

SAÚDE E POLÍTICAS
DE SAÚDE ENTRE OS
KAINGANG DE PALMAS/PR

José Ronaldo Mendonça Fassheber



"Era custoso ficar doente porque não é como nós agora, bem como esse daqui, esse daqui bate um vento tá ficando gripado. Já não ficaram velhos, ói, esses velhos de agora e dantes, nossa, como velho, velho que... é por mode que alguns ainda lidam com remédio. Eu ainda sei uns remédios e eu ainda faço pros meus filhos, porque meu pai era curador também, benzedor também" (Dona Luiza, 84 anos)

"Saber a sabedoria e saber tocar a sabedoria da gente. Tocar a sabedoria da gente pra outro, dizer como é que tem de ser e trabalhar" (de outro Kaingang)

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

**SAÚDE E POLÍTICAS DE SAÚDE ENTRE
OS KAIANGANG DE PALMAS/PR.**

José Ronaldo Mendonça Fassheber

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da
Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Mestre

Orientadora: Dr^a. Esther Jean M. Langdon

Ilha de Santa Catarina, 1998.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

“SAÚDE E POLÍTICAS DE SAÚDE ENTRE OS KAINGANG DE PALMAS/PR”

JOSÉ RONALDO MENDONÇA FASSHEBER

Orientadora: Dra. Esther Jean Langdon

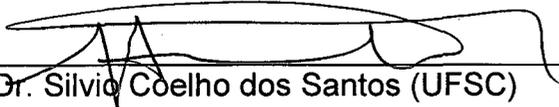
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Antropologia Social, aprovada pela Banca composta pelos seguintes professores:



Dra. Esther Jean Langdon (UFSC-Orientadora)



Dra. Mariana Kawall Leal Ferreira (USP)



Dr. Sílvia Coelho dos Santos (UFSC)

Florianópolis, 05 de outubro de 1998.

ÍNDICE	PÁGINA
AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
MAPAS	x
INTRODUÇÃO	xi
PRÓLOGO	20
CAPÍTULO I - DUAS HISTÓRIAS DO CONTATO	28
1.1 Os <i>Kaingang</i> antes dos <i>Fõg</i>	28
1.2 O contato com os <i>Fõg</i>	30
1.2.1 A Chegada no <i>Crie-bang-rê</i>	32
1.2.2 O Nascimento de Palmas	34
1.2.3 As Novas Colônias e o Surgimento do SPI	36
1.2.4 Fazendeiros e Madeireiras	39
1.3 História das Epidemias entre os <i>Kaingang</i> e o caso de Palmas	43
1.3.1 <i>Tár</i> : a Força dos <i>Kaingang</i>	48
1.3.2 Ações de Saúde na Área Indígena de Palmas	53
CAPÍTULO II SITUAÇÃO ATUAL DOS <i>KAINGANG</i> DE PALMAS	57
2.1 A cidade e a Área	57
2.2 Área Indígena Atual	60
2.3 População	64
2.4 Economia	66
2.5 Moradias	70
2.6 Lideranças	75
2.7 Igrejas na Área	82
2.8 Educação	85
2.9 Futebol e Vida Social	87
CAPÍTULO III SISTEMAS DE CUIDADOS COM A SAÚDE	92
3.1 Sistemas de Cuidados com a Saúde como Sistema Cultural	94
3.1.1 Diferenças entre os Modelos Explanatórios	97

3.2 Setores de Cuidados com a Saúde entre os <i>Kaingang</i> de Palmas	100
3.2.1 Setor Familiar entre os <i>Kaingang</i>	100
3.2.2 Setor Tradicional entre os <i>Kaingang</i>	101
A. Noção de Força	102
B. Remédios-do-Mato	105
C. Especialistas	111
C1. <i>Curandor</i>	111
C2. <i>Herveiros</i>	115
C3. <i>Benzedor</i>	116
C4. <i>Parteira</i>	117
C5. <i>Rezadores do Kiki</i>	117
D. Combinando Atuações	121
E. Predileção pelo Setor Tradicional	122
F. Transmissão e Aprendizagem do Saber local	126
3.2.3 Setor Profissional	128
1. Posto de Saúde Local	128
2. Outros Postos de Saúde, Hospitais e Clínicas	131
3. FUNAI - ADR Chapecó/SC	134
4 FNS/SC	136
5. Outras Ações ligadas à Saúde	137
CAPÍTULO IV POLÍTICAS PÚBLICAS ATUAIS EM SAÚDE INDÍGENA	139
4.1 Políticas Públicas Recentes no Brasil	139
4.2 Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas	143
4.3 Responsabilidades Locais	150
4.4 A FUNAI e a Municipalização dos Serviços de Saúde	152
4.5 A Visibilidade dos <i>Kaingang</i> diante do SUS	157
4.6 A "Falência" do SUS no Âmbito Local	158
4.7 Por um DSEI no Sudoeste Brasileiro	160
CONCLUSÃO	162
ANEXOS	166
ANEXO 1	167
ANEXO 2	168
ANEXO 3	173
BIBLIOGRAFIA	178

AGRADECIMENTOS

Vou tentar aqui lembrar o máximo dos nomes das pessoas que, de alguma forma ou decisivamente, auxiliaram-me em minha paixão pelas Ciências Humanas e nesta dissertação:

- ❖ Os *Kaingang* da comunidade da AI Palmas e Vicente FoKãe, *Kaingang* da comunidade do Xapecó e líder religioso do Ritual do *Kiki*;
- ❖ A Ricardo Cid Fernandes, pelos incentivos no trabalho de campo e por muitas boas idéias colocadas;
- ❖ Os colegas pesquisadores do povo *Kaingang*: Ângela Sacchi, Maria Conceição de Oliveira, Ledson Kurtz de Almeida, Moacir Haverroth, Eliana Diehl, todos ligados à Universidade Federal de Santa Catarina. Juracilda Veiga (UNICAMP), Kimie Tommasino (UEL), Vílson Cabral (UNOESC), Irmã Delminda (CIMI);
- ❖ Os colegas de Antropologia da Saúde: Marcos Pellegrini, Carmem Lúcia da Silva, M^a Lúcia da Silveira, M^a Rocio Libânio, Hélio Barbin;
- ❖ Demais Colegas de mestrado no PPGAS: Jorge Manuel da Costa, Rita Oenning da Silva, Adiles Savoldi, Geraldo Locke, Mônica Munson, Ari Sartori, Verônica Tchivela Pedro, Laura Perez Gil, Miguel Carid Naveira, Luciana Hartmann, Araci Labiak, Karin Henriques, Raquel Mombelli, Raquel Wiggers, Cátia Weber;
- ❖ Os funcionários: José Ricardo Vieira Neto, Luís Carlos Cardoso, Luís Pereira, Fátima Bastos, que não mediram esforços em ajudar-me;
- ❖ Os professores do PPGAS: Óscar Calávia Saens, Rafael José Meneses de Bastos, Ilka Boaventura Leite, Dennis Werner, Carmem Rial, Ma. Amélia Dickie, Regina Lisbôa, Sílvio Coelho dos Santos, Cecília Helm, Theófilos Rifiotis, Luis Eduardo Luna, Hélio Raimundo Silva, Elsje Lagrou e Robert Crépeau;

- ❖ A professora Miriam Pillar Grossi, pelos projetos e idéias e por todo incentivo;
- ❖ Os professores e pesquisadores Cibele Verani (FIOCRUZ/RJ), Priscila Faulhaber (Museu Emílio Goeldi/PA), Antonio Carlos de Souza Lima (Museu Nacional/RJ), Raul Magalhães (UFJF), Marcos Patronis (UFJF), M^a. Helena Ramalho (UFJF), Paulo Roberto Bassoli (UFJF) e Wemerson de Amorin (UFJF);
- ❖ O Antropólogo Eduardo Viana Vargas (UFMG), pelas inúmeras contribuições, pelas críticas e pela amizade;
- ❖ Amigos: Domingos, Marconi, Vera, Viviane, Felipe e Nara, Ana, Mariana, Téia, Juarez, Flávia, Frederico, Marcinha, Juliana, Cristiana, Malu, Gisela, Vasti, Fernando Libânio, Márcia, Elisa, Paola e Liliani, Edson Ledoux, Ivan Coelho, Arthur, Meg, Tony, David, Érico, Zé Rafael, Aneliese, Cláudia Millito, Leda Brandt, José Santos, Luís Fernando, Nuncy, Tio Luís, Rosângela, Rogério, Beth Pissolato, João Tadeu, Lílian Gil, Marquito;
- ❖ Minha Família: minha mãe Marília Mendonça Fassheber, meu pai Carlos Frederico Fassheber (in memoriam), meus irmãos, Carlos Frederico, Marta, Luís Fernando, Paulo Sérgio, meu filho Thomaz, meus tios João Bosco, Francisco, Ney, meus primos Eduardo e Marco Venício Ribeiro (Biblioteca Nacional/RJ), este último o primeiro responsável por minha paixão pelas Ciências Humanas;
- ❖ Os funcionários da FUNAI: Nilvo, Roseli, Irany, Ari e Rosângela;
- ❖ As funcionários da FNS: Dalva Dantas e Marlene;
- ❖ Aos amigos da cidade de Palmas: Eva, Lucy, Xopim, Wanderley, Leandro & Sílvia, Adriana, Iara, Pe. Claudiovani, Pe. Natalício, Prof^a Lurdes Lago;
- ❖ CNPq, instituição financiadora de meu mestrado;
- ❖ A companheira Alinne de Lima Bonetti, pelas inúmeras contribuições, pelo carinho e compreensão;
- ❖ A Orientadora Esther Jean Langdon, pelos ensinamentos, pela paciência e pelo investimento dispensado a mim.

A todos vocês, o meu muito obrigado, que apenas palavras não contemplariam tudo o que devo-lhes.

RESUMO

Em relação à saúde, a Constituição garante às populações indígenas o direito de equidade de atendimento, por um lado, e contempla o direito a um tratamento diferenciado, por outro. As organizações governamentais que têm prestado estes serviços (FUNAI, FNS, SUS) têm falhado ou têm sido inoperantes em sua missão, seja pela inadequação das políticas públicas para o setor de saúde indígena, seja pela má gestão dos recursos públicos disponíveis, seja pela falta destes e de pessoal, seja por um planejamento e por uma atuação que desconsidera as especificidades, os saberes e os anseios de uma comunidade. O SUS tem sido a principal via das ações governamentais e o principal recurso que os *Kaingang* (grupo pesquisado ao longo do ano de 1997) têm utilizado dos serviços públicos de saúde. No entanto, o SUS opera com um discurso universalizante da biomedicina em relação às noções de corpo-saúde-doença-cura. Os *Kaingang* de Palmas, grupo considerado de alto contato, mantém saberes tradicionais e específicos à respeito destas mesmas noções. A etnografia e o trabalho de campo em Antropologia da Saúde podem refletir e auxiliar uma composição mais adequada do planejamento de políticas públicas para a saúde indígena no Brasil.

Termos-chave: Antropologia da Saúde, Serviços de Saúde Indígena, Municipalização da Saúde, Distrito Sanitário Especial Indígena, Saber-local.

ABSTRACT

The Brazilian Constitution guarantees the Indian population the right to equal health treatment. It also guarantees the right of specific treatment to these populations. The governmental organizations that have been working on these matters (FUNAI - Fundação Nacional do Índio - FNS - Fundação Nacional de Saúde - SUS - Sistema Único de Saúde) have failed or are ineffective. This failure has multiple reasons: inadequate public policies in the context of Indian health; insufficient governmental funds and human resources, and the lack of competence to manage both; the lack of consideration for culture specific knowledge and expectations. As far as the *Kaingang* of Palmas/PR (1997 research) are concerned, SUS has been the main course of governmental action. However, SUS works are based upon a biomedical universalizing discourse in relation to notions such as body, health, disease and cure. The *Kaingang* of Palmas, considered to be a group of intensive contact, preserve traditional knowledge about these notions. Ethnography and fieldwork in anthropology of health may contribute to a better planning of public policies adapted for Brazilian Indian Health.

Keyterms: Medical Anthropology, Indian Health Services, Governmental actions, Municipalization of Health, Health District, Local knowledge.

"Observar dragões, não domesticá-los ou abominá-los, nem afagá-los em tonéis de teoria, é tudo o que a antropologia tem sido... Temos conseguido com algum sucesso, manter o mundo em desequilíbrio; puxando tapetes, virando mesas, soltando fogos... Tranquilizar tem sido a tarefa de outros; a nossa tem sido a de inquietar... — apregoamos o anômalo, traficamos o estranho. Mercadores de perplexidade.

Isso de falar que as coisas devem e precisam ser de um determinado modo é algo que já não é mais possível. Se queríamos verdades domésticas, deveríamos ter ficado em casa" (Geertz, 1988).

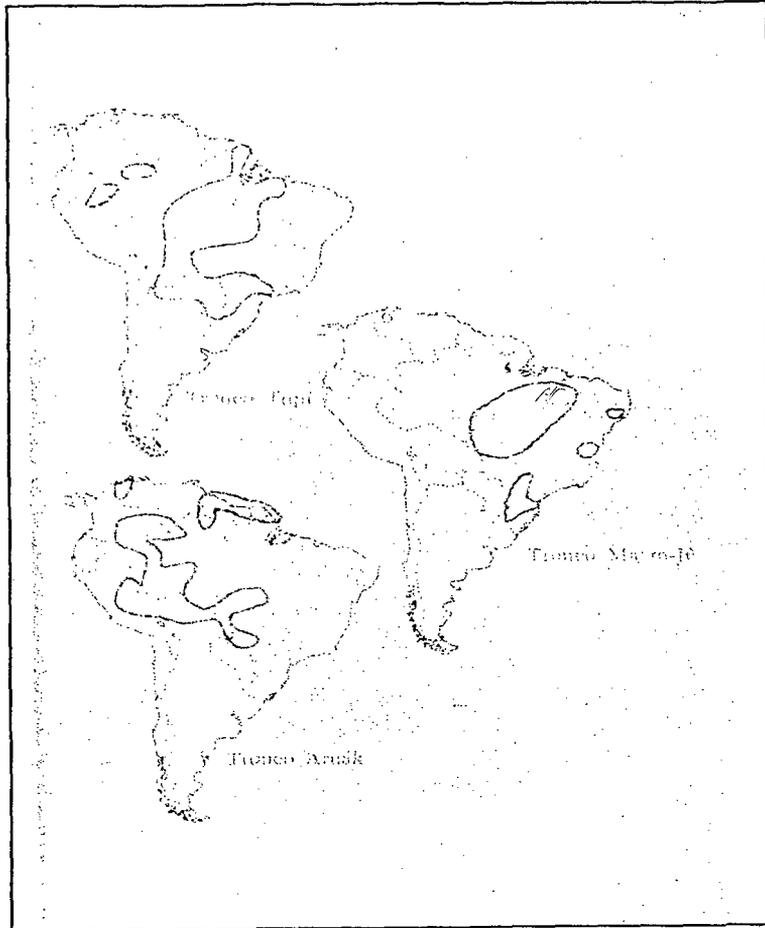
A meus amigos Kaingang de Palmas

A meu filho, Thomaz Lamas Fassheber

*A meus pais, Carlos Frederico Fassheber e
Marília Mendonça Fassheber*

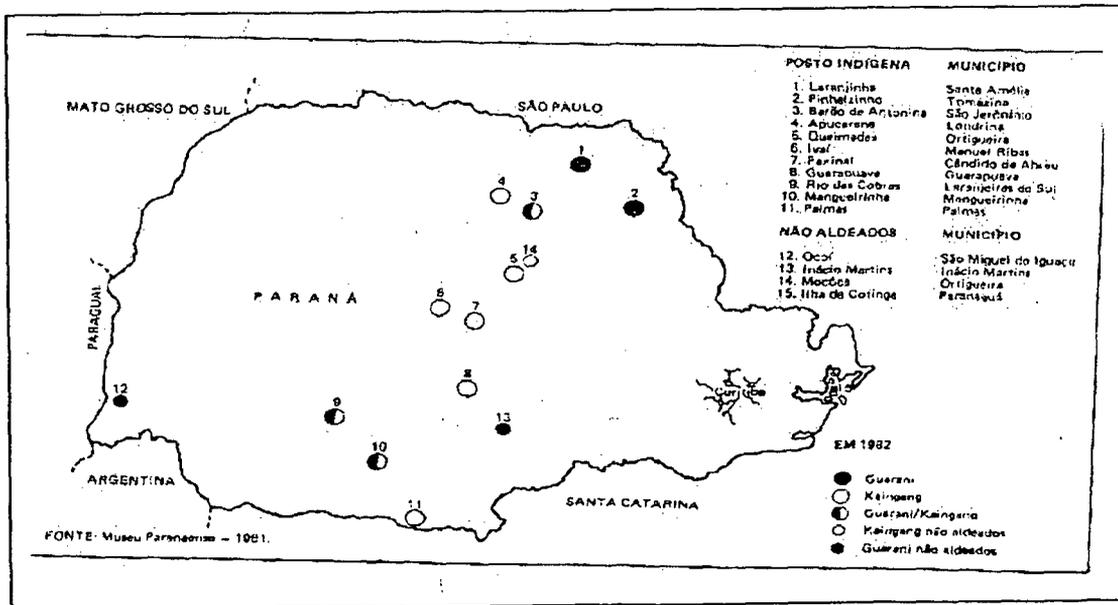
A meu irmão Carlos Frederico Fassheber Jr.

Mapa Etno-Lingüístico



Fonte: Melatti, 1983.

Mapa Regional



INTRODUÇÃO

Existe desde há muito tempo na região da cidade de Palmas, Paraná, um grupo de *Kaingang*. Durante todo esse tempo em que habitavam essa região, utilizavam procedimentos muito particulares para tratar e manter a saúde dos pertencentes ao grupo. A partir do contato com os colonizadores, cerca de duzentos anos atrás, passaram a conhecer e conviver com doenças até então desconhecidas e, ao mesmo tempo, começaram paulatinamente a negociar com outras formas de procedimentos de cuidados com a saúde. Hoje em dia, tendo em vista seu alto grau de contato, os *Kaingang* de Palmas possuem uma forma bem peculiar de cuidados com a saúde, combinando os mais variados procedimentos: desde de saberes específicos do grupo até os procedimentos da Medicina ocidental - ou Biomedicina - que são oferecidos a esses sob as formas das Políticas Públicas.

A presente dissertação visa compreender como atualmente os planejamentos e as execuções das Políticas Públicas de Saúde para as populações

indígenas em geral e especificamente para os *Kaingang* de Palmas poderiam se valer de seus conhecimentos específicos e de suas percepções a respeito dos sistemas de cuidados com a saúde governamentais e, assim, tornarem-se mais eficazes. Espero que esta dissertação possa contribuir neste aspecto.

* * * * *

Breves Contextualizações:

Organização Social do grupo: Os *Kaingang* pertencem ao tronco lingüístico Macro-Jê e são denominados Jê Meridionais. Organizam-se em metades exogâmicas *Kamé* e *Kairú* com subseções *Anyki* e *Votôro*, respectivamente. As metades relacionam-se com o sentido oeste-*Kamé* e leste-*Kairú* e com o tipo de marca ritual que recebem: *Kamé*-comprida-riscos e *Kairú*-redonda-pontos. A organização em metades diz respeito também ao tipo de nomação dada aos índios que nascem, aos bichos e aos vegetais.

Os *Kaingang* são considerados o terceiro maior grupo indígena no Brasil, sendo estimados em mais de 20.000 indivíduos atualmente distribuídos entre os estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Anteriormente também residiam na região de Misiones no norte da Argentina, constituindo, assim, a mais numerosa das sociedades Jê. Ao longo destes dois últimos séculos os *Kaingang* foram sujeitos das mais diversas descrições de viajantes, missionários, militares e de alguns etnógrafos (como veremos no capítulo I) em todas as regiões habitadas por eles.

Algumas Referências Centrais: No caso específico dos *Kaingang* de Palmas, podem ser encontradas as etnografias de Herbert Baldus (1936) e Loureiro Fernandes (1939, 1941). De lá para cá, nenhuma etnografia dos *Kaingang* de Palmas foi produzido. Apenas recentemente este hiato de pesquisas etnográficas específicas da Área Indígena de Palmas foi quebrado com a recente produção de Ricardo Cid Fernandes (1998).

No entanto, a Universidade Federal de Santa Catarina tem contemplado outras *Áreas Kaingang* com trabalhos dos professores Sílvio Coelho dos Santos¹ (vários), Cecília Helm (vários) e Aneliese Nacke (1983) ao longo dos últimos trinta anos. Destaca-se também os trabalhos do professor Robert Crépeau (1994, 1997-a e b). A partir do trabalho destes pesquisadores, outros foram produzidos em *Áreas Kaingang* por pessoas ligadas direta ou indiretamente ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, como é o caso de Eliane Diehl (1997), Maria Conceição de Oliveira (1996), Moacir Haverroth (1997), Ledson Kurtz de Almeida (1998), todos na Área do Xapecó/SC, e de Ângela Sacchi na Área de Mangueirinha/PR (esta em fase final de dissertação). Quero também destacar a existência de outros trabalhos recentes feitos com os *Kaingang*, principalmente na última década. Este é o caso das produções de D'Angelis (1984), Veiga (1994), Tommasino (1995) e Mota (1994), sendo os três últimos autores, referências obrigatórias nesta dissertação.

¹ Embora este autor trabalhe mais com os Xokleng, sua produção inclui os *Kaingang*.

* * * * *

A Pesquisa de Campo:

Conheci os *Kaingang* de Palmas em março de 1997 quando os visitei pela primeira vez. Nesta época, pude também acompanhar os preparativos do ritual do Kiki, realizado na Área do Xapecó do qual participam alguns rezadores residentes na Área de Palmas. Minha segunda viagem para a Área ocorreu exatamente na época em que o ritual se realizou (14/04/1997). Um pouco desta experiência com o ritual do Kiki descreverei no Capítulo III. Considero que o acompanhamento que fiz do ritual, foi de extrema importância para minha inserção e aceitação no grupo. Lá fui batizado e "ganhei pertencimento" à metade *Kamé*. O nome que recebi — Yamuié, o lagarto "brincalhão"— tornava a convivência mais agradável. Essa nomenclatura possibilitou o estabelecimento de uma relação jocosa com o grupo, pois a referência a um nome surtia risos e brincadeiras entre os *Kaingang*, aliás uma característica bem marcante no grupo. Os *Kaingang* adoram rir, contar "causos", fazer piadas com os outros².

Após o Kiki, estava novamente em Palmas e travei os primeiros contatos com aqueles que seriam os principais informantes de minha pesquisa de campo. Meu trabalho de campo, propriamente dito, ocorreu ininterruptamente entre os meses de maio e outubro de 1997. Neste seis meses de tempo de convívio pude aprender

² Antigas etnografias dão conta deste "bom humor": Borba (1908) entre outros, descreveram a alegria, a animação e a curiosidade dos *Kaingang* com os quais conviveu.

um pouco sobre o "sistema"³ que lhes é próprio. Isto se fazia ora de forma mais sistemática — anotações, entrevistas dirigidas, gravações —, ora de forma mais aleatória — "prosas" e anedotas nas rodas de chimarrão ou nos campos de Futebol.

Aliás, o Futebol também revelou-se uma importante "porta de entrada" dentro do grupo. Dada a minha formação em Educação Física e Desportos, fui solicitado a auxiliá-los no treinamento das equipes de Futebol e nos torneios regionais em que eles participavam. Coincidência ou não, após um curto período desses treinamentos, as equipes *Kaingang* passaram a conquistar quase todos os torneios que participavam. Assim, passei a ser considerado como uma espécie de "amuleto" da equipe (como me diziam), fazendo questão da minha presença mesmo para a mais improvisada das "peladas". Destaquei um tópico do Capítulo II para analisar a importância do Futebol na vida social e também na vida econômica dos *Kaingang* de Palmas.

Outro aspecto fundamental que acredito ter sido determinante na minha aceitação junto ao grupo foi minha disponibilidade em ajudá-los nas mais variadas tarefas. Essas tarefas iam desde o auxílio no transporte de alimentos, até a elaboração, redação e revisão de projetos de auto-sustentação do grupo. Muitas vezes, fui destacado como um de seus interlocutores em reuniões com as Secretarias Estaduais (Educação, Meio Ambiente) do Paraná localizadas na capital Curitiba. Este fato pode ser entendido com o que Paula Monteiro (1997), em

³ "Sistema" é a maneira exata como os *Kaingang* definem a especificidade do grupo.

recente palestra na UFSC, apontou como o antropólogo "tarefeiro" estabelecendo assim uma espécie de troca entre pesquisador e pesquisado.

Com relação às dificuldades enfrentadas no trabalho de campo, destaco principalmente a incongruência entre o que deparava na prática em relação ao meu objeto de pesquisa — os discursos sobre saúde e doença —, aquilo que a literatura especializada trazia sobre o tema. Muitas vezes encontrei na literatura sobre Antropologia da saúde que o tema saúde/doença pertencia ao rol de predileção dos discursos e das narrativas em vários grupos indígenas. Contudo, entre os *Kaingang*, essa característica não se confirmava, não sendo tão fácil abordar essas questões com o grupo, especialmente quando tinha de entrevistar pessoas doentes. Muitos estranhavam meu interesse por aqueles momentos de dificuldades pelo qual alguns estavam passando, por mais que eu tentasse tratar do assunto com todo o cuidado que me era possível. Com o passar do tempo, foi se estabelecendo uma relação de confiança entre eu e o grupo e só assim pude ter contato com os relatos *Kaingang* sobre suas experiências com relação às doenças e os modos que escolhiam para tratá-las.

A permanência na Área possibilitou-me uma experiência ímpar. Pude testemunhar diretamente a atuação dos serviços oficiais envolvidos de alguma forma com a saúde indígena local. Essa vivência incitou-me a refletir sobre o papel das políticas públicas oficiais de saúde no Brasil e, em particular, sobre as que diziam respeito à saúde das populações indígenas. De forma geral, pude notar uma

dissonância entre as atuações de diferentes órgãos públicos que trabalham dentro da Área de Palmas. Um exemplo interessante pode ser dado com relação à convivência das atuações da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e da Fundação Nacional de Saúde (FNS) na Área de Palmas. Mesmo tendo-se claro que esses órgãos públicos têm interesses e responsabilidades distintas, foi revelador presenciar sua disputa pela demarcação das fronteiras de suas atuações que tomou forma na troca de acusações sobre o alcance de suas responsabilidades. Isso mostra uma confusão acerca dos objetivos de cada órgão frente às populações indígenas de forma geral e tem sérias e imediatas implicações no caso concreto dos *Kaingang* de Palmas que acompanhei.

Considero a questão das políticas públicas de saúde indígena de crucial importância e, portanto, a reflexão sobre o tema se faz fundamentalmente premente. Tenho consciência do quão inesgotável é essa discussão e, assim, propus iniciá-la — ainda que de modo preliminar — no Capítulo IV desta dissertação.

* * * * *

Estrutura da dissertação:

Esta dissertação está estruturada em quatro capítulos. Início com um Prólogo onde descrevo uma situação epidêmica vivida pelos *Kaingang* de Palmas em junho de 1997. Este prólogo será fundamental para a compreensão da atuação dos órgãos públicos oficiais diante destas situações em Áreas Indígenas, bem como

para a compreensão sobre a vivência dos atores indígenas diante desse tipo de evento.

No Capítulo I descrevo duas histórias distintas do contato dos *Kaingang* com o mundo dos Brancos (Fõg). A primeira história é construída de forma mais clássica: a chegada dos Brancos, os conflitos com os *Kaingang*, a tomada e a ocupação dos territórios destes e a derrubada massiva de suas matas. Chamo também a atenção para as condições de transformação do modo de vida entre os *Kaingang*, do confinamento às reduções de sua Área e de suas reservas naturais. Tais transformações alteraram o quadro de saúde da população indígena. A segunda história, menos clássica, pretende demonstrar as conseqüências que o contato trouxe para as populações *Kaingang* — doenças desconhecidas, epidemias, mudanças nas formas alimentares e a introdução do alcoolismo.

No Capítulo II, trato de descrever a situação atual, enfocando várias peculiaridades da Área. Sua proximidade em relação à cidade de Palmas marca uma relação mais direta e cotidiana do que outras Áreas da região. Resgato também as possibilidades de subsistência (economia), das religiões e suas influências, da educação, do déficit habitacional e da luta dos *Kaingang* para obter dos serviços públicos as melhorias na qualidade de vida de seu grupo. Além disso, ocupo-me fundamentalmente do papel exercido pelas Lideranças Indígenas nas questões internas. A influência das decisões das Lideranças sobre o resto da população *Kaingang* da área são importantes para se discutir algumas questões de saúde.

No Capítulo III, discuto os referenciais da Antropologia da Saúde que definem a comparação entre os sistemas de cuidados com a saúde e o sistema cultural. Após esta consideração, aponto as opções que os *Kaingang* dispõem para negociar e decidir em relação aos cuidados com a saúde: as opções nativas — consideradas como aquelas que vão marcar a especificidade do grupo e que têm sido transmitidas de geração para geração — e as opções dos sistemas "oficiais" de saúde. Procuro demonstrar quais são as predileções de uso de um ou outro setor médico e as razões que levam os *Kaingang* a optar por estes setores.

No Capítulo IV, o último desta dissertação, reflito sobre como estão sendo tratadas as políticas públicas oficiais de saúde para populações indígenas no Brasil como um todo. Mais especificamente, concentro-me sobre as dificuldades de aplicação destas políticas e o que de fato têm sido aplicado no caso particular dos *Kaingang* de Palmas. Concluo o capítulo com a proposta de criação de um (ou mais) Distrito(s) Sanitário(s) Especial(ais) Indígena(s) regional(ais) — DSEI — que atenderia aos *Kaingang* do sudoeste dos estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

PRÓLOGO

"Puis é, como eu posso descansar com os pensamento voltado?"

Foi o que me disse João Maria "Velho" ou velho Ingrègniã, *Curandor Kaingang* de 81 anos, ao ver sua mulher, Dona Luiza Mendes, 84 anos, pela primeira vez em sua vida, ser levada para o hospital, pelos agentes de saúde do Posto da Área Indígena de Palmas, no sudoeste do Paraná.

Em meados de Junho de 1997, toda a região da cidade de Palmas/PR conviveu subitamente, por cerca de duas semanas, com temperaturas baixíssimas. As fortes geadas, mesmo sendo esperadas todos os anos, vieram de forma mais intensa do que tradicionalmente, congelando os campos dias à fio. O ar tornou-se denso a ponto de uma nevasca ser cogitada. Nesta época, houve um grande surto de gripe que abrangeu boa parte da população indígena *Kaingang* da Área de Palmas bem como da população da cidade.

Pela primeira vez, após quatro meses de meu convívio com os *Kaingang*, vi pessoas internadas na enfermaria do Posto de Saúde da Área, que o grupo apelidou de Mini-Hospital. Muitos dos meus principais informantes adoeceram gravemente, como Dona Luiza Mendes, Wayã e Twãk. Todos com quadros de sintomas bem parecidos: vômitos, febre alta e perdurável, dores generalizadas no corpo e dificuldades respiratórias. Caíram *Kangá* (doente), ficaram *Króin* (fraco) e necessitavam ter *Tár* (força) que no momento faltava-lhes, como costumavam repetir.

No caso da doença de Dona Luiza, eu havia visto, dias antes, a habilidade do Seu João Maria para colher pequenas plantas sob a gramínea rasteira perto de sua casa. Mostrou-me bem e eu consegui achar apenas algum exemplar enquanto ele, na sua destreza de especialista, colhia vários. Depois passou a outras ervas plantadas por ele atrás de sua pequena casa-de-fogo (*iñg-xim* — construção de madeira, de chão batido com fogo central permanentemente sustentado, que muitos *Kaingang* constróem perto de suas moradias). Perguntei-lhe os nomes dos remédios-do-mato (*Vehn-Kãgta*) e ele, preocupado e apurado que estava em tratar de sua mulher, nem sequer me escutou.

Passado alguns dias, Dona Luiza continuava vomitando, tendo febre e tosse contínuas. Seu "velho" estava tentando fazer o que sabia de seu conhecimento de "Curador". Sua filha Virgínia, que aprendeu a curar com o pai, veio para ajudá-lo com a casa e com os remédios. O tempo, contra o qual lutaram durante aquela

semana, vencia-os e a doença não cedia. Ao contrário, agravava-se mais. Decidiram, então, buscar remédios *Kuprí* (branco) da enfermaria para parar o "vomitório" e melhorar o "fôlego" de Dona Luiza Mendes que quase não se alimentara desde o início da doença. Foi, pois, medicada por tais remédios, mas nem mesmo assim conseguiram controlar seu vomitório naqueles dias seguidos. Ela continuava visivelmente abatida.

Numa manhã cinzenta voltei para visitá-los. Ao mesmo tempo de minha chegada, o carro da FUNAI, veio com o Nilvo (funcionário da instituição) e o Sadi (Agente de Saúde Indígena)⁴ para buscar Dona Luiza. Sadi disse-me perplexo, que ela emagrecera muito nos últimos tempos, antes de eu conhecê-la. Ela estava pálida. A opacidade de seus olhos não permitia refletir seu insistente infortúnio. Saiu carregada pela porta, tentando identificar os que a cercavam. Não nos reconheceu. Eles seguiram para a cidade rumo ao hospital, sob uma chuva rala.

Fiquei com Seu João Maria que estava nervoso e desolado. As lágrimas vertiam-lhe naquele momento, mas sua voz resistia. Ele, que me contara jamais ter precisado de médicos *Fõg Kuprí*⁵ e remédios *Kuprí* para si, pois sempre se tratou com as "dietas"⁶ e com os remédios tradicionais aprendidos das revelações de São João Maria, buscava forças para permanecer *Tár* e atento. Disse-me que mal dormira todo aquele final de semana, tentando controlar o "vomitório" de sua

⁴ Então demissionário do convênio rompido naquele mesmo mês entre a Organização-Não-Governamental chamada Documentação Indigenista Ambiental, a DIA, e a FUNAI.

⁵ Relativo à Biomedicina ou Medicina científica, ocidental, como a categorizamos neste trabalho.

mulher. Dera-lhe os chás que eu o vira colher e macerar. Depois, quando pensou que o quadro de sua velha não se alterara como ele queria, optou pelos remédios *Kuprí* que havia mandado buscar na enfermaria da Área. Parecia decepcionado com as tentativas que frustraram. Sem ter muito o que dizer, aconselhei-o a descansar, o que não foi possível depois de todo seu esforço.

Na mesma noite visitei Dona Luiza no hospital em Palmas. Quis vê-la, receoso com a gravidade que havia percebido de seu quadro. Levava-lhe alguns biscoitos. A atendente permitiu-me cinco minutos, fora do horário de visitas e eu entrei. Cheguei na penumbra ainda das primeiras horas da noite, mas ela logo me reconheceu. Estava um pouco melhor, e recebia soro nas veias. Tinha ainda a respiração bem ruidosa e eu podia ouvir o ranger de sua respiração. Parecia feliz em ter minha companhia. Brincou com expressões no idioma *Kaingang* que ela insistia em me fazer entender, rindo de minha incompreensão: *Hã Taun-í? A'manuri Hã?* (Como vai? Dormiu bem?). Disse-me que não se lembrava de minha presença em sua casa, quando ajudei a carregá-la para o carro. Estava com um prato de canja em sua cama que ela pouco havia tocado: *"a velha tá ruim, hoje só consigo comer pouco"*, disse-me. Dias mais tarde, contaria-me que a origem de seus problemas de "fôlego" começou quinze anos antes, após a morte de um filho em acidente na serraria que existiu dentro da Área até o início dos anos 80. Após o acidente,

⁶ Dietas significa a utilização dos remédios-do-mato preparados em sua forma forte. Ver sobre esse tema no Capítulo III dessa dissertação.

lutaram mais alguns dias contra a morte do filho, tratando-o com as dietas de remédios-do-mato. Ela conta:

"agora tá fazendo quinze anos que o mais velho que esses morreu, que os filhos dele tão em Xanxerê. Depois eu achei que num fiquei mais boa do fôlego. Pois ele veio doze dias sem comer nada. Eu queria morrer na hora atrás do meu filho. Ele morreu de machucadura, rebentou por dentro dele. Porque ele era boiadeiro e quando houve essa serraria velha que tá ali. Um dia com a chuva assim, que a tora quase pegou ele. Daí foi meio por cima, a ponta é que bateu no peito dele. E ele não tomou bem o remédio [-do-mato], e tem remédio também pra isso, pra machucadura velha. Ele não queria tomar: 'muita dor mãe'. Daí que ele foi pra casa e, quando ele viu que estava bem ruim, ele falou pra mulher: 'eu vou lá pra mãe e já volto'. Daí eu tinha um carpido lá pra cima, daí eu fui lá trabalhar. Na hora que ela [a nora] chegou lá ela disse: 'sabe que já levaram ele pra Curitiba. Ele vinha vindo te ver, mas daí ele caiu e gritou, a menina veio vê e ele me chamou: 'mãe, vem aqui com meu pai', no meio da "sangüera", furou por dentro e saiu pela boca'. Aí quando ele foi pra Curitiba, daí que ele se matou. Daí eu digo: pra machucadura velha num presta isso [a medicina dos brancos], que Deus o livre. Se ele tomasse bem remédio que nós temos, ele estava aí. Ói esse aí (apontando para Durval, seu outro filho), esse aí teve machucadura também no peito, mas ele usa esse remédio que o curador. Mas aquele quebrou as dieta do velho. Desde então estou atacada", disse-me com a voz embargada. (Dona Luiza)

Na manhã seguinte, caminhando novamente para a Área, deparei-me com Seu João Maria andando em seu passo menos lento e "difícil" que o normal, apoiado em sua bengala de taquara em meio à lama da estrada naqueles dias. Estava indo, com certa ansiedade nas passadas, visitar sua velha, internada a mais de 07 Km de caminhada de sua casa. Esquecera de sua própria doença daqueles dias — a

mesma que atingia sua mulher — e da doença que o fazia caminhar menos durante muitos anos. Ele era um *Kaingang Kofá* (velho) e sabia tirar força/ *Tár* para aquele momento. Caminhou sem fazer as habituais paradas de descanso e conseguiu estar com sua "velha" no hospital.

O *Kaingang Twāk*⁷ caiu doente (*Kangô*) e também foi para o hospital onde o encontrei. Ele parecia bem mais fraco e mais magro do que o costume. Sua respiração estava mais ruidosa que a de Dona Luiza. Naqueles dias em que muitos adoeceram, Twāk contou-me que três dias antes saíra para catar uns gravetos. Tossia incessantemente. Não andou mais que vinte metros dentro do mato e, de repente, caiu no chão. Sentiu que estava sem fôlego e que o "*sangrador*"⁸ pulsava bem forte. Disse que escarrou até sangue. Resfolegando e sem conseguir se levantar, gritou afonicamente várias vezes até ser acudido pela filha pequena que correu ao seu socorro. Foi carregado para casa e ficou de cama.

Não tomou nada. Wayãñ, sua mulher, não pôde colher ou preparar-lhe nenhum remédio-do-mato pois também estava doente e acamada há dias. Esperaram pelos medicamentos que Dona Morena (outra Agente de Saúde da DIA/FUNAI que trabalha há quase 20 anos com os *Kaingang* de Palmas) levaria para eles. Twāk disse-me que se medicou assim, mas continuou a não apresentar melhoras. Ao contrário, pensou seriamente que estava morrendo aos poucos.

Relatou-me o fato:

⁷ Twāk é Rezador *Kairú* do Kiki, ritual de culto aos mortos dos *Kaingang*. Ver Capítulo 3.

"se não tivessem me trazido [para o hospital], certamente teria morrido. Eu fui me apurando demais, daí que eu caí, não pude chegar aqui na casa, sentei e já começou aquela pressão. O Bastião [Sebastião Silva, então Cacique da Área] contou aqui que pensava que eu não ia mais pousar, que já estava todo frio, tudo, tudo. [Os agentes me disseram que pensavam que ele realmente estivesse entrando morto no hospital. Comentei com ele] - Te falaram isso, é? Depois cheguei lá e tomei dois soros, duma veneta." (Twäk)

Felizmente, fora medicado a tempo e saíra de perigo. Perguntei-lhe, dias mais tarde, já em sua casa, o que ele achara do tempo de internamento no hospital da cidade. Disse:

"Eu só fiquei lá só por causa da minha doença. Mas fez sol no domingo [dia em que ele recebeu alta] e não apareceu ninguém. Foi a primeira vez. Eu nunca tinha ido pro hospital, nunca, nunca mesmo, nem tinha visto problema de pressão. Eu tô tomando remédio de seis em seis horas. Antes eu estava tomando remédio do mato, mas aí não adiantou e eu tive de ir pro hospital. Foi como deu certo. Já cheguei e já me internaram, já deu melhora e agora já tô em casa. Mas ontem eu não estava muito bom. Hoje eu estou melhor". (Twäk, junho de 1997).

* * * * *

Algumas histórias, como esta que recolhi durante meu trabalho de campo, poderiam ter sido contadas em qualquer tempo e em muitos lugares. No entanto, estou relatando uma situação específica dos *Kaingang* de Palmas. Também não é novidade os *Kaingang* adöecerem. Como qualquer grupo, possuíam e ainda possuem uma medicina própria e uma noção de força que davam conta de sua permanência,

^B Como eles denominam o coração.

desde a muito tempo, na fria região de Palmas, a qual eles chamavam de *Creie-bang-rê* (campo do pilão grande). Contudo, principalmente de um século para cá, conheceram as doenças dos *Fõg Kuprí* (os brancos) com as quais nunca haviam lidado.



Foto: Vista Parcial da Area

1 DUAS HISTÓRIAS DO CONTATO

"A história das relações entre índios e brancos é baseada na dominação e no extermínio" (Santos, 1989).

1.1 Os *Kaingang* antes dos *Fõg*.

O mito de origem do povo *Kaingang* na terra pode ser contado da seguinte maneira: "de primeiro" (sic), no início dos tempos, um grande dilúvio cobriu toda a terra deixando emerso apenas o cume da serra do *Krijjimbé*⁹. Os irmãos *Kamé* e *Kairú* (os personagens míticos) tentaram nadar e alcançá-la, mas afogaram-se e suas almas foram ter morada no centro da montanha. Alguns *Kaingang* e alguns poucos *Kurutóns* (símios) conseguiram atingir este cume e lá permaneceram privados de espaço e alimentos. Alguns *Kaingang* e os *Kurutóns* subiram para a copa das árvores e mais tarde foram transformados em macacos e bugios. Quando já esperavam morrer de privação, os *Kaingang* ouviram o canto das saracuras que

⁹ Localizada nas imediações da Serra do Mar de Curitiba, Paraná.

traziam, do lado onde o sol nasce, cestos de terras e começaram a despejá-la, abrindo caminho até as águas secarem. *Kamé* e *Kairú* saíram do interior da terra por vias diferentes e trataram de criar os animais e as plantas, e dar-lhes nomes e pertencimento às metades¹⁰. Depois se reuniram aos *Kaingang* em um grande campo e passaram a casar os *Kairú* com as filhas dos *Kamé* e vice-versa. Os homens que sobraram casaram-se com as filhas dos *Kaingang*. Daí, *Kamé*, *Kairú* e *Kaingang* se tornaram parentes.

O mito de origem do Sol e da Lua foi contado por Vicente Fokãe, líder do Ritual do *Kiki*, quando este me acompanhava em minha segunda visita à Área de Palmas. Segundo ele, após o dilúvio *Kamé* e *Kairú* nasceram de uma cova aberta na terra. Eles foram os dois primeiros sóis que compunham o primeiro mundo. Um sol era *Kamé*, irmão do outro, *Kairú*. Tudo era seco então. Um dia, *Kairú* resolveu medir forças com seu irmão *Kamé*. Como *Kamé* era mais forte¹¹ por ter nascido primeiro, derrotou e apagou o sol *Kairú*, transformando-o na lua¹². Assim, *Kamé* e *Kairú* pararam de se encontrar¹³. Quando um entra o outro sai¹⁴. *Kamé* tinha a força que tirava do sol. Mas *Kairú* tinha também suas virtudes. Transformado na noite, criou as plantas, que criaram as águas e tudo teve vida a partir de então.

¹⁰ Para uma maior compreensão da mitologia *Kaingang*, ver Borba (1908), Schaden (1989), Metreaux (1946) e Nimuendajú (1993).

¹¹ Crépeau observa esta superioridade de *Kamé* sobre *Kairú*: "L'unité primordiale ou type zero est donc constituée par une des moitiés, la moitié *Kamé*, qui est conçue comme totalité hiérarchiquement première et englobante." (Crépeau 1997-a, p.26).

¹² O sol que enfraqueceu.

¹³ Quando se encontram, [eclipse] brigam sempre, perseguidos pelo "tigre de asas" [onça, de quem também são parentes]. Ninguém pode ver este momento, senão pelo espelho d'água.

¹⁴ Daí as oposições entre leste e oeste, ou seja, *Kamé* ao poente e *Kairú* ao nascente.

Ouvi também de muitos velhos *Kaingang* tanto no Xapecó quanto em Palmas que, "de primeiro", Jesus Cristo, seus Apóstolos, os Santos e em especial São João Maria andavam por estas terras bem antes da chegada dos portugueses. Eles lhe ensinavam a religião cristã que fundiram à deles num movimento sincrético. Estes Santos também previam tempos difíceis para os *Kaingang* após a chegada dos colonizadores europeus.

1.2. O Contato com os Fõg

A afirmação de Santos (1989) na epígrafe deste capítulo pode ser facilmente localizada na história do colonialismo europeu sobre os territórios "sul-ameríndios" conquistados nos últimos séculos. O ímpeto expansionista e colonizador europeu não mediu esforços para atingir seus objetivos de conquista em relação aos mais diferentes povos e culturas pelo mundo afora, como nos mostram os mais diversos registros históricos do mundo ocidental. A mais variada sorte de atores sociais — mercadores europeus, soldados, missionários, colonos e administradores — empenharam-se em subjugar, utilizando-se dos mais variados graus de violência, aqueles povos não-europeus que insistiam em aderir à lógica dos colonizadores.

No sul do Brasil, não poderia ter sido diferente. A dominação colonial não fora uma repressão temporária sobre as populações sujeitadas, mas um processo irreversível de transmutação, no qual os antigos desejos e modos de vida foram destruídos e novos modos foram introduzidos em seu lugar. Trata-se de uma

história de absorção cultural sem precedente em sua velocidade, alcance global, e penetração.

Estes sujeitos, no entanto, não foram passivos. A história do contato também demonstra como esses sujeitos históricos resistiram, adaptaram, cooperaram ou desafiaram seus subjugadores e como eles esforçaram-se para reinventar seus modos de vidas a partir do contato com inúmeros elementos desconhecidos: novas formas de poder, trabalho, conhecimento e também doenças.

A história do contato entre a sociedade ocidental e as sociedades *Kaingang* em geral reflete bem o contato com os índios de Palmas iniciado no início do século passado. Antes, os contatos esparsos com a colonização remontavam a penetração dos jesuítas e dos bandeirantes (os segundos perseguindo os primeiros) pelo sul do Brasil em meados dos séculos XVI e XVII. Adentrando em território *Kaingang*,

montando fazendas ou

abrindo estradas de ferro

e de tropa, os

colonizadores portugueses

enfrentaram um grupo

nada pacífico que resistia

beligerantemente ao contato em

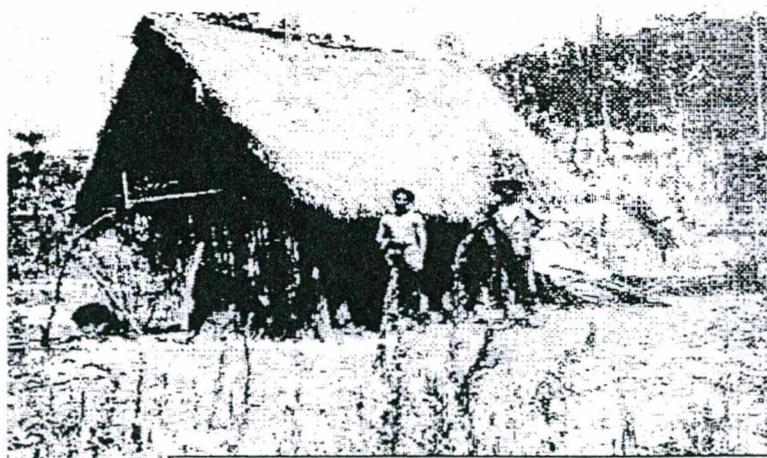


Foto: Kaingang e casa de taquara

intermináveis guerras, tocaias e massacres, com inúmeras perdas de ambos os lados. Estas repetidas guerras levaram o monarca Dom João VI a "suspender os

efeitos de humanidade" dos *Kaingang* e considerar "princiada a guerra contra esses bárbaros índios" em Carta Régia de 05 de novembro de 1808. (apud Fernandes, 1998, p. 10).

O que predomina nas antigas descrições é a violência com a qual os nativos reagiam à presença das expedições não menos violentas. Foram muitas as chacinas, as tocaias e os cercos que os *Kaingang* trocavam com a sociedade nacional no século passado que marcaram a trajetória desse grupo como uma das maiores histórias de resistência ao contato no Brasil. As guerras e as biografias dos principais líderes *Kaingang* estão bem descritas no trabalho de Mota (1994).

1.2.1 A Chegada no *Crie-bang-rê*¹⁵

A história do contato colonizador com os *Kaingang* de Palmas remonta às primeiras décadas do século XIX quando os campos ao sul dos Campos de Guarapuava (*Coranbang-rê* — Clareira grande) começaram a despertar interesse político e econômico da Coroa. Nesta época, os *Kaingang* da região do *Crie-bang-rê* (Palmas), semi-nômades e ainda arredios, foram gradativamente contatados e chacinados por expedições de bugreiros¹⁶, colonos e outros índios já "pacificados" e devidamente armados pelos brancos colonizadores.

¹⁵ Nome registrado por Borba (1908) para a localidade.

¹⁶ Caçadores organizados de indígenas.

É interessante ressaltar que a literatura especializada¹⁷ aponta como característica marcante do povo *Kaingang*, seu caráter beligerante. Ou seja, o grupo tinha uma tradição em guerrear entre si pelas mais variadas formas de rivalidade. Essa característica foi oportunamente utilizada pelos colonizadores, revelando-se em uma estratégia eficaz para a proteção dos últimos.

Helm (1995) demonstra que a "cisão *Kaingang* favoreceu os colonizadores, que procuraram acirrar as inimizades, para que os índios aldeados servissem de anteparo às eventuais investidas dos seus opositores" (Helm, 1995, p. 10). Desta forma, os índios aldeados se faziam necessários porque conheciam o terreno e as artimanhas dos arredios e semi-nômades e poderiam enfrentá-los quando estes pilhassem os vilarejos.

Mota (1994) descreve que, por volta de 1830, os Campos de Guarapuava já estavam quase que inteiramente tomados por fazendas de gado. A cidade consolidava-se protegida territorialmente por estas fazendas e, com vistas à consolidação, colonizadores buscavam conquistar mais terras. Havia ao sul dos campos de Guarapuava uma região também de campos, que se estendia até o Rio Uruguai, famosa pelo perigo que oferecia aos viajantes e pelas empresas desastrosas da colonização em atravessá-la:

"Os fazendeiros da região procuravam novas pastagens ao sul do Rio Iguaçu, voltando sua atenção para os campos de Palmas, refúgio de parte dos *Kaingang* expulsos dos

¹⁷ Ver Keller (1864), Helm (1995) e Mota (1994) entre outros.

Coranbang-rê. Muito se falava, em Guarapuava, sobre esses campos no sul. Muitas histórias eram contadas sobre assaltos, mortes, raptos e sumiços de viajantes que ousavam atravessar os campos rumo à província do Rio Grande do Sul". (Mota, 1994, p. 139)

Os *Kaingang* "pacificados" tentaram ao máximo ocultar os campos do Crie-bang-rê para terem-no como refúgio diante das possíveis ameaças e traições dos colonizadores de Guarapuava. Sabiam da existência de índios arredios ali e tratavam de alarmar entre os Brancos, os perigos da região. Sempre que tomavam a frente das tropas dos colonizadores, os *Kaingang* tratavam de desviar o curso do caminho daquele lugar.

Isto, porém, não cessou o ímpeto colonizador. Os Brancos deliberaram a ocupação daquelas terras mesmo sabendo os riscos que correriam. Com o tempo, os *Kaingang* dos campos de Palmas perceberam que estavam cercados e acuados pela ocupação fazendeira dos Brancos e, paulatinamente, abriram-se ao contato. Não que, com esta atitude de aceitar a ocupação dos campos de Palmas, os confrontos cessassem. Ao contrário, algumas tentativas de paz entre as partes acabariam novamente em traição e morte de ambas as partes.

1.2.2 O Nascimento de Palmas

Foi em meados do século passado que os "Campos de Palmas" foram colonizados pelos Brancos. Ao norte desta região, nasceu, em 1936, um vilarejo com o mesmo nome. Lá instalara-se um dos primeiros batalhões do exército brasileiro

para garantir, principalmente, a delimitação de fronteiras entre o que é hoje o Estado de Missões na Argentina e os Estados do Paraná e Santa Catarina no Brasil, quando estes dois países disputavam faixas de terras daquela região. Segundo Tommasino (1995), com o impasse da demarcação das fronteiras entre Argentina e Brasil, "entre 1857 e 1895 disputou-se uma faixa de terras, na chamada 'Questão de Palmas', onde o Brasil foi vencedor" (Tommasino, 1995, p. 219). A arbitragem desta questão coube ao Presidente americano Grover Cleveland, daí o nome de Clevelândia ser dado à cidade que dista 60 Km de Palmas.

Outra função destes batalhões era a de defender os novos colonos dos possíveis ataques de índios arredios. Mesmo ocupando gradativamente aqueles campos e firmando acordos de não agressão com os índios contatados, os colonizadores temiam os possíveis ataques inesperados de outros indígenas. Daí, a necessidade de tropas do exército para reconhecer e penetrar — com o auxílio dos *Kaingang* "mansos", que além de armados pelos Brancos recebiam "patentes militares" simbólicas e os respectivos graus hierárquicos: major, capitão, tenente, sargento, etc. — as terras que os colonizadores ambicionavam ocupar com as fazendas.

Aos poucos, os colonizadores Brancos foram dividindo as terras que passavam a ocupar, reservando aos *Kaingang* uma gleba de terra para seu aldeamento em Palmas. O registro de fundação da cidade previa que uma parte da Área seria destinada aos *Kaingang*, contudo seu tamanho não foi especificado.

Concomitantemente aos processos de colonização do planalto serrano, os índios foram fixando-se na terra que os colonizadores lhes destinavam. Assim, foram sendo confinados em pequenas áreas denominadas de "Toldos". Isso não fez cessar os conflitos entre a sociedade nacional e os *Kaingang*. Muitos índios, após serem aldeados, acabaram expulsos de seus toldos, tomados por fazendeiros e militares organizados para esse fim. O território de outros "toldos" foram sendo reduzidos pela ação de latifundiários da região, como foi o caso do "Toldo das Lontras", a assim denominada a Área de Palmas naquela época.

1.2.3 As Novas Colônias e o Surgimento do SPI

Após a delimitação das fronteiras nacionais, iniciou-se uma nova fase de ocupação rural daqueles campos com a chegada massiva das colônias européias no século passado, em especial as colônias alemãs e italianas. Com o intento de obter mais terras para um número cada vez maior de colonos que chegavam da Europa, os *Kaingang* foram mais uma vez combatidos em seus territórios pela ação de novos "bugreiros" (principalmente mas não exclusivamente colonos de origem alemã). Assim, foram sendo gradativamente desalojados em nome do "progresso" regional e nacional até os dias atuais.

As disputas que se seguiram entre os novos colonizadores e os *Kaingang* vieram à tona nos meios urbanos brasileiros como São Paulo no início deste século. As posições sobre o que deveria ser feito aos *Kaingang*, no sentido de eliminá-los

ou assimilá-los, entraram em questão. Na posição de eliminá-los, houve a recomendação de extermínio deliberado dos *Kaingang* feita por Von Ihering em 1908, então diretor do Museu Paulista: "...como os *Kaingang* são um empecilho para a colonização das regiões do sertão que habitam, parece que não há outro meio, de que se possa lançar mão, senão o seu extermínio" (apud. Lima, 1989). No mesmo ano, quando da realização do Congresso Internacional dos Americanistas em Viena, Albert Fric, um estudioso alemão radicado no Brasil, demonstrou como a colonização estava se processando sobre a matança dos índios no sul do Brasil. Entre outras questões que emergiram na época, o conflito destas duas últimas posições entre Fric e Von Ihering acendeu o debate em jornais, academias de ciências e dos centros urbanos que antecedeu a criação do Serviço de Proteção ao Índio no Brasil em 1910.

O SPI foi formado principalmente por militares ligados ao Marechal Rondon. O objetivo principal das expedições organizadas por este órgão era o de abrir as frentes de contato com as populações indígenas então desconhecidas e, se possível, transferí-las para os postos indígenas, protegendo-as, assim, das violências da sociedade nacional, por um lado, e buscando integrá-las, aos poucos, à essa mesma sociedade, por outro.

As contradições deste órgão não paravam por aí. Segundo Ribeiro (1970), o SPI de fato salvou algumas tribos de sua total extinção: "a pacificação das tribos hostis ocasionou a disseminação da fome, de doenças, de desintegração, tornando

os índios parte do grupo mais miserável dos segmentos marginais da sociedade" (p. 56). O estudo de Ribeiro demonstra que entre 1900 e 1957, mais de oitenta grupos foram contatados e que a população indígena no Brasil baixou de cerca de 1 milhão para menos de 200 mil indígenas. Uma das causas desta depopulação foi sem dúvida a contaminação de doenças estranhas às comunidades contatadas.

Além de não dar conta da proteção e das epidemias trazidas pelo contato, o SPI esteve ausente da vida indígena. Baldus (1937) registra a distância que o SPI mantinha de suas funções e tornava-se surdo às denúncias indígenas quanto a usurpação e o roubo de suas terras pelos Brancos. Mota (1994) suspeita que alguns funcionários do SPI estivesse, se não comprometidos diretamente com os fazendeiros da região, pelo menos estavam alheios ao problema:

"São fazendeiros, autoridades militares e criminosos agindo e ameaçando matá-los, caso não abandonassem suas terras. Estão ainda à caça do índio Avelino, que sabe escrever e pode denunciá-los às autoridades de Curitiba".
(Mota, 1994, p. 204)

A partir dos anos 50 a situação piorou com a substituição de toda a direção do SPI. Algumas das ações do órgão sobre os *Kaingang* chegaram ao ponto da indiferença, quando o trabalho de "integração" se tornava pouco eficaz. Lévi-Strauss (1955), ao visitar os *Kaingang* de Barão de Antonina, observou que:

"O SPI refletia, ao deixar os índios entregues aos seus próprios recursos, a indiferença dos poderes públicos de que se tornara objeto (ainda que posteriormente tenha retomado

uma certa autoridade); encontrava-se, deste modo, forçado, sem que o tivesse desejado, a tentar outro método, através do qual incitava os indígenas a retomar certas iniciativas, constringendo-os a retomar o seu próprio caminho". (Lévi-Strauss, 1955, p. 194/5).

O SPI durou até 1967, quando uma série de denúncias ocorriam nos âmbitos nacional e internacional. Estas denúncias iam desde a doação de cobertores contaminados com varíola e outras doenças, passando pelo bombardeio de aldeias inteiras com Napalm¹⁸ e pela escravização de índios, até a aliança de funcionários do órgão com latifundiários e especuladores¹⁹. Com a extinção do SPI, o governo brasileiro cria a FUNAI no mesmo ano, órgão que até hoje ainda é responsável pela "tutela"²⁰ indígena.

1.2.4 Fazendeiros e Madeireiros

É necessário destacar o papel que as fazendas e as madeireiras tiveram na região de Palmas e as conseqüências deste tipo de atividade na vida econômica e ambiental dos *Kaingang* no sudoeste brasileiro. A vocação dos fazendeiros da região não era meramente agro-pastoril, mas fundamentalmente extrativista das predominantes florestas de Araucária e Embuia. Estas três vocações, extrair madeira ou agricultural a terra e formar pastos pareciam caminhar lado a lado. Era

¹⁸ Espécie de bomba desfolhante bastante utilizada pelos EUA nas guerras da Coreia e do Vietnã.

¹⁹ Ver especialmente no trabalho de Davis (1978) a análise feita sobre o relatório de denúncias contra o SPI, o chamado Relatório Figueiredo. Depois de divulgado, este relatório foi devidamente "ocultado" pelo regime militar da época.

preciso desmatar os campos para abrir os roçados. Levando-se em conta que as matas continham espécies nobres, as chamadas madeiras-de-lei, principalmente a Embuia com alto valor de mercado. Grandes companhias madeireiras haviam se instalado por toda a região a fim de abastecer o mercado interno e o exigente mercado europeu. Foi desta maneira, e principalmente neste século até quase o final dos anos 80, que as imensas reservas de mata de Araucária e Embuia desapareceram com a conivência e a participação dos órgãos tutelares que construíram (o SPI) e mantiveram (a FUNAI) as serrarias dentro das Áreas, tanto na de Palmas quanto em outras Áreas do sudoeste brasileiro desde os anos 50. Como a devastação era feita em larga escala, sem os devidos reflorestamentos das espécies nativas, as Áreas indígenas que eram tidas como as mais preservadas na região até finais dos anos 70, foram quase que totalmente desmatadas.

Mas as promessas de dinheiro fácil e rápido, conseguido com a derrubada da madeira farta, seduziram os índios. Não foram poucos os que se dispuseram a cortar suas reservas de mata até quase o seu fim, como aconteceu com a Área de Palmas nos mais de vinte anos em que a serraria atuou lá. Muitos habitante da região e alguns *Kaingang* contaram-me que esta foi talvez a época em que alguns poucos índios — os que tiravam madeira — estiveram mais "ricos", tinham carros, alguns mais de um carro e faziam grandes compras em cidades vizinhas à Palmas.

²⁰ Tutela entre aspas significa que, apesar da Constituição de 1988 ter abolido o regime de tutela para os povos indígenas, tal procedimento ainda é a tônica da atuação da FUNAI.

A presença da serraria na Área de Palmas, entretanto, nunca foi uma unanimidade para os *Kaingang*. Não eram todos os que concordavam com a retirada de suas matas nativas. Havia também os que a criticavam a extração massiva e descontrolada das árvores e havia os que não tiveram o direito ou a oportunidade para trabalhar nela. Estes últimos disseram-me que aconteceu sobremaneira o favorecimento de alguns índios ligados às Lideranças Indígenas, que, por sua vez, eram favoráveis à exploração.

O SPI e depois a FUNAI justificavam a permanência da serraria no sentido de produzir renda aos trabalhadores indígenas e de construir casas para os habitantes da Área. Paira a dúvida entre os *Kaingang* do que esta serraria rendeu-lhes de fato. Um *Kaingang* afirma que:

"porque fica assim, porque nós estamos imprensado e faz muito tempo. Por enquanto, que até que na época que até que nós ainda tinha nossas madeira, nós construimos nossas casa. e agora triminou. E quem tirou essas madeira? Será que foi o governo? Será que foi FUNAI? Será que foi os índios? Não sei, e o dinheiro não ficou. Por que esse dinheiro não ficou? Então nós tem essas casinhas através do que saiu das madeiras. E agora triminou. Só que ao triminá as casa, não saiu mais nada. Então fica essas casas aí, é a mesma coisa, estão velhas e foi feita ainda provisório. Num foi feito casa boa".

A serraria dentro da Área certamente produziu algum dinheiro para poucos índios mas acabou-se rapidamente. Também produziu acidentes e mortes como a do filho de Seu João Maria e Dona Luiza que não foram indenizados por tal fato. Twãk

foi um *Kaingang* que se prejudicou assim, com a doença de trabalho e perda do pouco dinheiro que ganhava e que não pôde continuar ganhando, quando trabalhou para a serraria. Ele conta:

"eu fiquei muito doente, assim, porque a gente trabalha assim no serviço pesado, a gente se esforceje assim nas costas, a gente que trabalha muito tempo. As vez a gente que não tem prática assim de lidar com as madeiras, aqueles pinheiro que a gente pega assim e arriá a tora e entrava no pátio, a gente ia assim sozinho num vinha ninguém... as vezes, a gente fazia tanta força assim.... as vezes, quando a gente estando unido assim uns quatro ou cinco, a gente vira bem uma tora. Mas um sozinho fica meio difícil a gente leva ela sozinho, né? Daí é que eu fui me machucando. Até agora eu sinto muito assim, dói em mim por dentro. E me dói ainda por dentro (mostrando as costas). (...) Eu fiquei deitado na casa. Naquele tempo eu ganhava trezentos e vinte mil réis. Era pouco, né?... A gente vinha ligar a água e aí eu fui pra pegar a correia pra ligar a água. Ai peguei aqui, pegou ponta a polia, correu e já moeu todo esse pedacinho aqui (mostra o dedo) e aí eu num ganhei nada, e perdi aqueles dia que eu fiquei de balde. Não sei agora, mas se hoje em dia é diferente. Os outros que se machucam, parece que ganham e aquele dia não, não ganhei nada, nada, fiquei quinze dias sem fazer nada e não ganhei nada. E naqueles dias eles descontaram de mim".
(Twãk, Agosto de 1997)

Pode-se perceber que as ações dos órgãos de proteção aos índios falharam em seu intento de tutelar a qualidade de vida dos *Kaingang* com a retirada massiva das madeiras da Área. Ao contrário, produziu maiores prejuízos com o incentivo à destruição das matas nativas, fazendo extinguir as caças e as plantas que serviam aos *Kaingang* como alimento e remédio.

1.3 História das epidemias entre os *Kaingang* e o caso de Palmas

O contato trouxe sobretudo doenças desconhecidas²¹, para as quais as populações indígenas tornaram-se vulneráveis. Muitas doenças européias e africanas, que foram trazidas pelas diversas configurações do colonialismo, dizimaram povos e provocaram mudanças nas relações com o ambiente e nas relações sociais. Em consequência, o contato e as doenças introduzidas trouxeram consigo novos saberes e serviços institucionalizados em relação aos cuidados com a saúde.

Na literatura etnográfica em geral pode-se constatar o efeito que as doenças tiveram tanto para colonizadores quanto para os colonizados com maiores prejuízos para os últimos. No caso do sul do Brasil, o surgimento das missões tinha o objetivo da catequização dos índios. Mas as missões tinham também a oportunidade de levar os doentes europeus — principalmente com tuberculose — para lugares onde o ar lhes faria bem. É possível supor que esta foi uma das principais entradas de doenças na época.

Na literatura *Kaingang*, além de relatos de missionários, encontra-se também nos trabalhos de inúmeros pesquisadores o relato de algumas das epidemias que atingiram os *Kaingang* após o contato. Somadas à outras formas de extermínio — ações armadas, grandes queimadas ou envenenamento proposital de

²¹ Variola, gripes, sarampo, febre tifóide, difteria, cólera, peste bubônica entre as mais comumente sofridas pelas populações indígenas no Brasil que nos cita Buchillet (1995).

viveres —, estas epidemias de novas doenças trazidas pelo contato fizeram aumentar as taxas de depopulação entre os *Kaingang*.

O Frei Timóteo de Castelnuovo (apud Mota, 1994) aponta a drástica redução populacional dos índios (entre *Cayúá* e *Kaingang*) de São Pedro de Alcântara, Paraná, devido a uma epidemia de varíola no aldeamento. O Padre Ambrosetti (1894) demonstra como as doenças, principalmente a tuberculose, que atingiu os índios, contribuíram para o desaparecimento da população *Kaingang* da região de Misiones, norte da Argentina. Os que escaparam da doença, acabariam por retornar ao Brasil no início deste século. Como Ambrosetti (1894) sugere, os índios de San Pedro se acabaram,

"debido á la receptividad que tienen los Indios en general para todas las enfermedades contagiosas, como la viruela, sífilis, etc". [Além disso, a vida sedentária] "disminuye en mucho la lucha, sin proporcionar la cantidad de alimento que, en la vida selvaje, obteniam abundantemente". (Ambrosetti, 1894, p. 347)

Baldus (1937) relata que a epidemia de gripe (espanhola) que assolou o mundo na década de 1910, vitimou também muitos *Kaingang* de Palmas, segundo contaram-lhe seus informantes. Além desta, ele presenciou que a:

"desintéria se havia manifestado sob forma epidêmica, em toda a região, ceifando muitas vidas, especialmente de crianças e encontrei, no Toldo das Lontras, alguns adultos e crianças com uma inflamação nos olhos, supurante e bastante contagiosa, semelhante à que observara em outros Estados brasileiros e no Paraguai" (Baldus, 1937, p. 12).

Piza (1938) também presenciou, nos povos dos rios Feio e do Peixe em São Paulo, sucessão de grandes epidemias que atingiu "para mais de duzentos Caingangs, terrivelmente assolados, logo após, por uma epidemia de gripe pulmonar" (Piza, 1938, p. 202). Loureiro Fernandes (1939, 1941) fez trabalhos em Palmas no final da década de trinta e listou muitos antepassados de outros moradores atuais da Área. Além das epidemias, o autor aponta outros fatores da interferência exercida pelos colonizadores Brancos como a fome e o alcoolismo. Para ele,

"O contato com os brancos trouxe, também para os Caingangs de Palmas, periódicos surtos de moléstias epidêmicas. Afirmam os mais velhos: 'Hoje ha muita doença; morre muita creança'. Realmente a gripe, a varíola e o sarampo tem contribuído para onerar o obituário desta população indígena. Nos vales, assolados pela malária, contraem a febre palustre. (...) Mas aqui também cumpre salientar que o branco exerce assim seu efeito destruidor no sentido biológico, com maior intensidade. A população indígena diminue progressivamente e um dos agentes de destruição é a tuberculose pulmonar, carências alimentares e excessivo abuso de cachaça". (Fernandes, 1941, p. 203; 207).

Wanda Hanke (1950) pesquisou a gramática dos *Kaingang* da Serra de Apucarana, no Paraná e fez a *mea culpa* do contato branco e suas conseqüências trouxe à saúde indígena. Além das epidemias, esta autora aponta que a corrupção, a miscigenação e o alcoolismo passaram à rotina dos *Kaingang*, contribuindo para o abalo das condições de vida daquele povo:

"Aquella zona habrá sido un paraíso antes del advenimiento de los blancos. Pero nosotros de la raza blanca no tenemos porque estar orgullosos: a donde llegamos llevamos nuestra maldición con nosotros, corrompiendo y debilitando las razas de color con las llamadas 'bendiciones de la civilización': tuberculosis, *sífilis*, alcoholismo y estupro". (Hanke, 1950, p. 68)

Horta Barbosa (1913), inspetor do então recém criado Serviço de Proteção ao Índio em São Paulo, indica algumas vezes em que os *Kaingang* provavelmente adoeceram e morreram envenenados por "bugreiros" nos tempos de contato anteriores à criação do órgão. Apesar dos *Kaingang* também usarem este tipo de expediente como forma de guerrear, eles temiam que isto lhes acontecesse e é possível que tenha acontecido, de fato, como sugere o autor. Ele relata que entre as dificuldades das frentes de atração do órgão estava a desconfiança dos índios aos alimentos deixados como "presentes":

"Quanto às comidas e ao açúcar êles, ainda lembrados da mortandade de que haviam sido vítimas os moradores de uma aldeia do rio do Peixe, por se terem utilizado de gêneros envenenados, propositalmente levados para a floresta por um bugreiro de Campos-Novos, não os aceitavam sem primeiro nós os provarmos". (Barbosa, 1913, p. 50-51).

Em recente trabalho, Tommasino (1995) aponta o mesmo medo dos *Kaingang* de Laranjinha, no Paraná, de continuarem sendo envenenados, desta vez pelos remédios distribuídos na época do SPI após um surto epidêmico. Conta a autora que "em 1934 houve uma epidemia que dizimou os índios recém-aldeados. (...) os

Guarani tomaram os remédios que o SPI mandou, mas os *Kaingang*, receosos de que fosse veneno, negaram-se a tomá-los e, por isso, muitos acabaram morrendo" (Tommasino, 1995, p. 127).

Lévi-Strauss (1955), em suas andanças pelos "Tristes Trópicos" do Paraná, nos anos 40, acompanhando a comitiva do SPI à reserva de São Jerônimo, Paraná, constata os efeitos que a colonização trazia para a saúde dos *Kaingang* (e Guarani), principalmente com relação às taxas de mortalidade infantil:

"as estatísticas do posto tinham me permitido avaliar os estragos causados pela malária, pela tuberculose e pelo alcoolismo. Nos últimos dez anos o total de nascimentos não ultrapassara 170, ao passo que só a mortalidade infantil alcançava 140 crianças". (Lévi-Strauss, 1955, p.146)

Todas estas conseqüências do contato, por epidemias, desnutrição, mortalidade infantil e alcoolismo, entre outros fatores, contribuíram não só para o aumento das taxas de depopulação *Kaingang* no sul do Brasil, mas também para profundas transformações na organização social e no "sistema" deles. Santos (1969) resume bem esta idéia ao sugerir que:

"a contaminação de doenças desconhecidas — gripe, pneumonia, sarampo, etc. — deve ter desequilibrado demograficamente o grupo, criando problemas para a manutenção da organização sócio-econômica tradicional. (...) Assim, o grupo pouco a pouco se tornou dependente da sociedade regional que se formava e por ela passou a ser inteiramente manipulado". (Santos, 1969, p. 36)

1.3.1 *Tár*: a Força dos *Kaingang*

Além de indicar o efeito sobre os *Kaingang* das epidemias trazidas pelo contato, a literatura, por outro lado descreve os *Kaingang* como pessoas de constituição física forte, o que lhes permitia habitar os rigores do inverno regional e enfrentar as doenças. Baldus (1937) atribuía esta força ao clima e à altitude da região de Palmas: "o clima e as águas dos territórios *Kaingang*, na maior parte situados a mais de 1.000 metros de altura, são tão bons que as doenças só raramente aparecem [entre eles]" (Baldus, 1937, p. 34). Mabilde (1899) os define de maneira semelhante:

"pode-se dizer, sem errar, que os *Coroados*²², não obstante viverem como vivem, num estado de completa nudez, num clima frio e úmido — como é o nosso inverno — são de uma natureza fortíssima e a toda prova, pois nem os mais leves resfriados conhecem" (Mabilde, 1899, p. 131-132).

O clima e a altitude da região não eram os únicos fatores descritos para as condições de saúde entre os *Kaingang* nas primeiras épocas do contato. As práticas de cuidados com a saúde também foram descritas neste sentido. O grupo, como um todo, ocupava-se com os cuidados relacionados à saúde. Os que adoeciam eram cercados por seus parentes e afins que tratavam de se solidarizar com eles. As descrições dão conta do tratamento que o grupo dispensava para seus pares. Nesta rede de solidariedade, Borba (1913) descreve que:

²² Uma das denominações atribuídas pelos Brancos aos *Kaingang* por causa da tonsura que faziam em seus cabelos e que lembrava a tonsura feita no cabelo de alguns representantes do clero.

"Quando algum adoece, tratam-no por meio de fricção, com summos de hervas e plantas delles conhecidas; se teem alguma dor local, passam sobre a parte uma larga imbira que apertam envolvendo a parte dolorida; o tratamento é feito sempre junto a um grande fogo, perto do qual conservam o doente. Se este piora, reunnem-se junto delle todos os parentes; principiam as mulheres a chorar e os homens a dizer-lhe — *que não se vá ainda: que o hão de tratar muito bem e dar-lhe muito presente. Se percebem que não escapa da moléstia, promettem enterral-o com curús novos, bonito arco e flecha, grande collar de contas e fer cuidado de suas mulheres e filhos*" (Borba, 1908, p. 12-13).

Infelizmente, apenas poucos dados com relação aos cuidados com a saúde têm sido recolhido por etnógrafos em relação aos *Kaingang* de Palmas. A "medicina" dos *Kaingang* de Palmas foi unicamente descrita por Fernandes (1941) da seguinte maneira:

"As práticas terapêuticas dos Caingangues de Palmas revelam certas características de uma medicina primitiva. O empirismo, os atos cirúrgicos de emergência emprestam à sua terapêutica feição curiosa e rudimentar. (...). Há, em várias famílias, homens hábeis conhecedores dos 'remédios do mato', das virtudes terapêuticas de certos processos, os quais lhes foram revelados pelos antepassados. Mas não contam, não mostram para todos, transmitem apenas à descendência. Contam os pais para os filhos, ensinam-nos a distinguir as plantas que possuem propriedades medicinais. (...) O êxito do tratamento dos doentes, quer-nos parecer, estava antigamente em grande parte condicionado à natureza mística que se emprestava aos elementares processo terapêuticos". (Fernandes, 1941, p. 200/202).

Outro modo de tratamento, descrito nas antigas etnografias, eram feitos pelos *Kujá*, o Xamã dos *Kaingang*. Königswald (1908) demonstra as funções dos *Kujá*, que ele denominou de "Kange", em relação ao grupo:

"Se um coroadado adoecer seriamente ele consulta o "Kange" [kujá] um velho e experiente curandeiro que o trata com fumaça de ervas e remédios. Se o tratamento não faz efeito o curandeiro procura achar a causa da doença por intermédio de sonhos e adota remédios fortes (...) Idolatria e adivinhações do futuro tem papel saliente na vida dos Coroados principalmente nos casos de doença, caça, viagens, e nas guerras dá-se muito valor aos sonhos do Kafangé e do cacique". (Königswald, 1908, apud Veiga, 1992, p. 63)

Segundo Laytano (1955), os xamãs seriam inexistentes em Palmas e em outras localidades *Kaingang* eles não teriam tanta importância para o grupo. Embora este autor não reconheça a importância do Xamã, ele descreve a capacidade deste especialista em atuar em favor do grupo:

"O pagé Caingangue consulta os espíritos à noite dando baforadas em seu cachimbo até que fique circundado por uma nuvem de fumaça. E os espíritos lhe falam em sussurros prolongados e lhe dizem onde encontrará um local de caça favorável ou mel em abundância. Podem também revelar o resultado de uma iniciativa que envolva o grupo". (Laytano, 1955, p. 218)

O *Kujá* possui um guia animal (*Jangrê* ou *Iangrê*) que podem ser "tigre" (*Mig*, considerado o *Jangrê* mais poderoso), aves, abelhas ou até cobras com quem o *Kujá* dialoga e sonha com a finalidade de descobrir o remédio ou o tratamento adequado para cada doença. Nimuendajú (1993) havia destacado que o fato do *Jangrê Mig*

(que o autor denomina de Jaguar) aparecer nos sonhos do *Kujá*, torna-se decisivo para a compreensão das doenças de maior gravidade e das soluções apresentadas pelo *Jangrê* para curar. No sonho do *Kujá*,

"(...)o jaguar aparece então trazendo um pedaço de carne na boca e chegando perto do doente, lhe oferece a carne, Se o doente aceita e come ele sarará, mas se ele vira a cara para o outro lado, não há dúvida que ele morrerá da doença". (Nimuendajú, 1993, p. 75)

Por ter o *Jangrê* como aliado, com quem dialoga na busca da cura para doenças, e também para que este lhe diga os momentos de caçar, de quando virão as épocas de intempéries e as bonanças, o *Kujá* deve evitar matar ou comer os animais da mesma espécie do seu *Jangrê*. Segundo Oliveira (1996), o *Kujá* deve também se esquivar de falar sobre suas atividades de cura, pois corre o risco de perder seu *Jangrê*. Além de dialogar com seu *Jangrê*, o *Kujá* tem também a capacidade de ver o espírito dos vivos (*Kupríg*) e intervir junto ao espírito dos mortos (*Venh-Kupríg*) que habita o *Numbê* (a morada dos mortos *Kaingang*). Desta maneira, o *Kujá* possui a força e a coragem necessárias para amedrontar e expulsar os espíritos dos mortos (*Venh-Kupríg*) que aparecem a fim de provocar doenças e novas mortes entre os *Kaingang*.

Em Palmas também havia os *Kujá* que eram responsáveis pela manutenção do bem estar do grupo e não raro estavam ligados de alguma forma à Liderança. Koikãng, que foi cacique e também *Kujá*, foi um importante informante de Baldus. Ele ainda é lembrado em Palmas por seus descendentes como um grande *Curandor*. Dona Luiza, sua neta, descreve como ele atuava:

"...eu sei que aquelas mulher vinha com aquelas criancinhas, as vezes, mortinho no ombro - eu ficava olhando, criança gosta de olhar as coisas - "aconteceu isso (no idioma, né?) e agora tá bem fraquinho, eu acho que essa criancinha vai me deixar, meu filho": "não, não vai te deixar", pegava aquela criancinha, punhava nas pernas e começava a apalpar assim com a cabecinha com o corpinho tudo ele ia apalpando. De repente ele fazia com a mão em cruz, cruz. Depois ele pegava a mão a cabecinha da criancinha que estava caidinha pra morrer e assoprava três vezes. E quando a gente via aquela criança estava boa. Depois dava pra mãe punhá no colo, daí um pouco já pedia pra mamar".

"Eu tive um ataque de pontada que meu avô me curou, só me apalpando, me soprando e depois nunca mais até agora. Agora é só o meu problema do fôlego que eu to já véia. Por isso que eu digo pros meus filhos agora: vocês não sabem, eu vi muita coisa do meu avô quando mocinha e quando meu avô morreu, daí sim que foi mudando com os brancos". (Dona Luiza)

Dona Luiza conta ainda que muitos *Kaingang* aprendiam a curar com seu avô.

Seu pai também foi *Curandor* e aprendeu pela transmissão mais direta, ou seja de pai para filho. Ela fala de seu pai:

"O mais pequeno que é esse que está morando em Mangueirinha, era o mais pequeno, [o pai] levava lá no rio e nós adiante, nós lavava no lajeado, com febre ainda, levava

um Kuru [roupa Kaingang], porque naquele tempo não havia estes bailes [vestidos] nossos, né? Cortava pro meio pra fazer aquela meia gamela, aquilo meu pai levava. Daí, meu avô, esse que eu tô falando sabia tanto remédio que ele era curador de Kaingang, né? E enchia com meu pai: 'porque tanto socado no pilão', socava, fazia aquele mate com as foiaradas. Esse era remédio dos antigos. Aí meu pai trazia nós e mandava nós deitar se aquecendo aí que nem eu meu velho estamos fazendo agora. (Dona Luiza Mendes)

1.3.2 Ações de Saúde na Área Indígena de Palmas

As primeiras ações de saúde por parte dos brancos dentro da Área Indígena de Palmas foram introduzidas através de padres e freiras bem antes da instalação do Posto do SPI nos anos 40 e bem depois do surgimento de doenças então desconhecidas. Estas primeiras ações ocorreram no início deste século, quando a Igreja Católica começou a batizá-los como cristãos²³, como consta nos arquivos da diocese local. Entre a catequese e a proteção, os antigos missionários levavam remédios aos índios, principalmente nos invernos rigorosos, e aprendiam outros com eles.

²³ Segundo Fernandes (1998), "Investigando os livros de batismo da Paróquia de Palmas é possível encontrar o registro de batizados de indígenas desde 1843, ano do primeiro livro de batismo. Entre os vinte primeiros registros encontram-se oito registros de batismo de índios. As formas como foram registrados estes batismos são reveladoras. No livro consta a data do batizado, o nome cristão do batizado, o nome indígena dos pais do batizado, e o nome cristão dos padrinhos. Uma observação chama a atenção: na maioria dos primeiros registros de batismos os pais dos batizados são registrados como finados ou incógnitos. Nos poucos casos em que foram batizadas crianças na presença de seus pais indígenas, os registros incluíam o nome dos pais seguidos da especificação '*Índios Selvagens*'. Em 1852 a forma de registrar o batizado foi alterada, passando a incluir o nome do pai seguido da especificação '*índid*'. Evidentemente esta é apenas uma indicação não conclusiva sobre a forma como os brancos colonizadores percebiam os índios. A transformação, em menos de dez anos, de 'incógnitos ou falecidos' em 'índios selvagens' e, posteriormente, em 'índios', indica a velocidade com que ambas as partes assumiram uma nova atitude frente ao contato". (Fernandes, 1998, p. 71-72)

O primeiro Posto do SPI na Área Indígena de Palmas surgiu em 1940. Contava com uma casa para o Chefe de Posto onde hoje é a Aldeia Sede, abaixo da antiga aldeia, denominada de *Fãngrãñ*. A primeira enfermaria, bem como a primeira escola da Área se instalou nesta mesma casa e era cuidada pela esposa do Chefe do Posto. Havia precariedade de espaço e conseqüentemente de atendimento. Ainda assim, nos anos seguintes, este Posto começou a atrair para suas vizinhanças praticamente todos os habitantes do *Fãngrãñ*, que hoje não existe mais²⁴.

Os *Kaingang* são unânimes em apontar a diferença entre o tempo antes do Posto do SPI e depois de sua chegada. O antigo *Fãngrãñ* se desmantelou e a prática do ritual do *Kiki*, ou "*Fandango*" foi sendo considerada repulsiva, "diabólica" e banida pelos agentes do órgão. Além disso, como alguns de meus informantes comentaram, a situação dos atendimentos de saúde se modificou com o surgimento das enfermarias. Muitos só conheceram a medicina branca exatamente após a entrada do Posto do SPI na Área. E percebiam as mudanças que viriam com este, como aponta Dona Rosinha, uma velha Herveira *Kaingang* da Área:

"Médico eu só fui conhecer depois destes Postos no meio dos índios. Depois que o Posto entrou é que mudou e foi mudando, foi mudando. Benzедера, Curador, de repente, médico quando se formou o primeiro posto. Daí que tá até agora os médicos, os médicos, os médicos". (Dona Rosinha)

²⁴ Segundo Fernandes (1998), "A partir da construção da 'casa do posto' os moradores do *Fãngrãñ* se mudaram para a nova aldeia a qual chamavam de *Ka-i-pang* (caratuval grande). Segundo o *Waktun*, Rezador do *Kiki*, os últimos moradores do *Fãngrãñ* se mudaram para o *Ka-i-pang* em 1945". (Fernandes, 1998, p. 96)

Mesmo com a proximidade entre a Área e a cidade, é somente a partir de 1953 que os médicos e os hospitais da cidade de Palmas começam a atendê-los rotineiramente nos casos mais graves e nos acidentes que ocorriam com os *Kaingang* que trabalhavam empregados fora da Área ou com os que já haviam optado morar nas periferias da cidade. Visitas de médicos na Área Indígena foram apenas informais, sem o sentido de "ações de saúde" de qualquer natureza. Segundo um antigo médico da cidade de Palmas, eram poucos os índios residentes na Área que procuravam auxílio nos hospitais da cidade. Quando o faziam, era porque a situação não poderia ser mais controlada pelos especialistas "tradicionais" *Kaingang*.

Primeiramente, eles viam estas instituições com certa desconfiança e foi apenas com o passar dos anos que os *Kaingang* passaram a considerar os hospitais da cidade como uma forma de escolha de tratamento, segundo disse-me este médico, fato que foi confirmado pelos *Kaingang* mais velhos. Ademais, os *Kaingang* possuíam um número bem maior de especialistas na área que davam conta da maioria dos problemas de saúde, como os *Kaingang* afirmaram-me. Mas não faltou entre eles quem atribuísse às campanhas de vacinação e outras ações de saúde pública a ocorrência e o aparecimento de doenças. Ouvi histórias como a seguinte, contada pela *Kaingang* Dona Maria de Jesus Viri:

"Viu como era bom de primeiro e agora não. Pois tomava remédio-do-mato, raiz, erva e o índio não ficava doente. Hoje em dia é que estão doente, que tomam muita vacina, injeção. Aí vai enfraquecendo a natureza. De primeiro não:

pra tomar banho, tinha que socar no pilão com erva, pra ir tomar banho daqueles remédios pra se lavar. Por isso é que eles ficavam velhinhos. Hoje em dia eles morrem novo".
(Dona Maria de Jesus Viri)

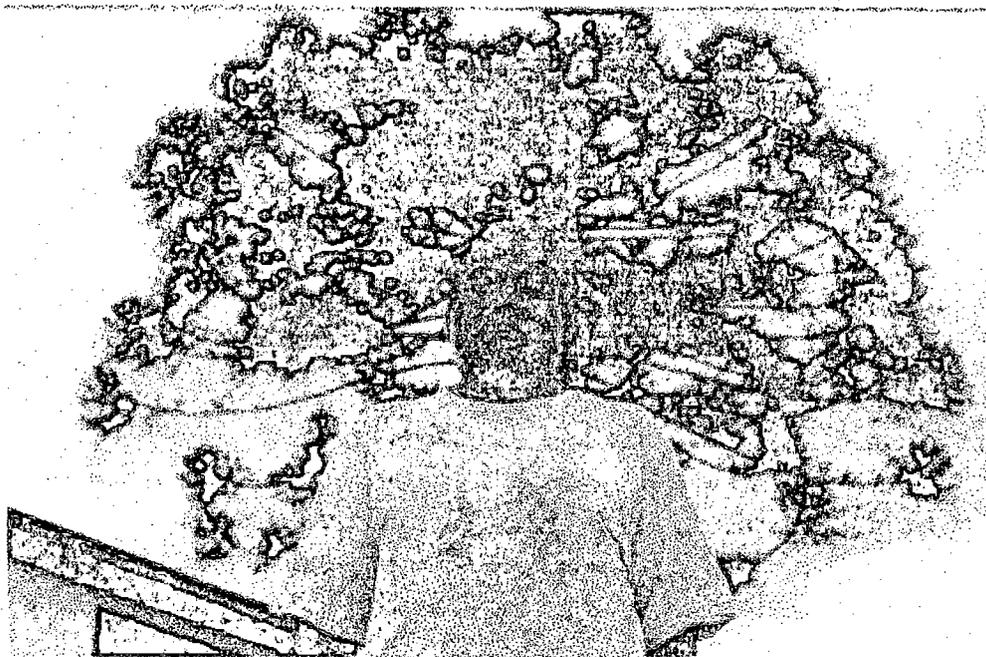


Foto: Keingang com blusa da moça e "cecar" de Araucária.

2 SITUAÇÃO ATUAL DOS *Kaingang* DE PALMAS

"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." (Artigo 231 da Constituição Brasileira)

2.1. A Cidade e a Área

A cidade de Palmas localiza-se no sudoeste paranaense e possui uma população, incluída a indígena, de menos de 30.000 habitantes. Fundada por volta de 1836, o vilarejo inicial foi ocupado por colonizadores portugueses e caboclos, bem como pelos *Kaingang* aldeados nas proximidades. A colonização (que chamo aqui de segunda colonização) de alemães e italianos (principalmente) não havia chegado naquela época, o que veio a acontecer somente nos finais do século passado. Com esse dado, é possível afirmar que o município de Palmas contém uma distribuição bem maior de etnias (brancas, mestiças e indígenas) em relação a outros municípios

da região, que se formaram basicamente com as etnias brancas da segunda colonização.

A cidade que foi pólo madeireiro até meados deste século, hoje decaiu porque as matas de Araucária e Embuia praticamente se esgotaram e houve pouco reflorestamento nestas áreas. Do município de Palmas nasceram vários outros municípios que hoje são maiores e mais prósperos, economicamente falando.

A cidade de Palmas vive hoje das fazendas de soja, maçã e gado e da prestação de serviços. Mas o comércio não é seu forte e tampouco existem indústrias. O desemprego é forte e produz uma periferia cada vez mais miserável. Ausência de trabalho na cidade e o forte desemprego fez-me notar que os bolsões de pobreza da cidade de Palmas estão em pior situação que os índios, já que esta parcela da população não possui sequer qualquer pedaço de terra para subsistir.

A grande força que faz circular mais dinheiro e atividades na cidade são as Faculdades Reunidas de Palmas, mantidas pela Diocese local, que agrega estudantes de muitas cidades da região oeste do Paraná e Santa Catarina, e noroeste do Rio Grande do Sul. Não foi constatado, entretanto, que as Faculdades de Palmas tivessem o grupo *Kaingang* em sua agenda de interesse para ensino e pesquisa, salvo atividades isoladas de alguns poucos professores daquela instituição.

Os *Kaingang* transitam constantemente entre a cidade e Área. No caso, a atual Área Indígena localiza-se a 07 quilômetros do município de Palmas/PR. Isto

aponta um diferencial entre esta e outras Áreas *Kaingang* da região, como Mangueirinha ou Xapecó, cujas distâncias dos municípios de referência são maiores. Em vista disso, as relações entre os *Kaingang* e a sociedade nacional tornam-se mais cotidianas que em outras Áreas. Basicamente, este trânsito ou deslocamento social poderia ser categorizado de duas maneiras distintas.

No primeiro caso, existe o trânsito entre Área Indígena e cidade, que estão bem próximos uma da outra — para buscar alimentos, estudar, trabalhar, jogar Futebol ou visitar parentes que se mudaram definitivamente para a cidade, por fuga ou por vontade própria de circular o mais livremente possível. Num segundo caso, categorizo este deslocamento como uma das formas *Kaingang* de *buscar soluções de saúde* (que veremos no próximo capítulo). Este dois tipos de trânsito são feitos geralmente durante o dia no sentido Área-Palmas-Área e não demanda *licença do Posto* ou da *Liderança*.

As necessidades de trânsito dos *Kaingang* de Palmas podem ser notadas na preocupação de um "bodegueiro"²⁵ que foi convidado a montar filial da bodega dentro da Área, em projeto do Chefe do Posto. Este comerciante protelava tal empresa temeroso, como me disse, pois os índios faziam a maioria das compras em outra bodega. Mas a razão mais forte de sua resistência era a de que os índios continuassem a preferir o deslocamento até a cidade para comprar seus alimentos

²⁵ Bodegueiro é o dono de um pequeno comércio de gêneros alimentícios denominado de Bodega na região.

e consumir alguma cachaça (*Gôio-fá*), o que não seria possível — em termos legais e em termos de controle policial dentro da Área — em uma bodega dentro da Área.

2.2 Área Indígena atual

A Área Indígena de Palmas está localizada ao sul do município de Palmas. Existe uma cadeia de montanhas (Serra da Fartura) de onde pode-se avistar uma imensa região de campos até quase o Rio Xapecozinho²⁶. A Área está contida em uma parte desta cadeia de montanhas. A altitude varia em torno de 1160 metros (parte mais alta do atual município de Palmas), com clima frio e úmido. Ocorrem cerca de 05 geadas anuais em média e, por vezes, neve. Durante meu trabalho de campo, no dia 29/06/97, aconteceu a maior geada daquele ano: 06 graus abaixo de zero na Área que tem altitude um pouco maior em relação à cidade de Palmas, 04 abaixo de zero na cidade (a rádio de Palmas anunciou que a temperatura atingiu 09 graus abaixo de zero, medidos na relva). Os dias naquela semana estiveram com uma temperatura às voltas de zero, com chuvas frias, e via-se a água de torneiras e poças congeladas.

Existem duas aldeias sendo uma em território paranaense e outra bem menor no lado catarinense. A maior chamada de Sede, que Fernandes (1998) recolheu com a denominação de *Ka-í-pang*, possui uma concentração de cerca de 50

²⁶ O Rio Xapecózinho limita a Área do Xapecó, território de cerca de 4.000 *Kaingang*, e está mais de 100 quilômetros abaixo desta cadeia de montanhas. Estes campos compreendiam quase toda a região descrita como "Campos de Palmas".

casas nas imediações da enfermaria e da escola²⁷, sendo que as demais estão mais espalhadas. Existem algumas poucas Araucárias, predominando o descampado.

A Área Indígena de Palmas, antes conhecida como Posto Indígena Fioravante Esperança e como "Toldo das Lontras", está sob controle da Administração

Regional da FUNAI da cidade de Chapecó/SC. Embora o tempo de contato seja extenso e o aldeamento dos



Kaingang de Palmas existir a mais de 100 anos, e mesmo levando-se em conta as atuações dos órgãos de tutela por quase sessenta anos, a Área Indígena ainda não foi demarcada, sendo apenas reconhecida. O então cacique Bastião mostrou-me algumas apagadas fotocópias de documentos registrados no cartório de Guarapuava da primeira metade do século que lhes garantiam o reconhecimento daquele território.

Foto: açudes na Aldeia Sede

A Área possui um território de 2944,5 hectares, sendo que mais de 70% encontram-se em território catarinense no município de Abelardo Luz/SC. Além das dimensões reconhecidas que possuem pouca mata nativa em seu interior, existe

²⁷ Fiz um desenho representando, grosso modo, a distribuição espacial da Aldeia Sede. Ver Anexo 1.

ainda uma região, denominada de "*oitenta alqueires*" onde ela está intacta. Esta região, que os *Kaingang* ainda reivindicam, foi desapropriada pelo Instituto Nacional de Reforma Agrária (INCRA) e repassada para a FUNAI. O processo de transferência dos "*oitenta alqueires*" está emperrado pela burocracia entre os dois órgãos. A falta de demarcação desta faixa, bem como de toda a Área de Palmas, pode complicar-se também com a decisão do governo de permitir a revisão das Áreas indígenas com o chamado "Contraditório"²⁸, no qual qualquer cidadão que queira reivindicar faixas de terras pertencentes às populações indígenas, poderá fazê-lo. Durante minhas andanças pela Área, os *Kaingang* mostraram-me, *in loco*, as matas perdidas para os Brancos ao longo das fronteiras e ao longo dos anos. Afora os "*oitenta alqueires*", ocorrem apenas alguns pequenos e descontínuos trechos de mata. Também nas fronteiras da Área indígena atual, há pequenas matas de araucária quase intactas, algumas das quais os *Kaingang* a identificam como imemoriais, porém perdidas.

Além dessas matas, junto às fronteiras da Área, existem fazendas que cultivam principalmente a maçã, soja, milho e aveia. Apesar de existirem na região grandes senhores de terras, latifundiários, o que predomina são as pequenas e médias propriedades rurais. Por causa desta predominância, muitos brancos consideram que os índios possuem "*muita terra para pouco índio*" (sic). Dizem que

²⁸ Projeto de Lei apresentado pelo Ministério da Justiça em 1995 que prevê a contestação da delimitação de fronteiras de Áreas Indígenas demarcadas ou em via de demarcação.

os quase 3.000 hectares são um disparate em termos regionais. E que os índios "*não sabem produzir no espaço que possuem*" (sic).

Existem também alguns assentamentos e acampamentos do Movimento Sem-Terra (MST) circundantes à Área. Vi vários destes acampamentos em toda a região sudoeste do Brasil. Como ocorre em todo o Brasil atual, este movimento está reivindicando uma reforma agrária ampla em todo o território nacional, ainda que tal reforma possa ser feita tardiamente. Houve, no início de junho de 1997, um conflito entre um acampamento do MST e os índios. A razão deste conflito foi que alguns *Kaingang* estavam caçando na mata dos "*oitenta alqueires*" e encontraram lá alguns agricultores do MST também caçando. O MST alegou que, como não tinham conseguido terras para cultivar e estavam perdendo as épocas propícias de plantio, tiveram de entrar naquele trecho de mata a fim de obter alimento.

Os *Kaingang* de Palmas se chatearam com esta invasão, reagiram e foram ameaçados de morte. Os *Kaingang* chegaram a denunciar o acampamento na delegacia do Município de Abelardo Luz/SC, a quem pediram providências. Havia várias reuniões internas na Área em que eles se mostravam bastante preocupados, mas não temerosos. Cogitaram inclusive uma possível confrontação direta armada. Foi preciso a intervenção da "Pastoral da Terra", movimento ligado à ala progressista da Igreja Católica, para que a questão se resolvesse sem que houvesse o confronto direto entre os dois grupos. A "paz" foi selada com um

torneio de Futebol em um assentamento do MST com a participação de várias comunidades rurais, onde os *Kaingang* foram bem recebidos.

2.3 População

A Área Indígena de Palmas conta atualmente com uma população de 126 famílias, cerca de 650 pessoas²⁹ distribuída por duas aldeias (uma em cada município, a Sede no lado de Palmas/PR e a "Vila Nova" no lado de Abelardo Luz/SC). A maioria desta população reside na aldeia Sede e em seus arredores.

Há que se destacar que a intensa mobilidade ou trânsito das famílias de uma Área para outra³⁰, o que torna as contagens sempre imprecisas. Além disso,



Foto: Família Kaingang

muito da imprecisão deve-se também à ausência de método

ou padronização. Ao mesmo tempo em que a última recontagem feita pelo Chefe do Posto em junho de 1997 apontou uma população de cerca de 600 pessoas, em dados

²⁹ Segundo Metraux (1946), em 1933 foram contados 106 *Kaingang*. Segundo Santos (1973), eram 160 no início dos anos 60. Dados da FUNAI de 1978 apontam uma população de cerca de 300.

³⁰ As maiores conexões dos *Kaingang* da Área de Palmas estão com as Áreas Indígenas de Mangueirinha/PR e Xaçecó/SC.

obtidos com a FUNAI e que datam de janeiro de 1997, a contagem difere em cerca de 100 indivíduos à menos, como demonstrado no quadro seguinte:

Faixa Etária / Sexo	MASC	FEM	M/F
MENOS DE 1 ANO	09	10	19
1 A 4 ANOS	33	40	73
5 A 9 ANOS	47	42	89
10 A 14 ANOS	34	27	61
15 A 19 ANOS	34	29	66
20 A 24 ANOS	24	32	56
25 A 29 ANOS	21	19	40
30 A 34 ANOS	14	13	27
35 A 39 ANOS	14	11	25
40 A 44 ANOS	13	10	23
45 A 49 ANOS	03	04	07
50 A 54 ANOS	05	04	09
55 A 60 ANOS	08	05	13
60 A 64 ANOS	03	--	03
65 E MAIS	05	05	10
TOTALS	267	251	518

Fonte: FUNAI/Relatório bimestral do Depto. de Saúde/Jan/Fev/1997. Adaptado pelo autor.

Tomando o quadro acima como referência, tem-se que mais da metade da população da Área Indígena de Palmas tem menos de 20 anos, o que parece indicar um crescimento das taxas de natalidade e uma diminuição das taxas de mortalidade (principalmente a mortalidade infantil) nos últimos anos, tendência que acompanha muitas etnias indígenas no Brasil, atualmente³¹. O quadro demonstra também que cerca de dois terços da população tem até 30 anos e que quase 95% está abaixo da faixa de 55 anos, faixa em que muitos *Kaingang* já se atribuem como "velhos". Ou seja, representam cerca de 05% da população da Área de Palmas.

³¹ E que se contrapõe à situação vivida anteriormente ao longo do século, que era a do aumento das taxas de mortalidade entre a maioria das etnias indígenas brasileiras.

Segundo dados da Organização-Não-Governamental de nome Documentação Indigenista Ambiental (DIA), "os povos indígenas brasileiros que vivem menos são os do Vale do Javari (24,5a), Yanomami (34,1a), Tikuna (34,5a), Guajajara (35,0a), Macuxi (36,0a) e Kaiowa (38,2a), e os que vivem mais os *Kaingang* (56,9a), Baré (56,4a) e Pankararu (53,4a)". (DIA, via Internet). Se levarmos em conta que a etnia *Kaingang* detém, segundo dados da DIA, a maior média de expectativa de vida entre as populações indígenas do Brasil, à saber, 56,9 anos, podemos notar que apenas 05% da população indígena de Palmas ultrapassa esta expectativa. Não obstante esta média estar abaixo da expectativa de vida nacional, que é de 67 anos atualmente, apenas cerca de 02% dos "índios velhos" ultrapassariam esta média.

2.4 Economia

A economia *Kaingang* depende basicamente da agropecuária de subsistência com roças predominantes de arroz, feijão, milho, abóbora, além da criação de aves, suínos e bovinos. Existem tanto as roças familiares, principalmente para os que têm casa afastada da Sede e, portanto mais área disponível para o plantio, quanto as "roças comunitárias" que são as áreas cultivadas pela Associação Comunitária Indígena de Palmas (ACIPA), à qual pertencem a maioria dos *Kaingang*. É comum que eles organizem mutirões — o denominado "ajutório" — para o plantio ou para a colheita dos quais participam os homens adultos e muitas crianças. Enquanto isso no galpão da Sede, as mulheres ficam encarregadas do preparo das refeições de todos os envolvidos. Ao final da tarefa todos se reúnem havendo a distribuição das

refeições. O ambiente é sempre animado por anedotas e "causos" e prolonga-se durante toda a tarde.

Esta associação é responsável, principalmente, pelos interesses agropecuários comunitários. A atividade agrícola da ACIPA se constitui



Foto: Mulheres preparando a comida coletiva do auxílio

principalmente do plantio de milho e aveia, para as quais dispõem também de um velho trator com

arado e carreta além de um galpão na sede par armazenagem da produção. Vale apontar que a produção agrícola não atinge mais que a própria subsistência dos índios associados no caso do milho, já que as plantações de aveia se destinam aos rebanhos.

Em relação às atividades pecuárias, a ACIPA conta com um curral e gado comunitário, com mais de 100 cabeças de bovinos, 12 ovinos e alguns cavalos para o



Foto: Cenas do curral

pastoreio. Não existe produção regular de leite ou de corte para distribuição comunitária, exceto para algumas festividades, como ocorreu no "Dia do Índio" de 1997, para o qual foram abatidas 04 cabeças de gado. A ACIPA, no entanto almeja aumentar o rebanho de ovinos e aproveitar a tosa da lã para a produção de cobertores acolchoados também para o consumo interno.

No âmbito da subsistência familiar, pode ser constatada a criação de aves e porcos pela maioria das famílias, mas principalmente entre as que detém



Foto: Rebanho de Ovinos

maior área em torno das residências. Estas famílias também cultivam algumas árvores frutíferas, como a bergamota (tipo de tangerina), a maçã, o pêssego e outras apropriadas ao clima da região. No caso das roças familiares, que são pequenas roças de subsistência, o dono do trecho convida as pessoas de suas relações mais diretas para o "ajutório" e fica responsável em alimentá-los, enquanto eles trabalham.

Certo dia, visitando-os, João Maria e seu filho Durval estavam fazendo comida em dois grandes caldeirões no fogo de sua "casa-de-fogo" para os que estavam trabalhando coletivamente com a roça desta família. Pouco depois ouvia-se as cantarias, gritos e risadas dos homens que voltavam da lida. João Maria tinha um

sorriso encabulado, mas sincero de gratidão, de que a roça dele iria funcionar, pois ficou bem encaminhado o rogado.

A produção familiar também pode ser relatada na produção de artefatos de taquara, a saber, balaios, cestos, covós (armadilha para peixes), além de anéis,

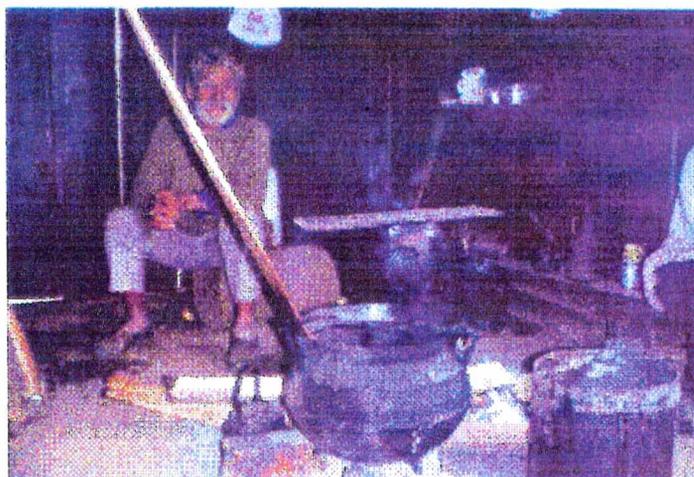


Foto: João Maria preparando o ejetório

colares, arcos e flechas decorados com penas artificialmente coloridas por anilina. Famílias inteiras se

dedicam a esta atividade e vendem seus artesanatos de taquara em Palmas e nas cidades da região, como União da Vitória, Caçador, Abelardo Luz. Alguns chegam até Loges ou Curitiba, a mais de 300 Km de distância.

Alguns *Kaingang* recolhem mel no mato, outros mantêm pequenas caixas de cultivo para consumo. Pescam nos 16 açudes construídos na Área e ainda moqueiam parte do pescado excedente. Muitos costumam caçar tatus, tatetos (espécie de porco-do-mato) e com muita sorte algum veado ou paca nas poucas matas da área e nos "oitenta alqueires", levando dias nesta empresa. Por vezes, entre março e julho, colhem e vendem pinhão. Outros alimentos são comprados em mercados localizados na periferia da cidade.

Quando uma família possui velhos aposentados, a aposentadoria destes adquire um valor fundamental na economia doméstica. É fato, como ocorre em outras Áreas do sul do Brasil, que os donos das bodegas (pequenas mercearias) retêm os cartões magnéticos e as senhas bancárias dos índios que recebem aposentadoria ou pensão, estabelecendo uma relação de dependência dos índios para com eles.

Ou seja, quando um *Kaingang* aposentado recebe seus proventos (muitas vezes são os donos das bodegas que sacam o dinheiro no banco) ele paga as dívidas das compras feitas nas bodegas e quase sempre continua devendo. O efeito de tal atrelamento é a repetição: sempre se paga e sempre se deve mais. Ao mesmo tempo, nesta relação, há um componente de compadrio, de favores cedidos de uma parte para outra, do tipo "eu te favoreço e você se mantém leal à minha bodega", como ouvi de alguns *Kaingang*.

2.5 Moradias

A maioria das moradias familiares está concentrada na Sede e é composta de casebres de madeira, comum à toda região. Estas são construídas principalmente com o reaproveitamento do desmanche de outras casas. Uma ou outra é de



Foto: Casa de madeira da Área

madeira nova. Algumas casas são de alvenaria construídas há mais de duas décadas e não estão mais em boas condições. As poucas casas da Vila Nova são de madeira e estão envelhecidas.

Poucas dessas casas da Sede possuem rede elétrica e nestas, algumas famílias possuem aparelhos eletrodomésticos como televisão, som, rádio e pequenas luzes de Natal para as comemorações de fim do ano. Geladeira vi apenas a da enfermaria. Todas estas casas de moradia, em toda a Área Indígena não dispõem de rede de água ou esgoto. A FNS por duas vezes tentou estabelecer as redes de água encanada para a população da aldeia Sede e não deu certo. Ora os canos se partiam, ora a bomba de água queimava. As torres em cruzeta, construídas ao lado das residências na Sede, partiam-se a cada vendaval e/ou temporal (comuns no local). A caixa central de 20.000 litros que fora comprada, antes mesmo de ser instalada, voou num destes vendavais, espatifando-se. A caixa antiga, quando a bomba elétrica está funcionando, sustenta apenas o Posto de Saúde e algumas casas ao redor deste. Quanto à fossa séptica, apenas o Posto de Saúde possui uma. Já entre as residências mais afastadas da Sede, algumas possuem encanamentos que ligam a água diretamente aos mananciais obtendo água corrente. Outras, no entanto, não possuem qualquer sistema e a água é obtida nos riachos, nascentes ou açudes da Área que servem também para seus banhos.

Problema fundamental em volta das casas da Sede também é o acúmulo excessivo de lixo. Como não existe coleta, o lixo predomina desde a entrada da

Área até a aldeia Sede. Em volta da maioria das casas são encontradas garrafas de PVC e de vidro, sacolas de plástico e latas jogadas aleatoriamente no terreno bem como nos riachos que servem à eles.

A organização social ideal dos *Kaingang* pressupõe uma relação de uxorilocalidade, ou seja, genro morando com sogro, prestando-lhe favores, etc. Esta regra de residência, ocorrente nos *Kaingang* de Palmas, é estabelecida por alguns anos, quando depois a nova família formada se muda para uma nova casa. Muda-se mais de acordo com a disponibilidade de casas na Área, pois existe um grande déficit habitacional que faz com que muitas famílias morem agregadas. As *Lideranças* da Área têm lutado ~~sem~~ sem muito sucesso pela construção de pelo menos mais trinta casas de alvenaria prometidas há muito tempo pelo governo do Estado do Paraná. No entanto, este número continuaria a ser insuficiente, como eles afirmam, já que as casas existentes estão velhas e a Área não dispõe mais da quantidade de madeiras necessárias para a construção destas, sem que isso causasse maiores estragos nos pequenos trechos de mata ainda existentes.

Há alguns *Kaingang* que moram em barracas de lona. Waktum, também Rezador do ritual do Kiki, voltou recentemente para Palmas depois de morar cerca de 01 ano na Área de Mangueirinha e encontra-se nesta situação. Cipriano também esteve fora e voltou. Hoje mora debaixo de casa de lona com paredes de trançado de taquara:

"Eu não tenho casa, eu tô morando debaixo de barraca de lona. Agora ao menos a casinha eu tenho que fazer, mas a minha é provisória". (Cipriano, agosto de 1997)

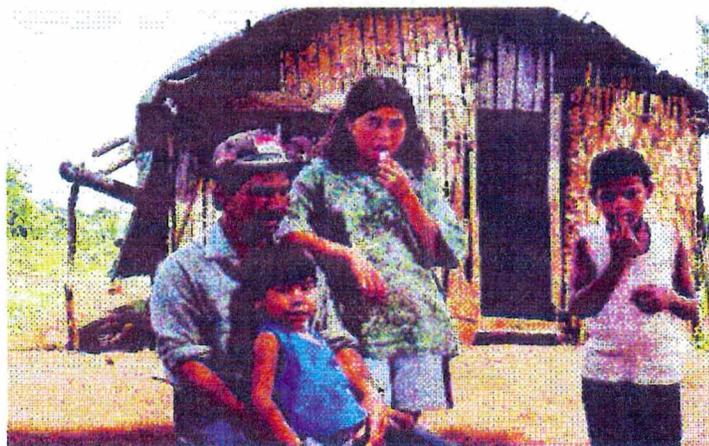


Foto: Cipriano e familiares na porta de sua casa

Em algumas casas, principalmente as casas dos mais "antigos", existem as chamadas casa-de-fogo (*iñg-xim*) como referi anteriormente. Estas casas são comuns entre as Áreas *Kaingang* do sul do Brasil. Geralmente são pequenas construções de madeira, chão batido e fogo central no solo, sustentado permanentemente dia e noite. Segundo Haverroth (1997), as casas-de-fogo dos *Kaingang* do Xapecó se justificam porque "assim poderiam fazer fogo no chão, sentar ao redor para se esquentar, tomar chimarrão e conversar, pois não poderiam fazer fogo no chão da casa de assoalho de madeira. Sinal de persistência cultural" (Haverroth, 1997, p. 59). De igual maneira, na Área de Palmas as casas-de-fogo são construídas ao lado de suas moradias e servem de local de longas "prosas" com chimarrão (*Kõnguín*), de local de descanso e de pouso para visitantes.

Sempre que visitava João Maria, encontrava-o sentado dentro de sua casa-de-fogo, neste caso, uma pequena casa de dois cômodos, um com assoalho que

abriga sua cama com colchão e cobertas envelhecidos e alguns instrumentos do trabalho rocio; no outro cômodo, de chão batido, está o fogo permanente. Com isso, as paredes adotaram um tom enegrecido. A barba e o cabelo de João Maria bem amarelados também revela os efeitos da fumaça que se acumula na casa, onde ele passa a maior parte do tempo.

Entre os *Kaingang*, existem os que moram nas vilas (Sede e Vila Nova) e os que preferem morar mais retirado. Em ambos os tipos de casa predomina os fogões à lenha de ferro, mantidos acesos. É comum que as rodas familiares e de amizade circundem esses fogões ao sabor de algum chimarrão que roda de mão em mão. Quando existem as casas-de-fogo, é lá a predileção das rodas. Os que moram retirado, assim o preferem e explicam a razão desta escolha, como nos dois discursos seguintes:

"Eu acho muito bom o lugar aqui porque é mais retirado pra criar. É bonito aqui, tem bastante pinheiro e eu vou limpar minhas ervas [mate] agora também, tem bastante erva. Eu tenho dezesseis pés de fruteira que eu plantei. Vergamota, laranjinha... ali tem mais. Quando eu vim aqui não tinha nada, eu que plantei as fruteira tudo". (Twäk)



Foto: Trecho da casa de Cipriano

"É mais o mato né? Eu gosto de morar mais retirado, que pode criar... galinha, porco, vaquinha, então minha luta é mais no mato, quem trabalha mais com lavoura, com a

plantação, que no limpo, a gente parado não dá nada. Fazer o que, eu tenho que fazer o paiol e trabaiano plantando mais mandioca, feijão, batata-doce, moranga, milho verde e assim e tem mais lenha, agora no limpo não tem, então tem que garrar o mato longe pra gente poder ir buscar, se torna mais difícil... então isso aí tem que se prevenir e entrar no mato, né? morar tudo espalhado é melhor... Então cada um tem o seu sistema de trabalho, tudo né? E gosto de não incomodar ninguém e ninguém me incomodar sobre as criação, até as crianças. Ih! eu invito muita coisa". (Cipriano)

2.6 Lideranças³²

As *Lideranças Kaingang* de Palmas são compostas de um cacique eleito por seus pares do sexo masculino e adultos. Quando eleito, o cacique designa uma equipe de *Liderança* entre aqueles que estão afinados com suas idéias, e uma força policial, esta composta de major, capitão, tenente, sargento, delegado e "policias" (sic) indígenas. Delegado e "policias" não participam das decisões das *Lideranças*, tendo funções apenas de executar prisões e vigiar os presos na prisão da Área. A cadeia é um cubículo de cerca de 10 m², de madeira, sem janelas ou fossa, dividido em duas partes: uma masculina, outra feminina, separadas por cadeado facilmente "arrombável" para os "namoros" (sic) noturnos, como disseram-me quando este fato ocorreu durante minha estada.

Durante meu tempo de campo, o cargo de cacique estava nas mãos do Sr. Sebastião Silva ou Bastião Goela como também é conhecido, de 48 anos, pastor não mais atuante da igreja Só o Senhor é Deus. Sujeito alegre, falador e muito

esperto, permitiu e incentivou o trabalho de minha pesquisa dentro da Área. Durante os dias e quase sempre às noites, ele estava circulando de carro entre a Área e a cidade, onde tinha um bom poder de negociação dos interesses da comunidade da Área, já que acumulava também a função de presidente da ACIPA, e era correligionário político do atual prefeito. Tentara antes ser vereador pelo município de Palmas, ficando como suplente. Disse-me que faltou união dentro da Área para elegê-lo. Não obstante, após a derrota no pleito eleitoral municipal, alguns de seus opositores políticos, sentindo-se ameaçados, retiraram-se da Área.

Quase todos os dias as *Lideranças* se reuniam para deliberar sobre as denúncias e queixas da comunidade e das forças policiais. As maiores queixas eram por embriaguez, brigas, separação de casais e por "namoro" (como veremos adiante). Para essas deliberações, os *Kaingang* possuem um referencial o qual denominam de Código de Ética (anexo 2), cuja escrita, em sua versão final e atual, os *Kaingang* realizaram em setembro de 1997.

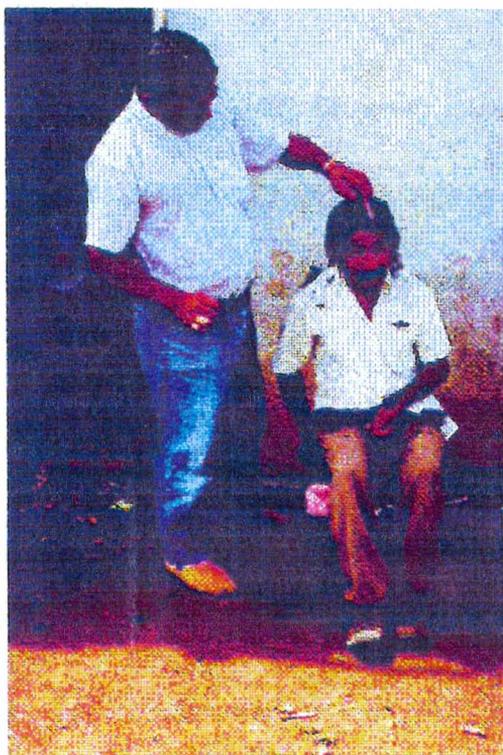


Foto: Bastião cortando o cabelo de Waktun

³² Dedico este tópico em especial à Dr^a Miriam Grossi.

O consumo de álcool (*Goio-fá, Goio Korég*) que se tornou expressivo como foi relatado anteriormente por Fernandes (1941), Hanke (1950) e Lévi-Strauss (1955) entre outros, foi também duramente combatido pela *Liderança* enquanto estive lá. No Código de Ética interno dos *Kaingang* fica estabelecido no item IX que:

"No caso de alcoolismo entre índios, o Cacique e a *Liderança* poderão aplicar pena de 24 horas se houver problema, podendo optar pela prestação de serviços comunitários após o estado de embriaguez. Se o caso for agravado, a pena poderá aumentar para 03 dias. Quando o caso for de alcoolismo crônico, os índios deverão ser encaminhados para especialistas, médicos ou psicólogos para tratamento".

Não obstante a proibição, era comum que diariamente os *Kaingang* jovens ou velhos pudessem ser vistos bebendo fora da Área, nas "bodegas" da cidade. Mas para levar bebidas alcoólicas para a Área, sem correr o risco de ser flagrado pelas polícias da *Liderança* ou pela própria *Liderança*, os *Kaingang* — os que gostam de "tomar" bebidas como a cachaça (*Goio-fá*) — as misturavam a refrigerantes em garrafas plásticas descartáveis de dois litros. Comparativamente a este tipo de estratégia, Fernandes (1998) destacou que antes a estratégia era misturar cachaça e querosene (usado nas lamparinas) para confundir as polícias da *Liderança* (Fernandes, 1998, nota 104, p. 125)

A economia familiar pode também sofrer as interferências da *Liderança*. Esta interferência influi na decisão sobre a escolha da moradia. O seguinte

discurso aponta-nos para esta direção, demonstrando também certa desunião e consenso entre *Lideranças* e "liderados" e de uma atuação mais eficiente da FUNAI, representada pelo Chefe do Posto:

"Hoje o povo tem uma idéia diferente um do outro.(...) Agora, se uma pessoa é trabalhador e tem que fazer tudo as benfeitoria, é muito perigoso aqui. Nossos índios e nossas autoridades, é capaz de ver que um índio tá indo bem do serviço, eles vêm incomodar até tirar. E até que as vezes ele abandona tudo, as benfeitoria e tudo. E o outro vai aproveitar porque a nossa terra é aberta. E como que o índio vai se levantar daí? Porque o índio tá criando uma vaca, um porquinho, umas galinha pra no fim ele toca de vender tudo, fica feio! [enfático]. Então o problema é que o índio faz uma cerca que nem aquela cerca ali [aponta para os limites da casa com a estrada] nós tudo, se é aberto, todo mundo manda. E por fim atora um arame ali, quando vê tá estourando. Se atorar dois fios de arame, é um prejuízo... daqueles que entendem. Então aqueles que num entendem também tá perdendo, tá perdendo e tá tomando prejuízo de tudo lado. E o chefe [do posto] também, se ele tem boa vontade pra fazer o serviço, ele tá defendendo o dele e nós, por fora, estamos perdendo. Num vale nada, rapaz! Já num tô crendo por nada. Eu sou pobre e católico e hoje você vê aquele povo todo reunido. Então é ruim tocar o trabalho da gente... qualquer um de nós é ruim, e nós estamos tudo desunido e nem as idéias num dá certo, né? Dá certo é tocar o trabalho, tanto é que eu tô cansado e então eu achei melhor ter que tocar o da gente. Saber a sabedoria e saber tocar a sabedoria da gente, né? Tocar a sabedoria da gente pra outro, dizer como é que tem de ser e trabalhar e num dá".

Quando um *Kaingang* precisa se deslocar da área e esse deslocamento demanda mais de um dia de viagem entre Áreas Indígenas, seja para o comércio de artefatos de taquara nas cidades vizinhas, seja para visitar prolongadamente os

parentes, seja para participar do ritual do Kiki no Xaçecó, seja para trabalho remunerado que demande a saída prolongada da área, por exemplo, os *Kaingang* são obrigados a retirar uma *Licença de Viagem* junto ao cacique ou junto ao Chefe do Posto. Em caso de transferência por casamento ou em caso de transferência compulsória entre as Áreas por expulsão ou perseguição das políticas internas das *Lideranças* é emitida a *Guia de Transferência*.

Muitos casamentos estavam sendo impostos pela *Liderança*. Muitas jovens que se casaram prematuramente, contra suas vontades e contra a vontades de seus pais, mas por imposição das *Lideranças*, sentem-se despreparadas para cuidar dos filhos. Os casamentos impostos pela *Liderança* obedecem as regras criadas pelos membros desta, segundo uma moralidade cristã já que a *Liderança* era composta de uma maioria de evangélicos³³.

Segundo determinação das *Lideranças*, os jovens estavam proibidos de manterem conversas íntimas com as pessoas do sexo oposto. Mesmo na escola de quinta à oitava série ou no segundo grau na cidade onde estudam muitos desses jovens. Lá como na Área, muitos jovens estudantes foram destacados pela *Liderança* para exercer papel de polícia e vigiar seus colegas. Jovens *Kaingang*, homens e mulheres andando juntos à noite, nem pensar: este ato é sumariamente considerado como namoro. Os que são pegos ou considerados suspeitos de tal

³³ Segundo Fernandes (1998), O sistema de punição instituído por Sebastião demonstra que suas concepções de sociabilidade seguiam normas defendidas pela ética crente. Tal relação é especialmente observável nas penas impostas aos casos de alcoolismo, roubo e adultério.

ligação são convocados pela *Liderança* e "convidados à institucionalizarem o casamento" (artigo XVI). A decisão tem de ser imediata. A negativa é punida com vinte e cinco dias de prisão para que eles reflitam à respeito. Não obstante, muitos jovens (homens e mulheres, geralmente acobertados por suas famílias) fogem da Área antes ou após a condenação.

A *Liderança* tem agido duramente em relação com as questões de casamento (artigo XVI do Código de Ética), brigas (artigo VI e VII), traições e separação de casais (artigo XIV e XV): p.e., uma mulher que decida se separar do marido (ou vice-versa) pode receber penas que variam de 24 horas a 15 dias (ou até a reconciliação) de cadeia junto com o marido. Ao final do período, se não há reconciliação, a pessoa que pediu a separação permanece mais 15 dias presa e o ex-companheiro é solto. Ao final da etapa, a separação é consumada.

Estas informações sobre o "sistema penal *Kaingang*" se relacionam com o fato de que muitas famílias são constituídas prematuramente (não é a questão da idade, mas a prematuridade e a falta de liberdade da escolha do parceiro, segundo eles mesmos contam) contra suas vontades e de seus familiares, gerando casais, pais e mães despreparados, como eles próprios afirmam.

Na época em que estive convivendo com os *Kaingang*, houve denúncias na cidade de Palmas sobre a imposição de casamentos pela *Liderança* e, assim, eles foram solicitados a fazer este "Código de Ética" pelo Juiz do Fórum de Palmas, explicando as normas e as sanções segundo o "sistema interno" dos *Kaingang* de

Palmas, que é autônomo por garantia do estatuto do índio. Em audiência com este juiz, Bastião tentou demonstrar que mesmo com as denúncias contra ele, as punições aplicadas do "Código de Ética" eram, comparativamente, muito mais brandas que as leis dos Brancos. Segundo Fernandes (1998),

" A caracterização do Código de Ética e Penal como um instrumento de proteção contra a Justiça dos Brancos foi um dos argumentos utilizados por Sebastião para afirmar sua aplicação. Sebastião quando me contou que em sua conversa com o Juiz de Palmas ele foi claro a esse respeito. Segundo ele, o Juiz criticou o rigor de suas punições, se referindo ao casamento forçado. Ao que ele respondeu que a lei dos brancos era muito mais rigorosa, pois a pena máxima prevista no Código dos *Kaingang* de Palmas era de cem dias, ao passo que na justiça dos Brancos a pena mínima é de seis meses. Além disso, Sebastião contou que argumentou com o Juiz sobre o caráter temporário da condição de infrator, i.e. entre os índios as penas são estabelecidas e uma vez cumpridas o indivíduo infrator volta a ser como era antes *livre e sem marcas*. (Fernandes, 1998, p. 167)

O cacique Sebastião foi eleito e reeleito em alguns pleitos que os *Kaingang* convocavam a fim de derrubá-lo, sem conseguir. Foi, enfim, derrubado no último dia de 1997, acusado de centralizar as ações, de fazer prevalecer suas opiniões, de usar sua posição para interesses pessoais e para seduzir outras índias que não a sua mulher, o que ele fazia questão de proibir para seus liderados. Em seu lugar assumiu o atual cacique Juvenal que compôs uma Liderança mais jovem e que se comprometera a ser menos rigorosa que a Liderança anterior.

2.7 Igrejas na Área

Ao descrever o grupo *Kaingang* como metades exogâmicas e complementares, esquivei-me de colocar o que agora se torna pertinente: que a divisão (e não mais metades) atual pode ser notada entre "crentes" e "católicos". Os católicos consideram que esta forma de religião "já estava lá, de primeiro" (sic). Como descrito anteriormente, a versão sincrética do mito de origem supõe que os Apóstolos e os Santos, e em particular São João Maria³⁴ andavam por aquela região pregando a palavra cristã ou realizando curas. Os *Kaingang* pacificados e devidamente catequizados se adaptavam bem a esta religião. Neste sentido, Kurtz de Almeida (1998) aponta que entre os *Kaingang* do Xapecó,

"A Igreja Católica, enquanto religião primeva - religião oficial do colonizador -, se sustentou como dominante durante muito tempo porque a prática de um tipo de catolicismo associado a ela permitiu simultaneamente a prática da vida ritual *Kaingang*. (...) Neste sentido, a adoção do cristianismo por grupos indígenas pode expressar a ocupação de espaço na cosmologia e vida ritual destes povos por símbolos cristãos, não significando necessariamente a destruição de categorias significativas do sistema indígena". (Kurtz de Almeida, 1998, p. 22-24)³⁵

Já as igrejas protestantes chegaram à cidade de Palmas em meados deste século e se implantaram na Área indígena a partir dos anos 70, chegando até a configuração atual. Ou seja, hoje podemos contar um número total de 04 igrejas,

³⁴ São João Maria D'Agostini, santo do catolicismo popular cuja imagem foi central na Guerra do Contestado, ocorrida entre 1912 e 1916 no planalto catarinense, exerce ainda hoje forte influência em toda a região, e em particular entre os *Kaingang* de Palmas.

³⁵ Mais adiante, Kurtz de Almeida completa que, entre os *Kaingang* do Xapecó, "para o grupo ligado ao catolicismo popular ser católico é participar das festas aos santos, atuar no ritual do Kiki, crer em Deus (Topé) e em São João Maria (Ipai Kofá)". (Kurtz de Almeida, 1998, p. 92) Estas mesmas considerações se aplicam aos *Kaingang* em Palmas.

todas localizadas na Sede. São as seguintes: Católica, Evangelho Quadrangular, Só o Senhor é Deus, Assembléia de Deus.

Apesar das Igrejas protestantes serem diferentes entre si, os *Kaingang* expressam apenas entre a diferenciação entre crentes e católicos. Os crentes, se considerarmos todas as suas igrejas, constituem a maioria da população. Por outro lado, se considerarmos o número de seguidores de cada igreja em separado, os católicos representam o segmento de maior contingente. A diferenciação entre crentes e católicos fez surgir uma rivalidade entre os dois grupos e, ultimamente, constitui o motivo das principais cisões internas dos *Kaingang* de Palmas. Esta rivalidade revela-se quase sempre num tom de jocosidade entre *Kaingang* crentes e *Kaingang* católicos. Sem tanta jocosidade, esta rivalidade ocorre também entre as *Lideranças* católicas da cidade (padres e freiras) e a *Liderança* indígena (como afirmado, são constituídas de uma maioria de crentes, valendo inclusive para o atual cacique Juvenal, sucessor de Bastião).

Pode-se constatar também que os índios almejam e alcançam graus hierárquicos mais elevados — podem por exemplo tornar-se Pastores — dentro da estrutura das igrejas chamadas crentes com mais facilidade que na católica³⁶. Além disso, em termos de ritos cristãos, as igrejas crentes são, sem dúvida, mais

³⁶ Outros fatores são apontados por Fernandes (1998) em Palmas: " conversão como recuperação de desvio, especialmente, do alcoolismo; conversão como intensificação da sociabilidade (reuniões periódicas); conversão como distribuição de autoridade (obreiros e colaboradores, eventualmente um participante pode tornar-se pastor); conversão como preenchimento de uma expectativa religiosa não preenchida pela tradição tampouco pela igreja católica pouco atuante neste período; conversão como uma valorização da ética de prosperidade econômica". (Fernandes, 1998, p. 128-129)

rotineiros em seus cultos que a atuação ritual da igreja católica — que raramente realiza uma missa. Esta divisão entre crentes e católicos motiva também uma tendência à endogamia religiosa dentro da Área de Palmas. De maneira semelhante, esta consideração mereceu uma análise aprofundada por Kurtz de Almeida (1998), em seu trabalho com os *Kaingang* do Xapecó. Segundo o autor,

" Com relação à reprodução do grupo, o casamento, por exemplo, pressupõe a união entre irmãos em cristo, pois se uma pessoa decide se casar com alguém não 'crente' são aplicadas sanções contra ela. (...) Estabelece-se uma espécie de endogamia religiosa, pois os 'crentes' casam-se entre si para buscar a reprodução social do grupo. A endogamia religiosa no contexto da cultura tradicional *Kaingang* significa a ruptura das formas de reciprocidade entre as metades reduzindo-a em 'interesse de grupo". (Kurtz de Almeida, 1998, p. 140-144)

Mas este tipo de casamento endogâmico, tal e qual acontecia no casamento de modo exogâmico entre as metades *Kamé* e *Kairú*, é meramente preferencial ou meramente uma tendência, pelo menos entre os *Kaingang* de Palmas. Isto porque os *Kaingang* são pragmáticos para tomar certas decisões e, no caso de casamentos, este pragmatismo pode ser notado. Desta maneira, eles podem simplesmente mudar de opção religiosa para que o casamento se consuma ao gosto das famílias dos nubentes. Ou, no caso da oposição das famílias, os noivos podem fugir juntos por um tempo. Outra razão seria porque o grupo como um todo é pouco numeroso e não raro os casamentos acontecem entre parentes próximos (p.e., entre primos) nem sempre pertencentes à mesma igreja.

2.8 Educação

A AI possui duas escolas (uma na aldeia Sede, feita de material e na Vila Nova, um casebre de madeira). À exceção do ensino bilíngüe, que nem sempre consegue ter a aprendizagem bem fixada entre os alunos, o sistema educacional disposto aos *Kaingang* se enquadra no sistema educacional geral do Estado e do resto do país, e mantém as mesmas taxas de evasão e repetência deste quadro nacional. Cada escola é administrada por um dos municípios circundantes, ou seja uma escola dirigida pelo sistema educacional do Paraná, via Palmas e outra pelo de Santa Catarina, via Abelardo Luz, que são diferentes.



Foto: Crianças estudando

A escola da Sede agrega a maioria dos alunos do ensino fundamental (pré-escola e 1º à 4º série) e é administrada pela secretaria de educação do município de Palmas. A escola funciona em dois turnos e possui, em ambos, uma turma de pré-escola, uma de alfabetização (1º ano primário) e uma turma multi-seriada das

outras séries. Possui três professoras contratadas pela prefeitura e outros três professores *Kaingang* dos quadros da FUNAI — Rosângela Paliano, Sebastião Mendes e Albino Viri —, estes responsáveis pelo ensino bilíngüe das crianças. Existe merenda escolar, mas nem sempre cumpre com a função de alimentar bem seus alunos. Às vezes a comida é escassa ou os estoques não são repostos o suficiente. Houve dias em que os alunos sequer comeram e eram dispensados mais cedo para suas casas por este motivo.

Os alunos de 5º à 8º série do 1º grau e os de 2º grau (que são três índios, entre eles o Sadi) e estudam na Escola Estadual Sebastião Paraná distribuídos em seus três turnos. Para os da manhã e os da tarde existe um ônibus conveniado entre prefeitura e a ACIPA que faz a condução e serve também aos assentamentos que estão além da Área, em território catarinense. Os alunos do noturno são transportados pela Kombi da associação (ACIPA).

Durante meu convívio com os *Kaingang*, pude presenciar e participar da implementação dos cursos de alfabetização de adultos (inclusive bilíngüe) e supletivos de 1º e 2º grau, conseguidos através de convênio com a Secretaria de Educação estadual, em Curitiba, que passaram a funcionar dentro da escola da Área no turno noturno. O curso de alfabetização de adultos e de ensino bilíngüe, no entanto, não funcionaram como o esperado, com a evasão da maioria dos alunos interessados. O supletivo, nos moldes do sistema nacional, estava sendo implantado no momento de minha saída de campo, mas pude constatar a alegria de alguns com a

facilidade do curso na Área e a infelicidade de outros que perderiam sua rotina na cidade de Palmas, por onde transitavam nas noites de aula. O total de todos estes alunos em 1997 está na tabela que se segue³⁷:

Escola Marechal Cândido Rondon (Aldeia Sede)

- Pré-escola: 19 alunos
- Primeira série: 33 alunos
- Segunda série: 28 alunos
- Terceira série: 18 alunos
- Quarta série: 19 alunos

Escola Isolada Vila Nova (Aldeia Vila Nova)

- Primeira série: 7 alunos
- Segunda série: 3 alunos
- Terceira série: 2 alunos
- Quarta série: 1 alunos

Colégio Estadual Sebastião Paraná

- Quinta à Oitava Série: 31 alunos
- Supletivo: 5 alunos

2.9 Futebol e Vida Social³⁸

O Futebol demanda um deslocamento social entre os *Kaingang* de Palmas. Este esporte assume uma importância fundamental na vida social *Kaingang* não apenas em Palmas mas também em quase todas as *Áreas Kaingang* da região, como aponta Tommasino (1995) com os *Kaingang* do Tibagi e como pude constatar entre os de Mangueirinha e Xapecó. A equipe indígena de Mangueirinha, por exemplo, é

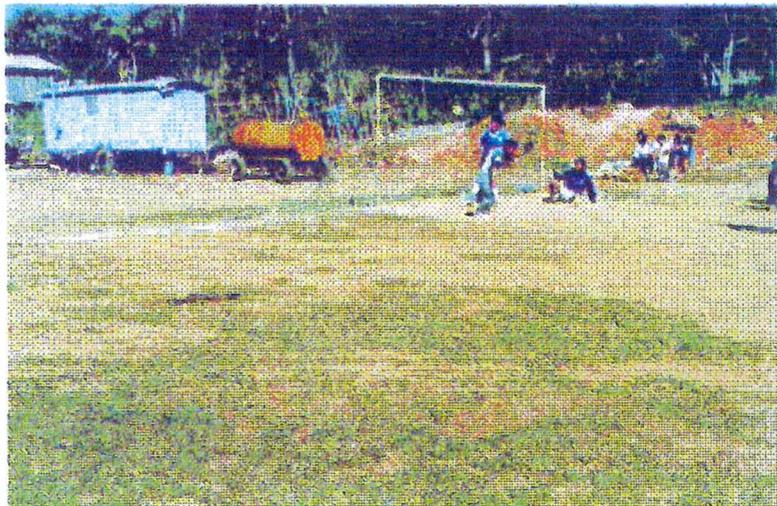
³⁷ A relação de pais e alunos desta escola estão no anexo 4. Decidi incluí-las para que próximas etnografias realizadas na Área de Palmas possam ser remetidas aos nomes contidos nas listas. O mesmo efeito foi produzido durante meu trabalho de campo com o texto de Loureiro Fernandes (1939) que continha uma listagem dos *Kaingang* da época, parentes de muitos de meus informantes. Todas as vezes em que pude mostrar a lista de Loureiro, os *Kaingang* falavam — numa espécie de exercício de memorização coletiva, pois envolvia sempre a rede familiar presente — da saudade dos parentes relacionados e dos casos trágicos ou cômicos da vida destes.

³⁸ Dedico este tópico ao Técnico de Futebol José Rafael Monteiro e à Dr^a. Carmem Rial.

famosa na região e entre os *Kaingang* de Palmas por conquistar seguidamente torneios municipais (do município de mesmo nome), regionais e torneios entre equipes indígenas. No Xaçecó, existem vários campos de grama e de terra, de diversos tamanhos, demarcados ou improvisados e uma quadra coberta, com iluminação onde se realizam jogos noturnos.

No caso dos *Kaingang* de Palmas, muitos velhos afirmam que o Futebol fora praticado por eles desde a infância, e que sempre se saíam bem em torneios com os Brancos de Palmas ou da região. Contaram-me também que por serem temidos como equipe de Futebol, muitas vezes os Brancos não os convidavam ou se recusavam a disputar as partidas com eles, sob a alegação de que os *Kaingang* jogavam com violência e deslealdade. Desta maneira, ao menos nos últimos 60 anos ou mais, os *Kaingang* conseguiram montar e desmontar equipes que ora eram aceitas, ora recusadas.

Durante meu trabalho de campo, pude acompanhar de bem perto o espaço, o tempo e a paixão que os *Kaingang*, criança e



adultos, homens e mulheres, dispensam aos

Foto: *Kaingang* marcando um gol

jogos de Futebol. Em tardes quentes dos fins de semana é comum ver nas encostas em volta do campo principal, a presença de famílias inteiras admirando desde

partidas improvisadas por meninos e adultos até torneios e "jogos amistosos". Acompanhei-os também na rearticulação das equipes e na disputa de alguns torneios em lugares como acampamentos de Sem-Terra, cidades vizinhas e bairros da periferia de Palmas. Para chegar aos torneios, "viajávamos" ora de trator, ora de carona, ora na carroceria aberta e apertada de algum caminhão emprestado para estes eventos. Sempre disputando com duas equipes, a montagem das mesmas sofria a interferência das *Lideranças* da Área que reservavam vagas para filhos e genros de seus membros. Desta maneira, nem sempre a equipe considerada como a principal, era a que obtinha melhor desempenho e sucesso dentro do campo de Futebol.

Os *Kaingang* conseguiram as primeiras colocações dentro da maioria destes torneios que vi entre julho e setembro de 1997. As premiações eram as mais diversas: troféus, caixa de cerveja, dinheiro vivo, porcos, ovelhas, bezerras e bois. Na volta destes torneios para a Área, havia sempre menos espaço nos veículos que nos conduziam, que eram então ocupados pelos prêmios. Tais prêmios foram incorporados aos rebanhos comunitários da ACIPA.

O Futebol pode permitir, então, a interação e integração social dos moradores da área entre si, destes com outras áreas e com a população e equipes da cidade de Palmas, dado que vários amistosos são marcados com os *Kaingang* e dado que alguns *Kaingang* participam de equipes da cidade nas competições municipais e regionais. Além disso, o Futebol permite a afirmação da etnia perante

a sociedade, já que são "temidos" e respeitados como o "time dos *Kaingang*" ou simplesmente o "time dos índios".

Por outro lado o Futebol pareceu marcar a tensão das relações entre Brancos e *Kaingang* de Palmas. Esta tensão se revelou no fato dos *Kaingang* terem participado de um "teste" para incorporação na equipe do município de Palmas — o "Caxias" — que subiu da terceira para a segunda divisão do campeonato estadual paranaense. Indiquei alguns, em quem reconhecia mais talento futebolístico (um conjunto de qualidades físicas tais como, velocidade, agilidade, força, "timing" e um bom trato com a bola nos pés) para a realização de tais testes.

Não pude acompanhá-los nestes testes pois coincidia com minha saída do campo. Quando voltei dois meses depois, perguntei a vários deles como tinham se saído no teste: "*ninguém passou, mas se fosse o professor (como alguns me chamavam), certamente entraria no time*". Retruquei dizendo que não possuía tal capacidade: "*mas o professor é branco*", disseram, tentando expressar o possível preconceito que sofreram no teste.

À primeira vista, o fato relatado poderia mesmo demonstrar a resistência de integração entre índios e Brancos. Por outro lado questiono até que ponto os *Kaingang* não se utilizaram de um discurso de vitimização da condição indígena para justificar um possível fracasso no teste. Pertencer à equipe citadina, a uma equipe profissional envolve questões que poderiam ser comparadas à questões do Futebol brasileiro. É comum que qualidades futebolísticas não sejam propriamente as

principais prioridades de algumas equipes. O que procura um dirigente em seus atletas? Nem sempre é um Futebol bem jogado. As vezes o que se procura é acobertar atletas apadrinhados, ou mesmo se procura acatar as determinações de uma empresa patrocinadora. Tudo pode ter ocorrido, inclusive o preconceito.



Fotos; torneios de futebol com a participação das equipes Kaingang

3. SISTEMA DE CUIDADOS COM A SAÚDE

"we think of medicine as a symbolic form through which reality is formulated and organized in a distinctive manner". (Good, 1990)

Os estudos de Antropologia da Saúde tiveram seu impulso inicial a partir, deste século com Rivers nos anos 20, Clement nos anos 30 e Ackerknecht nos anos 40. Estes estudos marcavam uma oposição entre uma medicina científica e uma mágica, sobrepondo a primeira à última, marcando sobremaneira o pensamento etnocêntrico da época em que viveram. Essas abordagens hierarquizavam qualitativamente, um saber empírico mais "evoluído", mais "lógico" e mais "racional" — a Biomedicina ou Medicina científica — sobre um saber "mágico-religioso" dos "primitivos" — as formas de cura dos diversos saberes de diversos locais. Mesmo assim, eles foram importantes para os estudos da Antropologia da Saúde atual por

estabelecerem que os sistemas medicinais de diferentes sociedades estão arraigados com seu sistema cultural mais completo e específico.

Atualmente, a Antropologia da Saúde detém de um vasto campo de abordagens que se cruzam e que, por vezes se divergem. Muitos destes estudos partem para a relativização da Biomedicina passando a focar "a perspectiva da doença como uma construção cultural; o conceito de doença como processo; e a construção e negociação da doença num mundo de sistemas médicos plurais e de forças políticas desiguais" (Langdon, 1994-a, p. 14).

As formas tradicionais de cuidados com a saúde sob contato têm sido, recentemente, o objeto de estudo de vários autores dentro da Antropologia da Saúde em populações indígenas sul-americanas, principalmente nas duas últimas décadas. Poderíamos relacionar aqui, por exemplo, entre muitos outros, os trabalhos de Pollock (1994), entre os Kulina da Amazônia ocidental; Verani (1994) entre os Kuikúro; Novaes (1996) e Conklin (1994) entre os Wari; Buchillet (1995) entre os Desana; Albert (1992), Ramos (1990) e Pellegrini (1993, 1996) entre os Yanomami. Muitos destes autores têm destacado que as medicinas tradicionais constituem uma parte de um sistema cosmológico, marcando sua diferença da biomedicina.

Fundamentalmente a partir do século XX, as populações indígenas passaram a usar os serviços da Biomedicina cada vez mais. Com o alto grau de contato, a Biomedicina afirmou-se como prática oficial em grupos que possuíam outras e

próprias medicinas. Isto não significou a perda dos saberes tradicionais. Ao contrário, os saberes vindos da Biomedicina somaram-se aos tradicionais. Nestes contextos da Antropologia da Saúde, podemos pensar como o processo de contato tem surtido efeito sobre as concepções de saúde entre as populações indígenas brasileiras, mais especificamente entre os *Kaingang* de Palmas/PR.

3.1 Sistema de Cuidados com a Saúde como Sistema Cultural

A Antropologia da Saúde tem focado as relações entre cultura, sociedade e saúde, procurando entender como os fatores sociais e culturais influenciam os processos de doenças e de curas. Ela considera que as preocupações com a saúde são fatos universais, ou seja, estão presente em todas as culturas. Kleinman (1980) estabelece que os sistemas de saúde são sistemas culturais que têm significados simbólicos ancorados em arranjos particulares dentro da sociedade. Desta maneira, os atores negociam os significados relativos à saúde. Ao definir sistema de saúde como sistema cultural, Kleinman está utilizando o conceito de cultura de Geertz. Este último (Geertz, 1989), inspirado por Max Weber, concebe a cultura como uma teia de significados tecidas pelos homens à qual eles se amarram, configurando, desta maneira, os sistemas culturais.

Um sistema de saúde inclui um modelo explanatório, ou seja, um modelo de formulação e reformulação de crenças pensado pelos atores sobre as causas da doença, sobre as decisões a serem tomadas para responder a este episódio, sobre

as avaliações quanto à eficácia deste tratamento e sobre a expectativa de se sair curado, retornando-os à "normalidade" de seus papéis dentro da organização social. Kleinman (1980) lembra que, dentro de uma cultura específica, a realidade da doença é também variável com o tipo de experiência vivida diferentemente pelos atores, bem como com a sua posição social, seu nível de instrução, seu tipo de ocupação profissional, sua crença religiosa, sua etnia, seu gênero e assim por diante. Segundo Langdon (1996), "cada cultura reconhece sinais diferentes que indicam a presença da doença, o prognóstico e possíveis causas (...) A situação ambiental, seja do grupo ou da natureza, faz parte também de possíveis fontes a serem considerados na tentativa de identificar a doença" (Langdon, 1996, p. 13).

O processo da doença tem, para os atores, dois objetivos: "(1) de entender o sofrimento no sentido de organizar a experiência vivida, e (2) se possível, aliviar o sofrimento" (Langdon, 1996, p. 13). Com base nestes objetivos os atores decidem as trajetórias para solução do caso. Kleinman (1980) indicou que os atores negociam com sistemas plurais de cuidado com a saúde, referentes às construções sociais de organização para prevenir, identificar e sanar as doenças, estabelecendo diferentes "itinerários terapêuticos"³⁹ segundo seu sistema cultural de significação. Este autor argumenta que o itinerário é negociado em três setores distintos entre os sistemas de cuidado com a saúde: o familiar, o popular ou "folk" e o profissional. Cada um dos três setores pode ser entendido como um sistema

cultural específico, através do qual o indivíduo que experimenta a doença encontrará diferentes modelos explanatórios. Em cada contexto sua doença será percebida, rotulada e interpretada diferentemente.

O setor familiar é a matriz que contém o indivíduo e suas redes de relações imediatas, de crenças e de práticas sociais. Neste setor, são realizadas as primeiras ações com referência à doença, onde os signos do distúrbio são avaliados, as possíveis causas são identificadas e as decisões são determinadas. Este setor é, portanto, o mais importante na determinação do itinerário terapêutico. Segundo Langdon (1991),

"As primeiras tentativas na busca de um diagnóstico e um tratamento são feitas pelo paciente ou por membros da sua família. Baseadas no seu conhecimento comum e na sua experiência anterior com doenças, estes fazem um diagnóstico através da observação dos sintomas e da história que a família tem com outros casos parecidos. Usualmente, aproveitam seu conhecimento das ervas e consultam os vizinhos ou as pessoas que visitam a casa durante o dia. (...) No caso de os sintomas persistirem, a procura por um tratamento passa por outros recursos fora da família ou dos vizinhos. Durante todas as tentativas de cura, sempre há uma avaliação contínua dos sintomas e das suas mudanças. A doença pode ser reclassificada com o aparecimento de novos sintomas ou com a ineficiência de um tratamento (...) Dependendo da severidade dos sintomas, da evolução da doença, e do diagnóstico subsequente, um especialista é procurado". (Langdon, 1991, p. 217)

³⁹ Conceito forjado por Augé (1986) para o conjunto de processos implicados na busca de um tratamento desde a constatação de uma desordem, passando por todas as etapas institucionais (ou não) onde pode se atualizar diferentes interpretações e cura.

O setor popular refere-se às categorias de especialistas em saúde específicas e tradicionais do grupo, que não formam grupos organizados burocraticamente, e que desempenham formas muito diferenciadas de curas reconhecidas como eficazes e tradicionais dentro da comunidade, como é o caso, por exemplo, dos herveiros, benzedores e *Curadores* pertencentes às comunidades. O setor popular é, para quase todas as sociedades sul-ameríndias, incluindo aí os *Kaingang*, o mais ativo e o mais utilizado na cura.

No contexto de nosso tipo de sociedade, o setor profissional refere-se principalmente à Biomedicina ou Medicina científica e ocidental, organizada e formalizada burocraticamente. Seu modelo é idealizado em sociedades tecnologicamente avançadas, onde as pesquisas biomédicas e farmacêuticas têm predominado. Sua organização profissional torna-se uma fonte de poder social. Desta maneira, o setor profissional pode aparecer predominante porque o poder social é em grande parte uma função da institucionalização do setor profissional, enquanto o setor popular é mais difuso. Em termos de Brasil, a Biomedicina confunde-se com as ações das políticas públicas do setor indígena.

3.1.1 Diferenças entre os Modelos Explanatórios.

Uma característica básica dos setores médicos está na diferença de modelos explanatórios sobre a doença. Lock e Schepper-Hughes (1990) indicam que a premissa da ciência ocidental e da Biomedicina é a oposição fundamental entre

espírito e matéria, entre mente e corpo, entre real e irreal, entre normal e patológico, entre primitivo e moderno. Todas estas dicotomias foram herdadas pela ciência moderna do legado cartesiano. Para a Biomedicina, a doença torna-se localizável no corpo visto como um objeto físico, um local que pode estar visível e sujeito aos procedimentos terapêuticos, considerando todos os outros fenômenos como estranhos a sua análise.

Kleinman (1980) afirma que para a Biomedicina, as doenças são identificadas primariamente como processos biológicos que acontecem segundo seus signos físicos, normalmente chamados de sintomas. Também, para a Biomedicina, os sintomas são considerados universais. Alves (1993) demonstra que as concepções da doença pela Biomedicina não apontam para a produção de significados dos atores, mas para as impressões sensíveis do corpo [sintomas]. Desta maneira, o que não é analisado pela Biomedicina é o que os indivíduos estão experimentando com as alterações em seus corpos. Para ele, a experiência da doença envolve bem mais que fatores morfo-fisiológicos: envolve tanto aspectos subjetivos como sociais. Assim, "a enfermidade não é meramente um estado de sofrimento, mas também uma realidade social" (Alves, 1993, p. 264).

Manning e Fabrega citados por Lock e Schepper-Hughes (1990) salientam que as diferenças entre estes sistemas decorrem da visão de que na Biomedicina as relações sociais são tidas como segmentadas e situacionais, e descontínuas em relação às enfermidades ou à saúde como um todo. Em contraste, os sistemas

médicos não-ocidentais não distinguem logicamente a doença das relações sociais que contribuem para os estados de saúde ou de doença do indivíduo. Estes sistemas consideram que a doença ocorre no contexto social e cultural nos quais a experiência é vivida. Com estes processos de interação, os conhecimentos sobre as doenças são continuamente reformulados e estruturados tanto pelos atores quanto pela sociedade que o envolve. Conforme Buchillet (1991),

"(...) nas sociedades não ocidentais, a aparição da doença inscreve-se num dispositivo de explicação que remete ao conjunto das representações do homem, de suas atividades em sociedade e de seu meio natural. A doença não é pensada fora de seu suporte (o indivíduo, na sua singularidade pessoal e social) e fora de seu contexto. (...) toda interpretação da doença é imediatamente inscrita na totalidade de seu quadro sócio-cultural de referência" (Buchillet, 1991, p. 25).

Quando as pessoas recorrem ao sistemas familiar, popular ou profissional, suas escolhas são ancoradas em orientações válidas de acordo com a cultura da qual fazem parte. As interpretações, os saberes e as práticas perseguem a dinâmica que move as culturas. Para Buchillet (1991),

"as medicinas tradicionais podem ser caracterizadas pela sua grande capacidade de assimilação, adaptação a elementos exteriores e novos (remédios dos brancos, tecnologia ocidental, símbolos das técnicas de cura ocidental, etc.) testemunhando fundamentalmente o seu caráter dinâmico" (Buchillet, 1991, p. 36)

Ainda segundo Buchillet (1991), "as chamadas sociedades tradicionais não esperam a implantação da medicina ocidental para disporem de toda uma gama de alternativas e de especialistas terapêuticos aptos a resolver seus problemas de saúde" (Buchillet, 1991, p. 32). Segundo Langdon (1996), "apesar do índio aceitar e reconhecer o poder de nossas medicinas, isto não implica que ele deixe suas práticas de cura" (Langdon, 1996, p. 08). Além disso, o uso pode variar com as questões da distância geográfica, das relações entre médicos e pacientes e do poder econômico dos envolvidos.

3.2 Setores de Cuidados com a Saúde entre os *Kaingang* de Palmas

3.2.1 Setor Familiar entre os *Kaingang*

Dentre os setores de cuidados com a saúde dos *Kaingang*, os indivíduos encontram, primeiramente, a doença na família. As decisões instituem terapias com modalidades de tratamentos já conhecidos pelos membros da família. A família também consulta suas redes de relações mais diretas, ou seja, amigos, vizinhos, parentes, a respeito do que fazer com a doença.

Decididamente, as mulheres dentro das famílias estão mais envolvidas com as decisões sobre a saúde (principalmente dos filhos) que os homens. Isto foi alertado aos homens numa reunião da *Liderança* que assisti, para que atuassem mais. Mas a predominância do papel das mulheres na tomada de decisões não estabelece que esta é a regra geral. Como nossa história inicial (Prólogo) e outros

discursos aqui presentes demonstram, os membros das famílias *Kaingang* de Dona Luiza e de Twãk (homens e mulheres indistintamente) foram os primeiros a perceber, interpretar, a tentar identificar as doenças e a indicar os possíveis tratamentos.

Como dissemos anteriormente, a população da Área Indígena de Palmas está em cerca de 630 pessoas. Isto torna as redes de relações familiares bastante próximas umas das outras, abrangendo a maior parte da população local. Ou seja, o fato de haver uma população relativamente reduzida, implica em casamentos entre parentes próximos e, portanto, na constituição de uma rede de parentesco bastante estreita. Em outras palavras, a maioria dos *Kaingang* de Palmas possuem algum vínculo de parentesco entre si. Esta consideração é importante para pensar que a busca de soluções de saúde abrangem uma rede de relações mais extensa e complexa, que pode envolver ou não diversos especialistas de dentro da Área.

3.2.2 Setor Tradicional entre os *Kaingang*

O setor tradicional está representado nas categorias de especialistas que os *Kaingang* de Palmas identificam em seu grupo e que servem para expressar sua especificidade. Este é o seu sentido "êmico" ou a expressão utilizada por Geertz (1998) — "experiência próxima", que significa a maneira que um nativo descreveria "aquilo que seus semelhantes vêem, sentem, pensam imaginam etc. e que ele próprio entenderia facilmente se outros o utilizassem da mesma maneira " (Geertz, 1998,

p. 87)⁴⁰. O sentido da "experiência próxima" significa aqui o modo como os *Kaingang* de Palmas reconhecem e classificam as práticas nativas de cura e tratamento.

Estas categorias do setor tradicional são apresentadas da seguinte maneira: temos a figura do *Curador*, a dos Benzedores (as), a dos Herveiros (as) e a das Parteiras. Existe também a categoria dos Rezadores do Kiki. Associadas intimamente às práticas destes especialistas, estão duas noções: as noções de força e de cuidados corporais, e o que é o veículo principal das terapêuticas locais, ou seja, o conhecimento e a aplicação dos chamados "remédio-do-mato" e suas dietas.

A. Noção de Força (*Tár*): A noção de Força para os *Kaingang* de Palmas pode ser associada primeiramente com a forma de organização social do grupo — a divisão de metades exogâmicas — e com a forma de nomenclatura. Os *Kaingang* de Palmas, que foram descritos por Metreaux (1946) como "*Kamés*", dizem ser esta a situação atual, ou seja, que em Palmas, como antes, sempre teve muito mais *Kamé* do *Kairú*. E *Kamé* é mais forte do que *Kairú* — como, aliás, descreve a mitologia de origem do grupo — porque veio à terra primeiro e por isto é considerado mais forte. Pode mesmo constatar certa jocosidade com que os *Kamé* se referem aos *Kairú*, ao

⁴⁰ Para Geertz (1998) o conceito de "experiência próxima" opõe-se ao conceito de "experiência distante", ou seja, "aquele que especialistas de qualquer tipo — um analista, um pesquisador, um etnógrafo, ou até um padre ou um ideologista — utilizam para levar a cabo seus objetivos científicos, filosóficos ou práticos" (Geertz, 1998, p. 87).

descreverem estes como de natureza mais fraca que a do *Kamé*, no sentido de que eles são menos capazes para trabalhar e são mais suscetíveis a ficar doentes.

Outra explicação da noção de força está ligada ao sistema de nomação⁴¹. Quando uma criança nominada em uma das metades nasce ou se torna fraca (*Xín Króin*), ela pode receber também o nome da outra metade e se tornar *Péñe*, ou seja aquela que tem as duas marcas e que é considerada como tendo funções cerimoniais. Esta característica da dupla nomação tem como função garantir que as crianças fracas se tornem fortes. Isto ocorre com os *Péñe* em Palmas, para aquelas famílias que ainda nominam seus filhos pelo sistema das marcas, segundo contou-me Seu João Maria. Este é o caso de seu filho Durval, de 55 anos, que nasceu *Kamé* mas era uma criança fraca, recebendo então a outra marca. Tornando-se *Péñe*, ele restabeleceu sua força (*Tár*).

A noção de força se caracteriza pela oposição que os *Kaingang* de Palmas utilizam entre *Tár* (forte, força, fortalecer) e *Króin* (fraco, fraqueza, enfraquecer, adoecer), ou entre *Tár* e *Kangá* (doente, sendo que o estado *Króin* leva inevitavelmente ao estado *Kangá*) para explicar algumas diferenças entre estar ou não doente. Ou seja, para eles, os *Kaingang* possuem uma "natureza" *Tár* (e os *Kamé* mais que os *Kairú*) e esta



Foto: Durval

⁴¹ Segundo Veiga, "cada metade possui um repertório de nomes e a pessoa receberá um nome do estoque dos nomes da sua metade, cujo pertencimento é automaticamente estabelecido por nascimento" (Veiga, 1994, p. 13).

noção se liga às condições de viver o cotidiano de seus papéis dentro da vida social e econômica do grupo. Desta maneira, quando um distúrbio os atinge eles não negam a ocorrência dos sintomas (quando se sentem *Króin*), mas não tão facilmente admitem estar doentes (*Kangá*), enquanto lhes for possível viver tal cotidiano. Em outras palavras, mesmo identificando alguns sinais da doença em seus corpos, os *Kaingang* podem considerar que não estão doentes e tentam levar normalmente suas atividades cotidianas.

Foi o que percebi quando houve o surto de gripe em junho de 1997 em Palmas, muitos só se consideraram doentes, quando não podiam mais lidar com suas atividades e, literalmente, caíam acamados. No caso da doença de Dona Luiza, os outros membros de sua família que também estavam doentes, "extraíam *Tár*" de si próprios com o propósito de ajudá-la e acompanhá-la, como pôde ser notada na disposição dos passos de Seu João Maria para visitá-la no dia seguinte ao seu internamento. Na mesma época, outros *Kaingang* insistiam em manter suas atividades, se não os serviços do roçado, ao menos atividades como buscar lenha, remédios na enfermaria ou alimentos na cidade.

O fato dos *Kaingang* considerarem-se *Tár* parece ainda marcar a identidade do grupo e marcar a diferença em relação aos Brancos. Tal diferença aparece indicada por eles no sentido de que os *Kaingang*, "gente do mato", possuem mais *Tár*, ou seja, têm mais força e resistência física que os Brancos da cidade. Ouvi isto deles próprios, por exemplo, em relação aos torneios de Futebol descritos no

Capítulo II. "A gente fica mais leviand" (no sentido de leveza: agilidade e velocidade), diziam, fazendo questão de reafirmar esta diferença a cada torneio que venciam.

B. Remédio-do-Mato(Dietas): Categoria central para a afirmação da especificidade étnica — que a distingue de outras etnias —, para as práticas terapêuticas e para a noção de força dos *Kaingang* é o uso do que eles denominam "remédio-do-mato" (*Vehn-Kãgta*). De acordo com cada dieta, os modos de prepará-los ou administrá-los podem variar do uso de chás para ingestão ao uso dos mesmos

para fricções, massagens

e banhos. O uso também

pode variar de acordo

com o tipo de

especialista, i.e., pode

variar de um Herveiro

para um *Curandor* ou

para uma *Parteira*.

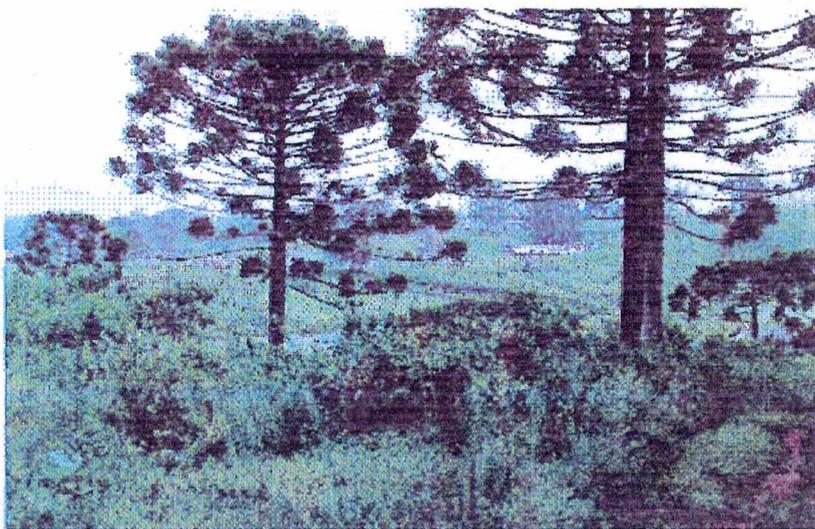


Foto: Aspecto da Área (Araucárias)

Quase sempre que perguntava o tipo de planta que estava sendo usada nos remédios que os via preparar ou tomar, meus informante pareciam se esquivar dando a resposta generalizadora "remédios-do-mato". Sempre precisei insistir

para tentar saber de que planta falavam. Segundo Haverroth que fez um extenuante trabalho etnobotânico entre os *Kaingang* do Xaçecó,

"remédio do mato é a expressão que os *Kaingang* em geral usam para se referir às plantas que são conhecidas e/ou usadas com fins medicinais quando falam no idioma português, principalmente quando se trata daquelas que só são encontradas em outro local que não ao redor de casa" (Haverroth, 1997, p. 01).

Os *Kaingang* de Palmas, como os do Xaçecó, consideram que os bons remédios estão no mato virgem. Segundo eles, tudo do mato tem função medicamentosa. Mas os *Kaingang* de Palmas também consideram que os remédios-do-mato podem também ser retirados do mato e replantados ao redor de suas casas, dada a dificuldade de se encontrar determinadas espécies por causa da redução excessiva das matas nativas da Área. Alguns destes remédios-do-mato podem inclusive ser trazidos de outras Áreas *Kaingang* da região. Os especialistas de cura *Kaingang* não apenas utilizam plantas (do mato ou domesticadas) mas também remédios extraídos de animais, como por exemplo, o cérebro do bugio (para o amarelão ou hepatite), a banha do yamuié (lagarto), do veado ou do tateto para diversos fins, ou o pau-do-quati. Este último, que pude ver pessoalmente em algumas casas, eles consideram um excelente afrodisíaco ou como eles denominam, remédio para "paudurescência" (sic).

O uso dos remédios-do-mato é feito de maneira cotidiana e quase sempre aparece associado ao hábito de tomar chimarrão (*Kõnguín* — que também é

considerado "remédio"), seja no âmbito familiar, seja numa "prosa" entre amigos e vizinhos. Este uso corriqueiro e diário do chimarrão pode estar associado tanto à uma forma de prevenção quanto ao tratamento de doenças. No primeiro caso, o uso preventivo dos remédios-do-mato parece estar intimamente ligado à manutenção do estado *Tár* que chamo "noção de força". No segundo caso, o uso de remédios-do-mato está relacionado ao prognóstico de "dietas" específicas para cada caso de doença.

◦ Como foi descrito por alguns de meus informantes, para o tratamento de doenças, os remédios-do-mato (um ou um conjunto de remédios) são preparados e servidos — via de regra — na sua forma forte, ou seja, mais concentrado e quente. Isto constitui o princípio da "dieta" dos remédios-do-mato. Após a administração da forma forte, o tratamento é continuado na diluição do chá ou no adição de novos remédios à erva mate no chimarrão. Twāk explica este tipo de procedimento do setor tradicional. Quando houve o acidente na madeireira em que ele machucou-se e ficou afastado do trabalho na serraria, ele não se tratou de imediato e tentou manter suas atividades de trabalho. Como seu problema persistia, ele decidiu-se tratar usando primeiro o remédio-do-mato em sua forma forte e depois continuar o tratamento associado ao chimarrão. Ele conta:

"Pois eu não me ataquei, dizendo sarei com... [mostrando horizontalidade, repouso] e depois só trabalhando: não tomei nada de remédio. Então hoje em dia me dói, me dói. Então agora é que eu comecei a tomar mais, mas já faz quase vinte anos já. Agora é que eu tomando remédio. Tem ali Casco de Gato, ali aquela flor e daí eu

peguei e trouxe pra mim plantar. Aquela ali de folha larga, aquela verdinha, aquela pra machucadura é muito bom demais. Eu fazia chá dela junto com o mate. Pega as folhas e cozinha, quando ferver bem, a gente arreda ali, e depois toma. Depois a gente toma no chimarrão quando tiver fraco... a primeira é bem forte, a primeira água, a gente toma ela. Depois quando terminar daí a gente toma no chimarrão Então eu usei dessa aí e ainda uso ainda. As vez quando eu levanto, meio eu ataco de dor assim, mas aí caminhando fica melhor". (Twäk)

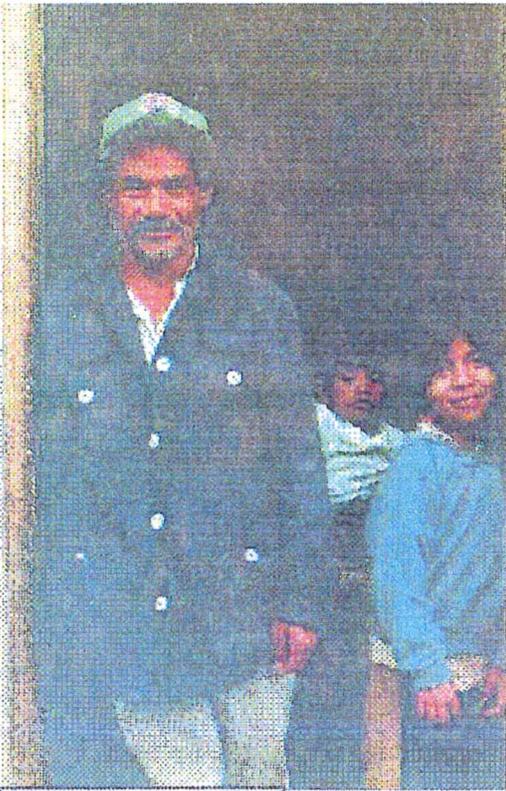


Foto: Twäk

A predileção pelo uso dos remédios-do-mato aparece constantemente nos discursos dos *Kaingang* de Palmas. Um *Kaingang* de nome Cipriano Mendes, explica-nos a lógica do tratamento com a utilização do setor tradicional específico dos *Kaingang*, ou seja, de remédios-do-mato e das terapêuticas e dietas do *Curandor*. Ele é da opinião que:

"Remédios-do-mato usamos, ponto. [pausa] Depois do ponto, não tendo jeito, aí tem os remédios da farmácia. Mas primeiro tenta com remédio-do-mato, aí se não dá certo, porque tem muito remédio tão bom e hoje as criançada já são mais acostumadas com o remédio da farmácia, tem vacina e tudo. O Curandor, você vai lá e explica como é que é, que algum problema tem no corpo.... O remédio tomando certinho dá, né? Se você tem um doença quatro anos, então conforme a doença, tem que tomar remédio quatro anos também, ou garrafada, ou senão massagem. As vezes o Sr. tem uma dor quatro, cinco anos, ele alivia, tá dando pra andar, mas ela volta de novo porque o Sr. Não tá cumprindo

bem. Já melhorou seu caminhar mas você parou, daí ela volta, daí o Sr. Tem que ir lá de novo. Tanto vai, o remédio tem de aplicar bem ele. Se não aplicar bem certo, sempre quebrando, quer dizer, o tratamento inteiro, as vez o velho teve um problema no joelho, se cura, uma hora pra outra, dois dias tá bom caminhando vai pra cidade, no outro dia tá de novo, mas é que não se cuidou bem, de volta tem de tratar de novo. Então já quebrou a dieta do remédio também". (Cipriano Mendes)

Como Cipriano, muitos *Kaingang* preferem mesmo se tratar com "remédios-do-mato" quando precisam, demonstrando as diferenças entre este tipo de tratamento e o da Biomedicina:

"Quer dizer, remédio-do-mato dá certo. Se não dá certo, a gente tem de ir pro médico. Porque tem os nossos Curador também e tudo e são práticos pra curar, mas as vez a doença tomou conta também, então precisa da ajuda agora do médico, fazendo a consulta, o exame tudo, e os remédios nossos aqui as vez não precisa muito exame. Mas vê que não tem exame, e o médico vai examinar, vai consultar, tirar chapa". (Marcelino)

Entre os *Kaingang* de Palmas, existe um bom número de anciãos (homens e mulheres) que atribuem à sua idade, um melhor o conhecimento da medicina. Muitos destes "velhos" da AI Palmas disseram jamais terem consultados os médicos ou tomaram seus remédios, atribuem à Biomedicina utilizada pela "indiada" mais nova (vacinas, principalmente, e remédios) a fragilidade e a suscetibilidade às doenças que ocorrem com os índios atualmente. Ainda assim, eles apontam que, antes, a longevidade dos antigos fora maior:

"Era custoso ficar doente porque não é como nós agora, bem como esse daqui, esse daqui bate um vento tá ficando gripado". (...) "Já não ficaram velhos, ói, esses velhos de agora e dantes, nossa, como véio, véio que... é por mode que alguns ainda lidam com remédio. Eu ainda sei uns remédios e eu ainda faço pros meus filhos, porque meu pai era curador também, benzedor também". (Dona Luiza)

Estas práticas fazem refletir uma noção específica de força própria que resiste às transformações do tempo. Este conhecimento tem sido repassado às novas gerações de pai para filho. Os antigos ainda tentam ensinar aos filhos o que aprenderam dos mais "antigos", seus ancestrais:

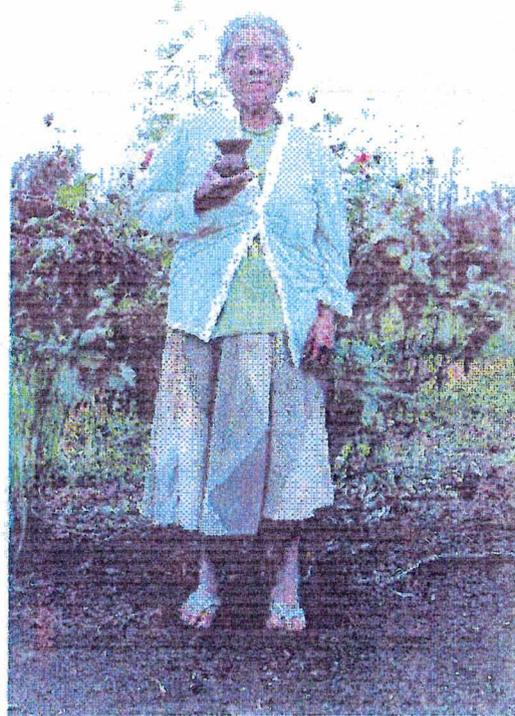


Foto : Dona Luiza Mendes

"Eu aprendia dos meus avôs na época em que eles mostravam e tomavam, então foi daí que aprendi. Mas as piasada é só na enfermaria, né?, pegando os remédios. Agora no tempo passado tinha antes de haver essa enfermaria, nós tomava tudo só remédio-do-mato... que o Deus deixou na terra a gente tomava, né? Então tem muitos remédios-do-mato que a gente... a mulher sabe mais que eu. Eu aprendi com os avô, com os antigo que usava mais assim, que de primeiro não tinha esses remédios. Daí meus bisavô, contaram pros avô, daí os avô também contava pros pais, daí que nos fumos aprendendo, né?" (Twäk)

"Pois aprendi com meu pai. [João Maria, seu pai de criação] que daí ele me convidava pra ir junto com ele pra tirar remédio. Daí eu aproveitava e daí eu conheci tudo. Daí agora eu vou mostrando pro outro meu, agora também eles vão sabendo porque às vezes a gente morre daí ao menos os

filhos da gente fica conhecendo dos remédios. E eu fiquei bem sabida porque de certo quando os véios ficavam conversando assim sobre os remédios, eu sentava à parte e ficava escutando e punhava tudo na cabeça e até agora eu me lembro. Os antigos de primeiro não eram batizado que nem que agora que leva pra igreja e o padre vem e vão batizar. Eu não brincava que nem as crianças de agora eu não ia a escola. (Wayã)

Remédio-do-mato é categoria fundamental que marca o *ethos* do grupo, ou seja, a admissão que os *Kaingang* fazem do conhecimento e do uso corriqueiro dos remédios-do-mato expressa a especificidade do grupo em Palmas e é a principal categoria "êmica" dos *Kaingang* de Palmas.

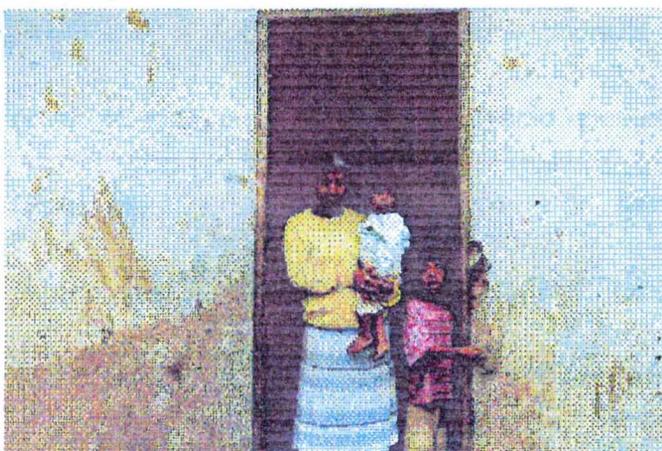


Foto: Wayã e netos

C. Especialistas *Kaingang*

C.1. Curador. Na Área de Palmas, alguns anos atrás, havia cerca de 03 *Kujá* e atualmente apenas um permanece vivo. O *Kujá*, apesar de ser reconhecido por seus pares como tal, não se reconhece desta maneira, antes sim como *Curador*. Estas duas categorias — *Kujá* e *Curador* — apresentam em comum, o fato de estabelecerem a conexão entre a visão do *Jãngrê* (o guia espiritual) e a obtenção dos procedimentos terapêuticos. A diferença consiste no fato de que o *Kujá* tem

como *Jãngrê* um animal — comumente o tigre ou jaguar — no passado o *Curandor* possui como guia o espírito de santos, principalmente "São João Maria", o monge do contestado. Segundo Oliveira (1996), entre os *Kaingang* do Xapecó "a ênfase recai sobre as qualidades gerais do monge tais como: curar, fazer batismos, dar bons conselhos, etc." (Oliveira, 1996, p. 16). Esta é a mesma visão que os *Kaingang* de Palmas têm do monge.

Outra diferença reside no fato de que o *Jãngrê* animal poderia produzir tanto benefícios quanto malefícios. Por outro lado, o *Jãngrê* "santo", teria apenas atribuições benevolentes. Uma possível explicação para esse fato pode ser encontrada na idéia da "demonização" das crenças indígenas não católicas, tais como o Kiki e a atuação dos Xamãs. Essa idéia pré-existente desde os primeiros contatos e das primeiras catequizações, foi reforçada pelos responsáveis dos órgãos tutores quando da instalação do posto do SPI, nos anos 40. Parece plausível dizer que, a partir dessa época, evidenciou-se a transformação do *Jãngrê* animal para o *Jãngrê* São João Maria. Conversando com alguns *Kaingang* de Palmas, eles sugeriam que antes, "no tempo dos antigos", havia mais *Kujá* nas Áreas. Esses especialistas tinham tanto a capacidade de reconhecer e tratar as doenças e os infortúnios de sua gente usando seus *Jãngrê*, quanto a capacidade de provocar estes malefícios a seus desafetos. Hoje o *Kujá* é *Curandor* e seu *Jãngrê* é São João Maria, o monge do contestado. Os *Kaingang* de Palmas não demonstram temê-lo como causador de infortúnios e buscam nele as explicações e as benzeduras para suas doenças.

Em Palmas, o *Curador* é o Seu João Maria 'Velho', 81 anos. Ele diz ter adquirido o dom de curar através de *revelação* aos 16 anos. Segundo ele, aprendeu

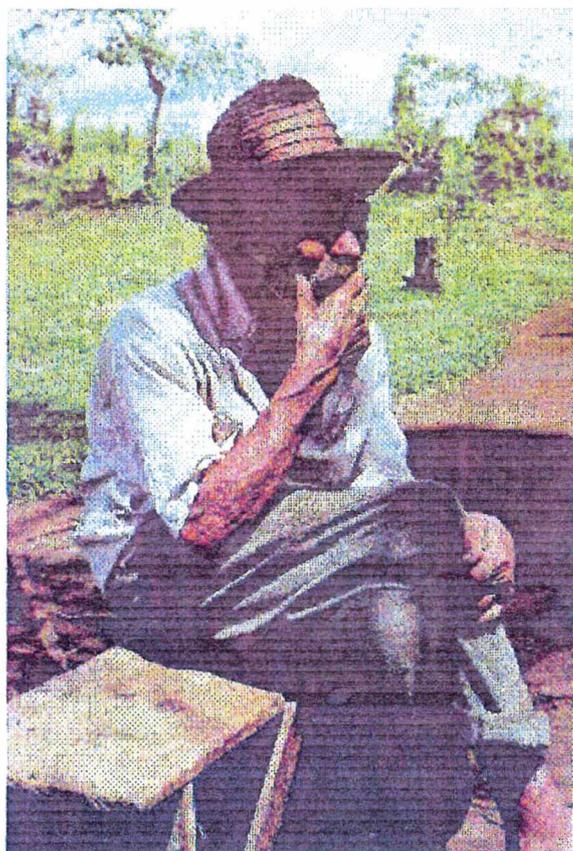


Foto: Seu João Maria

a curar uma vez que adormecera depois de um baile, junto a um olho-d'água onde havia uma "capelinha"⁴². Foi acordado por São João Maria e este passou o dia ensinando-lhe a curar usando rezas e remédios-do-mato. "Dizia no idioma" (em *Kaingang*), contou-me. Faz cerca de 20 anos que atende menos, por causa de um reumatismo crônico que o impede de trilhar longas distâncias e das "facilidades" atuais da enfermaria local.

Ele faz os reclames contra o seu reumatismo, apalpando as pernas tentando demonstrar por onde a dor irradiava. Segundo ele, esta irradiação deixou-o cego do mesmo lado (direito) em que a dor nas articulações mais castigam. Diz que atrapalham-no a "caminhar ligeiro" a mexer com as roças. Por isso, sai pouco para benzer ou curar como fazia antes. Conhece as "rezas fortes" contra feitiços e "todos os remédios-do-mato" para qualquer tipo de doença (inclusive câncer, como me disse) que são colhidos a cada indicação terapêutica que ele faz. Ensinou os procedimentos de "cura" para suas filhas Virgínia e Wayãn desde a

infância, quando as levava para colher as plantas no mato. Estas duas têm procurado repetir os ensinamentos de seu pai para os filhos.

Muitos *Kaingang* se mostram conhecedores dos remédios-do-mato e confiantes na atuação e nos resultados esperados das terapêuticas do Kujá:

"Nóis véios já tão mais acostumados com remédios-do-mato, então remédio de erva é bom, né? Pois se o cumpadre [João Maria] aqui contando bem certo aqui, então aquele também dá certo, né? Porque o Curador também dá o remédio certo, né?" (Cipriano Mendes).

"Antigamente tinha os Kujá, eles vê as coisas, né? Cê vê o Seu João Maria ele conta as coisas assim... demora as vez uns dois, três meses, mas dá bem certo". (João Rivelino)

Em casos que deveriam ser ocultados da sociedade branca, a escolha pelo setor tradicional é priorizada entre os *Kaingang*. Um membro da *Liderança* contou-me que, certa vez, em uma briga, assassinou seu opositor Branco a facadas, sendo também gravemente ferido por uma facada que o atravessou da barriga às costas. Temendo chegar na cidade e ser denunciado e preso pelos Brancos, este *Kaingang* optou em procurar o *Curador* da área, seu tio, que lhe preparou uma garrafada de remédio-do-mato e prescreveu-lhe uma rigorosa dieta. Segundo esse informante, a Dieta aplicada era bastante complexa envolvendo restrições alimentares e repousos, mas foi seriamente seguida e por fim salvou-lhe a vida, como era esperado.

⁴² Segundo a crença de que São João Maria e outros santos católicos habitam os olhos d'água que também podem ser denominados de capelinha.

C.2. Herveiros; Em Palmas existem aqueles que são reconhecidos entre seus pares como exercendo a função de Herveiros. Destaca-se a atuação de duas mulheres, ambas de nome Dona Rosinha, sendo que uma se considera "índia pura" e a outra mestiça — mais nova que a primeira. Ambas são reconhecidas tanto entre seus pares quanto por pessoas não índias das cidades que buscavam seus serviços. Dona Rosinha (a mestiça) veio do Pinhalzinho (na Área do Xapecó) para Palmas no final de 1996. Atuava ao lado de Dona Diva, reconhecida Herveira e *Curandora* no Pinhalzinho. Trouxe muitas de suas plantas e raízes em vasos que ela conserva junto à sua casa. Segundo ela, existem remédios-do-mato para todas as doenças, devendo existir até para AIDS, mas esse ainda não foi pesquisado por ela. Contou-me que já havia curado pessoas de Curitiba com câncer que estavam desenganadas pelos médicos. Quando disse isso, alguns de seus familiares corroboraram com veemência sua afirmação.

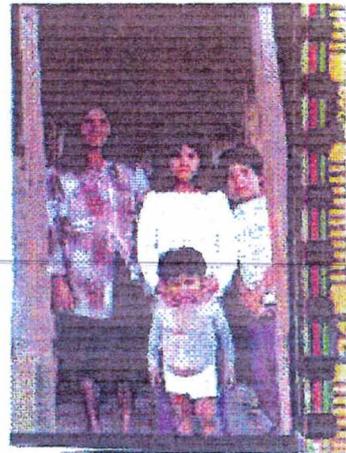


Foto: Dona Rosinha e seus netos

De acordo com as Herveiras de Palmas, o uso de ervas como remédio podem ser previamente preparados e guardados do modo desidratado, em "garrafadas" de chás e xaropes, em infusão em álcool ou também serem colhidos exatamente antes de cada preparo, como é praticado pelo *Curandor*. O reconhecimento do trabalho destas Herveiras rendeu-lhes o convite para participar da produção de remédios, como xaropes de guaco e própolis, junto a Pastoral da Criança de Palmas.

É interessante notar que para a denominação (na Área como na região) das plantas, estas herveiras podem utilizar tanto verbetes em *Kaingang* quanto em Guarani e neologismos do tipo: pé-de-novalgina, pé-de-aspirina. Estas últimas denominações, bem como muitas em Guarani, podem ser encontradas em muitas outras partes do Brasil.

C.3. Benzedor: Entre os *Kaingang* de Palmas pode ser encontrados vários Benzedores e Benzedoras. Esta prática mantém íntima relação com aspectos do catolicismo popular, ou seja, as bênçãos são ditas sob a forma de orações cristãs misturadas a rezas criadas em português pelos *Kaingang*. Via de regra, todos os seguidores do catolicismo utilizam-se dos serviços dos Benzedores. Isto, no entanto, não exclui a possibilidade de uso (ou o uso de fato) por parte dos "crentes". Desta forma, a atuação dos Benzedores, ao lado da atuação das Herveiras, é o procedimento mais procurado pelos *Kaingang* na busca de soluções de cura de doenças, e também para o tratamento de "susto" e "mau-olhado".

As mulheres, principalmente, contam que ainda ocorrem doenças causadas por mau-olhado e inveja dentro da Área. Mesmo afirmando que isto não é mais tão ocorrente, elas mantêm certa prevenção: "*Pra esse tem remédio. Pra não entrar pra dentro de casa*", diz-me Wayã. Além dos infortúnios causados por mau-olhado os Benzedores são os especialistas prediletos para tratar as doenças provocadas por "susto". Os "sustos" ocorrem principalmente com as crianças *Kaingang* e são

tratadas com benzeduras e toques na cabeça das crianças.. Muitas mães, mesmo evangélicas, levam seus filhos para benzerem-se de "susto". A maioria destes "sustos", segundo contaram-me os que benzem, ocorrem por causa das "visage" ligadas principalmente a histórias de assombração pertencentes ao imaginário nacional, como lobisomem, mula-sem-cabeça e etc.

C.4. Parteira: Em Palmas também pode ser citada a categoria de Parteiros, como pertencentes às atividades de cura do setor tradicional. Apesar da solicitação de tais especialistas ter diminuído recentemente, pois, como veremos mais à frente, pode ser constatada a crescente medicalização (via biomedicina) do parto, muitos *Kaingang* de Palmas nasceram pelas mãos destas. O que é importante dizer, no entanto é que tal categoria de especialistas permanece e pode ser encontrada entre a maioria das mulheres *Kaingang* mais idosas, como Dona Luiza, Dona Virgínia, Dona Rosinha, Dona Doralice Viri, e etc:

Pra ter os filhos a mãe [Dona Luiza] me ajudava, Ela era parteira... ainda agora ela é." (Wayãn)

C.5. Rezadores do Kiki: O Ritual do Kiki é o ritual *Kaingang* de culto aos mortos e de complementaridade entre as metades exogâmicas *Kamé* e *Kairú*. O Kiki está relacionado com o conceito da saúde que os *Kaingang* têm, pois almeja a separação dos mundos dos mortos e dos vivos para obter tranqüilidade, ou o fim das maledicências, tanto entre ancestrais e descendentes quanto entre os viventes.

Veiga (1994) aponta que "para deixar um moribundo feliz, os *Kaingang* prometem que vão fazer um *Kiki* para ele" (Veiga, 1994, p. 162). Existem, por certo, alguns critérios para a realização do *Kiki*. Segundo Kurtz de Almeida (1998):

"A realização depende da solicitação dos parentes de alguém que veio a falecer no ano anterior ou nos anos anteriores, devendo haver mortos das duas metades exogâmicas, *Kamé* e *Kairú*. Este é o primeiro ato envolvido no *Kiki*, podendo se originar da relação individual com o falecido através de um sonho de algum parente próximo, como um filho ou o cônjuge. (Kurtz de Almeida, 1998, p. 84) [grifos do autor]

Em Palmas, atualmente, residem três Rezadores do *Kiki*. Seu Chiquinho e Waktun (ou Simplício) são Rezadores da metade *Kamé* e Twãk da metade *Kairú*. Apesar de não ser praticado em Palmas⁴³, esses Rezadores do *Kiki* e outros participantes do Ritual se deslocam anualmente para o Xapecó, única localidade *Kaingang* que realiza o Ritual.

Alguns de meus informantes participaram de muitos destes rituais em Palmas e demonstram algum ressentimento com o abandono desta prática⁴⁴ em meados dos anos 40. Contaram-me que, em suas últimas realizações em Palmas, o

⁴³ Embora sua prática esteja abandonada a mais de 50 anos em Palmas, Baldus (1937) descreveu sua realização lá, em 1933. Os *Kaingang* de Palmas dizem que o *Kiki*, ou "*Fandango*" como eles o chamavam, era realizado até meados dos anos 40. Foi parando por causa da atuação repulsiva dos diversos Chefes de Posto do então Serviço de Proteção Indígena (SPI).

⁴⁴ Fernandes (1998), em seu trabalho também em Palmas, questionou aos *Kaingang* o que eles estavam fazendo por seus mortos agora que não faziam mais o *Kiki*. Contaram para o autor que são feitas rezas em Português e no idioma *Kaingang* que apresentam características do catolicismo popular. Estes tipos de rezas para os mortos eram feitas desde os tempos em que ainda faziam o *Kiki* e podem ser encontradas também em Baldus (1937) e Fernandes (1941).

ritual já não estava mais "*conforme o sistema dos antigos*". A mesma reclamação ainda pode ser escutada atualmente dos *Kaingang* na área do Xaçecó.

Algumas tentativas mal sucedidas foram feitas para que o ritual voltasse a ser feito em Palmas. Em 1997, quando o líder religioso *Kaingang* Vicente Fokãe, organizador do Kiki na área do Xaçecó, propôs o ressurgimento do Kiki em Palmas, muitos temiam que a possibilidade de uma má condução ritual, dado o tempo de interrupção do ritual na Área, poderia trazer infortúnios para as pessoas da área, como doenças e mortes⁴⁵. Não obstante este temor, o Kiki do Xaçecó foi por vezes encomendado para alguns *Kaingang* que morreram em Palmas⁴⁶.

Um exemplo de caso de infortúnios ocorridos por erro de condução do Ritual do *Kiki*, pode ser relacionado à doença de Twãk descrita em nossa história inicial (Prólogo). Twãk demonstrou sua desconfiança e sua preocupação com as causas no episódio de sua doença. Perguntei-lhe se ele fazia alguma relação entre erros na condução do ritual do *Kiki* daquele ano (1997) no Xaçecó com o aparecimento de sua doença:

"Quando a gente tá sozinho, a gente pode se empenhar, mas as vez tem alguns que não concordam. Eu acho que era bom de eu mesmo parar com o Kiki. Eu vou parar, acho que não vou mais lá junto com eles, se eles quiserem fazer, eles fazem, né? Vou dizer isso assim pro Sr. Agora ...eu achei

⁴⁵ Com igual teor, Fernandes (1998) aponta que " Os mais jovens, que não conheceram o Kiki em Palmas, ampliam esta preocupação com a correta realização do ritual. Para muitos o sentimento que predomina este respeito é o medo. Medo de que a realização incorreta do ritual implique em problemas semelhantes àqueles identificados com o Posto Indígena Xaçecó". (Fernandes, 1998, p. 181)

⁴⁶ Fato que também deverá ocorrer na realização da próxima edição do Ritual do Kiki (de 1999 em diante), dada a morte da esposa de Waktum (Simplicio) no ano de 1998.

mesmo que ia morrer. Eu vi que aquilo ia me prejudicar mesmo. (...) As mortes acontecem mais por causa dos velhos, porque as crianças não sabem como é, como é que aconteceu. Se eu faço o meu serviço bem certinho, pra mim não tem problema nenhum, mas só aqueles que fazem errado, aqueles outros que tem do outro fogo, aí é com eles". (Twäk)

Mesmo fazendo seu papel direito, segundo ele próprio, ele admite que os erros dos Rezadores da outra metade (os *Kamé*) possam ter lhe causado a doença que o levou quase a morte e que o fez pensar em abandonar seu papel de Rezador do *Kiki*⁴⁷. Os erros de condução observados por ele na outra metade poderiam ter prejudicado o sentido do ritual de separar o mundo dos vivos e o dos mortos (de onde poderia vir os infortúnios) e assim tê-lo prejudicado.

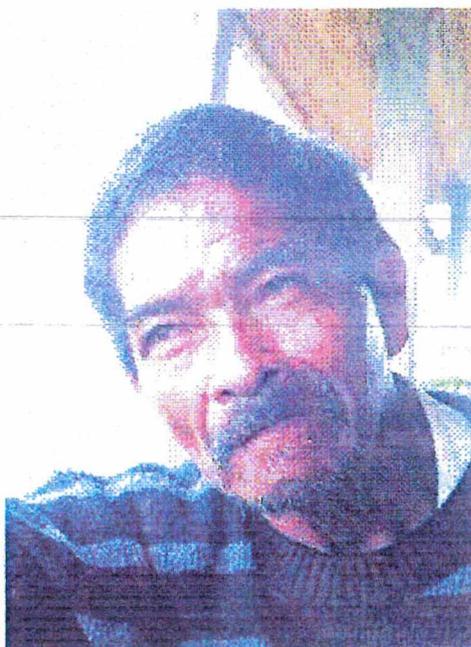


Foto: Waktun,
Rezador da metade
Kamé do Ritual do Kiki

A morte de Twäk poderia representar o fim do *Kiki*, já que ele, que pertence à metade *Kairú*, é um dos poucos que conhece a reza *Kairú* e se dispõe a fazê-lo. Muitas vezes ouvi o seguinte dos Rezadores Waktun e do próprio Twäk, bem como de outros *Kaingang* ligados ao ritual: "se acabar o *Kiki*, o índio morre", demonstrando a importância do ritual para a questão da sobrevivência cultural dos *Kaingang*.

⁴⁷ Ainda assim, ele continuou com o *Kiki* participando do Ritual neste ano de 98.

D. *Combinando Atuações*: É importante destacar o quanto as categorias de cuidados com a saúde do setor tradicional não são fixas no caso de Palmas. Um *Kujá* pode ser reconhecido por alguns integrantes do grupo como tal. No caso de Seu João Maria, ele se considera apenas como um velho *Curador*. Tem São João Maria como guia para encontrar os procedimentos terapêuticos. No entanto, nem todos os casos necessitam que ele dialogue com o guia. Conforme é o caso que está tratando, ele também pode atuar apenas como *Herveiro*, preparando garrafadas de remédios ou como *Benzedor* que utiliza rezas do catolicismo popular. De maneira semelhante, uma *Herveira* como Dona Rosinha (a mestiça) pode assumir as funções de uma *Parteira* ou *Benzedora* se lhe for solicitado. No entanto, isso não quer dizer que todo *Herveiro* ou *Benzedor* possa ser um *Curador*, pois neste último caso, a categoria *Curador* demanda um processo de aprendizagem e diálogo com o guia espiritual (o *Jāngrê*). O que é certo afinal é que as categorias dependem do contexto em que estão sendo requisitadas e utilizadas pela população.

Além disso, a atuação dos especialistas pode envolver uma rede mais ampla de pessoas auxiliando nos procedimentos terapêuticos, ou seja, ao lado de cada especialista aparecem outras pessoas (principalmente os membros de dentro da própria família que também detém certos conhecimentos da especialidade) aptas a cooperar, seja com a colheita dos remédios-do-mato, seja com o preparo das garrafadas, seja com orações.

E. Predileção pelo Setor Tradicional:

A predileção pelo uso do setor tradicional foi demonstrada também em nossa história inicial quando Dona Luiza foi tratada de diversas maneiras por Seu João Maria e Dona Virgínia, sua filha, na ocasião de sua doença. Ela ponderava que a origem de seus problemas de "fôlego" estava além de uma mera infecção respiratória. A doença pertencia a um fato que modificou profundamente sua história de vida, tempos atrás, quando a serraria foi instalada na Área. Até hoje, ela demonstra certo desgosto ao falar da atuação da serraria. Ela e seu marido faziam parte dos muitos *Kaingang* que se opunham à entrada da serraria para a exploração da mata que tinham. Segundo eles e também outros informantes, a exploração em larga escala da madeira ia de encontro com o "sistema" dos índios. Opuseram-se também à escolha do filho em trabalhar lá. Ele antes era boiadeiro, mas achou, como outros muitos, que o dinheiro que ele ganhava puxando madeira era melhor.

Quando houve o acidente num dia chuvoso que a tora de madeira rolou sobre ele, ficou afastado do serviço sentindo dores. Seu pai constatou que ele tinha uma "machucadura" [hemorragia interna] e prescreveu-lhe uma dieta de tratamento que o filho não seguiu à risca conforme Dona Luiza disse-me. Ele não tentou qualquer outra atitude no sentido de remediar-se. Quando ele percebeu que seu estado estava se agravando, saiu para buscar socorro junto a seu pai *Curandor* e caiu no percurso, sangrando pela boca. Assim, foi levado para a Casa do Índio em Curitiba,

onde faleceu. O fato de Dona Luiza e seu João Maria não poderem acudir seu filho em seus últimos momentos contribuiu para o agravamento da doença de Dona Luiza. Eles demonstraram indignação por não terem a chance de decidir pelo tratamento do filho, por ele ter sido internado em Curitiba, longe de sua família.

Wayãn também descreve, como em um episódio de doença, preferiu optar pelo setor tradicional, rejeitando os serviços da opção Biomedicina:

"Me deu uma doença esquisita. Eu estava ali lavando roupa, com essa menina ali no colo [aponta para a mais velha, fazendo-me crer que a doença ocorrera há mais de dez anos] aí bem no fim, de repente apagou minhas vista aí eu caí e eu num vi mais nada, mas sei que ainda vim pra casa com as roupas. Cheguei na casa e num vi mais nada. Não sei cumé que eu vim, porque aí quando eu me acordei parece que já era no hospital. Mas eu acho que eu estava completando 50 anos, daí que apagou. Daí que tinham me levado. Meus piás foram na farmácia buscar a enfermeira, daí que eu fui e quando eu me acordei que eu estava no hospital. Foi daí que eu conheci. Mas primeiro, depois de velho. Mas daí depois no outro dia eu não tive mais, não fico mais. Nem remédio da farmácia. Eu não gosto do hospital. Nunca, nunca, nunca. Aí eu vim pra casa e de certo tomei os remédios-do-mato. Jaguarandí que no idioma é Krikumé. Tinha Macela, Araçazinho. (...) Queriam me dar o remédio e eu chacoalhava a cabeça e não quis tomar. E não tomei. De certo, eu já me acostumo de tomar os remédio-do-mato. Eu vi que estava bem e de certo voltava no mato... eu estava sabendo e aí não quis tomar [remédio Kuprí]. Aí me trouxeram de volta e eu já saí campeando os remédios, eu mesmo fiz e tomei. Porque tem já os remédios dos Brancos e eu gosto de tomar comum. Você pode encher a barriga tomando remédio, tomando chimarrão. Porque quem é acostumado não gosta de tomar, agora pra quem não é acostumado também, não acho mal. Essa minha menina aqui já tem sete anos já. Mas nunca, nunca, nunca que ela foi. Nunca, nunca mesmo. Nem uma vez". (Wayãn)

Como Wayãn, muitos velhos e alguns jovens índios, segundo eles contaram-me, pouco, quase nunca ou nunca se consultaram com médicos da cidade. Alguns procuraram apenas em razão de acidentes em suas vidas que necessitavam intervenção mais séria, ou para exames periciais (para se aposentarem); outros foram com suas mães quando eram jovens, para cuidados das doenças da infância ou campanhas de vacinação até a idade em que alguns puderam driblar e fugir de suas mães e dos agentes de saúde. A opção que os mais velhos fazem, demonstra a confiança no saber local. Desta maneira, os *Kaingang* mostravam resistência aos procedimentos de cuidados dos Brancos:

"Eu nunca procurei nem o farmacêutico. Até nesta nossa aqui é difícil eu ir buscar os remédios, Ih! É muito difícil eu ir. Remédio do mato (fala conclusivamente). Se eu tiver meia doente assim, já dá no mato pra confiar o remédio, quando vê já tô tomando. (Wayãn)

O conhecimento ou a manutenção do conhecimento sobre o setor tradicional implica numa análise do papel que as religiões tem dentro da Área. Há uma tendência da manutenção do conhecimento e das práticas dos especialistas entre os católicos. Muitos evangélicos convertidos admitem algum conhecimento tradicional, embora não o pratiquem ou pouco o pratiquem. Uma justificativa do "abandono" deste saber deve-se principalmente à crença da cura pela fé em Jesus Cristo (p.e., os seguidores Só o Senhor é Deus). Os seguidores desta crença rejeitam a atuação da Biomedicina e podem considerar a prática dos especialistas como algo "diabólico". Mas mesmo os frequentadores desta Igreja demonstraram

saber as curas por remédios-do-mato e dispõem dela quando se faz necessário e urgente. Isto demonstra mais uma vez o pragmatismo *Kaingang* na tomada de algumas decisões.

Por exemplo, encontrei, uma vez na cidade de Palmas, uma velha índia de nome Maria Tereza que carregava vários balaios para vender. Disse-me que, fazia anos, estava fraca da cabeça e se medicava com remédios dados pelos médicos. Perguntei-lhe se conhecia os remédios do mato, se já os usara e se ainda os usava. Disse-me que tentara de tudo para seus males: remédios do mato, benzeduras, tudo: "só comecei a controlar minha cabeça depois que virei crente. Jesus é o primeiro e o grande médico".

Para os católicos, no entanto, as igrejas "crentes" causaram outra mudança no "sistema dos antigos". Esta interferência das religiões alterou a maneira *Kaingang* de cuidar da saúde, como na seguinte discurso:

"Essa dor que dá na bexiga que dói assim, então uma sobrinha minha morreu assim porque a mãe dela era crente então ela não quis usar esses remédio-do-mato, só o da enfermaria. E não adiantou porque o remédio da enfermaria pra curar a bexiga não cura: tem que ser remédio-do-mato. (...) Então muitos sabem, mas esses que são da outra igreja não usam muito assim. Porque assim, eles falam muito em Jesus, né? Mas também é a mesma coisa. Que de primeiro Ele andava na terra, agora daí que ele subiu e daí que ele deixou todos esses remédios pra todo mundo usa se lembrando Dele e usar. Agora eles [os crentes] deixaram e daí foram seguir outra igreja. Mas as vezes é bom, eu também as vezes leio [a bíblia] que aprende a ver. Mas é bom se lembrar Dele por causa dum chá no mato que ele deixou... mas o que ele deixou tem aí ainda..." (Twäk)

O fato de eu estar colhendo entrevistas à respeito, parece ter despertado, em muitos, crentes e católicos, um conhecimento "latente" sobre o saber que lhes é próprio. Não foram poucos os jovens, principalmente, que primeiro admitiram não conhecer nada e no momento seguinte apontaram-me este e aquele "remédio-do-mato".

F. **Transmissão e Aprendizagem do Saber Local:** Existem muitos índios, velhos e novos, e em muitas famílias, que conhecem os "remédios-do-mato" e as terapêuticas relacionadas. De uma forma geral todos vão conhecendo e convivendo com esses remédios do mato desde a infância. Mas poucos são reconhecidos como "conhecedores" profundos de todo ou quase todo o saber. O conhecimento dos "remédios-do-mato" também é bem difundido na cidade e na região. Há curadores e herveiros "não índios" reconhecidos na cidade.

Os *Kaingang* demonstram também determinado pragmatismo ao indicarem o momento exato desta aprendizagem e o tipo de interação que envolve o aprendiz e os pais:

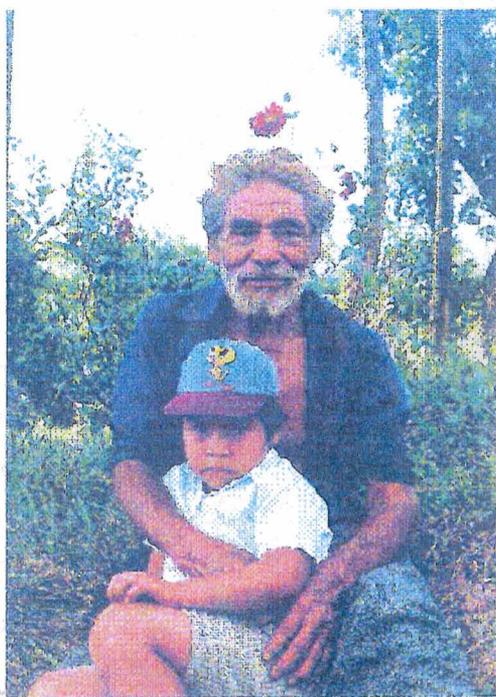


Foto: João Maria e
cari nota

"É porque quando eu vou colher os remédios-do-mato tem que tá grudado n'eu, tem que tá junto de eu pra saber.. Daí eu explico daí. Aí, ela ficando mais grande eu vou mostrar tudo porque agora criança quando vai brincar, já se esquece". (Dona Virgínia)

Alguns jovens que conheci também têm aprendido esses conhecimentos sistematicamente. Uma vez, caminhando pela área, notei uma garota de não mais que doze anos que escolhia e colhia algumas plantas no mato que circundava sua casa. Perguntei-lhe: *"isto que você esta colhendo é remédio?"* Ela riu timidamente sem responder e insisti na pergunta. *"É remédio"*, disse-me duvidando de que eu tivesse de fato lhe perguntando algo que lhe parecia tão óbvio e corriqueiro.

Tem gente nova do grupo aprendendo as formas de cura dos *Kaingang*. Claudecir, filho do Adão Viri, espera se tornar um *Curador* no futuro e já conhece bem os remédios-do-mato. Aos poucos, está aprendendo e como ele outras pessoas são notadas como possíveis *Curadores*, como comenta Dona Luiza:

"Pois ele tem interesse. tem alguns que tem interesse. Mas aí é que eu digo pra eles: se os pais e as mães não puxar força, não aprende, fica com aquele pouquinho de nada. Se eu puxar essas outras minhas filhas, mas ela vai ser uma curandeira assim de casa, pois ela sabe muitas coisas já. E sabe olhar lá uma criança ela vem e: "mãe, o piá daquela menina lá tá sofrendo". A mais velha, ela sabe muitas coisas já. Por mode dela é que eu to aqui também ainda. Ela vem aí faz tanto remédio, ela sai de lá, pega junto a casa dela e já chega e já põe no copo e manda eu tomar, põe ali na chaleira junto com o chimarrão. Aprendeu com o velho, ele sabia e sabe ainda agora". (Dona Luiza)

3.2.3 Setor Profissional na Área de Palmas

No caso dos *Kaingang* de Palmas e de outras populações indígenas, este setor é representado pelo Posto de Saúde local, pelos Postos de Saúde municipais de Palmas, pela Farmácia conveniada com a FUNAI, pelos Hospitais e Clínicas de Palmas e da região sudoeste do Paraná vinculados ao SUS e pela atuação de organizações governamentais como a FUNAI e a FNS. A atuação dessas organizações governamentais, em termos de "políticas públicas", será o tema do capítulo seguinte.

1. **Posto de Saúde Local:** Existe um Posto de Saúde — ou "Mini-Hospital", como os *Kaingang* de Palmas gostam de chamá-lo — construído em alvenaria com o esforço da Diocese local a partir de 1995. Este posto possui três quartos com banheiros e com seis leitos no total mais alguns colchões sobressalentes, um consultório dentário montado com equipamentos antigos, com banheiro, uma sala para consultório médico também com banheiro, uma sala onde funciona a enfermaria, uma sala de medicamentos, uma cozinha e uma sala de depósito. Em uma sala anexa funciona o escritório do Chefe do Posto da FUNAI. A ACIPA

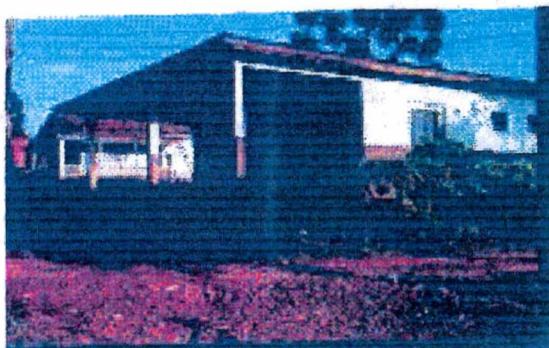


Foto: Enfermaria ou "Mini-Hospital" da Área

possui também uma Kombi recém reformada que serve, entre outras coisas, para o transporte dos doentes e dos que vão para fazer exames clínicos na cidade.

Basicamente, só funcionam a enfermaria e a sala de medicamentos no dia a dia da Área. À exceção da vez que vi algumas crianças internadas, as outras estruturas eram usadas apenas em campanhas isoladas (Diocese, FNS). Parte desta estrutura não aproveitada serviu para guardar sementes antes do plantio. Há visitas irregulares de um odontólogo da prefeitura (uma vez por semana, mas nem sempre) e não foi possível constatar a ida regular de médicos na Área.

Muitos medicamentos excedentes ou pouco utilizados no posto da Área são levados pela FUNAI para outras Áreas *Kaingang* ou são trocados com a farmácia do Posto de Saúde da Prefeitura de Palmas quando estão vencendo sua validade. Outras vezes, por erro de checagem, os medicamentos perdem sua validade e são trocados tardiamente para o reclame da Prefeitura.

O Posto de Saúde da Área conta com uma Atendente de Enfermagem: Dona Morena, ou Dona Dosolina de Oliveira, faz este papel há quase 20 anos ininterruptos, mesmo já estando aposentada. Antes havia tido experiência no Xapecó também. Ela teve uma formação prática, e não tem a profissão reconhecida. Foi por muito tempo funcionária do Departamento de Saúde da FUNAI — ADR Chapecó — até o desmantelamento deste departamento. Ultimamente era contratada pela DIA em seu convênio com a FUNAI. Dirige-se com seu carro diariamente da cidade para a Área onde permanece até os finais das tardes. Além de atender os casos simples como curativos, medição de temperatura e pressão, e atender a distribuição dos medicamentos procurados, ela é

responsável pelo encaminhamento dos *Kaingang* para os diversos casos de exames (do pré-natal aos exames para aposentadoria), consultas e internações no Postos de Saúde da Área, Hospitais e Clínicas da cidade de Palmas e região.

O Posto de Saúde contava também com um Agente Indígena de Saúde (AI): Sadi Pinto, pertencente à única família Guarani da Área, e casado com uma *Kaingang*. Mora na casa em frente ao Posto. Também pertenceu aos quadros da DIA e sobre ele foram feitos vários investimentos (cursos, palestra e seminários) para sua formação enquanto Agente Indígena, dando-lhe atribuições diferentes da Atendente de enfermagem. Apesar disto, este AI cumpria as mesmas funções que Dona Morena no Posto de Saúde da Área. A convivência de trabalho dos dois agentes de saúde do posto era extremamente conflituosa no que diz respeito à divisão de tarefas e horários.

Os *Kaingang* não dispensam os serviços da enfermagem do posto da Área e os recursos da Biomedicina que ela oferece, principalmente para casos de dores de dente ou de cabeça (os principais), ou quando buscam uma outra forma de tratamento de resposta mais imediata, após dias de enfermidade:

"Eu tive. Quer ver, quarta e quinta eu estava ruim, mas ruim, ruim. E sexta daí eu caindo, barbaridade, estava já me dando uma 'pontada' aqui assim, porque tanto tussi, tanto tussi. Mas aí já cheguei lá [na enfermagem] pedi injeção, pedi aquela penicilina. "Eu tô caindo". Aí eles me aplicaram lá. Daí aquele aliviou esse aqui. Agora, tosse me deu. Ontem ainda tussia bastante, hoje eu tô tussindo mais um pouco, até a fala não endireitou ainda". (Seu Marcelino)

Muitos outros *Kaingang* manifestaram a dificuldade de estarem internados nos ambientes estranhos dos hospitais. Reivindicavam que o "Mini-Hospital" da Área deveria ser efetivado para estes casos. Sobre esta possibilidade, Dona Luiza posiciona-se

"Agora fui lá na enfermaria de a pé e fui bem, subi aquele serrinho. Tão bom pra mim tá olhando aquele movimento. Agora aqui que eu não sei se vai sair remédio e consulta. Porque lá o povo gente da gente que quer ir ver a gente, mas não vão porque não tem dinheiro. As vezes querem ir pra comprar alguma coisa mas não podem comprar. Daí que eu dizia pra minha filha: que bom se eu tiver lá na enfermaria, você ia me visitar lá de noite e me trazer as coisas". (Dona Luiza)

2. Outros Postos de Saúde, Hospitais e Clínicas: Os *Kaingang* de Palmas começaram a ser atendidos nestas instituições urbanas a partir dos anos 50 (como visto no Capítulo 1). Após o processo de reforma sanitária nos anos 80, estas instituições passaram a atender através do Sistema Único de Saúde (SUS). Por esta via, os *Kaingang* de Palmas "estavam" conseguindo seus exames, consultas ou internações. Com a "falência" do SUS, que veremos no próximo capítulo, este uso tem sido cada vez mais limitado.

Um recurso do setor profissional cada vez mais utilizado pelas mulheres *Kaingang* é o parto por cesariana. Essa medicalização do parto reflete bem uma tendência que pode ser notada no âmbito do Brasil como um todo. Dona Morena, a

atendente de enfermagem, atribui a medicalização a dois fatores: primeiro, a idade das parturientes ser cada vez menor; e segundo devido a perda de dilatação pélvica em partos seguidos. Já as mulheres *Kaingang* atribuem o uso da cesariana pelas mais jovens à possibilidade delas não sentirem a dor do parto e de outras facilidades encontradas nos hospitais, como a assistência imediata ao recém-nascido, em caso de alguma complicação no parto ou no pós-parto:

Essa aqui (apontando uma de suas filhas mais velhas - não mais que 16 anos, casada), essa aqui entrou na faca três vezes. Do neném dela pra descer. Duas vez foi por causa dos neném e a outra foi por doença que ela se machucou e essa não deu pra tratar com remédio do mato. (Wayãn)

Há quem aponte a preferência em se tratar sempre com os recursos da Biomedicina. Seu José Gonçalves, um índio *Kaingang Kofá* (velho) de cerca de 60 anos, disse-me que vivia só, perdera a mulher e os filhos estavam encaminhados. Morara em algumas áreas da região oeste e considerava aquela a mais tranqüila. Conhece os remédios do mato mas prefere os "da cidade": "*pra que remédio-do-mato, os da farmácia e o dos médicos é mais fácil e rápido?*" Diz possuir em casa remédio *Kuprí* para cobra e "Gelol" comprado em alguma farmácia da cidade. Contou que uma vez seu cão fora picado e que por sorte ele possuía soro e deu-lhe de beber. Depois passou Gelol sobre a picada e seu cão curou rápido. Disse-me que se tivesse usado os remédios índios, talvez desse certo e, neste caso, demoraria muito mais tempo para curar o cão. Ele, demonstrando autoconfiança e esperteza, disse que não facilitava com as doenças: sempre que ocorriam, ele corria para a

farmácia ou para os hospitais não dando tempo para utilizar os procedimentos do setor tradicional. Como ele, outros reconhecem favoravelmente a inferência da Biomedicina, quando as tentativas dentro do setor tradicional falhavam:

"Mas eu, graças a deus, em vista do que eu andava, tô bem. Até não sei que eu vou fazer pra esse doutor que me cuidou lá. Trouxe bastante remédio de lá. Soro é que foi demais, nossa coisa feia, porque eu contei pra eles que eu sofria do fôlego, e uma tosse que não pára, não durmo. Tudo aquilo eu contei. O Dr. Me perguntou: quem cura isso índio, cumé que você não se curou?, mas eu disse: ninguém me consulta, agora minha filha chegou de Mangueirinha, daí ela que tenta e tal me trazer agora. Tem cura isso também, eu disse". (Dona Luiza)

Outro aspecto para a compreensão do uso do setor profissional está na distância, no acesso e na permanência dentre às redes de hospitais. Como demonstrei em nossa história inicial, Dona Luiza e Twãk passaram mais de uma semana no hospital, mas não suportavam mais estarem ali — depois que sentiram seus problemas de "fôlego" melhorarem — longe de suas terras e de suas famílias que os reconfortam mais. Achavam que, passada a parte mais difícil que suportaram da doença, poderiam se tratar em casa seguindo as terapêuticas às quais estavam melhor acostumados.

E achavam que só estiveram hospitalizados por causa de uma situação extrema na qual eles não conseguiram controlar usando os procedimentos do setor tradicional. Ali no hospital, permaneceram apenas para aplacar os sintomas. O restabelecimento da condição de saúde, como eles vêem-na, estava reservado à

volta ao cotidiano de suas casas e famílias e da terra que defendem. Sobre o tempo em que ficaram no hospital, Dona Luiza lembra:

"Foi bom mesmo até, porque lá a gente descansa, né?, descansa, descansa bem, mas eu, Ah! Que vontade que eu estava de vontade de vir pra casa. Depois eu não disse nada pras meninas, porque eu não lembro se fui boa mesmo [para o hospital]. Eu nem me lembro se deixei minha filha aqui, não sei. Só sei que quando melhorei, estava lá já, no outro dia. Aí essa minha filha chegou e logo o velho chegou também. Eu não vi nada. Mas, meu Deus do céu, eu to pedindo a Deus e pedindo pra São João [Maria] que eu não quero mais ir pro hospital, Deus me livre. Lá não tem o que fazer, fica lá olhando e cansa de estar deitado, Ih! E não pode sair com aquele negocinho na mão [o soro]. Doze soro eu tomei dia e noite, tira um punha outro e injeção também. E comprimido que eu tomava, tomei bastante comprimido e xarope". (Dona Luiza)

3. FUNAI - ADR Chapecó/SC: Apesar do Posto de Saúde da Área ser razoavelmente montado e equipado com instrumentos hospitalares básicos, e possuir um estoque de medicamentos, ele é minimamente mantido pela FUNAI. As ações da FUNAI tidas como assistencialistas, basicamente resumem-se ao transporte de doentes (quando o carro está funcionando) para os hospitais e postos de saúde das cidades de Palmas e Pato Branco — cidade a 80 Km de Palmas, nascida desta e atualmente mais próspera e com mais recursos de saúde, onde são feitos os exames periciais para a aposentadoria dos *Kaingang* — e ao pagamento das contas dos medicamentos obtidos na farmácia conveniada.

Os medicamentos receitados não disponíveis no Posto de Saúde da área, são sempre comprados pelos agentes de saúde em uma farmácia da cidade. Existe uma conta mantida com recursos da FUNAI nesta farmácia desde meados de 80. Os principais casos de doenças apontados pelos agentes que vão lá comprar os medicamentos são diarreia, IRA (infecção respiratória aguda), subnutrição, acidentes e brigas, e para as doenças crônicas como pressão alta, reumatismo e epilepsia. Os principais medicamentos comprados são o soro antidiarréicos, anti-inflamatórios, antibióticos, cálcio e vitaminas. Poucas vezes os índios adquirem os medicamentos por conta própria, porque, em sua maioria, possuem poucos recursos para tal.

A FUNAI em parceria com a Prefeitura de Palmas distribui uma cesta básica mensal para cada família. Esta parceria entre FUNAI e Prefeitura surgiu após as denúncias de que estaria havendo o favorecimento de algumas famílias ligadas à *liderança*, em detrimento de outras. A reação da *liderança* foi de protesto, dizendo que a Prefeitura estava tirando dividendos políticos da situação, participando da distribuição, mas não da aquisição das cestas. Depois fizeram questão do comparecimento da Prefeitura para testemunhar a distribuição e assim contradizer as denúncias de favorecimento. O fato é que o número de cestas era bastante irregular e insuficiente para o número de famílias da área. Como muitas famílias moram agregadamente nas poucas casas da área, a cesta básica costuma cobrir, quando muito, apenas metade do mês. As listagens das famílias têm sido morosamente revistas e ampliadas visando corrigir essas diferenças.

Outro recurso previsto pela FUNAI é a "Casa do Índio" de Curitiba, administrada pela ADR/FUNAI de Curitiba, que é indicada como centro referência de saúde para populações indígenas do sul do Brasil. Funciona como ambulatório para consultas e tratamentos diversos, principalmente para os casos que envolvam a internação do paciente. Serve também no encaminhamento dos casos que envolvam cirurgias e suas etapas (pré e pós-operatória) para os hospitais da cidade. Houve casos, como o da história inicial, em que os *Kaingang* de Palmas foram conduzidos para lá para tratamentos e cirurgias. Atualmente esse centro é pouco utilizado como referência para questões de saúde. Serve, no entanto como referência para os *Kaingang* da *Liderança* de Palmas quando estes estão em Curitiba tratando outros assuntos.

4. FNS/SC: As ações da Fundação Nacional de Saúde em Palmas, iniciadas em 1994, baseiam-se na construção das redes de abastecimento de água para algumas casas da Aldeia Sede e para o posto de Saúde e na prevenção das doenças. No primeiro caso, como relatado no capítulo 2, as duas tentativas de estabelecer a rede de água falharam. No segundo caso, a FNS passa pelas Áreas Indígenas e permanece uma semana visitando de casa em casa, fazendo exames em toda a população. Um médico, algumas enfermeiras, assistentes sociais e agentes de saúde perfilam o quadro da FNS. Durante suas campanhas nas Áreas indígenas, são distribuídos farelos alimentares do tipo "multi-mistura", sabões medicinais e

alguns remédios, vindos de uma parceria com o Conselho Indigenista Missionário (CIMI) de Santa Catarina.

Na Área de Palmas era a segunda vez que passavam com este tipo de ação. A primeira vez, havia sido no ano de 1994. Três anos mais tarde (1997) foi feita a segunda. Em ambas as oportunidades, a equipe da FNS investigava principalmente a ocorrência de tuberculose, não encontrada na Área afinal⁴⁸.

O pessoal da própria FNS aponta certa frustração com as limitações que lhes são impostas pelo governo federal. Estas limitações impedem que o trabalho tenha seqüência de ano para ano. Num exame auto-crítico, alguns membros da equipe afirmam que:

"A prioridade é o mosquito [da Dengue]. Então todos os outros projetos ficam para segundo plano. Existem cortes, quando o bolo de recursos chegam, que se deslocam para as prioridades, no caso, o mosquito. E não conseguimos ainda sensibilizar as próprias pessoas que ali trabalham. Um ano a FNS aparece, no outro não, deixando a situação incerta. Então a culpa dos projetos não funcionarem bem é também dos organismos governamentais, a FNS, a FUNAI, estamos distantes. Falta o acompanhamento destes profissionais e destas ações".

5. Outras Ações ligadas à Saúde: A Diocese local, além de ter edificado o atual Posto de Saúde, realiza uma vez por ano, comumente no mês de Janeiro, uma

⁴⁸ Muitos índios me relataram o constrangimento que passaram ao terem que levar amostras de catarro para serem analisadas no Posto da Área. Não estava claro para eles, neste caso, a relação entre exame e doença.

semana assistencial de saúde, levando uma equipe composta por médicos, dentistas e assistentes sociais, entre outros, em campanha por algumas áreas do Paraná.

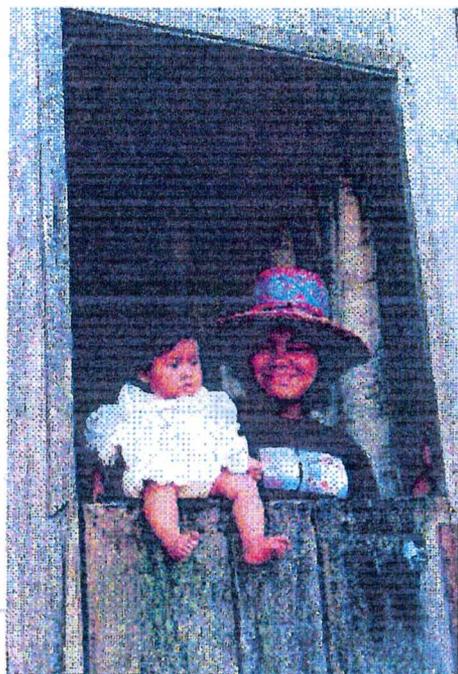
Durante esta semana, visitam as casas, dão palestras sobre prevenção de doenças, realizam exames médicos e odontológicos gratuitos e distribuem farinha alimentar do tipo multi-mistura e sabões medicinais. Durante o ano, alguns *Kaingang* recorrem à secretaria da diocese atrás de ajuda financeira para a compra de medicamentos e alimentos.

* * * * *

Passo agora a discutir as políticas de saúde subjacentes à atuação dos diferentes órgãos aqui analisados, tendo em vista o lugar ocupado pelo indígena nestas políticas.



Fotos: acima, Kaingang albino; ao lado, mãe e filha; abaixo, criança brincando



4. POLÍTICAS PÚBLICAS ATUAIS EM SAÚDE INDÍGENA

"As agências de contato direto com as populações indígenas (FUNAI, missões de fé, grandes projetos, projetos especiais de assistência) mantêm práticas que consagram a intervenção e o controle político da realidade indígena. Estas práticas não podem ser entendidas como um serviço ou o acesso à assistência a que tem direito as populações indígenas". (União das Nações Indígenas, 1988)

4.1 Políticas Públicas Recentes no Brasil

É fato que apenas bem recentemente, as questões de saúde indígena têm sido pensadas no Brasil. Durante a década de 80 iniciou-se o processo denominado de "Movimento de Reforma Sanitária" que viria escorar a implementação de um sistema unificado, universalizante e descentralizado que culminou na aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS) após a constituição de 1988. Verani (1998) aponta que o SUS em sua concepção ainda "não estabelecia a forma como a saúde de populações indígenas seria integrada ao Sistema" (Verani, 1998, p. 03).

Em novembro de 1986, seguindo as deliberações da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizou-se a I Conferência Nacional de Proteção da Saúde do Índio que estabeleceu as diretrizes para se pensar uma política de saúde diferenciada. Algumas dessas diretrizes propunham, entre outras coisas, garantias de participação direta das diversas populações indígenas envolvidas. Em 1991, sob decreto presidencial, a coordenação das ações de saúde indígena passa a responsabilidade da FUNAI para o Ministério da Saúde e para a Fundação Nacional de Saúde.

Também neste ano, foi criada a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), vinculada à FNS que deveria implementar um modelo de atenção à saúde para as populações indígenas. A COSAI atuaria balizada por três marcos:

1. a ausência de uma estrutura governamental própria da saúde indígena e apropriada para ela, ajustada às dimensões e à especificidade do problema;
2. a estrutura da FNS, o tipo de relação que se estabelece entre os responsáveis pela saúde indígena, os demais setores da instituição e o Sistema de Saúde como um todo;
3. a referência legal e institucional que leva à divisão de responsabilidades entre as Fundação Nacional de Saúde e Fundação Nacional do Índio (FUNAI), sem prever a necessária acomodação na estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS). (Doc. COSAI, 1996, via Internet)

No ano seguinte, 1992, quando realizada a IX Conferência Nacional de Saúde, foi deliberada a II Conferência Nacional de Saúde para Povos Indígenas (II CNSPI) e, pela primeira vez, discute-se na criação dos Distritos Sanitários

Especiais Indígenas (DSEI), sendo criado o primeiro Distrito Sanitário Yanomami (DSY). A II CNSPI tentou avançar em relação à primeira no sentido de propor a paridade de representação executiva entre os Índios, as organizações governamentais e as não-governamentais. Para Varga (1998), no entanto, poucas deliberações desta conferência conseguiram ser postas em prática pelos órgãos governamentais (leia-se FUNAI e FNS) e as que foram, pecaram pela falta de continuidade. Varga (1998) aponta que estes órgãos "não têm mostrado interesse e empenho efetivo em implementá-las porque, de modo geral, esse modelo implica em transformações radicais na cultura de trabalho dessas instituições e entidades" (Varga, 1998, p. 10).

A II CNSPI, por sua vez, deliberou a instalação da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), vinculada ao Conselho Nacional de Saúde e com objetivo de definir as articulações e o controle das políticas de saúde indígena. Seguindo uma recomendação da CISI, foi proposta a criação dos Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena (NISI). Os NISI deveriam ser núcleos que funcionassem como um grupo de trabalho abrangendo as instituições indígenas e indigenistas governamentais e não governamentais no âmbito de cada Estado. Os NISI deveriam assumir também a viabilização do sistema de controle social e da intergestão nos níveis distrital, regional e nacional. Além disso, os NISI ficariam responsáveis pelos treinamentos dos servidores ocupados com a saúde indígena:

- em "antropologia e saúde indígena" ;
- em questões relacionadas ao reconhecimento de grupos e de práticas sociais de saúde entre os índios;

- em questões relacionadas à especificidade do atendimento;
- mapeamento das etnias indígenas brasileiras, acompanhando, com o máximo de informações disponíveis, suas divisões espaciais, seguido da busca de informações sobre a história dos grupos e condições gerais de existência. (COSAI, 1996, via Internet)

Em 1993, o I Fórum Nacional de Saúde Indígena tentou avançar a articulação entre FUNAI e FNS, que disputavam politicamente pelo controle das ações de saúde indígena. O resultado deste embate entre as duas instituições governamentais contribuía ainda mais para o entrave da implementação dos NISI nos estados. Uma das formas de entrave consistia na resistência do reconhecimento da competência técnica dos Núcleos. Mendonça (1997) analisa um pouco mais esta disputa entre FUNAI e FNS:

"De um lado, a FUNAI, com orçamento insuficiente e resistindo à perda da gestão da saúde do índio, vinha desativando todo seu esquema assistencial, que embora precário, garantia condições mínimas de assistência em algumas áreas indígenas. Por outro lado, a FNS, sem qualquer experiência indigenista, sem vocação assistencial e sob o peso de uma estrutura burocrática, encontrava dificuldades de garantir um mínimo de assistência nas áreas indígenas. Como resultante, o quadro sanitário nas áreas indígenas se agravou, com o aumento da mortalidade em praticamente todas as regiões" (Mendonça, 1997, s/r).

Ainda no ano de 1994, é revogado o decreto presidencial de 1991, devolvendo à FUNAI parte das responsabilidades da gestão de saúde indígena no país. No entanto, a FUNAI já havia desmantelado quase todos os departamentos de saúde dos escritórios das administrações regionais nesta época. Mas isso não

era o mais relevante naquele momento. A dimensão que se dava era eminentemente política, já que a FUNAI lutava de fato contra a própria morte institucional do órgão, então ameaçado.

4.2 Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas

Em 1994, é apresentado ao Congresso Nacional o Projeto de Lei 4.681 (Lei Arouca) que objetiva a regulamentação da criação dos DSEI, seguindo as deliberações que estavam sendo feitas até então pelas conferências, conselhos e comissões articulados com as questões de saúde em populações indígenas. O DSEI, constituiria um subsistema complementar articulado e integrado ao SUS. Da mesma forma com que o SUS foi pensado, os DSEI atuariam de forma descentralizada, o que garantiria de antemão, o direito universal e a equidade às atividades e aos serviços de saúde às mais diversas populações indígenas. Não obstante o direito à equidade dentro dos sistemas, segundo a lei, o DSEI levaria obrigatoriamente em consideração

"a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena que deve se pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional". (Art. 2º do PL 4.681, 1994)⁴⁹

⁴⁹ Substitutivo da Comissão de Constituição e Justiça e de Redação da Câmara de Deputados ao Projeto de Lei original do Deputado Federal Dr. Sérgio Arouca.

O Projeto de lei também previa o direito das populações indígenas de participar nos diversos colegiados (NISI/CISI) de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde e em todas as fases das ações de saúde. A Criação dos DSEI, dado o caráter descentralizador feito de forma semelhante ao do SUS, não excluiria a participação de estados e municípios das ações, mas não lhes confiaria a totalidade das responsabilidades. Isto garantiria, além de uma autonomia, a preservação do sistema dos humores políticos, quase sempre contrários às questões indígenas. Sobre esse aspecto, Varga (1992) concorda que se garantiria a:

"adoção de sistemáticas autônomas de vinculação na referência destes distritos para com as demais instâncias do SUS. Caso contrário, a aplicação do princípio 'democrático' da descentralização administrativa dos serviços colocaria estas comunidades à mercê dos ditames das políticas locais dos municípios e mesmo dos estados, mais diretamente sujeitas aos interesses de determinados grupos econômicos" (Varga, 1992, p. 136)

Prova desses possíveis humores adversos é que, por vários interesses políticos regionais e pelo tipo de comprometimento que muitos destes políticos tem com as forças de latifundiários, mineradores e madeireiros que se mantêm contrários aos interesses das populações indígenas, este projeto de lei tem sido profundamente alterado em relação à sua concepção original e tramita no Senado Federal, sem muitas perspectivas de ser aprovado a curto prazo. Da mesma forma que ocorre a obstrução da Lei Arouca, ocorre com o Projeto de Lei 2.057 —

Estatuto das Sociedades Indígenas — em tramitação na Câmara dos Deputados e no Senado Federal desde 1994, que abandona a visão tutelar e assimilacionista da Lei 6001/73 (Estatuto do Índio), passando a reconhecer estas sociedades como diferenciadas. Segundo Varga (1998), a obstrução do Estatuto das sociedades indígenas chega ao nível da Presidência da República, "sob pressão dos *lobbies* de setores como o das madeireiras, e das mineradoras, com interesses notoriamente anti-indígenas" (Varga, 1998, nota 17, p. 07).

A seguir, sugiro um quadro comparativo que demonstra as principais diferenças entre os modelos de assistência do SUS e dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas:

Políticas de Saúde	SUS	DSEI
Premissa	Equidade	Serviço Diferenciado
Local	Redes Municipais	Áreas Indígenas/Territórios
Descentralização	Municipalização	Regionalização
Decisões	Interesses Municipais	Participação Indígena
Humor Político	Mais suscetível	Menos suscetível
Povos Indígenas	Invisíveis (ou pouco visíveis)	Visíveis
Principal Problema	Falência do Sistema	Interesses contrários
Tipo de Setor Médico	Biomédica	Pluralismos Médicos
Característica do Setor	Universalizante	Respeito ao Saber Local
Tipo de Agente	Profissionais Urbanos	Nativos e Não-Nativos
Característica do Agente	Interventor	Interlocutor Treinado
Avaliação	Generalizada	Específica

Analisando esse quadro, temos primeiramente as premissas básicas dos dois Sistemas: equidade como premissa para o SUS e diferenciação dos serviços no caso do DSEI. A princípio, os termos equidade e diferenciação parecem demonstrar-se antagônicos entre si. No entanto eles aparecem como termos complementares no sentido da implantação dos serviços de saúde: por um lado garante às populações indígenas o acesso universal e ao mesmo tempo um serviço que contemple a especificidade dos diversos grupos.

No segundo tópico, a localidade das ações, temos que as políticas de saúde do SUS abrangem as redes de hospitais, postos de saúde, etc., que, via de regra, estão localizados nos limites urbanos dos municípios. Já para os DSEI, a atuação das políticas abrangeria Áreas Indígenas e/ou territórios tradicionalmente ocupados por grupos indígenas. No terceiro tópico está enfatizado a via principal de implementação de cada sistema, i.e., as políticas de descentralização dos serviços de saúde. Para o SUS, a descentralização culmina na participação do município (a municipalização) como provedora dos serviços, enquanto que para os DSEI, a descentralização determina que as ações envolvam mais o caráter territorial do grupo, geralmente envolvendo mais de um município ou mais de um estado — o que não exclui a participação de estados e municípios (via SUS) nestas ações.

No quarto tópico, as decisões sobre as políticas de saúde esbarram diretamente nos interesses políticos municipais, ou seja, as decisões políticas do

SUS incorporam os anseios dos dirigentes do município, ao passo que nos DSEI, considera-se a inclusão "obrigatória" da participação indígena no planejamento e na execução das ações de saúde. O quinto tópico está diretamente ligado ao anterior: as decisões no âmbito municipal estão mais suscetíveis às variações dos humores políticos locais — independentes de estarem comprometidos com as causas indígenas —, enquanto que nos DSEI esta suscetibilidade é mais relativa porque as decisões são tomadas com a participação direta dos interessados, i.e., de indígenas comprometidos com a negociação das políticas de saúde para povos indígenas.

O sexto tópico refere-se à diferença de visibilidade das populações indígenas no SUS — invisíveis ou menos visíveis, no sentido de que estas populações estão quase sempre fora dos limites urbanos onde esta localizada a infraestrutura do SUS — e nos DSEI — visíveis, já que se trata de um distrito localizado no interior das Áreas Indígenas. O sétimo tópico quer levantar os principais problemas de implementação de cada sistema. No caso do SUS, a implantação esbarra no problema do repasse de recursos federais para as instituições das redes municipais conveniadas. No caso dos DSEI, sua implementação esbarra no problema dos interesses políticos nacionais contrários, principalmente de madeireiras, garimpos e etc. Estes dois tópicos (sexto e sétimo) merecem destaques especiais e serão tratados mais à diante.

No oitavo tópico temos o tipo de setor de saúde que é aplicado nos dois sistemas: no SUS prevalece a aplicação das práticas da Biomedicina e nos DSEI

seriam considerados tanto as práticas do setor profissional (Biomedicina, SUS) quanto as do setor tradicional (especialistas e/ou saberes nativos), caracterizando uma utilização plural dos setores. Este tópico, cujo tratamento foi demonstrado no capítulo anterior para o caso *Kaingang*, é fundamental na implementação de políticas públicas oficiais de saúde para os povos indígenas. O nono tópico refere-se às características de cada setor: para o SUS a concepção utilizada pela biomedicina é essencialmente universalizante; para os DSEI o saber da biomedicina é relativizado, passando a levar em conta o respeito aos saberes específicos dos especialistas nativos de cada etnia.

O décimo tópico refere-se ao tipo de agente que está envolvido com cada sistema. Enquanto que para o SUS os agentes são aqueles que estão lotados nas redes hospitalares municipais, ou seja, agentes eminentemente urbanos (médicos, enfermeiros, atendentes, etc.), nos DSEI os agentes podem ser tanto nativos quanto não-nativos (inclusive os profissionais urbanos do SUS). Mas uma diferença fundamental está no décimo primeiro tópico. No SUS, os agentes tem como característica de atuação a intervenção médica, seguindo os padrões de diagnósticos e terapêuticas conhecidos da cientificidade biomédica. Nos DSEI, o agente tem como característica de ação a interlocução entre os saberes nativos e os da biomedicina. Como este interlocutor seria preferencialmente nativo, ele potencialmente agiria a partir da lógica de seu próprio grupo, i.e., seria capaz de escutar, olhar e agir "do ponto de vista nativo" negociando estes pontos de vista com os da Biomedicina. Disso decorre que o agente poderia atuar como um "porta

voz" das avaliações que seus pares fazem dos serviços públicos que recebem. Assim, esse interlocutor mediará certos conhecimentos e certas interferências da Biomedicina de forma a não desfigurar — ou, ao menos, minimizar a mudança de — o *ethos* do grupo. Ou seja, ao utilizar elementos da prática biomédica, ele atuará no sentido da prevenção de múltiplos problemas reais que atingem seriamente a população indígena e que têm posto em risco a própria sobrevivência do grupo (entre muitos outros problemas, a AIDS, tão premente em nossos tempos e que já atinge algumas Áreas Indígenas no Brasil). Ademais, a previsão de um treinamento "antropológico" para os agentes faria sentido aqui pois contemplaria uma reflexão acerca da preocupação em ressaltar e respeitar as especificidades culturais de seu grupo. Este treinamento poderia ajudá-lo a pesar a importância que tem cada sistema — o tradicional e o biomédico — sobre cada noção de saúde.

O décimo segundo e último tópico deste quadro comparativo remete-se aos resultados avaliativos que podem ser obtidos em cada sistema: no SUS são alcançados resultados que dariam forma a uma generalização dos dados em termos da população nacional, independente do lugar ou da cultura desta população. No caso dos DSEI, os procedimentos avaliativos considerariam os aspectos específicos de cada etnia. Isto permitiria que os planejamentos pudessem ser reavaliados e readequados quando se fizesse necessário.

Esse quadro, por fim, demonstra as vantagens da implementação dos DSEI. Isto não significa, no entanto, que os DSEI apresente possíveis problemas, como

aconteceu por exemplo com já implantado Distrito Sanitário Yanomami. Por outro lado, quero demonstrar a que a municipalização apressada e aleatória dos serviços de saúde para as populações indígenas pode trazer-lhes prejuízos. A municipalização tem sido a tendência atual que vem pontuando as políticas da FUNAI. Pelo menos esse é o caso de Palmas, como veremos mais adiante. Antes, porém, discutirei a atuação dos órgãos responsáveis pela assistência à saúde (FUNAI) e pela saúde preventiva (FNS) dentro da Área Indígena de Palmas.

4.3 Responsabilidades Locais

Segundo documentos fornecidos pela FUNAI e através os relatos dos *Kaingang* com quem conversei, os surtos de doenças na Área ocorrem repetidamente nos meses de janeiro com o aumento dos casos de diarreia e desidratação que atingem principalmente as crianças e nos meses de junho e julho com a chegada do frio mais intenso com o aumento dos casos de infecções respiratórias agudas (IRA) e outras doenças pulmonares. O fato é que a atuação da FUNAI, apesar de sua "longa experiência em indigenismo" ainda não se "agendou" com as épocas de grandes surtos de doenças na área de Palmas (janeiro, junho e julho).

O problema está na obscuridade acerca das responsabilidades das ações, que poderiam prever e antecipar-se a estes surtos. Ficaria à cargo da FUNAI que caracteriza-se por ações assistenciais ou à cargo da FNS, já que a saúde

preventiva está sob sua responsabilidade? As ações da FNS abrangem mais os problemas de saneamento e higiene e a pesquisa epidemiológica — da tuberculose, para ser mais específico — do que a ocorrência de surtos de outra natureza, pelo menos no que se refere à Área de Palmas.

Outro problema é a localização da área que, como afirmado anteriormente, localiza-se entre os estados do Paraná e Santa Catarina. Por parte da FUNAI, a Área está sob administração da administração regional de Chapecó/SC, como já disse antes. Já a FNS tem uma atuação no âmbito estadual, ou seja, a Área de Palmas, pelo menos em tese, está sob a responsabilidade tanto da FNS do Paraná quanto da FNS de Santa Catarina. Após inúmeras discussões, ficou então decidido que a FNS catarinense atuaria junto a área, o que de fato vem ocorrendo, apesar desta ação ter sido tardiamente iniciada em 1994, tendo em vista que a atuação da FNS teria se iniciado em 1991 no lado catarinense.

Outra questão que se coloca, é a distância que todas estas ações possuem umas das outras. Ou seja, tanto as atuações da Diocese de Palmas quanto as das organizações governamentais não possuem entre si qualquer sintonia e comunicação das agendas, metodologias e resultados obtidos. Além disso, todas estas ações falham em uma continuidade própria ao longo dos anos. Tampouco consideram a

sazonalidade das epidemias comuns nos meses de verão e inverno. Essas ações são, assim, curtas, descontínuas e surdas aos saberes e anseios *Kaingang*⁵⁰.

4.4 A FUNAI e a Municipalização dos Serviços de Saúde

A FUNAI tem optado pela municipalização (via SUS) dos serviços de saúde para as populações indígenas ao invés de incentivar a criação de um DSEI regionalizado. Em 1995, um novo Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio passou a ser aplicado até que a "Lei Arouca" fosse aprovada. Através deste modelo, a FUNAI obteve as condições legais para terceirizar os serviços de saúde com Organizações-Não-Governamentais (ONGs) sem fins lucrativos a fim de cobrir todas as áreas indígenas com profissionais de saúde (lembrando que a essa altura dos acontecimentos, a FUNAI já havia desmantelado todos os seus departamentos de saúde em todas as ADRs), visando, assim, minimizar a grande carência de recursos humanos em áreas indígenas.

Desta forma, a FUNAI resolveu terceirizar o setor, firmando convênio com a ONG Documentação Indigenista Ambiental (DIA). De acordo com as indicações da própria FUNAI, a DIA absorveu em seus quadros todos os Agentes de Saúde lotados nas áreas indígenas do país (que outrora pertenciam à FUNAI). Durante o tempo de convênio, a DIA procurou estabelecer um trabalho documental

⁵⁰ Quero deixar claro que as críticas que faço neste trabalho são para os órgãos federais, não para seus funcionários. Estes muitas vezes demonstram boa vontade em resolver os problemas existentes, mas quase sempre encontram restrições — financeiras e/ou políticas — dentro de suas instituições.

expressivo em termos da unificação dos dados e das metodologias de ação. Mas as relações entre FUNAI e DIA nunca foram, de todo, amistosas, levando-os ao rompimento 18 meses após a firmação do convênio, sob a alegação principal de que o trabalho estava ficando caro demais⁵¹.

Como consequência deste rompimento, a partir de junho de 1997, todos os Agentes de Saúde (indígenas e não indígenas) tiveram seus contratos mais uma vez encerrados, permanecendo nesta situação por quase um ano seguido, como pude constatar com os próprios agentes. Com isso, todos os investimentos que vinham sendo feito com a formação dos Agentes de Saúde foram se perdendo, já que muitos abandonaram suas funções ou permaneceram trabalhando sem salários e sem contrato, esperando angustiadamente a definição de suas situações. Os agentes de saúde de Palmas continuaram trabalhando apenas com "contratos verbais", recebendo "pagamentos" da FUNAI que vinham quase sempre sob a forma de "diárias de viagem".

Dona Morena, a atendente de enfermagem, disse-me em nosso último encontro que só continua trabalhando para não se sentir desocupada (na verdade ela está, literalmente, pagando para trabalhar, já que se desloca diariamente em seu carro para a área e várias vezes transporta doentes por sua conta). Sadi, que é um Agente Indígena (AI) em cuja formação se investiu bastante, cansou-se da

⁵¹ Quero aqui ressaltar não estar em julgamento as posições da FUNAI e da DIA e da relação entre ambas. Apenas quero fazer notar que houve tal convênio e que este se desfez, sendo as populações indígenas as mais prejudicadas.

espera de uma definição de seu vínculo empregatício e abandonou sua função de AI até que se regularizasse novamente os contratos de trabalho. Hoje pesca, caça e mantém algumas caixas de abelha para sua subsistência. Não foi a primeira vez que isto ocorreu. Segundo os Agentes de Saúde de Palmas, várias foram as vezes e durante muitos anos, em que os salários eram cortados ou atrasados, e em que eles tiveram de trabalhar sem remuneração apenas para não deixar o Posto de Saúde da Área completamente abandonado.

A FUNAI estava tentando conseguir que a Prefeitura de Palmas contratasse os Agentes de Saúde da Área, apressando a municipalização destes serviços. Apesar da atual administração municipal manter boas relações com os *Kaingang* do município, a Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Palmas não está preparada para assumir as ações de saúde de forma diferenciada. E, de fato não assumiu.

A FUNAI conseguiu recentemente (julho de 1998) a contratação de Dona Morena e de outra AI (dada a desistência do Sadi) pela Prefeitura Municipal de Ipuaguá/SC, cidade ligada à Área Indígena do Xapecó, localizada cerca de 100 Km da Área de Palmas. Ou seja, esta contratação aconteceu mais de um ano após a demissão destes pelo convênio FUNAI/DIA.

Mas existem vários outros problemas da municipalização dos serviços de saúde. No caso da cidade de Palmas, não existe, por exemplo, um capítulo na lei orgânica municipal que se refira às populações indígenas e, por conseqüência, não

existem recursos diferenciadores previstos⁵². Nem poderia-se contar com o entendimento, de fato, do que sejam as ações de saúde diferenciadas por parte de médicos, enfermeiros, assistentes sociais e outros atendentes de saúde do município, já que nunca houve qualquer treinamento prévio sobre as questões de saúde indígena para os profissionais lotados no município de Palmas. Tampouco estariam os *Kaingang* convocados a opinar sobre o planejamento e a gestão das políticas públicas de saúde do município. Mesmo porque existe bastante preconceito da sociedade local em relação aos índios e aos saberes indígenas. Como ocorrente nas diversas relações interétnicas do Brasil, para muitos dos habitantes de Palmas, os *Kaingang* são considerados preguiçosos, sujos, desdentados, destruidores de suas matas e esbanjadores do dinheiro obtido com a madeira e são, ainda, vistos como possuidores de muita terra para pouca gente. Muitos nem consideram que os índios locais sejam, de fato, índios e sim caboclos ou mestiços. Mas esta desconsideração parece servir muito mais para justificar o desinteresse pelas questões indígenas do que para estabelecer os efeitos da miscigenação ao longo do tempo de contato.

As lógicas prevalentes nos programas de saúde indígena implementados pela FUNAI tornam-se inadequadas à compreensão que as diferentes sociedades indígenas fazem com relação às doenças. Os conhecimentos e esquemas de assistência da medicina do "branco" são meramente reproduzidos, sem levar em

⁵² Geralmente, uma Lei Orgânica Municipal supõe uma destinação de recursos específicos para cada um de seus capítulos.

conta os saberes e demandas específicos de tais sociedades. Almeida (1988) aponta para o fato de que "planos e tentativas de realização de um trabalho fracassam, muitas vezes, não por estarem mal formulados, mas porque suas formulações são alheias aos objetivos que destinam" (Almeida, 1988, p. 29).

Não podemos pensar que esta situação atual seja benéfica ao grave quadro de saúde das populações indígenas. Nem podemos também pensar que a determinação da FUNAI de apressar a municipalização dos serviços de saúde — via a equidade prevista constitucionalmente ao Sistema Único de Saúde — sem necessariamente exigir um tratamento diferenciado garantido aos índios pela constituição, pelas deliberações tiradas nas diversas conferências de saúde indígena (ou na UNI) e pela Lei Arouca (ainda em tramitação), também possa trazer benefícios às comunidades indígenas sem adotar alguns critérios que garantam a viabilização destas ações.

Primeiro porque muitas prefeituras do interior do Brasil estão falindo ou estão literalmente falidas. Segundo porque, a despeito de qualquer falência, não há como garantir que prefeitos "arredios e selvagens" no trato com suas populações indígenas irão, de fato e com a seriedade devida, se comprometer com a questão. Terceiro porque muitos destes administradores municipais poderão apenas capitalizar dividendos políticos, via apadrinhamento e nepotismo, trocando os AIS segundo o humor político. Em outras palavras, como seria negociado um compromisso das ações por parte dos municípios? Como e por quem essas ações

seriam fiscalizadas? Como a participação das comunidades envolvidas aconteceria no planejamento das ações? E que garantias teriam as populações indígenas da correta aplicação dos recursos destinados à saúde indígena?

E, finalmente, não fica estabelecido que os atendimentos municipais estarão de fato preparados ou serão preparados adequadamente para configurar um sistema de serviços diferenciado que observe as especificidades do grupo. Há uma clara tendência da medicina oficial (Biomedicina) em desconsiderar qualquer conhecimento etnomédico específico de um grupo indígena. Sobre este último aspecto, deveria ser considerado o treinamento em Antropologia da Saúde.

4.5 A visibilidade dos *Kaingang* diante do SUS

Um problema fundamental de implementação da municipalização dos serviços de saúde está na questão da invisibilidade das populações localizadas fora dos perímetros urbanos municipais. Apesar da proximidade com a cidade, a Área de Palmas é considerada como uma comunidade rural pela população regional. Varga (1998) considera que, embora a idealização do SUS tenha avançado em relação aos sistemas anteriores, "o SUS pouco ou nada avançou no que se refere ao mundo rural" (Varga, 1998, p. 04). Isto porque seu modelo foi pensado para meios urbanos que contassem com um mínimo de infra-estrutura em saúde tais como hospitais, prontos-socorros, etc. Esse autor apontou que o modelo de assistência do SUS é eminentemente urbano, e, desta maneira, as populações rurais permanecem

invisíveis ao sistema, como, aliás, sempre pareceram estar. Ao mesmo tempo, Varga (1998) afirma que os povos indígenas conseguem maior visibilidade que as comunidades rurais e que as outras fatias de brasileiros marginalizados. Será que os *Kaingang* de Palmas se encaixam nesta situação?

Para o senso comum, índios no Brasil são aqueles localizados na Amazônia legal. É comum ouvir das populações brancas e de alguns responsáveis pela administração do órgão indigenista oficial, a FUNAI, que não existem mais populações indígenas no sul do Brasil⁵³, antes sim caboclos e mestiços. Talvez isso se deva ao fato dos *Kaingang* de Palmas serem considerados um grupo de alto contato e também por terem adotado uma postura de produção econômica bem semelhante às populações camponesas da região ao longo principalmente do último século. Contudo, essas aproximações entre populações rurais e o grupo *Kaingang* não implicam necessariamente numa semelhança entre visões de mundo e aspectos culturais. Talvez a única e grande característica em comum entre esses dois grupos distintos esteja em sua invisibilidade frente as políticas públicas em saúde.

4.6 A "Falência" do SUS no Âmbito Local:

Somando-se ao problema da completa falta de critérios da FUNAI para a municipalização dos serviços de saúde para os povos indígenas em geral, e especificamente para os *Kaingang* de Palmas, bem como o problema de visibilidade

desta comunidade, está a "falência" do SUS na cidade de Palmas, fato que ocorre também em muitas localidades brasileiras. A maioria dos hospitais e clínicas de Palmas cessou em 1998 o atendimento pelo SUS devido principalmente ao não repasse de recursos para os atendimentos que vinham sendo feitos até então. Obviamente, os *Kaingang* estão sofrendo com esta interrupção dos serviços do SUS e encontram cada vez mais dificuldades para a realização de consultas e exames atualmente.

O que acontece no município de Palmas reflete uma situação que pode ser encontrada na maioria dos municípios brasileiros. A falta do repasse federal para as estruturas médico-hospitalares municipais conveniadas com o SUS, bem como a própria incapacidade de novos investimentos financeiros no âmbito da saúde pública municipal, levaram estes municípios a recusarem a gestão do sistema local de saúde. Como afirma Junqueira (1997), "isto tem ocorrido porque poderia significar um ônus ainda maior para as finanças municipais já comprometidas com os serviços públicos de saúde" (Junqueira, 1997, p. 198). Desta forma, a construção de um novo modelo assistencial encontra sérias resistências de implementação, comprometendo ainda mais o acesso aos serviços de modo igualitário. Não obstante a "falência" precoce do modelo de descentralização e municipalização do SUS, o

⁵³ Como foi afirmado pelo Sertanista Sidney Possuelo, quando dirigia a FUNAI no início dos anos 90, fato que ainda é lembrado pelos *Kaingang* de Palmas.

"atual"⁵⁴ governo brasileiro "orgulha-se" de ter conseguido economizar cerca de 15% dos "gastos" em Saúde, via ajuste fiscal de 1997 (dados oficiais amplamente divulgados pela imprensa). Já os partidos de oposição ao governo federal elevam este percentual de corte para cerca de 25% do orçamento original. Desta maneira, como constata Bodstein (1997), "a representação moderna da cidadania e do direito à saúde, crucial para a implementação de políticas públicas redistributivas, parece ainda longe do universo da população usuária da rede pública" (Bodstein, 1997, p. 225).

4.7 Por um DSEI no Sudoeste Brasileiro

Como disse em minha introdução, a população *Kaingang* no sul do Brasil corresponde a cerca de 20.000 indivíduos distribuídos em Áreas no oeste dos estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio grande do Sul. Quase todas essas Áreas são habitadas também por índios Guarani⁵⁵. Todas essas Áreas, incluindo aí a de Palmas, têm enfrentado sérias restrições na atuação dos serviços oficiais de saúde. Quando acontecem, essas ações são mais de caráter emergencial ou são medidas paliativas e descontínuas. Isso se deve tanto a falta de vontade política dos órgãos federais, estaduais e municipais, quanto a entraves burocráticos diversos — comuns aos serviços públicos por todo o Brasil.

⁵⁴ Nem tão atual assim, porque vem sendo perpetuado desde o Golpe de Estado de 1964, em sua base de sustentação, sendo composta por velhos "coronéis da política", inclusive nos Estados de Santa Catarina e Paraná.

⁵⁵ Os Guarani, via de regra, constituem uma minoria dentro destas Áreas.

Penso que a criação de um (ou mais de um) Distrito Sanitário Especial Indígena para a região poderia a médio prazo corrigir algumas das distorções dos serviços de saúde apresentadas ao longo deste capítulo. Como pudemos apontar, um DSEI *Kaingang* garantiria a eles a participação em todas as etapas de implementação, organização, planejamento e atuação dentro do distrito. Daria-lhes também a salvaguarda dos variáveis humores e interesses políticos quase sempre adversos. A participação dos indígenas, os principais interessados na questão, é o que defende Pellegrini (1998):

"Implementar a proposta dos próprios índios para a organização de um sistema de atenção à saúde é, além de um direito assegurado, a única proposta compatível com um resultado positivo neste campo. A não ser que continuemos a fazer cercadinhos". (Pellegrini, 1998, p. 08)

Além disso, um DSEI *Kaingang* ou um DSEI regionalizado poderia sempre lançar mão do conhecimento específico que os *Kaingang* detém sobre o conceito de saúde, terapêuticas e cura, sem dispensar os serviços de saúde biomédicos. Estes saberes, de acordo com Langdon (1991) mereceriam, assim, mais respeito:

"A medicina indígena deve ser respeitada e entendida não só porque as etnias indígenas devem ser respeitadas, mas também porque ela oferece um contrabalanço às próprias limitações da medicina científica advindas de sua visão mecanicista do corpo e de uma tendência crescente para a especialização, que resulta num tratamentos dos sintomas, não do paciente". (Langdon, 1991, p. 208)

Conclusão

Todas as coisas já foram ditas, mas, como ninguém escuta, é sempre necessário recomeçar.

André Gide

Se posso apontar algumas perspectivas para repensar as políticas públicas em saúde indígena, no caso dos *Kaingang* de Palmas, estas são: a valorização da transmissão dos saberes específicos, o devido respeito às práticas terapêuticas dos especialistas locais e a otimização dos AIs enquanto mediadores dos campos do saber local com o saber biomédico. Isto não significa a retirada da Biomedicina ou do SUS de cena. Ao contrário, os *Kaingang* de Palmas a querem, mas almejam que ela esteja mais relacionada com seus saberes e anseios que procurei apresentar nesta dissertação.

Geertz (1986) apontou que até onde uma cultura pode chegar sem riscos, são os limites da expressão do desejo dela se distinguir das demais. Isto posto, e como pôde ser visto ao longo da dissertação, afirmo que uma das maneiras com que os *Kaingang* de Palmas conseguem marcar sua identidade de grupo, está na utilização e na transmissão do conhecimento de seus especialistas — remédios-domato e suas dietas — às gerações mais novas, mesmo lembrando que esta transmissão acontece principalmente entre a parcela de católicos da Área (que não corresponde à maioria da população indígena de Palmas). Mas, não obstante o caráter da religiosidade local, estes aprendizes do conhecimento *Kaingang* se tornam "potencialmente" importantes para serem considerados quando da implantação de projetos ligados à saúde da população da Área, quando da formação de futuros AIs e quando da implantação de um futuro DSEI. Talvez estes aprendizes pudessem ser os mais capazes de fazer a mediação entre os sistemas de cuidados com a saúde e a comunidade.

Como descrevi também, se por um lado, entre os sistemas utilizados, a Biomedicina aparece como influente nas terapêuticas dos casos de doenças, por outro, não é dominante para as percepções sobre a saúde entre os *Kaingang*. Ou seja, apesar do contato intenso e embora a Biomedicina seja, hoje, um recurso bem utilizado, os *Kaingang* percebem as relações saúde/doença/corpo de forma específica e utilizam-se primordialmente dos saberes de sua gente nas tentativas de resolução dos problemas de saúde.

Desta maneira, num contexto de pluralismos de sistemas de cuidados com a saúde, os atores *Kaingang* contam com mais recursos para negociar sobre o curso da doença. A utilização da medicina ocidental pelos *Kaingang* não implica necessariamente numa mudança de interpretação do processo de doença/cura. Nem mesmo eles esperam a implantação dos serviços públicos de saúde biomédicos para disporem de saberes e de especialistas terapêuticos aptos a resolver seus problemas de saúde. Contudo, não dispensam os atendimentos dos serviços públicos em saúde, principalmente nos casos graves de doença ou acidentes que fujam às formas de controle por eles conhecidas. Esta tem sido a tônica entre os *Kaingang*, na busca de seus itinerários terapêuticos.

Mas, para que esta utilização dos serviços profissionais de saúde seja corretamente aplicada, é necessário repensar o funcionamento do SUS em seus investimentos para a saúde coletiva, principalmente para as populações "invisíveis" ao meio urbano, ou seja, para as populações indígenas bem como para as populações rurais da região de Palmas. Para tanto, é necessário que o Governo Federal/Ministério da Saúde considere as questões de saúde não como "gasto" e sim como "investimento". É preciso então que estes investimentos sejam retomados sem economia, e com uma gestão não corrupta.

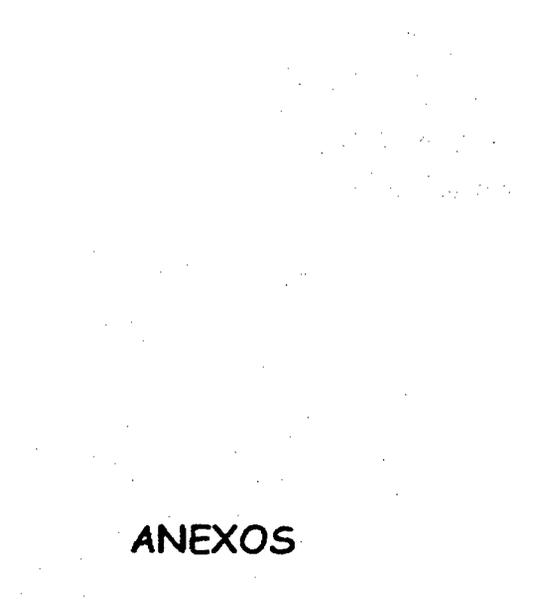
Deveriam estar sendo melhor analisadas as percepções dos *Kaingang* de Palmas sobre os múltiplos sistemas médicos com quem negociam, os conflitos e as diferenças entre o conhecimento tradicional e a Biomedicina e as demais questões

de políticas públicas em saúde indígena aqui apresentadas, na elaboração do planejamento das ações públicas referentes à saúde indígena. Ou seja, o problema está em que os sistemas plurais ainda não são coexistentes como deveriam. Estas considerações deveriam ser levadas em conta a propósito das formas de gerenciamento das ações do SUS — via municipalização — e ser levadas em conta na implantação de um futuro DSEI por parte dos organismos públicos parceiros desta implementação.

Por fim quero destacar mais uma vez que o saber local — culminado no uso dos remédios-do-mato — é recurso inestimável na restauração e manutenção do que os *Kaingang* consideram saúde. Como espera Oliveira (1996),

"o fato dos *Curandores* Kaingáng possuírem um conhecimento, ainda bastante intacto, sobre o uso dos "remédios do mato" e seus usos, sobre dietas e outros modos de curar; não poderia jamais ser desconhecido quando são pensadas ações de saúde da medicina institucional. O respeito ao seu conhecimento milenar deveria ser o primeiro preceito a qualquer técnico que se disponha a trabalhar com essas ações". (Oliveira, 1996, p. 227)

Faço das palavras desta autora, as minhas. Penso que os *Kaingang* certamente o fazem também.



ANEXOS

ANEXO 1

Croqui da Área Indígena de Palmas (Aldeia Sede)



ANEXO 2

ÁREA INDÍGENA DE PALMAS/PR CÓDIGO DE ÉTICA E PENAL. Outubro de 1997.

Histórico:

A comunidade *Kaingang* da Área indígena de Palmas, Paraná, composta por cerca de 650 pessoas, incluindo adultos, idosos e menores, sobrevivem basicamente da agricultura de subsistência numa área de 2.944 ha. de terra. Esta área está localizada à 7 Km. da cidade de Palmas, entre o sudoeste paranaense e o noroeste catarinense. O acesso até a área é feito por estrada de terra.

Apesar do convívio com a sociedade envolvente, os índios procuram conservar suas tradições, costumes e parte da religião tradicional. Além disso, dos índios integrantes desta comunidade, cerca de 70% cultivam suas origens, principalmente no que se refere à língua *Kaingang*.

A partir da década de 70, muitas adaptações foram feitas, principalmente na organização interna da comunidade. Ao longo do tempo de contato com a sociedade nacional, os índios desta reserva foram adaptando leis internas semelhantes às civis, deixando a especificidade cultural de seus antepassados, agindo democraticamente em todos os sentidos.

A escolha dos caciques era hereditária de pai para filho conforme os costumes tribais dos povos Jê. A partir de 1970, os caciques são escolhidos por eleição, vencendo o mais votado pela maioria dos integrantes da comunidade indígena, sem prazo determinado de mandato, dependendo do trabalho desempenhado dentro da comunidade. Após a escolha do cacique, o mesmo escolhe seus assessores, usando de preferência seus concorrentes ou escolha própria, apresentando seu grupo de trabalho à comunidade.

Devido às várias emendas constitucionais, das várias constituições brasileiras, os direitos indígenas foram alterados, colocando em risco a organização disciplinar adotada pelos comandos internos, entrando em divergência com as leis civis. Segundo estas emendas, os índios são considerados cidadãos comuns, devendo responder judicialmente por seus atos de acordo com seu grau de capacidade, cabendo ao poder judiciário os julgamentos cabíveis e as penas diferenciadas, por se tratarem de silvícolas.

No sul do país, vários caciques tem respondido judicialmente por penas aplicadas aos índios, pois o judiciário tem considerado as decisões dos caciques e das lideranças como infrações criminais as penas adotadas contra os índios, geralmente quando houve denúncia pelos índios prejudicados.

A FUNAI, Fundação Nacional do Índio, órgão oficial de defesa do patrimônio e dos direitos indígenas, segundo o Estatuto do Índio, deve respeitar a organização interna das comunidades indígenas e agir quando houver conflitos entre índios e não índios. Ainda conforme o Estatuto do Índio, a atuação da FUNAI se pauta em desenvolver programas de

assistência e fazer cumprir as leis que amparam os direitos indígenas, e inclusive exercer o policiamento das áreas, caso a comunidade esteja ameaçada, mas sem interferir nos problemas internos, salvo se houver risco de vida entre os índios.

Segundo a Constituição Federal, a FUNAI é o órgão que deve ser ouvido em qualquer caso que envolva índios nas diversas instâncias. Caso seja necessário, a FUNAI deve solicitar ao Ministério Público a intervenção da Polícia Federal, dependendo da gravidade do problema. Em situações de emergência, tais como os conflitos internos que visem uma catástrofe envolvendo a maioria da comunidade, e após esgotada as possibilidades de diálogo e entendimento, a FUNAI poderá solicitar o auxílio da Polícia Militar, bem como da Polícia Civil ou da Defesa Civil para manter a ordem.

Desta maneira, o cacique e seus assessores, no comando da comunidade indígena de Palmas e preocupados com a realidade dos problemas enfrentados, decidem criar um Código de Ética, adotando um sistema de trabalho de acordo com a lei, em conjunto com o Poder Judiciário, Polícia Militar e Civil do município de Palmas, Estado do Paraná.

Este código de Ética, após aprovação da comunidade indígena e análise jurídica, entrará em vigor a partir do momento em que houver acordo entre as partes.

Dos Casos e das Penas:

I - Homicídio entre Índios:

No caso de homicídio entre índios fica estabelecido que o autor do delito será transferido para outra reserva por prazo determinado não inferior à dez anos, cumprindo pena na reserva que for designado. O Cacique e a Liderança poderão também apresentar o acusado de homicídio às instâncias judiciais para punições cabíveis às leis civis.

II - Homicídios entre Índios e não Índios:

Em caso de homicídio entre índio(s) e não índio(s) em que o(s) indígena(s) for(em) a(s) vítima(s), fica estabelecido que o caso será levado às instâncias da justiça a quem caberá a condução do caso.

Em caso de homicídio em que o(s) não índio(s) for(em) a(s) vítima(s), o caso será investigado pelo Cacique e pela Liderança que deverão apresentar o(s) autor(es) do delito juntamente com sua defesa à justiça para julgamento de acordo com as leis que amparam os índios.

III - Tentativa de Homicídio:

No caso de tentativa de homicídio, o Cacique e a Liderança poderão aplicar penas que variem de 03 à 15 dias de prisão, podendo ser conjugada com a prestação de serviços comunitários e pernoite em regime fechado.

IV - Assalto:

Em caso de assalto entre os índios, o Cacique e a Liderança decidem a punição do infrator de acordo com o caso, com pena variando de 24 horas à 15 dias de prisão.

podendo ser conjugada com a prestação de serviços comunitários e pernoite em regime fechado.

Se o caso for de índio para não índio, o caso primeiramente deverá ser analisado pela Liderança e se não houver acerto, o caso deverá ser encaminhado à Polícia Civil.

V - Furto:

No caso de furto entre índios, o Cacique e a Liderança poderão decidir a punição do culpado que varia de 24 horas à 15 dias de prisão de acordo com a infração, podendo, por decisão da Liderança, ser aplicada a prestação de serviços comunitários durante o dia e pernoite em regime fechado.

Se o caso for de índio para não índio, o caso primeiramente deverá ser analisado pela Liderança e se não houver acerto, o caso deverá ser encaminhado à Polícia Civil.

VI - Agressão Física entre Índios:

Em caso de agressão física entre índios, o Cacique e a Liderança poderão aplicar a punição que varia de 24 horas à 10 dias de acordo com o problema, podendo ser aplicada a prestação de serviços comunitários durante o dia e pernoite em regime fechado.

VII - Agressão Moral:

Em caso de agressão moral, ou seja fofocas sem provas, calúnias e difamações, o Cacique e a Liderança poderão aplicar as penas que variam de 24 horas à 05 dias de prisão, podendo ser aplicada a prestação de serviços comunitários durante o dia e pernoite em regime fechado.

VIII - Desrespeito à Autoridade:

Em caso de desrespeito em à autoridade, o Cacique e a Liderança poderão aplicar penas que variem de 24 horas à 03 dias de prisão no sistema de prestação de serviços comunitários durante o dia.

IX - Alcoolismo:

No caso de alcoolismo entre índios, o Cacique e a Liderança poderão aplicar pena de 24 horas se houver problema, podendo optar pela prestação de serviços comunitários após o estado de embriagues. Se o caso for agravado, a pena poderá aumentar para 03 dias.

Quando o caso for de alcoolismo crônico, os índios deverão ser encaminhados para especialistas, médicos ou psicólogos para tratamento.

X - Uso de Drogas:

No caso de uso de drogas entre índios, o Cacique e a Liderança deverão encaminhar os infratores para tratamento especializado e acompanhar os casos até que haja a recuperação dos usuários.

XI - Sedução de Menores e Adultos:

No caso de sedução entre os índios, o Cacique e a Liderança deverão analisar o caso e conforme o problema, poderão aplicar penas que variem entre 24 horas à 03

dias no sistema fechado, podendo ser aplicada a prestação de serviços comunitários durante o dia e pernoite em regime fechado.

XII - Estupro:

Em caso de estupro entre índios, o Cacique e a Liderança decidirão se a punição será na aldeia, e neste caso, aplicando pena que varia de 24 horas à 30 dias em regime fechado, ou o caso será levado às instâncias judiciais, mesmo que o indígena seja acima de 18 anos de idade.

XIII - Prostituição:

No caso de prostituição entre os índios, o Cacique e a Liderança poderão aplicar as punições que variam de 24 horas à 15 dias de acordo com o problema, podendo ser aplicada a prestação de serviços comunitários durante o dia e pernoite em regime fechado. Não deverá ser forçado o casamento se não houver acordo entre as partes.

XIV - Desentendimento Familiar:

Havendo denúncia de desentendimento familiar, o Cacique e a Liderança poderão aplicar penas que variem de 24 horas à 15 dias de prisão de acordo com o caso, ou, à critério do Cacique e da Liderança, prisão até a conciliação do casal, podendo ser apenas algumas horas de prisão.

XV - Separação de Casais:

Em caso de separação de casais, o Cacique e a Liderança deverão analisar o caso e após esgotada as possibilidades de diálogo e não havendo reconciliação entre o casal e os mesmos mantenha a decisão da separação em comum acordo, ficará a critério da Liderança a separação ou a não separação. Se a Liderança decidir pela não separação e que os mesmos devam permanecer na união conjugal, a pena será de 24 horas até a reconciliação.

No caso de separação do casal, o pai em toda e qualquer hipótese, deverá manter o sustento dos filhos menores de idade, que ficarão com a mãe, e prestar contas deste sustento ao cacique até seus filhos completarem 18 anos de idade.

A partir do momento em que o casal se separar, tanto o pai quanto a mãe poderão casar novamente desde que estejam de acordo com as responsabilidades para com os filhos. O tratamento dado aos filhos menores será severamente acompanhado pelo Cacique e pela Liderança. Se houver constatação de maus tratos aos filhos menores, a Liderança aplicará punições que variem de 05 à 30 dias de prisão, podendo ser aplicada a prestação de serviços comunitários durante o dia e pernoite em regime fechado.

Se os maus tratos aos filhos menores ocorrerem pela mãe, o pai poderá pedir a guarda dos filhos e a mãe poderá ser punida de acordo com as penas acima descritas.

XVI - Casamentos:

Quando o casamento entre índios for de forma forçada, havendo denúncia por parte dos pais, o caso ficará a critério do Cacique e da Liderança a determinação do

casamento, caso haja resistência por parte dos envolvidos. Em todos os casos, os pais deverão ser sempre ouvidos.

Sempre que a Liderança decida pelo casamento forçado, deverá ser dado o direito de defesa ao acusado do sexo masculino, para não se cometer uma injustiça. Deverão ser observados os laudos comprobatórios dos exames de corpo de delito e/ou as provas concretas testemunhadas por parte da vítima.

Quando houver o envolvimento de menores de idade, o caso deverá ser minuciosamente investigado e o casamento deverá os seguintes critérios: (1) constatação por laudo médico do ato sexual; e (2) provas visuais verídicas de 01 à 03 testemunhas.

Em caso de envolvimento de menores, o casamento somente se efetuará após a autorização dos pais, devendo os mesmos assinarem termo de responsabilidade, arcando com as conseqüências, se gerar problemas. No caso de menores de 16 anos, o casamento só se efetuará com a autorização dos pais de ambas as partes.

XVII - Punições Especiais:

As punições especiais somente poderão ser aplicadas com os membros da Liderança, após esgotada todas as possibilidades de diálogo. Quando um membro da Liderança cometer infrações, deverá ser observado o trabalho positivo desenvolvido pelo mesmo, usando sempre do bom senso e procurando penas morais de acordo com o problema.

Essas punições especiais não dão direito ao abuso de poder contra os índios indefesos, nem mesmo privilégios de mau comportamento, devendo manter a ética e a moral no trabalho de Liderança.

Em caso de denúncia contra os líderes, o caso deverá ser amplamente investigado e aprovado para que se tome uma decisão. Após comprovada a denúncia, o caso deverá ser julgado pela própria Liderança, cabendo ao acusado o direito de defesa.

XVIII - Disposições Finais:

A reincidência à qualquer item deste Código de Ética implicará em aumento das penalidades.

No caso de fuga ou tentativa de fuga de índios que se enquadrem nas aplicações deste Código, as penas deverão ser de 05 à 15 dias de prisão, podendo ser aplicada a prestação de serviços comunitários durante o dia e pernoite em regime fechado.

Casos omissos neste código de ética serão analisados pela Liderança, a quem caberá decidi-los.

Anexo 3

NOME	IDADE	SÉRIE	FILIAÇÃO
Alex Junior Mendes	05	Pré	Maria Júlia Mendes
Ana Paula de Oliveira	06	Pré	João Domingos de oliveira e Maria de Lurdes Oliveira
Andreza Nunes	06	Pré	Claudir Nunes e Cleusa Amantino
Elizângela Mendes de Paula	04	Pré	Valmor Venhrá de Paula e Maria Lúcia Mendes de Paula
Gidiel de Oliveira	06	Pré	Dorico de Oliveira e Maria Dirce Virí
Jeremias da Silva Oliveira	06	Pré	Santiagô Oliveira e Silvana da Silva Oliveira
Josiele Borges	06	Pré	João Borges e Jurema de Fátima Mendes Borges
Luiz Fernando Mendes	05	Pré	Margal Mendês e Florentina Pinto
Marciana Mendes	05	Pré	Agostinho Mendes e Maria Tereza Vygká dos Santos
Mirian dos Santos Padilha	05	Pré	Leonir Padilha e Cacilda Vieira dos Santos
Orlanda André Santos	05	Pré	André Santos e Maria da Luz
Orlando Mendes de Paula	06	Pré	Valmor Mendes de Paula e Maria Lúcia Mendes de Paula
Pâmela dos Santos	06	Pré	Sadi Korin dos Santos e Ozângela dos Santos
Patrícia dos Santos	06	Pré	Pedro dos Santos e Marta da Silva
Rodrigo Fortes	05	Pré	Jurandir Fortes e Suleide de Oliveira Fortes
Saraline dos Santos	04	Pré	Juvelino dos Santos e Noemia dos Santos
Vanderléia Mendes	05	Pré	João Celso Mendes e Roseli Fátima Mendes
Silpa Amantino	06	Pré	Sebastião Amantino e Maria Santina Amantino
		Pré	
NOME	IDADE	SÉRIE	FILIAÇÃO
Alduíno dos Santos da Silva	10	1º	Sebastião da Silva e Adelaide dos Santos da Silva
Alice Rosana André	07	1º	Arnoldo André e Maria de Jesus Santos André
Anderson Pinto	08	1º	Amandio Pinto e Cecília dos Santos

Andréia Abreu	10	1º	Marciano Abreu e Elza de Fátima Mendes
Antônio V. Mendes de Moraes	09	1º	João Moraes e Maria Júlia Mendes
Cenina Mendes	09	1º	Alcindo Mendes e Maria Alves
Cézar dos Santos	09	1º	João Maria dos Santos e Neusa Onório dos Santos
Clarice Alves Pinto	07	1º	Valdir Pinto e Matilde Alves
Clarisse Viri	10	1º	Ari Viri e Mameide Mendes Viri
Clebson Viri	08	1º	Adão Viri e Doralice Mendes Viri
Daniel Rodrigues	08	1º	Gabriel Rodrigues e Maria Silva Rodrigues
Dilcéia Mendes	08	1º	João Celso Mendes e Roseli de Fátima Mendes
Edeovan Jucie Alves	07	1º	João Nilso Alves e Maria Madalena da Silva
Elaine dos Santos	07	1º	Juvelina dos Santos e Naemia Mendes Viri
Erenici Viri	14	1º	Ari Viri e Mameide Mendes Viri
Erlice Viri	13	1º	Ari Viri e Mameide Mendes Viri
Gildo Mendes	08	1º	Elizário Mendes e Lurdes de Fátima Mendes
Gilmar Alves	07	1º	Valêncio Alves e Maria Augusta Mendes
Ivone Alves	13	1º	Arnaldo Alves e Maria Viri
Ivonete Mendes	08	1º	Gerardo Mendes e Maria Aparecida Mendes
Izaías dos Santos de Oliveira	10	1º	Alberto Alves de Oliveira e Veronice Vieira dos Santos
NOME	IDADE	SÉRIE	FILIAÇÃO
Joãozinho Alves	10	1º	Arnaldo Alves e Maria Viri Alves
Juliana Ramos da Silva	08	1º	Dirceu da Silva e Júlia André Ramos
Juliano FóJim Belino	07	1º	Antônio Belina e Rosane Aparecida dos Santos
Lindomar dos Santos	10	1º	Leandro dos Santos e Roselli dos Santos
Maria Rosana Mendes	11	1º	Elizário Mendes e Lurdes Mendes
Marilene Mendes	07	1º	Luiz Carlos Mendes e Nerilda Mendes
Nilvo Alves	08	1º	Arnaldo Alves e Maria Alves

Ozias Amantino	08	1º	Sebastião Amantino e Maria Santina Amantino
Rosane do Silva	07	1º	Darci da Silva e Roseli da Silva
Vilmar Henrique	08	1º	Marci Henrique e Salete Viri
Weslen Viri	07	1º	Albino Viri e Zani de Fátima Arruda Viri
NOME	IDADE	SÉRIE	FILIAÇÃO
Clecidiano da Silva	10	2º	João Agostinho dos Santos e Dinorá Mendes
Délcio Alves de Oliveira	09	2º	Sebastião de Oliveira e Maria Vicentina Alves
Elias dos Santos Gonçalves	10	2º	João Gonçalves e Alice Gonçalves
Elizandro de Oliveira	10	2º	Dorico de Oliveira e Maria Dirce Viri
Gerci Mendes	11	2º	Alcindo Mendes e Maria Alves
Geisel Junior do Silva Alves	08	2º	João Nilso Alves e Maria Modalena da Silva
Gilberto André	09	2º	Arnoldo André e Maria de Jesus André
Jeomar Fortes	08	2º	Jurandir Fortes e Suleide de Oliveira Fortes
Luan dos Santos	08	2º	Afonso dos Santos e Nercinda dos Santos
Lucilene Mendes	09	2º	Juvenal Mendes e Irene Dias Mendes
Lucimara dos Santos	10	2º	Valdomiro dos Santos e Jacira Vieira dos Santos
Lucinda Alípio	10	2º	Creimar Alípio e Maria Alíppia
Marcielle Mendes	09	2º	Marçal Mendes e Florentina Pinto
Mariluce Mendes	10	2º	Luiz Carlos Mendes e Nerilda Alves
Maurício André de Oliveira	09	2º	Amilton de Oliveira e Adelina André de Oliveira
Neiva Mendes	10	2º	Bastião Mendes e Orízia Olimpio Mendes
Raquel dos Santos	08	2º	Missiano dos Santos e Jussara dos Santos
Regione Aparecida Mendes	12	2º	Sipriano Mendes e Virgínia Mendes
Rosângela Fátima Alves	09	2º	Valência Alves e Maria Augusta Alves
Rosimar Alves	11	2º	Valêncio Alves e Maria Augusta Alves
Roseliane dos Santos	10	2º	Paulo dos Santos Roseli dos Santos

Seralci Mendes	12	2°	Serafim Mendes e Genevra Mendes
Silvana Ramos da Silva	10	2°	Dirceu da Silva e Júlia André Ramos
Suzana Belino	10	2°	Antônio belino e Rosane Aparecida dos Santos
Valmir Alves Pinto	10	2°	Valdir Pinto e Matilde Alves
NOME	IDADE	SÉRIE	FILIAÇÃO
Ademir de Oliveira	14	3°	Lauro de Oliveira e Maria Borges de Oliveira
Alceu Mendes	13	3°	Nicanor Mendes e Maria Generosa Mendes
Aldos Santos da Silva	13	3°	Sebastião da Silva e Adelaide dos Santos
Cristalino de Oliveira	13	3°	Lauro de Oliveira e Maria Borges de Oliveira
Edna Laís dos Santos	10	3°	Miguel André dos Santos e Marilice Ramos dos Santos
Ezequias Amantino	10	3°	Sebastião Amantino e Maria Santino Amantino
Irsolina Mendes	12	3°	Agenor Borges e Maria Otília dos Santos
João Hélio Alves	10	3°	João Celso Mendes e Ivanilde Alves
Juliana Ramos Inácio	11	3°	João Maria Inácio e Carmem Ramos
Juvelino dos Santos	10	3°	Juvelino dos Santos e Noemia dos Santos
Leandro dos Santos Oliveira	12	3°	João Silvano de Oliveira e Maria Neide dos Santos
Morgarete Arruda de Oliveira	12	3°	Manoel de Oliveira e Maria Anália Arruda de Oliveira
Priscila Rejane Viri	09	3°	Albino Viri e Zani de Fátima Viri
Rosane de Oliveira	11	3°	Dorico de Oliveira e Maria Dirce Viri
Sidinei de Oliveira	11	3°	João Silvino de Oliveira e Derli Aparecida dos Santos
Silvestre Mendes	12	3°	Sebastião Mendes e Orízia Olímpio Mendes
Valdoir Antônio Alves	10	3°	Mariano Mendes e Dorilde Alves
Willian dos Santos Pinto	09	3°	Sadi Pinto e Sirlei dos Santos Pinto
NOME	IDADE	SÉRIE	FILIAÇÃO
Anderson Roberto André	14	4°	Arnoldo André e Maria de Jesus André
Bruno Borges	10	4°	João Borges e Jurema de Fátima Mendes Borges

Carlos Alexandre dos Santos	10	4º	Hilário dos Santos e Alzira Mendes dos Santos
Cleunice dos Santos	12	4º	João Agostinho da Silva e Dinorá Mendes
Cleuirino Viri	13	4º	Adão Viri e Doraci mendes Viri
Giseli Odeide Silviane Alves	10	4º	João Nilso Alves e Maria Maddalena Alves
Jaailson Jagni Mendes	12	4º	Juvenal Mendes Irene Padilha Mendes
João Sedimar Mendes *	12	4º	João Celso Mendes e Maria Ivanilde Mendes
Joarez Alves	14	4º	Arnaldo Alves e Maria Viri
Joel dos Santos	11	4º	Missiano dos Santos e Jussora dos Santos
Jolison Viri	10	4º	EneDir Arruda e Maria GeneoVa Viri
Marciel Mendes	12	4º	Marçal Mendes e Florentina Pinto
Marilita de Oliveira	13	4º	Dorico de Oliveira e Maria Dirce Viri
Mariza Arruda de Oliveira	13	4º	Manoel da Oliveira e Maria Anália Arruda de Oliveira
Neiva Alves de Oliveira	11	4º	Sebastião de Oliveira e Maria Vicentina Alves
Sidinei Mendes	15	4º	Serafim Mendes e GeneoVa Mendes
Simone Fortes	11	4º	Jurandir Fortes e Suleide de oliveira Fortes
Sandro Alves	16	4º	Arnaldo Alves e Maria Viri
Valcinei dos Santos	14	4º	Maria Augusta dos Santos

BIBLIOGRAFIA

- ACERKNETCH, Edwin. 1985. Diagnósticos e Tratamientos Naturales y Sobrenaturales. In: *Medicina Antropológica*. Espanha, Akal Editora.
- ALBERT, Bruce. 1992. A Fumaça do Metal: história e representação do contato entre os Yanomami. *Anuário Antropológico/89*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro.
- ALMEIDA, Rubem Thomaz de. 1988. Breves Comentários sobre saúde e relações de Contato: os Guarani brasileiros. *Revista Saúde em Debate*, jan., ed. Especial: 28-32.
- ALVES, Paulo César. 1993. A Experiência da Enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 9(3): 263-271.
- AMBROSETTI, Juan B. 1894. Los Índios Kaingangues de San Pedro (Misiones). *Revista del Jardín Zoológico de Buenos Ayres*. Tomo II. Buenos Aires.
- AUGÉ, Marc. 1986. L'Anthropologie de la Maladie. In: *L'Homme*. N° spécial Anthropologie. Etat des Lieux. Paris, Navarrin/ Livre de Poche.
- BALDUS, Herbert. 1937. *Ensaio de Etnologia Brasileira*. São Paulo, Brasiliense.
- BARBOSA, Horta. 1954. Epidemias entre os Kaingang. *Revista do Museu Paulista*. São Paulo.
- BODSTEIN, Regina Cele A. 1997. Políticas e serviços de saúde na perspectiva sociológica. In CANESQUI, Ana Maria (org.) *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo, Hucitec.
- BORBA, Telêmaco. 1908. *Actualidade Indígena*. Imprensa Paranaense. Curitiba.
- BUCHILLET, Dominique. 1991. A Antropologia da Doença e os Sistemas Oficiais de Saúde. in BUCHILLET, D. (org.) *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém, CEJUP, p. 21-43.
- _____. 1995. Contas de Vidro, Enfeites de Branco e Potes de Malária. *Série Antropológica*, N° 187. Brasília, UnB.
- COORDENAÇÃO DE SAÚDE INDÍGENA (COSAI). 1996. Documento Internet: dpinheiro@fns.gov.br
- CONKLIN, Beth. - 1994. O sistema Médico Wari'. in SANTOS & COIMBRA (org.) - *Saúde e Povos Indígenas*. Rio de Janeiro, Fiocruz, p. 161-188

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. 1989.

CRÉPEAU, Robert. 1994. Économie et Rituel. *Religiologiques*, N° 10, automne. Montreal, Université de Montreal.

_____. 1997 a. Les Kaingang dans le contexte des études Gê et Bororo. *Antropologia et Societes*, vol. 21, N°2-3. Quebec

_____. 1997 b. Le chamane croit-il vraiment à ses manipulations et à leurs fondements intellectuels? *Antropologia et Societés*, vol. 21, N°2-3. Quebec

D'ANGELIS, W. 1984. Toldo Chimbanguê: história e luta em Santa Catarina. CIMI/Regional Sul, Xanxerê.

DAVIS, Shelton. 1978. *Vítimas do Milagre: o desenvolvimento e os Índios do Brasil*. Rio de Janeiro, Zahar Editores.

DIEHL, Eliana. 1997. *Os Medicamentos e as Plantas entre os Kaingang: um estudo interdisciplinar*. Projeto de doutoramento em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

DOCUMENTAÇÃO INDIGENÍSTA AMBIENTAL (DIA). 1997. Documento internet: dia@cr-df.rnp.br

FERNANDES, Loureiro. 1939. Notas hemato-antropológicas dos Kaingang de Palmas. *Arquivos do Museu Paranaense*. Curitiba.

_____. 1941. Os Caingangue de Palmas. *Arquivos do Museu Paranaense*. Curitiba.

FERNANDES, Ricardo Cid. 1998. Dom João VI e os Kaingang: da morte ao esquecimento dos índios do sul do Brasil. *Revista Porto e Vírgula*. Porto Alegre, Mar.

_____. 1998 b. *Autoridade Política Kaingang: um estudo sobre a legitimidade política entre os Kaingang de Palmas*. Florianópolis, PPGAS, UFSC. Dissertação de Mestrado.

GEERTZ, Clifford . 1986 . The uses of Diversity. In: McMURRIN, S.M. - *The Tanner Lecture on Human Values*. Salt Lake City, U. Utah Press, 1986.

_____. 1988. O Anti-anti-relativismo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, N° 08. Vol. 03, outubro

_____. 1989. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan.

_____. 1998. Do Ponto de Vista dos Nativos. In: *O Saber Local*. Petrópolis, Vozes

- GOOD, Byron. 1990. *Medicine, Rationality and Experience: na anthropological perspective*. Cambridge University Press.
- HANKE, Wanda. 1950. Los Caingangues de la Serra de Apucarana. *Arquivos do Museu Paranaense*, Vol. VIII.
- HAVERROTH, Moacir. 1997. *Kaingang, Um Estudo Etnobotânico: uso e classificação das plantas na área indígena Xaçecó/SC*. Florianópolis, PPGAS/UFSC, Dissertação de mestrado.
- HELM, Cecília. 1974. *A integração do índio na estrutura agrária do Paraná: o caso Kaingang*. UFPR, Livre Docência.
- _____. 1995. *Kaingang, Guarani e Xetá na Historiografia Paranaense*. XIX Reunião Anual da ANPOCS. Caxambu/MG, outubro.
- JUNQUEIRA, Luciano P. 1997. A descentralização e a reforma do aparato estatal em saúde. In CANESQUI, Ana Maria (org.) *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo, Hucitec.
- KELLER, Franz. 1867. Noções sobre os Indígenas da Província do Paraná. *Boletim do Museu do Índio*. Rio de Janeiro, Antropologia, N° 1:9-29.
- KLEINMAN, Arthur. 1980. *Patients and Healers in the context of Culture*. Berkeley, University of California Press.
- KURTZ DE ALMEIDA, L. 1998. *Dinâmica Religiosa entre os Kaingang do Posto Indígena de Xaçecó*. PPGAS/UFSC, Dissertação de mestrado.
- LANGDON, E. Jean. 1991. Percepção e Utilização da Medicina Oficial pelos Índios Sibundoy e Siona no Sul da Colômbia. in BUCHILLET, D. (org.) *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém, CEJUP, p. 207-228.
- _____. 1994-a. *A Negociação do Oculto: Xamanismo, Família e Medicina entre os Siona no Contexto Pluri-Etnico*. Trabalho apresentado para o Concurso de Professor Titular da Universidade Federal de Santa Catarina. (mimeo.)
- _____. 1996. *A Doença como Experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica*. *Cadernos de Primeira Mão*. Florianópolis, PPGAS/UFSC.
- LAYTANO, Dante. Populações Indígenas: estudo histórico de suas condições atuais no Rio Grande do Sul - Caingangue. *Revista do Museu Júlio de Castilhos e Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul*, N° 5. 149-209.
- LÉVI-STRAUSS, Claude. 1955 [1996]. *Tristes Trópicos*. São Paulo, Companhia das Letras.

- LIMA, Antonio Carlos de Souza. 1989. Os Museus de história Natural e a Construção do Indigenismo. *Revista de Antropologia* (30/31/32, 1987-1989). São Paulo, USP.
- LIMA, Francisco das Chagas. 1842. Memória sobre o descobrimento e colonia de Guarapuava. *Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro*. Rio de Janeiro, 13: 43-64.
- LOCK, Margareth. & SCHEPER-HUGHES, Nancy. 1990. A critical interpretative approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent. in: JOHNSON, T. & SARGENT, C. *Medical Anthropology: contemporary theory and method* New York, Praeger Publications, p. 47-72.
- MABILDE, Afonso. 1899. Apontamentos sobre os Índigenas Selvagens da Nação Coroados: que habitam os sertões do Rio Grande do Sul. *Anuário do Estado do Rio Grande do Sul*. Ano XV: 125-151.
- MELATTI, Júlio César. Índios do Brasil. Petrópolis, Vozes, 1983.
- MENDONÇA, Sofia. 1997. A Construção da Política Indigenista de Saúde. *Boletim da CISI*. Ministério da Saúde, abril/junho.
- METRAUX, Alfred. 1946. The Caingang. In: *Handbook of South American Indians*. Vol 1: The Marginal Tribes. Washington, Smithsonian Institute, vol. I, (3):445-475.
- MONTEIRO, Paula. *Emergência das Diferenças na Globalização*. palestra ministrada em 21/11/97 no Museu de Antropologia da UFSC.
- MOTA, Lúcio Tadeu. 1994. *As Guerras dos Índios Kaingang: a história épica dos índios Kaingang no Paraná (1769-1924)*. Maringá, Ed. UEM.
- NACKE, Aneliese. 1983. *O Índio e a Terra: a luta pela sobrevivência no P.I. Xaçepó/SC*. PPGAS/UFSC, Dissertação de mestrado.
- NIMUENDAJÚ, Curt. 1993. *Etnografia e Indigenismo*. Campinas, Unicamp.
- NOVAES, M. R. 1994. *A caminho da Farmácia: pluralismo médico entre os Wari' de Rondônia*. Unicamp, Dissertação de Mestrado.
- OLIVEIRA, Maria Conceição. 1996. *Os Curadores Kaingang e a Recriação de suas Práticas: estudo de caso da Aldeia de Xaçepó*. PPGAS/UFSC, Dissertação de Mestrado.
- PELLEGRINI, Marcos. 1993. *Wadubari*. São Paulo, Marco Zero.

- _____. 1996. *Percepções e Expectativas dos Yanomami da Serra Parimã sobre o Setor Profissional do Sistema de Saúde Local: um estudo de narrativas de casos de doença*. PPGAS/UFSC, Projeto de Pesquisa.
- _____. 1998. O Preço da Diferença: aspectos éticos e legais da assistência à saúde indígena. *Informativo INESC*. Nº 85, Brasília, Junho
- PIZA, Marcelo. 1938. Notas sobre os Caingangos. *Revista do Instituto Histórico e Geográfico de São Paulo*. Nº 35: 199-209. São Paulo.
- POLLOCK, Donald. 1994. Etnomedicina Kulína in SANTOS & COIMBRA. (org.) *Saúde e Povos Indígenas*. Rio de Janeiro, Fiocruz. (org.) *Saúde e Povos Indígenas*. Rio de Janeiro, Fiocruz, p. 143-160.
- PROJETO DE LEI Nº 4.681/94 (Lei Arouca) 1994. Brasília, Câmara dos Deputados.
- RAMOS, Alcida. 1990. *Memórias Sanumá: espaço e tempo em uma sociedade Yanomami*. São Paulo, Marco Zero.
- RIBEIRO, Darci. 1970. *Os Índios e a Civilização*. Petrópolis, Vozes.
- SANTOS, R. & COIMBRA, C. (eds.) 1994. *Saúde & Povos Indígenas*. Rio de Janeiro, Fiocruz.
- SANTOS, Sílvio Coelho. 1969. *A Integração do Índio na Sociedade Regional: a função dos Postos Indígenas em Santa Catarina*. Florianópolis, UFSC.
- _____. 1973. *Índios e Brancos no Sul do Brasil: a dramática experiência dos Xokleng*. Florianópolis, Ed. Movimento.
- _____. 1989. *Povos Indígenas e a Constituinte*. Porto Alegre, Movimento.
- SHADEN, E. 1988. *A Mitologia Heróica de Tribos Indígenas do Brasil*. São Paulo, EDUSP.
- TOMMASINO, Kimie. 1995. *A História dos Kaingang da Bacia do Tibagi: uma sociedade Jê Meridional em Movimento*. Antropologia/Universidade de São Paulo. Tese de doutoramento.
- UNIÃO DAS NAÇÕES INDÍGENAS. 1988. Os Povos Indígenas e o Direito à Saúde. *Revista Saúde em Debate*. Jan., p. 08-09.
- VARGA, István. 1992. Indigenismo Sanitário? - instituições, discursos e políticas indígenas no Brasil contemporâneo. *Revista Cadernos de Campo*. São Paulo, USP.
- _____. 1998. *Cidadanias e Organizações Neo-Governamentais: uma discussão a propósito da política pública para os povos indígenas no Brasil*. (mimeo)

VEIGA, Juracilda. 1992. *Kaingang: Revisão Bibliográfica Crítica sobre Organização Social*. Cadernos do CEOM, ano 6, N° 8. Chapecó/SC, UNOESC.

_____. 1994. *Organização Social e Cosmovisão Kaingang: uma introdução ao casamento, parentesco e nomeação em uma sociedade Jê meridional*. Unicomp, Dissertação de Mestrado.

VERANI, C. 1994. A Construção Social da Doença e seus Determinantes Culturais: a Doença da Reclusão do Alto Xingu. in SANTOS & COIMBRA. (org). *Saúde e Povos Indígenas*. Rio de Janeiro, Fiocruz. (org) *Saúde e Povos Indígenas*. Rio de Janeiro, Fiocruz, p. 91-114.

_____. 1998. *A Política de Saúde do Índio e a Organização dos Serviços no Brasil*. Trabalho apresentado no GT-5 Política Indigenista, Movimentos Étnicos e Estados Nacionais da XXI Reunião da Associação Brasileira de Antropologia realizada em Vitória/ES de 05 a 09 de abril de 1998.



Foto: "Cacique" Bastião
e este autor