

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA

**A ATENÇÃO À SAÚDE EM UM CONTEXTO INDÍGENA: OS MEDICAMENTOS
ENTRE OS GUARANI DE UMA ALDEIA EM SANTA CATARINA**

FRANCIELLY GRASSI

FLORIANÓPOLIS, 2009

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA

**A ATENÇÃO À SAÚDE EM UM CONTEXTO INDÍGENA: OS MEDICAMENTOS
ENTRE OS GUARANI DE UMA ALDEIA EM SANTA CATARINA**

FRANCIELLY GRASSI

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Farmácia da
Universidade Federal de Santa Catarina.

PROF^ª DR^ª ELIANA ELISABETH DIEHL
ORIENTADORA

FLORIANÓPOLIS, 2009

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA

**A ATENÇÃO À SAÚDE EM UM CONTEXTO INDÍGENA: OS MEDICAMENTOS
ENTRE OS GUARANI DE UMA ALDEIA EM SANTA CATARINA**

FRANCIELLY GRASSI

ORIENTADORA:
PROF^a DR^a ELIANA ELISABETH DIEHL

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

PROF^a DR^a ESTHER JEAN LANGDON
Componente da Banca

PROF DR. MARCOS ANTONIO PELLEGRINI
Componente da Banca

PROF DR. MARCOS ANTONIO SEGATTO SILVA
Componente da Banca

FLORIANÓPOLIS, 25 de março de 2009



**“Cada um é especial em sua própria
maneira de ser”
(Anônimo)**

AGRADECIMENTOS

A *Nhanderu* pela vida, e com esta o grande presente de cada momento.

Gostaria de encontrar palavras para agradecer à Eliana, por todo o apoio, incentivo e ajuda que recebi durante estes dois anos em que estive no mestrado. Chamar seu papel de orientação é minimizar a sua contribuição para a realização deste trabalho. Obrigada por fazer parte da minha formação profissional e do ciclo das pessoas que tenho como amigos.

Aos meus pais, por zelarem pelo meu legado cultural, moral e social e minhas irmãs lindas, Vanessa e Marielly, que sempre me apóiam e compartilham todos os momentos. Sou imensamente feliz por tê-los tão próximos.

Ao Rafael, pelo seu amor, companheirismo, incentivo, compreensão e paciência.

À Iracema pela sua amizade e carinho inestimáveis e a todos os meus amigos e amigas que além do apoio, ouviram meus desabafos e estiveram e continuam ao meu lado.

Aos Guarani que me acolheram de forma tão carinhosa e me acompanharam desde o início de meu trabalho. Dos muitos nomes a serem lembrados, registro especialmente: Elizete Antunes, Marco Djekupé, Adão Antunes, Ivete Souza, Sueli Pilantir, Artur Benite, Marcelo Benite, Márcia, Teófilo Gonçalves, José Martins, Augustinho Moreira.

À Mara, diretora da escola *Itaty*, pois sua amizade foi um presente recebido deste trabalho.

A Renato Rita, que pelo seu trabalho maravilhoso e pela oportunidade concedida aos Guarani, serei sempre grata.

Ao Sam, que durante todos os dias é meu companheiro incondicional.

RESUMO

A busca pelo tratamento ou alívio dos sofrimentos causados pela doença é uma prática comum em todas as culturas. Ao centralizar o olhar em contextos locais, observa-se a pluralidade de sistemas de saúde e de recursos terapêuticos disponíveis. Assim, os indivíduos e seus familiares procuram por tratamento nos vários sistemas, atualizando suas concepções ao mesmo tempo em que as testam na realidade concreta, verificando a todo instante a eficácia do tratamento, corrigindo-o ou adotando novos procedimentos. Os medicamentos constituem um destes recursos terapêuticos e estão contemplados como uma das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, a qual estabelece a promoção do uso adequado e racional dos mesmos. Esse trabalho investiga questões do uso e as percepções sobre os medicamentos, assim como as formas de auto-atenção utilizadas por índios Guarani de uma Terra Indígena do litoral de Santa Catarina. A coleta de dados foi realizada através da observação participante durante as atividades cotidianas na Terra Indígena, de entrevistas abertas ou semi-estruturadas e de aplicação de questionários. A análise dos medicamentos encontrados nos domicílios e das prescrições médicas mostrou que algumas classes terapêuticas se sobressaíram, entre elas as preparações para tosse e resfriado, os analgésicos e os antibacterianos de uso sistêmico. Os motivos apontados pelos indígenas para o uso deste recurso terapêutico foram a praticidade de uso, o fácil acesso e o reconhecimento da eficácia para o tratamento das “doenças de *djuruá*”. Central na decisão da escolha para o tratamento, alívio ou cura dos sofrimentos, estava o *karai*, pois na maioria das vezes era ele quem avaliava qual a melhor alternativa de cuidado a ser buscada, se os recursos terapêuticos guarani ou os serviços de saúde. Considerando a disponibilidade de vários recursos terapêuticos, os Guarani faziam escolhas de forma autônoma ou relativamente autônoma quando um problema de saúde era identificado. Esse contexto indica que os serviços de saúde e o processo de auto-atenção devem se articular, visando melhorar os comportamentos através da construção coletiva de ações educativas para a saúde.

Palavras-chave: Saúde Indígena; Medicamentos; Índios Guarani.

ABSTRACT

The search for treatment or even relief for suffering caused by diseases is a common practice in all cultures. Focus in local contexts, becomes evident the plurality of health systems and its available therapeutics resources. So, people and they relatives seek for treatment in multiple systems, updating their concepts at the same time they test these concepts against concrete reality, constantly verifying the treatment efficiency, correcting it or adopting new procedures. The medicines constitute one of these therapeutics resources and one of the guidelines of national politics of health attention for Indian nations, which states the promotion of rational and appropriate use of medicines. This paper investigates questions concerning the use of medicines and its perceptions, as well as forms of self-attention used by the Guarani Indians of an Indian territory, in Santa Catarina's coastline, Brazil. The collect of data were performed through participant observation during daily activities in Indian Territory, open or semi-structured interviews and questionnaire application. Analysis of medicines found in residences and medical prescriptions demonstrates that some therapeutics classes showed predominance; among them were cold and cough preparations, analgesics and systemic use antibiotics. Among motives claimed by Indians to justify the use these resources were easy access and acknowledgment on their efficiency for "*djuruá*" diseases. The *karai* was the key point in the decision of treatment, relieving or curing sufferings, once that was him who evaluate which was the best alternative between the Guarani's therapeutics resources and health services. Considering availability of different therapeutics systems, the Guarani choose in an autonomous or relatively autonomous way when a health problem was identified. This context indicates that health services and the self-attention process must articulate objecting an improvement in health behavior through collective education actions.

Key words: Indian Health; Medicines; Guarani Indians.

SUMÁRIO

RESUMO	5
ABSTRACT	6
1. INTRODUÇÃO	14
2. REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1 Saúde e doença a partir da antropologia da saúde	17
2.2 Panorama da fabricação, comércio e consumo dos medicamentos em âmbito mundial e no Brasil	20
2.3 Farmacoepidemiologia e estudos em contextos locais	23
2.4 Atenção à Saúde dos Povos Indígenas	25
2.4.1 Um pouco de história	25
2.4.2 O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena	28
2.4.3 O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Sul-Sudeste	33
2.4.4 Assistência farmacêutica no contexto da saúde indígena	37
2.5 Sobre os Guarani	38
3. MÉTODO	45
3.1 Sobre o trabalho de campo	45
3.2 A coleta de dados	47
3.2.1 A análise dos dados sobre os medicamentos encontrados nas casas e os prescritos	49
4. RESULTADOS	50
4.1 Os Guarani da Terra Indígena Morro dos Cavalos	50
4.2 Os Guarani da Terra Indígena Morro dos Cavalos: dados demográficos da pesquisa	63
4.3 Atenção à Saúde aos Guarani da Terra Indígena Morro dos Cavalos	66
4.3.1 A dinâmica de organização e de funcionamento do serviço de saúde	66
4.3.2 A dinâmica de utilização do serviço de saúde	69
4.4 Doenças e <i>poã</i>	70
4.5 “Farmácia caseira” e medicamentos prescritos	73
5. DISCUSSÃO	83
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91

APÊNDICES	99
ANEXOS	110

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil	29
Figura 2. Distrito Sanitário Especial Indígena Sul-Sudeste	34
Figura 3. Localização das Áreas Indígenas no Brasil	39
Figura 4. Localização da T.I. Morro dos Cavalos em relação ao Parque Estadual da Serra do Tabuleiro	50
Figura 5. Diagrama simplificado da relação de aliança entre a família de João e Francisca com a família de Adelaide e Pedro	52
Figura 6. Diagrama simplificado da família de Paulo Almeida, residente na aldeia Morro dos Cavalos	54
Figura 7. Escola de Ensino Fundamental <i>Itaty</i> , Terra Indígena Morro dos Cavalos, 2006-2008	60
Figura 8. Posto de Saúde, Terra Indígena Morro dos Cavalos, 2006-2008	61
Figura 9. Divisão interna do Posto de Saúde, Terra Indígena Morro dos Cavalos, 2006-2008	62
Figura 10. Distribuição entre os sexos dos moradores da Terra Indígena Morro dos Cavalos, SC, 2006, 2007 e 2008	63
Figura 11. Faixa etária dos moradores da Terra Indígena Morro dos Cavalos, SC, 2006, 2007 e 2008	64
Figura 12. Classes terapêuticas (código ATC 2º nível) dos medicamentos encontrados nas casas Guarani. Terra Indígena Morro dos Cavalos, SC, 2006, 2007 e 2008	74
Figura 13. Fármacos (código ATC 5º nível) encontrados nas casas Guarani. Terra Indígena Morro dos Cavalos, SC, 2006, 2007 e 2008	75
Figura 14. Medicamentos genéricos e similares encontrados nas casas Guarani. Terra Indígena Morro dos Cavalos, SC, 2006, 2007 e 2008.....	76
Figura 15. Local de armazenamento dos medicamentos encontrados nas casas Guarani. Terra Indígena Morro dos Cavalos, SC, 2006, 2007 e 2008	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Escolaridade dos moradores da Terra Indígena Morro dos Cavalos, SC, 2006, 2007 e 2008	64
Tabela 2. Atividades ocupacionais dos moradores da Terra Indígena Morro dos Cavalos, SC, 2006, 2007 e 2008	65
Tabela 3. Formas farmacêuticas dos medicamentos encontrados nas casas Guarani. Terra Indígena Morro dos Cavalos, SC, 2006, 2007 e 2008	76
Tabela 4. Quem recomendou os medicamentos encontrados nas casas Guarani. Terra Indígena Morro dos Cavalos, SC, 2006, 2007 e 2008	78
Tabela 5. Local de aquisição dos medicamentos encontrados nas casas Guarani. Terra Indígena Morro dos Cavalos, SC, 2006, 2007 e 2008	78
Tabela 6. Classes terapêuticas (código ATC 2º nível) dos medicamentos prescritos no posto de saúde da Terra Indígena Morro dos Cavalos, SC, janeiro a junho de 2008	80
Tabela 7. Fármacos (código ATC 5º nível) dos medicamentos prescritos no posto de saúde da Terra Indígena Morro dos Cavalos, SC, janeiro a junho de 2008	81
Tabela 8. Formas farmacêuticas dos medicamentos prescritos no posto de saúde da Terra Indígena Morro dos Cavalos, SC, janeiro a junho de 2008	82

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Convênios cadastrados no Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal/SIAFI entre a concedente FUNASA e a conveniente Associação Estadual dos Rondonistas de Santa Catarina até dia 13/09/2008	36
Quadro 2. Grupos Guarani e sua localização nos estados brasileiros	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Agente Indígena de Saúde
AISAN	Agente Indígena de Saneamento
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CASAI	Casa de Saúde do Índio
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CIMI	Conselho Indigenista Missionário
CINEP	Centro Indígena de Estudos e Pesquisa
CISI	Comissão Intersetorial de Saúde Indígena
CNPSI	Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DESAI	Departamento de Saúde Indígena
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
EMSI	Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena
EUM	Estudos de Utilização de Medicamentos
FNS	Fundação Nacional de Saúde
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IAB-PI	Incentivo para Atenção Básica aos Povos Indígenas
IAE-PI	Incentivo para Atenção Especializada aos Povos Indígenas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISA	Instituto Socioambiental
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização não governamental
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
RAM	Reações Adversas aos Medicamentos
SIAFI	Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo
SIASI	Sistema de Informação da Saúde Indígena
SINITOX	Sistema Nacional de Informações Tóxico-farmacológicas
SPI	Serviço de Proteção ao Índio
SPI	Serviço de Proteção ao Índio

SUS	Sistema Único de Saúde
SUSA	Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
T.I.	Terra Indígena

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho traz a temática da saúde indígena sob a perspectiva dos serviços de saúde e dos medicamentos, através do estudo de um contexto específico entre índios Guarani de Santa Catarina.

Os direitos dos povos indígenas, hoje fundamentados na Constituição brasileira, que reconhece o caráter pluriétnico do país, são resultados do cruzamento de fatores históricos e políticos colocados em movimento desde os anos 1970.

A “Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas” (PNASPI), integrante da Política Nacional de Saúde, tem como propósito garantir a estes povos o acesso à atenção integral à saúde, através de um Subsistema de Saúde Indígena, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (BRASIL, 1999a).

Para viabilizar tal Política, foram criados os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) como um modelo de organização de serviços – orientados para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que traz um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias (BRASIL, 2002). Os DSEIs estão sob a responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e possuem uma rede própria de serviços nas Terras Indígenas (T.I.), capacitada para as ações de atenção básica à saúde e articulada com a rede regional para procedimentos de média a alta complexidade (BRASIL, 1999b).

A questão dos medicamentos é dada como uma das diretrizes da PNASPI, a qual estabelece a “promoção do uso adequado e racional do medicamento” (BRASIL, 2002). As ações que envolvem, direta ou indiretamente, a assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena, devem partir, em primeiro lugar, das necessidades e da realidade epidemiológica de cada DSEI e estarem orientadas para garantir os medicamentos necessários (BRASIL, 2002). A reflexão aprofundada sobre esses aspectos é essencial para a incorporação de novas práticas no âmbito da assistência, sob a perspectiva da integralidade das ações de

saúde direcionadas às populações indígenas, em particular nas ações em que o medicamento é insumo estratégico (DIEHL; RECH, 2004).

Ampliar as interfaces com outros campos de conhecimento, como por exemplo, entre a antropologia, a epidemiologia e as ciências farmacêuticas, é fundamental, podendo refletir na adoção de uma lógica diferente daquela usualmente observada para a definição, a organização e a implementação dos serviços de saúde. Desta forma, conforme enfatizado por Diehl; Rech (2004, p. 164), são necessários que os estudos sobre saúde indígena “demonstrem que o comportamento em relação à saúde e aos processos de doença e cuidado não está ligado apenas aos conceitos locais, crenças, atitudes e valores, mas também às interações sociais”.

Aspectos econômicos, políticos, sociais e culturais modelam o comportamento de uma população na busca por soluções para seus problemas de saúde, incluindo a dinâmica de utilização dos medicamentos. Por isso, as pesquisas devem ser conduzidas em contexto local, contribuindo para entender as maneiras pelas quais uma população procura soluções para seus problemas de saúde e assim auxiliar sobremaneira o desenvolvimento de intervenções capazes de mudar comportamentos que de fato constituem ameaças à saúde (DIEHL, 2001a).

Este trabalho busca contribuir para a compreensão dos diversos fatores que envolvem o uso e o entendimento sobre os medicamentos, a partir de um estudo de caso, conduzido entre os Guarani da T.I. Morro dos Cavalos, SC. Procurou-se identificar os medicamentos presentes nos domicílios dos índios, assim como explorar os modos de consumo e as percepções culturais sobre os mesmos. Também foram observados os contextos locais e regionais de prestação de serviços à saúde para esse grupo, com ênfase no acesso a medicamentos.

Primeiramente trazemos uma revisão da literatura com aspectos julgados relevantes para a apresentação e discussão, a *posteriori*, dos dados coletados. Aspectos históricos, culturais e sociais dos Guarani também são apresentados.

Posteriormente, fazemos uma descrição sobre o trabalho de campo e os métodos que foram utilizados para a coleta e análise dos dados.

Na parte dos resultados, são trazidos dados sobre os moradores da T.I. Morro dos Cavalos para aproximar o leitor da realidade demográfica, assim como das dinâmicas de organização e funcionamentos dos serviços de saúde prestados na aldeia e da utilização destes serviços pelos indígenas. Algumas falas dos índios são

trazidas neste capítulo com o intuito de ilustrar a relação entre as doenças que os acometem e os “remédios” e recursos utilizados para o alívio ou cura de suas doenças. Também são apresentados os dados sobre o consumo de medicamentos através dos resultados da pesquisa nos domicílios, juntamente com a análise das prescrições de seis meses. Estes dados são analisados no sentido de fornecerem informações quantitativas sobre os medicamentos que faziam parte do cotidiano da comunidade, buscando esboçar os caminhos que levavam os medicamentos aos Guarani.

Na discussão, procura-se dialogar com outros estudos realizados tanto em contextos indígenas como não indígenas.

Nas considerações finais, são retomados pontos julgados importantes para pensar sobre o modelo diferenciado de atenção à saúde para os povos indígenas.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Saúde e doença a partir da antropologia da saúde

A biomedicina¹, segundo Langdon (2003), necessita ser relativizada, abordando a doença não como um processo puramente biológico/corporal, mas como o resultado do contexto cultural e a experiência subjetiva do sentir-se mal.

Os primeiros estudos que levaram em consideração a relação existente entre a saúde e a cultura, nas primeiras décadas do século passado, demonstraram uma preocupação excessiva com as diferenças entre o homem primitivo e o civilizado, entre a mágica e a ciência, limitando seu enfoque ao que eles consideraram “medicina primitiva”, caracterizando esta como primariamente mágico-religiosa e qualitativamente diferente e inferior à “medicina científica”. Apesar destes estudos ignorarem que há lógica nos esforços que as pessoas fazem para resolver seus problemas de saúde, como apontado por Langdon (1994a, 2003), eles reconheceram que a medicina compõe um sistema cultural. Portanto, para entender o sistema médico de uma cultura, deve-se examiná-lo dentro do seu contexto sociocultural.

Trabalhos antropológicos tentando medir o impacto das práticas culturais e sociais sobre a saúde surgiram depois da segunda Guerra Mundial, na década de 50, com o desenvolvimento da antropologia aplicada. Estes trabalhos, apesar de considerarem as crenças e práticas de saúde de um grupo como ligadas à sua cultura em geral, continuaram a conceber a biomedicina como um sistema superior e autêntico para identificar, entender e tratar as doenças e a cultura “como um conjunto homogêneo de traços fixos e determinantes do comportamento” (LANGDON, 2003, p. 94).

A partir de meados da década de 1970, um novo olhar foi lançado sobre os sistemas de saúde e antropólogos passaram a considerar primeiramente a doença como um processo vivido, cujo significado passa a ser elaborado através dos contextos culturais e sociais, e em segundo lugar como um evento biológico.

¹ “Biomedicina”, “medicina científica” ou “medicina ocidental” referem-se à medicina que tem seu enfoque principal na biologia humana como processo físico/material e no dualismo entre corpo e mente, além de sua perspectiva etiológica como um processo único entre causa, patologia e tratamento (Langdon, 2003). No decorrer deste trabalho será usado o termo “biomedicina”.

Conceitos como *disease*, *illness* e *sickness* foram propostos por Young (1976) para expressar estes processos da doença. Segundo Young, *disease* traduz a dimensão biológica ou categorização biomédica, *illness* contextualiza a experiência culturalmente construída pelos indivíduos, ou seja, como a doença é percebida, rotulada, avaliada e respondida, e *sickness* como sendo o processo social, a construção subjetiva do significado da doença para determinado grupo.

Esta nova abordagem tem resultado na concepção da doença como um processo construído socioculturalmente, “um processo subjetivo no qual a experiência corporal é mediada pela cultura” (LANGDON, 1996, p. 16), assumindo, assim, um caráter individualizante e não universal da concepção biomédica de enfermidade. Langdon (2003) aponta três pontos como sendo os mais relevantes advindos desta mudança do enfoque adotado: o conceito de cultura como dinâmica e heterogênea, a perspectiva da doença como um processo sociocultural e o conceito de doença como experiência.

Segundo Silveira (2000:19), estender a compreensão da doença como experiência, analisando seu significado para o próprio doente e para os que o cercam, levará também a compreensão das implicações clínicas da relação entre a doença e a cura, e entre a sociedade e a cultura.

Portanto, ao contrário do que era conceituado anteriormente, quando a cultura era vista como normas, práticas e valores previamente estabelecidos e fixos, a partir das abordagens mais recentes, a cultura passa a ser definida como um sistema simbólico centrado no ator, que por sua vez passa a interpretar seu mundo e agir dependendo do contexto que emerge da interação social, na qual os significados de suas ações são comunicados e negociados². Assim, “cultura não é mais uma unidade estanque de valores, crenças, normas, etc., mas uma expressão humana frente à realidade. É uma construção simbólica do mundo sempre em transformação” (LANGDON, 2003, p. 96).

Quando aplicado ao domínio da medicina, o sistema de saúde também é um sistema cultural, um sistema de significados que fornece ao indivíduo acometido pela doença as pistas para a interpretação de sua doença e as ações possíveis.

Tomando a visão de cultura como um sistema simbólico, a doença é entendida como um processo, uma seqüência de eventos e não um momento único

² Segundo Geertz (1989), é característica fundamental e comum da humanidade atribuir, de forma sistemática, racional e estruturada, significados e sentidos “às coisas do mundo”.

e nem uma categoria fixa. De acordo com Langdon (2003, p. 97), esta seqüência de eventos é motivada por dois objetivos: “(1) entender o sofrimento no sentido de organizar a experiência vivida, e (2) se possível, aliviar o sofrimento”, envolvendo basicamente o reconhecimento dos sintomas do distúrbio como doença, o diagnóstico e a escolha de tratamento e a conseqüente avaliação do mesmo.

Central no episódio da doença está o processo terapêutico, ou seja, a seqüência de decisões que resultam no diagnóstico e tratamento. Este processo corresponde às negociações entre vários atores com conhecimentos e posições de poder diferenciados, que podem resultar em interpretações divergentes sobre a identificação da doença e a escolha da terapia adequada. Essa situação gera vários momentos de negociação, avaliação e reavaliação da doença e, conseqüentemente, uma seqüência de diagnósticos e busca por diferentes maneiras de tratamento de acordo com o contexto cultural específico (LANGDON, 1994a). Portanto, o sistema cultural modula o que as pessoas percebem como doença e os sintomas a ela associados, assim como as ações curativas tomadas e as avaliações subseqüentes (LANGDON, 1994b).

Menéndez (2003) evidencia que os sujeitos, quando vivenciam processos de adoecimento, estão envolvidos na “busca de saídas”, alívio, cura de seus sofrimentos, avaliando e re-avaliando, de acordo com os acontecimentos, as estratégias de enfrentamento, ações práticas, tratamentos, disponibilidade de recursos, etiologias, concepções e crenças. Conforme salientou Scopel (2007, p. 29) “este processo compreende uma ‘práxis’ orientada no objetivo do restabelecimento da saúde ou no alívio do sofrimento”.

Assim, quando a perspectiva dos sujeitos que sofrem diretamente com os “eventos” de adoecimento for tomada como central, tem-se um ponto de vista em que a “busca por saídas”, através das diferentes formas de atenção, não implica necessariamente em excluir ou privilegiar uma única forma de atenção. Menéndez (2003) denomina esta “práxis” centrada nos atores que vivenciam diretamente os processos de doença de “auto-atenção”, conceito que permite salientar a perspectiva do doente e do grupo a que pertence, pois não parte das concepções de especialistas.

Portanto, em cada sociedade, os diferentes grupos utilizam formas específicas de atenção à saúde. Como exemplos, Menéndez (2003) cita algumas “formas de

atenção às enfermidades” usadas pelos latino-americanos: atenção biomédica, popular ou tradicional, alternativas, paralelas ou *new-age*, outras tradições médicas acadêmicas (acupuntura, medicina védica, mandarina), ou centradas na auto-ajuda (alcoólicos anônimos, clube de diabéticos, etc.).

Construir os perfis epidemiológicos e as estratégias de atenção que envolvem as formas do saber biomédico, do saber dos curadores tradicionais e do saber dos grupos sociais torna-se fundamental para identificar as percepções sobre os medicamentos e as formas de auto-atenção utilizadas pelas comunidades indígenas (MENÉNDEZ, 2003, p. 188).

Ainda segundo este autor, a automedicação é parte das práticas de auto-atenção e configura-se não somente como a decisão de utilizar determinados tipos de fármacos desenvolvidos pela indústria farmacêutica, mas também o uso de outras substâncias e todas as variadas atividades (massagem, cataplasmas, etc.) que são decididas e empregadas com autonomia na busca para o restabelecimento da saúde.

A percepção destas práticas torna-se fundamental para a compreensão dos processos adotados pelos povos indígenas para o restabelecimento de sua saúde, nos quais os medicamentos são um dos recursos utilizados.

2.2 Panorama da fabricação, comércio e consumo dos medicamentos em âmbito mundial e no Brasil

Os medicamentos constituem uma das tecnologias biomédicas mais difundidas, sendo demandados e utilizados globalmente.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) com o intuito de obter um panorama global sobre as evidências disponíveis no que tange à produção global, pesquisa, desenvolvimento, comércio internacional e consumo de medicamentos, desenvolveu pesquisas a partir de 1988, gerando uma publicação destes dados neste ano e outra em 2004 (WHO, 2004a).

O documento de 2004 deixa claro que os dados apresentados não correspondem totalmente à realidade, visto que não há uma padronização global em relação aos mesmos. Por exemplo, o termo “genérico” tem diferentes significados entre os países. Outra limitação foi a disponibilidade de dados confiáveis em países

populosos como a Índia e a China. Em que pesem essas limitações, a revisão da OMS fornece um retrato dos fatores que envolvem a fabricação, o comércio, o uso, entre outros, dos medicamentos.

A produção de medicamentos cresceu 4% entre 1985 e 1999 nos países industrializados, como Estados Unidos, Japão, Alemanha, França e Reino Unido, então responsáveis por 2/3 do valor de todos os medicamentos, salientando-se que um pequeno número de companhias transnacionais dominava a produção, o comércio e a venda dos medicamentos globalmente.

O valor total da produção farmacêutica em 1999 estava acima dos US\$ 320 bilhões. No Brasil, segundo dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), publicados no Resumo Executivo da avaliação da assistência farmacêutica no Brasil (OPAS, 2005), em 2003 haviam 450 indústrias brasileiras autorizadas para a produção de produtos farmacêuticos acabados; em 2002 existiam 15.831 medicamentos comercializados no país, com um volume total de 1.277.336.635 unidades de medicamentos comercializados no mercado varejista.

Estes dados da produção refletem no comércio internacional de medicamentos, que teve um aumento expressivo entre 1980 e 1999, passando de aproximadamente US\$ 5 bilhões para quase US\$ 120 bilhões. Em 1998, nosso país importou em torno de US\$ 1,5 bilhões dos países industrializados e em desenvolvimento e exportou apenas US\$ 247 milhões.

A venda e o consumo de medicamentos cresceram significativamente entre 1995 e 2000, principalmente em países de alta renda³. Em 1999, 15% da população mundial que vivia nestes países foram responsáveis pelo consumo de 91,2% dos medicamentos, sendo que em 1985 esse percentual era de 88,9%. Ao contrário, observou-se uma queda no consumo em países de baixa renda, que em 1985 representou 3,9% do valor total no consumo e em 1999 reduziu para 2,9%, apesar do crescimento da população destes países. Em 2000, observou-se que a venda total de medicamentos correspondeu a US\$ 316 bilhões, sendo que destes pouco mais de US\$ 282 bilhões foram adquiridos com prescrição médica e US\$ 33,9 bilhões sem prescrição. Em 2000, mais de 95% das vendas globais estavam concentradas em 10 mercados mundiais de medicamentos e o Brasil ocupava a 9ª posição, representando um valor de US\$ 5,2 bilhões. Segundo dados recentes do

³ A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2004a) utiliza as expressões *high-*, *middle-* e *low-income countries*.

Conselho Federal de Farmácia (CFF, 2007), nosso país possui 652 indústrias farmacêuticas entre nacionais e transnacionais.

No Brasil, embora expressivo, o consumo de medicamentos é desequilibrado. Segundo Dias; Lie-Ber (2006), 15% da população consomem 48% da produção de medicamentos do país e 51% consomem apenas 16% do mercado.

Um fator que difere entre os países de alta, média e baixa renda é o padrão de consumo dos medicamentos. As vendas nos países de alta renda dos medicamentos de referência⁴ correspondem a 2/3 do mercado. Estes mesmos medicamentos, nos países de baixa renda, correspondem apenas a 1/3 do total de vendas. Já os genéricos representam quase 2/3 do total de vendas nos países de baixa renda e aproximadamente 60% nos de média renda.

As tendências globais sobre gastos e financiamentos de medicamentos em 2004, mostram que 1/4 dos 192 países membros da OMS gastavam menos de US\$ 5.00 por pessoa em 2000; já nos países de alta renda, o gasto *per capita* era quase 100 vezes maior quando comparado aos de baixa renda, ou seja, US\$ 400.00 por pessoa.

Um dado importante observado pela pesquisa da OMS (2004a) foi o avanço em relação à proposição de políticas nacionais de medicamentos nos seus países membros. Em 1985, apenas cinco deles tinham uma política nacional de medicamentos; em 1999 este número passou para 108, sendo que o progresso maior ocorreu nos países de baixa (de quatro para 54 países) e média (de um para 43 países) renda.

De acordo com a OMS (2004a), estima-se que metade dos medicamentos é prescrita, dispensada ou vendida inapropriadamente, e metade dos pacientes falha em tomá-los adequadamente. Isso representa uma preocupação alarmante no que tange à necessidade de políticas adequadas que favoreçam o controle para o uso racional dos medicamentos, uma vez que o uso inapropriado representa danos tanto para a saúde da população quanto para a economia do país.

No Brasil, dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX, 2006), apontam os medicamentos como responsáveis por 29,41% dos casos de óbitos registrados devido à intoxicação por agente tóxico, ficando atrás

⁴ Produto inovador registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária e comercializado no País, cuja eficácia, segurança e qualidade foram comprovadas cientificamente junto ao órgão federal competente, por ocasião do registro. Definição disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/conceito>.

somente dos provocados por agrotóxicos no uso agrícola (36,48%). Já nos casos de intoxicação, os medicamentos ocupam o primeiro lugar, correspondendo a 30,46%.

A OMS calcula que até o ano de 2015, 10,5 milhões de vidas poderiam ser salvas anualmente, com conseqüente melhoria do desenvolvimento econômico e social, desde que fossem fornecidas as intervenções adequadas em doenças infecciosas, saúde materno-infantil e doenças não transmissíveis (WHO, 2004b).

O panorama acima delineado demonstra que os medicamentos representam um tema fundamental nas agendas nacionais e mundiais, em vários âmbitos (saúde, economia, política, meio ambiente, etc.). Portanto, pesquisas que buscam contextualizar dados epidemiológicos sobre medicamentos, levando em consideração o processo da busca por saídas para o alívio e cura dos sofrimentos da população, podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida.

2.3 Farmacoepidemiologia e estudos em contextos locais

Qualquer discussão sobre o processo saúde/doença dos povos indígenas brasileiros precisa levar em consideração, além da enorme sociodiversidade existente – são em torno de 227 povos e cerca de 180 línguas distintas (ISA, 2008), que têm as mais diversas experiências de intervenção com a sociedade nacional –, e as dinâmicas epidemiológicas e demográficas (SANTOS; COIMBRA Jr., 2003).

Apesar do objetivo central deste trabalho ter sido a compreensão dos usos e entendimentos sobre os medicamentos entre os índios Guarani da T.I. Morro dos Cavalos, utilizando uma abordagem interdisciplinar, na qual a antropologia foi fundamental para delinear o contexto local, aspectos da epidemiologia, mais especificamente da farmacoepidemiologia ou epidemiologia dos medicamentos, foram analisados com o intuito de se obter uma maior abrangência do panorama que envolve a saúde dos povos indígenas. Duas vertentes complementares que buscam conhecer, analisar e avaliar o impacto dos medicamentos sobre as populações humanas compõem os estudos farmacoepidemiológicos: a farmacovigilância e os estudos de utilização de medicamentos (EUM)⁵ (OSÓRIO-DE-CASTRO, 2000).

⁵ Alguns autores ainda citam a farmacoeconomia (que se ocupa com o impacto econômico e os benefícios à saúde produzidos pelos fármacos) como uma abordagem inserida nos EUM (OSÓRIO-DE-CASTRO, 1997).

A farmacovigilância estuda principalmente as reações adversas aos medicamentos (RAM) – como esse tema não será abordado nesse trabalho, não foi feita uma revisão sobre o mesmo.

Os estudos de utilização de medicamentos englobam saberes referentes “à comercialização, distribuição, prescrição e uso de medicamentos em uma sociedade, com ênfase especial sobre as conseqüências médicas, sociais e econômicas resultantes” (WHO, 1977 *apud* OSÓRIO-DE-CASTRO, 2000, p. 25), constituindo uma das estratégias para a racionalização do uso de fármacos.

Estes estudos trazem um amplo número de aspectos, enfatizando questões políticas e econômicas, representando instrumentos essenciais na elaboração das políticas governamentais na área da saúde, sendo também um meio capaz de avaliar a efetividade e a eficiência da utilização de medicamentos pela população e medir o seu impacto, se positivo ou negativo (OSÓRIO-DE-CASTRO, 2000). No entanto, a abordagem prioritária é sob a perspectiva biomédica, que tem uma visão biológica, reducionista e fragmentada sobre a doença e, portanto, limitada como já discutido anteriormente.

Tognoni; Laporte (1989) apontaram para o fato de ser muito grande o grau de variabilidade de utilização dos medicamentos em diversos países, culturas e práticas médicas, desviando assim os prognósticos das condições idealizadas que os originaram e comprometendo qualquer conclusão *a priori* de sua efetividade. Assim, são necessárias diferentes metodologias para estudar as práticas que envolvem o uso de medicamentos.

Uma recente avaliação dos artigos publicados no Brasil e América Latina (LEITE; VIEIRA; VEBER, 2008) indicou que a maioria destes estudos tem uma abordagem quantitativa. Timidamente, as abordagens com enfoque em informações qualitativas têm iniciado, colaborando assim, como apontado pelas autoras, “na compreensão da perspectiva do usuário de medicamentos, suas dificuldades, expectativas, relação com a saúde e com o medicamento” (p. 800). Estas informações são vitais para o desenvolvimento de políticas e serviços de saúde eficientes.

Diehl; Rech (2004) enfatizaram que uma análise focada no contexto local, buscando os variados modos de prescrição, de indicação e de consumo de medicamentos irá auxiliar “sobremaneira o desenvolvimento de intervenções

capazes de mudar comportamentos que de fato constituem ameaças à saúde” (p. 156).

Os estudos sobre medicamentos em contextos locais, utilizando teorias e métodos da antropologia médica, foram propostos no final dos anos 1980 por pesquisadores como Sjaak Van der Geest, Susan Whyte, Anita Hardon e Nina Etkin (VAN DER GEEST, 1987; ETKIN *et al.*, 1990; VAN DER GEEST *et al.*, 1996). Esses autores enfatizaram que nos estudos sobre medicamentos não basta rotulá-los como substâncias com atividades bioquímicas e farmacológicas, mas sim entender as situações dinâmicas nas quais os mesmos são prescritos, utilizados e percebidos em contextos específicos.

Este trabalho buscou, portanto, trabalhar tanto na perspectiva da farmacoepidemiologia quanto da antropologia da saúde (estudos em contextos locais), visando identificar o entendimento e o uso dos medicamentos entre um grupo indígena que, à semelhança dos outros povos indígenas brasileiros, vem sendo atendido por uma política de saúde que idealmente propõe um modelo de atenção diferenciada.

2.4 Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

2.4.1 Um pouco de história

Os direitos dos povos indígenas, hoje fundamentados na Constituição brasileira, foram sendo conquistados e amadurecidos no curso de uma história nem sempre justa ou generosa que, por muito tempo, sequer permitiu aos índios se fazerem ouvir.

Em 1910, uma política indigenista⁶ começou a ser esboçada com a criação do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), órgão vinculado ao Ministério da Agricultura, que se destinava a proteger os índios, procurando seu enquadramento progressivo e o de suas terras no sistema produtivo nacional, objetivando minimizar os conflitos gerados pela ocupação de seus territórios por diversos agentes econômicos em

⁶ A expressão “política indigenista” é utilizada no Brasil para descrever as intervenções que o Estado republicano vem efetuando, desde o início do século XX, junto aos grupos étnicos que habitam dentro dos limites do território brasileiro (GARNELLO *et al.*, 2003)

expansão, tais como fazendeiros, mineradores e outras empresas. No entanto, a assistência à saúde desses povos continuou desorganizada e esporádica. Mesmo após a criação do SPI, não se instituiu qualquer forma de prestação sistemática de serviços, restringindo-se a ações emergenciais ou inseridas em processos de pacificação (MS, 2002). Segundo Luciano⁷ (2006), o SPI acabou por servir muito mais aos interesses dos grupos econômicos que visavam às terras indígenas do que em garantir os direitos dos indígenas, que viram seus territórios serem reduzidos e ocupados.

Na década de 1950, foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), no Ministério da Saúde, com o objetivo de levar ações básicas de saúde às populações indígenas e rurais em áreas de difícil acesso – essencialmente, vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças infecciosas (COSTA, 1987).

Com a extinção do SPI em 1967, foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que realizava atendimentos esporádicos às comunidades indígenas em sua área de atuação. Estes órgãos tutelares oficiais de proteção ao índio (primeiro o SPI e posteriormente FUNAI), apesar de terem em seus objetivos a garantia da assistência à saúde indígena, não foram capazes de implementar políticas e projetos realmente efetivos nesse campo (DIEHL, 2001a).

Para debater especificamente a saúde indígena, em 1986 foi realizada a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNPSI), sendo o primeiro evento de caráter nacional e com legitimidade para discutir política de saúde dos povos indígenas brasileiros, no qual propostas foram deliberadas e encaminhadas. As discussões em torno da implementação de um modelo diferenciado para a saúde indígena passaram a ser centrais e foram contempladas na Constituição de 1988. A Constituição Federal reconheceu o direito à cidadania plena das pessoas indígenas e seu direito às suas culturas e medicinas próprias. Entretanto, ao implantar-se o Sistema Único de Saúde (SUS), conforme as Leis n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990,

⁷ Gersem José dos Santos Luciano, índio baniwa, nasceu na aldeia Yaquirana, município de São Gabriel da Cachoeira (AM). Em 1994, licenciou-se em filosofia pela Universidade Federal do Amazonas. Em 2003, conquistou uma bolsa de estudos pelo Programa Internacional de Bolsas da Fundação Ford, o que possibilitou o ingresso no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social na Universidade de Brasília. Concluiu o mestrado em 2006. Atualmente, é doutorando em antropologia social na Universidade de Brasília, conselheiro do Conselho Nacional de Educação, consultor do Ministério da Educação e diretor-presidente do Centro Indígena de Estudos e Pesquisas (CINEP).

não houve a incorporação da responsabilidade à saúde do índio enquanto ações e programas diferenciados.

Em 1991, com a assinatura do Decreto n. 23 (BRASIL, 1991) no governo Collor, o âmbito de coordenação e execução de políticas de saúde para o índio passou do Ministério da Justiça (sob o comando da FUNAI) para o Ministério da Saúde (representado pela Fundação Nacional de Saúde – à época FNS), sendo implantado um modelo à saúde baseado na distritalização sanitária, articulado ao SUS. Porém, somente o Distrito Sanitário Yanomami foi criado no período, permanecendo os indígenas do restante do país vinculados diretamente aos serviços do SUS.

A II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (Luziânia, GO, 1993) aprimorou a proposta de distritalização sanitária, recomendando a extensão dos princípios de universalidade, equidade, acessibilidade e controle social, oriundos do SUS, para os grupos étnicos assistidos, assim como a manutenção do Ministério da Saúde como responsável pela atenção sanitária aos povos indígenas, sendo reiterada a recusa da municipalização direta dos serviços de saúde indígena. Para isso, foi proposto um modelo misto, diferenciado em relação ao conjunto do SUS, caracterizado pela descentralização de serviços e recursos para os distritos sanitários especiais, que atuavam localmente, mas mantendo o comando único da gestão no plano do governo federal – no caso o Ministério da Saúde.

Em 1994, o Decreto n. 23/1991 foi revogado pelo Decreto n. 1.141 (BRASIL, 1994), que complementado pela Resolução n. 02/1994, passou novamente à FUNAI a responsabilidade pelas ações assistenciais médico-sanitárias e à FNS coube a prevenção, a formação de recursos humanos e o controle de endemias.

Esta flutuação entre a FUNAI e a FNS dividiram as responsabilidades e deixaram questões mal resolvidas quanto ao âmbito de competências das instituições envolvidas, provocando uma desarticulação ainda maior na prestação de serviços à saúde indígena e gerando um retardo na distritalização.

Apesar das discussões terem sido iniciadas na década dos anos 1980, somente em 1999, com o Decreto n. 3.156, de 27 de agosto de 1999 (BRASIL, 1999b), que a Fundação Nacional de Saúde (agora denominada FUNASA) tornou-se a responsável por estabelecer e gerenciar as políticas de prevenção e de assistência à saúde dos índios em todo o Brasil, sendo criado dentro da mesma um

Departamento de Saúde Indígena (DESAI) com a missão de reestruturar essa assistência. Ainda, a Lei n. 9.836, de 23 de setembro de 1999 (BRASIL, 1999a), criou o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do SUS.

2.4.2 O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

Buscando viabilizar uma rápida extensão de cobertura, a FUNASA definiu como estratégia prioritária a celebração de convênios com entidades não-governamentais e alguns municípios, para os quais seriam repassados os recursos financeiros, esperando assim que fossem criadas as condições necessárias para oferecer o desenvolvimento da atenção primária à saúde nas comunidades indígenas (GARNELO *et al.*, 2003).

Além disso, foram estabelecidas legalmente as diretrizes básicas para a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs)⁸, sob a responsabilidade da FUNASA, tendo sido criados 34 DSEIs, cobrindo uma boa parcela do território nacional (BRASIL, 1999a), conforme Figura 1.

⁸ A concepção de Distritos Sanitários nasceu no âmbito das Conferências Nacionais de Saúde, nos anos 1980 e no início da década de 90, no bojo do movimento da Reforma Sanitária. Porém, somente na II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (II CNSPI), ocorrida em 1993, este modelo foi referendado pelo movimento indígena e por profissionais de saúde que atuavam entre estas populações. A partir daí, a concepção e o modelo de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) passou a ser reivindicação permanente na pauta do movimento indígena organizado, bem como dos profissionais de saúde das áreas indígenas (ATHIAS; MACHADO, 2001).

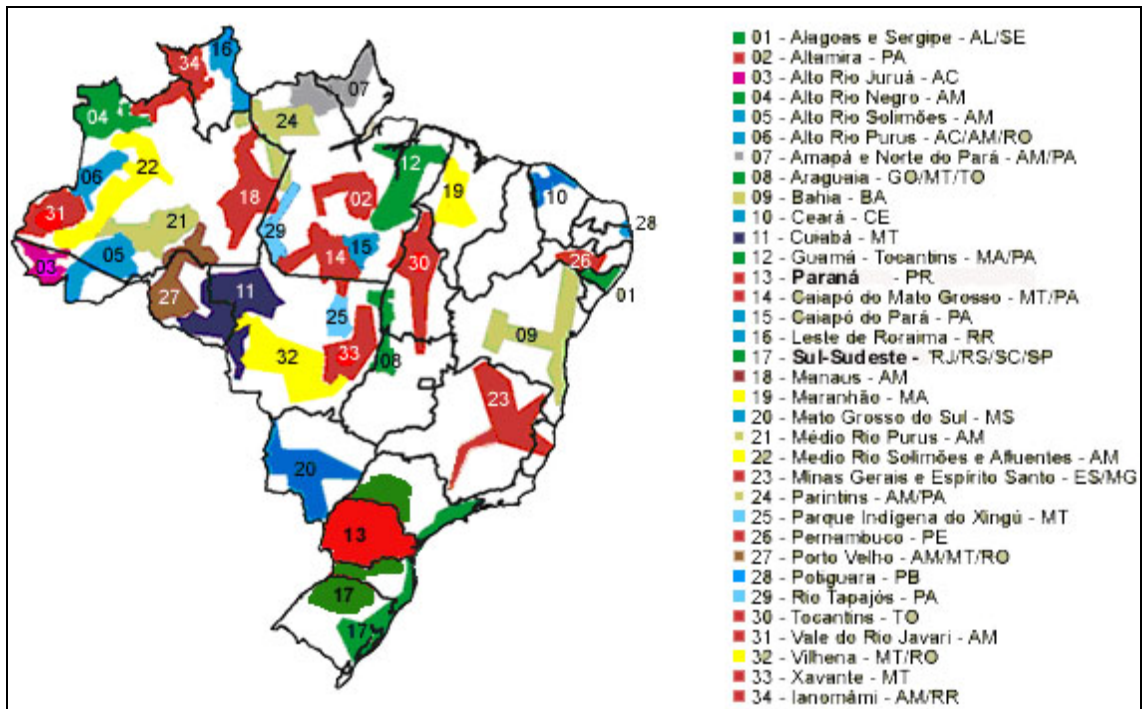


Figura 1: Distribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil (Fonte: Adaptado de <http://www.funasa.gov.br/>).

A III Conferência Nacional de Saúde Indígena (Luziânia, GO, 2001), teve como grande avanço a participação ativa dos indígenas, evidenciando que cada povo tem suas próprias concepções, valores e formas de vivenciar a saúde e a doença e devem ser considerados estes aspectos no que tange às ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde.

Após esta Conferência, foi aprovada pela Portaria MS n. 254 (MS, 2002) a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), tendo como propósito “garantir a estes povos o acesso à atenção integral à saúde de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política” (p. 13). Esta Portaria também estabeleceu que a organização para as ações de atenção básica deve ser realizada em primeira instância nas aldeias por intermédio dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) vinculados aos postos de saúde, e periodicamente pelos outros membros das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), ainda formadas à época pelo médico, dentista, enfermeiro e auxiliar de enfermagem. Posteriormente, foram incorporados à EMSI o agente indígena de saneamento (AISAN) e o auxiliar de consultório dentário. Para algumas regiões do Brasil, ainda há o microscopista. Mais recentemente (BRASIL, 2007 – Portaria n. 2.656/2007), a EMSI do Núcleo

Básico de Atenção à Saúde Indígena é composta por: enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, médico, odontólogo, auxiliar de consultório dental, técnico de higiene dental, agente indígena de saúde, agente indígena de saneamento e técnico em saneamento; para a Amazônia Legal, foram ainda definidos o visitador sanitário e o microscopista.

Outra instância de atendimento é o Pólo-Base⁹, uma unidade de maior complexidade, responsável pela cobertura de um conjunto definido de aldeias, localizado na Terra Indígena e/ou em municípios de referência. Neste último caso, correspondem a uma unidade básica de saúde, já existente na rede de serviços daquele município. Cada Pólo-Base cobre um conjunto de aldeias e está vinculado às EMSI no que diz respeito à relação de prestação de serviços, assim como na capacitação e supervisão dos AIS e auxiliares. As demandas que não forem atendidas no grau de resolubilidade dos Pólos-Base deverão ser referenciadas para a rede de serviços do SUS (MS, 2002).

Além disso, as Casas do Índio, estruturas criadas pela FUNAI, foram readaptadas para servirem de apoio ao tratamento de pacientes indígenas encaminhados para atendimento na rede de referência do SUS. São locais de recepção e apoio ao índio, que vêm referenciados da aldeia/Pólo-Base. Dada a sua função de elo com a rede de referência que se localiza distante das aldeias, estas Casas de Saúde do Índio (CASAI) costumam ser sediadas em áreas urbanas, representando uma transição entre a rede do Subsistema de Saúde Indígena e os outros níveis de complexidade do SUS.

O grau de resolubilidade previsto pela rede própria dos DSEIs restringe-se à prestação de atenção básica, gerando demandas para outros níveis do SUS nos casos que existe necessidade de referência para níveis de atenção de média e alta complexidade. Nessas situações, o paciente indígena passa a receber atendimento similar àquele prestado para a população não-indígena.

O modelo de gestão adotado é um sistema misto, como já mencionado, compreendendo a atuação do governo federal, realizado por intermédio da FUNASA, e a participação de outras entidades governamentais, como Secretarias Municipais de Saúde, e não-governamentais, como as Organizações Indígenas e

⁹ No Subsistema de Saúde Indígena, Pólo-Base é a denominação de um tipo de unidade de saúde que comporta ações mais complexas que aquelas disponíveis no posto indígena de saúde, ofertando atendimento médico, de enfermagem e alguns recursos laboratoriais.

ONGs não-indígenas, que através do processo de terceirização firmaram convênio com a FUNASA para a execução de ações de saúde nas aldeias (GARNELLO *et al.*, 2003).

Em 2004, a Portaria GM n. 70/2004 definiu a FUNASA como a responsável por coordenar, normatizar e executar as ações de atenção à saúde dos povos indígenas, o que refletiu na prática em uma maior centralização das decisões no DESAI/FUNASA, sem contudo eliminar, por exemplo, as relações com as conveniadas.

As responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, assim como a instituição do “Fator de Incentivo de Atenção Básica à População Indígena” e o “Fator de Incentivo para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena”, destinados às ações e procedimentos de assistência básica e média e alta complexidades, respectivamente, foram definidas e criadas pela Portaria n. 1.163/GM (BRASIL, 1999c), posteriormente revogadas pela Portaria n. 2.656, de 17 de outubro de 2007 (BRASIL, 2007). A Portaria n. 2.656/2007 renomeou os Fatores de Incentivo para “Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas – IAB-PI” e “Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas – IAE-PI”.

Os valores do IAB-PI são calculados pela soma de um valor fixo (parte fixa do IAB-PI), acrescido de valor *per capita* regionalizado multiplicado pela população indígena de cada município, conforme a relação da população indígena cadastrada no Sistema de Informação da Saúde Indígena (SIASI) da FUNASA e proposta de distribuição dos valores referentes ao IAB-PI, por município – 2007 (BRASIL, 2007). Para a Terra Indígena (T.I.) Morro dos Cavalos, por exemplo, onde a população indígena está em torno dos 100 habitantes, a parte fixa do IAB-PI corresponderia a R\$ 8.100,00 (oito mil e cem reais) mensais, repassados para o município de Palhoça.

Outra questão importante nas ações do DSEI inclui o saneamento nas aldeias e a promoção de ambientes saudáveis. Estas ações prevêm a provisão de serviços de água, esgotamento sanitário e coleta, remoção e destino final do lixo, bem como a preservação das fontes de água limpa, controle da poluição de nascentes e cursos d’água, construção de poços, apoio à economia de subsistência e manutenção do cultivo de espécies tradicionais, a reposição de espécies utilizadas pela medicina

tradicional indígena entre outros (FUNASA, 2000). Os responsáveis locais por essas ações são os Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) e os técnicos em saneamento.

As ações de atenção à saúde indígena nos DSEIs são construídas e avaliadas por Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena, paritários e deliberativos. Os Conselhos Locais, formados por representantes das comunidades indígenas escolhidos pelas mesmas, contribuem para a identificação das necessidades específicas dos povos indígenas em relação aos agravos de saúde que os acometem. Já os Conselhos Distritais são fundamentais na aprovação do Plano Distrital de Saúde, no acompanhamento e avaliação de sua execução e da aplicação dos recursos.

No âmbito Federal, o controle social é exercido pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) que é assessorado pela Comissão Intersectorial da Saúde Indígena (CISI). O Comitê Consultivo da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi instituído na Portaria GM n. 69, de 20 de janeiro de 2004 (modificada pela Portaria n. 741, de 22 de abril de 2004), contando com representantes da sociedade civil, ministério público federal, índios e órgãos governamentais, se tornando importante instância de acompanhamento e proposição de caminhos para a consolidação da política nacional. Outra instância de acompanhamento, criada em nível nacional em 2005 e oficializada em 2006, pela Portaria GM n. 644 (BRASIL, 2006b), foi o Fórum dos Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, que reúne os indígenas que presidem estes Conselhos.

Em relação à descrição apresentada acima, cumpre salientar que ela traz o modelo idealmente proposto pelo governo federal para organizar os programas, as ações e os serviços de atenção à saúde indígena. No decorrer dos anos, entretanto, observa-se que no plano do concreto, vários são os problemas enfrentados para implementar efetivamente o que foi idealizado, podendo-se citar as dificuldades para o controle social, a falta de avaliação do subsistema, os conflitos de interesse entre a FUNASA e as conveniadas e um sistema de informação em saúde falho, entre outros.

2.4.3 O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Sul-Sudeste

Em 2006, através da publicação da Portaria n. 1.810 (BRASIL, 2006a), houve a transformação dos DSEIs Litoral Sul e Interior Sul em DSEI Paraná com sede em Curitiba, Paraná, e o DSEI Sul-Sudeste, com sede em Florianópolis, Santa Catarina. Essa mudança na configuração dos dois DSEI não contou com a participação dos grupos indígenas e dos Conselhos Distritais e tampouco levou em consideração critérios populacionais ou étnicos, tendo sido uma decisão política orquestrada principalmente por alguns envolvidos na gestão da saúde indígena no Estado do Paraná.

Em outubro de 2007, na cidade de Angra dos Reis, Rio de Janeiro, foi realizado o “Encontro de reconstrução do controle social em saúde indígena das regiões Sul e Sudeste”, com ampla participação dos conselheiros distritais indígenas e não-indígenas dos cinco Estados, que deliberou pela revogação¹⁰ da Portaria n. 1.810/2006, com posterior reorganização dos DSEIs de acordo com critérios definidos pelas populações indígenas (informações não publicadas).

Em maio de 2008 o “Ministério Público Federal protocolou uma ação civil pública com pedido de liminar para anular os DSEIs (Distritos sanitários especiais indígenas) criados pela FUNASA” (FOLHA ONLINE, 2008), no caso os DSEIs Paraná e Sul-Sudeste. Para a Procuradoria, o objetivo da criação dos novos distritos era firmar convênio entre a FUNASA e a Associação de Defesa do Meio Ambiente Reimer¹¹, uma ONG estabelecida no Paraná, não levando em consideração os critérios populacionais ou étnicos, nem a área geográfica dos Estados, requisitos legais para a definição do território dos DSEIs. Além de pedir a anulação dos novos Distritos, os procuradores também solicitaram a anulação do convênio entre a FUNASA e a ONG citada. No mérito da ação, a Procuradoria pediu que a FUNASA fosse condenada a assumir diretamente os serviços de saúde ou celebrasse um novo convênio. Até o presente momento, não há qualquer redefinição dos dois DSEIs e o controle social nos estados do RS, SC, SP e RJ continua desarticulado.

¹⁰ Os representantes do Estado do Paraná tentaram reverter a decisão da maioria, porém foram voto vencido, tendo se retirado do Encontro no último dia.

¹¹ Após a criação do Distrito exclusivo no Paraná, a FUNASA assinou um convênio com a Associação de Defesa do Meio Ambiente Reimer, para a qual a Fundação repassou R\$ 3.736.68,51 à entidade.

O DSEI Sul-Sudeste abrange os estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul e 123 municípios dentro destes estados. A população indígena total deste DSEI está estimada em 35.363¹² (Figura 2), sendo os Kaingáng, Guarani, Xokleng, Krenak, Pankararu e Terena os grupos étnicos encontrados nestes estados (Fonte: www.funai.org.br).

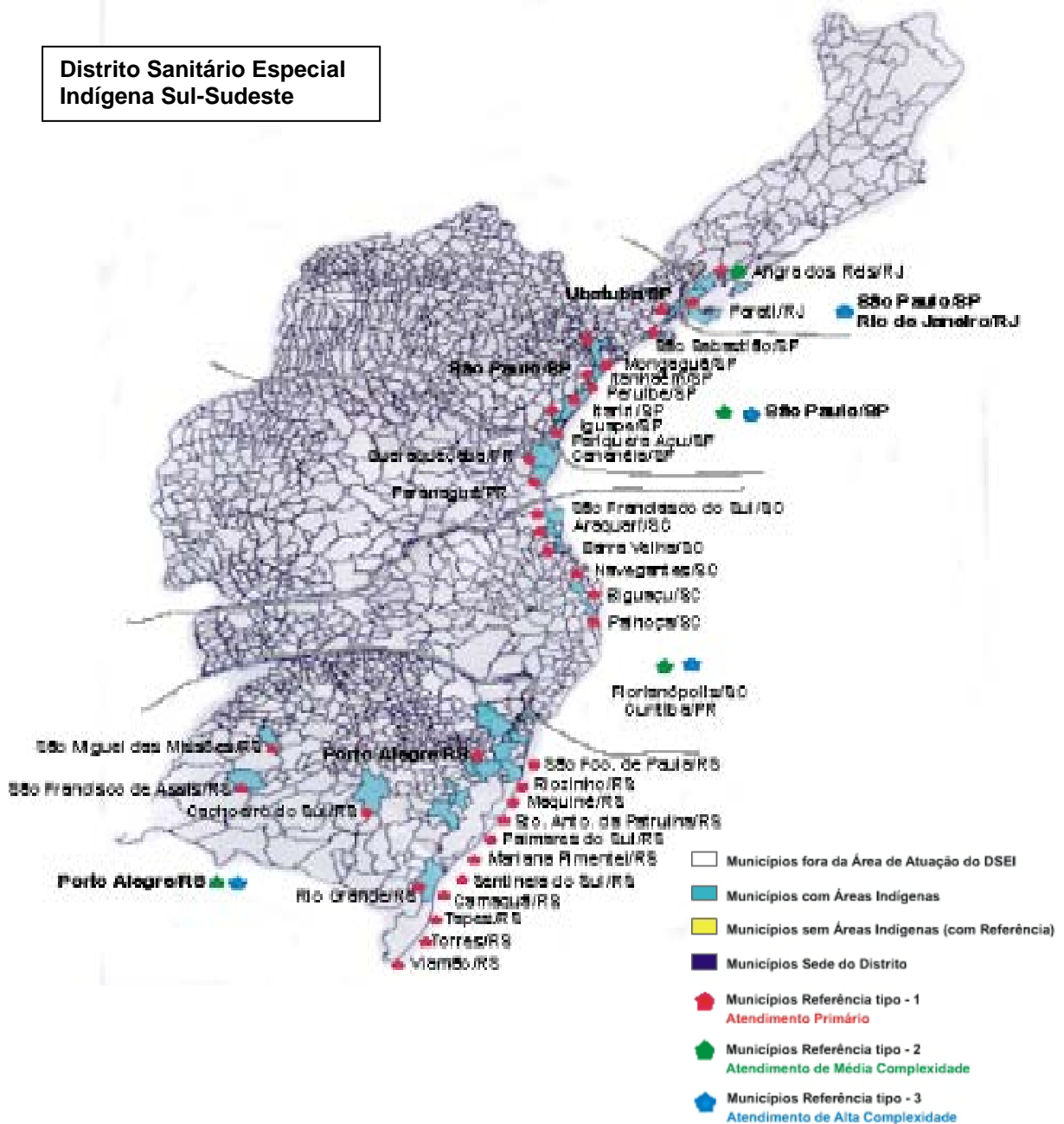


Figura 2: Distrito Sanitário Especial Indígena Sul-Sudeste (Fonte: adaptado de FUNASA, 2008).

¹² Dado disponível em http://sis.funasa.gov.br/portal/detalhe_dsei.asp?strcddsei=16. Acesso em: 08/09/2008. De acordo com a relação da população indígena cadastrada no SIASI/FUNASA em 2007, publicada na Portaria n. 2.656/2007, esta população era de 33.028 indivíduos.

Em Santa Catarina, são encontrados aproximadamente 9.083¹³ indígenas, sendo atendidos por quatro Pólos-Base: Araquari, Florianópolis, Chapecó e José Boiteux. Segundo o Plano Distrital de Saúde Indígena 2008 – 2010 para o DSEI Sul-Sudeste/Estado de Santa Catarina, o Pólo-Base de Araquari abrange nove aldeias e o de Florianópolis conta com oito aldeias, todas compostas por índios da etnia Guarani. O Pólo-Base de Chapecó tem 19 aldeias compostas majoritariamente por Kaingáng com uma parcela menor de Guarani, e o Pólo de José Boiteux tem sete aldeias, a maioria formada por Xokleng e também em menor número por Guarani e Kaingáng.

Questões políticas e de interesses econômicos são muito fortes desde o início da implantação dos DSEIs. As discussões em torno de quem operaria os convênios no DSEI Interior Sul (atualmente dividido como já citado), se deram desde sua implantação entre ONGs (sendo a principal candidata a ONG “Projeto Rondon”¹⁴) e alguns políticos da região que pressionaram para que as prefeituras assumissem os convênios. Ficou então estabelecido que municípios com mais de 1.000 índios receberiam os recursos diretamente do Ministério da Saúde; aqueles com populações menores receberiam incentivos do Ministério para aquisição de medicamentos e outros insumos e a ONG “Projeto Rondon” assumiria a gestão dos recursos humanos. Em Santa Catarina, em 1999, apenas três municípios obtiveram a gestão total dos convênios, sendo os demais cobertos pela referida ONG (DIEHL, 2001a).

Em janeiro de 2000, quando foi firmado o convênio entre a FUNASA e a ONG, com o objetivo de estabelecer e implantar um programa de promoção, prevenção e assistência primária à saúde do índio em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde, o valor repassado para a ONG foi de R\$ 4.906.577,44. A partir de então, conforme Quadro 01, foram firmados outros convênios, que totalizaram R\$ 86.176.424,13. Cumpre salientar que o montante desses recursos se refere à prestação de serviços de saúde em todo o DSEI Litoral Sul e Interior Sul e posteriormente no DSEI Sul-Sudeste, onde a ONG tinha a responsabilidade. O “Projeto Rondon” ficou responsável pela assistência (recursos

¹³ Estes dados (FUNASA) são divergentes daqueles publicados na Portaria n. 2.656/2007, que são a base para a distribuição dos valores referentes ao IAB-PI por município. Nesta Portaria, o cálculo é feito para atender 8.444 indígenas no estado de Santa Catarina.

¹⁴ Criada pela Associação Estadual dos Rondonistas de Santa Catarina, passou a ser chamada oficialmente de Associação Rondon Brasil. Porém, é conhecida como “Projeto Rondon”.

humanos e insumos) de todos os Guarani do Distrito, exceto para aqueles que vivem nas Terras Indígenas Kaingáng.

Quadro 1: Convênios cadastrados no Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal/SIAFI entre a concedente FUNASA e a conveniente Associação Estadual dos Rondonistas de Santa Catarina até dia 13/09/2008.

Objetivo do Convênio	Valor R\$	Publicação	Período de Vigência
Encadear ações de pesquisa, saberes tradicionais, de troca de material vegetal entre os Guarani, de forma a fortalecer a agrobiodiversidade étnica de dar visibilidade às autoridades públicas sobre a produção de alimentos tradicionais. Propõe ações junto à 21 aldeias de Santa Catarina, localizadas em 11 municípios, através do público beneficiário direto de 449 indígenas e do público indireto de 262 famílias.	100.000,00	31/12/2007	28/12/2007 à 31/12/2008
Promover ações básicas de prevenção e recuperação da saúde dos povos indígenas.	5.323.647,06	18/01/2007	29/12/2006 à 29/12/2008
Capacitação de indígenas das etnias Guarani, Xokleng e Kaingáng na área de desenvolvimento sustentável e revitalização cultural.	50.688,00	26/10/2006	23/10/2006 à 30/06/2007
Execução de ações de assistência a saúde dos povos indígenas.	55.580.157,85	27/04/2004	26/04/2004 à 26/04/2008
Execução de sistema de abastecimento de água e melhorias sanitárias domiciliares.	2.567.000,00	27/12/2002	23/12/2002 à 10/05/2008
Programa de promoção, prevenção e assistência primária à saúde das populações indígenas.	171.610,00	27/12/2002	23/12/2002 à 01/04/2006
Programa de promoção, prevenção e assistência primária à saúde das populações indígenas.	90.000,00	27/12/2002	23/12/2002 à 01/06/2006
Ações básicas de prevenção de doenças, promoção e recuperação de saúde.	16.086.315,47	17/04/2002	01/04/2002 à 31/05/2004
Programa de promoção, prevenção e assistência primária à saúde de populações indígenas – SC.	940.428,31	22/01/2002	31/12/2001 à 15/10/2004
Promoção, prevenção e assistência primária à saúde das populações indígenas.	35.496,62	23/01/2002	28/12/2001 à 19/05/2003
Implantação de sistema de abastecimento de água em 11 (onze) municípios do estado do Rio Grande do Sul – áreas indígenas (Projeto Vigisus) (19 localidades).	450.000,00	20/12/2001	19/11/2001 à 26/10/2003
Promover a melhoria das condições de saúde das populações indígenas.	6.181.015,18	28/02/2001	07/02/2001 à 08/05/2002
Promoção, prevenção e assistência primária à saúde / estabelecer e implantar, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, um programa de promoção, prevenção e assistência primária a saúde do índio.	4.906.577,44	01/01/2000	01/01/2000 à 01/04/2001
TOTAL	86.176.424,13		

Fonte: Disponível em: <<http://www.cgu.gov.br/convenios/index1.asp>>. Acesso em: 18 set 2008.

2.4.4 Assistência farmacêutica no contexto da saúde indígena

A Lei n. 8.080/1980 estabeleceu que todos os cidadãos brasileiros têm direito à saúde, incluindo a assistência farmacêutica. Os princípios doutrinários (integralidade, universalidade e equidade) e organizacionais (regionalização, hierarquização, descentralização e participação popular) do SUS (BRASIL, 1988) serviram de base, posteriormente, para a implementação da assistência farmacêutica no Brasil (BRASIL, 1998; 2004a).

A partir de então, as discussões das questões relativas à saúde têm incluído importantes reflexões sobre este tema. Essas reflexões propiciaram o surgimento de diferentes entendimentos, envolvendo tanto concepções teóricas quanto aspectos políticos e técnicos relacionados à sua formulação e implantação. Algumas das definições propostas para a assistência farmacêutica (ver, por exemplo, CFF, 1997 e BRASIL, 1998) e atenção farmacêutica (ver OMS, 1993 e HEPLER; STRAND, 1999, p. 42-43) restringiram-se basicamente a aspectos técnicos que envolvem a produção, distribuição e o uso de medicamentos (DIEHL; RECH, 2004).

O conceito proposto pela OPAS/OMS (2002) definiu que a assistência farmacêutica é uma atividade multiprofissional, que envolve ações mais amplas, como por exemplo, políticas em instâncias federais até municipais, com o objetivo de promoção da saúde em níveis individuais e coletivos. Para a atenção farmacêutica, definiu como um modelo de prática desenvolvido no contexto da assistência farmacêutica com a perspectiva da integralidade das ações de saúde, a qual em linhas gerais implica numa atividade específica do farmacêutico, envolvendo atitudes ou ações relacionadas diretamente com o paciente, como por exemplo, educação em saúde, dispensação, atendimento farmacêutico e acompanhamento farmacoterapêutico.

Considerando que a assistência farmacêutica é uma das diretrizes da PNASPI, até 2006 a FUNASA ainda não havia elaborado e implantado uma Política de Assistência Farmacêutica direcionada aos povos indígenas, harmonizada com a Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica, conforme apontou a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena realizada entre 27 e 31 de março de 2006 (FUNASA, 2007b). Embora a FUNASA não divulgue os recursos aplicados na compra de medicamentos desde a implantação do Subsistema de

Saúde Indígena, relatórios apresentados (dados não publicados) a Conselhos Distritais apontam que os principais itens de gastos têm sido a aquisição de insumos, especialmente de medicamentos, e a contratação de pessoal.

Nos primeiros quatro anos de implantação dos DSEIs, os medicamentos eram majoritariamente adquiridos nos respectivos Distritos pelas conveniadas, fossem municípios ou ONGs. A aquisição podia ser através de compras em distribuidoras de medicamentos e/ou diretamente nas indústrias farmacêuticas e/ou ainda em farmácias conveniadas próximas das comunidades indígenas ou dos Pólos-Base. Ainda havia a distribuição do *kit* do Programa Saúde da Família do Ministério da Saúde pelo DESAI/FUNASA, que os enviava às Coordenações Regionais para posteriormente serem entregues nas aldeias e Pólos-Base.

Em 2004, a Portaria n. 070/2004 (BRASIL, 2004b) definiu o DESAI como o responsável pelo planejamento, coordenação e garantia da assistência farmacêutica nos DSEIs, o que levou paulatinamente a uma centralização das ações de assistência farmacêutica, oficialmente referendada pela Portaria FUNASA n. 047, de 30 de janeiro de 2007, que proibiu a aquisição de um elenco de 154 medicamentos no âmbito dos Distritos, centralizando-a no DESAI e, a partir desta instância, repassados para todos os 34 DSEIs. Para os medicamentos não constantes nessa lista, a FUNASA manteve recursos financeiros junto às conveniadas para a sua aquisição.

Considerando que a Portaria n. 2.656/2007 (BRASIL, 2007) vem regulamentar as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas no Ministério da Saúde e os incentivos de atenção básica e especializada, as novas pactuações com os estados e municípios que têm direito aos recursos financeiros muito provavelmente mudarão o quadro acima descrito para a assistência farmacêutica.

2.5 Sobre os Guarani

Estima-se que, na época da chegada dos europeus, os povos indígenas¹⁵ fossem mais de 1.000 povos, somando entre dois e quatro milhões de pessoas.

¹⁵ A expressão “povos indígenas” refere-se a grupos humanos espalhados por todo o mundo, e que são bastante diferentes entre si. Indígena ou aborígine, de acordo com o dicionário (MICHAELIS,

Atualmente, encontramos no território brasileiro 227 povos, falantes de mais de 180 línguas diferentes¹⁶ (ISA, 2008). A maior parte dessa população distribui-se por milhares de aldeias, situadas no interior de Terras Indígenas, de norte a sul do território nacional (Figura 3).

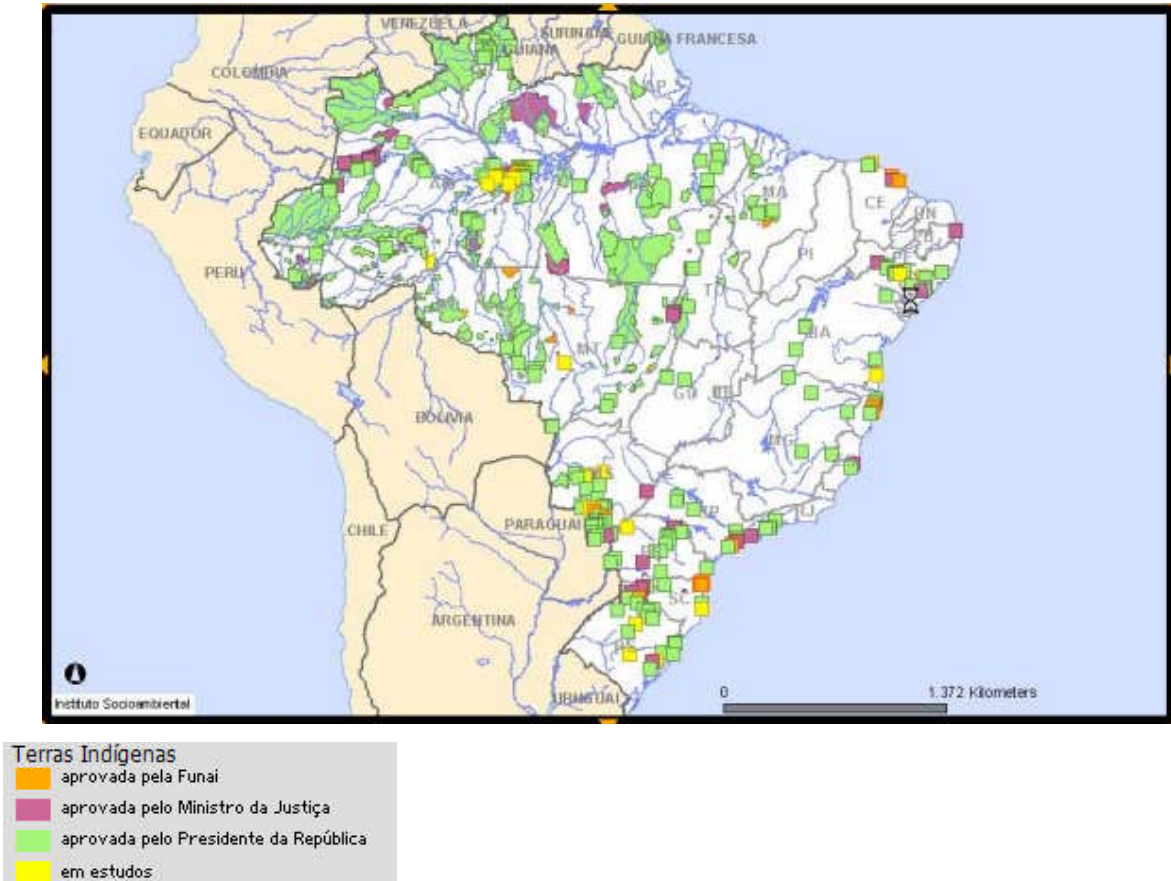


Figura 3: Localização das Áreas Indígenas no Brasil (Fonte: Instituto Socioambiental).

Para o ISA (2008), a população indígena no Brasil atual está estimada em 600 mil indivíduos, sendo que deste total cerca de 480.000 vivem em suas Terras Indígenas (e, em menor número, em áreas urbanas próximas a elas), enquanto outros 120.000 encontram-se residindo em diversas capitais do país. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Censo Populacional de 2000¹⁷) indicaram que a parte da população brasileira que se auto-declarou genericamente como “indígena” alcançou a marca de 734 mil pessoas. Como não há um censo

2002), quer dizer "originário ou próprio de um país, região ou localidade; nativo". *Nativos* e *autóctones* são outras expressões usadas, ao redor do mundo, para denominar esses povos.

¹⁶ Segundo Rodrigues (2002), é provável que na época da chegada dos primeiros europeus ao Brasil, o número das línguas indígenas fosse o dobro.

¹⁷ Desde 1991, o IBGE passou a incluir a categoria 'indígena' no quesito raça/cor da pele (respondido por auto-declaração) do questionário da amostra dos censos demográficos nacionais.

indígena no Brasil, os cálculos globais têm sido feitos pelas agências governamentais (IBGE, FUNAI ou FUNASA), pela Igreja Católica (Conselho Indigenista Missionário - CIMI) ou pelo ISA, com base numa colagem de informações heterogêneas, apontando para estimativas globais que oscilam consideravelmente. A FUNASA contabiliza a população indígena pelo Sistema de Informações de Saúde Indígena (SIASI) e tem estimado o total desta população no Brasil em 453 mil pessoas (dados de 2006, *In*: RICARDO; RICARDO, 2006). Estes dados representam somente os índios aldeados, excluindo os residentes em áreas urbanas. A FUNAI tem indicado uma população de 460 mil pessoas pertencentes aos povos indígenas residentes nas Terras Indígenas e entre 100 mil e 190 mil residentes fora das Terras Indígenas, inclusive em áreas urbanas¹⁸.

Os Guarani¹⁹, segundo estimativas de Assis; Garlet (2004, p. 45), correspondem a uma população transnacional que supera 65 mil pessoas, reunindo o maior contingente populacional indígena do Brasil. De acordo com dados da FUNASA (2006), somam um total de 45.787 pessoas e estão distribuídos no Paraguai, Argentina e Brasil. Neste último estão, nos estados de Mato Grosso do Sul, São Paulo, Paraná, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Rio de Janeiro e Espírito Santo.

Do Chaco até o Atlântico, das capitânicas do Sul até o rio da Prata, a presença Guarani abrangia, no século XVI, uma imensa área que hoje inclui alguns dos estados brasileiros onde são encontrados, além de partes dos países vizinhos (MONTEIRO, 2006). Dados históricos apontam que no início do século XVI, eles viveram seu auge geográfico e demográfico, com uma população estimada de dois milhões ou mais (NOELLI, 2004). Especificamente no litoral no Brasil, dados arqueológicos, históricos e linguísticos registram a ocupação Guarani entre o Rio Grande do Sul e São Paulo em período anterior ao século XVI, ocorrendo a expansão do território através de deslocamentos e novas ocupações (DARELLA, 2004).

¹⁸ A inexistência de fontes de dados confiáveis para as populações indígenas não é um problema isolado do Brasil. Na publicação *“La identificación de poblaciones indígenas en los censos de América Latina”* (PEYSER; CHACKIEL, 2000), algumas constatações foram feitas comparando-se estudos sobre as populações aborígenes de diferentes países latino-americanos. Existe pouca ou nenhuma possibilidade de comparação entre os diferentes censos demográficos nacionais, devido à disparidade de critérios de definição da categoria “índio”.

¹⁹ A grafia do nome deste povo obedece a uma convenção promovida pela Associação Brasileira de Antropologia (1953), onde os nomes de povos indígenas são empregados como palavras invariáveis, sem flexão de gênero ou número.

Segundo Ladeira (2001, p. 55) “Nos séculos XVI e XVII, os cronistas denominavam ‘guaranis’ os grupos de mesma língua que encontravam desde a costa atlântica até o Paraguai”. Como consequência da diversidade em relação a aspectos como língua, mitologia, cosmologia, organização social e política, normas e comportamentos, conhecimentos, interpretações, práticas xamanísticas, relações inter-grupais e inter-societárias, Schaden (1974) propôs, a partir de seu campo nas décadas de 1940 e 1950, a classificação que se tornaria clássica na bibliografia etnográfica, descrevendo os Guarani no Brasil divididos em três subgrupos: Kaiowá, Mbyá e Nhandeva (ou Chiripá) (Quadro 02). Nesta classificação, os Nhandeva e Chiripá são considerados como dois etnônimos que nomeiam o mesmo subgrupo. Segundo Mello (2006), as pessoas de ambas as etnias (Chiripá e Nhandeva) rejeitam a identificação dos dois grupos como sendo um único. Os Chiripá vêm reforçando sua presença no contexto identitário entre os Guarani do sul do Brasil, reivindicando reconhecimento enquanto uma etnia distinta dos Nhandeva.

Assis; Garlet (2004, p. 37) sublinham Kaiowá, Nhandeva e Mbyá como os três grupos Guarani mais referenciados e observam “a falta de consenso e muitas dúvidas quanto à maneira de classificá-los”. Como exemplo desta falta de consenso, pode-se citar as próprias autodenominações exclusivas dos subgrupos Guarani do sul do Brasil que, conforme Mello (2007) são: Chiripá, Tambeopé e Paim. Muitas destas pessoas que se autodenominam Tambeopé e Paim utilizam a categoria Mbyá para se autodenominarem diante dos não-indígenas, sendo Mbyá uma autodenominação inclusiva mesmo aos Chiripá, por entenderem ser esta uma categoria utilizada pelos não-indígenas como sinônimo de ‘Guarani’.

Quadro 2: Grupos Guarani e sua localização nos estados brasileiros.

Estado	Grupo
Espírito Santo	Nhandeva (Chiripá), Mbyá
Mato Grosso do Sul	Kaiowá, Nhandeva (Chiripá)
Paraná	Nhandeva (Chiripá), Mbyá
Rio de Janeiro	Nhandeva (Chiripá), Mbyá
Rio Grande do Sul	Nhandeva (Chiripá), Mbyá
Santa Catarina	Nhandeva (Chiripá), Mbyá
São Paulo	Nhandeva (Chiripá), Mbyá

Fonte: Instituto Socioambiental.

Em Santa Catarina são encontradas as etnias Kaingáng, Xoklém e Guarani. Estes últimos, a exemplo daqueles do restante do litoral sul-sudeste brasileiro, pertencem à parcialidade Mbyá. Grande parte destes grupos familiares que adentraram no litoral de Santa Catarina é oriunda de Misiones/Argentina (com ascendentes nascidos no Paraguai ou mesmo em Misiones), atravessaram os rios Peperiguaçu e/ou Uruguai, chegando ao litoral do Rio Grande do Sul e seguindo posteriormente ao de Santa Catarina, onde permaneceram ou procuraram o Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo, retornando ou não para Misiones (DARELLA, 2004, p. 8).

Para o povo Guarani, existem fatores culturais e sociais para a ocupação costeira. O cultural refere-se à visão de mundo dos Guarani e ao seu “sistema” (modo de ser). Esta parte do território guarani guarda importantes significados históricos, cosmológico e mitológico. Para os Guarani que vivem na região litorânea há um sentido de aqui estar, embasado numa concepção de mundo na qual o mar simboliza ao mesmo tempo limite e possibilidade de superação da condição humana. O social diz respeito principalmente aos laços de parentesco e à economia de reciprocidade (trocas, intercâmbios de sementes, mudas, entre outras) (DARELLA, 2003).

Quando os Guarani falam “nosso sistema” (*nhanderekó*) estão se referindo ao seu singular modo de pensar e ser. Estão falando “nossa tradição”, que, de acordo com Darella (2004, p. 86):

Significa um complexo conjunto de valores, conhecimentos, crenças e práticas em interação transmitidas pelos mais velhos aos mais novos, de geração em geração, tido como seu referencial, sua orientação. Para os Guarani *nhanderekó*, nosso costume, hábitos, leis, cultura, tradição, é não apenas o sentido da vida, mas a forma ideal de viver nesta terra, de conformidade com os ensinamentos dos “antigos”, que possuem *arandu* (sabedoria). Reciprocidade e solidariedade (*Mboraiupa/ñeñoboaty*) integram noções centrais no modo de ser Guarani.

A busca do *nhanderekó* define várias orientações de fundo cosmológico tanto no que se refere aos aspectos ambientais e práticas sociais, como propiciando a busca de condições materiais e sociológicas para a realização de comportamentos sociais, preceitos morais de modo de produção. Dentre as condutas preconizadas

pelo *nhanderekó*, o *oguatá*²⁰ (caminhadas, deslocamentos) é fundamental, pois fundará novas terras quando de alguma forma a ordem cosmológica e social foi abalada por algum evento. O ato de deslocar-se de uma aldeia para outra é visto pelos Guarani como um mecanismo de preservação cultural, uma forma de lutar para a manutenção do *nhanderekó*.

Os Guarani têm como base de sua organização social, econômica e política, a *família extensa*, isto é, grupos macro familiares que detêm formas de organização da ocupação espacial dentro das *tekoa*²¹, determinadas por relações de afinidade e consanguinidade. É composta pelo casal, filhos, genros, netos, irmãos e constitui uma unidade de produção e consumo.

Uma comunidade guarani é composta por famílias nucleares e ao menos uma família extensa com parentes²² e visitantes de outras aldeias, não necessariamente homogênea em posicionamentos e condutas. Há um substrato que soma identidade, sentimento de pertencimento, cultura e língua. Cada comunidade guarani tem sua(s) liderança(s) política(s) e/ou religiosa(s), possui peculiaridades sociais, culturais, políticas e econômicas inseridas em realidades ambientais variadas, formando sempre um contexto singular, o que pode agregar casamentos com “brancos”, com outros índios e com mestiços (DARELLA, 2004). A organização espacial interna das aldeias é determinada pelas relações de afinidade e consanguinidade. Cada comunidade tem um chefe político - o cacique - ao qual estão subordinadas lideranças para intermediar nas relações entre a comunidade indígena e os representantes do Estado e vários setores da sociedade civil.

No caso dos Mbyá, uma rede²³ de parentesco e reciprocidade se estende por todo o seu território, compreendendo as regiões onde se situam as suas comunidades e implicando uma dinâmica social que exige intensa mobilidade (visitas

²⁰ Mello (2007, p. 59) relata suas experiências nas aldeias, e conforme narrativas dos indígenas, o “caminhar” é uma conduta própria dos Guarani, preconizada pelos deuses e que em si já consiste em uma conduta sagrada que reforça os laços com as divindades, purificando e fortalecendo o espírito.

²¹ O *tekoa* ou *tekoha* é o “espaço sócio-político”, um microcosmos, o lugar de vida, da vivência do “sistema”, o local de plantação, dos rituais, da vinculação e passagem, da articulação das relações de parentesco. É a base formadora de vasta e complexa rede de interligação e intercomunicação (DARELLA, 2004, p. 78). *Tekoa* se refere à aldeia.

²² Mello (2001) esclarece que a construção da categoria de “parentes” muitas vezes supera o significado consanguíneo do termo, pois engloba desde parentes consanguíneos próximos, englobando a categoria dos parentes por afinidade, podendo significar inclusive todas as pessoas pertencentes à etnia e até mesmo todos os Guarani.

²³ Indícios arqueológicos apontam que a organização social Guarani pré colombiana já era configurada por redes sociais pelas quais circulavam bens e técnicas (NOELLI, 2004).

de parentes, rituais, intercâmbios de materiais para artesanato e de cultivos, enfim, os bens e saberes que circulam nas redes que unem as aldeias Guarani).

No aspecto linguístico, o guarani, língua estruturada há séculos e falada ainda atualmente por milhares de pessoas em toda a América do Sul, pertence à família linguística Tupi-Guarani²⁴, que por sua vez é uma ramificação do tronco da grande família Macro Tupi. O Tupi é o maior e mais bem conhecido tronco das línguas indígenas brasileiras. Ele é composto atualmente por cerca de nove famílias²⁵, sendo a Tupi-Guarani uma delas (RICARDO; RICARDO 2006).

Atualmente, devido às condições de seu território, os Guarani se inserem num contexto onde tensões e crises provocadas por pressões externas e internas lhes obrigam a repensar e remodelar continuamente as relações de contato. Vivendo o paradoxo de sofrerem pressões para adotarem padrões da sociedade nacional, ao mesmo tempo em que, para terem seus direitos assegurados, devem manter-se étnica e culturalmente diferenciados, vivendo “conforme seus costumes, línguas, crenças e tradições”. Mesmo assim, deve-se reconhecer que certos aspectos essenciais do “modo de ser” dos Guarani são manifestos de forma constante e consistente.

²⁴ A família Tupi-Guarani se destaca entre outras famílias linguísticas da América do Sul pela notável extensão territorial sobre a qual estão distribuídas suas línguas. No século XVI encontraram-se línguas dessa família sendo faladas em praticamente toda a extensão do litoral oriental do Brasil e na bacia do rio Paraná. Atualmente, falam-se línguas dela no Maranhão, Pará, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Espírito Santo, assim como fora do Brasil (na Guiana Francesa, Venezuela, Colômbia, Peru, Bolívia, Paraguai e Argentina) (RODRIGUES, 2002).

²⁵ Awetí, Munduruku, Mawé, Tupari, Arikem, Mondé, Ramarama, Juruna e Tupi-Guarani.

3. MÉTODO

3.1 Sobre o trabalho de campo

O desafio deste trabalho teve início já na escolha do tema que seria desenvolvido durante o período do mestrado. Trabalhar com saúde indígena foi um dos maiores desafios enfrentados para minha formação profissional, uma vez que, até então, não havia tido qualquer contato com o tema e minhas atividades profissionais sempre estiveram vinculadas à homeopatia. No entanto, a possibilidade de desenvolver um trabalho até o momento pouco explorado e considerado por mim essencial para a avaliação e a busca constante do aperfeiçoamento nos serviços de saúde direcionados a esses grupos populacionais, foi o impulso que precisava para enfrentar esta tarefa.

Visando preservar o anonimato dos indivíduos, nessa dissertação os nomes dos indígenas são fictícios.

O contato inicial com os índios Guarani da T.I. Morro dos Cavalos foi através do professor bilíngue Lívio Antônio Carvalho, que ministra aulas da língua nativa para não indígenas, das quais participei durante todo o tempo em que estive em campo. Logo, ele e sua esposa, Andrea Soares, se tornaram minhas referências na T.I.

A primeira visita realizada na aldeia²⁶ foi em março de 2007, antes da escolha definitiva do tema que seria desenvolvido. A professora Eliana Diehl me acompanhou e, neste momento, já se tornaram claras algumas das possíveis dificuldades que seriam enfrentadas: o modo de ser reservado do Guarani e a língua (o idioma guarani é falado por todos os moradores e alguns não falam e não compreendem o português). Mesmo com as possíveis e depois reais dificuldades, na volta desta visita já estava decidida pela escolha deste tema.

Inicialmente, não ficou claro para eles qual seria a pesquisa que iria desenvolver. No momento em que apareceu a questão saúde/doença, logo veio à associação com a pesquisa de plantas. Andrea chegou a pedir ajuda para desenvolvermos um projeto que ela havia começado: um catálogo com fotos, nomes

²⁶ Serão também utilizados neste trabalho os termos “aldeia” e “comunidade” para se referir ao espaço ocupado pelos indígenas habitantes da T.I. Morro dos Cavalos.

das plantas e indicações de uso, acreditando estar contribuindo também para o meu trabalho. A partir de então, sempre procurei deixar evidente que eu estava pesquisando os modos de consumo e o entendimento que eles têm sobre os medicamentos. Em relação ao uso de plantas, explicava que meu interesse não era determinar os tipos de plantas usados por eles para tratar seus problemas de saúde, mas que me propunha a ajudá-los se essa fosse a demanda.

Para transpor a barreira da língua, Andrea ou Lívio sempre me acompanharam durante a permanência na aldeia e foram eles quem me mostraram muitas vezes as limitações do que buscava compreender, uma vez que o Guarani “não gosta de falar sobre determinadas coisas”, como dito por um dos moradores em uma de nossas conversas.

Nos primeiros meses, meu contato ficou restrito à família de Andrea, sendo logo acolhida, o que me fez sentir à vontade entre eles. Seu pai, Sr. Antônio, professor da escola e autor de livro, é um dos membros mais velhos e respeitados na aldeia. No entanto, foi necessário um tempo maior para começarmos a falar sobre questões da sua cultura, seu modo de ser e suas percepções sobre saúde e doença. Isso aconteceu sempre de forma reservada, e quando havia algum assunto que não gostariam que eu participasse ou me aprofundasse, falavam em guarani, ficando claro que eu não iria obter mais informações. Na maioria das vezes, alguns modos de ser apareciam como narrativas de fatos já acontecidos e as histórias de seus ancestrais eram freqüentemente contadas.

Com o tempo, veio a aproximação com outras pessoas que também passaram a me acolher em suas casas. As caronas para o centro de Palhoça, quando voltava da aldeia, também foram uma forma de aproximação.

Apesar de fortalecer laços de amizade e confiança, o contato com algumas pessoas se deu somente no momento da pesquisa domiciliar, a qual será detalhada no decorrer deste trabalho. As mulheres, em sua maioria, eram mais tímidas e reservadas e geralmente respondiam as questões com um sim ou não.

No primeiro momento da pesquisa domiciliar foram necessários quatro meses para concluir todas as casas. Muitas vezes as idas na aldeia me deixaram ansiosa em relação a não estar coletando dados pontuais; esta ansiedade, porém, foi diminuindo à medida que passei a observar o cotidiano como uma dinâmica que reflete o modo de ser e agir e com isso obtive informações que vieram enriquecer o

trabalho.

Na pesquisa domiciliar, usando um questionário estruturado e sendo acompanhada por Lívio ou Andrea, nem sempre as pessoas sentiam-se à vontade para falar e a timidez era nítida, dificultando a coleta dos dados. Muitas vezes, quando questionado sobre os medicamentos existentes no domicílio, a resposta era que não havia nenhum, mas com o olhar atento pude observar alguns frascos ou cartelas de medicamentos em algum cômodo da casa. Em uma delas, quando perguntei se poderia anotar os dados sobre os medicamentos, a resposta que obtive foi não.

No segundo momento da pesquisa domiciliar, se tornou mais fácil questionar determinados modos de pensar e agir em relação à saúde e doença pelos Guarani, não ficando restritos apenas às questões sobre os medicamentos.

A relação estabelecida foi de amizade, mas também de troca. Várias foram as situações em que me foram solicitados favores e ajuda, principalmente em relação a comidas e roupas. Sempre que possível estes pedidos foram atendidos.

Apesar de todo o tempo que estive em campo (total de 81 dias), a sensação de estar entrando num espaço reservado se fizeram presentes. Procurei manter o limite que me foi imposto. Algumas poucas vezes me surpreenderam a espontaneidade com que surgiram longas conversas com membros mais velhos, que acrescentaram substancialmente informações à pesquisa e me impulsionaram nos momentos em que o desânimo em relação ao campo surgia. Aprendi que estar entre os Guarani requer manter-se em um ritmo menos frenético que o habitual.

3.2 A coleta de dados

Este trabalho foi desenvolvido em uma comunidade indígena Guarani do litoral de Santa Catarina, da T.I. Morro dos Cavalos, município de Palhoça, localizada aproximadamente a 40 Km de Florianópolis, próxima à rodovia BR 101.

A pesquisa de campo, de caráter etnográfico, envolveu algumas dos recursos do método antropológico, com o intuito de buscar uma compreensão sobre saúde e doença nesta comunidade.

Para a realização desta pesquisa, a qual faz parte do projeto “Medicamentos

em contextos locais indígenas: os *Guarani-Mybá* do litoral de anta Catarina”²⁷, todos os procedimentos legais que envolvem os aspectos éticos e a permissão para entrada em T.I. foram cumpridos antes do seu início (Anexo A). Durante as atividades em campo, sempre que se utilizou algum questionário estruturado ou realizou-se entrevista, foi solicitado ao indígena a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Uma apresentação sucinta do tema e dos objetivos da pesquisa era feita no início de cada visita ou entrevista.

A coleta de dados foi realizada através da observação participante durante as atividades cotidianas na T.I., de entrevistas abertas ou semi-estruturadas e de aplicação de questionários (Apêndices A e B). O olhar atento, o ouvir e o escrever, conforme Cardoso de Oliveira (2000), foram fundamentais durante toda a pesquisa.

Dados sobre a identificação dos moradores da casa, sexo, filiação, data de nascimento (na falta dessa, solicitou-se a idade aproximada), escolaridade e atividade desenvolvida foram coletados através de questionário estruturado (Apêndice A).

Para a obtenção dos dados sobre os medicamentos existentes em cada domicílio no momento da visita, era solicitado que o informante mostrasse todos os medicamentos existentes na casa, sendo anotados nome e dosagem, forma farmacêutica, quem receitou, onde foram adquiridos, local de armazenagem, data de fabricação e validade, lote, entre outras informações, em um questionário estruturado (Apêndice B). As pesquisas de campo foram realizadas durante os meses de março a maio de 2006 pela professora Eliana, quando do início do desenvolvimento deste projeto (aproximadamente 50% das casas foram visitadas) e entre agosto de 2007 e junho de 2008 por mim, como aluna do Programa de Pós-Graduação em Farmácia da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo todas as casas visitadas em dois momentos neste período. As visitas foram acompanhadas por um indígena, que auxiliou nas traduções do guarani para o português e vice-versa.

Para aprofundar as questões relativas ao uso e percepções de medicamentos e/ou recursos com propriedades terapêuticas, foi utilizada a observação participante. Procurou-se participar das atividades que envolviam a busca por atenção à saúde e, na medida do possível, daquelas relacionadas à vida social e religiosa, sempre com

²⁷ Esse projeto foi apoiado financeiramente pelo Edital MS/CNPq/SES/FAPESC n. 03/2004.

o consentimento da comunidade. Também fizeram parte as entrevistas abertas e/ou as semi-estruturadas, sendo gravadas²⁸ após o consentimento do entrevistado. Durante todo o estudo foram feitas as anotações em diário de campo.

Para a obtenção dos dados referentes à prestação de serviços de saúde nesta comunidade, foram registradas, em caderno de campo, informações obtidas a partir dos relatos dos próprios índios e dos prestadores do serviço, assim como das observações durante a permanência na aldeia.

Os dados sobre seis meses de prescrições - janeiro a junho de 2008 - foram obtidos junto à sede do Pólo-Base Florianópolis através da consulta a todas as prescrições realizadas neste período²⁹. Foram anotados os nomes dos indígenas e dos medicamentos e suas dosagens, a quantidade prescrita, a posologia e a data da prescrição. Também durante a pesquisa de campo, na maioria dos dias em que a equipe de saúde esteve na aldeia, foram acompanhadas as dinâmicas das consultas e, à medida que os pacientes após as mesmas dirigiam-se à sala onde os medicamentos eram entregues, anotaram-se as prescrições.

3.2.1 A análise dos dados sobre os medicamentos encontrados nas casas e os prescritos

Os dados foram inseridos em planilhas do programa Microsoft Excel®, versão 1997-2003, e após analisados pelo programa SPSS® (*Statiscal Package for the Social Sciences*) para Windows, versão 13.0.

Na descrição dos medicamentos encontrados e prescritos, para a classificação terapêutica e o nome dos fármacos, utilizou-se a classificação ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical*)³⁰ nos níveis dois e cinco, respectivamente. No Apêndice C estão as tabelas completas destes dados.

²⁸ Todas as entrevistas gravadas foram transcritas.

²⁹ Segundo a Coordenadora Geral do Pólo-Base, as segundas vias das prescrições ficam armazenadas durante um ano, sendo posteriormente descartadas.

³⁰ Disponível em <http://www.whooc.no/atcddd/>. ATC é uma classificação dos fármacos em diferentes grupos e sub-grupos (níveis), de acordo com o órgão ou sistema sobre o qual atuam e segundo as suas propriedades químicas, farmacológicas e terapêuticas, podendo os sub-grupos chegar até ao quinto nível.

4. RESULTADOS

4.1 Os Guarani da Terra Indígena Morro dos Cavalos

A T.I. Morro dos Cavalos situa-se no município de Palhoça, às margens da rodovia BR 101, localizada aproximadamente a 40 km de Florianópolis e 15 km do centro de Palhoça (Figura 4). O acesso à aldeia pode ser feito por ônibus, que sai com frequência do Terminal Rodoviário Rita Maria em Florianópolis e para em frente à aldeia, ou mesmo com carro pela rodovia BR 101.



Figura 4: Localização da T.I. Morro dos Cavalos em relação ao Parque Estadual da Serra do Tabuleiro (Fonte: SOCIOAMBIENTAL Consultores Associados Ltda. *In*: Darella, 2004, p. 239).

Segundo Mello (2006, p. 110), o Morro dos Cavalos foi um ponto estratégico de ocupação no litoral para muitas famílias vindas do oeste de Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Paraguai e Argentina durante o século XX, onde algumas famílias paravam por pouco tempo e outras se uniam em relação de afinidade com o grupo local e permaneciam.

De acordo com Darella (2004), é o aldeamento conhecido mais antigo do qual se tem referência no litoral catarinense. Essa ocupação foi registrada por trabalhos etnográficos em decorrência da construção da rodovia BR101 nos anos de 1960 e da criação do Parque Estadual da Serra do Tabuleiro, na década seguinte. Com registro de ocupação ininterrupta, deteve o título de aldeia guarani com maior população da costa catarinense entre os anos 1995 e 2003, quando *M'biguaçu* (localizada no município de Biguaçu, grande Florianópolis) a sobrepujou em termos demográficos em razão da chegada de parentes oriundos da aldeia guarani de Cacique Doble³¹, no interior do RS.

Uma das famílias centrais na reocupação do litoral e que durante muito tempo – desde a década de 1960 até meados da década de 1980 - residiu na região onde hoje se encontra a aldeia Morro dos Cavalos, é a família Sales (Figura 5). Para a aldeia, esta família foi a “família anfitriã”³², acolhendo famílias que vinham de outras aldeias.

De acordo com Mello (2006), a família Sales foi chefiada durante muito tempo por João Sales e sua esposa Francisca. O filho do casal, Roberto Sales, foi cacique nesta aldeia e posteriormente de *M'biguaçu* – a primeira terra indígena demarcada no estado de Santa Catarina. Ele é casado com Ana Sales, filha de Adelaide e Pedro, que na década de 1980 residiam no Morro dos Cavalos e que com o falecimento de João, passaram a assumir o papel de família anfitriã (Figura 5). Ainda nesta década, Pedro e Adelaide se mudaram para a região de *M'biguaçu*.

Conforme Martins (2007), a irmã de Roberto, Juliana, residia no Morro dos Cavalos até o início de 2006, mudando-se para *M'biguaçu* neste período.

³¹ Essa aldeia, situada na T.I. Cacique Doble, dos índios Kaingáng, foi abandonada pelos grupos familiares ali residentes em 2003 (Darella, 2004, p. 146).

³² Segundo Mello (2006) “família anfitriã” se refere à família extensa que habita uma aldeia e recebe visitantes, temporariamente ou não, dependendo de uma possível formação de alianças por afinidade.

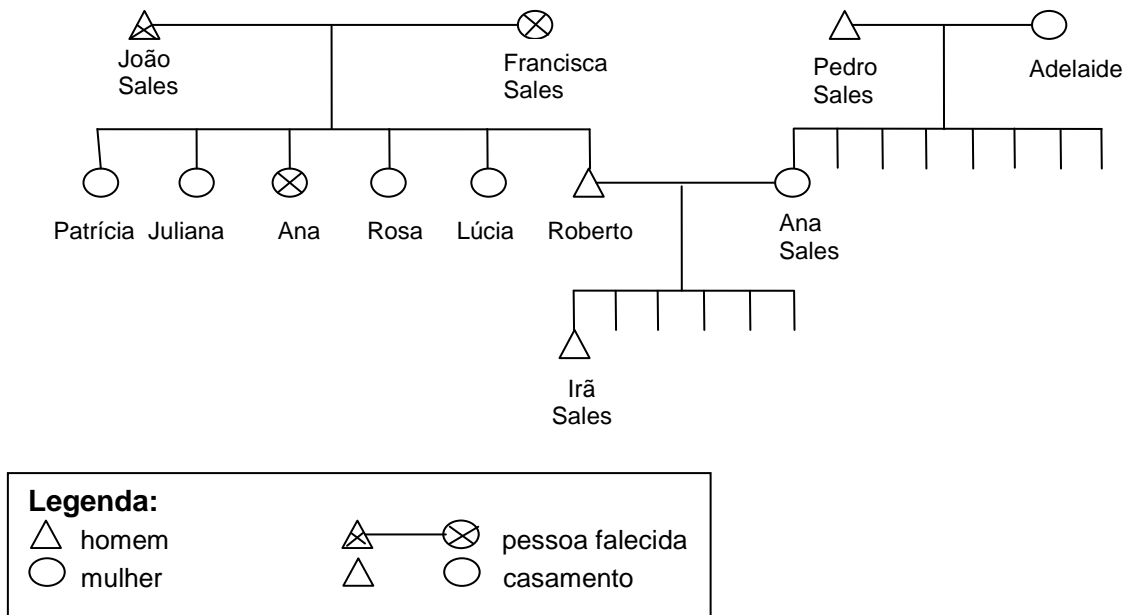


Figura 5: Diagrama simplificado da relação de aliança entre a família de João e Francisca com a família de Adelaide e Pedro.

Ligadas por relações de parentesco a esse grupo, outras famílias chegaram ou retornaram ao litoral nas últimas décadas do século XX.

Em novembro de 1991, Marcelo da Silva, sua esposa Aparecida Medeiros e famílias nucleares a ele aparentadas, deixaram a *Tekoa* (aldeia) do Cantagalo para fundar uma *Tekoa* na Serra do Tabuleiro, SC, ocupando em 1992, segundo Darella (2004), a “Terra Fraca”, local diminuto às margens da BR 282.

Darella (2004, p. 230) relata que os contatos e trabalhos variados com os Guarani aldeados em “Terra Fraca” resultaram na possibilidade do grupo liderado por Marcelo e Aparecida passar a ocupar uma propriedade seqüestrada judicialmente no município de Palhoça. A primeira visita dos *Mbyá* no local ocorreu em maio de 1993 e sua ocupação em janeiro de 1994. Essa área, denominada Massiambu, possui 4,5 hectares e se situa no entorno do Parque Estadual da Serra do Tabuleiro.

No transcorrer de 1994, ocorreu a abertura de roças no Morro dos Cavalos por parte de algumas famílias que viviam em Massiambu. No final deste mesmo ano, essas famílias passaram a ocupar o Morro dos Cavalos, dentre elas as de Márcio Silva e Horalícia Pereira (que viveram praticamente dez anos ali e no primeiro semestre de 2004 mudaram para *Marangatu*, localizada em Imaruí), e Juvenal Pereira e Maria Almeida, que atualmente não residem mais na aldeia Morro dos

Cavalos.

Em 1995, chegou à aldeia Morro dos Cavalos a família de Paulo Almeida, vindo do oeste do estado de SC. Paulo ao falar da sua chegada afirmou:

“Quando cheguei aqui, só tinha mato. Eu e minha esposa, junto com nossa filha, né, ficamos numa casinha lá em cima, bem no morro, não tinha quase nada. As famílias que tinha aqui moravam lá longe, longe. Não era como é agora tudo pertinho, casa né, tudo pertinho” (Fevereiro, 2008).

Esta descrição foi confirmada por sua filha Luana, que morava numa aldeia em São Paulo e quando se separou veio morar no Morro dos Cavalos e relata: *“Quando vim para cá, era tudo mato, só tinha o pai lá em cima, o resto era mato e mais mato. A escola nem tinha aqui”* (Maio, 2008).

Gradativamente, aumentou o número de pessoas ligadas a ele por laços de consangüinidade e afinidade e em 1999, Paulo assumiu a função de cacique da aldeia, ocupando-a até 2007, quando então seu filho Daniel Almeida tornou-se cacique, permanecendo até início de 2008. A família de Paulo passou a ser anfitriã, manejando os recursos da aldeia para receber novas famílias ou indivíduos.

Atualmente, Paulo é casado com Mariana Luz (Figura 6) e no início de 2008 tinha 12 filhos morando na aldeia, quando um de seus filhos se mudou para *M'biguaçu*. Entre os filhos, sete são ou foram casados e têm filhos, sendo que três deles ocupam cargos remunerados dentro da aldeia – um é Agente Indígena de Saúde e as outras duas são merendeiras da escola. Paulo desempenha o papel de *karai*³³ e profere as *ayvu porã* - belas palavras - nas reuniões da comunidade, um dos momentos de ritual que envolve toda a aldeia. Segundo Júlio Silva Santos: *“a fala do karai dá o caminho. Ele não fala sobre as coisas corriqueiras e cotidianas da vida, ele somente dá o caminho”* (In: MARTINS, 2007, p. 50).

³³ *Karai* é o termo nativo para se referir a um xamã, no sentido genérico do termo. *Karai* é a forma masculina e singular do termo, porém pode ser usado para referir genericamente a uma mulher, apesar de haver a forma feminina do termo: *Cunhá karai*. O plural de ambos os gêneros é *karaiquery*.

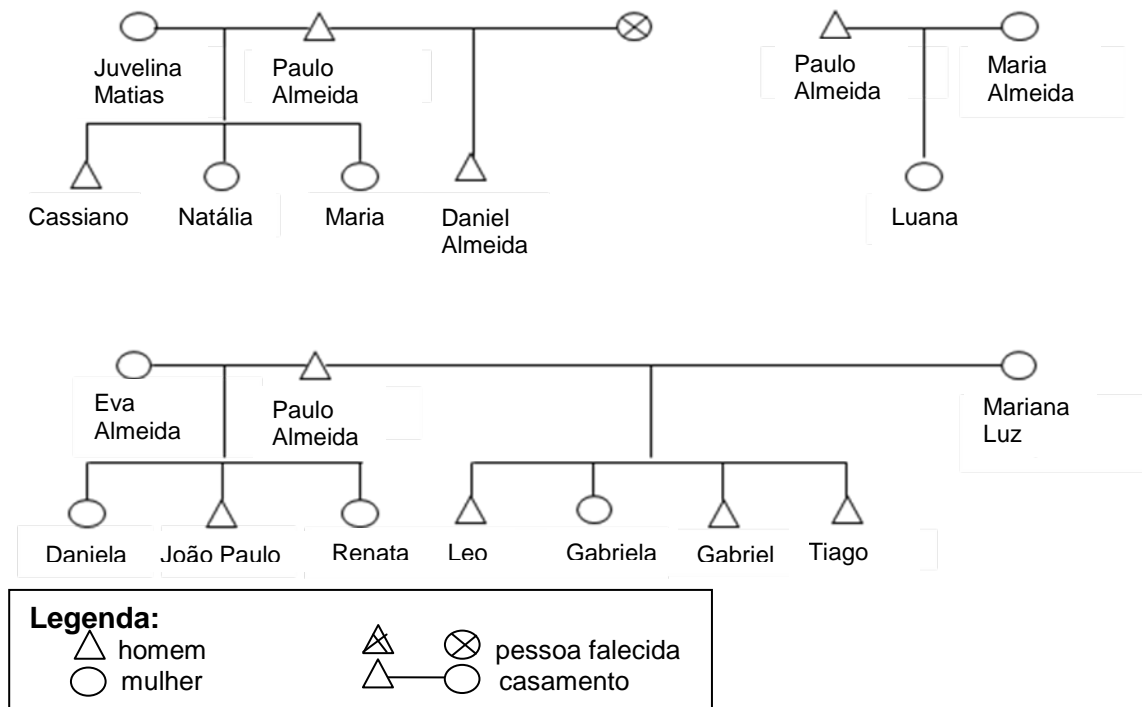


Figura 6: Diagrama simplificado da família de Paulo Almeida, residente na aldeia Morro dos Cavalos.

Outra família que ganhou prestígio na aldeia é a família Soares. Vindos do oeste de Santa Catarina, os irmãos Antônio e José Soares, chegaram ao litoral com suas famílias em 2000.

José e sua família ocuparam a aldeia Morro dos Cavalos neste mesmo ano e ali permaneceram até o início de 2007. Logo após sua chegada, José passou a exercer o cargo de Agente Indígena de Saneamento (AISAN), contratado e remunerado pelo Projeto Rondon/SC. Durante este tempo, a família Soares criou laços com a família anfitriã, selando-os com o casamento em 2003 do filho de José Soares, Bruno Soares, com Daniela Almeida, filha do então cacique. Atualmente, estão na aldeia somente os filhos Bruno e Fátima; José Soares, sua esposa Isabel e outros quatro filhos menores, voltaram para o oeste, na T.I. Xaçepó.

Antônio, o irmão mais velho, primeiramente morou na aldeia de Massiambu a convite do irmão de sua esposa, que residia nesta aldeia. Durante cinco anos ali viveu, desenvolvendo atividades como professor da língua guarani na escola *Ka'akupé*, trabalho iniciado na aldeia Limeira, localizada na T.I. Xaçepó no município de Entre Rios, onde seu avô materno residia. Em 2005, veio para a aldeia Morro dos Cavalos, onde já vivia a família do irmão José. Permaneceu ali até início de abril de 2008, quando retornou junto com sua esposa e seus filhos solteiros para

Massiambu. No entanto, continuou suas atividades como professor na escola da aldeia Morro dos Cavalos. Em março de 2008, lançou o livro “Palavras do *Xeramõi*”³⁴, onde descreve histórias ouvidas de seu antepassado, com a intenção de preservar uma parte de sua cultura. Sua filha Andrea Soares, casada com Lívio Antônio Carvalho da Silva (oriundo do Espírito Santo e até início de 2008 vice-cacique), como mencionado anteriormente, foi quem me acompanhou durante as atividades desenvolvidas na aldeia como intérprete, esclarecendo inúmeras vezes alguns pontos sobre a cultura e os costumes do seu povo.

Como evidenciou Martins (2007), a trajetória da família Soares refaz parte dos deslocamentos de grupos Guarani em um movimento de reocupação do litoral sul e sudeste do Brasil.

Nesse sentido, a região do Morro dos Cavalos representa muito na retomada da *tekoa*. Após um longo processo, a terra que já havia sido identificada e delimitada (seus limites aprovados pela FUNAI - 1.988ha.) em 2001/2002³⁵, finalmente foi homologada pelo Presidente da República em 18 de abril de 2008 como Terra Indígena Morro dos Cavalos (Portaria n. 771, 2008).

A população estimada na T.I. Morro dos Cavalos era de 114 índios³⁶ e atualmente é formada por 21 habitações³⁷. As *Oo* (casas) são pequenas construções, na grande maioria composta por dois cômodos, sendo uma parte a área social da casa e a outra restrita aos seus habitantes. Galinhas, gatos e alguns patos circulam dentro e ao redor das *Oo*; a maioria das casas possui um ou mais cães (*djaguá*, como são chamados pelos Guarani).

A *opÿ* (casa de rezas), importante construção da aldeia, é o local onde realizam seus rituais, cantam, dançam e entram em contato com seus ancestrais. Está localizada na parte central da aldeia e foi construída em regime de mutirão, com formato retangular cuja frente aponta para a direção do sol nascente; sua estrutura é de *yvyra* (madeira), *takua* (taquara) e *ñae’u* (argila), sendo o chão de terra batida. Todos os dias, a partir das 18 horas, aconteciam os rituais noturnos com a presença de alguns moradores da comunidade. Uma das moradoras, referindo-se à frequência com que participa destes rituais, disse:

³⁴ Avô, pessoa mais velha que detém sabedoria.

³⁵ Grupo de Trabalho coordenado por Maria Inês Ladeira.

³⁶ Fonte: Pólo-Base Florianópolis, DSEI Sul-Sudeste, censo vacinal de maio de 2008. Dados não publicados.

³⁷ Em 2007, vinte delas estavam ocupadas, em 2008 dezenove.

"Ninguém é obrigado í na opÿ. Sempre tem lenha, violão (mbaraka) e chocalho (mbaraka mirim), deu vontade pode í, faz a reza, não tem hora pra chegá e nem hora pra saí. Uns até dormi, não tem assim, essa disciplina, mas todo dia tem alguém lá." (Fevereiro, 2008).

Estreitamente vinculado à *opÿ* está a figura do/a *karai*, central na sociedade Guarani. O termo que designa rezador, pajé, curador, liderança ou dirigente religioso, abrange variedade no que se refere a poderes, funções, reconhecimento, idade, gênero. Podem também ser denominados como *xamãs*, *ñanderu*, *opygua*, *cunhã karai* (mulheres) e, segundo Darella (2004, p. 92), são os guias e interlocutores entre os que estão nesta terra e aqueles que já estão na próxima terra, os mediadores entre os humanos e as divindades. Na aldeia Morro dos Cavalos, a figura do *karai*, como descrito anteriormente, está atualmente vinculada a Paulo Almeida. Lucas Sales, neto de Pedro Sales, está no processo de aprendizado para tornar-se um *karai*, e como atual cacique da aldeia tem estimulado a participação da comunidade nos rituais noturnos e no resgate da cultura.

Para os Guarani, a alimentação é embebida de sentido mítico-religioso e compõe um aspecto destacado na cosmovisão, estando relacionada, segundo Darella (2004, p. 96), "à leveza do corpo, à perfeição do ser, à saúde, fortalecimento, qualidades idealizadas pelos Guarani". Porém, com solos pobres e com baixos índices de produtividade agrícola, o alimento central na dieta cotidiana - o milho - vem perdendo sua proeminência sobre outros alimentos na aldeia, como a farinha, o feijão e o arroz. O consumo de erva-mate é um hábito constante entre os Guarani.

A principal fonte de renda da população (posteriormente nos Resultados serão apresentados dados sobre a ocupação dos moradores dessa T.I.) é a venda de artesanato que acontecia em frente à aldeia, a poucos metros da BR 101, onde havia uma estrutura de madeira para apoiar os artesanatos, sendo este espaço dividido por todos. Também comercializavam em eventos, principalmente quando havia apresentação do coral, como por exemplo durante o "Encontro das Nações – Brasil de Todos os Tons" promovido pela Prefeitura Municipal de Florianópolis na semana de 27 de agosto a 01 de setembro de 2007. Nestas ocasiões, aqueles que eram designados para participar levavam artesanato de várias pessoas da aldeia. A venda também se dava nas ruas de Florianópolis, onde praticamente todos os dias era possível ver mulheres, normalmente com crianças, oferecendo artesanato no

calçadão do centro da cidade³⁸. Os objetos comercializados com maior frequência eram: colares (*mbo'y*), brincos (*nambi xá*), arcos (*apa*) e flechas (*u'y*) de vários tamanhos, chocalhos (*mbaraka mirim*), cesteiros (*adjaká*) de diversos tipos e tamanhos, além de bichinhos confeccionados de madeira. Qualquer Guarani, a despeito do sexo e idade, pode fazer artesanato. As crianças aprendem a arte imitando os mais velhos. Alguns poucos moradores possuíam empregos na área de saúde e educação, como destacado anteriormente, o que garantia um salário mensal. Havia ainda a possibilidade de trabalho como diarista em pousadas ou outros negócios localizados em regiões próximas à aldeia.

Outro produto que passou a ser comercializado pelos indígenas (não somente moradores da aldeia Morro dos Cavalos) foram os CDs, gravados pelos corais, compostos na sua maioria por crianças e adolescentes das aldeias. Desde 2003, a aldeia Morro dos Cavalos possui um coral próprio, denominado *Yy Ovy* (mar azul). As letras que compõem o primeiro CD³⁹ das aldeias de Morro dos Cavalos e Massiambu, *Mborai Maraë-y* (Cantos sagrados), são da autoria de Inácio da Silva e Afonso Cláudio *Tukumbo*. A palavra cantada ganhou nova dimensão e passou a conceder certa visibilidade aos Guarani, antes evitada. A música, assim, se transforma numa ponte para o entendimento não apenas da cultura, mas das conjunturas vividas pelos Guarani. Segundo Darella (2004, p. 110), “os cantos originam-se na cultura e versam sobre o cosmo-cultura. A música, como espelho da cosmovisão Guarani pode, portanto, ser tomada como linguagem translúcida sobre o modo-de-pensar-e-ser”. As suas apresentações públicas em espaços urbanos ou nas aldeias para “brancos” tornou-se comum. *Tery Maraë-ÿ* (nome sagrado), o segundo CD dessas duas aldeias, é composto por letras de Inácio da Silva. Essas composições enfatizam a origem, as divindades, a dança, os cantos, os instrumentos musicais, os xamãs, a casa de reza, o oceano, a terra sagrada, o idioma. Os cantos são entoados somente em língua guarani.

O principal divertimento deste grupo eram as partidas de futebol no campo que fica próximo à BR 101, dentro dos limites da aldeia, e as festas que aconteciam

³⁸ A partir de 2008, depois de contato feito com empresário de Florianópolis, o artesanato dos indígenas do Morro dos Cavalos, passou a ser comercializado em uma loja do shopping Beira-Mar localizado em Florianópolis.

³⁹ CD gravado com apoio da Iguatemi Consultoria e Serviços de Engenharia Ltda, empresa responsável pelos projetos de engenharia da duplicação da rodovia BR 101 nos trechos que englobam as aldeias de *M'biguaçu*, Cambirela e Morro dos Cavalos.

principalmente no dia do índio, Natal, ano novo e aniversários, realizadas normalmente para os membros das famílias de maior prestígio. Segundo um dos interlocutores: “*não tá na cultura, mas agora já tão pegando costume de Djuruá⁴⁰, de fazê festa de aniversário, tem gente que fica devendo o ano inteiro, mas dá um festão de aniversário*” (Dezembro, 2007).

Estas festas, assim como as que aconteciam nas aldeias próximas, eram um momento de encontro entre moradores de aldeias Guarani do sul e sudeste do país. Era comum a vinda de parentes distantes que permaneciam durante alguns dias na aldeia. Na aldeia *M'biguaçu* acontecia uma das principais festas dos Guarani, que segundo Mello (2006, p. 237), determina o ciclo cósmico da existência humana. O ciclo do *avatÿ eté* (milho verdadeiro), central na cosmologia Guarani, ordena, através de sua produção e consumo, os ciclos de vida social. É um importante marcador de tempo, indicando o início do ano novo e fornecendo a matéria prima para bebidas rituais muito importantes: *kaguadji* e *chicha*. O ciclo do milho marca também a maior festividade anual, que está relacionada com o ritual de nomeação de crianças⁴¹, o *nhemongarai*, que acontece na primeira lua cheia de janeiro. O *nhemongarai* só pode acontecer nas aldeias que tenham o *avatÿ eté*. Por isso, na maioria das aldeias este ritual não tem acontecido em sua integralidade. Nos últimos anos, *M'biguaçu* tem conseguido colher *avatÿ eté* suficiente, através da implantação de projetos de agricultura na aldeia. Assim, nesta aldeia, a festa é realizada e praticamente toda a comunidade do Morro dos Cavalos participa dela.

A língua guarani era falada na aldeia por todos os moradores. Mello (2006, p. 15) observou que “a continuidade cultural que o grupo Guarani apresenta no decorrer de sua história tem na língua *lócus* central. A linguagem, a língua que se fala, a palavra, são marcadores cosmológicos de identidade, como acontece entre outros povos indígenas”. Todas as crianças vêm recebendo formalmente, através da escola, o ensino do idioma, mesmo que seu pai ou sua mãe não sejam Guarani. O português passou a ser ensinado a todas as crianças com a implantação das

⁴⁰ O termo “*djuruá*” é uma categoria que designa todas as pessoas da sociedade envolvente, chamadas de maneira abrangente de “brancos”. Literalmente, *djuru*=boca; *a*=cabelo, cabelo na boca, provavelmente em referência à barba dos europeus na época da invasão do século XVI. Contudo, se na fala cotidiana se deseja especificar características fenópticas para o indivíduo, se diz “*djuruá kamba*” para pessoas de pele escura e “*djuruá idjúi*” para as pessoas de cabelo claro.

⁴¹ O nome guarani é de grande importância na cultura destes povos. Segundo Mello (2006), indica a procedência dos espíritos (*nhe'e* e *aã*) que formam a “alma” de uma pessoa, a combinação de deuses (*nhe'erukuery*) que o enviaram, a afinidade ou incompatibilidade entre o *nhe'e* e o *aã* e as funções sociais que esta pessoa está prestes a desempenhar.

escolas indígenas nas aldeias guarani. Até então, somente alguns jovens eram treinados para interagir com não-índios e ir às cidades. A compreensão da língua portuguesa tornou-se uma maneira de garantir alguns direitos legais, econômicos e políticos fundamentais, como a posse de suas terras, por exemplo, trazendo implicações diretas nas relações com a população não indígena. A escolarização das aldeias guarani no litoral de SC começou no final da década de 1990 por meio do Parecer n. 14 (1999) e da Resolução n. 03 (1999) do Conselho Nacional de Educação, quando houve a criação da categoria “escola indígena” nos sistemas de ensino do país.

A Escola Indígena *Itaty* (muitas pedras) é uma construção que chama a atenção na chegada da aldeia Morro dos Cavalos, composta por quatro prédios octogonais ligados por um pátio, espaço ocupado por grupos de crianças que brincam durante o dia todo (Figura 7). Uma destas construções é a sala de aula da primeira e segunda séries; outra é destinada às aulas para a terceira e quarta séries e uma terceira para a quinta série. Na outra construção está a sala dos professores, os banheiros, um depósito e o refeitório onde são servidos o café da manhã, almoço e lanche da tarde. Atrás das salas de aula, há uma construção, não mais octogonal e sim quadrada, onde fica a caixa d’água que atende a escola e também funciona como um depósito da merenda enviada pelo Estado. Para cada série da primeira à quarta havia um professor específico. Para a quinta série, havia dois professores, um não-indígena e um indígena. Os professores indígenas eram moradores da própria aldeia com formação no magistério diferenciado guarani⁴², escolhidos pela comunidade em reunião que, como as demais, eram realizadas na própria escola. A escola era a porta de entrada da aldeia. Ali também chegavam as doações e era o local onde recebiam os *djuruá* que visitavam a aldeia com freqüência.

No início do ano letivo 2008, estavam regularmente matriculados 46 alunos, sendo a primeira e segunda séries responsáveis por 22 alunos matriculados, a terceira e quarta por 14 alunos e a quinta série com 10 alunos.

⁴² A formação dos professores no Magistério Diferenciado Guarani é financiada pelo Estado. O curso tem duração de três anos com encontros anuais, quando se reúnem Guaranis de aldeias do sul e do litoral sudeste do Brasil, por um período de um mês. Com exceção de um dos professores indígenas que ministram as aulas na escola, os demais se formaram no ano de 2008.



Figura 7: Escola de Ensino Fundamental *Itaty*, T.I. Morro dos Cavalos, 2006-2008.

Na parte alta da T.I. Morro dos Cavalos existem dois casarões que foram construídos com recursos financeiros de algum projeto lá realizado, que antes da construção da atual escola da aldeia eram utilizados como salas de aula e como espaço para reuniões da comunidade. Até início de abril de 2008, um dos casarões era ocupado pela família de Mário Pedroso (Agente Indígena de Saneamento), que passou a residir na casa de Lívio Antônio de Oliveira e Andrea Soares quando estes se mudaram para a casa onde morava Antônio, que como supracitado deslocou-se para Massiambu. No outro casarão reside Bruna Gomes (Agente Indígena de Saúde).

Ainda na parte alta da aldeia, próximo aos casarões, estava o posto de saúde (Figura 8). É um prédio de alvenaria, sendo que o chão e o teto foram construídos com os recursos do mesmo projeto que construiu os casarões e as paredes e divisórias internas feitas com recursos provenientes do Convênio entre a FUNASA e o Projeto Rondon/SC; o posto ficou pronto em 2002. Internamente (Figura 9), é dividido em uma sala ampla, onde os indígenas aguardam para o atendimento e os enfermeiros fazem a entrega dos medicamentos prescritos pelo médico e dentista;

um consultório odontológico que conta com os equipamentos necessários para os atendimentos; um consultório para os atendimentos médicos, que contém uma maca e uma mesa; um refeitório para as refeições da equipe de saúde; e dois banheiros (um para a comunidade e outro destinado aos membros da equipe). Antes do acesso a estas áreas, há uma pequena sala separada por vidros da área de espera, onde estão duas balanças utilizadas para pesar as crianças de 0 a 5 anos. O posto é aberto somente nos dias em que a equipe de saúde está na aldeia. Em dias de chuva, o atendimento é feito em uma das salas de aula da escola, ocasião em que reduz consideravelmente o número de atendimentos realizados. Antes do término da construção, o atendimento era feito no espaço em frente à atual casa de Paulo Almeida, ao ar livre e, quando era necessária alguma avaliação que expunha o corpo, este atendimento era realizado dentro do próprio carro que levava a equipe de saúde.



Figura 8: Posto de Saúde, T.I. Morro dos Cavalos, 2006-2008.



Sala de espera para atendimento



Consultório Odontológico



Consultório Médico



Sala para Peso e Medidas



Refeitório



Refeitório

Figura 9: Divisão interna do Posto de Saúde, T.I. Morro dos Cavalos, 2006-2008.

4.2 Os Guarani da Terra Indígena Morro dos Cavalos: dados demográficos da pesquisa

O número de habitantes da T.I. Morro dos Cavalos nas nove casas visitadas (aproximadamente 50%) em 2006 foi de 60 pessoas, correspondendo a uma média de 6,7 pessoas por casa; em 2007, o total de habitantes foi de 125 pessoas (média de 6,0 pessoas por casa) e no ano seguinte este número correspondeu a 113 pessoas (média de 5,9 pessoas por casa)⁴³. Em 2006, a proporção entre homens e mulheres era igual (50%), havendo um aumento no número de homens em 2007 para 52% e em 2008 para 54% conforme Figura 10.

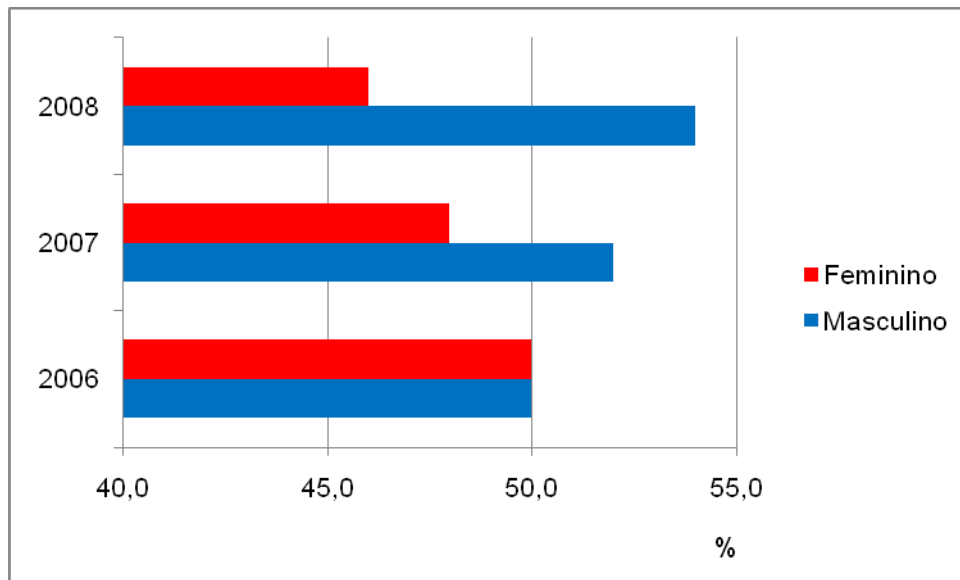


Figura 10: Distribuição entre os sexos dos moradores da T.I. Morro dos Cavalos, SC, 2006, 2007 e 2008.

A faixa etária dos moradores nos três momentos da pesquisa, foi predominante entre os 6 e 14 anos, seguidos pelos moradores com idade entre 15 e 30 anos, 0 e 5 anos, 31 e 60 anos e acima dos 60 anos de idade (Figura 11). Em 2007 e 2008, os dados referentes à idade de dois e três moradores, respectivamente, não foram informados devido à falta de conhecimento do informante sobre os mesmos.

⁴³ As variações eram em virtude das mudanças constantes das famílias Guarani, seja pela chegada de novas famílias ou pela saída de outras que residiam na aldeia.

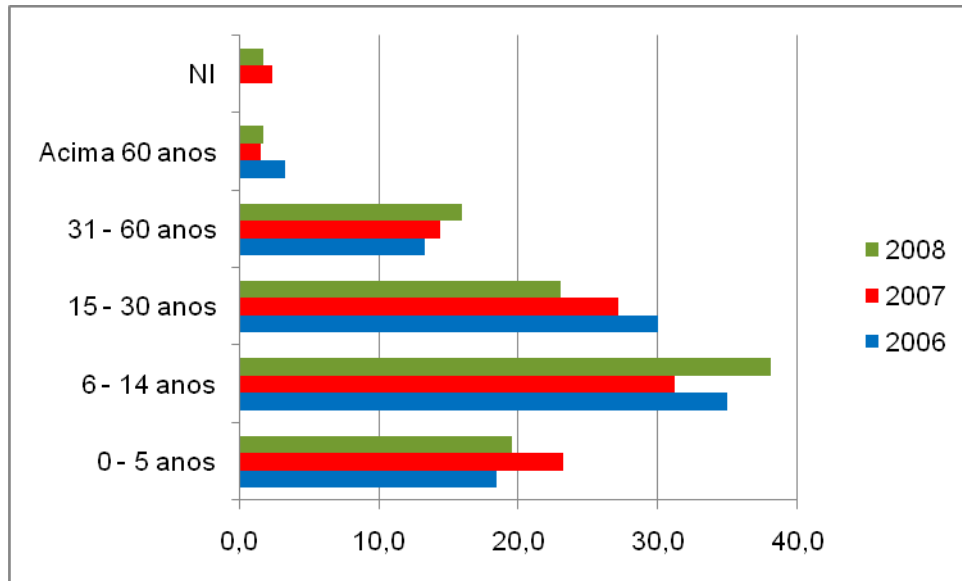


Figura 11: Faixa etária dos moradores da T.I. Morro dos Cavalos, SC, 2006, 2007 e 2008.

A grande maioria dos habitantes que estudavam (2006, 2007 e 2008) estava cursando ou pararam de cursar o ensino fundamental (50,0%, 43,3% e 46,0% respectivamente). Em 2006, dois moradores haviam completado o ensino fundamental, passando para nove em 2007 e cinco em 2008. Em 2007, um dos moradores da aldeia estava na 7ª Fase de Pedagogia na Universidade Federal de Santa Catarina. Em 2008 não se obteve a informação da escolaridade de quatro moradores (Tabela 1).

Tabela 1: Escolaridade dos moradores da T.I. Morro dos Cavalos, SC, 2006, 2007 e 2008.

Escolaridade	2006		2007		2008	
	n	%	n	%	n	%
Ensino fundamental completo	2	3,4	9	7,2	5	4,4
Ensino fundamental incompleto	30	50,0	54	43,2	52	46,0
Ensino superior incompleto	0	0,0	1	0,8	0	0,0
Não estuda	28	46,6	61	48,8	52	46,0
NI	0	0,0	0	0,0	4	3,5
Total	60	100	125	100	113	100

Como descrito acima, em 2006 46,6% dos habitantes da T.I. Morro dos Cavalos não estudavam; destes, 53,5% (n=15), estavam abaixo da idade escolar e 46,4% (n=13) estavam acima da idade escolar, sendo 11,8% (n=2) com idade entre 7 e 14 anos. Em 2007, 48,8% não estudavam, sendo que 59,0% (n=36) não

estavam em idade escolar, 36,1% (n=22) estavam acima da idade escolar (destes, 2,7%, n=2, tinham entre 7 e 14 anos) e para 4,9% (n=3) não se obteve informação quanto à idade, mas somente que não estudavam. Em 2008, 46% não estudavam (51,9%, n=27, estavam abaixo da idade escolar e 48,1%, n=25, acima da idade escolar, sendo que 24,0%, n=6, tinham entre 7 e 14 anos).

A principal atividade ocupacional com renda informal dos moradores da T.I. Morro dos Cavalos era o artesanato (16,7% em 2006, 32,8% em 2007 e 31,0% em 2008). Dos homens acima de 14 anos que não estavam estudando, 11,7% em 2006, 4,0% em 2007 e 1,8% em 2008 estavam sem trabalho. Entre as mulheres com mais de 14 anos, 10,0% em 2006, 1,6% em 2007 e 3,5% em 2008 tinham como atividade ocupacional o cuidado da casa. As atividades ocupacionais com renda formal eram exercidas pelos professores da escola, as merendeiras, assim como pelos AIS e AISAN, correspondendo a 8,3% em 2006 e 8,0% em 2007 e 2008. Dois moradores em 2007 e 2008 declararam fazer trabalhos diversos sem uma renda formal e apenas um morador estava aposentado nestes dois anos.

Tabela 2: Atividades ocupacionais dos moradores da T.I. Morro dos Cavalos, SC, 2006, 2007 e 2008.

Trabalho	2006		2007		2008	
	n	%	n	%	n	%
Artesanato	10	16,7	41	32,8	35	31,0
Não estudante	17	28,3	37	29,6	32	28,3
Estudante	15	25,0	27	21,6	27	23,9
Sem emprego	7	11,7	5	4,0	2	1,8
Dona de casa	6	10,0	2	1,6	4	3,5
Professor	2	3,3	5	4,0	4	3,5
AIS	2	3,3	2	1,6	2	1,8
Merendeira	0	0,0	2	1,6	2	1,8
Trabalhos diversos/renda informal	0	0,0	2	1,6	2	1,8
AISAN	1	1,7	1	0,8	1	0,9
Aposentado	0	0,0	1	0,8	1	0,9
NI	0	0,0	0	0,0	1	0,9
Total	60	100,0	125	100,0	113	100,0

4.3 Atenção à Saúde aos Guarani da Terra Indígena Morro dos Cavalos

4.3.1 A dinâmica de organização e de funcionamento do serviço de saúde

No Pólo-Base de Florianópolis, a Associação Estadual dos Rondonistas de Santa Catarina tem sido a contratante dos membros das EMSI e era a responsável também pela aquisição de todos os medicamentos e outros insumos para a saúde até a publicação da Portaria n. 047/FUNASA/2007 (FUNASA, 2007a), citada anteriormente.

A equipe de saúde que prestava a atenção às oito aldeias do Pólo-Base Florianópolis – Imaruí (*Tekohá Marangatu*), Morro dos Cavalos, Massiambu, *M'Biguaçú*, Canelinha, Amâncio, *Kure'y* e *Itanhaé* – era composta por um médico que ingressou em março de 2005, um dentista que estava desde o início de seus trabalhos (2000), dois enfermeiros (um trabalhava como auxiliar técnico desde 2000 e posteriormente formou-se em enfermagem e a outra é a Coordenadora Geral do Pólo-Base) e uma técnica em enfermagem. Na aldeia de Imaruí, havia ainda uma voluntária que atua diariamente. Salienta-se que no DSEI Sul-Sudeste vinha atuando uma farmacêutica, responsável principalmente pela elaboração da lista de medicamentos a serem adquiridos para os indígenas de Santa Catarina. A equipe era completada pelo(s) AIS(s), residentes em cada uma das oito aldeias do Pólo-Base de Florianópolis.

Cada aldeia recebia a visita da equipe de saúde geralmente uma vez por semana, em dias não rigorosamente fixos, sendo o AIS avisado sobre o dia da mesma. No início dos trabalhos de campo na aldeia Morro dos Cavalos, as idas da equipe de saúde aconteciam às terças-feiras, mudando posteriormente para quartas, mas sem seguir à risca estes dias. Em alguns períodos, estas visitas ficavam suspensas, tendo sido o mais longo entre 21 de janeiro e 27 de fevereiro de 2008.

Geralmente a equipe ia pela manhã, permanecendo na aldeia por aproximadamente duas horas, tempo em que eram atendidos todos os indígenas que procuravam pelo serviço, sem limitação do número de atendimentos médicos. Durante o tempo de permanência em campo na aldeia do Morro dos Cavalos, foi possível observar que nem sempre a equipe estava completa.

Os atendimentos odontológicos não aconteciam com a mesma frequência, sendo um dos pontos levantados pelos indígenas como uma insatisfação. Era comum ouvir que estavam há meses sem este atendimento, mesmo com a presença do dentista nos dias em que a equipe estava na aldeia. Os motivos para o não atendimento podiam ser a falta de equipamento esterilizado ou algum problema nos equipamentos do consultório. A auxiliar de enfermagem apontou como um dos problemas o fato de haver somente um carro e por isso não era possível chegar na aldeia antes do restante da equipe para realizar a esterilização do material odontológico necessário.

Na grande maioria dos casos, os medicamentos prescritos eram entregues imediatamente após a consulta, com o auxílio dos AIS – a aldeia Morro dos Cavalos possuía dois agentes atuantes –, sendo que normalmente os enfermeiros ou a técnica passavam as recomendações necessárias quanto ao uso dos mesmos. No entanto, segundo a enfermeira, muitas vezes ficava a dúvida se haviam compreendido como deveriam tomar os medicamentos.

Quando acontecia a prescrição de algum medicamento indisponível no ato da consulta, com o prazo máximo de uma semana (até a próxima visita), este era providenciado na farmácia conveniada e, dependendo da urgência, era entregue antes. O controle dos medicamentos entregues era feito por aldeia, em fichas onde constavam o nome do paciente, os medicamentos prescritos, os medicamentos entregues e a assinatura do indígena ou do AIS, controle feito pelos enfermeiros ou pela técnica em enfermagem.

O transporte dos medicamentos era feito em caixas plásticas tipo *tupperware* com tampa, assim como os prontuários dos pacientes.

O Pólo-Base Florianópolis mantinha convênio com uma farmácia e uma clínica para a realização de exames laboratoriais solicitados pelo médico ou dentista da equipe. Sempre que possível, e na grande maioria das vezes, estes exames eram agendados pela rede SUS, sendo realizados nesta clínica conveniada apenas os que requeriam urgência. Para os exames preventivos de câncer do colo uterino, a enfermeira da equipe fazia a coleta do material na própria aldeia. Muitas das mulheres Guarani sentiam-se constrangidas em realizar a coleta, o que resultava na não realização ou perda da periodicidade do procedimento. Em relação às consultas com médicos especialistas, primeiro se buscava o atendimento pela rede do SUS e

caso não fosse possível por essa via, os Guarani eram encaminhados para consultórios particulares. As internações ocorriam em dois hospitais (um no município de São José e o outro em Florianópolis), ambos recebendo o Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas – IAE-PI.

O deslocamento dos indígenas da aldeia até os locais destinados para a realização de exames e para as consultas ou internações era feito através de táxi, ônibus ou pelo próprio carro da FUNASA, geralmente com acompanhamento do AIS. Estes translados, somado ao fato do carro ser o único disponível para transportar a equipe de saúde para as aldeias, eram vistos como uma das maiores dificuldades, apontada pela enfermeira da equipe de saúde.

Na PNASPI (2002), o AIS é considerado como o mediador entre os saberes e práticas tradicionais e biomédicas e também entre os membros da comunidade e da EMSI, e tem como papel a participação ativa na atenção primária. Na aldeia Morro dos Cavalos, as atividades dos AIS, na grande maioria das vezes, estavam intimamente ligadas à ida da equipe de saúde, momento este em que um deles passava nas casas avisando os moradores do atendimento disponível; no posto de saúde, como supracitado, auxiliavam na entrega de medicamentos e repassavam informações sobre a posologia daqueles prescritos. Também eram os responsáveis por solicitar traslado e acompanhar os doentes que necessitavam de serviços na rede de referência do SUS. Um dos AIS, que está no cargo desde agosto de 2000, citou que para ele era difícil exercer as atividades que lhe eram de responsabilidade porque não havia o reconhecimento profissional pelos próprios moradores da aldeia. Quando questionado sobre seu papel como AIS na aldeia falou: *“O AIS faz orientação, e no livro tem mais coisa pra gente fazê, como assim, quando as criança tem ferida, a gente vai lá e dá um banho nele, mas as pessoa aqui acha ruim e preferi i no médico”* (Junho, 2008).

As dificuldades e limitações das ações que envolvem os AIS são encontradas também em outras localidades de Santa Catarina conforme apontado pelo estudo feito por Langdon *et al.* (2006). Além da falta de reconhecimento como profissional da categoria de Agente Indígena de Saúde há a ausência de capacitação adequada, conforme recomendada pela PNASPI, resultando na falta de preparo para o desempenho das atividades.

4.3.2 A dinâmica de utilização do serviço de saúde

“O que eu acho do posto de saúde é que depende do ponto de vista, o posto tem sua importância, mas quando fala do fortalecimento da cultura, não é legal, porque o posto de saúde influencia as pessoas a tomar remédio. Talvez se não tivesse, as pessoas iam procurar mais remédio natural, sem dúvida” (Júlio - representante nacional dos Guarani, Janeiro 2008).

Os índios procuravam os serviços de saúde na aldeia apresentando as mais variadas queixas, com ênfase para gripe, tosse e diarreia (ver adiante análise das prescrições médicas para os meses de janeiro a junho de 2008) e devido a diversos motivos como apontados a seguir.

Em muitos casos foi possível observar que o dia da ida da equipe de saúde tornava-se um “evento”, conforme dito por Lucas, à época cacique da aldeia, quando lhe perguntei se estava no posto para consultar: *“Não, vou só olhá, eu não consulto”* (Junho, 2008). Para Fátima, freqüentadora assídua do posto:

“Às vezes fico notando, as pessoas vão lá só pra olhá né. Vão lá pra vê se tão atendendo bem, pra ficá lá olhando memo. Semana passada o médico veio, foi um monte, um monte, um monte memo de gente lá, acho que só consultô uns dois. Eles vão mais pra participá” (Maio, 2008).

Um dos pontos apontados como mais favorável para os indígenas em relação à presença da equipe de saúde era que não precisavam mais enfrentar filas nos postos de saúde dos municípios vizinhos, razão também mencionada para não desejarem a municipalização do atendimento à saúde aos povos indígenas. Este motivo aparecia com freqüência na fala dos índios quando o tema foi a opinião dos mesmos sobre a existência do posto na aldeia. Cecília, indígena que já ocupou o cargo de AIS no oeste do estado, disse: *“O que melhorô foi porque lá fora não trata a gente bem, tem que ficá na fila. Facilita muito. Não tem fila. Fora tem muito sofrimento. Às vezes precisava até dormí fora da aldeia para sê atendido”* (Fevereiro, 2008). Para Bruna, AIS na aldeia, *“Pra mim melhorô bastante, porque antes do pessoal da FUNASA vim, porque antes era difícil, tinha que pegá senha, pra í tinha que sê com o próprio dinheiro. Agora a gente não precisa nem saí da aldeia”* (Dezembro, 2007).

Quanto à freqüência com que a equipe de saúde ia à aldeia, as opiniões divergiam entre os indígenas. Para Daniel, o outro AIS, *“tá legal, mas falta mais*

atendimento, tinha que vim mais aqui na aldeia” (Junho, 2008). Já Andrea afirmou que *“é bom que venha só uma vez na semana, dá mais tempo pro pessoal corrê atrás do remédio do mato. Se eles tão aqui direto o pessoal já nem vão mais querê buscá remédio do mato”* (Maio, 2008). Ainda para ela:

“Se não existisse o remédio de djuruá, acho que o Guarani ia se virá até melhor, porque hoje eu sempre falo, alguns procura o médico e não o remédio de ervas por causa da priguça de í no mato buscá. Às vez tem que caminhá 1km, pisa em espinho, e o posto tá aqui, posso í ali pegá assim sem fazê este sacrifício” (Maio, 2008).

No entanto, a maioria esperava que os medicamentos estivessem disponíveis em tempo integral, independente do número de vezes que a equipe ia à aldeia, à semelhança do que acontece em outras comunidades indígenas. Andrea, quando perguntada sobre sua expectativa em relação à equipe de saúde, respondeu que *“eu esperava assim, já que djuruá tirô toda a riqueza, espero avançá mais, tê mais atenção, tinha que deixá os remédio disponível e contratá um enfermeiro pra ficá aqui. Quando morei no Espírito Santo era assim, lá no oeste também”* (Fevereiro, 2008).

4.4 Doenças e poã

Segundo relatos ouvidos durante a pesquisa de campo, o *karai* (pajé) era figura central, auxiliando no diagnóstico e na indicação do que deveria ser feito a partir de um evento de doença. Essa centralidade não excluía as decisões no âmbito familiar, já que foram também observadas situações nas quais as ervas e a aplicação de massagens foram os primeiros recursos utilizados. O *karai* identificava as doenças e determinava quais seriam as condutas para o tratamento: se o uso de ervas e rezas, ou a procura pela equipe de saúde, ou ainda a ida para o hospital.

As categorias de doenças eram determinadas segundo a origem da enfermidade, bem como os remédios usados para tratar eram classificados em categorias correspondentes às doenças.

Para os Guarani há duas classes de doenças: as “doenças espirituais” e as “doenças de *djuruá*”. Para ambas há tratamento diferenciado através dos “*poã ka’aguy*” (remédios do mato e as rezas) e dos “*djuruá poã*” (remédios de *djuruá*).

A origem das “doenças espirituais” está intimamente relacionada com o desrespeito à natureza, a influência exercida por determinadas pessoas sobre outras e os pensamentos nocivos. Lucas explicou que:

“A doença espiritual pode vim da natureza, de uma pedra, de uma árvore, por exemplo, os mais velho fala que tem vida né, hoje tem muito desmatamento, então tudo isso, a natureza se revolta com o ser humano, e tudo isso ataca qualque um. Sempre falo também que não adianta a gente senti inveja dos outro, isso também traz doença, no pensamento pode atingi a outra pessoa” (Junho, 2008).

Daniel salientou que *“Doença espiritual tem as pessoa invejosa. A natureza também tem espírito, a água, a cachoeira, a pedra, a árvore também tem seu espírito, quando se aproxima sem permissão pode ficá doente, quando não respeita natureza fica doente”* (Junho, 2008). Mário acrescentou os pensamentos perigosos: *“Quando é adulto as preocupação, os maus pensamento é que fazem ficá doente”* (Maio, 2008). Júlio deixou clara a influência exercida por outras pessoas: *“Tem pessoas assim, que tem um conhecimento imortal, e ai pode fazê mal pros outros”* (Janeiro, 2008), assim como Levi: *“Se eu não gosto de você, por exemplo, posso mandá um espírito pra você, pra te fazê mal assim, ai você vai ficá doente”* (Junho, 2008).

A confirmação se de fato são “doenças espirituais” é feita somente pelo *karai*. No entanto, algumas manifestações são reconhecidas como sinais indicativos desta categoria de doença. Cássio descreveu como indícios quando *“A gente se sente ruim, desanimado, quando cê tá bem e do nada aparece uma dor forte, um desânimo”* (Novembro, 2007). Para Júlio, *“Quando a gente tem uma dor de cabeça, toma um remédio e não passa, a gente sabe que é doença espiritual e quando a gente tem assim, também, dor no corpo e não passa”* (Janeiro, 2008). Mesmo reconhecendo estes sinais, somente o *karai* é considerado apto para tratar estas doenças.

Já as “doenças de *djuruá*” são reconhecidas como tendo suas manifestações preditas:

“Doença de djuruá você sente quando tá chegando, tipo assim: ah! Eu vô ficá doente porque eu tô sentindo isso ou aquilo, sintoma né, e a doença do espírito não, você tá bem e de repente dá uma moleza, começa doê os braço, a cabeça” (Antônio, maio 2008).

Também quando são exibidas no físico, como as feridas citadas por Daniela (Maio, 2008), ou quando são transmitidas de um indivíduo para outro, como a gripe.

A escolha do tratamento, como dito anteriormente, é definida também pelo *karai*, que após reconhecer a categoria da doença irá decidir qual recurso terapêutico será utilizado: *“Levo no karai, se ele fala pra levá no médico tomá remédio de djuruá aí eu levo, senão ele faz chá e benze pra melhorá, ele vai dizê o que é pra fazê”* (Augusto, junho 2008).

Os medicamentos têm sua eficácia reconhecida para o tratamento das “doenças de *djuruá*”, não produzindo o mesmo efeito sobre as “doenças espirituais”. Estas são tratadas apenas pelo *karai* através dos “remédios do mato” feitos por ele, das rezas e do uso do *petynguá*⁴⁴ (cachimbo). Paulo, falando sobre seu trabalho como *karai*, declarou que:

“Karai trata as doença conversando com Nhanderu, tem que tá toda hora conversando com Nhanderu. É Nhanderu que me diz qual remédio do mato é bom pra curá doença. Eu curei muita gente só com Nhanderu, remédio do mato e petynguá” (Maio, 2008).

No entanto, os recursos utilizados pelo *karai* podem também alcançar os resultados desejados para o tratamento das “doenças de *djuruá*”:

“Remédio de djuruá não cura doença espiritual. A reza, o remédio do mato, o pajé pode cura doença de djuruá. Isso é interessante. Porque as vez os médico não valoriza o pajé, até nós mesmo. Sempre falo que pra nós valoriza isso” (Lucas, junho 2008).

A eficácia dos medicamentos era reconhecida para o tratamento da gripe, tosse e diarreia, consideradas “doenças de *djuruá*”. Os guarani requeriam este recurso terapêutico para a cura e alívio de suas doenças, conforme dito por Lívio, uma das lideranças da aldeia, quando mostrou uma cartela de antibióticos prescrita quando da ida ao posto por causa de uma forte gripe: *“Uma vez tomei lá no Espírito Santo esse, e parece que melhorô tudo, até o sangue ficô melhor”* (Agosto, 2007). No entanto, a grande maioria apontou para o fato de interromper o tratamento quando há uma melhora no estado de saúde: *“Se vejo que já tá melhozinho, já nem*

⁴⁴ O uso do *petynguá* é extremamente valorizado pelos Guarani, sendo um dos objetos fundamentais à manutenção dos rituais, considerado sagrado. Usado no dia-a-dia e durante as rezas, a fumaça que sai tem como um de seus atributos levar os pensamentos até *Nhanderu*, purificar as forças negativas que estão no local em que é fumado e afastar os pensamentos indesejados.

dô mais, aqui é assim, tudo mundo faz assim, memo se é antibiótico” (Angélica, novembro 2007). Para Fátima, “Eu nunca dô assim até o final, porque pra nós estraga muito dá muito remédio. A gente dá até que melhora aí já para” (Maio, 2008).

Dentre as razões que levavam a comunidade a procurar os medicamentos também está o motivo apontado por Paulo:

“Agora é obrigado tê remédio de djuruá, agora é obrigado. Antigamente não era assim, porque antigamente a gente plantava e tinha as coisa pra comê, pra fazê remédio, hoje precisa do posto, do médico, porque a gente come mal e não tem erva pra fazê remédio” (Fevereiro, 2008).

Angélica, recém chegada do Espírito Santo, confirmou este aspecto: *“Aqui não tem muito remédio do mato, é difícil de achá, por isso a gente tá precisando do remédio do djuruá” (Maio, 2008).*

4.5 “Farmácia caseira” e medicamentos prescritos

Nessa seção, serão analisados os dados obtidos da “farmácia caseira”⁴⁵ e das prescrições médicas, no intuito de fornecer informações sobre os medicamentos que faziam parte do cotidiano da comunidade.

Na Figura 12, estão demonstrados os medicamentos encontrados nas casas guarani nos anos de 2006, 2007 e 2008, segundo o código ATC 2º nível. Das nove casas (aproximadamente 50% do total de casas) visitadas entre março e maio de 2006, em oito casas havia medicamentos, totalizando 38 medicamentos (média de 4,2 medicamentos por casa). Em 2007 (agosto a dezembro) e 2008 (abril a junho) todas as casas foram visitadas (20 e 19 casas respectivamente), sendo que em 15 e 10 delas foram encontrados medicamentos, respectivamente, totalizando 45 (média de 2,2 medicamentos por casa em 2007) e 22 (média de 1,2 medicamentos por casa em 2008) unidades.

Os analgésicos foram a classe terapêutica predominante em 2006 (n=7, 18,4%) e em 2007 (n=7, 15,6%) e os antianêmicos (n=5, 22,7%) em 2008. As demais classes terapêuticas foram: em 2006, as preparações para tosse e resfriado,

⁴⁵ Caracterizou-se como “farmácia caseira” os medicamentos observados nas casas guarani nos três levantamentos domiciliares.

os antianêmicos, os antibacterianos para uso sistêmico, os medicamentos para doenças obstrutivas das vias aéreas, as vitaminas e os antiinflamatórios/anti-reumáticos, sendo que outras classes contribuíram com um medicamento cada e um não consta no código ATC; em 2007, os antibacterianos de uso sistêmico, as preparações para tosse e resfriado, os antiinflamatórios e anti-reumáticos, os medicamentos para distúrbios gastrointestinais funcionais, os agentes que atuam no sistema renina-angiotensina, os corticosteróides para uso sistêmico e os antiprotozoários, sendo que três medicamentos presentes não constam na classificação ATC e os outros correspondem a uma classe; e em 2008 os analgésicos não opióides, os medicamentos para distúrbios gastrointestinais funcionais, as vitaminas e as preparações para tosse e resfriado; os demais contribuíram com um medicamento para cada classe terapêutica (Figura 12).

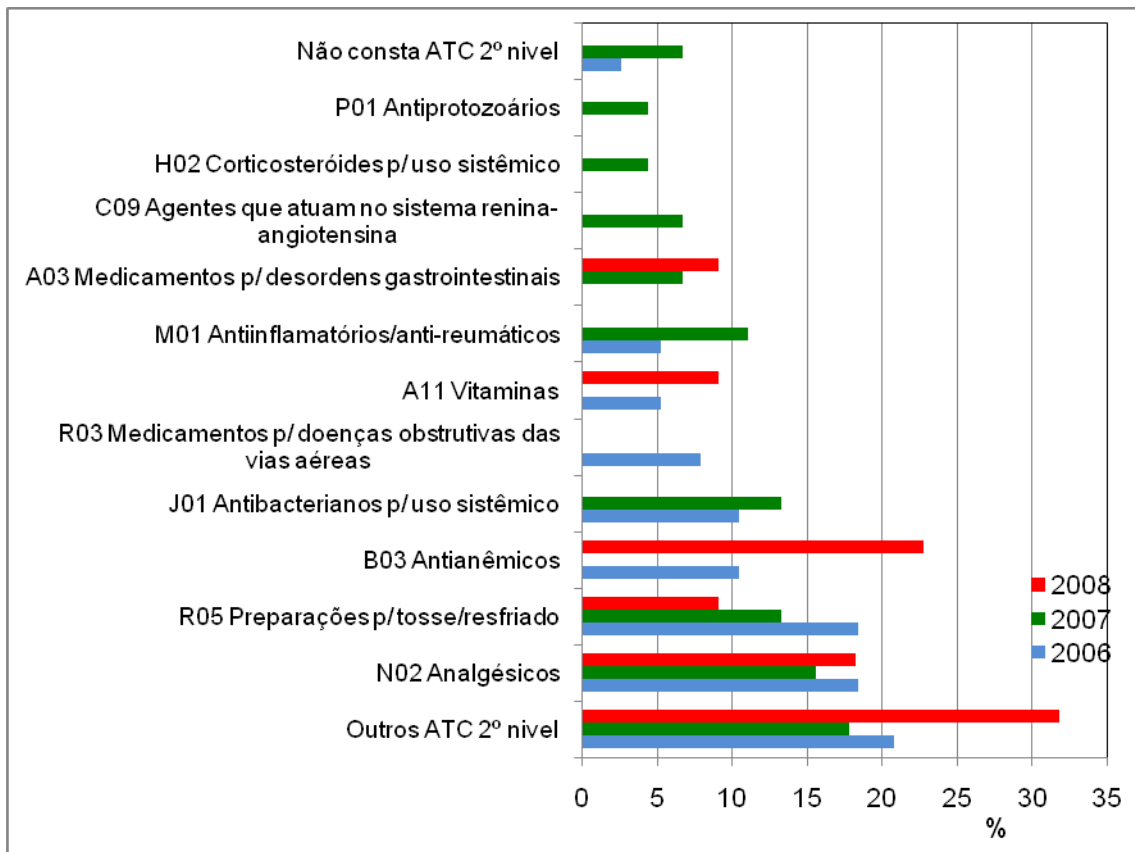


Figura 12: Classes terapêuticas (código ATC 2º nível) dos medicamentos encontrados nas casas Guarani. T.I. Morro dos Cavalos, SC, 2006, 2007 e 2008.

Entre os 38 medicamentos encontrados em 2006, conforme ATC 5º nível, destacaram-se o ambroxol (n=7, 18,4%), o paracetamol, o sulfato ferroso, a amoxicilina, o diclofenaco, a dipirona e o polivitamínico (para esse não há o quinto

nível do código ATC), entre outros. O ambroxol (n=6, 13,3%) também foi o mais representativo dos 45 medicamentos encontrados em 2007, seguido pela dipirona, diclofenaco, paracetamol, amoxicilina, enalapril, azitromicina, metronidazol, entre outros. Em 2008, dos 22 medicamentos encontrados, o sulfato ferroso foi o mais observado (n=4, 18,2%), seguido pela dipirona, paracetamol e ambroxol, entre outros (Figura 13).

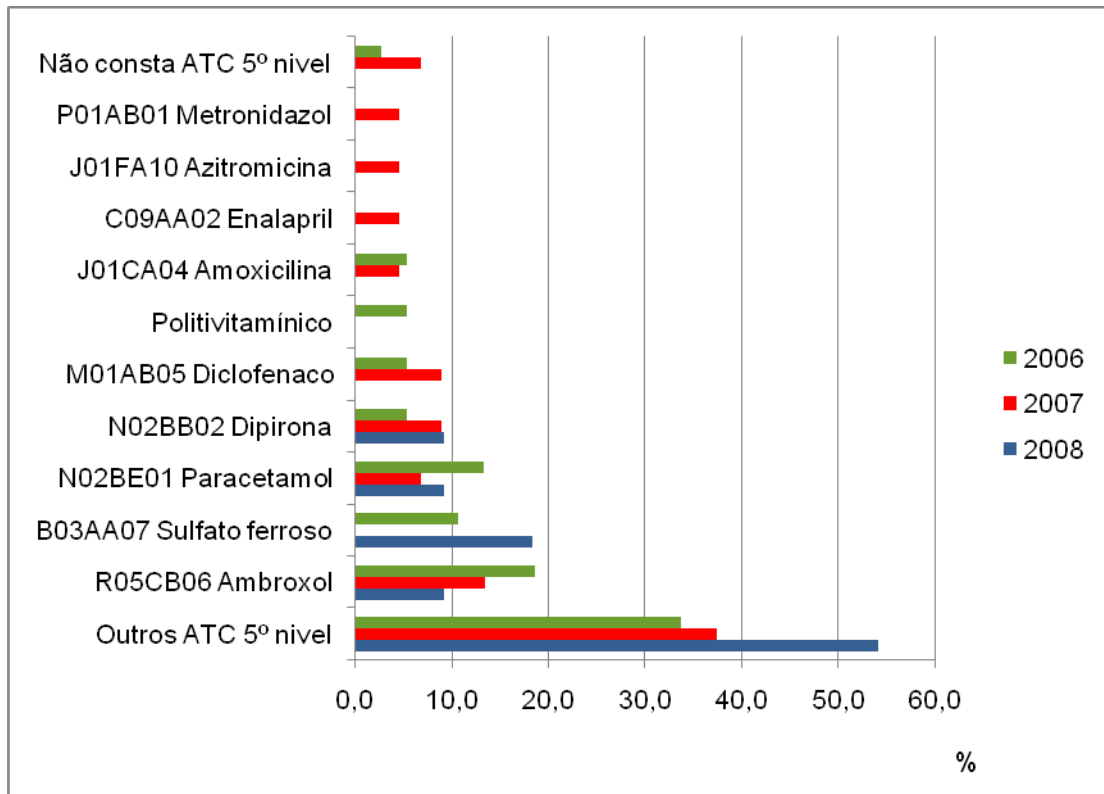


Figura 13: Fármacos (código ATC 5º nível) encontrados nas casas Guarani. T.I. Morro dos Cavalos, SC, 2006, 2007 e 2008.

A grande maioria (81,6%, 88,9% e 63,6% correspondentes a 2006, 2007 e 2008 respectivamente) era similar⁴⁶ e os medicamentos restantes eram genéricos⁴⁷

⁴⁶ Medicamento que contém o mesmo ou os mesmos princípios ativos, apresenta a mesma concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica, preventiva ou diagnóstica, do medicamento de referência registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária, podendo diferir somente em características relativas ao tamanho e forma do produto, prazo de validade, embalagem, rotulagem, excipientes e veículos, devendo sempre ser identificado por nome comercial ou marca. Definição disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/conceito>.

⁴⁷ Medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional (DCI). Definição disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/conceito>.

(Figura 14), sendo que 47,4%, 46,7% e 63,6% (2006, 2007 e 2008 respectivamente) pertenciam à RENAME 2006.

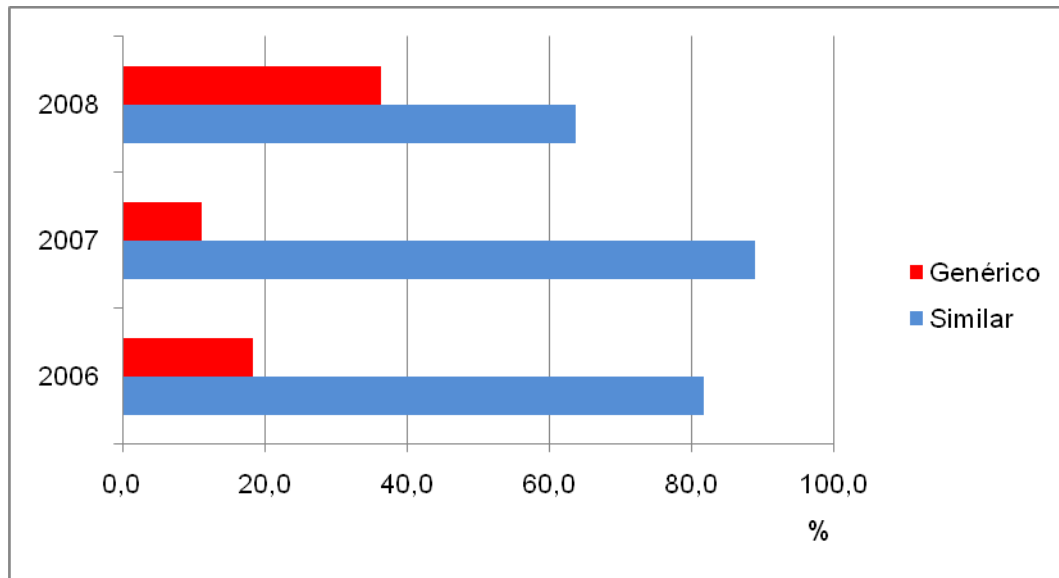


Figura 14: Medicamentos genéricos e similares encontrados nos nas casas Guarani. T.I. Morro dos Cavalos, SC, 2006, 2007 e 2008.

Nos três diferentes momentos da visita domiciliar (2006, 2007 e 2008), os comprimidos foram a forma farmacêutica mais encontrada, além do xarope, da solução oral gotas, da suspensão, do pó para suspensão oral, da pomada e da solução inalante, entre outras formas (Tabela 3).

Tabela 3: Formas farmacêuticas dos medicamentos encontrados nas casas Guarani. T.I. Morro dos Cavalos, SC, 2006, 2007 e 2008.

Forma Farmacêutica	2006		2007		2008	
	n	%	n	%	n	%
Comprimido	10	26,4	14	31,1	10	45,6
Xarope	9	23,7	6	13,3	2	9,1
Solução oral gotas	6	15,8	10	22,2	5	22,8
Suspensão oral	1	2,6	6	13,3	0	0,0
Pó p/ suspensão oral	4	10,5	2	4,5	0	0,0
Pomada	2	5,3	2	4,5	0	0,0
Solução inalante	2	5,3	1	2,2	1	4,5
Cápsula	0	0,0	2	4,5	1	4,5
Xampu	1	2,6	1	2,2	1	4,5
Solução oral	1	2,6	1	2,2	0	0,0
Solução nasal	1	2,6	0	0,0	1	4,5
Drágea	1	2,6	0	0,0	0	0,0
Elixir	0	0,0	0	0,0	1	4,5
Total	38	100,0	45	100,0	22	100,0

Em relação à guarda dos medicamentos, os mesmos eram armazenados na cozinha, no quarto, na sala, na sala/quarto e na bolsa (Figura 15). É importante salientar que a divisão dos cômodos muitas vezes era feita apenas com um cortinado ou um armário, separando, por exemplo, o quarto da sala ou a cozinha da sala. Nestas situações, consideraram-se como cômodos diferentes.

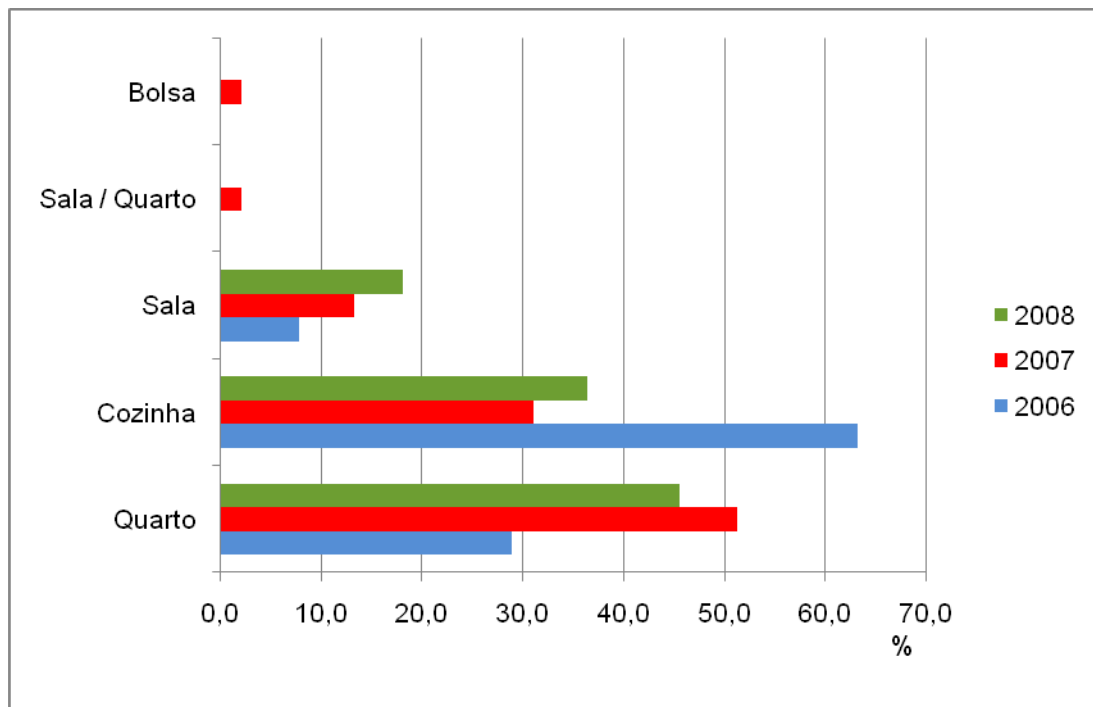


Figura 15: Local de armazenamento dos medicamentos encontrados nas casas Guarani. T.I. Morro dos Cavalos, SC, 2006, 2007 e 2008.

O médico da equipe de saúde foi o principal prescritor nos três momentos (81,6% em 2006; 77,8% em 2007 e 91,0% em 2008). Também foram referidos medicamentos indicados pelo Agente Indígena de Saúde (AIS), por vizinho/parente, por enfermeiro, por outros médicos, por outros profissionais com nível superior e na farmácia (Tabela 4). O acesso aos medicamentos foi basicamente quando da visita da equipe, no posto de saúde da aldeia (84,2% dos medicamentos em 2006; 77,8% em 2007 e 91,0% em 2008). Também foram citados a farmácia, o pólo-base, o hospital e o vizinho/parente. Em 2007, para dois medicamentos não foram informados o seu local de aquisição (Tabela 5).

Tabela 4: Quem recomendou os medicamentos encontrados nas casas Guarani. T.I. Morro dos Cavalos, SC, 2006, 2007 e 2008.

	2006		2007		2008	
	N	%	n	%	n	%
Médico (equipe)	31	81,6	35	77,8	20	91,0
Agente Indígena de Saúde	2	5,3	1	2,2	0	0,0
Vizinho/Parente	2	5,3	3	6,7	0	0,0
Enfermeira	1	2,6	2	4,4	0	0,0
Farmácia	1	2,6	1	2,2	0	0,0
Outros médicos	1	2,6	3	6,7	1	4,5
Outro profissional de nível superior	0	0,0	0	0,0	1	4,5
Total	38	100,0	45	100,0	22	100,0

Tabela 5: Local de aquisição dos medicamentos encontrados nas casas Guarani. T.I. Morro dos Cavalos, SC, 2006, 2007 e 2008.

	2006		2007		2008	
	n	%	n	%	n	%
Posto da aldeia	32	84,2	36	80,0	32	84,2
Farmácia	2	5,3	5	11,2	2	5,3
Hospital	1	2,6	2	4,4	1	2,6
Pólo-Base	2	5,3	0	0,0	2	5,3
Vizinho	1	2,6	0	0,0	1	2,6
NI	0	0,0	2	4,4	0	0,0
Total	38	100,0	45	100,0	38	100,0

Os dados das prescrições, obtidos junto ao Pólo-Base de Florianópolis, referiram-se aos meses de janeiro a junho de 2008, tendo sido realizadas 17 idas da equipe de saúde com a presença do médico na T.I. Morro dos Cavalos neste período, as quais duravam em média duas horas cada. Foram realizadas 236 consultas (média de 13,9 consultas por dia, sendo o mínimo de duas consultas realizadas e o máximo de trinta em um período de atendimento), que resultaram em 458 medicamentos prescritos (média de 1,9 medicamentos prescritos por consulta e 26,9 medicamentos por cada ida da equipe). No período analisado, o médico da equipe atendeu 109 pessoas, a maioria (57 pessoas) tendo ido uma vez para consultar; duas delas foram sete vezes e as restantes variaram entre duas e seis vezes.

Dos medicamentos prescritos, as classes terapêuticas predominantes foram as preparações para tosse e resfriado (n=80, 17,5%), os analgésicos, os antihelmínticos, os antibacterianos para uso sistêmico e os antiinflamatórios e anti-

reumáticos, seguidos por outros de acordo com a Tabela 6.

Entre os 458 medicamentos prescritos, segundo ATC 5º nível destacaram-se o ambroxol (n=62, 13,5%), albendazol, o paracetamol, a dipirona e a azitromicina, seguidos por outros conforme a Tabela 7. Destes medicamentos, 53,9% (n=247) constam na RENAME 2006.

Tabela 6: Classes terapêuticas (código ATC 2º nível) dos medicamentos prescritos no posto de saúde da T.I. Morro dos Cavalos, SC, janeiro a junho de 2008.

ATC 2º nível	n	%		n	%
R05 Preparações p/ tosse/resfriado	80	17,5	G03 Hormônios sexuais e moduladores do sistema genital	4	0,9
N02 Analgésicos	65	14,2	C09 Agentes q/ atuam no sistema renina-angiotensina	3	0,7
P02 Antihelmínticos	54	11,8	J02 Antimicóticos de uso sistêmico	3	0,7
J01 Antibacterianos p/ uso sistêmico	52	11,4	M03 Relaxantes musculares	3	0,7
M01 Antiinflamatórios/anti-reumáticos	36	7,9	A02 Antiácidos	2	0,4
D06 Antibióticos e quimioterápicos p/ uso dermatológico	25	5,5	A07 Antidiarréicos, agente antiinflamatório/antiinfecioso intestinal	2	0,4
A03 Medicamentos p/ distúrbios gastrointestinais funcionais	23	5,0	C03 Diuréticos	2	0,4
B03 Antianêmicos	22	4,8	D08 Anti-sépticos e desinfetantes	2	0,4
R03 Medicamentos p/ doenças obstrutivas das vias aéreas	17	3,7	H02 Corticosteróides p/ uso sistêmico	2	0,4
D01 Antifúngicos de uso dermatológico	13	2,8	R06 Antihistamínicos de uso sistêmico	2	0,4
A11 Vitaminas	10	2,2	C07 Agentes beta-bloqueadores	1	0,2
R01 Preparações nasais	10	2,2	D07 Corticoesteróides em preparações dermatológicas	1	0,2
P03 Ectoparasiticidas, incluindo escabicidas, inseticidas e repelentes	9	2,0	P01 Antiprotozoários	1	0,2
A12 Suplemento mineral	5	1,1	Não consta	9	2,0
Total				458	100,0

Tabela 7: Fármacos (código ATC 5º nível) dos medicamentos prescritos no posto de saúde da T.I. Morro dos Cavalos, SC, janeiro a junho de 2008.

ATC 5º nível	n	%		n	%
R05CB06 Ambroxol	62	13,5	A11CB Vitamina A e D em combinação	5	1,1
P02CA03 Albendazol	47	10,3	A12CA01 Cloreto de sódio + A12BA01 Cloreto de potássio	5	1,1
N02BE01 Paracetamol	34	7,4	D01AA01 Nistatina	5	1,1
N02BB02 Dipirona	31	6,8	A03AX13 Silicones	4	0,9
J01FA10 Azitromicina	29	6,3	B03BB01 Ácido fólico	4	0,9
M01AB05 Diclofenaco	20	4,4	R05CA03 Guaifenesina + R05DA09 Dextrometorfano	4	0,9
B03AA07 Sulfato ferroso	18	3,9	J02AC01 Fluconazol	3	0,7
D06AX04 Neomicina	18	3,9	M03BC51 Orfenadrina, combinações	3	0,7
M01AE01 Ibuprofeno	16	3,5	P02CA51 Mebendazol, combinações	3	0,7
R05CB03 Carbocisteína	14	3,1	P02CF01 Ivermectina	3	0,7
Outros ATC 5º nível	14	3,1	R03BB01 Brometo de ipratrópio	3	0,7
R03AC04 Fenoterol	12	2,6	A02BC01 Omeprazol	2	0,4
A03FA01 Metoclopramida	10	2,2	A07AA02 Nistatina	2	0,4
J01CA04 Amoxicilina	10	2,2	C03AA03 Hidroclorotiazida	2	0,4
R01AX30 Combinações	10	2,2	D08AX06 Permanganato de potássio	2	0,4
A03DB04 Butilescopolamina e analgésicos	9	2,0	G03FA11 Levonorgestrel e etinilestradiol	2	0,4
J01CE08 Benzilpenicilina benzatina	9	2,0	J01DB01 Cefalexina	2	0,4
D01AC08 Cetoconazol	8	1,7	R03AC02 Salbutamol	2	0,4
Deltametrina	8	1,7	R06AB02 Dexclorfeniramina	2	0,4
D06BX01 Metronidazol	7	1,5	Não consta	9	2,0
A11AA02 Multivitaminas e cálcio	5	1,1			
Total				458	100,0

A forma farmacêutica mais prescrita neste período (janeiro a junho de 2008) foram os comprimidos (n=158, 34,5%), seguidos por outras conforme Tabela 8.

Tabela 8: Formas farmacêuticas dos medicamentos prescritos no posto de saúde da T.I. Morro dos Cavalos, SC, janeiro a junho de 2008.

	N	%
Comprimido	158	34,5
Xarope	84	18,3
Solução oral gotas	59	12,9
Suspensão oral	56	12,2
Creme	29	6,3
Solução inalante	15	3,3
Injetável	14	3,1
Pó p/ suspensão	13	2,8
Solução nasal	12	2,6
Xampu	10	2,2
Solução oral	4	0,9
Elixir	1	0,2
Gel	1	0,2
Loção	1	0,2
Pomada	1	0,2
Total	458	100,0

5. DISCUSSÃO

Aspectos econômicos, políticos, sociais e culturais modelam o uso de medicamentos, ultrapassando a dimensão biológica, e o desejo de um melhor cuidado com a saúde é apenas um dos fatores que levam ao seu consumo. Segundo Levrève (1987), os medicamentos têm função simbólica, isto é, revelam o mito de que irão resolver qualquer problema. Aliado a isto, há a criação de uma necessidade de utilização, em geral motivada pela propaganda de medicamentos à população e promovida pela indústria farmacêutica com promessas de obtenção de saúde (BERTOLDI *et al.*, 2004; DIEHL, 2001a). Estes fatores levam ao aumento significativo da venda e consumo dos medicamentos conforme descrito nesse trabalho. No entanto, nem sempre são utilizados de maneira racional conforme dados da OMS (WHO, 2004a), que estimam que metade dos medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos inapropriadamente, e metade dos pacientes falha em tomá-los adequadamente.

Os Guarani da T.I. Morro dos Cavalos, devido à proximidade de centros urbanos, ao contato constante com os não-indígenas e à prestação de serviços de saúde na aldeia, têm acesso facilitado aos medicamentos, passando estes a fazerem parte dos seus tratamentos, principalmente em virtude da praticidade.

Mesmo com a praticidade atribuída ao uso dos medicamentos, a automedicação, que segundo Menéndez (2003) é uma forma comum de auto-atenção, “vivenciada por civilizações de todos os tempos, com características peculiares a cada época e a cada região” (ARRAIS *et al.*, 1997, p. 71), representou baixa frequência nesta comunidade indígena (quando houve a automedicação, foi por indicação do AIS ou de um vizinho ou parente), ao contrário do que se observa em outras localidades, como por exemplo, em povoados do Sul da Bahia (HAAK, 1989), em um município do Rio Grande do Sul (VILARINO *et al.*, 1998) e na cidade de Bambuí, MG (LOYOLA FILHO *et al.*, 2002), onde a grande prevalência da automedicação foi definida com um problema. A falta de acesso aos serviços de saúde tem sido apontada como um dos fatores que predispõe à prática informal de prescrições (HAAK, 1989; LOYOLA-FILHO *et al.* 2002). No caso guarani, os medicamentos encontrados nos domicílios foram prescritos majoritariamente pelo médico da equipe e obtidos no próprio posto de saúde da aldeia, o que pode ser

visto como uma facilidade no acesso aos mesmos.

Se a automedicação não representou um problema preocupante nesta comunidade, a falta de adesão ao tratamento merece atenção especial. Esta questão não deve ser centralizada apenas no paciente, como enfatizado por Trostle⁴⁸ (1988), sendo válido investigar o que os pacientes fazem com suas medicações e como eles respondem em sua vida diária aos pedidos dos profissionais de saúde, sem eximir a responsabilidade destes últimos. Uma guarani, em sua fala, deixou claro uma das formas de influência exercida pelo profissional de saúde para a adesão ao tratamento: *“não dô salbutamol pra meu filho, porque quando a mulhé vai dá [enfermeira ou técnica], fala que é da caverinha, porque não pode dá muito, porque pode dá palpitação”* (Outubro, 2007). Outra explicação dada por uma das moradoras para o não tratamento completo foi que *“O médico deu pro meu filho antibiótico, mas eu não quis dá, porque o dentista falô que estraga os dente, faz mal pros dente, aí eu nem dei”* (Junho, 2007).

Ao contrário do que foi citado por alguns autores (ACURCIO; GUIMARÃES, 1999; TEIXEIRA; LEVRÈVE, 2001), que atribuíram a dificuldade de acesso aos medicamentos como condicionante para o não cumprimento das prescrições, no caso desta comunidade este fator não representava um impedimento, pois como já mencionado, o acesso era facilitado, principalmente através da equipe de saúde. A percepção dos efeitos adversos, a maneira como foram oferecidas as informações sobre os medicamentos e a melhora sintomática, foram os principais motivos para os usuários não iniciarem ou pararem o tratamento. Gonçalves *et.al.* (1999), ao pesquisarem os fatores que influenciam a adesão ao tratamento de pacientes tuberculosos em uma cidade do sul do país, evidenciaram que alguns indivíduos, quando percebem a melhora dos sintomas, acreditam que não estejam mais doentes, e suspendem o tratamento. Portanto, como dito por Diehl (2001a, p. 135), *“as diferentes idéias e concepções de saúde, doença e cura afetam as maneiras pelas quais os medicamentos e remédios são usados e avaliados pelos indivíduos”*.

Durante as visitas domiciliares para a coleta de informações sobre os medicamentos existentes, foi bastante comum ouvir dos indígenas que não tinham

⁴⁸ Trostle considera que expressões como “comportamento de tomar medicamentos” e “consumo de medicamentos”, são melhores empregados para investigar o que os pacientes fazem com seus medicamentos quando comparado ao termo “adesão”. Esta última remete a um discurso médico ideológico que justifica a autoridade médica, uma vez que centraliza a responsabilidade apenas no paciente.

mais “remédio” em casa porque já haviam jogado fora o que havia sobrado⁴⁹. Este fato pode ter duas explicações, não necessariamente excludentes: a primeira enfatiza de que os Guarani, ao sentirem-se melhores, interrompiam o tratamento por conta própria; a segunda se refere a uma limitação da pesquisa nos três levantamentos. A quantidade de medicamentos pode estar subestimada, uma vez que a exposição dos mesmos dependia da vontade e disponibilidade do informante. Nos dados obtidos em 2008 (abril a junho de 2008), por exemplo, chama a atenção de que em 10 casas (52,6%) não existiam medicamentos e foram encontrados apenas 22 nas outras casas; nesse mesmo período, o médico da equipe realizou 120 consultas e prescreveu 234 medicamentos, o que reforça a hipótese de que alguns indígenas não se disponibilizaram a expor os medicamentos presentes em suas casas. Nos levantamentos de 2006 e 2007, mesmo com um maior número de casas com medicamentos (em 2006, foram encontrados medicamentos em 88,9% das casas e em 2007 em 75,0%), esta limitação não pode ser desconsiderada, permanecendo sempre a incerteza se os medicamentos mostrados de fato refletiam os existentes.

Quanto aos medicamentos encontrados na “farmácia caseira” dos indígenas, em 2006 e 2007, a classe terapêutica dos analgésicos foi a de maior proporção, assim como observado em outros estudos realizados em domicílios (ver, por exemplo, Bertoldi *et al.*, 2004; Carvalho *et al.*, 2005). Em 2008, estes tiveram uma menor proporção que os antianêmicos; neste ano, foi observado que em mais de um domicílio, um mesmo morador estava fazendo uso de antianêmicos distintos, quer fossem princípios ativos ou forma farmacêutica.

As preparações para tosse e resfriado, como a segunda classe de maior proporção encontrada em 2006 e 2007 e terceira em 2008, retratam a realidade referida pelos indígenas como motivos para a procura dos serviços de saúde.

Foi observado que em todas as consultas no posto de saúde da aldeia havia a prescrição de medicamentos. Este fato é evidenciado pela quantidade de medicamentos prescritos no período de seis meses (n=458), quando foram realizadas 236 consultas em 17 idas do médico à aldeia. Um estudo feito por Fleith *et al.* (2008) na rede básica de saúde de Lorena, SP, demonstrou que cerca de 70%

⁴⁹ Evidenciamos que a dispensação dos medicamentos no posto de saúde da aldeia era feita na quantidade necessária para a conclusão do tratamento.

da população atendida recebiam prescrição de algum medicamento. Bonfim (2007) observou que este número foi de 60,1% da população atendida no Núcleo de Saúde da Família em Ribeirão Preto (NSF-RP). Diehl (2001b) demonstrou que 83,4% das consultas realizadas pelos índios *Kaingáng* da T.I. Xaçecó, SC resultaram na emissão de prescrição.

As classes terapêuticas com maior prevalência de prescrição para os pacientes atendidos no estudo realizado por Bonfim (2007) foram os analgésicos, antibacterianos de uso sistêmico e os antiinflamatórios e anti-reumáticos, semelhantes aos prescritos por um dos médicos na T.I. Xaçecó (DIEHL, 2001a) e nas Unidades de Programa de Saúde da Família (PSF) de Blumenau, SC (COLOMBO *et al.*, 2004). Estes dados mostram-se semelhantes aos encontrados nas prescrições para os moradores da T.I. Morro dos Cavalos, com exceção das preparações para tosse e resfriado, que se sobressaíram nesta aldeia.

Comparando os fármacos (código ATC quinto nível), os resultados deste trabalho se mostraram diferentes do estudo realizado por Bonfim (2007), cujos fármacos com maior prevalência de prescrições para os pacientes atendidos no NSF-RP foram o cloreto de sódio, a dipirona, o diclofenaco e o paracetamol. O cloreto de sódio e o diclofenaco não apareceram entre os quatro medicamentos mais prescritos no posto de saúde do Morro dos Cavalos e o paracetamol foi menos prescrito que o ambroxol e o albendazol, mas mais prescrito que a dipirona. O fato do ambroxol e albendazol representarem o maior número de prescrições possivelmente está associado ao maior número de crianças atendidas no posto de saúde da aldeia Morro dos Cavalos quando comparado ao número de adultos. No caso do NSF-RP (BONFIM, 2007), 82,9% das pessoas atendidas estavam acima dos 20 anos de idade.

Dos medicamentos prescritos, pouco mais da metade (53,9%) fazia parte da RENAME. Um dos medicamentos mais prescritos (ambroxol) não faz parte desta lista, o que pode sugerir uma atenção à saúde medicalizante, focada em sintomas.

Apesar do reconhecimento da eficácia dos medicamentos para o tratamento de determinadas doenças, as teorias etiológicas dos Guarani também são representadas por seres espirituais e suas manifestações estão conectadas com o modo de ser, agir e pensar. Entre os Guarani, a procura por atenção (no sentido dado por Menéndez, 2003) está, portanto, intimamente vinculada à causalidade da

doença e os medicamentos são um entre os demais recursos terapêuticos considerados por eles como eficazes.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A coexistência de múltiplos sistemas terapêuticos e de uma diversidade de comportamentos em relação à saúde em cada sociedade, levam os diferentes grupos a utilizarem formas específicas de atenção à saúde, como apontado por Menéndez (2003).

Na comunidade indígena Morro dos Cavalos, os conhecimentos, crenças, valores e práticas específicos dos Guarani, bem como a organização do sistema de atenção à saúde, influenciavam e permitiam a busca de diferentes recursos de cuidado dentre a pluralidade de opções terapêuticas.

A escolha do recurso terapêutico estava vinculada ao sistema classificatório nativo das doenças – “doenças de *djuruá*” e “doenças espirituais”–, e a facilidade ao acesso e uso dos recursos médicos, em especial os medicamentos. Estes representavam um foco privilegiado no entendimento da inserção da biomedicina, passando a ocupar um espaço notável no cotidiano destes indígenas, atuando dinamicamente com o sistema de saúde Guarani.

A figura do *karai* era fundamental para a escolha do tratamento, mesmo quando havia, em um primeiro momento, o tratamento no núcleo familiar, como as massagens ou o “remédio do mato”, conhecidos pela mãe ou por outro membro da família. Munido de suas rezas, *petynguá* e conhecimentos sobre o uso dos “remédios do mato”, o *karai* poderia aliviar ou curar as doenças geradas pelo desrespeito à natureza, pela influência exercida por determinadas pessoas sobre outras e pelos pensamentos nocivos, principais causas apontadas como causadoras das “doenças espirituais”. No entanto, para o tratamento das “doenças de *djuruá*”, a eficácia dos medicamentos era reconhecida, quer fosse pelo *karai* ou pelos demais moradores.

Reflexo deste reconhecimento era a incorporação dos medicamentos como um recurso terapêutico, percebido através da “farmácia caseira” e da frequência com que os indígenas buscavam os serviços de saúde, quer fosse para tratamento de suas doenças, quer por motivos outros, como a curiosidade ou a satisfação pelo recebimento de atenção por parte da equipe de saúde. Entretanto, essa busca invariavelmente acabava por gerar prescrição e dispensação de medicamentos, ocasionando a medicalização da atenção.

Os dados apresentados evidenciam que as expectativas dos Guarani em relação ao modelo biomédico de atenção à saúde possuem pouca ou nenhuma ênfase na dimensão preventiva ou mesmo na promoção da saúde.

Ainda que esteja garantido que o Subsistema de Saúde Indígena deva contemplar a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, e reconheça assim a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (BRASIL, 1999a), muito se precisa fazer para assegurar estes direitos aos povos indígenas.

Alguns aspectos como a participação das comunidades indígenas em todos os níveis de discussão, de decisão e de operacionalização, a capacitação constante de profissionais que fazem parte da equipe multidisciplinar, a manutenção dos recursos, a implantação de sistemas que forneçam informações confiáveis aos bancos de dados oficiais, os investimentos em saneamento básico e moradias e a garantia de terra, são demandas que necessitam ser constantemente contempladas, como já apontado por Diehl (2001b) logo após a implantação do subsistema de atenção à saúde dos povos indígenas.

Fatores como a falta de treinamento e de conhecimento por parte das equipes de saúde (principalmente no que diz respeito às características sociais e culturais de cada povo indígena), a centralização da compra de medicamentos, os interesses econômicos e políticos, aliados à escassez de registros específicos sobre medicamentos entre populações indígenas brasileiras (tanto no que se refere a temáticas no nível macro, como questões políticas e econômicas que influenciam a disponibilidade, a distribuição e o acesso aos medicamentos, quanto no que diz respeito ao nível micro, como modos de comportamento e interpretação cultural em relação aos medicamentos), não têm assegurado a atenção diferenciada proposta no modelo para o subsistema, levando mais a uma dependência dos recursos tecnológicos da medicina ocidental, especialmente dos medicamentos e exames. Essa situação tem influenciando na perda da autonomia dos povos indígenas frente à resolução dos problemas de saúde através do uso de seus recursos tradicionais.

Considerando que a assistência farmacêutica é uma das diretrizes da Política, até o momento a FUNASA ainda não implantou uma Política de Assistência Farmacêutica direcionada aos povos indígenas, harmonizada com a Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica, conforme apontou a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena em 2006. Embora a FUNASA não divulgue

os recursos aplicados na compra de medicamentos desde a implantação do Subsistema de Saúde Indígena, relatórios apresentados (dados não publicados) a Conselhos Distritais Indígenas apontam que os principais itens de gastos têm sido a aquisição de insumos, especialmente de medicamentos, e a contratação de pessoal.

Para que se possa elaborar e implantar uma assistência farmacêutica direcionada aos povos indígenas, é necessário que se estude como os medicamentos vêm sendo utilizados por estas populações, de modo a contemplar a diversidade étnica e cultural característica destes povos.

Por fim – e deixando em aberto, as reflexões aqui trazidas podem subsidiar as instituições que intervêm junto a este grupo étnico quando da definição de suas políticas de atendimento, bem como da reavaliação de suas práticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACURCIO, F. A.; GUIMARÃES, M. D. C. Utilização de medicamentos por indivíduos HIV positivos: abordagem qualitativa. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 73-84, 1999.
- ARRAIS, P. S. D. *et al.* Perfil da automedicação no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 31, n. 1, p. 71-77, fev., 1997.
- ASSIS, V.; GARLET, I. Análise sobre as populações Guarani contemporâneas: demografia, espacialidade e questões fundiárias. *In: CALAVIA SAEZ, O. (coord.). Revista de Índias*, Madrid, v. LXIV, n. 230, p. 35-54, 2004.
- ATHIAS, R.; MACHADO M. A Saúde Indígena no Processo de Implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.17, n. 2, p. 425-431, mar/abril, 2001.
- BERTOLDI, A. D. *et al.* Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 228-238, 2004.
- BONFIM, J. H. G. G. *Caracterização da utilização de medicamentos por indivíduos residentes na área compreendida pelo Núcleo de Saúde da Família III Ribeirão Preto, SP*. Ribeirão Preto, 134f. Tese de doutorado: Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto (FCFRP), 2007.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1.
- BRASIL. Lei n. 8.142, de 29 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2008.
- BRASIL. Decreto n. 23, de 04 de fevereiro de 1991. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas. São Paulo, SP: *LEX-Coletânea de Legislação e Jurisprudência*, v.55, f. 4, p. 99-100.
- BRASIL. Decreto n. 1.141, de 19 de maio de 1994. Dispõe sobre as condições para a proteção ambiental, saúde e apoio às atividades produtivas para as comunidades indígenas. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 95, Seção 1, p. 7443-44.

BRASIL. Portaria MS n. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p. 18, 10 dez. 1998.

BRASIL. Lei n. 9.836, de 23 de setembro de 1999a. Acrescenta dispositivos à Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 28 maio 2008.

BRASIL. Decreto n. 3.156, de 27 de agosto de 1999b. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, Edição Extra, n. 165-A, Seção 1, p. 37-38, 28 ago. 1999b.

BRASIL. Portaria MS n. 1.163/GM, de 14 de setembro de 1999c. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria1163_14_09_99.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2008.

BRASIL. Portaria MS n. 254, de 31 de janeiro de 2002. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 26, Seção 1, p. 46 a 49, 6 fev. 2002.

BRASIL. Resolução MS CNS n. 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 maio 2004a.

BRASIL. Portaria n. 70/GM, de janeiro de 2004b. Aprova as diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-70.htm>>. Acesso em: 20 ago. 2008.

BRASIL. Portaria n. 1.810, de 3 de agosto de 2006a. Define as transformações dos Distritos Sanitários Especial Indígena (DSEI). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 149, Seção 1, p. 52, 4 ago. 2006.

BRASIL. Portaria MS n. 644, de 27 de março de 2006b. Institui o Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena. Publicado em *Diário Oficial da União* de 29.03.2006. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/Web%20Funasa/Legis/pdfs/portarias_m/pm_644_2006.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2007.

BRASIL. Portaria n. 2.656, de 17 de outubro de 2007. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 201, Seção 1, p. 31, 18 out. 2007.

BRASIL. Portaria n. 771, de 18 de abril de 2008. Declara a posse permanente dos grupos indígenas Guarani Mbyá e Nhandéva a Terra Indígena Morro dos Cavalos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 76, Seção 1, p. 82-83, 22 abril 2008.

BRASIL. Portaria GM/MS n. 2.012, de 24 de setembro de 2008. Aprova a 6ª. Edição da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 186, Seção 1, p. 41, 25 set. 2008.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. *O trabalho do antropólogo*. 2ª ed. São Paulo: Editora Unesp, 2000.

CARVALHO, M. F. de. *et al.* Utilização de medicamentos na população brasileira, 2003. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, suppl.1, 2005.

COLOMBO, D. *et al.* Padrão de prescrição de medicamentos nas unidades de programa de saúde da família de Blumenau. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, v. 40, n. 4, p. 549-558, out./dez. 2004.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução n. 308, de 2 de maio de 1997. Dispõe sobre a Assistência Farmacêutica em farmácias e drogarias. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, Seção 1, p. 10695, de 22 maio 1997.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Estatísticas: número de farmácias no Brasil, dados de 2007. Disponível em: <<http://www.cff.org.br>>. Acesso em: 20 out. 2008.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Parecer n. 14, de 14 de setembro de 1999. Aprova as Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Escolar Indígena. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/leis2.pdf>>. Acesso em: 20 abril 2008.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução n. 3, de 10 de novembro de 1999. Fixa Diretrizes Nacionais para o funcionamento das escolas indígenas e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, Seção 1, p. 19, 17 nov. 1999.

COSTA, D. C. Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, out./dez. 1987.

DARELLA, M. D. P. A Presença Guarani no Litoral de Santa Catarina: breve informe. *Revista de Antropologia Social*, UFPR Campos, v. 4, p. 203-206, 2003.

_____. *Ore Roipota Yvy Porã “Nós Queremos Terra Boa” – Territorialização Guarani no Litoral de Santa Catarina – Brasil*. São Paulo, 405 f. Tese de doutorado: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2004.

DIAS, C. R. C.; LIE-BER, N. S. R. Processo da implantação da política de medicamentos genéricos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1661-1669, ago. 2006.

DIEHL, E. E. *Entendimentos, Práticas e Contextos Sociopolíticos do Uso de Medicamentos entre os Kaingáng (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil)*. Rio de Janeiro, 230 f. Tese de doutorado: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2001a.

_____. Agravos na saúde Kaingáng (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina) e a estrutura dos serviços de atenção biomédica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.17, n. 2, p. 439-445, mar./abril 2001b.

DIEHL, E. E.; RECH, N. Subsídios para uma assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena: contribuições da antropologia. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (org.). *Saúde dos Povos Indígenas – reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa/ABA, 2004. p. 149-169.

ETKIN, N. L.; ROSS, P. J.; MUAZZAMU, I. The indigenization of pharmaceuticals: therapeutic transitions in rural hausaland. *Social Science and Medicine*, v. 30, n. 8, p. 919-928, mar./abril 2001b.

FLEITH, V. D. *et al.* Perfil de utilização de medicamentos em usuários da rede básica de saúde de Lorena, SP. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 0, p. 755-762, abril 2008.

FOLHA ON-LINE/Brasil. Procuradoria quer anular novos distritos indígenas de saúde no Sul e Sudeste. Publicado em 28.05.2008. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u406449.shtml>>. Acesso em: 15 jun. 2008.

FUNASA (Fundação Nacional de Saúde). Saúde Indígena. Distritos Sanitários Especiais Indígenas, 2000. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br>>. Acesso em: 03 ago. 2008.

FUNASA (Fundação Nacional de Saúde). Portaria n. 47, de 30 de janeiro de 2007a. Portaria não publicada para o público em geral.

FUNASA (Fundação Nacional de Saúde). 4ª. Conferência Nacional de Saúde Indígena. Rio Quente – GO, 27 a 31 de março de 2006: Relatório Final. Brasília: FUNASA, 2007b. 228p.

GARNELO, L.; MACEDO, G.; BRANDÃO, L. C. *Os Povos Indígenas e a Construção das Políticas de Saúde no Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. 120p.

GEERTZ, C. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

GONÇALVES, H. *et al.* Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 777-787, out/dez, 1999.

HAAK, H. Padrões de consumo de medicamentos em dois povoados da Bahia (Brasil). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 143-151, abril 1989.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Oportunidades y responsabilidade en atención farmacéutica. *Pharm Care Esp*, Madrid, v. 1, p. 35-47, 1999. (Título original: Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American Journal of Hospital Pharmacy*. Bethesda, v. 47, p. 533-543, 1990).

ISA - Instituto Socioambiental. População Indígena no Brasil. Disponível em: <<http://pib.socioambiental.org/pt/c/0/1/2/populacao-indigena-no-brasil>>. Acesso em: 23 nov. 2008.

LADEIRA, M. I. *Espaço geográfico Guarani-mbya: significado, constituição e uso*. São Paulo. Tese de doutorado: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 2001.

LANGDON, E. J. Breve Histórico da Antropologia de Saúde. *In: A Negociação do Oculito: Xamanismo, Família e Medicina entre os Siona no Contexto Pluri-Etnico*. Trabalho apresentado para o Concurso de Professor Titular na Universidade Federal de Santa Catarina, 1994a.

_____. Representações de Doenças e Itinerário Terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana. *In: SANTOS, R. V.; COIMBRA, C. E. A. (org.). Saúde e Povos Indígenas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994b, p. 115-142.

_____. A Doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. *Antropologia em Primeira Mão*, Florianópolis, Programa de Pós Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, n. 12, 1996.

_____. Cultura e os Processos de Saúde e Doença. *In: JEOLÁS, L. S.; OLIVEIRA, M. de (org.). Anais do Seminário Cultura, Saúde e Doença*. Londrina, Ministério da Saúde; Universidade Estadual de Londrina e Secretaria Municipal de Ação Social/Prefeitura Municipal de Londrina, 2003, p. 91-107.

LANGDON, E. J. *et al.* A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2637-2646, dez. 2006.

LEITE, S. N.; VIEIRA, M.; VEBER, A. P. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, suppl. 0, p. 793-802, abril 2008.

LEVRÊVE, F. A oferta e a procura de saúde através do medicamento: proposta de um campo de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 64-67, fev. 1987.

LOYOLA FILHO, A. I. *de et al.* Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 55-62, fev. 2002.

LUCIANO, G. dos S. *O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje*. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006. 224p.

MARTINS, M. S. *Yvyra'ídja: do Xamanismo às Relações de Contato. Auxiliares xamânicos e assessores políticos entre os Guarani do Morro dos Cavalos (SC)*. Florianópolis. Dissertação de mestrado: Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.

MELLO, F. C. de. *Aata tapé rupÿ – Seguindo pela estrada. Uma investigação dos deslocamentos territoriais realizados por famílias Mbyá e Chiripá Guarani no sul do Brasil*. Florianópolis. Dissertação de Mestrado: Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

_____. *Aetchá Nhanderukuery Karai Retarã: Entre deuses e animais: Xamanismo, Parentesco e Transformações entre os Chiripá e Mbyá Guarani*. Florianópolis. Tese de doutorado: Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

_____. Mbyá e Chiripá: Identidades étnicas, etnônimos e autodenominações entre os Guarani do sul do Brasil. *Tellus*. Campo Grande, MS, ano 7, n. 12, p. 49-65, abril 2007.

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

MICHAELIS. *Dicionário Escolar Língua Portuguesa*. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2002.

MONTEIRO, J. M. Os Guarani e a história do Brasil Meridional: séculos XVI – XVII. *In: CUNHA, Manuela Carneiro da (org.). História dos Índios no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras: Secretaria Municipal da Cultura: FAPESC, 2ª edição, 2006. p. 475 - 498.

MS (Ministério da Saúde). *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2002.

MS (Ministério da Saúde). Fundação Nacional de Saúde. *Saúde Indígena no Brasil – Resumo Executivo*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Saude_indigena.pdf>. Acesso em: 23 maio 2008.

NOELLI, F. S. La Distribución Geográfica de Las Evidencias Arqueológicas Guaraní. *Revistas de Índias*, v. LXIV, n. 230, p. 17-34, 2004.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *El papel del farmacéutico en la atención a la salud: declaración de Tokio*. Ginebra, 1993.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). *Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos*. Brasília: 2002.

OSÓRIO DE CASTRO, C. G. S. (coord.). *Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. 92p.

PEYSER, A.; CHACKIEL, J. La identificación de poblaciones indígenas en los censos de América Latina. *In: América Latina: aspectos conceptuales de los censos del 2000 (Seminario Censos 2000: diseño conceptual y temas a investigar em América Latina)*. CEPAL-SERIE Manuales n. 1, p. 353-369. Disponível em: <<http://www.cepal.org/publicaciones/xml/6/4436/lcl1204e.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2008.

RENAME. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais*. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 4ª edição revisada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 286p.

RICARDO, B.; RICARDO, F. (org.). *Povos Indígenas no Brasil: 2001-2005*. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006. 879p.

RODRIGUES, A. D. *Línguas Brasileiras para o conhecimento das língua indígenas*. 4ª edição. São Paulo: Edições Loyola, 2002. 134p.

SANTOS, R. V.; COIMBRA Jr, C. E. A. Cenários e tendências da Saúde e da Epidemiologia dos Povos Indígenas no Brasil. *In: COIMBRA Jr., C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (org.). Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz / Abrasco, 2003. p. 13-47.

SCHADEN, E. *Aspectos fundamentais da cultura Guarani*. São Paulo: EPU; Edusp, 1974.

SILVEIRA, M. L. da. *O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. 124p.

SCOPEL, D. *Saúde e Doença entre os Mura de Autazes (Amazonas): Experiências indígenas frente ao tratamento biomédico para uma doença crônica*. Florianópolis. Dissertação de Mestrado: Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.

SINITOX (Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas) Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/sinitox/>>. Acesso em: 03 dez. 2008.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEVRÊVE, F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 207-213, abril 2001.

TOGNONI G.; LAPORTE, J. R. Estudo de utilização de medicamentos e de farmacovigilância. *In: LAPORTE, J. R.; TOGNONI, G.; ROZENFELD, S.*

Epidemiologia do Medicamento: princípios gerais. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1989.

TROSTLE, J. A. Medical compliance as an ideology. *Social Science and Medicine*, v. 27, n. 12, p. 1299-1308, 1988.

VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S.R.; HARDON, A. The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach. *Annual Review of Anthropology*, v. 25, p. 153-78, 1996.

VAN DER GEEST, S. Pharmaceutical in the Third World: the local perspective. *Social Science and Medicine*, 25 (3): 273-76, 1987.

VILARINO, J. F. *et al.* Perfil da automedicação em município do sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 43-49, fev. 1998.

WHO (World Health Organization). *The World Medicines Situation*. Geneve: WHO/EDM/PAR/2004.5, 2004a. 145p.

WHO (World Health Organization). *Medicines Strategy 2004 – 2007: countries at the core*. Geneva, 2004b. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/who_edm_2004.2.pdf>. Acesso em: 29 out. 2008.

YOUNG, A. Some Implications of Medical Beliefs and Practices for Social Anthropology. *American Anthropologist*, v. 78, n.1, p. 5-24, 1976.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Questionário para coleta de dados demográficos.

FICHA DOMICILIAR – DADOS DEMOGRÁFICOS GERAIS

CASA N.

DATA DA VISITA: ____/____/____

Constituição familiar:

N.	Identif	Nome	Sexo	Datanasc	Nomepai	Nomemae	Escolaridade	Trabalho

Observações: _____

Informante: _____

APÊNDICE C: Medicamentos encontrados nas casas Guarani. Terra Indígena Morro dos Cavalos, SC, 2006, 2007 e 2008, segundo código ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical*).

Sistemas orgânicos (código ATC 1º nível).

ATC 1º nível	2006		2007		2008	
	n	%	n	%	n	%
A Trato alimentar e metabolismo	3	7,9	5	11,1	4	18,2
B Sangue e órgão formadores do sangue	4	10,5	0	0,0	5	22,7
C Sistema cardiovascular	2	5,3	5	11,1	1	4,5
D Dermatológico	1	2,6	2	4,4	1	4,5
G Sistema gênito urinário e hormônios sexuais	0	0,0	1	2,2	0	0,0
H Preparações do sistema hormonal, exceto hormônios sexuais e insulina	1	2,6	2	4,4	0	0,0
J Antiinfeciosos de uso sistêmico	4	10,5	6	13,3	1	4,5
M Sistema músculo-esquelético	3	7,9	5	11,1	1	4,5
N Sistema nervoso	7	18,4	7	15,6	4	18,2
Não consta	1	2,6	3	6,7	0	0,0
P Produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes	1	2,6	2	4,4	1	4,5
R Sistema respiratório	11	28,9	7	15,6	4	18,2
Total	38	100,0	45	100,0	22	100,0

Classes terapêuticas (código ATC 2º nível).

ATC 2º nível	2006		2007		2008	
	n	%	n	%	n	%
A02 Antiácidos	1	2,6	1	2,2	0	0,0
A03 Medicamentos para distúrbios gastrointestinais funcionais	0	0,0	3	6,7	2	9,1
A07 Antidiarreicos, Agentes antiinflamatórios/antiinfeciosos intestinal	0	0,0	1	2,2	0	0
A11 Vitaminas	2	5,3	0	0,0	2	9,1
B03 Antianêmicos	4	10,5	0	0,0	5	22,7
C01 Terapia cardíaca	0	0,0	0	0,0	1	4,5
C03 Diuréticos	1	2,6	1	2,2	0	0,0
C07 Agentes beta-bloqueadores	0	0,0	1	2,2	0	0,0
C09 Agentes que atuam no sistema renina-angiotensina	1	2,6	3	6,7	0	0,0
D01 Antifúngicos de uso dermatológico	0	0,0	1	2,2	1	4,5
D06 Antibióticos e quimioterápicos para uso dermatológico	1	2,6	1	2,2	0	0,0
G03 Hormônios sexuais e moduladores do sistema genital	0	0,0	1	2,2	0	0,0
H02 Corticosteróides para uso sistêmico	1	2,6	2	4,4	0	0,0
J01 Antibacterianos para uso sistêmico	4	10,5	6	13,3	0	0,0
J02 Antimicóticos de uso sistêmico	0	0,0	0	0,0	1	4,5
M01 Antiinflamatórios e anti-reumáticos	2	5,3	5	11,1	1	4,5
M03 Relaxantes musculares	1	2,6	0	0,0	0	0,0
N02 Analgésicos	7	18,4	7	15,6	4	18,2
Não consta	1	2,6	3	6,7	0	0,0
P01 Antiprotozoários	0	0,0	2	4,4	0	0,0
P02 Antihelmínticos	0	0,0	0	0,0	1	4,5
P03 Ectoparasiticidas, incluindo escabicidas, inseticidas e repelentes	1	2,6	0	0,0	0	0,0
R01 Preparações nasais	1	2,6	1	2,2	1	4,5
R03 Medicamentos para doenças obstrutivas das vias aéreas	3	7,9	0	0,0	1	4,5
R05 Preparações para tosse e resfriado	7	18,4	6	13,3	2	9,1
Total	38	100,0	45	100,0	22	100,0

Sub-classe terapêutica/farmacológica (código ATC 3º nível).

ATC 3º nível	2006		2007		2008	
	n	%	n	%	n	%
A02B Fármacos para úlcera péptica e refluxo gastro esofágico (DRGE)	1	2,6	1	2,2	0	0,0
A03A Drogas para distúrbios funcionais dos intestinos	0	0,0	1	2,2	1	4,5
A03D Antiespasmódicos em combinações com analgésicos	0	0,0	1	2,2	0	0,0
A03F Propulsivos	0	0,0	1	2,2	1	4,5
A07D Anti propulsivos	0	0,0	1	2,2	0	0,0
A11A Multivitamínicos, combinações	2	5,3	0	0,0	0	0,0
A11G Ácido ascórbico (Vit C), incluindo combinações	0	0,0	0	0,0	1	4,5
A11J Outros produtos vitamínicos, combinações	0	0,0	0	0,0	1	4,5
B03A Preparações de ferro	4	10,5	0	0,0	4	18,2
B03B Vitamina B12 e ácido fólico	0	0,0	0	0,0	1	4,5
C01A Glicosídeos cardíacos	0	0,0	0	0,0	1	4,5
C03A Diuréticos, tiazídicos	1	2,6	1	2,2	0	0,0
C07A Agentes beta bloqueadores	0	0,0	1	2,2	0	0,0
C09A Inibidores da ECA	0	0,0	2	4,4	0	0,0
C09C Antagonistas da angiotensina II	1	2,6	1	2,2	0	0,0
D01A Antifúngicos de uso tópico	0	0,0	1	2,2	1	4,5
D06A Antibióticos de uso sistêmico	1	2,6	1	2,2	0	0,0
G03F Progestágenos e estrógenos em combinação	0	0,0	1	2,2	0	0,0
H02A Corticoesteróides de uso sistêmico	1	2,6	2	4,4	0	0,0
J01C Antibacterianos beta-lactâmicos, penicilinas	3	7,9	2	4,4	0	0,0
J01D Outros antibióticos beta-lactâmicos	1	2,6	1	2,2	0	0,0
J01F Macrolídeos, lincosamidas e estreptograminas	0	0,0	2	4,4	0	0,0
J01M Quinolonas antibacterianas	0	0,0	1	2,2	0	0,0
J02A Antimicóticos de uso sistêmico	0	0,0	0	0,0	1	4,5
M01A Produtos Antiinflamatórios e anti-reumáticos, não esteroidais	2	5,3	5	11,1	1	4,5
M03B Relaxantes musculares, agentes de ação central	1	2,6	0	0,0	0	0,0

N02B Outros analgésicos e antipiréticos	7	18,4	7	15,6	4	18,2
Não consta	1	2,6	3	6,7	0	0,0
P01A Agentes contra amebíase e outras doenças protozoais	0	0,0	2	4,4	0	0,0
P02C Agentes antinematódeos	0	0,0	0	0,0	1	4,5
P03A Ectoparasiticida, incluindo escabicidas	1	2,6	0	0,0	0	0,0
R01A Descongestionantes e outras preparações nasais para uso tópico	1	2,6	1	2,2	1	4,5
R03A Inalantes adrenérgicos	2	5,3	0	0,0	1	4,5
R03B Outros fármacos para doenças obstrutivas das vias aéreas, inalantes	1	2,6	0	0,0	0	0,0
R05C Expectorantes, exceto combinações com supressores de tosse	7	18,4	6	13,3	2	9,1
Total	38	100,0	45	100,0	22	100,0

Sub-classe terapêutica/farmacológica/química (código ATC 4º nível).

ATC 4º nível	2006		2007		2008	
	n	%	n	%	n	%
A02BA Antagonistas do receptor H2	1	2,6	0	0,0	0	0,0
A02BC Inibidores de bomba de prótons	0	0,0	1	2,2	0	0,0
A03AX Outras drogas para distúrbios funcionais dos intestinos	0	0,0	1	2,2	1	4,5
A03DB Belladona e derivados em combinação com analgésicos	0	0,0	1	2,2	0	0,0
A03FA Propulsivos	0	0,0	1	2,2	1	4,5
A07DA Antipropulsivos	0	0,0	1	2,2	0	0,0
A11AB Multivitaminas, outras combinações	2	5,3	0	0,0	0	0,0
A11GA Ácido ascórbico (Vit. C)	0	0,0	0	0,0	1	4,5
A11JB Vitaminas com minerais	0	0,0	0	0,0	1	4,5
B03AA Ferro bivalente, preparação oral	4	10,5	0	0,0	4	18,2
B03BB Ácido fólico e derivados	0	0,0	0	0,0	1	4,5
C01AA Glicosídeos digitálicos	0	0,0	0	0,0	1	4,5
C03AA Tiazidas	1	2,6	1	2,2	0	0,0
C07AA Agentes beta bloqueadores, não seletivos	0	0,0	1	2,2	0	0,0
C09AA Inibidores da ECA	0	0,0	2	4,4	0	0,0
C09CA Antagonista de angiotensina II	1	2,6	1	2,2	0	0,0
D01AC Imidazol e derivados triazoles	0	0,0	1	2,2	1	4,5
D06AX Outros antibióticos de uso tópico	1	2,6	1	2,2	0	0,0
G03FA Progestágenos e estrógenos, combinações fixas	0	0,0	1	2,2	0	0,0
H02AB Glicocorticóides	1	2,6	2	4,4	0	0,0
J01CA Penicilinas de amplo espectro	3	7,9	2	4,4	0	0,0
J01DB Cefalosporinas de primeira geração	1	2,6	1	2,2	0	0,0
J01FA Macrolídeos	0	0,0	2	4,4	0	0,0
J01MA Fluor-quinolonas	0	0,0	1	2,2	0	0,0
J02AC Derivados triazoles	0	0,0	0	0,0	1	4,5
M01AB Derivados do ácido acético e substâncias relacionadas	2	5,3	4	8,9	1	4,5
M01AE Derivados do ácido propiônico	0	0,0	1	2,2	0	0,0
M03BC Éteres, quimicamente semelhantes aos antihistamínicos	1	2,6	0	0,0	0	0,0

N02BB Pirazonas	2	5,3	4	8,9	2	9,1
N02BE Anilidas	5	13,2	3	6,7	2	9,1
Não consta	1	2,6	3	6,7	0	0,0
P01AB Derivados nitroimidazoles	0	0,0	2	4,4	0	0,0
P02CA Derivados benzimidazoles	0	0,0	0	0,0	1	4,5
P03AC Piretrinas, incluindo compostos sintéticos	1	2,6	0	0,0	0	0,0
R01AX Outras preparações nasais	1	2,6	1	2,2	1	4,5
R03AC Agonistas seletivos do receptor Beta 2	2	5,3	0	0,0	1	4,5
R03BB Anticolinérgicos	1	2,6	0	0,0	0	0,0
R05CB Mucolíticos	7	18,4	6	13,3	2	9,1
Total	38	100,0	45	100,0	22	100,0

Fármacos (código ATC 5º nível).

ATC 5º nível	2006		2007		2008	
	n	%	n	%	n	%
A02BA01 Cimetidina	1	2,6	0	0,0	0	0,0
A02BC01 Omeprazol	0	0,0	1	2,2	0	0,0
A03AX13 Silicones	0	0,0	1	2,2	1	4,5
A03DB04 Butilscolamina e analgésicos	0	0,0	1	2,2	0	0,0
A03FA01 Metoclopramida	0	0,0	0	0,0	1	4,5
A03FA03 Domperidona	0	0,0	1	2,2	0	0,0
A07DA02 Opium	0	0,0	1	2,2	0	0,0
A11GA01 Ácido ascórbico (vit C)	0	0,0	0	0,0	1	4,5
B03AA07 Sulfato ferroso	4	10,5	0	0,0	4	18,2
B03BB01 Ácido fólico	0	0,0	0	0,0	1	4,5
C01AA05 Digoxina	0	0,0	0	0,0	1	4,5
C03AA03 Hidroclorotiazida	1	2,6	1	2,2	0	0,0
C07AA05 Propranolol	0	0,0	1	2,2	0	0,0
C09AA02 Enalapril	0	0,0	2	4,4	0	0,0
C09CA01 Losartano	1	2,6	1	2,2	0	0,0
D01AC08 Cetoconazol	0	0,0	1	2,2	1	4,5
D06AX04 Neomicina + D06AX05 Bacitracina	1	2,6	1	2,2	0	0,0
Deltametrina	1	2,6	0	0,0	0	0,0
G03FA11 Etinilestradiol, levonorgestrel	0	0,0	1	2,2	0	0,0
H02AB06 Prednisolona	1	2,6	1	2,2	0	0,0
H02AB13 Deflazacort	0	0,0	1	2,2	0	0,0
J01CA01 Ampicilina	1	2,6	0	0,0	0	0,0
J01CA04 Amoxicilina	2	5,3	2	4,4	0	0,0
J01DB01 Cefalexina	1	2,6	1	2,2	0	0,0
J02AC01 Fluconazol	0	0,0	0	0,0	1	4,5
J01FA10 Azitromicina	0	0,0	2	4,4	0	0,0
J01MA06 Norfloxacin	0	0,0	1	2,2	0	0,0
M01AB05 Diclofenaco	0	0,0	4	8,9	1	4,5

M01AE01 Ibuprofeno	0	0,0	1	2,2	0	0,0
M01AB05 Diclofenaco	2	5,3	0	0,0	0	0,0
M03BC51 Orfenadrina, combinações	1	2,6	0	0,0	0	0,0
N02BB02 Dipirona	2	5,3	4	8,9	2	9,1
N02BE01 Paracetamol	5	13,2	3	6,7	2	9,1
Não consta	1	2,6	3	6,7	0	0,0
P01AB01 Metronidazol	0	0,0	2	4,4	0	0,0
P02CA03 Albendazol	0	0,0	0	0,0	1	4,5
Polivitamínico	2	5,3	0	0,0	0	0,0
R01AX30 Combinações	1	2,6	1	2,2	1	4,5
R03AC02 Salbutamol	1	2,6	0	0,0	0	0,0
R03AC04 Fenoterol	1	2,6	0	0,0	1	4,5
R03BB01 Brometo de Ipratrópio	1	2,6	0	0,0	0	0,0
R05CB06 Ambroxol	7	18,4	6	13,3	2	9,1
Vitaminas + Minerais	0	0,0	0	0,0	1	4,5
Total	38	100,0	45	100,0	22	100,0

ANEXOS



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC
 TELEFONE (048) 234-1755 - FAX (048) 234-4069

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Parecer Consubstanciado

Projeto nº: 080/2002

Título do Projeto: MEDICAMENTOS EM CONTEXTOS LOCAIS INDÍGENAS: OS GUARANI-MBYÁ DO LITORAL DE SANTA CATARINA

Pesquisador Principal: Profa. Dra. Eliana Elisabeth Diehl., Professora Adjunta do Departamento de Ciências Farmacêuticas da UFSC

Instituição onde será realizado o estudo: Postos de Saúde localizados nas Terras indígenas e serviços locais e domicílios das Terras indígenas

Data de apresentação ao CEP SH: 23/05/02

Objetivos:

- Identificar os medicamentos prescritos e dispensados pelos profissionais de saúde que atuam entre o grupo indígena Guarani-Mbyás do litoral sul de Santa Catarina;
- Identificar os medicamentos encontrados nos domicílios dos índios;
- Identificar os conceitos nativos de saúde, doença e cura através da análise dos padrões de utilização de medicamentos e recursos terapêuticos nativos;
- Identificar as noções de eficácia que permeiam os padrões locais de consumo de medicamentos e de recursos terapêuticos nativos;
- Identificar os contextos locais e regionais de prestação de serviços de saúde a esse grupo.

Sumário do Projeto:

Trata-se de projeto, de relevância científica, inserido em linha de pesquisa que visa investigar os entendimentos e práticas relacionados ao consumo de medicamentos entre diferentes grupos indígenas no Brasil. O estudo será quali e quantitativo e terá eixo temporal contemporâneo. A população estudada será composta por sujeitos do grupo indígena Guarani-Mbyás do litoral sul de Santa Catarina de Biguaçu, Morro dos Cavalos, Massiambu e Cachoeira dos Inácios (cujo universo é estimado em aproximadamente 300 índios), auxiliares de enfermagem, agentes indígenas de saúde e profissionais de nível superior. Os instrumentos utilizados serão questionários e protocolos para coleta de dados. As técnicas de coleta serão preenchimento de protocolos derivados de dados dos sistemas de saúde, entrevistas e observação participante.

O orçamento está descrito com detalhes, bem como os questionários e protocolos.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARNA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC
TELEFONE (048) 234-1755 - FAX (048) 234-4069

Comentários frente à Resolução CNS 196/96 e complementares: O projeto está bem estruturado e acompanhado dos documentos pertinentes. A pesquisadora principal possui formação em Ciências Farmacêuticas e Saúde Pública e tem publicações nesta área de estudo.

Por tratar-se de população vulnerável, o projeto será encaminhado ao CONEP para obtenção do parecer final.

Parecer do CEPESH:

- aprovado.
- reprovado
- com pendência (detalhes pendência)*
- retirado
- aprovado e encaminhado ao CONEP

Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado por unanimidade, em reunião do Comitê na data de 10 de junho de 2002.

Florianópolis, 10 de junho de 2002

Vera Lúcia Bosco
Profa Vera Lúcia Bosco
Coordenadora



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

PARECER Nº 1366/2002

Registro CONEP = 4318 (Este nº deverá ser citado nas correspondências referentes a este projeto)

Protocolo CEP = 080/02

Processo nº 25000.073600/2002-98

Projeto de Pesquisa: " *Medicamentos em contextos locais indígenas : os Guarani-Mbyá do litoral de Santa Catarina* ".

Pesquisador Responsável: Dr^a. Eliana Elisabeth Diehl

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina / UFSC

Área Temática Especial : Pesquisa com populações indígenas

Ao se proceder à análise das respostas ao Parecer CONEP nº 1283/2002, relativo ao projeto em questão, considerou-se que:

- a) foram atendidas as solicitações do referido parecer;
- b) o projeto preenche, de modo geral, os requisitos fundamentais das Resoluções CNS 196/96 e 304/00 , sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos;
- c) o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição supracitada .

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação : Projeto aprovado

Brasília, 04 de setembro de 2002

WILLIAM SAAD HOSSNE
Coordenador da CONEP/CNS/MS

Eliana Diehl

De: CONEP - COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA
[conep@saude.gov.br]
Enviado em: segunda-feira, 30 de maio de 2005 16:33
Para: elianadi@uol.com.br
Assunto: ENC: informação sobre prazos - URGENTE
Prioridade: Alta

> Prezada Prof^a. Eliane Diehl,
> Tendo recebido a informação de que não houve alterações no projeto:
> "Medicamentos em contextos locais
> indígenas: os Guarani-Mbyá do litoral de Santa Catarina", exceto no
> cronograma, considera-se válido o parecer aprovatório n° 1366/2002
> datado de 04/09/2002 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.
> Aguardamos assim, relatórios parcial e final da referida pesquisa.
> Atenciosamente Secretaria da CONEP
>
>
>
> -----Mensagem original-----
> De: Eliana Diehl [mailto:elianadi@uol.com.br]
> Enviada em: terça-feira, 24 de maio de 2005 15:58
> Para: conep
> Assunto: informação sobre prazos - URGENTE
>
>
> Prezados Senhores,
>
> O projeto de pesquisa "Medicamentos em contextos locais
> indígenas: os Guarani-Mbyá do litoral de Santa Catarina" foi apreciado
> pelo CEP-UFSC e pela CONEP, tendo os registros 080/02 (CEP-UFSC) e
> 4318 (CONEP- data de 04 de setembro de 2002).
>
> Por motivos alheios a minha vontade, esse projeto não foi desenvolvido
> de acordo com o cronograma proposto (agosto de 2002 a julho de 2004).
> Porém, nesse momento há condições de desenvolver a pesquisa, com novo
> cronograma proposto até dezembro de 2006.
>
> Tendo em vista essa situação, gostaria de saber se os Pareceres n.
> 080/02 e n. 4318 (CONEP) têm validade para esse novo período.
> Salienta-se que não houve alterações no projeto já apreciado pelas
> instâncias de ética em pesquisa com seres humanos.
>
> Aguardando uma resposta,
>
> Cordialmente
>
> Profa. Eliana E. Diehl
> Universidade Federal de Santa Catarina
>
>
> _____
> UOL Fone: Fale com o Brasil e o Mundo com até 90% de economia.
> <http://www.uol.com.br/fone>