade do participante da pesquisa não compreender imediatamente o significado de alguma palavra; constrangimento em relação a sua moradia...

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O colegiado decidiu pela aprovação do projeto considerando que os pesquisadores cumprirão o solicitado no item (3) das "Recomendações".

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

colegiado

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 301.485

FLORIANOPOLIS, 11 de Junho de 2013

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

Anexo I – Parecer da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Etnografia das Redes Autônomas de Atenção à Saúde no Oeste de Santa Catarina a partir da Terra Indígena Xaçepó

Pesquisador: Esther Jean Langdon

Área Temática: Área 6. Populações Indígenas

Versão: 3

CAAE: 06860912.3.0000.0121

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 256.216

Data da Relatoria: 24/04/2013

Apresentação do Projeto:

A temática deste projeto é mais transversal que especificamente a do Xamanismo. Ela gira em torno do que propôs Oliveira (1996) ao tratar etnograficamente dos processos de saúde e doença entre os Kaingang. Faço ressalvas que doença (infartúnio, malestar, etc.) aqui tem um sentido amplo e engloba as diversas desordens vivenciadas e reconhecidas coletivamente pelos atores sociais, ou seja, é culturalmente construída (YOUNG, 1976). Neste sentido, o referido processo emergiria da práxis envolvida para o tratamento da doença elaborada num contexto de negociação entre os atores envolvidos. Lembremos que os Kaingang representam uma população expressiva no oeste de Santa Catarina, com cerca de 6.000 indígenas distribuídos em 7 áreas. Estas áreas se localizam relativamente próximas a centros urbanos como Chapecó, Xanxerê, e outros pequenos municípios referenciais. Como pude perceber em outras pesquisas de campo realizadas na TIX, e a partir da literatura disponível (OLIVEIRA, 1996; GHIGGI JR, 2006; DIEHL, 2001; GARCIA, 2010), a circulação dos indígenas por toda a região e o relacionamento com as populações vizinhas se dá com ênfase nos aspectos relacionados às práticas de atenção à saúde a partir de circuitos populares, alternativos ou autônomos ao sistema biomédico oficial. Isto está de acordo com o que nos diz Garcia (2010), ao verificar a continuidade entre diferentes práticas médicas e a fluidez dos saberes médicos na TIX. Os processos históricos de contato, tanto com outras etnias como com a sociedade envolvente, tornam emergente uma zona de "intermedicalidade" (Greene, 1998; Follér, 2004). Assim, é claro nos trabalhos realizados na TIX que isso se deve por um lado pelo

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

**COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA**

reconhecimento local de uma série de agentes dotados de legitimidade para tratar as adversidades cotidianas que não estão ligados aos recursos biomédicos oficiais. Pastores evangélicos, curandeiras, remedeiras, raizeiros, parteiras, benzedeiras, KUiãs, a Pastoral da Saúde, as igrejas católicas e pentecostais, são algumas categorias de atores e instituições importantes que aplicam conhecimentos diversificados para interpretação e tratamento de uma infinidade de problemas de ordens diversas. Além destes atores mais claramente elencáveis e definíveis, existem outras tantas pessoas reconhecidas localmente como conhecedoras de modos de atenção à saúde que não possuem uma nomenclatura ou são identificadas por uma categoria de especialidade de tratamento. Para fins heurísticos, tratarei todos que cumprem os quesitos acima como curadores.

Hipótese:

Por se tratar de um estudo investigativo em antropologia o projeto não possui hipótese. Possui pontos de partida teóricos, metodológicos e etnográficos que guiarão a pesquisa.

Metodologia Proposta:

Um dos passos importantes do trabalho deve ser uma revisão bibliográfica mais extensa sobre as temáticas envolvidas, a qual está planejada para acontecer adiante. Neste momento gostaria de valorizar o trabalho de campo. Entendo que devo escolher um ponto de partida para a pesquisa. Assim, escolhi a Terra Indígena Xaçepó pela minha experiência de trabalho anterior e os contatos efetivados com indígenas habitantes da localidade. Também, a escolha tem como base as obras antropológicas disponíveis sobre os Kaingang que tratam das temáticas que tenho como eixo norteador e com as quais pretendo estabelecer diálogo. A etapa do trabalho de campo é o período em que a minha presença será mais intensiva na TIX, o que não quer dizer que não voltarei até lá até a etapa final da pesquisa, ou seja, a defesa da tese. Enfim, a metodologia se faz primordialmente com base em técnicas qualitativas de pesquisa em antropologia, onde a participação e observação do contexto em questão são fundamentais, acompanhadas do registro em diário de campo (EMERSON et al., 1995; CARDOSO DE OLIVEIRA, 2000). Também, existe uma preocupação com a efetivação de entrevistas. Entendo aqui a ideia de Briggs (1986) como fundamental, em que a entrevista é tida como um evento metacomunicativo onde se busca atenção e problematização do contexto de produção do discurso, encarando também como constituinte a própria presença do pesquisador perante o entrevistado. A entrevista não precisa necessariamente aparecer como um evento ritualizado, mas pode ser tomada das conversas cotidianas, por exemplo. Não descarto, contudo, a sugestão de entrevistas semi estruturadas e abertas conforme Victora et al (2002). Tanto a observação quanto as entrevistas serão estruturadas de acordo com os objetivos específicos deste projeto, cujos questionamentos

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

referentes a cada item estão elencados abaixo. Para realizar o primeiro objetivo específico, mapear curadores em saúde reconhecidos pelos Kaingang na região da Terra Indígena Xaçepó, tomo como base a localidade em questão como um nicho do qual a pesquisa emergirá de forma multissituada (Marcus, 1995). No caso aqui proposto, pretendo fazer uma espécie de mapeamento das possibilidades ofertadas para tratamento de saúde, que não os meios biomédicos oficiais, reconhecidas pela população acima citada. Algumas perguntas norteadoras são: Quem são? Onde estão localizados ou residem? Onde oferecem tratamento? São indígenas? De onde são originários? Como se definem? O segundo objetivo específico, caracterizar as práticas de conhecimento/aprendizado realizadas pelos curadores, e o terceiro objetivo, investigar as especificidades das práticas de atenção à saúde promovida por estes curadores, serão elaborados a partir de entrevistas e de observação em pesquisa de campo. No caso do segundo objetivo, a ideia é identificar junto aos curadores como e com quem ou o que aprenderam, quais os métodos de aprendizado. No caso do terceiro objetivo específico, as perguntas se orientariam para saber como atuam nos seus atendimentos, o que podem curar, quais são os diagnósticos, quais as causas e sintomas das doenças/infortúnios que tratam. Este objetivo também será contemplado através da observação dos próprios rituais e processos terapêuticos. O quarto objetivo específico será identificar os atores que estão buscando tratamento para infortúnios a partir de cada curador. Isso se dará a partir do acompanhamento dos ritos e processos terapêuticos, e mesmo dos relatos, dos próprios curadores. Os questionamentos serão sobre onde estes atores residem, de onde são provenientes, se são indígenas ou de que estrato sócio econômico procedem.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Elaborar uma etnografia acerca das dinâmicas envolvidas na oferta e procura por tratamentos para infortúnios na região oeste de Santa Catarina, tendo como ponto de partida a população Kaingang da Terra Indígena Xaçepó (TIX).

Objetivo Secundário:

- Mapear curadores reconhecidos pela população Kaingang na região da Terra Indígena Xaçepó; - Caracterizar as práticas de conhecimento/aprendizado vivenciadas pelos curadores; - Investigar as especificidades das práticas de atenção à saúde promovida por estes curadores; - Identificar os atores que estão buscando tratamento para infortúnios a partir de cada curador. - Investigar alguns casos de saúde/doença duradouros, na tentativa de resgatar os itinerários e as trajetórias tomadas pelos sujeitos envolvidos; - Identificar que tipos de relações estruturam os vínculos entre

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.750-521

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5878

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



os atores que estão buscando tratamento para infortúnios e os curadores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa não apresenta riscos à saúde dos participantes. A participação dos interlocutores, assim como a utilização de seus depoimentos e imagens, entre outros aspectos, será acordada sob autorização tomada a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Outras questões como garantias de respeito à população pesquisada e resguardo de informações significativamente danosas segundo seus próprios critérios culturais, serão observadas na execução do projeto - fatores que já estão contemplados no Código de Ética do Antropólogo (<http://www.abant.org.br>).

Benefícios:

Compreensão dos modos e práticas informais de atenção à saúde no Oeste de Santa Catarina a partir de uma perspectiva etnográfica/Antropológica. Compreensão das estratégias de interação e cooperação interétnica na região. Disponibilização de dados sobre a saúde da população Kaingang. Visibilidade dos saberes indígenas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. O sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apondo sua assinatura na última página do referido Termo. O pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo. Solicita-se adequação.
2. Não foi apresentada nenhuma forma de contato com o CEP responsável pelo acompanhamento do estudo ou com o pesquisador responsável. Solicita-se que seja incluído no TCLE uma breve descrição do que é o CEP, qual sua função no estudo, seu endereço e as suas formas de contato. Solicita-se adequação.

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício EX-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



3. No documento lê-se: "Deixo claro que esses procedimentos não são agressivos ou nocivos à sua vida.". Cabe ressaltar que, o item II.8 da Resolução CNS 196/96, que define como "Risco da pesquisa - possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente". Solicita-se que seja incorporado ao documento as informações relacionadas aos riscos da pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado com Recomendação

Considerações Finais a critério da CONEP:

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

Situação: Protocolo aprovado com recomendação.

BRASILIA, 25 de Abril de 2013

Assinador por:
Anibal Gil Lopes
(Coordenador)

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

Anexo J – Autorização da Fundação Nacional do Índio para Ingresso em Terra Indígena

| | | |
|---|---|---|
|  MINISTÉRIO DA JUSTIÇA FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO AUTORIZAÇÃO PARA INGRESSO EM TERRA INDÍGENA | |  Nº 74/AAEP/PRES/2013 |
| IDENTIFICAÇÃO | | |
| Nome: Ari Ghiggi Junior | Processo: 070629//2012-73 | |
| Nacionalidade: brasileira | Identidade: RG nº.2698977 SSP SC | |
| Instituição/Entidade: Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC | | |
| Patrocinador: financiamento próprio | | |
| OBJETIVO DO INGRESSO | | |
| Desenvolver o projeto de doutorado em Antropologia Social intitulado “Etnografia das Redes Autônomas de Atenção à Saúde no Oeste de Santa Catarina a partir da Terra Indígena Xaçecó”, sob a orientação da Profa. Esther Jean Langdon da UFSC. | | |
| EQUIPE DE TRABALHO | | |
| Nome | Nacionalidade | Documento |
| | | |
| LOCALIZAÇÃO | | |
| Terra Indígena: Xaçecó | Etnia: Kaingang | |
| Coordenação Regional: Interior Sul | CTL: Chapecó | |
| VIGÊNCIA DA AUTORIZAÇÃO | | |
| Início: 24 de julho de 2013 | Término: 24 de fevereiro de 2015 | |
| OBSERVAÇÕES | | |
| <p>*Esta autorização não inclui cessão de uso de imagem e som de voz dos índios, nem de acesso ao conhecimento tradicional associado a biodiversidade.</p> <p>*Remeter a Assessoria de Acompanhamento aos Estudos e Pesquisas - AAEP/Presidência/Funai, duas cópias da monografia, relatórios, artigos, livros, gravações, imagens e outras produções oriundas do trabalho realizado.</p> | | |
| Autorizo. <div style="text-align: center;"> Brasília, 26 de julho de 2013.  Presidente da FUNAI - Interina </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div> | | |

Anexo K - Estrada de Ferro São Paulo – Rio Grande do Sul

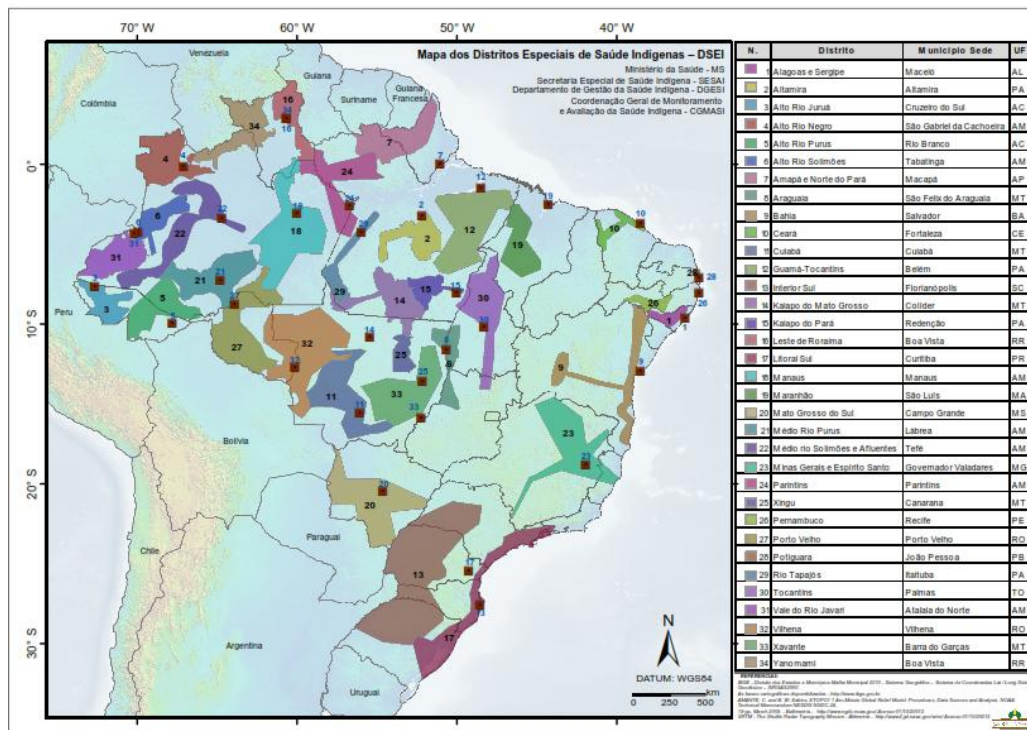


Detalhe dos Estados do Paraná e Santa Catharina, 1913, com indicação do trajeto da Linha Sul da EFSPRG.

Fonte: (ESPIG, 2012)

Anexo L – Distritos Sanitários Especiais Indígenas

Fonte: <http://u.saude.gov.br/images/jpg/2014/fevereiro/13/mapa-geral-dseis-2013.jpg> Acesso em junho de 2015.



Anexo M – Convite Formatura Técnicos de Enfermagem Indígenas - UFSC



O Cacique Nilson Belino (Machado), Kaingáng da Terra Indígena Chapecó/SC e o Professor José Lucio Botelho, Reitor da Universidade Federal de Santa Catarina convidam para a solenidade de formatura de Técnicos de Enfermagem.



Nilson Belino (Machado) ti Kanhgág ag pá'i ta kí eg ga kí ti Chapeco-SC, Professor José Lucio Botelho ty Universidade Federal de Santa Catarina kí tá rãnrãnh sã vy jag Ko'gTyn jag ty eg ve'jê, eg rãnrãnh ne kí kry ke mü. Hame, eg rãnrãnh vy ty Técnicôs dê Enfermagem Kanhgág ke ti.

Data: 17 de setembro de 2005

Local: Escola Indígena de Educação Básica Cacique Vanhkye

Horário: 10:00 hs

FUNDAÇÃO JOSÉ ARTHUR BOITEUX
 PREFEITURA MUNICIPAL DE ENTRE RIOS
 PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUAQUÊ
 FUNAI
 FUNASA - SC
 PROFAE - MS



APOIO

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 REPPENSUL














REALIZAÇÃO:

PROMOÇÃO:

Para Srma Delminda e Pache Adir.

Convite de Formatura dos
 Técnicos
 de Enfermagem
 UFSC



| UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC | | |
|--|--|--|
|  <p>Reitor Prof. Lúcio José Botelho Vice-Reitor Prof. Ariovaldo Bolzan Pró-Reitora de Cultura e Extensão Prof. Eunice Sueli Nodari Pró-Reitora de Ensino Prof. Marcos Laffin Diretor do Centro de Ciências da Saúde Prof. Cleo Nunes de Souza Chefe do Departamento de Enfermagem Prof. Denise Maria Guerreiro V. da Silva Chefe do Departamento de Saúde Pública Prof. Alcides Milton da Silva Coordenadora do Projeto Prof. Maria de Lourdes de Souza Coordenadora do Curso Técnico em Enfermagem da UFSC Prof. Rosângela Maria Fenili</p> | <p>Fundação Nacional de Saúde - SC José Luiz Oliveria Chefe do DSEI (Distrito Sanitário Especial Indígena) Luiz Carlos Otto Fundação Nacional do Índio - Regional de Chapecó/SC João Batista Ozelâme Prefeitura Municipal de Ipuação Leonir José Macetti Nilson Prezotto Prefeitura Municipal de Entre Rios Narciso Biasi João Maria Roque</p> | |
| Turma: In' Memoriam "Orides Francisco Belino" | | |
| PATRONESSE | Clarice Schinaider | |
| PARANINFO | Narciso Biasi | |
| ORADOR | Celinho Inácio | |
| JURAMENTISTA | Sandra Mendes dos Santos | |
| HOMENAGEM ESPECIAL | Maria de Lourdes de Souza (REPENSUL, UFSC) Orides Belino Correia da Silva (in memoriam) João Maria Roque (Vice - Prefeito Entre Rios) Nilson Belino (Casique) Getúlio Narciso (Coordenador da Escola Indígena) Anisia Magistrali Belino Marcio Rogerio Talevi Maria do Horto Fontoura Cartana (UFSC) José Valmir de Oliveira | |
| ENFERMEIRA FACILITADORA | Eléze Comachio | |
| FORMANDOS | | |
|  <p><i>Carolina de Oliveira</i> (<i>Thaina-Ab</i>) Data Nas: 20/12/1956 Pai: Francisco de Oliveira Mãe: Inaura Andressa de Oliveira</p>  <p><i>Celinho Inácio</i> (<i>Kidau</i>) Data Nas: 21/03/1981 Pai: Nelson Inácio Mãe: Lucilene Segurini</p>  <p><i>Daiana de Oliveira</i> (<i>Fans</i>) Data Nas: 08/04/1954 Pai: Luiz Paulo de Oliveira Mãe: Maria Gláucia Gonçalves</p>  <p><i>Eliane Mendes</i> (<i>Maqf</i>) Data Nas: 20/02/1978 Pai: Daniel Mendes Mãe: Maria Lúcia Mendes</p> |  <p><i>Matias Gonçalves</i> (<i>Kany</i>) Data Nas: 04/06/1973 Pai: Cristiano Gonçalves Mãe: Jara Arturina Gonçalves</p>  <p><i>Moacir Gonçalves</i> (<i>Noban</i>) Data Nas: 04/04/1980 Pai: Valdir Gonçalves Mãe: Elen Gonçalves</p>  <p><i>Sandra Mendes dos Santos</i> (<i>Mqyff</i>) Data Nas: 30/04/1974 Pai: Leirio Mendes dos Santos Mãe: Elvira José da Luz</p>  <p><i>Valdeirino de Oliveira Belém</i> (<i>Prathindp</i>) Data Nas: 20/11/1957 Pai: José dos Santos Belém Mãe: Maria Lúcia de Oliveira</p> | <p style="text-align: center;">Conclusão após a certificação do 2º Grau</p>  <p><i>Aldenor Lemos</i> (<i>Fans</i>) Data Nas: 21/10/1959 Pai: João Batista Lemos Mãe: Maria de Jesus da Lima</p>  <p><i>Sorley de Oliveira</i> (<i>Kapff</i>) Data Nas: 10/04/1975 Pai: Camargo de Oliveira Mãe: Patrícia de Oliveira</p> <p style="text-align: right;">Criação/Edição: Maria de Lourdes de Souza Marcos Gomes</p> |

