

POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE INDÍGENA ENTRE OS KAINGANG DE PALMAS/PR¹

José Ronaldo Fassheber²

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

PALAVRAS-CHAVE: Antropologia da saúde, Sistemas de saúde, Ações governamentais, Municipalização da saúde, Saber local.

¹ Trabalho apresentado ao GT Política Indigenista, Movimentos Étnicos e Estados Nacionais da XXI Reunião da Associação Brasileira de Antropologia, Vitória/ES, 5-9 de abril de 1998.

² Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC. Mestre em Antropologia Social. Programa de Pós-graduação em Antropologia Social. Campus Trindade. Cep: 88040-900, Florianópolis-SC.

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

KEY-WORDS: Medical Anthropology, Health Care Systems, Governmental actions, Health's municipalization, Local knowledge.

POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE INDÍGENA ENTRE OS KAINGANG DE PALMAS/PR

“Puis é, como eu posso descansar com os pensamento voltado?”
Foi o que me disse João Maria “Velho” ou velho Ingrègniã, Curador Kaingang de 81 anos, ao ver sua mulher, Dona Luiza Mendes, 84 anos, pela primeira vez em sua vida, ser levada para o hospital pelos agentes de saúde do Posto da Área Indígena de Palmas, no sudoeste do Paraná.

Em meados de Junho de 1997, toda a região da cidade de Palmas/PR conviveu subitamente, por cerca de duas semanas, com temperaturas baixíssimas. As fortes geadas, mesmo sendo esperadas todos os anos, vieram de forma mais intensa do que tradicionalmente,



congelando os campos dias à fio. O ar tornara-se denso a ponto de uma nevasca ser cogitada. Nesta época, houve um grande surto de gripe que abrangeu boa parte da população indígena Kaingang da Área de Palmas, bem como da população da cidade.

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

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

Passado alguns dias, Dona Luzia continuava vomitando, tendo febre e tosse contínuas. Seu “velho” estava tentando fazer o que sabia de seu conhecimento de “Curandor”. Sua filha Virgínia, que aprendeu a curar com o pai, veio para ajudá-lo com a casa e com os remédios. O tempo, contra o qual lutaram durante aquela semana, vencia-os e a doença não cedia. Ao contrário, agravava-se mais. Decidiram, então, buscar remédios Kuprí (branco) da enfermaria para parar o “vomitório”

e melhorar o “fôlego” de Dona Luiza Mendes que quase não se alimentara desde o início da doença. Foi, pois, medicada por tais remédios, mas nem mesmo assim conseguiram controlar seu vomitório naqueles dias seguidos. Ela continuava visivelmente abatida.

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

Fiquei com Seu João Maria que estava nervoso e desolado. As lágrimas vertiam-lhe naquele momento, mas sua voz resistia. Ele, que me contara jamais ter precisado de médicos Fõg Kuprí³ e remédios Kuprí para si, pois sempre se tratou com as “dietas”⁴ e com os remédios tradicionais aprendidos das revelações de São João Maria, buscava forças para permanecer Tár e atento. Disse-me que mal dormira todo aquele final de semana, tentando controlar o “vomitório” de sua mulher. Dera-lhe os chás que eu o vira colher e macerar. Depois, quando pensou que o quadro de sua velha não se alterara como ele queria, optou pelos remédios Kuprí que havia mandado buscar na enfermaria da Área. Parecia decepcionado com as tentativas que frustraram. Sem ter muito o que dizer, aconselhei-o a descansar, o que não foi possível depois de todo seu esforço.

Na mesma noite visitei Dona Luiza no hospital em Palmas. Quis vê-la, receoso com a gravidade que havia percebido de seu quadro.

³ Relativo à Biomedicina ou Medicina científica, ocidental, como a categorizamos neste trabalho.

⁴ Dietas significa a utilização dos remédios-do-mato preparados em sua forma forte, concentrada.

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

"agora tá fazendo quinze anos que o mais velho que esses morreu, que os filhos dele tão em Xanxerê. Depois eu achei que num fiquei mais boa do fôlego. Pois ele veio doze dias sem comer nada. Eu queria morrer na hora atrás do meu filho. Ele morreu de machucadura, rebentou por dentro dele. Porque ele era boiadeiro e quando houve essa serraria velha que tá ali. Um dia com a chuva assim, que a tora quase pegou ele. Daí foi meio por cima, a ponta é que bateu no peito dele. E ele não tomou bem o remédio [-do-mato], e tem remédio também pra isso, pra machucadura velha. Ele não queria tomar: 'muita dor mãe'. Daí que ele foi pra casa e, quando ele viu que estava bem ruim, ele falou pra mulher: 'eu vou lá pra mãe e já volto'. Daí eu tinha um carpido lá pra cima, daí eu fui lá trabalhar. Na hora que ela [a nora] chegou lá ela disse: 'sabe que já levaram ele pra Curitiba. Ele vinha vindo te ver, mas daí ele caiu e gritou, a menina veio vê e ele me chamou: 'mãe, vem aqui com meu pai', no meio da "sangüera", furo por dentro e saiu pela

boca'. Aí quando ele foi pra Curitiba, daí que ele se matou. Daí eu digo: pra machucadura velha num presta isso [a medicina dos brancos], que Deus o livre. Se ele tomasse bem remédio que nós temos, ele estava aí. Ói esse aí (apontando para Durval, seu outro filho), esse aí teve machucadura também no peito, mas ele usa esse remédio que o curador. Mas aquele quebrou as dieta do velho. Desde então estou atacada", disse-me com a voz embargada. (Dona Luiza Mendes)

Na manhã seguinte, caminhando novamente para a Área, deparei-me com Seu João Maria andando em seu passo menos lento e "difícil" que o normal, apoiado em sua bengala de taquara em meio à lama da estrada naqueles dias. Estava indo, com certa ansiedade nas passadas, visitar sua velha, internada a mais de 07 Km de caminhada de sua casa. Esquecera de sua própria doença daqueles dias (a mesma que atingia sua mulher) e da doença que o fazia caminhar menos durante muitos anos. Ele era um Kaingang Kofá (velho) e sabia tirar força/Tár para aquele momento. Caminhou sem fazer as habituais paradas de descanso e conseguiu estar com sua "velha" no hospital.

O Kaingang Twāk caiu doente (Kangá) e também foi para o hospital onde o encontrei. Ele parecia bem mais fraco e mais magro do que o costume. Sua respiração estava mais ruidosa que a de Dona Luiza. Naqueles dias em que muitos adoeceram, Twāk contou-me que três dias antes saíra para catar uns gravetos. Tossia incessantemente. Não andou mais que vinte metros dentro do mato e, de repente, caiu no chão. Sentiu que estava sem fôlego e que o "sangrador"⁵ pulsava bem forte. Disse que escarrou até sangue. Resfolegando e sem conseguir se levantar, gritou afonicamente várias vezes até ser acudido pela filha pequena que correu ao seu socorro. Foi carregado para casa e ficou de cama.

⁵ Como eles denominam o coração.

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

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

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

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

Algumas histórias, como esta que recolhi durante meu trabalho de campo, poderiam ter sido contadas em qualquer tempo e em muitos lugares. No entanto, estou relatando uma situação específica dos

Kaingang de Palmas. Também não é novidade os Kaingang adoeecerem. Como qualquer grupo, possuíam e ainda possuem uma medicina própria e uma noção de força que davam conta de sua permanência, desde a muito tempo, na fria região de Palmas, a qual eles chamavam de Creie-bang-rê (campo do pilão grande). Contudo, principalmente de um século para cá, conheceram as doenças dos Fög Kuprí (os brancos) com as quais nunca haviam lidado.

Na literatura, além de relatos de missionários como Lima (1842), encontra-se também em Fernandes (1941); Borba (1908); Baldus (1937); Barbosa (1954), os relatos de algumas epidemias que atingiram bastante os Kaingang depois dos tempos de contato. Somadas à outras formas de extermínio, estas epidemias de novas doenças trazidas pelo contato fizeram aumentar as taxas de depopulação entre os Kaingang.

Os Kaingang, considerado o terceiro maior grupo indígena no Brasil e estimados em mais de 20.000 indivíduos atualmente, pertencem ao tronco lingüístico Jê, organizam-se em metades exogâmicas (Kamé e Kairú)⁶. Os registros arqueológicos feitos na região sul datam uma ocupação há 8.000 anos atrás. Estes registros reconhecem os antecessores das sociedades Jê meridionais atuais. No caso da ocupação da região de Palmas, os registros apontam para além de 3.000 anos. Dali até os contatos fora o tempo dos “antigo”, dos Pãinbâng, da vida seminômade de caçadores e coletores, das casas subterrâneas de fogo-nochão, dos acampamentos de caça entre as densas florestas de araucárias.

A história do contato remonta às primeiras décadas do século XIX. Nesta época, os Kaingang da região de Palmas, semi-nômades e

⁶ Uma descrição mais detalhada e atualizada encontra-se na dissertação de mestrado de Juracilda Veiga, Unicamp, 1994. Para a compreensão da mitologia Kaingang, ver Schaden (1989) e Nimuendajú (1993).

ainda arredios, foram gradativamente contatados e chacinados por expedições de bugreiros, colonos e outros índios já “pacificados”. O que predomina nas antigas descrições é a violência com a qual os nativos reagiam à presença das expedições não menos violentas. Foram muitas as chacinas, as tocaias e os cercos que trocavam com a sociedade nacional no século passado, que impuseram aos últimos uma das maiores histórias de resistência ao contato no Brasil. A história destas guerras e dos principais líderes Kaingang estão descritas no trabalho de Mota (1994).

Contatos esparsos com a colonização remontam a penetração dos jesuítas e dos bandeirantes (e os segundos perseguindo os primeiros) pelo sul do Brasil em meados do século XVII. No século seguinte, os campos ao sul dos campos de Guarapuava começam a despertar interesse político e econômico da coroa. Mas adentrando em território Kaingang, montando fazendas ou abrindo estradas de ferro e de tropa, os portugueses enfrentaram um grupo nada pacífico que resistia ao contato o quanto podia em intermináveis guerras, tocaias e massacres, com inúmeras perdas de ambos os lados. Estas repetidas guerras levaram o monarca D. João VI a “suspender os efeitos de humanidade” dos Kaingang e considerar “princiada a guerra contra esses bárbaros índios” em Carta Régia de 05 de novembro de 1808. (apud Fernandes 1998). Com o tempo, perceberam os Kaingang que estavam cercados e acuados pela ocupação pastoril dos Fõg (os não Kaingang) e, paulatinamente, se abriram ao contato. Não que os confrontos cessassem, ao contrário, algumas tentativas de paz acabariam novamente em traição e morte.

Com a chegada das colônias européias, em especial as alemãs, os índios foram mais uma vez combatidos e desalojados em nome do “progresso”. Esta também foi a preocupação constatada por Von Ihering em 1908, então diretor do Museu Paulista, sobre um extermínio

deliberado dos Kaingang: “...como os Kaingang são um empecilho para a colonização das regiões do sertão que habitam, parece que não há outro meio, de que se possa lançar mão, senão o seu extermínio” (apud Lima 1989). No mesmo ano, quando da realização do Congresso Internacional dos Americanistas em Viena, Alberto Fric demonstrou como a colonização estava se processando sobre a matança dos índios do sul do Brasil. Entre outras questões que emergiam na época, as posições entre Fric e Von Ihering acenderam os debates em jornais, academias de ciências e dos centros urbanos que antecedeu a criação do SPI em 1910.

Mas foi em meados do século passado que foram colonizados os campos de Palmas, de onde nasceu uma cidade com o mesmo nome. Lá fora instalado um dos primeiros batalhões do exército brasileiro para garantir, principalmente, a delimitação de fronteiras entre o que é hoje o estado de Missiones na Argentina e os estados do Paraná e Santa Catarina no Brasil, mas também para defender os novos colonos dos possíveis ataques de índios arredios. Consta do registro de fundação da cidade que uma parte da área seria destinada aos Kaingang, mas sem especificar o tamanho.

Com os seguidos processos de colonização do planalto serrano, os índios foram sendo confinados em pequenas áreas denominados “toldos”. Isso não fez cessar os conflitos entre a sociedade nacional e os Kaingang. Ao contrário, muitos índios acabaram expulsos de seus toldos, tomados por fazendeiros organizados com esse fim. Outras áreas, como foi o caso da área de Palmas, foram sendo reduzidas (aparadas) pela ação de latifundiários da região. Mostraram-me as matas perdidas para os Fõg Kuprí ao longo das fronteiras e ao longo dos anos.

A vocação dos fazendeiros da região não era, entretanto, meramente agro-pastoril, mas fundamentalmente extrativista. E foi desta maneira, e principalmente neste século até quase o final dos anos 80,

que as imensas reservas de araucária e embuia desapareceram com a convivência e a exploração dos órgãos tutelares que construíram e mantiveram as serrarias dentro das áreas desde os anos 60. Grandes companhias madeireiras haviam se instalado por toda a região a fim de abastecer o mercado interno e o exigente mercado europeu. Como a devastação era feita em larga escala, sem os devidos reflorestamentos, as áreas indígenas eram tidas como as mais preservadas até meados dos anos 70. Mas as promessas de dinheiro fácil e rápido seduziram os índios e não foram poucos os que se dispuseram a cortar suas reservas de mata até quase o seu fim, como aconteceu com a área de Palmas.

Chamo a atenção para as condições de transformação do modo de vida entre os Kaingang, do confinamento às reduções de sua área e de suas reservas naturais. Tais transformações alteraram o quadro de saúde da população indígena. E também quero chamar a atenção para a proximidade entre o antigo Fãgrân (nome do primeiro aldeamento da área) e a cidade de Palmas (07km, como demonstrei na história inicial). Isto difere esta área de outras Kaingang da região e torna as relações com a sociedade nacional mais quotidianas que outras⁷. E como estas relações podem ser refletidas nas questões de saúde dos Kaingang de Palmas? Mas deixe-me, primeiramente apresentar um pequeno quadro descritivo da área.

A atual Área Indígena de Palmas localiza-se a sete quilômetros do município de Palmas/PR. Possui uma área de 2944,5 hectares, sendo que 70% encontram-se em território catarinense no município de Abelardo Luz/SC. Embora o tempo de contato seja extenso, a área é apenas reconhecida, mas não demarcada. Existe uma área de mata

⁷ Tomarei como parâmetro as Áreas de Xapacó em SC e Mangueirinha que foram pesquisadas por colegas de PPGAS (Oliveira 1996; Haverhort 1997 e Kurtz de Almeida 1998), professores (Santos 1973; Helm 1974, 1977; Nacke 1983 e Crepeau 1994) e outros mais recentes como o já citado de Veiga (idem).

desapropriada pelo INCRA e passada para a FUNAI que os Kaingang ainda reivindicam. O processo dos chamados “oitenta alqueires” está emperrado pela burocracia entre os dois órgãos. A área está sob controle da Administração Regional da FUNAI da cidade de Chapecó/SC. A altitude varia em torno de 1160 metros, com clima frio e úmido. Ocorrem cerca de 05 geadas anuais em média e, por vezes, neve. A AI possui duas aldeias (uma em cada município, a Sede e a Vila Nova), 126 famílias com uma população de cerca de 620 pessoas⁸ atendidas por duas escolas (uma na aldeia sede, feita de material e na Vila Nova, um casebre de madeira). Existe um grande déficit habitacional na área, o que faz com que muitas famílias morem agregadas. Algumas casas são de alvenaria construídas há mais de duas décadas. Mas não estão mais em boas condições e nem são a maioria que são as de madeira construídas com o desmanche de outras, sendo as madeiras reaproveitadas.

A economia Kaingang depende basicamente da agropecuária com roças predominantes de arroz, feijão, milho, abóbora, aves, suínos e bovinos. Existem tanto as roças familiares, principalmente para os que têm casa afastada da Sede e, portanto mais área disponível, quanto as roças comunitárias, dispondo de um velho trator com arado além de um galpão na sede. Alguns ainda colhem mel no mato, outros mantêm pequenas caixas de cultivo. Outros alimentos são comprados em mercados localizados na periferia da cidade. Quando uma família possui velhos aposentados, a aposentadoria destes adquire um valor fundamental no sustento da mesma. Muitos vendem seus artesanatos de

⁸ A maioria da população está na sede. Segundo Metraux (1946), em 1933 foram contados 106 pessoas. Segundo Santos (1970), eram 160 no início dos anos 60. Dados da FUNAI de 1978 apontam uma população de cerca de 300 pessoas. Há que se destacar também a intensa mobilidade das famílias de uma área para outra. As maiores conexões dos Kaingang de Palmas estão com as áreas de Mangueirinha/PR e Xaçupé/SC.

taquara nas cidades da região. Por vezes, entre março e julho, colhem e vendem pinhão.

Existe um posto de saúde construído com boa estrutura à partir de 1995 com o esforço da Diocese local. Aliás, os Kaingang conheceram as primeiras ações de saúde dentro da área através dos padres e freiras bem depois do surgimento de doenças então desconhecidas e bem antes da instalação do Posto do SPI nos anos 40. Estas primeiras ações ocorreram no início deste século, quando a Igreja Católica começava a batizá-los, como consta nos arquivos da diocese local. Entre a catequese⁹ e a proteção, os antigos missionários levavam remédios aos índios, principalmente nos invernos rigorosos, e aprendiam outros com eles. A partir de 1953, dada a proximidade, os médicos e os hospitais da cidade de Palmas começam a atendê-los nos casos mais graves e nos acidentes que ocorriam com os Kaingang que trabalhavam empregados fora da área ou com os que já moravam na cidade.

As ações de saúde do SPI e, posteriormente, da FUNAI para a região limitavam-se às esparsas operações de controle epidemiológico das chamadas EVS (equipes volantes de saúde), à criação da Casa do Índio (espécie de hospital exclusivo dos índios do Sul, em Curitiba) e aos convênios com o extinto FUNRURAL. Tais medidas foram, muitas vezes, incapazes e mesmo insuficientes de aferir e tratar nas inúmeras vezes em que os Kaingang sofriam com as infecções intestinais, bronco-pulmonares, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, outras doenças infecto-contagiosas, inúmeros problemas dentários causados pela mudança de alimentação, bem como com a desnutrição, todas causadoras de inúmeras mortes entre os Kaingang, ao longo,

⁹ Com forte expressão de São João Maria, monge cuja imagem foi central na Guerra do Contestado, ocorrida entre 1912 e 1916 no planalto catarinense, e que exerce ainda hoje forte influência em toda a região.

principalmente, deste século. O consumo de álcool também é expressivo. Muitos Kaingang, principalmente os mais velhos, atribuem o consumo de álcool à continuada perda das tradições, à insuficiência de terras e de recursos alimentares.

Hoje, as ações da FUNAI, caracterizadas por uma medicina mais paliativa que assistencial, basicamente se resumem ao transporte de doentes para os hospitais e postos de saúde das cidades de Palmas e Pato Branco (cidade a 80 Km de Palmas, nascida desta e atualmente mais próspera e com mais recursos de saúde, onde são feitos os exames periciais para a aposentadoria dos Kaingang) e ao pagamento das contas dos medicamentos obtidos na farmácia conveniada. Tem também distribuído de forma bastante irregular e insuficiente, cestas básicas para cada família da área, causando alguns transtornos e acusações, já que muitas famílias moram agregadamente nas poucas casas da área. A Diocese local realiza uma vez por ano, no mês de Janeiro, uma semana assistencial de saúde. Já as ações da FNS em Palmas, iniciadas em 1994, baseiam-se na prevenção das doenças, mas essas ações são ainda curtas, descontínuas e surdas aos saberes e anseios Kaingang.

Mas surge, descontinuidade e ações relâmpago não são novidades no trato com quaisquer ações indigenistas no Brasil. A história reconta-nos situações bem mais graves para a vida de todos os grupos. Foram várias as formas de exterminar comunidades que estavam no caminho do “progresso” e dos latifúndios. E quando não eram perversas, as ações públicas em relação aos indígenas pareciam (e ainda se parecem) mais com caridade e com favor do que com dever do Estado. Esta não é a situação que os povos indígenas desejam, conforme deixam claro no documento sobre saúde da União das Nações Indígenas (UNI) elaborado em 1988.

É fato que apenas bem recentemente, as questões de saúde indígena têm sido pensadas no Brasil. Durante a década de 80 iniciou-se o

processo denominado de “Movimento de Reforma Sanitária” que viria escorar a implementação de um sistema unificado, universalizante e descentralizado que culminou na aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS) após a constituição de 1988. Verani (1998) aponta que o SUS em sua concepção ainda “não estabelecia a forma como a saúde de populações indígenas seria integrada ao Sistema” (Verani 1998: 03).

Segundo nos relata Mendonça (1997), em novembro de 1996, seguindo as deliberações da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizou-se a I Conferência Nacional de Proteção da Saúde do Índio que estabeleceu diretrizes para se pensar uma política de saúde diferenciada que dava, entre outras coisas, garantias de participação das diversas populações indígenas envolvidas, porém vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) que estaria sendo implantado após a constituição de 1988. Em 1991, sob decreto presidencial, a coordenação das ações de saúde indígena passa para a responsabilidade do Ministério da Saúde e da Fundação Nacional de Saúde e, pela primeira vez, pensa-se na criação dos DSEI (distritos sanitários especiais indígenas). Também neste ano, foi criada a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), vinculada à FNS que deveria implementar um modelo de atenção a esta questão. No ano seguinte, quando realizada a IX Conferência Nacional de Saúde, foi deliberada a instalação da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI). Em 1993, o I Fórum Nacional de Saúde Indígena tentou avançar a articulação entre FUNAI e FNS. Ainda segundo Mendonça (idem), havia um clima de conflito entre as duas entidades na disputa pelo gerenciamento da saúde indígena:

De um lado, a FUNAI, com orçamento insuficiente e resistindo à perda da gestão da saúde do índio, vinha desativando todo seu esquema assistencial, que embora precário, garantia condições mínimas de assistência em algumas áreas indígenas. Por outro lado, a FNS, sem qualquer experiência indigenista, sem vocação assistencial e sob o peso

de uma estrutura burocrática, encontrava dificuldades de garantir um mínimo de assistência nas áreas indígenas. Como resultante, o quadro sanitário nas áreas indígenas se agravou, com o aumento da mortalidade em praticamente todas as regiões (Mendonça. *idem*).

Em 1994, é apresentado ao Congresso Nacional o Projeto de Lei 4.681 (Lei Arouca) que objetiva a regulamentação da criação dos DSEI, seguindo as deliberações que estavam sendo feitas até então pelas conferências e comissões. Mas ainda neste ano, é revogado o decreto presidencial de 1991, devolvendo à FUNAI, que lutava contra a própria morte, parte das responsabilidades da gestão de saúde indígena no país, desarticulando a CISI. Em 1995, quando a situação da saúde estava mais caótica entre as populações indígenas, a FUNAI resolve terceirizar o setor, firmando convênio com a ONG Documentação Indigenista Ambiental (DIA). Esta absorveu em seus quadros todos os Agentes de Saúde lotados nas áreas indígenas do país. Durante o tempo de convênio, a DIA procurou estabelecer um trabalho documental expressivo em termos da unificação dos dados e das metodologias de ação. Mas a relação entre FUNAI e DIA nunca foram, de todo, amistosas, levando-os ao rompimento 18 meses após a firmação do convênio, sob a alegação principal de que o trabalho estava ficando caro demais. Desta maneira, a partir de junho de 1997, todos os AIS (Agentes Indígenas de Saúde) tiveram seus contratos encerrados, permanecendo até hoje nesta situação, como pude constatar dos próprios agentes em março último. Com isso, todo investimento que vinha sendo feito com os AIS foi se perdendo, já que muitos abandonaram suas funções ou permanecem trabalhando, mesmo sem contrato, esperando angustiadamente a definição de suas situações. Não foi a primeira vez que isto ocorreu. Segundo os Agente de Saúde de Palmas, várias foram as vezes em que os salários eram cortados ou atrasados, e em que eles tiveram de trabalhar de graça apenas para não deixar o Posto de Saúde da área

completamente abandonado. Não podemos pensar que esta situação atual seja benéfica ao grave quadro de saúde das populações indígenas.

Nem podemos pensar que a determinação da FUNAI de apressar simplesmente a municipalização dos serviços de saúde (via a equidade prevista constitucionalmente ao Sistema Único de Saúde) sem necessariamente exigir um tratamento diferenciado garantido aos índios pela constituição, pelas deliberações tiradas nas diversas conferências de saúde indígena e pela Lei Arouca (mesmo em tramitação), também possa trazer benefícios às comunidades indígenas sem adotar alguns critérios que garantam a viabilização destas ações. Primeiro porque muitas prefeituras do interior do Brasil estão falindo ou estão falidas. Segundo porque, a despeito de qualquer falência, não há como garantir que prefeitos *arredios e selvagens* no trato com suas populações indígenas irão, de fato e com a seriedade devida, se comprometer com a questão. Terceiro porque muitos destes administradores municipais poderão apenas capitalizar dividendos políticos, via apadrinhamento e nepotismo, trocando os AIS segundo o humor político. Em outras palavras, como seria negociado um compromisso das ações por parte dos municípios? Como e por quem essas ações seriam fiscalizadas? Como a participação das comunidades envolvidas aconteceria no planejamento das ações? E que garantias teriam as populações indígenas da correta aplicação dos recursos destinados à saúde indígena?

E, quarto, porque não fica estabelecido que os atendimentos municipais vão estar preparados ou serão preparadas adequadamente para configurar um sistema de serviços diferenciado que observe as especificidades do grupo. Há uma clara tendência da medicina oficial (biomedicina) em recusar qualquer conhecimento etnomédico específico de um grupo indígena. Sobre este último aspecto, deveria ser considerado o treinamento em Antropologia e especificamente em Antropologia da Saúde.

Outro problema fundamental de implementação da municipalização dos serviços de saúde reside na questão da invisibilidade das populações localizadas fora dos perímetros urbanos municipais. Apesar da proximidade com a cidade, a Área de Palmas é considerada como uma comunidade rural pela população regional. Varga (1998) considera que, embora a idealização do SUS tenha avançado em relação aos sistemas anteriores, “o SUS pouco ou nada avançou no que se refere ao mundo rural” (Varga 1998:4). Isto porque seu modelo foi pensado para meios urbanos que contassem com um mínimo de infra-estrutura em saúde tais como hospitais, prontos-socorros, etc. Esse autor apontou que o modelo de assistência do SUS é eminentemente urbano, e, desta maneira, as populações rurais permanecem invisíveis ao sistema, como, aliás, sempre pareceram estar. Ao mesmo tempo, Varga (*idem*) afirma que os povos indígenas conseguem maior visibilidade que as comunidades rurais e que as outras fatias de brasileiros marginalizados. Será que os Kaingang de Palmas se encaixam nesta situação?

Para o senso comum, índios no Brasil são aqueles localizados na Amazônia legal. É comum ouvir das populações brancas e de alguns responsáveis pela administração do órgão indigenista oficial, a FUNAI, que não existem mais populações indígenas no sul do Brasil¹⁰, antes sim caboclos e mestiços. Talvez isso se deva ao fato dos Kaingang de Palmas serem considerados um grupo de alto contato e também por terem adotado uma postura de produção econômica bem semelhante às populações camponesas da região ao longo principalmente do último século. Contudo, essas aproximações entre populações rurais e o grupo Kaingang não implicam necessariamente numa semelhança entre visões de mundo e aspectos culturais. Talvez a

¹⁰ Como foi afirmado pelo Sertanista Sidney Possuelo, quando dirigia a FUNAI no início dos anos 90, fato que ainda é lembrado pelos Kaingang de Palmas.

única e grande característica em comum entre esses dois grupos distintos esteja em sua invisibilidade frente as políticas públicas em saúde.

OL Somando-se ao problema da completa falta de critérios da FUNAI para a municipalização dos serviços de saúde para os povos indígenas em geral, e especificamente para os Kaingang de Palmas, bem como o problema de visibilidade desta comunidade, está a “falência” do SUS na cidade de Palmas, fato que ocorre também em muitas localidades brasileiras. Em 1998, a maioria dos hospitais e clínicas de Palmas reduziu drasticamente o atendimento pelo SUS devido principalmente ao não repasse de recursos para os atendimentos que vinham sendo feitos até então. Obviamente, os Kaingang passaram a sofrer com esta ineficiência dos serviços do SUS e encontram cada vez mais dificuldades para a realização de consultas e exames.

ON O que acontece no município de Palmas reflete uma situação que pode ser encontrada na maioria dos municípios brasileiros. A falta do repasse federal para as estruturas médico-hospitalares municipais conveniadas com o SUS, bem como a própria incapacidade de novos investimentos financeiros no âmbito da saúde pública municipal, levaram estes municípios a recusarem a gestão do sistema local de saúde. Como afirma Junqueira (1997), “isto tem ocorrido porque poderia significar um ônus ainda maior para as finanças municipais já comprometidas com os serviços públicos de saúde” (Junqueira 1997:198). Desta forma, a construção de um novo modelo assistencial encontra sérias resistências de implementação, comprometendo ainda mais o acesso aos serviços de modo igualitário. Não obstante a “falência” precoce do modelo de descentralização e municipalização do SUS, o “atual” governo brasileiro parece “orgulhar-se” de ter conseguido economizar cerca de 15% dos “gastos” em Saúde, via ajuste fiscal de 1997 (dados oficiais amplamente divulgados pela imprensa). Já os partidos de oposição ao governo federal elevam este percentual de corte para

cerca de 25% do orçamento original. Um ou outro percentual significam perdas irre recuperáveis em termos de saúde pública e em termos humanos. Desta maneira, como constata Bodstein, “a representação moderna da cidadania e do direito à saúde, crucial para a implementação de políticas públicas redistributivas, parece ainda longe do universo da população usuária da rede pública” (Bodstein 1997:225).

Como consequência destas “economias”, todas as Áreas do sul do Brasil, incluindo aí a de Palmas, têm enfrentado sérias restrições na atuação dos serviços oficiais de saúde. E quando acontecem, essas ações são mais de caráter emergencial ou são medidas paliativas e descontínuas. Isso se deve também à falta de vontade política dos órgãos federais, estaduais e municipais, bem como a entraves burocráticos diversos, comuns aos serviços públicos por todo o Brasil.

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

“Implementar a proposta dos próprios índios para a organização de um sistema de atenção à saúde é, além de um direito assegurado, a única proposta compatível com um resultado positivo neste campo” (Pellegrini 1998: 08).

Além disso, um DSEI Kaingang ou um DSEI regionalizado poderia sempre lançar mão do conhecimento específico que os Kaingang detém sobre o conceito de saúde, terapêuticas e cura, sem dispensar os

serviços de saúde biomédicos. Estes saberes, de acordo com Langdon (1991) mereceriam, assim, mais respeito:

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

Mas voltemos à história inicial para compreendermos como os atores Kaingang negociam com os significados da doença e como eles avaliam os serviços de saúde. Esta compreensão visa a pensar alguns subsídios para o desenvolvimento dos planos de ação em saúde indígena.

Em meados de junho, com o frio intenso, houve um forte surto de gripe e das chamadas IRA (infecção respiratória aguda). Segundo documentos levantados com a FUNAI e com os relatos dos Kaingang, os surtos ocorrem, repetidamente, nos meses de janeiro (com o aumento dos casos de diarreia e desidratação que atingem principalmente as crianças) e no mês de junho com a chegada do frio mais intenso (com o aumento dos casos de IRA e outras doenças pulmonares). O fato é que a atuação da FUNAI, apesar de sua *longa experiência* ainda não se *agendou* com as épocas de grandes surtos de doenças na área de Palmas (janeiro e junho). O problema é que não fica claro se a responsabilidade das ações, que poderiam prever estes surtos, ficaria a cargo das ações assistenciais da FUNAI, já que a saúde preventiva está nas mãos da FNS. Mas as ações da FNS abrangem mais os problemas de saneamento e higiene e a pesquisa epidemiológica (da tuberculose, para ser mais específico) do que a ocorrência de surtos de outra natureza.

A FNS passou pela área de Palmas no início do mês de Julho e permaneceu uma semana visitando casa a casa, fazendo exames (principalmente investigavam a ocorrência de tuberculose, não encontrada afinal) em toda a população. Um médico, um bioquímico, algumas enfermeiras, assistentes sociais e agentes de saúde perfilaram seu quadro de atendimento. Ao final, as pessoas envolvidas com a estada da FNS mostravam-se muito cansadas e com a sensação de que havia passado um rolo compressor naquela semana. O problema não é dos métodos usados pela FNS, mas da carência de verbas e de pessoal e da má gestão das políticas públicas para o setor, limitando política e economicamente as ações do órgão.

Também foi em meados de junho que a FUNAI rompeu seu contrato com a DIA, rescindindo o contrato de quase todos os Agentes de Saúde, inclusive os dois lotados em Palmas. Ambos ainda se encontram com sua situação indefinida. D. Morena disse-me estes dias que só continua trabalhando para não se sentir desocupada (na verdade ela está pagando para trabalhar, já que se desloca diariamente em seu carro para a área e várias vezes transporta doentes por sua conta). O Sadi, que é um Agente de Saúde indígena em cuja formação se investiu bastante, cansou-se da situação e abandonou sua função. Hoje pesca, caça e mantém algumas caixas de abelha. A FUNAI está tentando viabilizar, com a prefeitura de Palmas, a contratação destes agentes, mas nada ficou acertado devido aos escassos recursos municipais.

Apesar da atual administração manter boas relações com os Kaingang do município, a Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Palmas não está preparada para assumir as ações de saúde de forma diferenciada. Não existe, por exemplo, um capítulo na lei orgânica municipal que se refira às populações indígenas e, por consequência, não existem recursos diferenciados previstos. Nem poderíamos contar com o entendimento, de fato, do que sejam as ações de saúde

diferenciadas por parte de médicos, enfermeiros, assistentes sociais e outros atendentes de saúde do município. Tampouco estariam os Kaingang convocados a opinar sobre o planejamento e a gestão das políticas públicas de saúde do município. Até porque existe bastante preconceito da sociedade local em relação aos índios e aos saberes indígenas. Como ocorrente nas diversas relações inter-étnicas do Brasil, os Kaingang são considerados preguiçosos, sujos, desdentados, destruidores de suas matas e esbanjadores do dinheiro obtido com a madeira e são possuidores de muita terra para pouca gente. Muitos nem consideram que os índios locais sejam, de fato, índios. Mas esta descon sideração parece servir muito mais para justificar o desinteresse pelas questões indígenas do que para estabelecer os efeitos da miscigenação ao longo do tempo de contato.

Voltemos aos atores: D. Luiza e Twāk¹¹, que estavam doentes do “fôlego”, contaram-me que nunca haviam sido internados em hospitais, embora já tivessem contatos anteriores com médicos da cidade. Eles sempre procuraram se tratar, primeiramente, com os recursos que sua terra lhes oferecia, os chamados remédios-do-mato. Seus familiares buscaram remédios Kuprí do Posto de Saúde depois de dias em que eles permaneceram doentes e durante as quais as dietas Kaingang não estavam surtindo os efeitos desejados. Antes, eles podiam ir aos Kuiã (Ou Kujã: Xamã que possui um Jangrê (Iangrê) animal que pode ser o “tigre”, aves ou até cobras com quem o Kuiã dialoga com a finalidade

¹¹ Twāk é rezador Kairú do Kiki, ritual de culto aos mortos. Este ritual de complementaridade entre as metades Kamé e Kairú, religa os Kaingang à seus ancestrais, antigos e novos. Ocorre entre os meses de abril, maio e junho e atualmente é realizado apenas no PI Xapecó. Mas o Kiki não é apenas um culto aos mortos. É também a separação dos dois mundos e objetiva que os mortos permaneçam em seu lugar e os vivos nos seus. Assim, o Kiki almeja a saúde, a tranquilidade e o fim das maledicências entre os índios. Baldus (idem) descreveu sua realização em Palmas no ano de 1933. O Kiki deixou de ser realizado em Palmas nos anos 40. A morte de Twāk poderia representar o fim do Kiki, já que apenas ele conhece sua reza. Ouvi muitas vezes dos rezadores e de outros Kaingang ligados ao Kiki o seguinte: “se acabar o Kiki o índio morre”.

de descobrir o remédio adequado para cada doença), pois havia muitos e eram parentes próximos, como Kōikāng, avô de D. Luiza e importante líder e Xamã Kaingang que foi informante de Baldus nos anos 30. Twāk é casado com Bastiana que é filha adotiva de D. Luiza e do João Maria.

E João Maria, que é “Curador” reconhecido e respeitado entre sua gente, aprendeu a curar, quando jovem, uma vez que adormecera junto a um olho-d’água depois de um baile. Foi acordado por São João Maria e este passou o dia ensinando-lhe a curar usando rezas e remédios-do-mato. Estava triste por não conseguir controlar a doença de sua velha. Passara o fim de semana sem dormir tentando fazer o que sabia e orando. Como muitos outros velhos relatam, jamais usou remédio Kuprí. Como hoje ele pode caminhar menos, devido a um reumatismo que o persegue há anos, sai pouco para benzer ou curar como fazia antes. Mas ensinou a cura para suas filhas Virgínia e Bastiana desde a infância, quando as levava para colher as plantas no mato. Estas duas têm procurado repetir os ensinamentos de seu pai para os filhos. Como elas, muitos Kaingang se mostraram conhecedores dos remédios-do-mato. Existem herveiros(as) e benzedores(as) reconhecidos, mas muitos outros índios, velhos e novos, me apontavam as plantas e as terapêuticas relacionadas. Não falta entre eles quem atribua às campanhas de vacinação e outras ações de saúde pública a ocorrência e o aparecimento de doenças. Ouvi histórias como a seguinte: “antigamente não havia tantas vacinas e estes remédios Kuprí e o índio não adoecia ou sabia se curar no sistema índio. Hoje, estes mais novos tomam vacina e remédio para qualquer coisa e estão sempre adoecendo e buscando mais remédios”, ou, “quando tomam vacinas os índios perdem a natureza”.

João Maria, um desconfiado das terapêuticas biomédicas que viu chegar paulatinamente na área em seus oitenta anos, esquecera de suas

doenças (o reumatismo que o atrapalha caminhar e a IRA daqueles dias) para estar com sua velha todos dias em que ela esteve internada. Ela e Twãk passaram mais de uma semana no hospital, mas não suportavam estar ali depois que sentiram seus problemas de “fôlego” melhorarem, longe de suas terras e de suas famílias que os reconfortam mais que qualquer hospital. Achavam que, passada a parte mais difícil que suportaram da doença, poderiam se tratar em casa, seguindo terapêuticas a que estavam melhor acostumados. E achavam que só estiveram ali em uma situação extrema que eles não conseguiram controlar. Ali, apenas aplacaram os sintomas. O restabelecimento da condição de saúde, como eles a vêem, estava reservado à volta ao cotidiano de suas casas e famílias e da terra que defendem.

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

Geertz (1986) havia apontado que até onde uma cultura pode chegar sem riscos, são os limites da expressão do desejo dela se distinguir das demais. Isto posto, afirmo que uma das maneiras com que os Kaingang de Palmas conseguem marcar sua identidade de grupo, está na utilização e na transmissão do conhecimento de seus especialistas (remédios-do-mato e suas dietas) às gerações mais novas. Estes aprendizes do conhecimento Kaingang se tornam “potencialmente” importantes para serem considerados quando da implantação de projetos ligados à saúde da população da Área, quando da formação de

futuros AIs e quando da implantação de um futuro DSEI. Talvez estes aprendizes pudessem ser os mais capazes de fazer a mediação entre os sistemas de cuidados com a saúde e a comunidade.

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

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

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

investimento". É preciso então que estes investimentos sejam retomados sem economia.

Deveriam estar sendo melhor analisadas as percepções dos Kaingang de Palmas sobre os múltiplos sistemas médicos com quem negociam, os conflitos e as diferenças entre o conhecimento tradicional e a Biomedicina e as demais questões de políticas públicas em saúde indígena aqui apresentadas, na elaboração do planejamento das ações públicas referentes à saúde indígena. Ou seja, o problema está em que os sistemas plurais ainda não são coexistentes como deveriam. Estas considerações deveriam ser levadas em conta a propósito das formas de gerenciamento das ações do SUS (via municipalização) e ser levadas em conta na implantação de um futuro DSEI por parte dos organismos públicos parceiros desta implementação.

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

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

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, L.K. 1998. *Dinâmica Religiosa entre os Kaingang do Posto Indígena de Xapecó*. PPGAS/UFSC. Dissertação de mestrado.
- BALDUS, H. 1937. *Ensaio de Etnologia Brasileira*. São Paulo, 346p. (Brasiliense, 101).
- BARBOSA, H. 1954. Epidemias entre os Kaingang. *Rev. Mus. Paul.* São Paulo.
- BODSTEIN, R.C.A. 1997. Políticas e serviços de saúde na perspectiva sociológica. In: CANESQUI, A.M. (org.). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo, Hucitec.
- BORBA, T. 1908. *Actualidade Indígena*. Curitiba.
- CREPEAU, R. 1994. *Économie et Rituel*. Montreal, Université de Montreal.
- FERNANDES, L. 1941. Os Caingangue de Palmas. *Arq. Mus. Paran.* Curitiba:161-209.
- FERNANDES, R. 1998. Dom João VI e os Kaingang: da morte ao esquecimento dos índios do sul do Brasil. *Rev. Porto e Vírgula*. Porto Alegre, mar.
- GEERTZ, C. 1986. The uses of Diversity. In: McMURRIN, S.M. *The Tanner Lecture on Human Values*. Salt Lake City, U. Utah Press.
- HAVERROTH, M. 1997. *Kaingang, Um Estudo Etnobotânico: uso e classificação das plantas na área indígena Xapecó/SC*. Florianópolis, PPGAS/UFSC. Dissertação de mestrado.
- HELM, C. 1974. *A integração do índio na estrutura agrária do Paraná: o caso Kaingang*. UFPR. Livre Docência.
- JUNQUEIRA, L.P. 1997. A descentralização e a reforma do aparato estatal em saúde. In: CANESQUI, A.M. (org.). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo, Hucitec.
- LANGDON, E.J. 1991. Percepção e Utilização da Medicina Oficial pelos Índios Sibundoy e Siona no Sul da Colômbia. In: BUCHILLET, D. (org.). *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém, CEJUP, p. 207-228.
- LIMA, A.C.S. 1989. Os Museus de história Natural e a Construção do Indigenismo. *Rev. Antropol.* (30/31/32, 1987-1989). São Paulo, USP.
- LIMA, F.C. 1842. Memória sobre o descobrimento e colônia de Guarapuava. *Rev. Inst. Hist. Geogr. Brasil*. Rio de Janeiro, 13: 43-64.

- MENDONÇA, S. 1997. A Construção da Política Indigenista de Saúde. *Bol. CISI*. abril/jun.
- METRAUX, A. 1946. *Handbook of South American Indians. The Marginal Tribes*. v.1. Washington, Smithsonian Institutions, 3, p.445-475.
- MOTA, L.T. 1994. As Guerras dos Índios Kaingang: a história épica dos índios Kaingang no Paraná (1769-1924). Maringá, Ed. UEM.
- NACKE, A. 1983. *O Índio e a Terra: a luta pela sobrevivência no P.I. Xapecó/SC*. PPCS/UFSC. Dissertação de mestrado.
- NIMUENDAJÚ, C. 1993. *Etnografia e Indigenismo*. Campinas, Unicamp.
- OLIVEIRA, M.C. 1996. *Os Curadores Kaingang e a Recriação de suas Práticas: estudo de caso da Aldeia de Xapecó*. PPGAS/UFSC. Dissertação de mestrado.
- PELLEGRINI, M. 1998. O Preço da Diferença: aspectos éticos e legais da assistência à saúde indígena. *Inf. INESC*. (85), Brasília, jun.
- PROJETO DE LEI Nº 4.681/94 (Lei Arouca) 1994. Brasília, Câmara dos Deputados.
- SANTOS, S.C. 1973. *Índios e Brancos no Sul do Brasil: a dramática experiência dos Xokleng*. Florianópolis, Ed. Movimento.
- SHADEN, E. 1988. *A Mitologia Heróica de Tribos Indígenas do Brasil*. São Paulo, EDUSP.
- UNIÃO DAS NAÇÕES INDÍGENAS. 1988. Os Povos Indígenas e o Direito à Saúde. *Rev. Saúde em Debate*: 08-09, jan.
- VARGA, Í. 1998. *Cidadanias e Organizações Neo-Governamentais: uma discussão a propósito da política pública para os povos indígenas no Brasil*. mimeografado.
- VEIGA, J. 1994. *Organização Social e Cosmovisão Kaingang: uma introdução ao casamento, parentesco e nominação em uma sociedade Jê meridional*. Unicamp. Dissertação de Mestrado.
- VERANI, C. 1998. A Política de Saúde do Índio e a Organização dos Serviços no Brasil. REUNIÃO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 21. Trabalho apresentado. Vitória, 5 a 9 abr. 1998.

Recebido em: 29.06.98
Aprovado em: 18.01.99