



**Universidade de Brasília (UnB)**  
**Centro de Desenvolvimento Sustentável (CDS)**  
**Mestrado Profissional em Desenvolvimento Sustentável (MPDS)**  
**Área de Concentração: Sustentabilidade junto a Povos e Terras Tradicionais**  
**Modalidade: Sustentabilidade junto a Povos e Terras Indígenas**

**Maria Elenir Neves Coroaia**

**Reflexões sobre as práticas Kaingang de cuidados com a gestação, parto e pós-parto e suas interfaces com o sistema oficial de saúde.**

**Brasília, DF – Janeiro/2013**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB)**  
**CENTRO DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (CDS)**

**Reflexões sobre as práticas Kaingang de cuidados com a gestação,  
parto e pós-parto e suas interfaces com o sistema oficial de saúde.**

Maria Elenir Neves Coroaia

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luciane Ouriques Ferreira

Dissertação de Mestrado

Brasília, DF – Janeiro/2013

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB)**  
**CENTRO DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (CDS)**

**Reflexões sobre as práticas Kaingang de cuidados com a gestação,  
parto e pós-parto e suas interfaces com o sistema oficial de saúde.**

Maria Elenir Neves Coroaia

Dissertação de Mestrado submetida ao Centro de Desenvolvimento Sustentável da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Grau de Mestre em Desenvolvimento Sustentável, área de concentração em Política e Gestão Ambiental.

Aprovado em:

---

Dr<sup>a</sup> Luciane Ouriques Ferreira  
(Orientadora)

---

Dr<sup>a</sup> Nádia Heusi Silveira  
(Examinador externo)

---

Dr<sup>a</sup> Esther Katz  
(Examinador interno)

Brasília, DF – Janeiro/2013

Dedico este trabalho aos companheiros de Mestrado, que deixaram suas famílias, seus empregos para dedicarem-se ao curso na perspectiva de qualificarem-se para atuar com os seus povos.

Aos colegas não indígenas que dedicam suas vidas, em prol da causa indígena.

Aos professores e colaboradores do CDS que aceitaram o desafio de tornar realidade o curso de Mestrado.

Ao Ministério da Cultura/MINC, à SEPPIR, pelo apoio, ao CNPq pela bolsa concedida.

Ao grande Darci Ribeiro, que de onde estiver certamente estará orgulhoso de ver a sua UnB, acolhendo a nós indígenas.

Às mulheres indígenas que são o motivo de continuar na luta.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Grande Criador, pela vida, por ser uma mulher KAINANG e pelas possibilidades que surgiram em minha jornada pelos caminhos da vida.

Ao meu pai que com sua história me ensinou a conviver nos dois mundos, indígena e não indígena. A minha mãe, meus irmãos Luciano pelo estímulo na fase de construção dessa dissertação, a Ana filha do coração, ao Renato, à Simone e Luciomar meio irmãos, que buscam espaço para contribuir com nosso povo.

Ao companheiro Adelmo, que sempre estimulou meus desafios, ao Julinho outro filho de coração.

À Ramona e sua família que me acolheram em Brasília.

Aos colegas da SESAI, que lutam por uma atenção à saúde de qualidade para os povos indígenas, apesar das adversidades, persistem em seus ideais.

Aos queridos companheiros de Mestrado, que deixaram suas famílias, seus empregos para dedicarem-se ao curso na perspectiva de qualificarem-se para atuar com os seus povos.

Aos professores que aceitaram o desafio de tornar realidade o curso de Mestrado.

À minha orientadora, que tem dedicado sua vida à questão indígena.

Ao amigo Wagner pelas palavras de estímulo e certeza de que era momento de percorrer outros caminhos.

Aos meus pequenos, que alegam minha vida, e aos que se foram recentemente à certeza de que estão em algum lugar a minha espera.

À todos com que trabalhei nesses anos de saúde indígena, aos colegas da Casai/DF onde aprendi que sonhos podem se transformam em realidade, desde que acreditemos que juntos podemos transformar realidades.

*“A palavra da mulher é sagrada como a terra”*

*Aniceto Xavante*

## RESUMO

O presente trabalho pretende realizar uma reflexão sobre práticas de cuidados à saúde das mulheres Kaingang durante a gestação, o parto e o pós-parto e a interface com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Para tanto, o estudo distribuído em 4 capítulos, inicia com uma breve trajetória da experiência vivida pela autora em comunidades Kaingang, dando em seguida uma noção desse povo e de sua situação geográfica no Estado. Em seguida é feita a apresentação das práticas kaingang de cuidados com a gestação, demonstrando os cuidados e costumes direcionados às mulheres indígenas. Para dar mais concretude ao observado, é feita uma análise da evolução da saúde indígena no Brasil, identificando os órgãos que trabalharam na sua implantação, bem como sobre os movimentos indígenas e as determinações constitucionais que colaboraram para isso. Em um último momento é feita a apresentação da estruturação do subsistema de atenção à saúde indígena, das conferências e da implementação dos Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena, finalizando, em seguida, com uma análise conclusiva sobre o tema abordado.

**Palavras-chave:** diálogo de saberes, gestação. Sistemas de práticas de cuidados.

## ABSTRACT

This work intends to hold a debate on health care practices Kaingang women during pregnancy, childbirth and the postpartum and interface with the implementation of the National Health Care for Indigenous Peoples (PNASPI). Therefore, the study distributed into 4 chapters, begins with a brief history of the lived experience of the author in communities Kaingang, then giving a sense of people and their geographical location in the state. Then it made the presentation of the practices kaingang pregnancy care, showing care and customs directed to indigenous women. To give more concreteness to the observed, an analysis is made of the evolution of indigenous health in Brazil, identifying the agencies that worked in your deployment, as well as indigenous movements and constitutional provisions that contributed to that. In a last minute presentation is made to the structuring subsystem attention to indigenous health, the conferences and the implementation of the Special District Health Indigenous Health, ending then with a conclusive analysis about the subject.

**Keywords:** dialogue of knowledge, pregnancy. Systems of care practices.



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Mapa das terras indígenas Kaingang.....	56
<b>Figura 2</b> - Ailton Krenak pinta o rosto durante a defesa de uma das emendas na Constituição Federal.....	82
<b>Figura 3</b> - Índios assistem a votação do capítulo da Constituição Federal referente a seus direitos no Congresso Nacional em Brasília .....	84
<b>Figura 4</b> - Mapa DSEI .....	88

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**AIS** - Agente Indígena de Saúde  
**AISAN** – Agente Indígena de Saneamento  
**ANAÍ** – Associação de Apoio ao Índio  
**APS** – Atenção Primária à Saúde  
**ATSM** – Área Técnica de Saúde da Mulher  
**CAN** – Correio Aéreo Nacional  
**CASAI** – Casa de Apoio à Saúde Indígena  
**CCPY** – Comissão pela criação do Parque Yanomami  
**CDS** – Centro de Desenvolvimento Sustentável  
**CF**- Constituição Federal  
**CGAPSI** – Coordenação Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena  
**CIMI** – Conselho Indigenista Missionário  
**CISI** – Comissão Inter- setorial de Saúde do Índio  
**CNBB** – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil  
**CNS** – Conselho Nacional de Saúde  
**CNSPI** – Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio  
**CONDISI** – Conselhos Distritais Especiais Indígenas  
**COSAI** – Coordenação de Saúde do Índio  
**DASI** – Departamento de Atenção à Saúde Indígena  
**DESAI** – Departamento de Saúde Indígena  
**DSEI** – Distritos Sanitários Especiais Indígenas  
**DTC** – Diretoria de terras e Colonização  
**EMSI** – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena  
**EVS** – Equipe Volante de Saúde  
**FUNAI** – Fundação Nacional do Índio  
**FUNASA** – Fundação Nacional de Saúde  
**IECBL** – Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil  
**OMS** – Organização Mundial da Saúde  
**PNS** - Política Nacional de Saúde  
**PNASPI** – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas  
**PNAISM** – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher  
**PPGDS** – Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento Sustentável  
**RANI** – Registro Administrativo de Nascimento de Índio

**SASI** – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

**SIL** – Summer Institute of Linguistics

**SPM/PR** – Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República

**SPI** – Serviço de Proteção ao Índio

**SPILTN** – Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**SUSA** – Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas

**TI** – Terra Indígena

**ULBRA** – Universidade Luterana do Brasil

**UNI** – União das Nações Indígenas

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	13
<b>1 PRÁTICAS A PARTIR DA TRAJETÓRIA PESSOAL – DO LIGEIRO A NONOAI</b> .....	<b>20</b>
<b>2 O POVO KAINGANG</b> .....	<b>49</b>
2.1. Registros Arqueológicos da Presença kaingang .....	<b>55</b>
<b>3 PRÁTICAS KAINGANG DE CUIDADOS COM A GESTAÇÃO, PARTO E PÓS-PARTO</b> .....	<b>58</b>
3.1. A Corporalidade .....	<b>64</b>
3.2. A Nomenclatura .....	<b>67</b>
<b>4 A POLÍTICA DE SAÚDE</b> .....	<b>69</b>
4.1. Evolução Histórica da Saúde do Índio no Brasil .....	<b>69</b>
4.1.1. Período Colonial (Século XIX) .....	<b>69</b>
4.1.2. Período Rondonista (Século XX) .....	<b>70</b>
4.1.3. O SPI no Rio Grande do Sul .....	<b>73</b>
4.2 Criação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas – SUSA (Década de 1950) .....	<b>75</b>
4.3. A Fundação Nacional do Índio – Funai (Final de 1960 - 1970) .....	<b>76</b>
4.4. O Papel do Movimento Indígena e a Constituição Federal de 1988 – A Grande Conquista .....	<b>80</b>
4.4.1 A Constituição Federal de 1988.....	<b>83</b>
4.5 O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.....	<b>87</b>
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	<b>92</b>
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	<b>97</b>

## INTRODUÇÃO

O interesse em trazer á luz a temática sobre a mulher indígena vem desde a graduação, e tem oportunizado momentos de reflexão sobre o processo histórico de contato inter-étnico estabelecido entre os meus antepassados e minha geração com a sociedade nacional. Apesar de ter passado os últimos 25 anos de vida, em contato com a sociedade não indígena mantenho vínculo à cultura de meu povo.

A longa história de contato do povo Kaingang com os colonizadores e com as instituições indigenistas fizeram com que as influências externas marcassem profundamente a organização social, instaurando processos de ressignificação do sistema de cuidado da saúde na medida em que se estreitava o contato.

O presente estudo tem como propósito desvelar parte do universo de práticas de auto-atenção utilizadas pelas mulheres Kaingang na gestação, parto e pós-parto, na perspectiva de oportunizar reflexões aos gestores e Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena - EMSI, responsáveis pela implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI. O texto da PNASPI, 2002, p.6 “reconhece aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais”, no entanto não traz em seu escopo qualquer indicativo que permita nortear a atenção à saúde da mulher indígena.

Dentre os fatores que contribuem para inviabilizar a efetivação dos princípios que informam a Política destaca o desconhecimento dos operadores do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SASI/SUS quanto às questões culturais dos povos indígenas. Pensar nas possibilidades de articulação entre o sistema oficial de saúde e os sistemas de auto-atenção à saúde do povo Kaingang, especialmente o que se relaciona aos cuidados com a gestação, parto e pós-parto, permeia o processo de construção da dissertação.

E o trabalho se propõe em trazer à discussão a importância de conhecer e valorizar essas práticas de auto-atenção assim definido por Menéndez (2003, p. 198):

“La autoatención constituye una de las actividades básicas del proceso salud/enfermedad/ atención, siendo la actividad nuclear y sintetizadora desarrollada por los grupos sociales respecto de dicho proceso. La autoatención constituye una actividad constante aunque intermitente desarrollada a partir de los propios sujetos y grupos en forma autónoma o teniendo como referencia secundaria o decisiva a las otras formas de

atención. La autoatención puede ser parte de las acciones desarrolladas por las otras formas, dado que frecuentemente es un paso necesario en la implementación de las mismas”.

A PNASPI integra a Política Nacional de Saúde - PNS e tem como pressuposto prestar atenção diferenciada à saúde através da valorização, respeito e diálogo entre os saberes tradicionais e o sistema oficial de saúde. A Lei nº. 9.836, 23/09/1999 que instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS orientou a criação de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI visando garantir a integralidade da saúde indígena por meio de prestação diferenciada de serviços culturalmente adaptado às especificidades étnicas e a diversidade sociocultural e geográfica dos povos indígenas.

Entretanto os conhecimentos e as práticas de saúde dos povos indígenas, especialmente no tocante aos cuidados relativos à gestação e ao parto das mulheres indígenas, entram em conflito com o sistema oficial de saúde. O desafio, portanto, é assegurar aos dois sistemas de saúde, o indígena e a medicina ocidental, para que possam se articular, de modo a garantir uma assistência adequada às mulheres indígenas.

Para tanto, o diálogo entre os saberes se faz necessário na construção de um modelo de atenção que contemple a diversidade cultural das etnias a que se destinam as ações de saúde. A análise do modelo assistencial à saúde da mulher indígena vigente, busca identificar possíveis entraves que dificultam a efetivação das diretrizes previstas na PNASPI e subsidiar a elaboração de propostas para promoção da articulação de políticas públicas com os sistemas tradicionais de cuidados pelas mulheres Kaingang na gestação, parto e pós-parto.

Quando participei da seleção para o curso de Mestrado Profissional em Sustentabilidade junto a Povos e Terras Indígenas, tive num primeiro momento dúvidas em relação a temática que estava me propondo discutir. A palavra sustentabilidade remete a questões relacionadas à sobrevivência do homem no planeta, e a forma em que este se relaciona com o ambiente e sobretudo ao desenvolvimento econômico. Refletindo um pouco mais, compreendi que o meu tema era basilar para os povos indígenas.

E se encaixava perfeitamente a proposta enquanto sustentabilidade cultural, pois iria discorrer sobre as práticas e cuidados que as mulheres de meu povo, utilizam durante o período gestacional, o parto e o pós-parto. A sociedade Kaingang é regida pelo sistema

dualista *Kamé e Kairukré*, e a quebra das regras podem ocasionar rupturas na organização social do povo.

Considero que o conjunto de conhecimentos tradicionais, e os valores culturais são o equilíbrio entre desenvolvimento e sustentabilidade. Segundo, *Stevenhagen* o conceito desenvolvimento para povos indígenas – denominado por ele como etnodesenvolvimento são necessários levar em conta princípios básicos que visam assegurar a diversidade cultural e autonomia destes povos.

“Objetivar a satisfação das necessidades básicas do maior número de pessoas em vez de priorizar o crescimento econômico: embutir-se de visão endógena, ou seja, dar resposta prioritária à resolução dos problemas e necessidades locais: valorizar e utilizar conhecimentos e tradições locais na busca de solução dos problemas: preocupar-se em manter relação equilibrada com o meio ambiente; visar a auto sustentação e a independência de recursos técnicos e de pessoal e proceder uma ação integral de base, com atividades mais participativas”. (STEVENHAGEN, 1984; p.18).

A relação das sociedades indígenas com a natureza, como modo de vida sustentável, foi uma das muitas ideias transmitidas pelo líder indígena Francisco *Pyanko*, do povo Kaxinawá do Acre. “Não dá pra pensar nas sociedades indígenas e na sustentabilidade de maneira separada da cultura, do meio ambiente, pois povos indígenas e floresta se completam é preciso que se compreenda os povos indígenas com esse grau de profundidade que tem com a natureza”. Palestra proferida no Módulo 1- Disciplina: Cultura e Sustentabilidade em 09.05.2011.

Na Conferência das Nações Unidas Sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento, realizada pela ONU na cidade do Rio de Janeiro em 1992 que ficou conhecida como RIO-92, foram definidas Agendas de compromissos globais para a construção de sociedades sustentáveis, visando a eficiência econômica, a justiça social e a proteção ambiental, com a finalidade de regular as ações humanas para práticas de ações ambientalmente saudáveis.

Essa Agenda com 40 capítulos é um instrumento de planejamento para implantação de estratégias de construção dessas sociedades numa perspectiva de mudanças sustentáveis. Dentre as propostas estabelecidas nessa Agenda estão o reconhecimento e fortalecimento do papel das populações indígenas e suas comunidades (Capítulo 26), sendo também mencionada na declaração da Carta da Terra, sobre os princípios fundamentais que a sociedade mundial deve exercer para que o século XXI seja mais pacífico, sustentável

e saudável, instigando à responsabilidades compartilhadas envolvendo toda a família humana do planeta:

12. Defender, sem discriminação, os direitos de todas as pessoas a um ambiente natural e social, capaz de assegurar a dignidade humana, a saúde corporal e o bem-estar espiritual, concedendo especial atenção aos direitos dos **povos indígenas** e minorias.

(...)

b. Afirmar o direito dos **povos indígenas** à sua espiritualidade, conhecimentos, terras e recursos, assim como às suas práticas relacionadas a formas sustentáveis de vida.

(...)

d. Proteger e restaurar lugares notáveis pelo significado cultural e espiritual.

(Carta da Terra, 1992, p. 3).

É importante ressaltar que o respeito aos diferentes valores entre os povos e incentivo a processos de mudança que acolham as especificidades locais trarão Sustentabilidade Cultural aos povos indígenas. A noção de transformações contínuas pode alterar a paisagem cultural que está intrínseca também nas discussões sobre o Desenvolvimento Sustentável, em particular no arcabouço que trata da cultura como um aspecto importante para a busca da sustentabilidade.

A sustentabilidade cultural se dá através do reconhecimento e valorização das medicinas tradicionais indígenas, com mudança de consciência e postura dos gestores e trabalhadores da saúde indígena. Tornando os conhecimentos equivalentes, num movimento que assegure a convivência compartilhada, respeitando os valores, as tradições e a diversidade.

O procedimento metodológico adotado durante o processo de pesquisa, além do recurso bibliográfico e documental, se caracterizou pela abordagem qualitativa, uma vez que se trata de um povo indígena específico, que faz parte de um universo bastante amplo. Nesse sentido, foi buscado evidenciar o Povo Kaingang em si, suas diferenciações regionais e, muitas vezes particularidades inerentes a cada comunidade.

Ao se tratar da saúde indígena aliada aos costumes pertencentes a determinada cultura, ocorre a preocupação em se delimitar esse mesmo direcionamento da proposta de



pesquisa. Para tanto, foi utilizada o recurso qualitativo, muito embora, no presente caso, tanto o critério qualitativo como o quantitativo não se diferenciam, eles se complementam.

De acordo com Richardson (1999, p. 80):

“Os estudos que empregam uma metodologia qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir no processo de mudança de determinado grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades dos comportamentos dos indivíduos”.

Nesse sentido, houve a preocupação de se distinguir, durante o processo de pesquisa, as particularidades envolvendo minha etnia, pois, diferentemente do modo como a sociedade entende o “indígena” como um rótulo – onde todos são iguais e mantém os mesmos costumes e tradições – um dos objetos principais do trabalho é deixar claro que ocorrem diferenciações expressivas entre os povos, onde se envolvem além da cultura material, uma série de costumes e simbologias próprios de cada contexto.

Pode-se, ao mesmo tempo, identificar o processo como de cunho exploratório e descritivo, conforme Vergara (1988, p. 35), exploratória porque não se encontraram muitas informações cientificamente produzidas que atendessem as necessidades da pesquisa proposta. Descritiva porque tem por objetivo conhecer e descrever práticas e cuidados através de um recorte específico bem como entender o seu comportamento para a formulação de estratégias.

Exploratório por buscar identificar problemáticas inerentes ao contexto e ao público pesquisado e descritivo por haver a necessidade de um maior entendimento sobre as especificidades do povo Kaingang, haja vista as singularidades e particularidades de cada composição étnica.

Nesse direcionamento, foi utilizado o recurso de análise da trajetória pessoal, do processo histórico indígena, das práticas tradicionais Kaingang e de referenciais bibliográficos, que colaboraram para um diagnóstico mais direcionado às problemáticas envolvendo os cuidados e a prestação dos serviços de saúde para o povo Kaingang.

Salienta-se que, a digitação e padronização do presente trabalho está de acordo com as Normas de Redação para a elaboração de Monografias de Especialização, Dissertação e Teses do CDS-PPGDS, da Universidade de Brasília – UnB.

O processo de construção da dissertação foi percorrido a partir da minha trajetória pessoal. O capítulo 1 – Práticas a partir da trajetória pessoal – do Ligeiro à Nonoai, talvez o mais desafiador a ser escrito, pois tive de buscar em minhas memórias fatos nem sempre bons de serem lembrados. Como o tempo em que meu povo vivia num sistema de semi-escavidão, forçados a trabalhar em “turmas” nas lavouras mantidas pelo órgão indigenista em troca de alimentação. Outra questão que causava estranhamento estava relacionado ao processo de alfabetização a que éramos submetidos, o material utilizado trazia informações totalmente estranhas ao nosso universo cultural.

Mas também me oportunizou lembranças das minhas incursões nas práticas de cuidados que Vó Lúcia me inseriu, me permitindo uma aproximação com os espíritos da natureza, que regem a cosmologia de meu povo. Com o passar dos anos, passo a atuar na saúde indígena, daí se avivam os conflitos entre a medicina tradicional que insistia em manter na atenção à saúde e a biomedicina que trata a doença, tendo como referencial as manifestações fisiopatológicas.

No segundo capítulo – O povo Kaingang, faço uma breve apresentação do meu povo, trazendo aspectos da história de contato, onde é apresentado um mapa destacando as terras indígenas localizadas nos estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, com o objetivo de exemplificar sua expansão geográfica e localidades onde encontram-se aldeados.

No terceiro capítulo – Práticas Kaingang de cuidados com o parto e pós-parto. Dando ênfase ao objeto do trabalho, nesse sentido trago à discussão, como se dão as práticas e cuidados com as gestantes Kaingang durante a gestação e sobretudo, no momento do parto e alguns cuidados com o recém-nascido. Destaco também a cosmologia, o xamanismo, a organização social, a corporalidade e a nomeação bem como o uso da medicina tradicional pelos detentores dos conhecimentos tradicionais.

Também é feita a utilização do trabalho de diversos autores que tratam do assunto, dando mais concretude à pesquisa elaborada. Como se trata do povo que pertence do Tronco Jê Meridional apresentam diferenças e particularidades em cada contexto. A opinião de estudiosos de referência se faz necessário para o reconhecimento dessa cultura. Enfim, é feita uma análise sobre a construção cultural do corpo utilizado por nós Kaingang e os sistemas de cuidados de saúde.

Já em um quarto capítulo, é feita uma referência bastante detida com relação à política de saúde indígena, evolução histórica e avanços ocorridos. Principalmente, são destacados

relatos que exemplificam como se deu o surgimento de organismos que “protegem” os indígenas, sua forma de atuação, bem como os empecilhos encontrados na implantação de mecanismos garantidores de seus direitos e limitações impostas pela sociedade.

Também é evidenciado o processo histórico que culminou com a PNASPI, apreciando-se conjuntamente artigos constitucionais que tratam do assunto, a legislação indígena prevista no Estatuto do índio e demais decretos correlacionados. Da mesma forma, para melhor destacar os desdobramentos ocorridos, é feita a utilização de discussões sobre os temas ocorridos em Conferências Nacionais de Saúde Indígena, que recomendaram a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI). Tudo isso objetivando reorganizar a assistência de saúde indígena, sistematizando as práticas de abordagem, buscando valorizar sobremaneira a cultura desses povos.

Por fim, são apresentadas as considerações finais, onde são elaboradas propostas ressaltando a emergência de necessárias adaptações e melhorias no sistema de atenção identificado ao longo da dissertação. Ressalto que o presente estudo deve ter continuidade, através de um projeto de pesquisa que possibilite analisar o papel das práticas de cuidados utilizados pelas mulheres Kaingang na gestação, parto e pós-parto na atualidade.

## 1. PRÁTICAS A PARTIR DA TRAJETÓRIA PESSOAL – DO LIGEIRO A NONOAI

Nesse capítulo trago um pouco da minha trajetória pessoal, possibilitando ao leitor uma melhor compreensão das razões que me levaram a escrever essa dissertação.

Nasci na Terra Indígena de Ligeiro situada na região norte do estado do Rio Grande do Sul, num dia de intenso calor em janeiro de 1962, sou fruto da união entre um Kuruaya da região de Altamira/Pará e uma mulher Kaingang da Terra Indígena de Carreteiro. Para um melhor entendimento da questão do sobrenome Coroaia, cabe uma breve apresentação da vida de meu pai, que é o patriarca de nossa pequena família:

José Coroaia, paraense, nascido no dia 19/05/1935 (data presumida, pois foi necessário para documentação haver uma data aproximada ao seu nascimento), provavelmente em algum ponto da extensa faixa de terra entre a Serra do Cachimbo, margeando o rio Curuá e a localidade de Altamira, na região meridional do Pará. Indígena, remanescente de um grupo de indivíduos da Comunidade Kuruaya, que habitava essas paragens. Foi sequestrado do convívio de sua gente, por um grupo de seringueiros e mateiros, que com a desculpa do desbravamento, desalojava e exterminava essas comunidades, tidas então, como autóctones. Nos primeiros tempos, por serem arredios demais, eram mantidos em jaulas e a comida era entregue à distância.

Depois de capturado, foi entregue a uma fazendeira, que o criou até ± a idade de 14 anos, quando então, foi incorporado a uma expedição que aos poucos o conduziu para a civilização. Em uma dessas expedições estava o sertanista Francisco Meirelles, que o convidou a acompanhá-lo no trabalho das frentes de atração. Apoena Meirelles, um dos filhos do sertanista lembrou desse fato, quando estive com ele, tendo inclusive mencionado um projeto para levar meu pai para uma visita à Altamira/Pará, na tentativa de resgatar sua história. Infelizmente algum tempo depois, Apoena foi morto covardemente em um assalto na cidade de Porto Velho/RO).

Dessa forma, acabou chegando ao Rio de Janeiro, onde teve a oportunidade de conviver por certo tempo com os irmãos Villas Boas, principalmente com Cláudio Villas Boas. Também lhe foi dada a oportunidade de morar por certo tempo com a não menos conhecida e importante pessoa de Darcy Ribeiro, trabalhou por certo tempo no Museu do Índio fundado por Darcy Ribeiro.

No Rio de Janeiro, trabalhou em alguns locais, inclusive em uma cervejaria, lá também teve a oportunidade de conhecer o carnaval carioca e seus principais pontos turísticos, inclusive o Palácio do Catete, que o impressionou muito. Seguindo sua jornada e adaptando-se à nova realidade, meu pai passou pela cidade de São Paulo e Curitiba, chegando enfim ao Planalto Central. Em Brasília conheceu pessoas que o conduziram para a região Sul do Brasil (Sr. João Veloso). Descendo então, acabou chegando ao Rio Grande do Sul, mais especificamente na Terra Indígena do Ligeiro, município de Charrua.

Nessa nova localidade, trabalhou desde auxiliar de serviços gerais ao cargo de garçom, na casa do Chefe de Posto João Veloso. Houve, por parte desse administrador, uma preocupação muito grande em mantê-lo – nos primeiros tempos – isolado do restante dos indígenas, que não viam com bons olhos aquele “índio estranho”. Mas, aos poucos ele foi sendo aceito, e reconhecido como um Kaingang. Em 1961, ele se casa, com uma mulher Kaingang da Terra Indígena de Carreteiro, nasci dessa união e alguns anos mais tarde meu irmão também fez seu primeiro ritual de passagem.

Aos poucos, como vinha se adaptando bem ao clima e à região, foi-lhe proporcionado um curso de auxiliar de enfermagem na cidade de Curitiba, no Paraná. Depois de findo o curso, meu pai passou então a trabalhar como atendente de enfermagem daquela comunidade, sendo de grande contribuição o seu conhecimento das particularidades indígenas e a confiança, então já depositada em sua pessoa por parte dos outros indígenas. Essa cumplicidade contribuiu imensamente no trabalho de sensibilização desse povo para as intervenções e os programas de saúde a serem ali implantados.

No final de 1979, meu pai passa a desenvolver suas atividades profissionais na Terra Indígena de Nonoai, situada na região do Alto Uruguai, norte do RS. A mudança ocorreu em função de minha contratação para atuar na referida terra indígena, onde trabalhamos por vários anos. Meu pai, um incansável profissional de saúde levou o atendimento de saúde aos recônditos mais afastados da aldeia, haja vista se tratar de uma das maiores do Rio Grande do Sul. Sempre caminhando a pé, nem a chuva inclemente nem o sol abrasador o tiravam de seu principal objetivo, levar o atendimento de saúde a quem necessitasse.

Em 1989, separa-se de sua esposa legítima – esta reside atualmente na cidade de Passo Fundo/RS, com o filho e uma filha adotiva – casa-se novamente, com uma indígena Kaingang de Chapecó/SC e com ela tem mais um casal de filhos.

Atualmente meu pai, já aposentado, reside na cidade de Nonoai, próxima à última Terra Indígena onde exerceu sua profissão. Depois de ter passado por uma dura jornada,

em uma quase epopeia de enfrentamentos, adaptações e contrastes, o nosso personagem segue sua vida tranquila, aproveitando os momentos calmos e serenos da velhice. Porém, relembando os episódios mais significativos de sua vida. Quem quiser ouvir uma boa e emocionante história de vida, o encontrará sentado em sua humilde varanda, uma grande experiência e um inesquecível e histórico momento nostálgico. Com uma característica marcante e amistosa lá estará ele contando suas sagas e sempre levando em mente a sua máxima: “Em minhas andanças pelo Brasil, descobri que o povo é um só. Apesar das diferenças de raça e cor. **Precisamos nos integrar**”.

Depois dessa pequena, mas importante intervenção, voltemos ao relato sobre minha trajetória pelas comunidades Kaingang.

Uma rodovia estadual passa no meio da terra indígena do Ligeiro, de um lado ficava a parte administrativa, com escritório do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), a escola, a Igreja, a casa do chefe de posto e a enfermaria. Abaixo da rodovia estava instalado o aldeamento com casas de madeira estilo meia-água, tendo na parte de trás uma pequena casa de chão, *iñg-xim* onde funcionava uma pequena cozinha, local onde as famílias permaneciam a maior parte do tempo livre, e o fogo de chão permanecia sempre aceso (essa é uma tradição dos indígenas do sul do país, onde em toda residência, é feito um anexo, onde funciona o fogo de chão, local onde se reúne a família). As mulheres costumavam se reunir nas varandas ou no quintal da casa para confeccionar balaios.

A casa em que nasci ficava a beira de um pequeno riacho cujo traçado sinuoso serpenteava entre as casas de madeira, quando chovia saía do seu leito natural e se aproximava dos degraus da porta de nossa casa. Ao lado havia uma construção grande de madeira, onde funcionava um refeitório, no plano mais ao fundo havia um salão comunitário e o campo de futebol. No centro havia uma pequena praça com plátanos e grandes pedras pintadas de branco que margeavam o riacho, uma ponte de madeira colorida servia de ligação entre as fileiras de casas construídas pelo SPI seguindo traçado semelhante a uma vila.

O meu nascimento, não diferente do nascimento de outra criança kaingang, foi observado os rituais e os costumes inerentes a este povo. Meu parto deu-se em casa, assistido por uma *Kofá* (ou mãe velha) que acompanhou minha mãe durante a gestação.

Meu umbigo foi e se encontra enterrado embaixo de um pé de Chorão (Salgueiro), próximo a nossa casa, costume adotado sempre que uma criança nascia, para nós Kaingang significa o elo com a terra onde nascemos.

Há um rigor na destinação da placenta e do coto umbilical, ambos devem ser enterrados, e não fiquem expostos aos animais. “Se perder o umbigo, aquele fica mentiroso” (OLIVEIRA, 1997, p. 73).

O povo Kaingang pertence ao tronco linguístico Macro-Jê Meridional, sua organização social é baseada na dualidade, sistema patrilinear de metades exogâmicas que são opostas e complementares *Kamé/Kairucré*. Meu pai pertence a metade *Kairucré*, seguindo a patrilinearidade, sou uma *Kairucré*, passado alguns dias do meu nascimento recebi do *Kujà* Inocência Deodoro o nome de *Gój Tej* que na língua materna significa água grande.

O Ligeiro foi a primeira terra indígena do Rio Grande do Sul a ser administrada pelo SPI. O órgão mantinha grandes áreas de produção de grãos, cuja renda revertia em benefício próprio. O trabalho de preparo da terra, plantação e colheita dos cereais era realizado pelos jovens e adultos residentes na área. Em um sistema de semiescravidão todos os homens e mulheres eram obrigados a trabalhar de sol a sol (designado de turma de trabalho) e em contrapartida recebiam alimentação.

A movimentação diária das turmas de trabalho era precedida por sons, proveniente de um sino localizado no refeitório localizado próximo de minha casa. As primeiras badaladas indicavam que chegara o momento de acordar e mais tarde de que o café estava servido, então as pessoas saíam de suas casas e vinham fazer fila para receber a primeira refeição do dia. Em seguida, saíam para o trabalho nas lavouras, o que chamava a atenção e ficou gravado em minha memória, era a volta do trabalho, onde um grupo de mulheres entoava um longo e triste cântico no idioma Kaingang.

No prédio do refeitório conhecido por “panelão” (a comida era feita em grandes panelões de ferro), era preparada e servida alimentação para as todas as famílias que trabalhavam num regime coletivo nas roças do SPI. Por volta do meio-dia ouvia-se novamente o toque do sino, sinal de que a comida estava pronta. As crianças, velhos e doentes saíam de suas casas com pratos ou panelas e aguardavam numa fila para receber a refeição, em seguida chegavam as “turmas” que estavam nos campos de trabalho. A frente dos trabalhadores vinha os capitães e soldados indígenas a cavalo. Essa era a “guarda” responsável por manter a ordem.

Numa ironia, pode-se citar a opinião de Laroque, (2006, p. 10) que relata que “a área de Ligeiro, localizada no município de Passo Fundo e sob administração do SPILTN, foi elevada em 1911 à categoria de centro agrícola e tinha o objetivo de produzir gêneros alimentícios e transformar os Kaingang em trabalhadores nacionais”.

Todos os membros da família tinham de trabalhar nas lavouras. Os que se negassem a participar eram recolhidos a uma prisão. As mulheres assim que pariam eram obrigadas a retornar ao trabalho, enquanto as crianças ficavam nas casas sob os cuidados dos mais velhos.

Quando o inverno se aproximava o chefe de posto, reunia as famílias e distribuía calçados, cobertores e tecido de lã que as mulheres faziam roupas costuradas à mão, para enfrentar o rigor das temperaturas do período. São lembranças tristes de um tempo sombrio.

Minha mãe trabalhava na “casa grande” a residência do chefe de posto. A casa era ampla com uma grande varanda, rodeada de jardins e palmeiras trazidas do Rio de Janeiro pelo então Chefe de posto João Velozo (militar aposentado). Nesse tempo meu pai era responsável pela manutenção dos prédios e casas. Todas as manhãs eu ia até o local onde estivesse trabalhando, para levar uma pequena panela com pinhão cozido. Esse era seu café da manhã.

Minha inserção no mundo das práticas e cuidados culturais ocorreu de maneira espontânea foi através de Vó Lúcia uma *Kofá* que acompanhou minha mãe durante a gestação e me aparou “no ritual de passagem de nascimento de um novo ser” (Ferreira, 2010).

Saíamos com frequência para coleta de plantas medicinais na mata nativa, com ela aprendi que só existe valor medicinal nas plantas que nascem espontaneamente na natureza. A coleta dessas plantas se dá em determinadas fases da lua e deve ser feita nas primeiras horas da manhã. Ao localizar a espécie a ser coletada, Vó Lúcia iniciava um diálogo, na língua materna com o espírito da planta. Entre outras coisas ela explicava para a planta os motivos pelos quais precisava retirar parte de suas folhas ou casca. Nessa relação cabe um parêntese, onde a opinião sobre a representação da natureza e o indivíduo indígena feita por Giannini (1994, p. 145), possibilita uma posterior reflexão:

“Dentro do contexto das representações da natureza, pelas sociedades indígenas, incluímos a produção de um conhecimento classificatório dos elementos naturais. O conhecimento indígena sobre a natureza não visa somente o utilitarismo, como foi colocado pela antropologia ecológica, nem visa somente às representações, como foi colocado pela antropologia simbólica”.

Dessa forma, não se posicionando contra o conhecimento da biomedicina – cujo qual respeito –, mas, situando-se como real protagonista de uma realidade vivida e praticada, ressalta a importância na valorização de conhecimentos tradicionais, que não pretendem



sobrepôr a medicina ocidental, pelo contrário, devem ser utilizados como um reforço, que proporcione mais dinamicidade nas intervenções efetuadas, principalmente, uma vez sendo percebida a atual e infeliz realidade de muitas comunidades que não recebem um atendimento diferenciado, de acordo com sua realidade.

Retornando ao exposto, a dificuldade maior – durante a coleta das plantas medicinais – se dava quando havia necessidade da retirada de casca ou da raiz, que se não houvesse os cuidados necessários na retirada poderiam ocasionar a morte da planta. Depois de “autorizada” Vó Lúcia me orientava a realizar a coleta com muito cuidado. Aos poucos fui compreendendo a ligação homem-natureza, uma vez que para nós Kaingang, todos os seres vivos possuem espíritos.

Sempre que tinha oportunidade acompanhava Vó Lúcia nas visitas às mulheres gestantes de seu núcleo familiar. O período gestacional era definido pelo número de luas: none luas cheias nasceria menina e nove luas minguantes era menino. As visitas se intensificavam com a aproximação do parto, ocasião em que ela verificava a posição da criança, e recomendava banhos, com as plantas indicadas para esse período, além do uso de chás, esses momentos eram restritos à gestante, sua mãe ou sogra. Apesar de minha curiosidade, não tive oportunidade de acompanhar esses cuidados de destinados as gestantes, segundo ela eu ainda era muito pequena para entender essas práticas.

Nessa época as ações de saúde eram realizadas por equipes de saúde que avaliavam crianças e adultos, aplicavam diversos tipos de vacinas, dentre elas, a “BCG oral, testes tuberculínicos, além do tratamento de parasitoses, com atendimento médico, extração dentária, inquéritos epidemiológicos e educação sanitária.” Costa (1987, p. 397). Trago impresso em minhas memórias gustativas, o gosto da vacina Bacilo de Calmette-Guérin (BCG) oral e nos braços cicatrizes de outros tipos de vacinas.

Ressalta-se que essas equipes eram formadas por profissionais que realizavam ações campanhistas, medicando todos de maneira igual, não se restringindo à especificidades e sintomas individuais. Um exemplo era o atendimento odontológico que não possuía nenhum aparelho que possibilitasse uma maior higienização e esterilização dos instrumentais utilizados nas extrações dentárias.

A chegada da equipe no Ligeiro mobilizava a comunidade, lembro que os profissionais visitavam as casas e, enquanto uma pessoa anotava o nome dos integrantes da família outras ministravam vermífugos para as crianças e para os cachorros. Sempre que chegava à nossa casa minha mãe rapidamente me apresentava, para não correr o risco de receber a dose do medicamento depois dos nossos cães, pois era comum utilizarem o mesmo frasco.

Essas ações pontuais eram pouco resolutivas, e as doenças infectocontagiosas especialmente a Tuberculose Ganglionar e Pulmonar, se alastravam sem que medidas de prevenção fossem adotadas pela Instituição. As equipes faziam o diagnóstico e dependendo da gravidade do quadro o paciente era levado para Sanatórios em Porto Alegre e na Lapa/Paraná, onde permaneciam por longo tempo em tratamento. Esses centros de tratamento não permitiam a visita de familiares dos doentes, esse fato repercutia no restabelecimento do paciente. A impossibilidade de permanecer ao lado do familiar durante o período de hospitalização, certamente tinha implicação na recuperação dos doentes.

Para nós Kaingang, as doenças decorrem da quebra de regras ou dietas, e da ação de espíritos *venh-kuprig-kòrèg* (espíritos ruins), a saúde será restabelecida a partir da atuação do *Kujà* que identifica os agentes que causaram o enfraquecimento do corpo até a instalação da doença. O processo de cura se dá a partir do *Xamã* e dos cuidados e dietas alimentares realizados pela família do doente.

O rio *Apuaê* ou Ligeiro é limítrofe entre a terra indígena e as terras de particulares, apesar de ser de pequeno porte na época das chuvas, costumava inundar a aldeia causando danos nas casas. Com vistas, a minimizar os efeitos desse período, o Chefe de Posto decidiu transferir todas as casas para área próxima da casa grande que ficava num plano mais elevado. O trabalho foi demorado, as casas de madeira foram removidas inteiras do local, colocadas sobre a carroceria de caminhão que as transportavam para local previamente definido, seguindo o mesmo traçado, uma ao lado da outra, somente a *iñg-xim* teve de ser reconstruída. O transporte de casas em caminhões era comum no sul do país, a técnica foi desenvolvida pelos colonizadores.

Apesar da organização espacial da aldeia com construção de casas de madeira, somente um pequeno grupo vivia nesses espaços, as demais famílias residiam nas proximidades sendo composta pelos pais já idosos e a família das filhas casadas, pois é costume que a filha ao se casar passe a morar junto ou próximo de sua família, entendido como sistema matrilocal.

Para nossa família foi destinada uma casa situada ao lado da rodovia estadual, o local era muito bonito, havia grandes salgueiros circundando o riacho, o mesmo que passava ao lado da casa onde nasci. A construção me chamou a atenção, na parte de baixo havia um grande porão, com tuias (caixas de madeira com compartimentos) para guarda de sementes e na parte superior a cozinha, despensa, sala e dois quartos. A casa havia sido construída por uma família que tivera um pequeno comércio na área. Depois de algum tempo numa noite fria de junho nasceu Luciano meu irmão.

O fato de estarmos morando a beira de uma rodovia, nos colocava em contato com os transeuntes, em frente de casa havia uma parada de ônibus que passava de manhã para a cidade de Erechim e retornava no final da tarde para Lagoa Vermelha. A casa era cercada por ripas de madeira, eu era ainda muito pequena, porém, muita curiosa, assim que ouvia barulho ou qualquer movimento diferente descia rapidamente a escada e ia até a cerca verificar o que estava se passando. Numa dessas incursões, deparei-me com pessoas muito diferentes, com roupas coloridas que brilhavam ao sol. Fiquei espiando do lado de dentro da cerca, quando um homem se aproxima e me ergue entre as ripas, outras pessoas de seu grupo se aproximam ele me mantém em seu colo e fazia perguntas. Entrei em pânico e fui socorrida por um vizinho que passava no local, as pessoas afirmavam na época, que eu estava sendo raptada pelos ciganos.

No ano em que completei 7 anos de idade fui admitida na Escola José Bonifácio, que seguia os pressupostos do Regimento do SPI, ou seja, “educar e preparar os índios para valores, práticas (trabalho) e comportamentos desejados” Oliveira (2008, p. 5). A escola seguia a matriz curricular das escolas não indígenas, as aulas eram ministradas por uma professora não indígena, com turmas até a 4ª série do ensino fundamental. O material didático adotado para alfabetização era composto por uma cartilha ilustrada cujos protagonistas eram duas crianças não indígenas Olavo e Élide. A cartilha nos colocava num universo completamente desconhecido, eram desenhos, palavras, frutas que não faziam parte de nosso cotidiano, talvez esse fator tenha sido determinante para minha alfabetização ter se dado somente no 3º ano do primário.

O período de inverno na região sul é de frio intenso, teve um ano que houve uma intensa nevasca, que cobriu de branco todas as casas, a noite ficava ouvindo o estalar dos galhos das árvores que quebravam em função do peso da neve acumulada. Pela manhã, ao abrir a porta de nossa casa havia mais de um palmo de gelo nos degraus da escada.

Numa dessas manhãs geladas Vó Lúcia não acordou, durante a noite seu espírito havia feito a travessia para a aldeia dos mortos. A comoção foi geral, pois os *Kofá* (velho na língua) são considerados entre nós Kaingang como tronco velho. Quando eles se vão, deixam seu povo na orfandade, pois levam consigo os conhecimentos tradicionais.

Uma manhã acordei com uma movimentação estranha, fui até a janela da cozinha e me deparei com um acampamento sendo erguido em nosso quintal. Os homens estavam abrindo buracos no chão, as mulheres e as crianças carregavam cestos com roupas. Era um grupo de Xócleng da Terra Indígena Ibirama/SC assim denominada na época, depois

passou a chamar-se de Terra Indígena *La Klanô*, que por questões de conflitos com as lideranças indígenas (fato comum entre o Grupo Jê) foi transferido para o Ligeiro.

Foi um período que me possibilitou contato com outro povo indígena e seus costumes, as crianças passaram a frequentar a escola, alguns foram meus colegas de aula. As famílias permaneceram por quase 1 ano morando próximo de casa, depois foram reintegrados à sua comunidade em Santa Catarina.

O início da década de 1970 foi marcado pela ampliação dos serviços de saúde, com formação de pessoal para atuar nas áreas indígenas, devido às especificidades culturais dos povos indígenas, e as dificuldades para realizar o trabalho, foi promovida uma seleção que priorizou a participação de indígenas.

Os cursos de formação de atendentes de enfermagem eram promovidos pela Fundação Nacional do Índio – FUNAI através de convênios com instituições hospitalares com ênfase em patologias que acometiam a população indígena com maior gravidade. Em 1972 a 4ª Delegacia Regional da FUNAI, com sede em Curitiba/PR, realizou uma seleção de candidatos para atuarem nas terras indígenas sob sua jurisdição.

O processo foi concorrido, meu pai juntamente com outros indígenas do Ligeiro foi selecionado para fazer o curso no Hospital Evangélico de Curitiba, e posteriormente passou a estagiar no Sanatório da Lapa, local de tratamento de pacientes portadores de Tuberculose pulmonar localizado numa pequena cidade próxima de Curitiba.

A Tuberculose é uma das doenças que historicamente tem acometido os povos indígenas, há relatos de que teria sido introduzida deliberadamente em algumas comunidades, juntamente com outros agentes bacteriológicos para extermínio da população. Devido à alta incidência da doença o conteúdo programático do curso era voltado para a identificação de suspeitos de portadores de TB, através de sintomas físicos, orientações sobre coleta material e preparo de lâminas para baciloscopia, (exame de BK) além de supervisão do tratamento dos pacientes.

A forte presença da Igreja Católica aliada do Estado associada à administração do SPI no Ligeiro, ocasionou mudanças na medicina tradicional Kaingang, ocasionando profundas alterações no universo cosmológico e cultural. A estratégia adotada pelo Chefe de Posto do Ligeiro e pelo Bispo da Diocese de Passo Fundo foi nomear o *Kujà* Angelino como auxiliar nas missas proferidas pelo padre, certos de que as práticas xamânicas seriam substituídas pelos valores e rituais do catolicismo (Angelino chegava a ministrar missas em Kaingang).

Os aspectos culturais foram ressignificados com apropriação de imagens de santos e das orações, porém, mantivemos o uso de ervas do mato – *véin-katá*, as benzeduras, bem como, as prescrições de dietas alimentares. Existe um processo de resistência cultural enquanto povo, que mesmo diante deste processo colonial não deixamos de ser Kaingang.

O Ligeiro era o Posto Indígena que se destacava no país em termos de organização e disciplina. Pudera, estávamos sob a tutela do Estado desde 1910. Uma vez por ano o Presidente da FUNAI, (cargo ocupado por militar de alta patente desde que se instaurou no país a Ditadura Militar) fazia uma visita ao Ligeiro. O período que antecedia tais visitas era precedido de mobilização da comunidade para a limpeza e pintura das casas, das grandes pedras que circundavam a escola e os demais prédios. Na escola as atividades fervilhavam, com confecção de artesanato, ensaio exaustivo do Hino Nacional, Hino à bandeira e declamação de poemas entre outras atividades.

Como ressaltado anteriormente, há uma estrada estadual que atravessa a Terra Indígena com grande fluxo de caminhões e uma linha regular de ônibus, ligando os municípios de Charrua e Sananduva. A sede está localizada próxima às margens do rio *Apuaê*, que faz divisa com terra dos colonos que receberam títulos do Estado do Rio Grande do Sul quando iniciou a colonização. No dia das visitas do Presidente da FUNAI, ficávamos perfilados nessa entrada, uniformizados aguardando a comitiva debaixo do sol por horas. Quando a comitiva passava em Charrua, o chefe de posto era comunicado através de telefone que havia na casa grande, e nós nos organizávamos para uma recepção calorosa.

Fazia parte das apresentações hastear a bandeira, cantar o Hino Nacional e declamar poesias. Invariavelmente eu era uma das escolhidas para declamar. A professora conduzia o cerimonial, os alunos eram chamados nominalmente para as apresentações junto a um pequeno promontório onde as bandeiras eram hasteadas. Esses momentos eram impregnados de certa tensão, apesar dos longos e cansativos ensaios para que tudo desse certo, por vezes era esquecido algum trecho do poema, gerando mal estar para a nossa professora. Em relação a esse assunto Evangelista (2004, p. 23) relata que “a educação do indígena incluía a transmissão de seus deveres cívicos, de exercícios físicos, da educação moral e cívica, do culto à bandeira, do canto dos hinos”.

Após a cerimônia de acolhimento o General, Presidente da FUNAI, se dirigia até algumas casas para uma “visita”, nossa casa fazia parte do roteiro, minha mãe ficava muito incomodada com a presença dessa autoridade no seu reduto.

Os anos se sucederam e em 1973 concluí o 4º ano do ensino fundamental, porém no início do 2º semestre do ano, nossa escola recebeu professores indígenas em estágio do curso de formação de Monitores Bilíngues pela Escola Normal Indígena Clara Camarão, localizada na Terra indígena de Guarita.

A FUNAI promoveu o curso em parceria com a Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil – IECLB de Tenente Portela, e a *Summer Institute of Linguistics* – SIL. Durante o semestre tivemos aulas em Kaingang, apesar do pouco tempo de contato com a escrita da língua foi uma experiência significante em minha vida.

A primeira escola de formação de monitores bilíngues para as escolas indígenas no RS, como mencionamos, ocorreu na década de 1970, em Guarita, a Escola Normal Clara Camarão, depois denominada Centro de Treinamento Profissional Clara Camarão, que formou, durante os anos 70, 3 turmas de monitores bilíngues. Foram esses monitores que garantiram o bilinguismo nas séries iniciais das escolas indígenas no RS por mais de duas décadas (MATTE, 2009, p. 9).

Concluída a etapa inicial de meus estudos no Ligeiro, fui enviada para a casa de meus padrinhos em Água Santa, município onde está situada a terra indígena de Carreteiro, local de nascimento de minha mãe. Durante o período das férias escolares, invariavelmente passava nessa região com familiares. Foi um tempo de grande estranhamento, tive de aprender a conviver com a sociedade não indígena, eu não estava habituada ao modo de vida, ao tipo de alimentação, aos horários e regras da sociedade local. Fiquei por um ano, longe da minha família e do meu mundo. Ao findar o ano letivo, retornei ao Ligeiro, os anos seguintes frequentei escolas próximas da minha casa.

Nesses primeiros anos de contato com a sociedade do entorno, não vivenciei atos de discriminação ou preconceito por ser indígena. Historicamente havia uma boa relação entre os membros das comunidades situadas próximos ao Ligeiro. Eventualmente esses vizinhos acabavam de certa forma por beneficiarem-se dos serviços de saúde e educação disponíveis para a nossa população.

O serviço de saúde no Ligeiro funcionava de acordo com as normas estabelecidas pela FUNAI, a cada trimestre havia atendimento pelos profissionais da equipe volante de saúde, no restante do tempo era de responsabilidade do atendente de enfermagem a execução das ações de saúde. O diferencial que existia, é que o Chefe de Posto Sr. Lourinaldo Veloso, possuía formação na área de saúde e sempre que necessário intervia no sentido de determinar a conduta a ser tomada.

A alta rotatividade de profissionais é um fato concreto na saúde indígena. O serviço de saúde do Ligeiro deveria ser constituído por pelo menos três atendentes de enfermagem, na época era a categoria profissional reconhecida oficialmente pelo órgão Indigenista. Meu pai, no entanto, passava a maior parte do tempo trabalhando sozinho, havia outra Atendente de Enfermagem que tinha muita dificuldade de locomoção por ser portadora de obesidade mórbida. O atendimento domiciliar era feito pelo meu pai e aos poucos passei a auxiliá-lo no registro diário de atendimentos de pacientes, no preenchimento de planilhas e confecção de relatórios mensais de atividades a serem enviados para a FUNAI.

Em 1978 a FUNAI permanecia com um quadro deficitário de profissionais de saúde. Buscando reverter à situação a instituição organizou um processo seletivo destinado a indígenas do país, para o curso de formação de Monitor de Saúde. O objetivo era formação de recursos humanos para atuarem nos serviços básicos de saúde.

O critério para definição de vagas teve como base a população o acesso aos serviços de saúde e a morbimortalidade ocasionadas por doenças infectocontagiosas. Participei da 1ª etapa do processo, fui selecionada para participar do curso, que ocorreu na Missão Caiuá em Dourados Mato Grosso do Sul. A escolha do local talvez tenha sido em função da estrutura disponibilizada pela instituição, outros cursos de formação já haviam sido realizados no local. Que dispunha de alojamento masculino e feminino, local para preparo de alimentação para os alunos, além de salas de aula e campo de estágio no Hospital e Maternidade Porta da Esperança.

O grupo que selecionado para o curso era constituído de 35 indígenas dos povos Xavante, Kaingang, Xocling, Kayabi, Terena, Txukarramãe, Caiuá, Guarani, Bakairi e Guajajara, de diferentes regiões do país. As dificuldades surgiram logo no início do curso, em função da heterogeneidade do grupo, formado por 14 Xavante de diversas faixas etárias, sendo que parte deles recém haviam passado pela cerimônia de furação da orelha, período em que deveriam estar em reclusão. Como desconhecíamos os hábitos culturais do grupo, tínhamos muita dificuldade em dialogar com esses jovens, as atividades em grupo ficavam prejudicadas. Com o tempo Genésio Xavante, interlocutor do grupo explicou que segundo a tradição esses jovens não poderiam manter diálogo com as pessoas estranhas, especialmente com as mulheres.

Mas o que mais nos impactou foi o modelo pedagógico adotado pelos professores, as aulas tinham como base as formas clássicas de treinamento, onde o aluno tinha de reproduzir fielmente o que estava sendo ensinado. O conteúdo era voltado exclusivamente para a difusão de conhecimentos biomédicos, estando centrado na doença, sem considerar

os conhecimentos das medicinas tradicionais praticadas pelos povos indígenas ali representados.

A primeira semana de aula ficou a cargo do Pneumologista Dr Hélio Fraga da Divisão Nacional de Tuberculose, o conteúdo voltado para a etiologia da doença, formas de contágio, exames de diagnóstico e tratamento. Nas aulas práticas aprendemos a coletar material dos doentes e preparo de lâminas. Ocasão em que tivemos o primeiro contato com os pacientes portadores de tuberculose em isolamento no Hospital da Missão.

O contato com a realidade vivenciada por esses pacientes ocasionou grande impacto. Aprendemos a realizar procedimentos de enfermagem como puncionar veias e aplicar injeção endovenosa em pacientes quase moribundos. O hospital recebia os casos mais graves de tuberculosos, ocasionados na maioria das vezes pelo abandono do tratamento. O isolamento masculino e feminino ficava numa área restrita do hospital, as injeções endovenosas de complexo vitamínico, faziam parte das prescrições desses pacientes, permanecíamos por cerca de 10 minutos realizando o procedimento sem utilização de máscara para proteção. Anos mais tarde dois dos nossos colegas desenvolveram a doença.

A adaptação do grupo as rotinas do curso, ao estágio hospitalar, a alimentação e a saúde dos familiares foram aos poucos sendo superadas. Com o passar dos dias nos deparamos com outra situação que nos causou perplexidade, quase diariamente nos deparávamos com casos de suicídio, entre os Kaiuá. Quando iniciamos o curso, recebemos orientações gerais sobre o curso, a organização interna da Missão Caiuá, nossos deveres e obrigações, porém, nada foi mencionado sobre o suicídio.

A sede do posto indígena onde funcionava a administração da reserva ficava próximo da sede da Missão e sempre que ocorria um suicídio o corpo era levado até o hospital, para que a morte fosse constatada pela enfermagem, pois a instituição não possuía médico em seu quadro de pessoal. Os colegas que estagiavam no hospital no período das 06 às 08 horas da manhã, passaram a se recusar de fazer os plantões, pois nesse horário, era comum a chegada do veículo Toyota trazendo corpos de jovens, que tinham cometido suicídio à noite.

Nossos questionamentos foram levados para a coordenação do curso e para a direção do hospital, observamos, no entanto, que o alto índice de suicídios era tratado como algo corriqueiro. Passamos então a tentar contato com as famílias desses jovens para tentar entender as causas que levavam ao suicídio. Percebemos então, que dentre os povos que compõe a população indígena da Reserva de Dourados, os Kaiuá pareciam ser os que



viviam em condições mais precárias, eram tratados como uma casta inferior pelos outros povos.

Aos finais de semana íamos até a aldeia, muitas vezes sem autorização da Coordenação do curso, para tentar conversar com familiares buscando identificar as razões que levavam a prática de tais atos. Tivemos acesso a poucas informações, os motivos relatados estavam relacionados a desentendimentos familiares e, sobretudo a situações de desilusões amorosas. No nosso grupo havia um colega Kaiuá, passamos a ter cautela, evitávamos brincadeiras com receio de que pudesse interpretar de forma equivocada.

Esse adolescente natural de Dourados, fora abandonado ainda criança pelos pais, sendo então adotado pela Chefe da Casa do Índio do Rio de Janeiro, Sr<sup>a</sup> Cariry que o inscreveu no curso para posteriormente atuar na instituição como profissional de saúde. Com o passar dos dias Marco Antônio, esse era seu nome passou a demonstrar interesse por mim, o grupo percebeu suas atitudes e ficaram apreensivos, pois qualquer reação de minha parte poderia ocasionar uma desgraça. Quando finalizou o curso, retornamos para nossas respectivas regiões e durante um ano recebi diariamente cartas escritas por ele. Até que um dia deixei de recebê-las, soube mais tarde que ele havia se casado com uma moça Bororo que trabalhava na Casa do Índio do Rio de Janeiro.

Havia no hospital uma ala infantil onde encontravam-se internadas cinco crianças em tratamento de tuberculose, devido ao longo período de internação para o tratamento, suas famílias retornaram para as aldeias e perderam o contato. Apesar das recomendações, estabelecemos um vínculo muito forte com esses pequenos, e à medida que se aproximava o término do curso, percebemos o quanto seria difícil dizer adeus a essas crianças. Optamos por não falar sobre nosso retorno, porém, na hora em que estávamos embarcando eles surgiram para se despedir, a última imagem que guardo desse instante foi do menorzinho correndo atrás do carro que nos conduzia à rodoviária.

Durante o processo de formação ficou evidente que a bagagem de conhecimentos e experiências culturais dos alunos de diversos povos, não teria qualquer importância para a instituição. A experiência foi marcante, ao final do curso retornamos para nossos locais de origem, prontos para “implementar” um processo de atenção à saúde que nos distanciava dos conhecimentos tradicionais. Fato que foi constatado mais tarde, quando os conflitos entre o sistema tradicional de cuidados entravam em choque com as diretrizes da saúde indígena adotadas pela FUNAI.

Quando participei da seleção para esse curso tinha ciência de que caso fosse aprovada nas etapas do curso, iria trabalhar na Terra Indígena de Nonoai também no Rio Grande do Sul com população kaingang e Guarani. Meu pai, preocupado com a responsabilidade do trabalho que eu iria assumir, solicitou sua transferência de Ligeiro para Nonoai e minha família me acompanhou no meu primeiro grande desafio de trabalhar como monitora de saúde junto ao meu povo.

A terra indígena Nonoai, é a segunda maior Terra Indígena (TI) do Estado do Rio Grande do Sul, era organizada na época em 3 grandes setores (aldeias), estas dividiam-se em pequenos aldeamentos, com estrutura precária. Fixamos residência na sede da TI distante 8 km da cidade de Nonoai onde havia uma escola, o escritório da FUNAI, a residência do Chefe de Posto e do Cacique José Lopes. Não havia energia elétrica, à noite um gerador fornecia energia para as casas e também não havia sistema de abastecimento de água.

O profissional de saúde residia no prédio onde funcionava a “enfermaria”. parte da casa era utilizada como residência e o restante era destinado ao atendimento de saúde, depósito de medicamentos e quarto para pacientes em observação ou tratamento. O período de adaptação foi difícil, uma vez que não dispunha de estrutura física e material que havia no Ligeiro.

Chegamos em Nonoai, em dezembro de 1979 meses após a retirada de colonos que ocupavam parte da terra indígena, foi um período de intensos conflitos, com morte de colonos e indígenas, tendo repercussão internacional. O movimento de desocupação promovido pelas lideranças indígenas, ONGs e indigenistas fortaleceu as comunidades indígenas da região na retomada de suas terras, que foram expropriadas pelos governos estaduais, com o aval da instituição indigenista.

Devido aos conflitos, a atendente de enfermagem que estava lotada na terra indígena, havia abandonado suas atividades por sofrer ameaças dos colonos. A situação era extremamente grave, havia por parte da população da cidade e nos vilarejos do entorno uma forte discriminação e riscos de linchamento dos indígenas.

No início do ano letivo, matriculei-me na Escola Estadual Maria Dulcina juntamente com outros alunos da sede do Posto Indígena, quase todas as noites enfrentávamos problemas com nossos colegas não indígenas. A discriminação perdurou por longo tempo, aos poucos demonstramos que apesar das retaliações, não desistiríamos do propósito de nos instrumentalizar para juntos construirmos um mundo melhor.

Assim que assumimos o serviço, meu pai e eu fizemos um rápido diagnóstico da realidade local, buscando conhecer como estava estruturada a atenção à saúde, aos poucos identificamos os *Kujà*, os rezadores e especialmente as pessoas envolvidas nos cuidados com as gestantes, para durante o parto atuar em conjunto. Como a área estivera por longo tempo sem a atuação de profissionais de saúde, havia necessidade de compreender o itinerário terapêutico utilizado pelos indígenas. Observamos neste íterim, mesmo sem profissionais de saúde as pessoas tinham acesso à medicamentos, que eram fornecidos por um servidor da FUNAI que desempenhava as funções de motorista.

O cenário era preocupante, usava-se benzetacil (antibiótico injetável) diluído em água e administrado de forma oral, ou diluído em mercúrio para tratar de feridas na pele; recebia-se muito xarope de Iodeto de Potássio que os velhos colocavam no *pixé* (alimento feito a base de milho torrado). Foram necessárias muitas reuniões e conversas, para compreender o processo de ressignificação que estava em curso. Os operadores da medicina tradicional kaingang incorporaram medicamentos nos sistemas de cura.

As dificuldades para a execução da assistência à saúde logo ficaram evidenciadas, houve mudança de Chefe de Posto e para compor a equipe de saúde, este trouxe uma auxiliar de enfermagem que viera transferida do Mato Grosso. Nossa estratégia de trabalhar junto com os cuidadores tradicionais, logo foi identificada pela nova colega, que não compreendia tal prática. Mesmo sem comentar as imposições da colega a mudança de atitude foi percebida pela comunidade, ao chegarem à enfermaria recusavam a atenção da colega.

Quando a auxiliar de enfermagem assumiu seu posto de trabalho, tivemos o cuidado de repassar informações sobre como estávamos trabalhando com a comunidade, especialmente no tocante, aos cuidadores tradicionais. O que causou estranhamento à colega, pois seu entendimento era de que o trabalho a ser desenvolvido deveria seguir as orientações da instituição, em que uma vez doentes, deveriam ser medicados caso não apresentassem melhora do quadro, teriam de ser encaminhados para tratamento médico hospitalar.

A profissional afirmava que as rezas, as dietas, os chás eram recursos que só atrapalhavam a recuperação do doente. E os partos que na época só ocorriam em casa, salvo raras exceções deveriam ser realizados em ambiente hospitalar, para segurança da mãe e da criança.

Houve questionamentos pelo Chefe de posto, que buscava entender os motivos pelos quais as pessoas tinham como referência o nosso trabalho. Explicamos que talvez por estarmos há mais tempo atuando na Terra Indígena, o vínculo de confiança estaria consolidado. Seria oportuno que a colega, buscasse conhecer a realidade para compreender que havia outros cuidados que eram utilizados pela população, e o serviço de saúde era mais uma opção disponível a ser acionado para minimizar os efeitos da fase aguda das doenças. A recomendação foi de que deveríamos seguir as normas que o serviço de saúde preconizava qualquer manifestação diferente, seria tratada em conformidade com a legislação vigente.

Mesmo diante da postura intransigente do Chefe de Posto, continuei a acompanhar a evolução da gestação das mulheres a partir das observações das “parteiras” D. Belmira e Vó Augusta que eram as pessoas que acompanhavam as gestantes preparando-as para o parto. Até que houve um comunicado para a sede da FUNAI em Porto Alegre/RS, de que estaria descumprindo com meu papel de profissional de saúde.

Houve uma reunião no Pinhalzinho, um dos setores da terra indígena de Nonoai, com a enfermeira responsável pelo Setor de Saúde da FUNAI e uma Assistente Social, com participação das lideranças indígenas e chefe do posto. Houve questionamentos sobre o meu trabalho no tocante aos cuidados tradicionais que as gestantes utilizavam e a opção por terem seus filhos segundo os costumes. No entendimento da instituição meu papel era de desenvolver ações curativas biomedicamente orientadas. Os cuidados tradicionais não figuravam como elemento importante no cuidado à saúde.

Diante das recomendações, adotamos como estratégia não tratar de assuntos relativos aos cuidados mantidos pela rede familiar na presença da colega. A gestão da chefia foi marcada por uma sucessão de equívocos e em pouco tempo todos foram afastados.

Tínhamos compreensão de nossas limitações enquanto profissionais de saúde, além de haver pouca oferta de serviços na rede de saúde do município de Nonoai. O serviço de saúde tinha de ser resolutivo, mesmo sem ter competências para prescrição de medicamentos, era comum fazê-lo, para isso utilizávamos o livro - Onde não médico, escrito em 1973 por David Werner para as comunidades camponesas que viviam nas montanhas do México. A publicação era dirigida particularmente aos trabalhadores de saúde de nível básico e médio de atenção, com informações sobre diagnóstico, tratamento e demais cuidados de prevenção, promoção e recuperação da saúde, respeitando os conhecimentos

locais. Era um instrumento importante que minimamente nos respaldava para o enfrentamento dos problemas de saúde da população.

Devido a minha pouca idade, e o fato de não ter parido não me habilitavam a adentrar no universo feminino, para discutir e compreender como se dava os cuidados relativos a gestação e parto. Tive dificuldades em discutir com as gestantes questões ligadas aos cuidados culturais, pois não trazia tatuado em meu corpo a experiência vivida nessa fase tão importante do ciclo vital.

Passaram-se dois anos até que uma colega de aula do, então, segundo grau se casou e ficou grávida acompanhei sua gestação, estive presente no momento do parto e aparei o bebê. Obtive então as credenciais que me habilitaram a penetrar no universo das mulheres Kaingang de Nonoai, dias mais tarde fui convidada a batizar a criança. Finalmente os laços de confiança e parentesco estavam selados.

Outros fatos se sucederam e colocaram em cheque as diretrizes de saúde adotadas pela instituição. Uma paciente jovem da aldeia Pinhalzinho teve de ser submetida à cesariana no hospital de Planalto, dias após a realização do procedimento apresentou um quadro grave de infecção na incisão cirúrgica. A paciente foi referenciada para o hospital São Roque de Nonoai, que dispunha de mais recursos para o tratamento, porém devido à gravidade do quadro o médico optou por não interná-la temendo contaminação na maternidade do hospital.

A paciente foi encaminhada para a enfermaria da Sede da Terra Indígena, para o tratamento à base de antibiótico intramuscular de 12 em 12 horas, além de curativos 3 vezes ao dia. A situação era muito grave, a incisão cirúrgica abriu e estavam expostos os órgãos internos com produção intensa de fluídos com odor intenso. O cirurgião que a acompanhava deslocava-se diariamente até a enfermaria para acompanhamento e avaliação.

A família esteve sempre presente, passado alguns dias a mãe pediu para que uma *Kujà* tratasse da filha com plantas medicinais, benzeduras e dieta. Tomadas às precauções para que não fosse percebido a atuação da xamã, iniciamos o tratamento em conjunto. O curativo era feito com soro fisiológico em grande quantidade para limpar a cavidade, a partir de então, passamos a usar a infusão preparadas com ervas medicinais e posteriormente era colocado açúcar mascavo na incisão. Esse procedimento era feito no curativo da noite, para que o médico não percebesse a presença de substância estranha na cavidade.

Interessante é que aos poucos houve uma diminuição significativa da produção de secreção e o ferimento começou a fechar, a hipertermia (febre alta) cedeu e a paciente apresentava sinais de franca recuperação. O médico ficou impressionado com o restabelecimento da paciente. Cerca de 40 dias do início do tratamento a paciente teve alta e retornou ao Pinhalzinho.

Porém, antes da alta médica, contei ao Dr. Renê (cirurgião que atendia nossos pacientes com deferência, algo incomum para uma região onde a questão indígena era tratada com muito preconceito) o que de fato havia se passado. A princípio ele demonstrou certa incredulidade, mas diante dos fatos não tinha o que questionar. A única exigência que ele fez foi de que eu o comunicasse sempre que outras práticas de atenção estivessem atuando em conjunto. A partir daí, tivemos um grande aliado no serviço de saúde nos anos em o profissional atuou no hospital da cidade.

É importante ressaltar que a melhora do quadro da paciente, certamente se deu a partir da intervenção da *Kujà* e dos cuidados e dietas que a paciente e sua família se submeteram. A presença familiar constante junto da paciente contribuiu para seu restabelecimento, aliada ao tratamento convencional adotado pela biomedicina. Dias antes da alta médica, estava finalizando o curativo, quando a paciente começa a relembrar o processo de cuidados a que foi submetida e das incertezas se teria condições criar seu filho, ao final me concede o privilégio de batizá-lo.

Passados alguns dias da alta da paciente, outro caso grave aconteceu. Um menino sofreu queimaduras com água quente em cerca de 60% do corpo. Ele foi imediatamente levado ao hospital, onde foi submetido à debridação (retirada da pele morta) sob anestesia e retornou para os cuidados na enfermaria. Fiquei extremamente receosa de recebê-lo, pois havia tratado de uma infecção grave recentemente, e poderia expor o paciente ao risco de contaminação por bactérias presentes no ambiente.

Apesar dos meus protestos, Dr Renê insistiu em mantê-lo internado na enfermaria, os curativos iniciais eram extremamente dolorosos levavam cerca de duas horas. Mais uma vez associamos os cuidados da biomedicina e da medicina tradicional Kaingang, depois de alguns dias o processo de renovação celular era visível, dando início à cicatrização. Hoje a família reside no Morro do Osso em Porto Alegre onde Valdomiro (pai do menino) é Cacique.

A terra indígena de Nonoai possuía uma extensão territorial de 14.910 ha, mantinha serviços de saúde que funcionavam com precariedade na sede e no Pinhalzinho, os

indígenas que residiam nos demais setores (aldeias), quando tinham necessidade de atenção da enfermagem tinham de deslocar-se ao serviço mais próximo. Era comum a ocorrência de surtos de doenças respiratórias e gastrointestinais em crianças, além de casos de Tuberculose.

Frequentemente íamos para essas aldeias para realizar atendimentos e acompanhar a comunidade em seu cotidiano. Foram experiências importantes, pois compreendi que cada setor/aldeia tinham sua organização própria, independente de pertencer ao mesmo povo indígena. Por isso, é imperativo que as equipes que atuam na saúde indígena organizem a atenção de acordo com a realidade local e em conjunto com a população indígena.

Estive alguns meses entre os Kaingang e Guarani na aldeia Pinhalzinho, durante o período de licença maternidade de uma colega, foi minha primeira experiência com os Guarani, que possuem uma organização social bem diferente de nós Kaingang. No Rio Grande do Sul há 4 terras indígenas com população Guarani, suas aldeias geralmente localizam-se em áreas mais afastadas, porém ricas em recursos naturais. Esse distanciamento se justifica pelas relações não amistosas entre as etnias.

Os Guarani são pacíficos, não se envolvem em conflitos como os do Grupo Jê, são amáveis, gostam das boas palavras e para nós Kaingang especialmente para os da metade *kamé* são indícios de uma sociedade que pode ser escravizada. As relações sempre foram carregadas de estigmas, sempre que havia repasse de sementes, de enxadas, arados, animais de tração e demais instrumentos para uso nas roças pela FUNAI, os Guarani eram beneficiados somente se houvesse sobra de insumos.

O atendimento à saúde se dava da mesma forma, a comunidade conseguiu construir um pequeno ambulatório na aldeia, porém nunca foi utilizado por pressão das lideranças Kaingang. Há uma verdadeira disputa por aparelhos do Estado, uma comunidade que consegue construir uma escola, um ambulatório, ou dispor de profissional de saúde significa aumento de prestígio e poder interno. Há que se ater para esses detalhes, algumas aldeias são beneficiadas com obras pleiteadas por lideranças que negociam com as instituições e nem sempre beneficiam os que mais precisam.

Destaco também, o trabalho realizado entre os Kaingang do Rio da Várzea, na época uma pequena aldeia, com liderança própria, uma extensão da Terra Indígena de Nonoai, ligada por uma reserva florestal que era terra indígena e foi declarada como reserva florestal pelo governo do Estado do Rio Grande do Sul em 1941.

Com a criação da reserva os Kaingang que viviam no local ficaram impedidos de fazer sua roças de subsistência, de caçar, pescar, sofrendo violenta perseguição dos guardas florestais que vigiavam toda a área da reserva. Suas roças e ranchos eram queimados, chegando à violência física, tinham de mudar constantemente suas moradias fugindo de seus agressores. A prática de abusos tinha como objetivo transferir os moradores para a terra indígena de Nonoai, para ocupação da terra pelo Estado.

No entanto, mesmo diante das adversidades o grupo manteve-se coeso, não aceitavam morar na Terra Indígena de Nonoai, pois, teriam de se submeter às lideranças e ao sistema de confinamento. Em 1985 foi instalado o primeiro posto da FUNAI, quando puderam se estabelecer definitivamente no local.

Cerca de 2 anos antes da instalação do posto, passei um período entre os Kaingang do Rio da Várzea, para realizar censo populacional, atualizar calendário vacinal além de outras ações de saúde. Meu primeiro contato com a população ocorreu nas margens do rio da Várzea, quando fiz a travessia numa pequena canoa conduzida por um menino de mais ou menos 10 anos de idade. Ao chegar do outro lado, subimos uma encosta íngreme, andamos por cerca de meia hora pelo meio da mata fechada, até chegar numa clareira onde estava a aldeia, com casas cobertas de capim e uma única construção de madeira, onde funcionava a escola.

Fui recebida por uma mulher sorridente chamada Laurinda, esposa do então cacique e *Kujà* João Elias Moreira, a comunidade vivia de forma independente, sem a presença institucional. Lá tive a oportunidade de vivenciar as práticas de cuidado com a saúde na sua essência, especialmente em relação à saúde da mulher. A aldeia era constituída de poucas famílias, fiquei acampada na escola, era inverno e o sol só aparecia depois de 10 horas da manhã devido à neblina.

Com o passar dos dias, fui me integrando à comunidade, me chamou a atenção o fato das famílias terem um número reduzido de filhos e um intervalo significativo entre as gestações. Nas conversas com Laurinda e suas noras fui informada que as mulheres utilizavam plantas medicinais como contraceptivos e os partos ocorriam na mata ou em casa acompanhados por ela.

Os problemas de saúde eram tratados ali mesmo, pelo *Kujà* e raizeiros, raramente havia remoção para o hospital do município de Rodeio Bonito. As crianças eram saudáveis, a alimentação era à base de peixe, de frutos da floresta, do pinhão na época do inverno e de pequenas plantações de subsistência, onde eram utilizadas sementes tradicionais de milho



roxo. A ausência do Estado não implicava na qualidade de vida dessas pessoas, neste período a relação com os guardas florestais já havia mudado, o grupo tinha liberdade de desenvolver suas atividades cotidianas de acordo com os costumes.

A população do Rio da Várzea se destacava pelo forte sentimento de preservação ambiental, a mata estava preservada a agricultura de subsistência era praticada em pequenas áreas. Havia uma enorme variedade de plantas medicinais na mata que circundava a aldeia, uma noite enquanto conversávamos Laurinda me convidou para na manhã seguinte, antes de nascer completamente o sol sairmos para a coleta de plantas medicinais para fazer remédio para a nora gestante. Tomamos precauções antes de adentrar na mata, a claridade da manhã começava a surgir e era um momento em que o domínio ainda era dos espíritos da noite, da metade *Kairukré*. Enquanto colhia explicava a ação terapêutica da planta, o nome pela qual era conhecida, porém, sempre ressaltando que dever-se-ia tomar cuidado de não falar sobre determinadas espécies, estas deveriam ser mantidas sob sigilo.

Retornando ao trabalho na sede em Nonoai e as atividades escolares, participei de uma Feira de Ciências de escolas situadas em municípios cuja área de abrangência estava sob a jurisdição da 7ª Coordenadoria Regional de Educação, realizei uma pesquisa sobre as plantas medicinais utilizadas pelos Kaingang de Nonoai. O trabalho foi realizado sob orientação de duas pessoas que detinham conhecimento sobre o assunto. Eles elegeram que tipo de plantas poderiam ser utilizadas no trabalho, foram as mais comuns para tratamento de doenças de pele, hipertensão, doenças gastrointestinais e respiratórias, foram apresentadas as espécies, a indicação e formas de preparo.

Foram mais de 15 municípios que participaram da feira de ciências, com cerca de 60 trabalhos selecionados em diversas áreas do conhecimento. O evento foi realizado num município próximo de Passo Fundo, ao chegar no local organizamos o *stand* e percorri a feira para conhecer as experiências concorrentes, haviam mais 4 trabalhos sobre plantas medicinais. Após a abertura do evento, os avaliadores percorriam os *stand* sem se identificar, avaliando a forma de apresentação e sobretudo o conhecimento do expositor e ao final do 2º dia do evento somente 3 trabalhos seriam selecionados.

O encerramento ocorreu num grande ginásio de esportes e combinei com meu professor e os colegas do grupo, que ficaria próxima da saída caso não estivéssemos entre os finalistas sairíamos sem fazer alarde. Esse cuidado foi em função da repercussão do nosso trabalho, que durante todo o evento foi um dos mais visitados. O momento esperado da premiação foi tenso, primeiro foi chamada a equipe que ficou em 3º lugar, depois o 2º

lugar e quando anunciaram o vencedor meu coração quase parou, era o nosso trabalho. Houve uma verdadeira ovação, depois dos abraços da equipe tive de percorrer todo o ginásio para receber o prêmio, foi uma festa, pela primeira vez a Escola Cenecista de 2º grau Padre Manoel Gomes Gonzales de Nonoai tinha um trabalho finalista cujo objeto de pesquisa versava de plantas medicinais dos Kaingang. Eu só conseguia pensar na luta que foi sermos aceitos enquanto indígenas na escola de 1º grau do município.

Ao finalizar o 2º grau, passei a pleitear minha transferência para Passo Fundo para continuar meus estudos, onde funcionava o Serviço de Assistência ao Índio–SAI, encaminhei vários requerimentos, com exposição de motivos que eram indeferidos. Finalmente em 1988, consegui a transferência, a sede da FUNAI havia sido transferida recentemente de Porto Alegre para Passo Fundo. A transferência ocasionou uma redução drástica de pessoal, os servidores optaram pela redistribuição para outros órgãos a vir morar no interior. Passei a realizar acompanhamento de pacientes indígenas referenciados para tratamento médico especializado. O sistema de saúde na época ainda era mantido pelo Instituto Nacional de Previdência Social/INPS, o agendamento de consultas médicas era feito através de liberação de fichas, e por volta de 5h da manhã eu me dirigia aos ambulatórios onde permanecia na fila que se formava na entrada das instituições para fazer os agendamentos.

Após o agendamento, comunicava os Postos Indígenas, sobre a data do deslocamento dos pacientes, aguardava-os na rodoviária, e os acompanhava nas consultas médicas e internações hospitalares. A ida para Passo Fundo teve como objetivo além do trabalho, a possibilidade de continuar meus estudos, minha área de interesse era Serviço Social, como não havia esse curso nas universidades da região, pensava em prestar vestibular para enfermagem. Porém, devido o alto custo do curso e por ser em turno integral, optei por fazer o curso de Técnico de Enfermagem no período noturno.

O período de adaptação na cidade foi muito difícil, eu estava com 25 anos de idade e nunca havia morado fora de uma Terra Indígena, foi um verdadeiro choque cultural. Além do preconceito que era tratada pelos meus colegas de trabalho, foi um longo tempo até provar que tinha competência para realizar meu trabalho.

No final do 2º ano de trabalho na sede da FUNAI, organizei os documentos do ano que findava para arquivá-los, minha chefe então sugeriu que organizasse os arquivos dos anos anteriores cujos documentos haviam sido colocados em caixas sem catalogação. Foram semanas de trabalho, separando documentos, quando encontrei um memorando do responsável pela FUNAI no Estado para o Departamento de Recursos Humanos da FUNAI

em Brasília com data de 1986, dois anos antes da transferência efetiva. O documento solicitava tornar sem efeito a minha remoção para a sede, uma vez que se tratava de servidora indígena que não se adequava as normas da instituição. Fiquei surpresa com o despacho, pois nunca tivera conhecimento da transferência.

Decorrido algum tempo passei a consolidar os relatórios mensais de atividades produzidas pelos atendentes de enfermagem que atuavam nas áreas do Rio Grande do Sul. O relatório mensal era enviado ao Departamento de Saúde da FUNAI em Brasília, acompanhado de censo populacional por faixa etária. Certa vez, fui questionada pelo administrador por ter colocado no formulário de notificação de óbito como causa base de morte, Anemia aguda. As informações eram extraídas da Declaração de Óbito emitida pelo médico que atendeu o paciente que tinha sofrido um ferimento grave por arma branca.

Foi a gota d'água, imediatamente busquei a Declaração de Óbito e comprovei que não estava equivocada, que já estava chegando à conclusão de que a falta de confiança tinha a ver com o fato de ser indígena. Foi um momento tenso, o administrador pediu desculpas e a partir de então passei a ser uma espécie de assessora. Fui nomeada como Chefe do Serviço de Saúde da Administração Regional.

Situações como essa tem se repetido ao longo de minha vida profissional. Outro momento constrangedor ocorreu quando certo dia estava no gabinete discutindo algumas questões de saúde, e entra a responsável pelo Serviço de Educação, com um documento em mãos, dizendo ao administrador que havia recebido uma solicitação de indicação para uma reunião de mulheres indígenas e que não tinha ninguém com o perfil solicitado. Surpreso ele questiona se eu não poderia representar as mulheres indígenas do Estado? A colega surpresa responde que “devido a convivência por vezes ela esquecia que eu era indígena! Concluí que de fato o preconceito era uma questão cultural.

Em 1999 foi instituído o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, houve a transferência de responsabilidade da saúde indígena da FUNAI para a FUNASA, sendo criado então o Pólo Base de Passo Fundo, mudamos da sede da FUNAI para uma sala no Hospital Municipal da cidade. Foi um período de grandes atribulações, as instituições estavam em conflito de competência desde 1991, os gestores que assumiram tiveram muitas dificuldades para executar as ações de saúde.

Em 2001, percebendo que não conseguiríamos transpor as dificuldades impostas pelos gestores, decidi prestar vestibular para Serviço Social na Universidade Luterana do Brasil – ULBRA, que havia aberto recentemente um campus na cidade de Carazinho

distante 40 kms de Passo Fundo. Fui aprovada, estudava a noite e continuei trabalhando. Neste ínterim, fui eleita Presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Interior Sul, cargo que me possibilitou um contato maior com a Funasa em Brasília e com os demais presidentes dos 34 DSEI.

Desde muito pequena sonhava em conhecer os povos indígenas das outras regiões do país, especialmente os “parente” (tratamento usado por nós indígenas) do norte. Queria percorrer o caminho do meu pai, em 2006 surgiu a oportunidade de trabalhar no Departamento de Saúde Indígena da FUNASA em Brasília. Refleti, ponderei e cheguei à conclusão de que seria importante trabalhar na sede da instituição responsável pela saúde indígena. Fiz planos de ficar na cidade por dois anos e depois seguir para a região norte.

No entanto, havia uma questão a ser resolvida, eu estava concluindo o curso de Serviço Social, negocieei com a Universidade Luterana do Brasil/ULBRA onde fazia o curso e minha transferência se efetivou em junho de 2006. A adaptação à nova cidade e ao local de trabalho foi tranquila, nos últimos anos vinha com frequência a capital para reuniões e oficinas promovidas pelo Controle Social.

Porém, a intenção de continuar a viagem rumo ao norte, foi temporariamente suspensa. Após concluir a graduação, fui convidada a administrar a Casa de Apoio à Saúde Indígena/CASAI/DF, onde permaneci até a criação da SESAI em 2010. Aceitei o desafio sem pestanejar, a CASAI<sup>1</sup> estava imersa numa série de problemas estruturais, com quadro reduzido de profissionais de saúde, além de serviços transporte e comunicação precários.

Foram 3 anos de trabalho intenso, mas extremamente gratificante. Tive a possibilidade de participar – juntamente com a equipe – da reorganização de serviços de saúde, que tinha como objetivo promover a recuperação da saúde dos pacientes indígenas de diversos pontos do país, referenciados para tratamento de alta complexidade na Rede de Saúde do

---

<sup>1</sup> A Casa de Saúde do Índio/CASAI é parte integrante da rede de serviços de atenção à saúde prevista na PNASPI “que requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização de serviços”. PNASPI (2002) À Casa de Saúde do Índio compete:

- I - promover o acolhimento do paciente indígena e de seus acompanhantes e fomentar a humanização do cuidado à saúde;
- II - promover a recepção, o alojamento, e a alimentação aos pacientes indígenas e seus acompanhantes, respeitando as especificidades culturais;
- III - prestar atendimento de enfermagem e a assistência farmacêutica aos pacientes indígenas;
- IV - promover terapias ocupacionais para os pacientes indígenas e acompanhantes;
- V - promover a articulação da rede de referência de ações de assistência social, bem como acompanhar o agendamento e a realização de consultas, exames e internações dos pacientes indígenas;
- VI - promover apoio logístico aos serviços de referência e acompanhamento de pacientes indígenas e de seus acompanhantes, quando necessário, e no retorno aos locais de residência;
- VII - fazer contra-referência com as Divisões de Atenção à Saúde Indígena dos DSEI;
- VIII - registrar as ações realizadas e manter atualizados os arquivos de informações dos usuários; e
- IX - orientar, monitorar e avaliar a execução de atividades de apoio administrativo, limpeza, manutenção, vigilância, transporte, administração de material, patrimônio, obras e comunicação da CASAI.

Distrito Federal. Em agosto de 2008, a CASAI passou a funcionar num hotel fazenda espaço locado à época pela FUNASA por 5 anos, o local foi adaptado para atender os pacientes e seus acompanhantes.

Houve um aumento significativo de profissionais de diversas áreas, ao todo foram contratadas 120 pessoas entre técnicos de enfermagem, médico, enfermeiros, psicólogo, serviços gerais, motoristas, brigadistas, vigilantes, assistente social, farmacêutico, assistentes administrativos, intérprete e pedagoga. Organizamos uma biblioteca, com livros doados a maioria das publicações relacionadas à questão indígena. A proposta inicial era para acompanhamento pedagógico de crianças e adolescentes que estavam em tratamento médico ou acompanhando familiares. A pedagoga estava em contato com professores das escolas desses alunos e recebia material para dar continuidade aos estudos. As mães invariavelmente acompanhavam as crianças e aos poucos demonstraram interesse em serem alfabetizadas. Muitas começaram a escrever seu nome a partir dessa experiência.

Além de proporcionar à uma criança Kamaiurá internada no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) desde seu nascimento, paciente portador de Síndrome de Down, acesso a educação. Em 2008 ele teve alta hospitalar, porém devido ao quadro não poderia retornar ao Parque Nacional do Xingú, e continuou tratamento na Casai.

O desafio era como compatibilizar o processo de trabalho de uma equipe com profissionais de áreas diversas, com vínculos empregatícios diferentes, trabalhando com povos indígenas de diversas etnias. Foi um longo processo de discussão com os profissionais, em oficinas, rodas de conversa, no intuito de prepará-los para atuar com culturas diferentes.

Outro desafio estava relacionado aos conflitos entre os povos indígenas, que utilizavam os serviços da Casai, pois muitos eram inimigos históricos e se recusavam a dividir o mesmo espaço de convivência, aos poucos depois de muito diálogo a relação entre as etnias foi sendo reavaliada. Na semana de natal de 2008, uma anciã Xavante pediu para fazer um presépio com buriti na entrada da instituição, a forte presença da Igreja Católica na etnia Xavante, ainda rifele no cotidiano desse povo. Pela manhã ela o marido e alguns profissionais dos serviços gerais, foram coletar buriti numa vereda próxima. Ao retornar iniciaram o trabalho, em seguida indígenas do Xingú se juntaram ao grupo para construir o presépio, demonstrando superação dos problemas de relacionamento.

Em função da heterogeneidade dos povos indígenas que utilizavam os serviços, adequamos o cardápio para atender minimamente os costumes alimentares de cada etnia,

além de observar o tipo de dieta recomendada pelos pajés. A direção da empresa contratada para fornecer a alimentação, compreendeu a importância de adequar-se aos hábitos alimentares culturais dos indígenas. Fizeram uma longa pesquisa até encontrar o tipo de polvilho adequado para fazer o *beijú*, a variedade de peixes também foi revista, pois dependendo do tipo de patologia, há restrições para alguns tipos de pescado.

Às quartas-feiras e sábados o almoço era feito pelos pais do menino Kamaiurá, que preparavam a refeição constituída de frango e peixe assado acompanhado de *beijú*, destinado aos pacientes e acompanhantes. O almoço virou uma tradição, quase sempre havia convidados, desde profissionais da rede de saúde, quanto, pessoas que ocupavam funções públicas importantes, com atuação em favor da causa indígena. Além de delegações de outros países que vinham conhecer o funcionamento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no país.

Em virtude da necessidade de ocupar o tempo ocioso dos pacientes e acompanhantes durante a permanência na CASAI, foi proposta aos indígenas a realização de oficinas para confecção de artesanato, sob a coordenação da psicóloga. A sugestão do grupo foi de confeccionar artesanato de suas respectivas etnias. A aquisição da primeira remessa de material como miçangas, agulhas, linha de crochê foi através de recursos financeiros da conveniada IPEAX – Instituto de Pesquisa Etno-Ambiental do Xingu, as peças eram vendidas nas feiras de artesanato aos finais de semana. Parte do recurso obtido nas vendas era repassada ao artesão e o restante destinado a compra de materiais para continuidade das oficinas.

A experiência teve êxito, aos finais de semana um pequeno grupo vendia as peças nas feiras de artesanatos, acompanhados pela psicóloga. Diante da procura pelas peças, fizemos um cadastro da CASAI como instituição filantrópica para não pagar pelo espaço de exposição nas feiras que tradicionalmente funcionam na cidade. O sistema tinha um controle rigoroso, cada peça recebia um código de identificação do artesão, para que no final da feira os recursos oriundos das vendas fossem entregues ao autor da peça.

O período da permanência de um paciente na CASAI, está relacionada com sua história clínica, a média de tempo é de cerca de uma semana, a casa recebe pacientes de todo país. Visando proporcionar espaço de interação entre os indígenas e a equipe da casa, foi adotada como estratégia momentos de conversa à noite ao redor de uma fogueira, prática comum entre nós indígenas. Propusemos então que os profissionais participassem destes momentos, para compreender ainda que de maneira muito elementar, quem são esses povos, seus hábitos e costumes, e os sistemas de cuidados à saúde que praticam, os

profissionais perceberam então, que o sistema biomédico é mais um recurso do itinerário terapêutico.

A iniciativa despertou interesse dos profissionais, essa aproximação foi fundamental para a organização dos serviços de cada setor, o serviço de transporte passou a compreender, por que não poderia colocar sentado na mesma poltrona do veículo que conduzia os pacientes para a rede de serviços do SUS o sogro e o genro, por exemplo; o setor administrativo passou a ter mais celeridade nos procedimentos de pedidos de passagem, discutindo com o Serviço de Passagens da FUNASA qual era o melhor itinerário a ser emitido na compra de passagens. As rodas de conversa oportunizaram aos profissionais olhar para seu processo de trabalho e também que todos independente de sua função, estavam implicados na recuperação da saúde desses pacientes.

A FUNASA passou a garantir passagens para os pagés, os rezadores para deslocarem-se à Brasília, para realizarem suas práticas de cura à pacientes em tratamento médico. Na inauguração da Casai vieram lideranças do Xingú e entre eles alguns feiticeiros, o que chamou a atenção é que fazia 15 dias que havíamos mudado e até então não tinha sido observada a presença de animais peçonhentos nem de muriçocas no local. Depois do retorno da comitiva para o Xingú, a casa sofreu uma infestação de mosquitos foi feita dedetização e não teve qualquer efeito. Aparrú Kamaiurá, explicou que entre os convidados do Xingú, havia um feiticeiro, e somente um pagé poderia desfazer o feitiço. A solicitação foi atendida, o pagé veio fez seus rituais e tudo voltou a normalidade.

Os pacientes referenciados para tratamento de alta complexidade são portadores de patologias graves, na maioria das vezes permaneciam hospitalizados para o diagnóstico e tratamento. O momento de informar à família sobre os procedimentos a serem realizados eram acompanhados pelos enfermeiros, caso a família decidisse retornar para a aldeia e realizar o tratamento com o pagé, uma reunião era realizada com a equipe médica. Com o intuito de esclarecê-los sobre a importância de garantir ao paciente o direito de ser tratado pela medicina tradicional indígena. Era um momento de negociação com esses profissionais, que percebem a doença descolada do contexto cultural, a ciência médica cuida das manifestações da doença no organismo humano. Enquanto que, para nós povos indígenas a doença não existe fora do contexto sócio-cultural. Buscávamos assegurar com isso, o retorno do paciente para continuar os procedimentos biomédicos.

Considero que, a experiência tenha sido exitosa em função do respeito aos profissionais, frequentemente eram realizadas reuniões e oficinas com vistas a qualificar os serviços, e a motivar o grupo para que independente de sua função tivesse responsabilidade

com o restabelecimento da saúde dos pacientes. Enfim, o tempo na CASAI foi o melhor tempo. O trabalho desenvolvido demonstrou que não existem soluções prontas, existem sim, possibilidades e caminhos que necessariamente precisam ser trilhados de forma coletiva, e o enfrentamento dos problemas pode ser construído a partir dos conhecimentos da biomedicina e das medicinas tradicionais indígenas.

No capítulo seguinte trago informações que possibilitarão compreender melhor o processo histórico do contato do meu povo com os colonizadores e as instituições indigenistas, sua organização social e cosmologia. Além de um breve relato sobre meios de subsistência, impacto de benefícios sociais ocasionando mudanças nos hábitos alimentares, alcoolismo, ocasionando surgimento de novas doenças, para as quais o *Kujà* (Xamã), não dispõe de conhecimentos necessários para o enfrentamento das mesmas.



## 2 O POVO KAINGANG

Para um melhor entendimento do tema proposto no presente trabalho, torna-se interessante a realização de uma apresentação histórica em relação ao povo kaingang no Rio Grande do Sul, contextualizando sua trajetória no estado.

O nome kaingang na língua materna significa “gente do mato” o que demonstra a estreita relação desse povo com a natureza e o meio ambiente na constituição de sua identidade. Na época das tentativas coloniais de contato receberam a denominação de “povos invisíveis” (pois ao empreenderem fuga dos bandeirantes paulistas deixavam apenas vestígios de cinzas nos locais por onde passavam denunciando sua presença).

A longa história de contato do povo Kaingang com os colonizadores e com as instituições indigenistas fizeram com que as influências externas marcassem profundamente a organização social, instaurando processos de ressignificação do sistema de cuidado da saúde na medida em que se estreitava o contato. Para Kleinman (1980),

“sistema de cuidados da saúde ocorre quando se constrói um modelo de compreensão denominado *health care system*, sistema de cuidado da saúde, cujas atividades relacionadas à saúde estão interligadas. Ou seja, sistemas de cuidados da saúde são entendidos como o conjunto de saberes e práticas relativas ao trato com a saúde, a doença, o corpo e a cura, cujos significados simbólicos são ordenados especificamente por cada sociedade, compreendendo um sistema cultural” (SILVA, 2008, p. 2 apud KLEINMAN).

A história do Grupo Kaingang pode ser apreciada em três épocas distintas: os séculos XVI, XVII e XVIII, que colocamos como o período mais antigo, isto é, a época em que o nossos ancestrais viviam entre um estado de isolamento e um certo contato intermitente com o bandeirante português. Sobre o grupo não se estabelece a influência jesuítica ao contrário do que aconteceu com os grupos horticultores que são catequizados; são exceções as tentativas de Cristóvão de Mendonça, em meados do século XVII, entre os Pinaré e a Redução de Conceição (BECKER, 1995, p. 11).

A penetração Kaingang, no Rio Grande do Sul, está exposta nos seguintes termos:

No Rio Grande do Sul parecem ter vindo estabelecer-se apenas em época relativamente recente, porquanto nas regiões por eles habitadas atualmente não se encontram quaisquer nomes de localidades tomadas ao seu idioma. Parecem ter vindo dos lados noroeste, talvez da Província do Paraná, e, em luta com os Botocudo, foram impelindo a estes para a frente, fazendo-os entrar finalmente na Província de Santa Catarina, em parte, por certo, com o apoio do governo brasileiro, que os utilizava como instrumento no combate àqueles perigosos saqueadores. (SCHADEN, 1963, p.80).

O século XIX, considerado como época intermédia do Kaingang, abarca duas grandes interferências no território e na organização do grupo; a colonização alemã e italiana a partir de 1824 e 1875, respectivamente, e a catequese instalada entre eles pelos jesuítas por volta de 1848 (BECKER, 1995, p.15).

“Já a situação do Kaingang do século XX é mais ou menos a mesma que a dos dois períodos anteriores, continuando a penetração e colonização da área indígena. Entra aqui todo o trabalho desenvolvido pelo Serviço de Proteção ao Índio, no sentido de assistir e preservar o grupo na situação de contato. [...] o *Kaingang* do século passado é um contingente reduzido numericamente, que tenta sua sobrevivência como grupo conservador de vários dos antigos traços culturais a um preço bastante elevado” (BECKER, 1995, p.21).

Além da cosmologia, o território constitui papel fundamental na organização social da etnia. Os territórios de mobilidade e deslocamentos dos Kaingang compreendiam os atuais estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul e Província de Misiones na Argentina. Os grupos deslocavam-se pela vasta região coberta por florestas de araucária (*Araucária angustifolia*), ou florestas de pinheiro - *fág* que produz o pinhão.

Tommasino, 2000, assim descreve as áreas de mobilidade:

O conceito Kaingang de propriedade se aplicava segundo um critério determinado. As florestas de todo o território tribal constituíam espaço de caça e coleta por qualquer indivíduo sem que essa exploração gerasse qualquer direito de propriedade sobre a terra, com exceção do pinheiral, que era dividido entre os subgrupos. Cada subgrupo (grupo local) tinha uma parcela do pinheiral sobre a qual exercia o direito à coleta do pinhão. (TOMMASINO, 2000: p. 197)

O pinhão é a base alimentar de meu povo, utilizado desde os tempos imemoriais, cozido ou assado na cinza para consumo imediato ou armazenado em forma de farinha misturada a vários tipos de comida. O pinhão significa para nós Kaingang o que a mandioca representa para alguns povos indígenas Amazônicos.

Nimuendajú (1912) reconheceu que viviam numa sociedade constituída por um sistema patrilinear dualista (sistema de metades) representado pelas relações opostas e complementares. O mito de criação do povo kaingang tem como heróis os irmãos *Kamé* e *kairú*. Os *Kamé* ou “*tej*” que significa um risco comprido na face são ligados ao Oeste, ao sol, ao pinheiro, ao quente, seco e forte; e os *Kairú* ou “*ror*” possuem uma marca arredondada nas bochechas e representa o leste, a lua, o cedro, o macaco, o frio e úmido. Os membros de uma das metades só pode se casar, com membros da outra metade, os filhos dessa união pertencem a metade do pai – sistema patrilinear.

Nesse ponto cabe uma explicação sobre essas metades identificadoras entre nós Kaingang, o que reforça ainda mais o padrão de organização social, que de acordo com Veiga (2000, p. 84), dessa forma se identificam:

As metades *KAMÉ* e *KAIRU* que dividem a sociedade Kaingang são percebidas como cosmológicas, isto é, todos os seres pertencem a uma dessas metades, que são opostas e complementares, não podendo uma existir sem a outra. Kairu e Kamé são os heróis míticos criadores da sociedade Kaingang; seus pais ancestrais, criadores das regras sociais. [...] na metade *KAMÉ* estão reunidas as seções Kamé e Wonhétky (com pintura de traços), e na metade *KAIRU* e Votor (com pinturas de pontos e de círculos).

Observa-se, portanto, a importância da cosmologia, que não diferentemente de outras castas, que também se utiliza do ritual e dos padrões culturais específicos. Podendo ser utilizado como exemplo, o tartan que é o tecido para se fazer o kilt, típica indumentária escocesa, que identifica os símbolos de determinado clã, ou mesmo, os brasões e escudos que identificavam as famílias na Idade Média.

Embora a descendência seja patrilinear, após o casamento o genro passa a morar na casa do sogro – matrilocal. O sistema de metades promove a divisão entre os homens e os demais seres da natureza, além de estabelecer regras de conduta para a sociedade Kaingang.

As famílias organizam-se em grupos domésticos compostos de unidades sociais constituída pelos pais e filhos, as filhas casadas com os respectivos maridos e filhos convivem num mesmo território, não necessariamente na mesma casa. Uma das características das sociedades Jê é a dinâmica política estabelecida entre sogro e genro, que são de metades opostas, mas politicamente se complementam.

A estrutura política é hierarquizada, assim constituída: cacique, vice-cacique que devem pertencer a metades opostas, que se complementam, em caso de aplicação de penalidades a um membro da aldeia, esta só pode ser feita por um indivíduo da mesma metade. O planejamento das ações políticas segue a mesma ordem.

“Na realidade, as patrimetades *Kaingang* representam apenas um aspecto – o sociológico – de toda uma concepção dual do universo. Todos os seres, objetos e fenômenos naturais são divididos em duas categorias cosmológicas, uma ligada ao gêmeo ancestral *Kamé*, e a outra vinculada ao gêmeo ancestral *Kainru*. Principalmente, as metades são percebidas pelos *Kaingang* como cosmológicas, estando igualmente ligadas aos gêmeos civilizadores, os quais emprestam seus nomes a elas”. (SILVA, 2002, p. 190).

A população Kaingang no estado é de cerca de 22.300 pessoas, que vive em 13 Terras Indígenas e 16 acampamentos, localizados à beira de rodovias aguardando processo de retomada e ou demarcação de suas terras. A Constituição Federal promulgada em 1988 possibilitou a organização de um movimento pela retomada de terras expropriadas pelo governo estadual na década de 1960. Que promoveu reforma agrária e a população foi removida para outras terras indígenas, sem direito a levar seus poucos pertences. (FUNAI/RS, 2007)

Atualmente ocupam-se Terras Indígenas localizadas entre o oeste paulista, norte, centro e sudoeste do Paraná, o oeste Catarinense e a região norte noroeste do Rio Grande do Sul.

Conforme enunciado no início do capítulo, o pinhão e a caça eram a base alimentar do meu povo, porém, com o estreitamento do contato com a sociedade não-indígena, observou-se uma mudança nos hábitos alimentares. Ocasionalmente pela implementação de projetos de desenvolvimento econômico em terras Indígenas promovidos no início do século XX pelo Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais, e posteriormente pela Fundação Nacional do Índio/FUNAI.

A partir dos anos de 1960 e 1970, os territórios indígenas passaram a ser alvo de interesse comercial, houve implementação do modelo econômico baseado na exploração da madeira e monocultura: plantação de trigo e soja. Esse modelo aos poucos foi adotado pelos indígenas, as melhores terras passaram a ser arrendadas para produtores rurais. Com a intensificação do uso da terra, houve necessidade da reposição de nutrientes, uso de agrotóxicos e pesticidas que vão além da área de cultivo, contaminando mananciais de água mudando radicalmente os ambientes naturais.

No tempo antigo, a terra era preparada para o plantio utilizando o sistema de coivara, ou agricultura de toco onde a mata é derrubada e queimada, e as cinzas utilizadas como adubo. Depois de um período de 2 ou 3 anos de cultivo a terra era deixada para descansar, ocasião em que havia a recomposição natural da vegetação.

O incremento da monocultura ocasionou desmatamento de grandes áreas e afetou o sistema de alimentação tradicional, que era constituído por plantas e vegetais que nascem espontaneamente na natureza e possuem valor cultural. Sendo utilizados largamente na culinária, além de plantas medicinais para uso do *Kujà* (xamã), de raizeiros e outros especialistas nos rituais de prevenção e cura.

A alimentação tradicional era constituída pela moranga (*pého*), o feijão (*rãgró*), a mandioca (*mŌnjóka*), a batata doce (*matata-grjgy*), o amendoim (*mfnvi*) e o milho (*gãr*), que

pertenciam originalmente à cultura kaingang. Os mais antigos tinham o hábito de comer insetos como larvas das palmeiras (*in natura*) que eram derrubadas para apodrecer e produzir as larvas, consumido cru ou fritos na própria gordura acompanhando outros alimentos, além de alguns tipos de insetos e abelhas.

As verduras que nascem na natureza também integram a culinária tradicional como o *fuá* (erva moura), o *kumi* ou folha da mandioca brava escaldada diversas vezes para retirar o “veneno”, o carurú, a cambuquira folha tenra da abóbora ou moranga e o *pyrfé* folha da urtiga brava. Preparados em refogados servem de acompanhamento de outros alimentos.

Os mais “antigos” apreciavam pratos a base de milho como o *pixé* feito com derivados do milho torrado socado pelas mulheres no pilão, a farinha resultante do processo era utilizada de diversas formas como farofa, e cozido com carne. As famílias mais jovens estão substituindo o *pixé* por farinha de milho industrializada ou farinha de trigo. O milho é bastante consumido verde, cozido ou assado na brasa.

Outro prato importante é o tradicional bolo assado na cinza (*ãmi*) produzida pelo fogo de chão, pode-se utilizar farinha de milho ou trigo dissolvida em um pouco d’água, e amassada com as mãos até obter uma massa consistente. Enquanto isso, o fogo devia ser alimentado com lenha seca para fazer o braseiro, o bolo então, era colocado na cinza coberto com uma camada de brasas. O bolo estava assado quando apresentava coloração marrom na crosta. Podendo ser consumido puro, ou com feijão (*rãngró*), erva-moura (*fuá*) e carne.

Atualmente a economia está baseada na agricultura, em sistema de produção comercial, a lavoura intensiva é cultivada com a finalidade exclusiva da comercialização. As lavouras de subsistência são mantidas pelas famílias que retiram dessa produção alimentos para sua subsistência e eventual venda do excedente. As lavouras são preparadas seguindo uma divisão territorial por unidade familiar. Em caso de necessidade de ampliar a roça ou por ocasião da colheita, é comum trabalharem em sistema de mutirão ou “puxirão” que prevê a troca-de-dia. Este sistema é utilizado para outras atividades, numa relação de troca de serviços que envolve famílias de diferentes marcas (*kamé/kairucré*) que são considerados *rã-rangré* (parentes). Esta forma de trabalho fortalece os laços de parentesco, consolidando a relação sogro/genro/cunhado.

As terras indígenas Kaingang no estado estão situadas em pequenos municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, e forte presença de descendentes dos colonizadores europeus. O fato da nossa população não ter tradição de praticar agricultura nos moldes convencionais da sociedade envolvente, é motivo de críticas por parte dos não-indígenas que sonham em transformar as terras indígenas em grandes áreas

produtoras de grãos. Aos poucos, porém, a sociedade Riograndense parece refletir sobre a questão, num trecho de reportagem publicada no Jornal Zero Hora do dia 01.08.2011, encontramos seguinte afirmação: “um dos erros foi esperar que os indígenas tornassem agricultores nos mesmos moldes dos colonos europeus – um estilo que nem sempre condiz com suas tradições.”

A produção de artesanato também representa uma fonte de renda, as peças são confeccionadas pelas mulheres com taquara e cipó, são trançadas e dão origem a arcos, flechas, peneiras, balaio, cestos e outros objetos de decoração e de uso doméstico. São vendidos nas cidades da região, onde as famílias permanecem acampadas em espaços sem estrutura adequada. O valor das peças de artesanato é baixo, muitas vezes são trocados por roupas e alimentos, o homem acompanha a esposa nas vendas. Outra fonte de renda sazonal é o trabalho em granjas de maçã, em abatedouros de aves e suínos e serviços prestados a produtores rurais do entorno.

As Políticas Públicas de inclusão, também são acessadas através da concessão de benefícios sociais como aposentadoria por idade/invalidez, Bolsa Família, Auxílio Maternidade, cesta básica de alimentos e outros. Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social, 3.775 famílias indígenas recebem o Bolsa-família no Rio Grande do Sul, sendo beneficiadas cerca de 85% do total das famílias indígenas estimadas. (Fonte, Jornal Zero Hora, 01.08.2011).

A concessão de benefícios sociais gera impacto na qualidade de vida de nossas comunidades, que deixam de produzir seus alimentos e os substituem por alimentos industrializados, refrigerantes, bebidas alcoólicas, entre outros. Essa mudança tem contribuído para o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, obesidade, desnutrição infantil, cardiopatias, algumas formas de câncer, alcoolismo, violência doméstica dentre outras.

O auxílio maternidade contribui para que os partos sejam hospitalares, pois a mãe ao dar alta recebe a Declaração de Nascido Vivo/DNV que a habilita a acessar de forma rápida ao benefício. As mulheres são encaminhadas pelas equipes de saúde para dar à luz aos seus bebês na rede de serviços de saúde do município, com isso, buscam assegurar que caso aconteça qualquer intercorrência durante o parto, receberão atendimento adequado. O fato do parto ocorrer em ambiente hospitalar rompe com a tradição e os costumes, que as mulheres Kaingang utilizam no momento do parto.

## 2.1 Registros Arqueológicos da Presença Kaingang

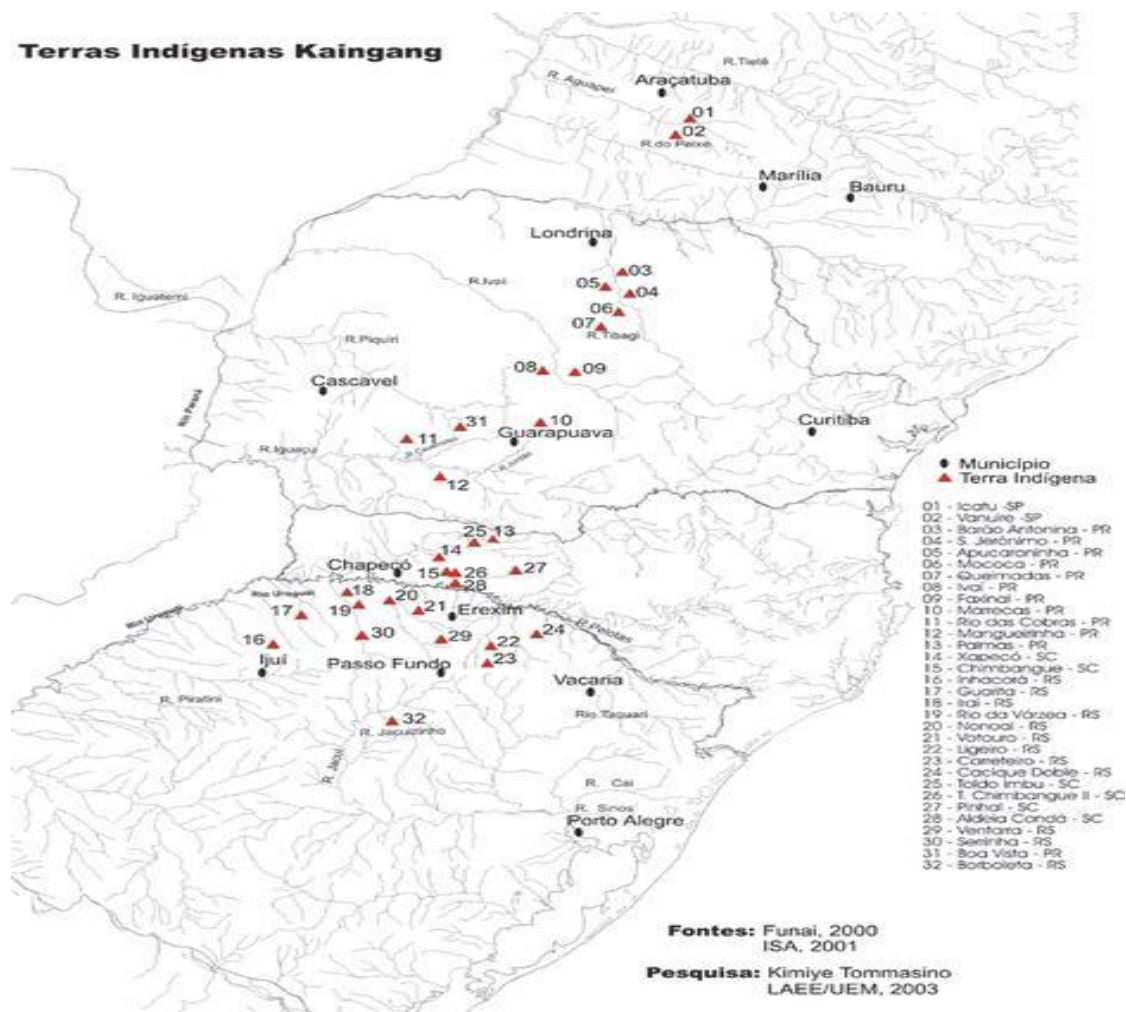
Os primeiros registros de ocupação humana no Rio Grande do Sul remontam a cerca de 12.000 anos atrás conforme atestam descobertas arqueológicas são grutas e abrigos localizados nas encostas do Planalto e Vales do Rio Caí, Sinos e Maquiné. Na região do Planalto ainda existem casas subterrâneas cavadas provavelmente para serem habitadas no período de inverno. Meliá, (1984).

“Foram encontrados vestígios arqueológicos de dois tipos de aldeia: casas subterrâneas e a céu aberto; uma origem autóctone, advinda da evolução de grupos caçadores-coletores locais; um modelo econômico baseado na coleta do fruto da Araucária e complementado pela caça, coleta generalizada e poucos cultivos, que levaria a população a um movimento pendular entre o planalto, suas encostas e o litoral atlântico; conseqüentemente, um certo nomadismo; e, finalmente, uma filiação étnica com os grupos etnograficamente conhecidos como *Kaingang* e *Xokleng*” (SALDANHA, 2005)

Registros históricos de jesuítas no século XVII dão conta da presença de indígenas conhecidos como *Guayanás*, *Gualachos*, ou “coroados” nas regiões dos planaltos paranaenses e riograndense. Seus costumes foram descritos em 1628 e 1630 pelo Pe. Montoya da Redução da Conceição dos *Gualachos*, situada as margens do rio Piquiri no Paraná. Viviam em pequenos povoados, em casas arredondadas “tipo forno”, e contavam com um cacique em cada povoado. Os homens não utilizavam roupas, as mulheres cobriam seus corpos com tecidos feitos com fios de fibras de urtiga, nos rituais fúnebres consumiam chicha de mel, e as doenças eram tratadas por curandeiros geralmente velhos, feiticeiros, e adivinhadores. (BARTOLOMEU MELIÁ, 1984).

Observe-se o seguinte mapa que situa as terras indígenas no Estado.

Figura 1: Mapa das Terras Indígenas Kaingang



A história do contato entre os Kaingang com os não-índios teve início ainda no século XVI, através de viajantes, missionários e bandeirantes, esses grupos viviam na época, mais próximos ao litoral atlântico. O território tradicional ocupado pelo povo Kaingang, abrangia área extensa nos estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, além do leste do Paraguai e o nordeste da Argentina.

“A partir de 1882 é denominado Kaingáng, termo introduzido por Telêmaco Morocines Borba para designar todo o índio não guarani dos Estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul; abrange os que antes eram conhecidos como Guaianá, Coroados, Bugres, *Shokléng*, Tupi, Botocudos, etc., enfim todos os grupos que linguística e culturalmente formavam o ramo meridional da Família Jê e que estão situados na longitude de 50° W, e entre 20 e 30° de latitude S”. (MÉTRAUX, 1963, p. 445).



A expansão geográfica dos Kaingang pode ser relacionada com as pressões que as expedições de conquista foram promovendo, pois de certa forma estes grupos ficaram sem seus locais de origem. Alguns caciques foram-se aldeando e tornando-se aliados dos brancos, obrigando os grupos que não concordavam em ser reduzidos a se retirarem para lugares mais distantes da rota expansionista, e lá permaneciam até serem alcançados. Porém, como ressalta Simonian (1980), esse não teria sido o único motivo de tais movimentos migratórios. Existiriam outras motivações – tais como disputas e alianças entre os grupos kaingang – que também devem ser levadas em consideração.

Simonian, (1980) enfatiza que a política de aldeamentos adotadas no período imperial tinha como objetivo “restringir a presença indígena a apenas determinadas áreas e, em consequência liberar suas terras à colonização.” Com o início da colonização italiana e alemã no Rio Grande do Sul entre 1824 e 1875, o povo Kaingang é expropriado de seus territórios, levando-os a reações violentas contra os colonos, além do impacto na organização social do grupo, promovida por influência da Igreja.

Como era costume na época, tudo o que atrapalhava o progresso era colocado de lado ou extinto, com meu povo não foi diferente, pelo contrário, foram os principais atingidos no novo processo modernizador. De acordo com Marcon (1994, p. 132):

“De uma forma relativa de incorporação da referida região ao contexto econômico brasileiro, através do transporte do gado e do cruzamento das tropas pelas terras indígenas, a região foi sendo apropriada para a colonização desde a segunda metade do século XIX até as primeiras décadas do século XX. Neste quadro, o projeto dos aldeamentos apresenta-se como condição fundamental para a expansão da própria colonização. Contudo, a implementação deste projeto implicava a solução de dois problemas: a liberação das terras e a “harmonização” das relações entre os vários grupos étnico-sociais, principalmente os índios”.

A posse da terra foi e sempre será uma das maiores causas dos desentendimentos entre os seres humanos, uma vez que, independente da cor ou status social, todos precisam do seu espaço, alguns somente com o necessário, outros detentores de vastidões de espaço.

O objetivo do presente capítulo foi de somente situar geograficamente a discussão a ser efetuada, uma vez que há uma série de outros trabalhos que abordam a questão envolvendo o povo Kaingang. No capítulo seguinte trago elementos que permitem compreender um pouco do universo de práticas e cuidados que as mulheres Kaingang utilizam durante a gestação, o parto e o pós-parto.

### 3. PRÁTICAS KAINGANG DE CUIDADOS COM A GESTAÇÃO, PARTO E PÓS-PARTO

No presente capítulo abordarei questões relacionadas ao ciclo vital que envolve o nascimento de um novo ser Kaingang, e os cuidados que permeiam essa fase, acompanhada de uma série de comportamentos que envolvem dietas, restrições, construção da pessoa, o xamanismo e a nomeação.

Os povos indígenas utilizam sistemas de auto-atenção à saúde que envolve cuidados com o corpo, dietas alimentares, rituais, regras de casamento, parentesco, utilização de plantas medicinais por especialistas detentores de conhecimentos que são transmitidos pela oralidade. Ferreira, (2010, p. 69).

O campo da saúde indígena constitui uma zona de contato em que a medicina científica e os sistemas médicos indígenas interagem na prática e na teoria. Ao articularem, por meio das práticas de auto-atenção, os recursos provenientes de diferentes modelos de atenção, os povos indígenas tornam o campo da saúde um contexto intermédico, lugar de emergência de formas híbridas de atenção.

Dessa maneira, passo a discorrer sobre as práticas dos cuidados com a gestação, parto e pós-parto utilizado por nós mulheres Kaingang, com isso, busco dar visibilidade à questão enfatizando a importância do reconhecimento e valorização dessas práticas que permeiam o cotidiano de meu povo.

O ciclo de vida Kaingang tem início na fecundação e continua ao longo da existência até que seja finalizada a vida terrena e se inicie a viagem para a aldeia dos mortos. O período gestacional Kaingang é cercado de cuidados promovidos pelos membros do núcleo familiar da gestante, que ao constatarem a gestação iniciam uma série de práticas de auto-atenção. Desse modo o sistema de cuidado, durante a gestação o parto e o pós-parto, é denominado como prática de auto-atenção à saúde por Menéndez (2003, p. 198):

“... las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención; de tal manera que la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento em forma autónoma o relativamente autónoma”.

Os cuidados consistem em preparo de chás de plantas medicinais e banhos que atuam no corpo da mãe, como eméticos para preparar o corpo para as mudanças que vão ocorrendo na gravidez, além disso, fortalece os músculos da região pélvica, aumentando a elasticidade para que a barriga acompanhe o crescimento da criança. Atuam também no corpo do *hã* fortalecendo vínculo entre si, e permite que o corpo da mãe e do *hã* absorvam as substâncias das misturas das ervas, o envolvimento das mulheres da família é fundamental, pois estabelece laços de parentesco com o *hã*, uma vez que a sociedade Kaingang é patrilinear.

O conhecimento de plantas não é de domínio exclusivo das mulheres, Crepéau (2002, p. 119) constatou que a utilização de plantas medicinais “são largamente difundidos nesta população tanto entre as mulheres como entre os homens”. Na cosmologia Kaingang todos os seres da natureza, são divididos em metades, o formato das plantas medicinais também são identificadas de acordo com a metade *Kamé* ou *Kairucré*.

Antigamente a contagem de tempo da gestação era feito através das fases da lua, nove luas cheias significavam que a criança seria do sexo feminino, e no caso de menino o tempo de duração da gestação era de nove luas minguantes. É inegável que para a nossa sociedade Kaingang o papel do homem na constituição física e social da criança é fundamental. No entanto, quando o casal só tem filhas mulheres o homem procura o *Kujà* ou o especialista em plantas medicinais para tratamento que possibilite o nascimento de um filho homem. É comum ouvir nas rodas de conversa das mulheres que insinuam que os casais que só tem filha mulher o homem é fraco, a responsabilidade nesse caso não é da mulher.

Apesar da descendência ser patrilinear, são as mulheres que decidem quando engravidar, pois a gestação, o parto a amamentação e o cuidado com as crianças é papel da mulher. As mulheres mais velhas tinham conhecimentos sobre plantas com poder contraceptivo e se utilizavam de tais recursos que garantiam os espaçamentos entre as gestações. A menarca sinaliza que a menina está apta a constituir família, não há ritual de passagem, entretanto, após o primeiro ciclo menstrual se usava recursos terapêuticos para garantir sua fertilidade.

A fase inicial da gestação é cercada de muitos cuidados, é um período de recolhimento em que a mulher deve evitar emoções fortes, fazer longas caminhadas, além de esforço físico, pois o *hã* está movimentando-se na mãe do corpo (útero) em busca do lugar onde permanecerá até o nascimento. A diminuição dos intercursos sexuais é recomendada nesse momento, o entendimento é que o corpo origina-se de uma única

relação sexual, ao contrário de outros povos indígenas que consideram que o corpo é constituído a partir de múltiplas relações sexuais (OLIVEIRA, 1997).

“Os cuidados tradicionais adotados durante a gestação possuem tanto a função de prevenir doenças quanto, principalmente, de preparar um parto rápido e sem dor para a parturiente. No período pós-parto também são tomadas uma série de medidas para proteger a saúde da mãe e do recém-nascido, contribuindo para a construção do corpo e da pessoa indígena” (FERREIRA, 2012, p. 273).

Algumas semanas antes do parto o marido traz um tronco de madeira que é fincado no local onde vai ocorrer o parto, para que a mulher possa se agarrar nele no momento da expulsão do feto, reproduzindo um hábito antigo de quando o parto ocorria no mato. Utiliza-se também um banquinho de madeira, onde a mulher fica com as pernas semi flexionadas ou de cócoras para facilitar que a criança “desça”.

Ao surgirem os primeiros sinais da proximidade do parto, com a intensificação das contrações a mulher recebe chá de folhas de *guaxuma* ou *vassourinha* (planta rasteira), o chá possui propriedades terapêuticas que aumentam as contrações dos músculos pélvicos, facilitando a expulsão do feto. A família se retira do ambiente onde irá ocorrer o nascimento, permanecendo as mulheres que acompanham a parturiente, geralmente a mãe e a sogra, sendo que cada uma delas terá um papel distinto no momento do nascimento do novo ser.

Mais uma vez se faz presente o dualismo. Ambas realizam ações consideradas opostas e complementares. Uma se envolve com os cuidados com a parturiente, fazendo “puxamento” massagem nas costas e na barriga com banha morna de galinha para facilitar expulsão do bebê. Após o nascimento se a criança estiver “afogada” (dificuldade respiratória) são dadas palmadas com a mão em forma de concha nas costas, para provocar o choro, então é feita a medida para cortar o cordão umbilical, são quatro dedos que após o corte feito com tesoura ou artefato de taquara é amarrado com uma linha.

Após o nascimento tanto a mãe, quanto o recém-nascido recebem banhos, com ervas. Para os bebês são utilizadas determinadas espécies visando desenvolver algumas habilidades quando adultos: “cipó unha de gato a criança vai ter facilidade em subir em árvores; folha de laranja do limpo, para conservar-se jovem; erva de passarinho para não ter doença ruim.” (OLIVEIRA, 1997, p. 72).

Retomando a discussão da participação das mulheres no momento do parto, cabe uma explicação, por que evito de nominá-las como parteiras, considero que é mais uma denominação da sociedade não-indígena. O conhecimento das práticas de cuidados

encontra-se diluído no núcleo familiar, muitos conhecimentos são considerados dom, que podem manifestar-se nos diferentes ciclos da vida. É importante ressaltar que os relatos aqui apresentados contemplam parcialmente as práticas de cuidados na gestação, parto e pós-parto, algumas questões devem ser mantidas protegidas. Serão repassadas para as gerações futuras em momento oportuno pelos detentores dos conhecimentos que identificarão entre os seus quem possui dom para dar continuidade à tradição e aos costumes.

No transcurso do parto, cada mulher terá um papel relevante, uma cuida da parturiente, enquanto que a outra é responsável pelos cuidados com os fluidos, após o nascimento massageia o abdômen da mulher para a expulsão da placenta, que deve ser enterrada sob uma árvore, pois no momento da morte servirá de invólucro para o corpo que segue a *travessia* rumo à aldeia dos mortos. Após a queda do coto umbilical este deve ser enterrado também sob uma árvore, sendo que esse fato é significativo na vida de um Kaingang, pois é considerado o elo da pessoa com a terra onde nasceu. De acordo com Veiga 1994:

“Os *kaingang* (...) atribuem grande importância ao destino dado ao cordão umbilical, a ponto de referirem-se com nostalgia a terra ou aldeia onde tem seus “umbigos” enterrados. É como se o cordão umbilical os ligasse, ou mantivesse ligados, ao seu mundo mítico/ancestral”. (VEIGA 1994, p. 11).

Enquanto transcorre o trabalho de parto, o marido permanece do lado de fora da casa, fazendo esforços físicos de forma continuada, para estimular as contrações e a expulsão do feto. A forma como se desenrola o parto é indicativo da personalidade da criança, se for rápido subentende que será um adulto com disposição para o trabalho e enfrentamento de situações adversas.

Veiga, (2000), transcreve a fala de um de seus informantes sobre o papel do marido:

“Quando a mulher está grávida, o marido dela tem que se esforçar nas coisas pesadas, porque o músculo que ele tem, ele favorece o músculo dela. Como o *Kafy* (relação de substância entre os cônjuges), tem a comunicação um com o outro, no momento em que ela vai ganhar, ela tem uma força que ela não vai sofrer muito. Até mesmo na hora de ganhar, se vê que vai demorar muito, ele é obrigado a correr em volta da casa, ou pegar um machado e ir cortar lenha ou pular, ele tem que ser ligeiro naquela hora, daí ele ajuda a criança a nascer depressa”. (VEIGA, 2000 p.108),

Após o nascimento a mãe segue uma dieta alimentar com ingestão de alimentos preparados exclusivamente para ela. Ela não pode consumir comida amanhecida, somente comida “enxuta” sem caldo “para levianar o corpo”.

No café da manhã é recomendada a utilização de alimento utilizado pelos antigos Kaingang, composto pelo “*pishé*” (milho pururuca torrado e socado no pilão) misturado a água doce queimada, casca de laranja, e algumas ervas como vassourinha, marcela e folha de guavirova, que auxiliarão na recuperação da limpeza da “mãe do corpo” e fortalecerão a mulher no pós-parto (OLIVEIRA, 1997, p.71).

A dieta deve ser seguida por um período mínimo de 15 dias, o pai utiliza alimentação mais “forte”, pois, ambos estão em resguardo. A dieta dele é cuidar da família, caso tenha que se afastar de casa terá de deixar alguém em seu lugar.

Um dos elementos que permeia as práticas de auto-atenção tanto para prevenção quanto para tratamento de doenças é a dieta. Oliveira (1997) assinala que:

... “ao fazer uso de alguns remédios do mato, estes, podem ou não ser acompanhados de dieta que faz parte do tratamento como um todo. Está inserida em uma ampla concepção e visão de mundo que segue normas e restrições sobre alimentos e bebidas que devem ou não ser ingeridos ou tocados”. (OLIVEIRA, 1997, p. 69)

O período de resguardo da mulher deve evitar atividades físicas, os cuidados são importantes, pois contribuirão para a renovação do sangue e conseqüente restabelecimento da mulher. Permite ainda, que as substâncias presentes na mãe do corpo (útero) sejam expelidas. Nesse sentido Fausto (2002) comenta:

“Em suma, os resguardos procuram controlar processos de transformação, evitando que tomem direção errada. Não se trata de obviá-las, mas de evitar que esse potencial de movimento seja apropriado por outros sujeitos do cosmos. Por isso, nesses momentos, o universo relacional deve ser limitado. O número expressivo de restrições alimentares é uma atividade particularmente delicada, pois pode converter em uma relação social entre sujeitos”. (Fausto 2002, p. 22)

O resguardo pós-parto é observado nos primeiros 7 dias de vida da criança, quando ela está mais susceptível. Os cuidados observados são para fortalecer seu espírito frente às forças externas do mundo que a rodeia. Todas as fontes de luminosidade devem ser evitadas, tal fato está relacionado à concepção e visão de mundo Kaingang. Os espíritos presentes na luz do sol ou da lua, no reflexo do relâmpago, no vento podem ocasionar doenças, enquanto a criança não recebe o nome da metade a que pertence. Ao receber o nome recebe também o espírito que a protegerá ao longo da vida, caso ocorra da criança

adoecer somente o *Kujà* que é o Xamã possui poderes de afastar os espíritos do recém-nascido, para tanto se utiliza de dieta alimentar para a família, além de fazer uso de plantas medicinais.

“O *kuyã Kaingang* apresenta-se, então, como o elemento domesticador dessa força, usada por ele como poder para prevenir, proteger, curar e prever. Seu poder vem do “matão” (e tudo o que nele está contido – remédios venenos, *iangrê*, nomes; o domínio da floresta representa todos os recursos simbólicos que podem ser por ele utilizados). O *kuyã*, portanto, detém um poder oriundo de outros domínios do cosmos: só ele ousa e consegue domesticar estas forças. Daí vem seu prestígio e poder social” (SILVA, 2001, p. 8).

Para um melhor entendimento sobre a ação e domínio do *Kujà*, cabe destacar os estudos elaborados por Cenci (1994), identificando que:

“O *Kujà*, para o Kaingáng, parece desempenhar uma dupla função: a de curandeiro e de sacerdote. É ele quem trabalha com as forças sobrenaturais. Também conhece e indica remédios para curar e prevenir doenças. Vale observar que a presença do *Kujà* é difícil de ser identificada. Não se sabe se isso ocorre pela inexistência desse personagem em algumas áreas ou se pelo sigilo que envolve o aspecto sobrenatural da vida do Kaingáng. Suspeita-se que o *Kujà*, quando atinge idade avançada, repasse seus conhecimentos a algum dos seus netos”. (CENCI, 1994, p. 263).

O *Kujà* realiza a mediação entre os humanos e o mundo espiritual, seu *Jagre* (guia espiritual) pertence a mesma metade, o *Kujà* do sexo masculino possui guia feminino, se for do sexo feminino seu guia será masculino.

“O xamanismo como instituição, expressa as preocupações centrais da cultura e da sociedade, como a preocupação com o fluxo das energias e sua influência no bem estar dos humanos. Como a visão cosmológica, tenta entender os eventos do cotidiano e influenciá-los. No seu sentido mais amplo, o xamanismo se preocupa com o bem estar da sociedade e de seus indivíduos, com a harmonia social e com o crescimento e a reprodução do universo inteiro. Assim, o xamanismo é uma instituição cultural central que, através do rito, unifica o passado mítico com a visão de mundo e os projeta nas atividades da vida cotidiana”. (LANGDON, 1996, p. 28).

Dessa forma, o xamanismo está presente nas atividades e na cultura dessas comunidades, principalmente, quando se trata de nascimentos e cuidados com os filhos, onde a intervenção, do *Kujà* assegura o bem estar de sua comunidade. Nesse sentido, cabe a opinião de Rosa (2011), ao se referir sobre o papel dos xamãs:

“Enquanto desdobramento dos humanos, os sobre-humanos (ou seja, xamã, curador, benzedoras, pais-de-santo, profetas) são pessoas com poderes especiais que realizam a mediação entre a humanidade na terra e os não-humanos com suas forças no mundo invisível (espíritos, divindades, entidades que vivem no topo/embaixo, céu/subterrâneo, leste/oeste). Eles são portadores de um caráter ambíguo, porque, como os demais humanos, eles nascem, crescem, morrem, vivem uma sucessão de acontecimentos — mas, simultaneamente eles possuem dons de vida e morte sobre os demais que os tornam super-humanos”. (Rosa, 2011, p. 3).

Para uma mulher Kaingang que até a poucos anos tinha seu parto acompanhado pelos cuidadores da família e realizado de forma tradicional, pode ter sido ocasionada pela presença mais constante de profissionais de saúde em área, que por receio de complicações estimulam as gestantes a mudar seu itinerário terapêutico. O ambiente hospitalar não propicia à parturiente e as pessoas que se envolvem no transcurso do parto a utilização de cuidados que teria se o nascimento ocorresse em sua casa.

“Com relação ao parto hospitalar, existe um estranhamento no que se refere à forma como elas são geralmente acolhidas pelos serviços de saúde nos diferentes níveis da atenção. Além de se sentirem sós, sem contar com a presença de sua família, as mulheres também ficam incomodadas por terem que se adequar às normas hospitalares no que diz respeito à postura, alimentação e ao tratamento dispensado ao recém-nascido, que pode, no entendimento de alguns povos indígenas, colocar em risco à saúde da criança e o seu bom desenvolvimento. Por outro lado, reconhecem a importância de recorrer às maternidades e hospitais em situações de risco, como por exemplo: quando a criança está mal posicionada no útero da mãe na hora de nascer, e a intervenção cirúrgica se faz necessária” (FERREIRA, 2012, p. 273-4).

Observa-se uma mudança de itinerário terapêutico praticado pelas mulheres Kaingang da nova geração, essa transformação está associada à implementação de políticas públicas universalizantes que trazem em seu arcabouço cuidados à gestante que, sem dúvida, são importantes, mas que também medicalizam os corpos e transformam um evento natural em algo que precisa ser controlado.

### **3.1 Corporalidade**

A mulher desempenha um importante papel na construção dos corpos sociais Kaingang através do preparo de alimentos, dos cuidados com os filhos e marido, sobretudo, nas práticas de auto-atenção utilizados para a família. Através do preparo de banho de ervas, bafações e chás, criando uma rede de solidariedade entre si. A corporalidade é considerada por Rocha (2005, p. 72) como privilégio da mulher Kaingang “uma vez que são



as mulheres que, na esfera doméstica, exercem o controle sobre os corpos dos membros de sua família”.

Ou ainda:

“A originalidade das sociedades tribais brasileiras (de modo mais amplo, sul americanas) reside numa elaboração particularmente rica da noção de pessoa, com referência especial à corporalidade enquanto idioma simbólico focal. Ou, dito de outra forma, sugerimos que a noção de pessoa é uma consideração do lugar do corpo na visão que as sociedades indígenas fazem de si mesmas são caminhos básicos para uma compreensão adequada da organização social e cosmologia destas sociedades” (SEEGER; DA MATTA; VIVEIROS DE CASTRO, 1979, p. 3).

A sociedade Kaingang é patrilinear a descendência se dá a partir da metade/marca do pai, porém na concepção as trocas de substâncias como o sêmem e o sangue *Kamé* e *kairú-cré* que vão formar o novo ser. O compartilhamento das substâncias do homem e da mulher rompe com o estigma de que a mulher tinha como função de ser um mero receptáculo da criança. O novo ser possui vínculos de parentesco através da consanguinidade.

Sobre a diferença entre as etnias, cabe utilizar a importante contribuição de Seeger, Da Matta e Viveiros de Castro (1979, p. 3), que assim da seguinte forma definem:

“Muitas etnografias recentes sobre grupos brasileiros – sejam Jê, Tukano, Xinguano, Tupi – têm-se detido sobre “ideologias nativas” a respeito da corporalidade: teorias de concepção, teorias de doenças, papel dos fluídos corporais no simbolismo geral da sociedade, proibições alimentares, ornamentação corporal. [...] Isto não nos parece acidental, nem fruto de um *bias* teórico. Tudo indica que, de fato, a grande maioria das sociedades tribais do continente privilegia uma reflexão sobre a corporalidade na elaboração de suas cosmologias. Mais importante ainda, porém, é o fato de que as etnografias mencionadas – e aqui, sim, temos uma escolha teórica, mas guiada pelo objeto – necessitam recorrer a estas ideologias da corporalidade para dar conta dos princípios da estrutura social dos grupos; tudo se passa como se os conceitos que a antropologia importa de outras sociedades – linhagem, aliança, grupos corporados – não fossem suficientes para explicar a organização das sociedades brasileiras”.

A noção de corporalidade para os povos indígenas é algo de extrema importância, uma vez que se trata de uma sociedade muito rica em significações e observações da natureza. Dessa forma, saber captar as manifestações rituais e tradicionais presentes nesses contextos é algo fundamental para um maior entendimento sobre suas manifestações culturais e, em consequência o desenvolvimento de trabalhos nesses locais.

Por exemplo, estudos de Seeger e Castro (1979) demonstram que a construção de corpos entre os *Yawalapiti* do Xingú é modelada pela cultura.

“(…) no pensamento *Yawalapiti*, é a de que o corpo humano necessita ser submetido a processos intencionais, periódicos, de fabricação. As relações sexuais entre os genitores de um futuro indivíduo são apenas o momento inicial dessa tarefa. E tal fabricação é concebida dominante, mas não exclusivamente, como um conjunto sistemático de intervenções sobre as substâncias que comunicam o corpo e o mundo: fluidos corporais, alimentos, eméticos, tabaco, óleos e tinturas vegetais. As mudanças corporais assim produzidas são a causa e o instrumento de transformações em termos de identidade social. (...) Para os *Yawalapiti*, transformações do corpo e da posição social são uma e a mesma coisa. Dessa forma a natureza humana é literalmente fabricada, modelada, pela cultura. O corpo é imaginado, em vários sentidos pela sociedade”. (SEEGER e CASTRO, 1979, p. 40-41).

A corporalidade está baseada no nome e corpo. Segundo Seeger, para que a compreensão da organização social e cosmologia das sociedades tribais brasileiras são necessárias que haja uma elaboração da noção de pessoa e da corporalidade “enquanto idioma simbólico focal”.

“(…) o privilégio da corporalidade se dá dentro de uma preocupação mais ampla: a definição e construção da pessoa pela sociedade. A produção física de indivíduos se insere em um contexto voltado para a produção social de pessoa, membros de uma sociedade específica. O corpo, tal como nós ocidentais o definimos, não é o único objeto (e instrumento) de incidência da sociedade sobre os indivíduos: os complexos de nominação, os grupos e identidades cerimoniais, as teorias sobre a alma, associam-se na construção do ser humano tal como entendido pelos diferentes grupos tribais. Ele, o corpo afirmado ou negado, pintado e perfurado, resguardado ou devorado, tende sempre a ocupar uma posição central na visão que as sociedades indígenas têm da natureza do ser humano. Perguntar-se assim, sobre o lugar do corpo é iniciar uma indagação sobre as formas de construção da pessoa”. (SEEGER; DA MATTA; CASTRO, 1999, p. 3-4)

O leite materno é um dos elementos fundamentais para a construção de corpos (*hã*), pois fortalece a criança e, por meio da partilha de substâncias, atualiza os laços com a mãe na medida em que cria vínculo e mantêm a ligação entre mãe e filho por mais tempo. As mães Kaingang amamentam seus filhos por longos períodos de tempo, o desmame ocorre geralmente devido a uma nova gestação e a criança é amamentada até os últimos meses que antecedem o parto. A relação do pai com a criança se solidifica nos anos posteriores, quando esta criança passar a realizar atividades fora do espaço doméstico. A construção cultural do corpo, processo permanente que segue ao longo da existência Kaingang está relacionada às práticas de preparo de alimentos, cuidados pessoais, banhos com plantas medicinais, bafações e trocas de substâncias.

### 3.2 A Nomação

A nomação está relacionada à constitução de corpos e pessoas Kaingang. Os nomes fazem referncia à natureza, podem ser de plantas, de animais ou outros elementos como água, pedra etc. Ao receber a nomação a pessoa passa a ter atributos e qualidades semelhantes ao nome recebido. Destaca-se que nem todos os nomes são exclusivos de um gênero e que podem ser mudados em determinadas circunstâncias e para determinados fins. Esse processo ocorre em caso de doenças ou para situações de risco (VEIGA, 2000).

De acordo com estudos de Cenci (1994, p. 263):

“O nome dado à criança, segundo os índios, é fruto de uma inspiração que a avó teria. Pelo que se tem conhecimento, o ritual, coordenado por uma pessoa mais velha (um Kuiã), não pode ser revelado a pessoas estranhas à família. É possível que um dos seus principais sentidos seja a proteção da criança contra a “acupli” ou “Weicupli” (O espírito dos mortos).

A nomação integra as dimensões centrais que constituem a corporalidade: nome e corpo. O primeiro deriva do domínio da natureza e refere-se à metade que o sujeito pertence, seguindo a regra da patrilinearidade. A instituição da nomação Kaingang é, por outro lado, um modo de perceber como o dualismo está presente nas relações cotidianas do grupo e que, sobretudo, marca e identifica o sujeito, atribuindo-lhe substâncias que constituem sua identidade e corpo (Veiga, 1994).

“A constitução física e social do indivíduo está relacionada respectivamente à filiação patrilinear e à nomação, sendo ambos recebidos através do pai. Por essa razão, os *Kaingang* são categóricos em afirmar que a criança é o que for o seu pai. Se o pai for *Kairú-cré*, os filhos de ambos os sexos serão *Kairú-cré*; se o pai for “português”, os filhos herdarão essa condição. Para ser membro da comunidade *Kaingang* é preciso receber um nome, e para tanto é necessário saber quem é o pai da criança para que esta possa receber um nome da metade à qual pertence”. (VEIGA, 1994, p. 128).

Ao receber o nome pelo *kuyã* ou pessoa mais velha da família que tem domínio do “repertório” de nomes da metade a que pertence a criança, esta recebe também o espírito - *kumbã* e passa a se constituir uma pessoa Kaingang e assumindo seu lugar na organização social do grupo. Há um cuidado por parte dos nominadores em não dar nomes utilizados por outra pessoa na aldeia. Uma vez que, o nome traz características da personalidade da pessoa, pertence à metade do pai e está relacionado à natureza e a sociedade kaingang.

De acordo com Oliveira (1997, p. 45):

“O nome segundo os curadores atua como um fortalecimento, uma proteção tanto na ocasião do nascimento (para o recém nascido) como no decorrer das diferentes etapas do ciclo de vida. Desse modo, ao fazermos uma analogia, o nome atuaria como algo constitutivo que protege uma substância (ou algo que se substancializa no corpóreo, além de ser parte da experiência compartilhada pelo grupo nos ciclos de vida, quando ele lança mão de nominar em determinadas circunstâncias; (alguém ganha um novo nome quando passa por uma doença grave ou, em práticas passadas, quando aconteciam mudanças de idade ou, ainda, se esse alguém tivesse realizado um ato notável)”. (OLIVEIRA, 1996, p. 45).

Pesquisadores dos povos Jê consideram a nomenclatura como fator determinante para compreensão da organização social desses povos. Melatti (1976, p. 145) refere que:

“Ao receber (...) um nome, o indivíduo passa a formar um nó de uma vasta rede de relações sociais: com o nome ele passa a ser membro de certas metades e de certo grupo, recebe determinados papéis rituais, passa a contar com amigos formais (...) e tende a usar os mesmos termos de parentesco que o seu nominador”.

O nome português, por sua vez, é dado por ocasião do batismo em casa ou na igreja, segue os preceitos do Catolicismo ou das religiões Pentecostais. Os padrinhos comumente são pessoas da sociedade não indígena cujos pais mantem laços de amizade ou outros interesses. É comum que o nome escolhido seja de pessoa da família dos padrinhos.

Outra referência em relação ao nome “português” esta relacionado a nomes de jogadores de futebol, ou artistas da televisão. Nas ultimas décadas observa-se um aumento de nomes estrangeiros, de pronuncia difícil para os mais velhos. Outra situação que intriga as equipes de saúde é a troca do nome não indígena, quando a pessoa passa por uma situação de risco eminente de morte ocasionado por acidente ou doença grave.

Nesse caso os documentos pessoais são alterados, um novo Registro Administrativo de Nascimento de Índio (RANI) é emitido pela FUNAI que possibilita a confecção dos demais documentos oficiais. Como não há um controle dos órgãos que emitem essa documentação a prática se torna imperceptível aos olhos do Estado.

O sobrenome familiar também segue regras que contrariam o *status quo* da sociedade não indígena, pois está relacionado ao primeiro nome do pai, como exemplo se o pai chamar Francisco é comum que os filhos tenham esse nome como seu sobrenome. Também pode ser utilizado sobrenome de famílias não indígenas descendentes dos colonizadores que por razões de amizade ou compadrio são adotados pelas famílias de indígenas.

## **4. A POLÍTICA DE SAÚDE**

### **4.1 Evolução Histórica da Saúde Indígena no Brasil**

Ao se referir à saúde indígena, ou melhor, aos métodos utilizados para intervenção em saúde nas comunidades indígenas, nada melhor do que realizar uma análise da evolução dos processos de saúde nesses contextos, tanto para avaliar os avanços obtidos e as carências a enfrentar.

#### **4.1.1. Período Colonial (Século XIX)**

Desde os primeiros contatos entre os colonizadores e os indígenas que viviam na costa da Bahia, havia uma grande comunidade, que segundo Ribeiro (2009, p. 17) “eram denominados Tupiniquim e pertenciam à grande família Tupinambá, tronco Tupi-guarani que ocupava quase todo o litoral”. O avanço dos colonizadores foi marcado por grandes perdas de território e de população indígena.

Os registros históricos da época são imprecisos quanto ao contingente populacional indígena, porém, estima-se que as causas do descenso tenham sido ocasionadas por epidemias uma vez, que os indígenas não tinham defesa orgânica para enfrentar as doenças trazidas pelos recém-chegados. Com a intensificação do contato, as epidemias se alastravam e os jesuítas passaram então a prestar assistência à saúde desses povos condição que perdurou até o início do século XX. (RIBEIRO, 2009, p. 30).

Por volta de 1549 chega a primeira missão da Companhia de Jesus, chefiada pelo padre jesuíta Manuel da Nóbrega que tinha como propósito “salvar a alma dos nativos” através da catequização, utilizando-se para isso de mecanismos que proibiam manifestações culturais como: cantos, danças, uso da língua materna num processo de inferiorização da cultura. Ribeiro (2009, p. 135)

Conforme Tommasino (1997, p. 48), a história de contato dos colonizadores com os Kaingang demonstra a crueldade da guerra da conquista pelos territórios por eles ocupados. Tanto que ainda em 1808 um Decreto de D. João VI declarou guerra de extermínio contra os Kaingang e Xocling a conquista foi obtida pelo emprego da força e das armas na prática de genocídio.

A questão das epidemias provocadas deliberadamente entre os Kaingang também ocasionaram grande mortalidade entre a população. Tommasino traz em seu texto estudos de Silvio Coelho dos Santos que teve acesso a informações que em 1864, o então cacique

Doble teria sido chamado pelo governo do Rio Grande do Sul “para receber uma recompensa pela colaboração que ele dera ao governo na captura e perseguição aos coroados arredios e retornou infectado pela varíola provocando uma grande mortandade em seu grupo” (TOMMASINO, 1997, p. 44). No Rio Grande do Sul os grupos indígenas à época viviam sob a liderança de alguns caciques como Braga, Nonohay e Doble. Algumas lideranças estabeleciam alianças com os governantes no sentido de colaborar no arremetimento para aldeamento de indígenas, inclusive recebendo soldo do Estado<sup>2</sup>.

O relato sobre o episódio foi lembrado por uma antiga liderança João Ferreira Doble neto do Cacique Doble foi de que na ocasião, o Governador do estado entre os presentes dados ao Cacique Doble teria doado roupas infectadas com doenças e no retorno do cacique para a aldeia as roupas teriam sido distribuídas entre as pessoas, que em pouco tempo tiveram seus corpos cobertos por pústulas, com muita febre e em poucos dias evoluíam para a morte.

De acordo com Becker (1995, p. 22),

“os Kaingang do século XX estão confinados na zona do Alto Uruguai para onde foram empurrados pela ação colonizadora do século XIX e onde no presente século fazem frente ao mesmo problema, enfrentando firmas colonizadoras como, por exemplo, a Dahne Conceição e Cia. Ltda., que atua na região de Inhacorá”.

Outro agravante foi que essas firmas colonizadoras, em nome do progresso, acabaram gerando um conflito maior ainda, pois a presença indígena era um empecilho ao “desenvolvimento” da região e ao seu universo de atuação, elas tinham como bandeira a “limpeza” do território, o que gerou o desmantelamento e a desestruturação das sociedades indígenas locais.

#### **4.1.2. Período Rondonista (Século XX)**

Um período muito importante no avanço do progresso e do contato com os índios no século XX foi sem dúvida o feito através da ação de Rondon, que tinha uma visão diferente sobre o indígena e reconhecia que deveria haver avanços no desbravamento dos sertões brasileiros, todavia, respeitando a população local.

A primeira década do Século XX é marcada pela efetiva ocupação dos territórios indígenas Tommasino (1997, p.47) ressalta que, em nome do “progresso” e do

---

<sup>2</sup>Esse episódio foi relatado por velhos da Terra Indígena de Cacique Doble durante uma capacitação de Conselheiros locais, uma instância de Controle Social instituída pela Lei 8.142/90 que regulamentou as condições para a prestação da assistência à saúde dos povos indígenas pelo Ministério da Saúde, no âmbito do SUS

“desenvolvimento” legitimava-se a expropriação territorial dos índios. Com o argumento de integrar os índios à sociedade nacional, incentivava-se a abandonarem seus modos tradicionais e se incorporarem como força de trabalho na produção de produtos de comércio e consumo regional.

A autora relata ainda, que a construção da Estrada de Ferro Noroeste do Brasil ligando o Porto de Santos à Bolívia caracterizou-se pelo acirramento dos conflitos entre os indígenas e a sociedade envolvente. A construção do trecho entre Bauru e Corumbá no Mato Grosso, teve início em 1905 e penetrava em território dos Kaingang “que atacavam os trabalhadores da construção da rodovia” (TOMMASINO 1997, p. 47).

A população indígena que lutava para preservar suas terras da invasão dos expansionistas foi quase exterminada pela ação dos “bugreiros” organizadas pelo Estado, pelos fazendeiros e mesmo funcionários do SPI participaram em conluio com os latifundiários, de verdadeiras caçadas aos índios. (TOMMASINO, 1997, p. 48). Como observado, em nome do progresso, os indígenas eram considerados um sério empecilho, pois além de não ser aceitar a condição de viver em reservas, eram na maioria das vezes arredios a esta.

Já Laraia, acrescenta que num artigo publicado na Revista Da Cultura, em 12 de outubro de 1908, Herman Von Ihering então diretor da seção de zoologia do Museu Paulista, publicou um artigo no jornal O Estado de São Paulo, propondo o extermínio dos índios *Caingangue* (grafia usada na época) e *Xoclengues* que se opunham a presença dos não-indígenas nos estados de São Paulo e Paraná, afirmando:

“Se se deseja salvar os índios por motivos humanitários é preciso que se tomem primeiro as medidas necessárias para que não sigam perturbando o progresso da colonização. Claro que todas as medidas que sejam empregadas devem ajustar-se a este princípio em primeiro lugar: se deve defender os brancos contra a raça vermelha. Qualquer catequese com outro fim não serve. Por que não tentar imediatamente? Se a tentativa não der resultado algum, se foram satisfeitas as tentativas humanitárias, então, sem voltar a prestar ouvidos às imprecisões enfáticas e ridículas de extravagantes apóstolos humanitários proceda-se como o caso exige, isto é, extermine os refratários à marcha ascendente de nossa civilização, visto que não representam elementos de trabalho e de progresso.” (IHERING apud LARAIA, p. 26, 2012).

A publicação gerou indignação e reação pública por parte da imprensa e da própria sociedade que passou a exigir medidas do governo no sentido de proteger os indígenas, uma vez que a imigração era uma política do Estado para colonização do país. No entanto este protesto se dava em partes da sociedade, pois os escalões que tratavam da terra e do

comércio em si, não demonstravam interesse em que houvesse a criação de mecanismos mais efetivos de que dessem maior guarida à questão indígena, uma vez que isso iria de encontro às suas necessidades.

Diversos segmentos inclusive levaram suas críticas às últimas consequências, com discursos velados contra os órgãos e movimentos que buscavam uma reformulação das leis que garantiam a defesa dos direitos indígenas.

De acordo com Cunha (1987, p. 78-9), sobre o mesmo assunto:

“Um movimento de opinião pública sem precedentes sobre a questão indígena agitou o Brasil nos primeiros anos do século XX. Culminou com uma polêmica acirrada em 1907-1908, entre Von Ihering, então diretor do Museu Paulista, que defendera o extermínio dos índios que resistissem ao avanço da civilização, e vários grupos da sociedade civil, notadamente acadêmicos e positivistas. Em 1908, pela primeira vez, o Brasil foi publicamente acusado de massacrar os índios: a denúncia foi feita em Viena, diante do XVI Congresso dos Americanistas. Na esteira desse movimento de opinião, foi criado pelo governo Nilo Peçanha, em 1910, o Serviço de Proteção ao Índio, órgão do Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio, cuja direção foi confiada ao general Rondon, herói nacional desde a sua atuação à frente das Linhas Telegráficas do Mato Grosso e do Mato Grosso ao Amazonas”.

Houve também manifestação dos militares sob a liderança do Marechal Cândido Mariano da Silva Rondon que tinha mantido contato amistoso com diversos povos indígenas no período em que esteve à frente da Comissão de Linhas Telegráficas Estratégicas do Mato Grosso ao Amazonas e tinha como lema: “Morrer, se necessário for; matar, nunca.” A experiência de Rondon demonstrava que a convivência com os índios podia ser pacífica.

Devido ao fato de como vinha sendo tratada a questão indígena no país, ter repercutido de maneira negativa em setores da sociedade nacional e internacional, o governo brasileiro foi instado a criar em 1910, o Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais/ SPI-LTN, “a criação do SPI marcou uma mudança importante na política indigenista. Retirou-se da Igreja a responsabilidade total na relação com os índios. Formulou-se uma legislação que garantia aos índios respeito a sua cultura e o direito a terra”. (COSTA, 1987, p. 389).

Dentre as justificativas utilizadas por Cândido Rondon e seus colaboradores para fundação desta agência e da política indigenista a desenvolver é de que funcionaria “não apenas como órgão de ação civilizadora dos povos indígenas, mas também como um



organismo militar que, ao incorporar os territórios e integrar os índios à sociedade brasileira, assegurava as fronteiras do Brasil (BIGIO, 2003, p. 126)".

Nesse particular, porém, residiu outro problema, embora a concepção rondoniana tenha sido, de certa forma eficaz para os primeiros contatos mais amistosos, no seu âmago ainda estava voltada à conquista do território, não se preocupando com a desestruturação que estava acontecendo no seio das comunidades indígenas. A integração do índio à sociedade brasileira visava tão somente sua pacificação e reunião estratégica dos grupos em reservas previamente delimitadas, sem, no entanto se preocupar com o impacto dessas mudanças no seu estilo de vida.

O SPI teve nomeado como diretor o próprio Marechal Rondon, que passou a implementar a política indigenista na perspectiva da assimilação da população indígena à sociedade nacional, pois esta apresentava um consequente desaparecimento enquanto sociedades culturalmente diferenciadas. Dessa forma, se acordo com Costa (1987, p. 390-91):

"A criação do SPI não representou, contudo, a derrota dos interesses que permeavam as posições de indivíduos como Von Ihering. Apesar dos avanços da legislação em relação aos seus direitos, na prática os índios não deixaram de ser encarados como um *"entrave ao desenvolvimento nacional"*. Posições idênticas têm sido defendidas e praticadas no decorrer de todos esses anos. (...) Além do mais, a ação do SPI não impediu o efeito de desagregação cultural dos grupos indígenas, nem conseguiu conter os invasores porque o Estado não garantiu os direitos legais dos índios, fundamentalmente, a posse da terra necessária a sua sobrevivência. Se, por um lado, é verdade que a ação do SPI salvou algumas tribos da extinção total, também é verdadeiro, por outro, que o processo de *"pacificação das tribos hostis ocasionou a disseminação da fome, de doenças, da desintegração tornando os índios parte tornando os índios parte do grupo mais miserável dos segmentos marginais da sociedade"*.

O discurso da "pacificação" trazia implícito, a necessidade do Governo em garantir a expansão da sociedade nacional e o "amparo aos povos indígenas" que foram aldeados em territórios demarcados, tendo como consequência a desorganização social, pela perda de elementos culturais importantes para os poucos integrá-los à sociedade.

#### **4.1.3. O SPI no Rio Grande do Sul**

Ainda no final do Século 19, as terras no Rio Grande do Sul estavam sendo ocupadas por imigrantes alemães e italianos fixados pelo Governo do Estado em colônias na serra

gaúcha, entendidas na época como territórios “desocupados”. No entanto, o território era de mobilidade e domínio dos Kaingang que tradicionalmente utilizavam para coleta de pinhão, sua base alimentar. A solução para resolver o impasse foi identificar e criar reservas para aldeamento desses indígenas.

Segundo Rocha (2008, p. 84), devido ao acirramento dos conflitos entre os indígenas e os colonizadores, “as representações diplomáticas da Itália e Alemanha exigiram que o governo brasileiro garantisse a segurança dos imigrantes”. Este fato levou o SPI a concentrar suas ações na região Sul do país.

A chegada dos imigrantes europeus impulsionou uma onda de modernização do Estado e a necessidade de integrar os indígenas à sociedade nacional, contribuindo assim para o progresso da nação. Conforme Rodrigues (2007) é criada em 1908 pelo Governador do Estado a Diretoria de Terras e Colonização/DTC ligada à Secretaria de Obras Públicas que entre suas funções estava a de tratar de questões dos nativos, independente da política nacional do SPI.

Para ilustrar as iniciativas do Estado em demarcar territórios para a população indígena observe-se parte de um Relatório de 09.06.1910 do Diretor do DTC para o Secretário Torres Gonçalves: As terras dos índios devem ser demarcadas em globo para cada toldo, conforme a preferência deles próprios, e respeitadas sem nenhum documento legal de propriedade, a fim de que eles não venham a ser vítimas de má fé dos ocidentais” (RODRIGUES, 2009, p. 131).

Isso gerou uma série de críticas pela sociedade local, que segundo Gomes (2009, p. 179), afirmava que o Rio Grande do Sul “destoava dos demais estados brasileiros, pois havia criado sua própria política indigenista, havia reservado terras para os Kaingang”.

Diferentemente do restante do país, no Rio Grande do Sul a questão da terra foi e é muito acirrada, uma vez que é nesse Estado que se alojaram grande parte dos colonizadores alemães e italianos e, devido à sua condição geográfica, todo pedaço de terra era bastante disputado, principalmente na região onde se localizavam os Kaingang.

Assim, conforme Maciel (1994, p. 147):

“Entre os vários aspectos definidos pelo SPI em suas diretrizes de ação, destacou-se o princípio de assegurar aos índios “seus costumes, sua alimentação e seu modo de vida”. Um dos pontos básicos da proposta do SPI definiu os meios de proteção às terras indígenas contra a ação dos “civilizados”. Além disso, definiram-se os princípios de “respeito às organizações internas das diversas tribos, sua independência, seus hábitos

e instituições, não intervindo para alterá-los senão com brandura e consultando sempre a vontade dos respectivos chefes".

A atuação da Diretoria na primeira década do Século XX foi intensa com a demarcação de terras de 12 toldos (aldeamentos) indígenas. Dentre eles foi demarcado o Toldo Indígena de Ligeiro hoje Terra Indígena Ligeiro, para aldear o grupo liderado pelo Cacique Braga. Esse foi o único Toldo submetido diretamente à administração do SPI, a administração dos demais toldos estava sob a responsabilidade do DTC do Estado (RODRIGUES, 2007).

#### **4.2. Criação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas – SUSA (Década de 1950)**

A assistência à saúde dos povos indígenas no país era promovida pelo SPI e se dava de forma precária e esporádica. Neste contexto as práticas de auto-atenção utilizadas pelos indígenas eram tratadas de forma preconceituosa pelos agentes do Estado. As poucas informações sobre a situação de saúde dos povos indígenas demonstravam que “os índios continuavam a morrer por doenças evitáveis, as terras sendo invadidas e a violência crescendo”. A escassez de recursos financeiros, a insuficiência de pessoal capacitado para tratar da questão, dava conta da ineficiência da política vigente.

No ano de 1956 é criado no âmbito do Ministério da Saúde o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas/SUSA, com o objetivo de levar ações de saúde, destinados às populações rurais e os povos indígenas o qual utilizava aeronaves do Correio Aéreo Nacional (CAN). O SUSA foi proposto pelo médico Noel Nutels, que participara juntamente com os irmãos Vilas Boas da Expedição Roncador – Xingu em 1952, organizada pelo governo de Getúlio Vargas. Costa, (1987).

O serviço era composto de “equipes volantes”, que desenvolviam ações básicas como: procedimentos odontológicos, imunização, controle de tuberculose e doenças transmissíveis. (...) constituídas de médicos, enfermeiros para áreas de difícil acesso.” O médico sanitarista Noel Nutels dedicou grandes esforços para a criação do primeiro serviço público de assistência a saúde das populações indígenas brasileiras. (COSTA, 1987).

A década de 70 assistiu ao pleno funcionamento desse modelo na FUNAI que, por sua vez, não dispensava a atuação do Ministério da Saúde, em particular dos programas de

Controle da Tuberculose e da Malária, além de referenciar às Casas do Índio, hospitais universitários e de pesquisa como, por exemplo, o Hospital Evandro Chagas do Instituto Oswaldo Cruz, os casos graves e de difícil diagnóstico (VERANI, 1985, p. 3).

### **4.3. A Fundação Nacional do Índio – FUNAI (Final de 1960 – 1970)**

Ao final da década de 1950, com o surgimento de denúncias de violação dos direitos e genocídio indígena envolvendo seus funcionários, o SPI passa a apresentar sinais evidentes de desestruturação.

Para investigar essas graves denúncias o Ministro do Interior instituiu uma Comissão de Inquérito para investigar os casos, o que conduziu à elaboração do Relatório Figueiredo em 1968. Após a publicação desse Relatório foi sancionada pelo General Costa e Silva a Lei nº 5.371/1967 que extinguiu o SPI e criou a Fundação Nacional do Índio – FUNAI, subordinada ao Ministério da Justiça (CIMI, 1999, p.13).

A FUNAI foi criada no momento em que o país estava mergulhado na Ditadura Militar e impôs alterações significativas nos rumos da política indigenista, na medida em que a presidência e os demais cargos da FUNAI passaram a ser ocupados por militares. “A situação da população indígena brasileira agravou-se no período da ditadura militar, as terras indígenas foram expropriadas, ocorreram surtos de doenças infectocontagiosas que dizimaram grande contingente populacional” (CIMI, 1999, p. 146).

Nesse sentido, a proposta de Noel Nutels foi encampada pela FUNAI que manteve as Equipes Volantes de Saúde/EVS, constituídas por enfermeiro, médico, dentista, laboratorista. Utilizavam um ônibus adaptado com consultório médico e odontológico, para os deslocamentos às terras indígenas, onde eram realizadas consultas médicas, vacinação, atendimento odontológico e realização de alguns exames laboratoriais como: baciloscopia para diagnóstico de tuberculose.

Assim, a EVS desenvolvia ações de saúde nas regiões sob a jurisdição das Delegacias Regionais e prestava assistência de forma esporádica e não sistemática seguindo modelo campanhista. O modelo de atenção à saúde não contemplava as necessidades de saúde das populações indígenas, por não levar em conta as singularidades e os sistemas de auto-atenção utilizados por estes povos.

Assim definidos por Rodrigues & Mendonça (2012, p. 26):

“O modelo de atenção baseado nas EVS, de pouca eficácia, caracterizava-se pela grande fragmentação de ações, além de ser predominantemente

curativo e medicalizante. Carecia de planejamento e de integralidade das ações, era extremamente deficiente em infraestrutura e recursos e não tinha qualquer articulação com outros níveis de atenção. Não havia um sistema de informações em saúde e os trabalhadores eram despreparados para atuação em situações de interculturalidade”.

As Terras Indígenas localizadas na região sul do país, estavam na área de abrangência da jurisdição da 4ª Delegacia Regional da FUNAI com sede em Curitiba. Para atendimento à saúde nessa região, contava com uma equipe volante que realizava as ações de saúde nos três estados do Sul: Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. O atendimento era realizado nas terras indígenas a cada três meses em média e a equipe permanecia em área por 10 dias.

Findo o período de permanência a EVS deslocava-se para outra Terra Indígena, e a assistência diária era prestada nas “enfermarias” (unidades de saúde), por Atendentes e Auxiliares de Enfermagem. Profissionais de saúde que não tinham a qualificação necessária para trabalhar com a população indígena e nem dispunham de infraestrutura adequada com suporte técnico mínimo para desenvolver suas atividades. Cabe salientar que essas informações são fruto de minha experiência pessoal, uma vez vivenciei todo esse processo no Ligeiro e em Nonoai onde atuei.

Sempre que havia necessidade de encaminhar pacientes para serviços médicos de média e alta complexidade, estes eram referenciados para hospitais universitários e de pesquisa. Os pacientes eram acompanhados por profissionais de saúde que atuavam nas Casas do Índio (CASAI), que tinha como propósito receber, tratar e encaminhar os pacientes para tratamento médico especializado.

A atenção à saúde dos povos indígenas foi assegurada pelo Estado, quando da publicação do Decreto Lei nº 5.371/1967, autorizando a instituição da FUNAI no Artigo 1º - Determina que uma das finalidades do órgão é promover a prestação da assistência médica-sanitária aos índios. Em segundo lugar temos o "prescrito" na Lei nº 6.001/1973 - Estatuto do Índio sob o título "Da Educação, Cultura e Saúde". No Título V o Art. 54 estipula que "os índios têm direito aos meios de promoção à saúde facultados à comunhão nacional", e ainda, no parágrafo único, que "na infância, na maturidade, na doença e na velhice, deve ser assegurada aos silvícolas, especial assistência dos poderes públicos, em estabelecimentos a esse fim destinados". E no artigo 55 diz-se que: "o regime geral da previdência social será extensivo aos índios, atendidas as condições sociais, econômicas e culturais das comunidades indígenas" (SELAU, 1992, p. 6).

O Estatuto do Índio, promulgado em plena vigência da ditadura militar é um dispositivo integracionista, que colocava os povos indígenas em igualdade de direitos à atenção à saúde dos demais brasileiros. No entanto, o acesso aos serviços de saúde continuavam fragmentados e pouco resolutivos.

“Na década de 80, o modelo assistencial proposto pela FUNAI, sofre ingerências políticas e administrativas externas, assim como um processo de estrangulamento financeiro progressivo, que resultou no desmonte de suas atividades-fim. A crise financeira nacional inviabilizava o custeio das EVS, que passaram a sofrer com a falta de pessoal técnico, de recursos para deslocamento, com o duplo (ou até triplo) emprego, rotatividade de pessoal, desmonte das estruturas físicas locais (PIN) e regionais (Casas do Índio) e, finalmente, falta de manutenção da infraestrutura material para deslocamentos (barcos, carros, etc.). A falta de uma política de recursos humanos resultou na ineficácia das ações no nível local: substituindo-se cada vez mais as auxiliares de enfermagem por atendentes, com acúmulo de pessoal no nível regional (fora das áreas), além do abandono dos investimentos na formação específica desse pessoal, em particular no despreparo antropológico para lidar com culturas diferenciadas, cada vez mais a porta de entrada no sistema foi inviabilizada” (VERANI, 1985 p. 3).

Diante das dificuldades vivenciadas na gestão da saúde indígena a FUNAI promoveu em janeiro de 1985 o “Encontro de Saúde Indígena” onde as recomendações apresentadas no documento final apontam que,

“... os problemas atualmente constatados são verdadeiramente trágicos, resultantes das deficiências quantitativas e qualitativas de recursos humanos especializados e inadequação dos esquemas terapêuticos, carência de medicamentos, desnutrição, poluição ambiental, descontinuidade de programas de imunização bem como da angústia gerada pela incerteza de um futuro constantemente ameaçado por mineradoras, hidroelétricas e projetos agropecuários”. Conclui-se também pela necessidade de “um esforço integrado entre a FUNAI, instituições de ensino e pesquisa, entidades de apoio e do movimento indígena visando a construção de um sistema de atenção à saúde indígena realmente eficaz...” (SELAU, 1992, p. 12).

Enquanto a saúde indígena agonizava, o país vivia um momento histórico protagonizado pelo movimento pela Reforma Sanitária resultante da mobilização de setores da sociedade civil organizada, por profissionais de saúde, sindicatos serviram de base para as discussões na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. O texto do relatório final aprovou a estruturação e criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Além de deliberar pela realização da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio.

A I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNSPI), considerada um dos marcos históricos da saúde indígena realizada no final de 1986, “estabeleceu as bases para a organização dos serviços de atenção à saúde indígena na forma de um sistema específico

para atenção à saúde do índio, parte do sistema único de saúde proposto pela VIII CNS". (RODRIGUES & MENDONÇA, 2012, p. 27).

A realização da I CNSPI viabilizou espaço para debates e inclusão da saúde indígena no âmbito das políticas públicas do Estado brasileiro. A Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio constituiu um momento em que, pela primeira vez, o Estado reuniu representantes de várias nações indígenas, órgãos públicos, organizações da sociedade civil que atuam em apoio à causa indígena, para discutir uma proposta de Diretrizes relativas à Saúde do Índio. (Relatório da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio de 27 a 29/11/86).

De acordo com Ferreira (2010, p. 40):

"A saúde é um dos direitos dos povos indígenas contemplados pela OIT 169 tanto ao recomendar aos Estados que garantam o acesso deles aos serviços de saúde, prioritariamente à atenção primária, quanto a considerar os seus métodos de prevenção, práticas curativas e medicamentos tradicionais na organização desses serviços. A mesma perspectiva colaboracionista encontrada no texto da OMS (2002) sobre as medicinas tradicionais é adotada pela Convenção nº 169, da OIT, que insta os governos a atuarem em cooperação com os povos indígenas para a implantação das suas recomendações no âmbito dos Estados nacionais".

Com a promulgação da Constituição Federal que criou o Sistema Único de Saúde - SUS (Art. 198) e também reconheceu e legitimou as sociedades indígenas na sociedade nacional brasileira (Art. 231 e 232), as configurações de novos cenários trazidos pela Constituição Cidadã. Alavancou os movimentos indigenistas por todo o país e em diversos setores sociais, instituindo-se instâncias permanentes de deliberações como conselhos, comissões, associações, organizações não governamentais, com forte participação de lideranças indígenas atuando e fazendo interferências na construção das ações governamentais nas áreas da saúde, educação, meio ambiente, agricultura, cultura, objetivando consolidar os preceitos da democracia participativa.

No entanto, cabe analisar qual foi o papel do movimento indígena e sua relação com as determinações da Constituição, que se referiram às conquistas asseguradas pela Carta Magna.

#### **4.4. O Papel do Movimento Indígena e a Constituição de 1988 – A Grande Conquista**

O Movimento Indígena surge no Brasil entre os anos de 1970 e 1980, quando jovens indígenas são indicados, por suas comunidades para estudar em Universidades Federais para conhecer o mundo do não índio. Tendo como objetivo acessar novos conhecimentos na perspectiva de reelaborar estratégias para o fortalecimento de suas comunidades.

Por outro lado, surge Organizações de Apoio aos povos indígenas, constituída pelo Conselho Indigenista Missionário – CIMI ligado a Conferência Nacional Bispos do Brasil – CNBB, Associação Nacional de Apoio ao Índio – ANAI, Comissão pela criação do Parque *Yanomami* – CCPY e outras entidades da sociedade civil com trabalhos entre os povos indígenas.

Para melhor entendimento dessas entidades supramencionadas, cabe uma pequena apresentação de sua atuação e princípios, dados estes retirados de seus respectivos sites.

O CIMI é um organismo vinculado à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB que, em sua atuação missionária, conferiu um novo sentido ao trabalho da igreja católica junto aos povos indígenas. Criado em 1972, quando o Estado brasileiro assumia abertamente a integração dos povos indígenas à sociedade majoritária como única perspectiva, o CIMI procurou favorecer a articulação entre aldeias e povos, promovendo as grandes assembleias indígenas, onde se desenharam os primeiros contornos da luta pela garantia do direito à diversidade cultural.

Ao longo destes quinhentos anos os povos indígenas foram encontrando maneiras criativas e diversas de resistir à opressão e às tentativas de extermínio, num movimento de preservação e luta pela terra. Nas últimas três décadas surgem de maneira articulada inúmeras formas de organizações, articulações, mobilizações que constituem hoje o Movimento Indígena. Este movimento é instrumento de luta na defesa dos direitos indígenas, é espaço para a construção de propostas comuns para a consolidação das alianças. O CIMI atua como parceiro nas lutas do movimento indígena, informando, discutindo possibilidades e caminhos e apoiando as suas iniciativas.

Já com relação ANAÍ, as informações são as seguintes: ANAÍ - Associação Nacional de Ação Indigenista é uma organização de direito privado, sem fins lucrativos, com sede em Salvador, Bahia, criada em 1979 e formalizada em 1982 para discutir e promover alternativas de relacionamento mais justo entre a sociedade brasileira e os povos indígenas no país.



Como visto, estes são dois órgãos que buscam trabalhar a questão indígena, embora não tendo relação oficialmente ou que sejam os responsáveis diretos pelas políticas direcionadas às comunidades indígenas.

A necessidade de fortalecer o Movimento para reivindicar junto ao governo melhor condição de vida para os povos indígenas, foi aos poucos sendo incorporada pelas lideranças indígenas, no entanto, propor um Movimento Indígena de caráter nacional poderia fragilizar sua atuação. Nessa perspectiva Evangelista (2004, p. 36) considera:

“A dificuldade de construção de um a identidade coletiva única no movimento indígena se apresenta devido à múltiplos fatores: a diversidade cultural entre os vários povos existentes; a diversidade na construção de cosmo visões (compreensão do mundo, relação com a natureza e o sobrenatural) e as diferenças históricas das situações de contato com a sociedade envolvente provocando diferentes posições políticas. Neste sentido não seria muito adequado falar em movimento indígena, mas sim movimentos indígenas. Esta diversidade de movimentos vai dificultar a construção de uma representação nacional dos índios”.

No final da década de 1970, início de 1980 o país vivia a abertura política, com o retorno daqueles que haviam sido exilados e preparava-se para elaborar um novo texto Constitucional. As denúncias sobre a violação de direitos dos povos indígenas transformou-se em bandeira de luta que impulsionou o Movimento Indígena e de Indigenistas a assegurar no texto Constitucional, que estava sendo debatido pela Assembleia Nacional Constituinte, o reconhecimento dos direitos indígenas. Com vistas, a propor uma emenda popular, a União das Nações Indígenas (UNI), colheu assinaturas visando incluir um artigo sobre direitos indígenas à Comissão de Ordem Social - Subcomissão de Negros, Populações Indígenas, Pessoas Deficientes e Minorias.

O líder indígena Ailton *Krenak* fez a defesa da proposta no plenário do Congresso Nacional, e junto aos demais membros do Movimento Indígena ali presente manteve vigília no Congresso Nacional durante as negociações da votação do capítulo “Dos Índios” na certeza de que a presença indígena causaria impacto no momento da votação.

A estratégia foi fundamental para assegurar aos povos indígenas os direitos como demonstra no discurso de Ailton *Krenak* (1987, p. 151-2) Coordenador Nacional do Movimento Indígena:

“(…) a responsabilidade dos Constituintes de hoje é a de fazer o que o Estado nunca fez, que é firmar um tratado de paz com o povo indígena, que será uma pré-condição para nossa vida, uma pré-condição para iniciarmos os entendimentos, para iniciarmos a cooperação, porque até agora não

houve condição para isso, até agora houve uma guerra surda, até agora foi o Executivo agindo às escondidas contra o povo indígena”.

**Figura 2:** Ailton Krenak pinta seu rosto durante a defesa de uma das emendas na CF.



Fonte: Grupioni, 1994, p.

A mobilização do Movimento Indígena foi determinante para inserção de artigos relacionados à questão indígena no texto Constitucional.

“A Nova Constituição de 1988, além dar um tratamento exaustivo aos direitos indígenas, conferindo-nos um inédito status constitucional, pela primeira vez reconhece aos índios o seu direito à diferença, rompendo com a tradição assimilacionista que prevalecia nas Constituições anteriores. A Constituição institui a União como instância privilegiada nas relações entre os índios e a sociedade nacional, ampliando enormemente as competências dos poderes Legislativo e Judiciário quanto aos Direitos Indígenas” (VIDAL, 1994, p. 198).

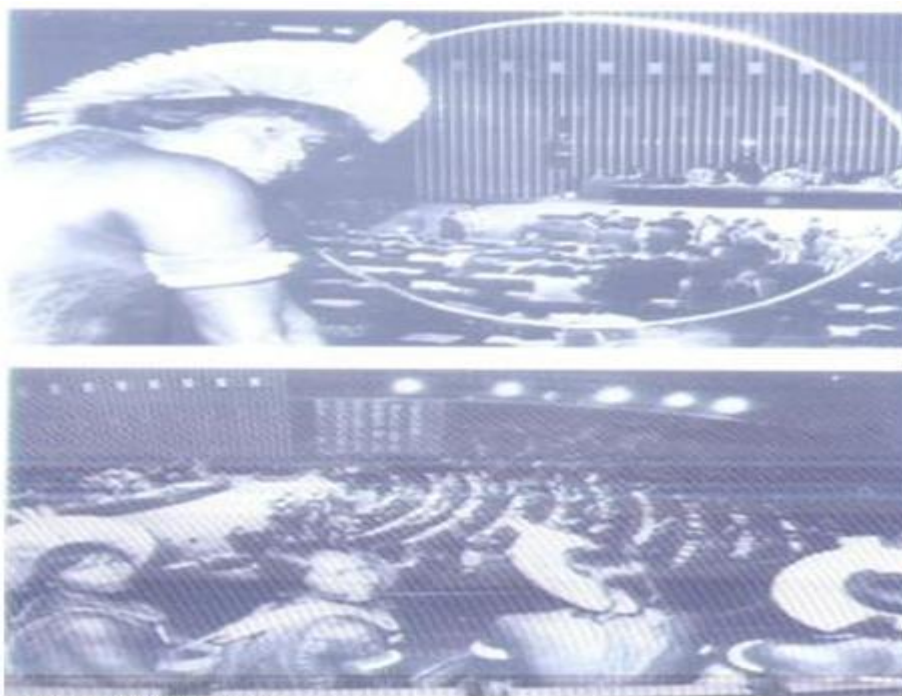
O país vivia um momento de redemocratização, a sociedade civil, através dos movimentos sociais, se transformava em um importante agente das mudanças. Neste caso, o texto Constitucional representou o fortalecimento das relações entre o Estado e a sociedade civil.

#### **4.4.1 A Constituição Federal de 1988**

O processo de elaboração e aprovação da Constituição Federal Brasileira de 1988 teve como diferencial a intensa participação do Movimento Indígena organizado, dos militantes da causa, advogados e antropólogos. São inegáveis as conquistas e ampliação de mecanismos democráticos instituídos, ressaltando-se a dimensão social impressa na formulação dos direitos assegurados.

A Constituição promulgada em 1988 reconhece aos povos indígenas além dos direitos territoriais, o respeito à sua organização social, aos costumes, às línguas e às tradições. Na história do Brasil é a primeira vez que se tem o direito de ser índio e manter-se vivendo segundo as culturas dos diversos povos. Na educação foi assegurado a utilização da língua materna na alfabetização, e o direito aos processos próprios de aprendizagem; e na saúde foi reconhecido o direito a atenção diferenciada e o respeito às especificidades culturais de cada povo.

**Figura 3:** Indígenas assistem a votação do capítulo da Constituição referente a seus direitos no Congresso Nacional em Brasília.



Fonte: Grupioni, 1984, p. 195

Desde então o Ministério Público Federal passou a defender os direitos dos povos indígenas. No Capítulo VIII “Dos Índios” o Artigo 231 estabelece que:

“São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras tradicionalmente ocupam, competindo a União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens; além de outras garantias com relação à terra; do reconhecimento e respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, assegurando a capacidade civil plena. União legislar sobre populações indígenas”. (CF, 1988).

No entanto, o reconhecimento das especificidades culturais de cada povo, de sua concepção de saúde e doença, das formas próprias de tratar os problemas de saúde e o papel dos especialistas tradicionais não se efetivou na prática.

O texto constitucional discorre sobre saúde disposto em cinco artigos (Art. 196-200), determinam que a saúde é direito de todos e dever do Estado, com organização dos serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único. O

Sistema Único de Saúde foi criado com o objetivo de mudar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando universal o acesso ao atendimento, obrigatório e gratuito, além da integralidade e equidade da assistência.

A Constituição de 1988 contemplou as reivindicações do movimento da Reforma Sanitária, para tanto, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), respondeu também ao movimento indígena e indigenista, reconhecendo os direitos aos povos indígenas a sua organização social, a tradição, à língua, á demarcação de terras. “No campo da saúde a Constituição também passou a garantir o direito indígena de atenção integral e diferenciada em decorrência das especificidades e situação de vulnerabilidade deste segmento sociocultural (LANGDON, 2001)”.

No entanto, quando da publicação da Lei nº 8080/90 Lei Orgânica da Saúde, que tem como princípio a universalidade das ações com a participação dos cidadãos assegurada pela Lei 8142/90, a saúde dos povos indígenas não foi contemplada no texto da lei, permanecendo a atenção sob a responsabilidade da FUNAI/Ministério da Justiça.

Iniciava-se assim um longo processo que culminou com a efetivação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas aprovada pela Portaria do MS nº 254/2002, diversos decretos e portarias foram editados para estruturar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Em 1991, o Decreto nº 23/1991, estabeleceu mudanças relativas às condições para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas. Em abril de 1991 através do Decreto nº 100/1991 é transferida a responsabilidade pela saúde indígena da FUNAI para o Ministério da Saúde, passando a ser o gestor nacional a FUNASA, órgão da administração indireta, vinculado ao Ministério da Saúde.

A mudança de responsabilidades na saúde indígena ocasionou entre as instituições FUNAI e FUNASA conflitos por competências, levando a disputas judiciais, comprometendo a assistência a saúde para os povos indígenas. Em meio às disputas ocorre a IX Conferência Nacional de Saúde que aprovou a realização em 1993 da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (II CNSPI).

O ano de 1993 foi histórico para os povos indígenas brasileiros, nossas vozes ecoaram pela floresta, pelos igarapés, pelo cerrado, no semi-árido, no litoral, nos campos de cima da serra, no planalto Riograndense num processo democrático em debates calorosos que integraram as recomendações da II CNSPI. Estava sendo construído o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, tendo como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas

(DSEI), e o controle social exercido pelos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI), com participação de indígenas, profissionais de saúde e gestores de saúde.

A II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígena ocorreu em outubro de 1993 e definiu as diretrizes e princípios norteadores da Política de Saúde Indígena. Neste momento foi referendada a proposta de estruturação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas com autonomia administrativa, bem como, a necessidade da gestão da saúde indígena pelo Ministério da Saúde. A importância da II CNSPI ultrapassou suas resoluções, porque foi precedida de um amplo processo de mobilização, discussão e elaboração de propostas com a participação efetiva dos povos indígenas.

O Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI tem o seguinte conceito:

“Um modelo de organização de serviços – orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado –, que contempla 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 e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social” (PNASPI, 2002, p. 13).

Em meio às disputas políticas entre FUNAI e FUNASA foi promulgado o Decreto nº 1.141/1994, revogando o Decreto-Lei nº 23/1991. Este decreto contrariou o processo de construção da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS, uma vez que, devolveu a FUNAI a coordenação das ações de saúde segmentando responsabilidades e ações. A recuperação e a assistência à saúde ficaram sob a gestão da FUNAI e as ações de prevenção e promoção à saúde permaneceram com a FUNASA. (PNASPI, p. 9).

A FUNAI e a FUNASA passaram então a prestar assistência à saúde dos povos indígenas de forma integrada. Desde a transferência de responsabilidade da saúde indígena as instituições passaram a vivenciar um conflito por competências. As expectativas de melhorias dos serviços de saúde prestados aos povos indígenas não se efetivaram, gerando insatisfação dos usuários e trabalhadores de saúde.

Em 29 de junho de 1994 o então Deputado Federal Sérgio Arouca apresenta à Câmara dos Deputados o Projeto de Lei nº 4.681/94 – Dispõe sobre as condições e funcionamento de serviços de saúde para as populações indígenas. O texto foi elaborado a partir das propostas da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas. A proposta de Arouca tramitou até 1999 quando a questão da saúde indígena voltou a ser tema da agenda nacional, o que resultou na criação de uma série de medidas legais que vieram a constituir a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, vinculada ao Ministério da Saúde.

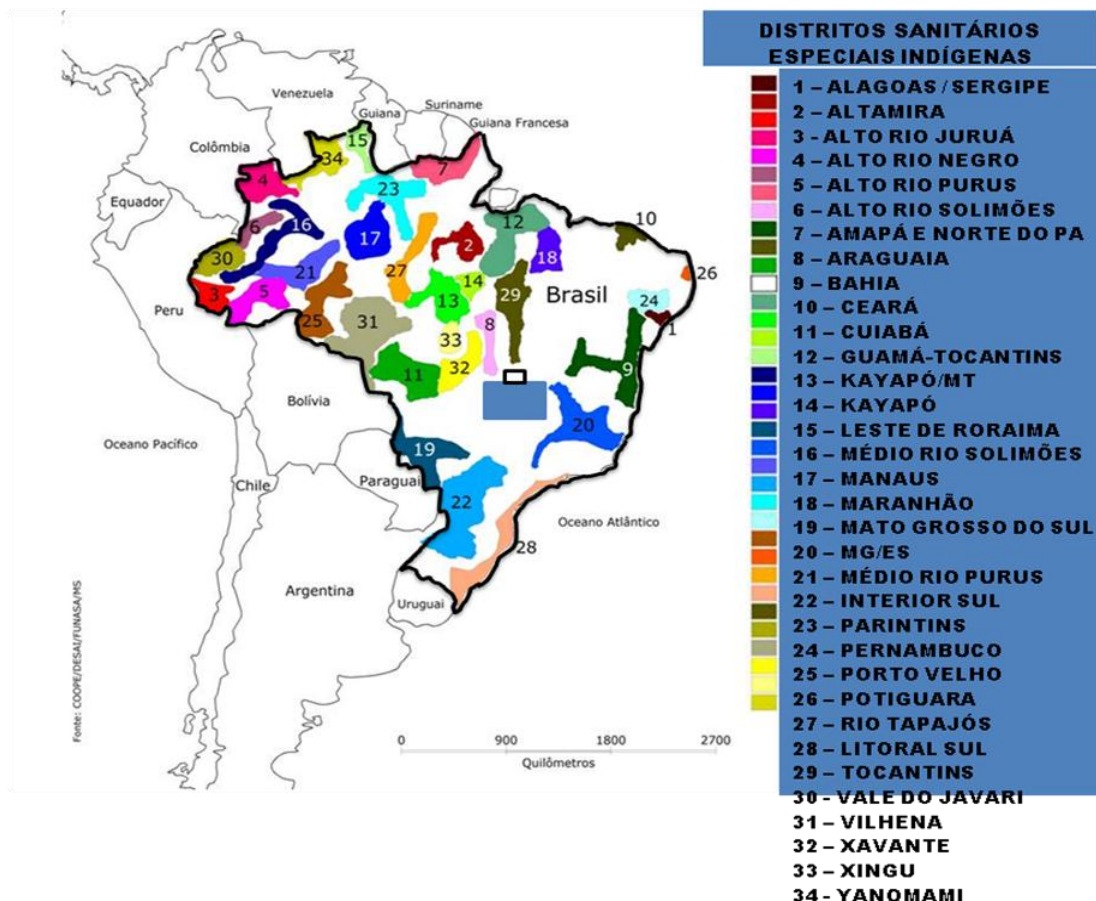
#### **4.5 O SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA – SASI**

Com vistas, a reverter a situação de desassistência em que estavam submetidos os povos indígenas foi publicado o Decreto nº 3.156, de 27/08/1999, que estabeleceu como diretriz a organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas, por meio da criação dos Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena (DSEI) e polos-base, com respeito às especificidades socioculturais, considerando suas medicinas tradicionais.(PNASPI, 2002, p.29-30).

Os critérios utilizados para a definição dos territórios distritais foram: a localização e relação social dos povos indígenas, área geográfica, que não coincide necessariamente com os limites de municípios ou estados, o perfil epidemiológico, especificidades étnicas e socioculturais, vias de acesso e disponibilidade de infraestrutura para os serviços nos níveis de atenção primária à saúde/APS em articulação com a rede de serviços de referência do SUS. (Brasil, 2002)

Com a criação do Subsistema de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas, pela Lei nº. 9.836, de 23/09/1999, baseado no modelo do SUS descentralizado, hierarquizado e regionalizado, tendo como base organizacional os DSEI, com finalidade de gerir os serviços de atenção primária à saúde. Em articulações com municípios e estados para prestação de serviços complementares de média e alta complexidade, construindo assim um sistema de rede de Atenção Integral à Saúde Indígena.

**Figura 4: Mapa dos DSEI**



Fonte: <http://www.funasa.gov.br/>

Os DSEI foram estruturados em 24 estados com presença de povos indígenas e tem como papel institucional, nessa rede de atenção integral, a prestação de serviços no primeiro nível de atenção, ou seja, os atendimentos básicos de saúde dentro das aldeias, para isso o Subsistema está estruturado com 750 Postos de Saúde, 343 Polos - Base e 62 Casa de Apoio a Saúde Indígena - CASAI, e cerca de 12 mil trabalhadores em saúde que compõem as Equipes Multidisciplinares de Saúde indígena (EMSI). (SESAI, 2012)

Cada DSEI conta com uma rede de serviços da atenção básica de saúde, constituída de unidades básicas de saúde/postos de saúde com equipamentos mínimos para execução de ações de saúde localizadas nas Terras Indígenas/aldeias. Onde atuam as Equipes Multidisciplinares formadas por médicos em algumas equipes, enfermeiros, técnicos de enfermagem, cirurgiões dentistas, agentes indígenas de saúde (AIS) e agentes indígenas de saneamento (AISAN) além de outros profissionais. Complementarmente estas equipes



podem contar com antropólogos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, engenheiros entre outros.

Para dar suporte às equipes de área foram instituídos os Polos Base, dispõe de estrutura administrativa e assistencial de apoio às equipes que atuam em área. As Casais encontram-se localizados em municípios próximos às terras indígenas, jurisdicionadas aos DSEI funcionam em articulação com a rede de referência do SUS.

A FUNASA com um quadro insuficiente de pessoal para executar as ações de saúde e com cuidado em evitar prejuízos com possíveis paralisações das ações assistenciais, repassou parte das suas atribuições relacionadas à saúde indígena para as Organizações Não Governamentais - ONGs, por meio de convênios, as quais efetuavam a contratação e capacitação de profissionais de saúde, realizavam também aquisições de serviços de diagnose, medicamentos, e demais insumos para atender as ações de saúde nas aldeias.

Na prática, quem executava o Subsistema eram as ONGs, municípios, ficando a FUNASA por intermédio dos DSEI, apenas com o papel de acompanhar, monitorar e avaliar as ações realizadas por estas instâncias executoras, gerando com isso estratégias de 'terceirização' dos serviços de saúde indígena. Na época, a expectativa da FUNASA era a garantir a contratação de profissionais, pelo Ministério da Saúde, por meio de concurso público em caráter permanente para fortalecer a capacidade institucional de desenvolvimento das ações em áreas indígenas, levando em consideração as características e peculiaridades do Subsistema e as fragilidades do quadro de pessoal, com um grau relativo de vulnerabilidade em consequência da alta rotatividade dos profissionais de saúde em áreas indígenas.

Durante esse tempo, as reclamações e reivindicações dos usuários indígenas buscando colocar os DSEI com status de autônomo e com papel institucional definido no contexto da gestão pública federal intensificaram, e, apesar desses cenários de conflitos desafiadores, é publicada Portaria nº. 254, de 31/01/2002, que instituiu a Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI. Aprovada pelo pleno do Conselho Nacional de Saúde - CNS em 2001, onde os povos indígenas já tinham conquistado seus espaços legítimos com participação ativa nas VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e nas duas Conferências Nacionais de Proteção à Saúde dos Povos Indígenas em 1986 e 1993.

A PNASPI surgiu como necessidade de garantir por meio de diretrizes gerais e específicas articulação do Subsistema de Atenção a Saúde Indígena, no âmbito do Sistema

Único de Saúde - SUS, para cumprimento de sua finalidade como missão institucional. Assegurando atenção integral diferenciada, nos três níveis de atendimento – básico e de média e alta complexidade –, com a prevenção, promoção e recuperação individual e coletivamente das comunidades indígenas, respeitando as especificidades etnoculturais (organizações sociais, políticas, línguas, crenças, tradições, etc.), compartilhando ações complementares de saúde das práticas e saberes indígenas, segundo as peculiaridades dos sistemas de medicina tradicional em cada comunidade.

Em 2010, depois de muitas denúncias de falta de atendimento nas aldeias, culminando com aumento da mortalidade infantil as ações de saúde indígena passam a ser geridas diretamente pelo Ministério da Saúde, para tanto, foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) através do Decreto nº 7.336/2010, com a responsabilidade de coordenar e executar a gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Essa é a única secretaria do MS que executa ações diretas de gestão e de atenção primária à saúde, sendo que Estados e Municípios atuam complementarmente.

Considero que a grande barreira a ser transposta para a implementação da PNASPI reside na dificuldade de compreensão do universo cultural dos povos indígenas, os gestores do SASI – SUS resistem em mudar sua postura institucional. Marcada pelos ditames preconizados pelas diretrizes dos programas de saúde do Ministério da Saúde. Os discursos institucionais apresentam uma visão de respeito à cultura dos povos indígenas, especialmente no tocante à saúde, porém esse respeito não acontece na prática dos serviços. De acordo com Viveiros de Castro, 2007,

“Fala-se muito em “conhecimentos tradicionais” indígenas, que devem ser reconhecidos e valorizados. Todos conhecemos esse discurso. Mas eu vou problematizar alguns de seus aspectos. Primeiro, o interesse pelos chamados conhecimentos tradicionais se apoia na verdade em uma concepção (de nossa parte) completamente tradicional (no mau sentido) do conhecimento, que não imagina que a incorporação dos conhecimentos tradicionais vá modificar nossa imagem do conhecimento dele próprio. Segundo, o discurso sobre os conhecimentos tradicionais enfatiza os conteúdos desse conhecimento, separando tais conteúdos de sua forma. Ora, o que distingue os conhecimentos tradicionais indígenas dos nossos conhecimentos (tradicionais ou científicos) é muito mais a forma que o conteúdo, é, além disso, a idéia mesma de conhecimento: a imagem de quem conhece, a imagem do que há a conhecer, e a questão de para que, ou melhor, por que se conhece”. (VIVEIROS DE CASTRO, 2007.p.1)

Apesar da Constituição brasileira no artigo 231 reconhecer a diversidade étnica e cultural dos povos indígenas, a temática ainda gera resistência ao se repensar o modelo de atenção à saúde desses povos. Diehl (2001, p. 440) ressalta,

“com a implantação dos DSEI, pretende-se alcançar mudanças significativas nas políticas de saúde indígena e na gestão de projetos direcionados ao atendimento integral dessas populações, procurando efetivar um modelo diferenciado de atenção com base na especificidade de cada um dos diversos grupos.”

A falta de uma política de recursos humanos para a saúde indígena, e as precárias relações de trabalho dos profissionais contratados pelas ONGs refletem na qualidade dos serviços prestados. Além da formação profissional que não oferece uma matriz curricular que permita uma aproximação com as especificidades culturais de que é constituída a população indígena. Sobre a relação das equipes e a falta de capacitação, Langdon (2006, p. 2640) destaca:

“A alta rotatividade dos membros das equipes, frente à ausência de capacitação adequada, seja esta de forma contínua, como recomendado pela PNASPI, ou de cursos pontuais, resulta na falta de preparação por parte dos profissionais para o trabalho em contextos étnicos específicos”.

A expectativa com relação à criação da SESAI era a da construção de um modelo de atenção baseado no diálogo intercultural, na reorganização de serviços com participação efetiva dos indígenas, profissionais de saúde do nível central, dos DSEI e equipes de área que integram a rede de atenção primária à saúde indígena. O SUS, apesar de trazer em seu escopo a universalidade do acesso à saúde, na prática não teve como contemplar as diferenças étnicas e culturais dos povos indígenas, de modo a assegurar a implementação de um modelo assistencial que contemple as especificidades culturais de cada povo indígena.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dissertação se propõe a dar visibilidade às práticas e cuidados das mulheres Kaingang na gestação, parto e pós-parto, busco com isso, contribuir no sentido de delinear caminhos que possibilitem repensar as políticas públicas de atenção à saúde da mulher na perspectiva de estabelecer uma articulação entre os saberes Kaingang e o sistema oficial de saúde.

O plano de ação 2004-2007 do Ministério da Saúde elaborado a partir da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher/PNAISM define:

“medidas para a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade das ações já tradicionalmente existentes nos níveis locais de saúde, propondo que sejam introduzidas na rede pública ações que dizem respeito a segmentos sociais excluídos da atenção, no que se refere às suas especificidades, que são: mulheres negras, mulheres em situação de prisão, com deficiência, indígenas, trabalhadoras do campo” (...) (Ministério da Saúde, 2004, p.6).

A saúde da mulher indígena integra o objetivo 12 do referido plano de ação, que apresenta como meta: Implantar a atenção integral à saúde da mulher indígena em 100% dos polos básicos (BRASIL, 2004, p.43). Sem, no entanto, mencionar a questão de gênero e a diversidade cultural que deve ser contemplada no momento de planejamento e implantação das ações de atenção à saúde.

A PNASPI não faz em seu arcabouço qualquer referência à necessidade de elaborar ações que contemplem às práticas de cuidados das mulheres indígenas na fase gestacional, parto e puerpério. Sendo que, dentre a população indígena são as mulheres que mais buscam os serviços de saúde. Talvez essa invisibilidade esteja relacionada à questões culturais, pois são os homens que participam de reuniões nas instâncias que elaboram e avaliam as políticas públicas.

Enquanto não se permite ouvir a voz das mulheres indígenas, as ações de saúde são implementadas conforme as diretrizes recomendadas pelo PNAISM. O desconhecimento das práticas de auto-atenção tem ocasionado mudanças radicais na estruturação do sistema de práticas e cuidados adotados pelas mulheres Kaingang.

“No âmbito das políticas públicas, portanto, a categoria mulher está em pauta e o seu conteúdo está sendo negociado. Porém, ao serem implementadas nos contextos localmente situados das comunidades indígenas, estas políticas contribuem para a transformação das relações de gênero e, conseqüentemente, dos processos ameríndios de produção de corpos e pessoas aparentadas”. FERREIRA, 2011, pg 3).

Objetivando trazer essas questões à discussão, proponho recomendações às instituições que se encontram envolvidas de forma direta ou indiretamente na implementação de políticas de atenção à saúde da mulher indígena. No sentido de assegurar a essas mulheres, participação em fóruns de discussão que permita promover acesso à serviços de saúde culturalmente diferenciados.

No âmbito federal, a SESAI através do Departamento de Atenção à Saúde Indígena/DASI e da Coordenação Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena/CGAPSI, articule com a Coordenação de Gênero e Assuntos Geracionais da FUNAI, com a Área Técnica de Saúde da Mulher – ATSM/MS e Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República/SPM/PR, e representantes de Organizações de mulheres indígenas para construção conjunta de diretrizes para atenção à saúde da mulher.

O espaço de diálogo visa alinhar os objetivos das políticas públicas com as necessidades das mulheres indígenas, respeitando suas diferenças étnico-culturais.

Proponho também, a realização de oficinas periódicas entre os *Kujá* e demais detentores de saberes tradicionais, de mulheres indígenas e trabalhadores das equipes multidisciplinares, para troca de saberes. Esse movimento tem duplo sentido, pois oportuniza às EMSI conhecer as práticas de auto-atenção que norteia a vida destas comunidades e, permite a revitalização dessas práticas. Proporciona às gerações mais velhas, momentos de transmissão de conhecimentos, que vem sendo paulatinamente desconsiderado pelos mais jovens. Dessa forma, os membros das equipes terão acesso às particularidades étnico-culturais do povo *Kaingang* residente na área adstrita à Unidade Básica de Saúde Indígena onde desenvolvem seu processo de trabalho.

“Os estudos etnológicos acerca das teorias indígenas de corporalidade, dos processos socioculturais de produção de pessoas e das relações de gênero nas sociedades ameríndias trazem um importante aporte para a compreensão da saúde reprodutiva e saúde da mulher indígena. Isso porque tais estudos demonstram que as relações de gênero entre os povos indígenas estão associadas aos domínios do parentesco e da fabricação do corpo. São esses os domínios que atuam como mecanismos de construção da pessoa aparentada e engendrada. Nesse caso, os processos de engendramento, por serem relacionais, regulam as relações interpessoais no âmbito das comunidades indígenas”. (FERREIRA, 2011, pg 2).

O entendimento de como se desenvolvem as práticas e cuidados dispensados pelas medicinas tradicionais na atenção ao parto e nascimento tem como propósito contribuir com o objetivo da SESAI de “implementar no Subsistema de Saúde Indígena o modelo de atenção à saúde baseado na Linha do Cuidado Integral, articulado com as medicinas

tradicionais, com enfoque na intersectoralidade, integralidade da atenção e participação da comunidade”. (SESAI, Guia Informativo 2012).

Destaco também, a necessidade da SESAI através dos DSEI de implantação de um sistema de educação permanente para os profissionais de saúde, dando ênfase à capacitações para a atuação em contexto intercultural. O conhecimento da organização social, visão de mundo, concepção de corporalidade, parentesco, princípios da complementaridade e o sistema de prática de cuidados, contribuirão para a implementação de programas que visam à integralidade das ações de saúde baseados no respeito às especificidades socioculturais, são elementos essenciais para o início do diálogo intercultural.

Arroyo, 2003 ao manifestar-se sobre cultura-trabalho-saúde-educação faz a seguinte análise:

“A cultura que vivenciamos, o conhecimento cultural que acumulamos vai construir a caixa de ferramentas com que, ao longo da vida, construiremos significados, saberes, valores e condutas, com os quais faremos escolhas, participaremos da vida social e política, produziremos e reproduziremos nossa existência. As representações da escola, do trabalho, da saúde, do corpo, com que lidam os profissionais de saúde são produzidas culturalmente. Mexer com culturas exige artes e competências profissionais refinadas. Que teoria pedagógica dará conta da compreensão, acompanhamento e cuidado dessas travessias humanas, deste espaço de interlocução entre culturas distintas, entre caixas de ferramentas distintas?” (ARROYO, 2003, p 64-80 )

Um problema que reflete na atenção à saúde indígena é a alta rotatividade dos profissionais de saúde, gerando descontinuidade das ações em área, esses trabalhadores são contratados por ONGs de forma precária. O pleito para definição da carreira para a saúde indígena vem sendo recomendado pelas Conferências Nacionais de Saúde Indígena, pelo Movimento Indígena e pelo Controle Social. São propostas que integram os discursos institucionais, porém, carecem de ações concretas que busquem viabilizar sua efetivação.

A realização de concurso público não tem garantido a permanência de profissionais no SASI-SUS, os servidores emergidos dessa modalidade de contratação, permanecem por pouco tempo na saúde indígena. Estão em busca de uma colocação no serviço público que lhes garanta bom salário e ascensão profissional. Requisitos que o SASI-SUS não tem condições de oferecer, apesar dos recursos financeiros alocados para a atenção à saúde.

Outro fator de suma importância, que vem ocasionando impacto negativo na saúde indígena, está relacionado à formação do Agente Indígena de Saúde/AIS, considerado o elo entre a comunidade e a EMSI.

“A formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde é uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não” (PNASPI, 2002).

O processo de formação do AIS deve privilegiar o diálogo, baseado na troca de experiências, entre os instrutores, que são membros das EMSI e os agentes em formação. Durante o processo seria importante envolver os detentores de conhecimentos tradicionais, para discussão sobre a importância das medicinas tradicionais. Dessa maneira, o curso de formação dos Ais, viabilizaria de fato espaço para troca de saberes.

“Os agentes de saúde incorporam em sua prática e em seus próprios corpos os conhecimentos, as coisas e as condutas aprendidas nas relações mantidas com os representantes do modelo médico hegemônico. Em sua atuação, esses diferentes tipos conhecimentos, indígenas e não indígenas, são acomodados de diversas maneiras, resultando em um processo contínuo de recriação dos saberes práticos que informam a sua atuação”. FERREIRA, 2012, p.175)

Os cursos propiciam espaços para elaboração de estratégias que permite pensar ações diferenciadas que tenha como base a realidade cultural desses agentes, pois pertencem à diferentes povos indígenas. Desde o início do processo de formação de Monitor de saúde no final da década de 1970 pela FUNAI, do qual participei constato poucas mudanças na metodologia utilizada.

Reconheço a importância da contribuição dos serviços de saúde para a melhoria qualidade de vida das populações indígenas, já que o contato trouxe importantes alterações no modo de vida dos povos e nos seus aldeamentos: a sedentarização, a falta de acesso a terra, a degradação do meio ambiente, além das alterações dos hábitos alimentares dentre outros fatores tem impactos negativos sobre a situação de saúde das comunidades indígenas.

Para se fazer saúde indígena é imprescindível o reconhecimento da diversidade cultural, respeito dos seus sistemas de auto-atenção, com elaboração das ações de prevenção/promoção para a saúde adequadas ao contexto local. Por meio da construção de um Modelo Assistencial com participação efetiva das mulheres indígenas em espaços de

diálogo para troca de saberes, percepção do processo saúde doença e dos cuidados tradicionais nos diferentes ciclos de vida.

Considerando as práticas de auto-atenção à saúde, conclui-se que o diálogo intercultural através da troca de saberes entre profissionais de saúde e os cuidadores tradicionais, possibilitarão as mulheres indígenas Kaingang acesso a serviços de saúde com equidade. Minha prática profissional demonstra que as possibilidades existem, podem ser rechaçadas num primeiro momento, porém, depois são incorporadas aos cuidados. Quando relato caso da paciente com grave quadro de infecção após realização de cesariana, que foi submetida ao tratamento convencional com antibioticoterapia. Decorridos alguns dias o *Kujà* iniciou seus cuidados à paciente, através de dietas alimentares, uso de palnatas medicinais e bafações. Após a associação dos cuidados, a paciente apresentou recuperação que surpreendeu o médico, que ao saber que o tratamento tinha sido compartilhado ficou desconcertado. Porém, diante dos resultados reconheceu a importância da medicina tradicional Kaingang.

A organização dos serviços de saúde articulados, culturalmente pertinentes com respeito e valorização dos sistemas de auto-atenção, muito presente nos discursos coletivos, demonstra reconhecimento pelas práticas tradicionais, mantidas até a atualidade. A heterogeneidade cultural da população possibilita caminhos que possam contribuir com a reconstrução de novos modelos de atenção à saúde.

Enfim, as contribuições propostas na presente dissertação buscam contribuir para uma reflexão das ações de saúde promovidas pelas equipes multidisciplinares. A aproximação da realidade cultural tende a fortalecer os sistemas de cuidados a saúde das mulheres Kaingang na gestação, parto e pós-parto, assegurando a sustentabilidade cultural.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARROYO, M.G. Escola e trabalho: desafios e oportunidades na construção de uma política pública de formação profissional em saúde. In Relatório Geral do 1º Fórum Nacional do PROFAE, Brasília, 2003.

BECKER, I. B.O índio Kaingang no Rio Grande do Sul. São Leopoldo: Ed. UNISINOS, 1995.

BIGIO, E. S. Linhas telegráficas e integração de povos indígenas: a estratégia política de Rondon (1889-1930). Brasília: CGDOC/FUNAI, 2003.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. 16ª ed. São Paulo: Saraiva, 1997.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2ª edição, Brasília Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CENCI, A. Religiosidade Kaingáng: ritos de integração e resistência. In: MARCON, Telmo (coord.). História e Cultura Kaingáng no Sul do Brasil. Passo Fundo: Gráf. Ed. Universidade de Passo Fundo, 1994.

CIMI - Conselho Indigenista Missionário. Saúde dos Povos Indígenas: Direito a uma atenção diferenciada. Brasília: Cimi/CNBB- Artic. Nacional de Saúde, 1999 (Cadernos do Cimi, v. 3). 1999.

Convenção nº 169 sobre povos indígenas e tribais e Resolução referente a ação da OIT/Organização Internacional do Trabalho – Brasília: OIT, 2011.

COSTA, D.C. da. Política Indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. Cadernos de Saúde Pública, RJ, 4(3):388-401, out/dez, 1987.

CREPEAU R. A prática do xamanismo entre os kaingang do Brasil meridional: uma breve comparação com o xamanismo Bororo. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, v. 8, n. 18, p. 113-129, 2002.

CUNHA, M.C. da. Os Direitos do Índio: ensaios e documentos. São Paulo: Brasiliense, 1987.

Declaração das Nações Unidas sobre os Povos Indígenas: perguntas e respostas. 2ª edição – Rio de Janeiro. UNICEF: Brasília: Unesco, 2009.

Diário da Assembleia Nacional Constituinte (suplemento). 21.05.1987. p.. 151-2).

DIEHL, A. A. Identidade. Passo Fundo: Ediupf, 1998.

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

EVANGELISTA C.A.V. Direitos Indígenas: O debate na Constituinte de 1988. Dissertação de Mestrado, Instituto de Filosofia e Ciências Sociais. UFRJ. 2004.

Fausto, C. Banquete de gente: Comensalidade e canibalismo na Amazônia. Mana, Rio de Janeiro: Vol. 8, nº 2, oct. 2002.

FERREIRA, L.O. Entre discursos oficiais e vozes indígenas sobre gestação e parto no Alto Juruá: a emergência da medicina tradicional indígena no contexto de uma política pública. Tese de Doutorado. UFSC. 2012.

\_\_\_\_\_. O Desenvolvimento Participativo da Área de Medicina Tradicional Indígena, Projeto Vigisus II/Funasa. Saúde Soc. São Paulo, v. 21, supl.1, p.265-277, 2012.

\_\_\_\_\_. Saúde e Relações de Gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção a saúde da mulher indígena. Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva / 2011.

FUNAI/Administração Regional de Passo Fundo/RS – Quadro resumo da situação fundiária das Terras Indígenas do Rio Grande do Sul. 2007.

GIANNINI, I.V. Os índios e suas relações com a natureza. In: GRUPIONI, Luís Donisete Benzi. Índios no Brasil. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto, 1994.

GOMES, M.P. Por que sou rondoniano. Estudos Avançados 23(65), 2009.

GONÇALVES, C.T. Relatório sobre os indígenas do Rio Grande do Sul. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1910, p. 155.

LANGDON, E.J. & WIJK, F.B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mai-jun 2010 [acesso em: 03 jan 2012];18(3): 09 telas].

\_\_\_\_\_. Políticas Públicas de Saúde Indígena: implicações para minorias e saúde reprodutiva. In: Monteiro, S. & Sansone, L. (Orgs). Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 211-26, 2004.

\_\_\_\_\_. Tolerância e a Política de Saúde do índio no Brasil: São compatíveis os saberes biomédicos e os saberes indígenas? In: Fischmann, R.; Grupioni, L.B; Vidal, L.B (org.). Povos Indígenas e Tolerância Construindo Práticas de Respeito e Solidariedade. São Paulo: Edusp, 2001.

\_\_\_\_\_. Xamanismo – velhas e novas perspectivas. In: LANGDON Esther Jean. Xamanismo no Brasil: novas perspectivas. Florianópolis: Editora da UFSC, 1996.

\_\_\_\_\_; DIEHL, E.; WIJK, F.; DIAS-Scopel R. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(12):2637-2646, dez, 2006.

LARAIA, R.B. Os militares e o indigenismo. Uma história de um século. Publicado na Revista Da Cultura. Ano IX, nº 16. Pesquisa internet acessado em 23.09.2012 [http://www.funceb.org.br/images/revista/19\\_1s8v.pdf](http://www.funceb.org.br/images/revista/19_1s8v.pdf) .

LAROQUE, L. F. Fronteiras geográficas, étnicas e culturais envolvendo os Kaingang e suas lideranças no Sul do Brasil (1889-1930). Tese (Doutorado em História), Programa de Pós-Graduação em História, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2006.

MACIEL, E. N. O Serviço de Proteção ao Índio. In: MARCON, Telmo (coord.). História e Cultura Kaingáng no Sul do Brasil. Passo Fundo: Graf. Ed. Universidade de Passo Fundo, 1994.

MARCON, T. (coord.). História e Cultura Kaingáng no Sul do Brasil. Passo Fundo: Gráf. Ed. Universidade de Passo Fundo, 1994.

MATTE, D. C. Indígenas no RS: educação formal e etnicidade. RS índio: cartografias sobre a produção do conhecimento [recurso eletrônico] / org. Gilberto Ferreira da Silva, Rejane Penna, Luiz Carlos da Cunha Carneiro. – Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009.

MELATTI, D.M. Aspectos da Organização social dos Kaingang paulistas. Brasília: FUNAI, 1976.

MELIÁ, B.(org.). O índio no Rio Grande do Sul: quem foi, que é, o que espera. Frederico Westphalen: Coordenação de Pastoral Indígena Interdiocesano Norte – RS, 1884.

MENDONÇA, S.B.de. Relação médico-paciente: valorizando os aspectos culturais x medicina tradicional. In: YAMAMOTO, Renato Minoru. Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Reflexões sobre a relação intercultural no campo da saúde indígena: uma introdução. Curso de Especialização em Saúde Indígena na modalidade à distância. Módulo básico. São Paulo: Unifesp [Brasília]: Ministério da Educação, 2012. UAB/UNIFESP, 2010/2011.

MENÉNDEZ, E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003;8(1):198.

MÉTRAUX, A. The Caingang. In: Julian H. Steward (Ed.): *Handbook of South American Indians*. Cooper Square Publishers, Inc., New York, 1963, vol. I:445-475.

NIMUENDAJÚ, C. Carta sobre a pacificação dos Coroados (1912). *Textos indigenistas*. São Paulo : Loyola, 1982. p. 41-5.

OLIVEIRA, M. C. Percepção corpórea e a questão da dieta em momentos de liminaridade. O exemplo *Kaingang*. 1ª Oficina Macrorregional de estratégia, prevenção e controle das DST/AIDS para as populações indígenas das regiões Sul e Sudeste e do Mato Grosso do Sul. In: *Anais da 1ª Oficina Macrorregional*, Londrina, 31 de jul 2 de ag 1997.

OLIVEIRA, P.E.de. Vacinação grátis contra febre amarela e tuberculose. Extração de dentes grátis. Curativo e remédio grátis. Tudo por conta do governo. Texto integrante dos Anais do XIX encontro Regional de História. Poder, Violência e Exclusão. ANPUH/SP-USP. São Paulo, 08 a 12 set 2008.

Relatório Final da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, 1986. Texto publicado em jan 1988 *Revista do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – CEBES – Saúde em Debate*.

RIBEIRO, B. O índio na história do Brasil. 12 ed. São Paulo/SP, Global Editora, 2009.

RICHARDSON, Robert jarry. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

ROCHA, C. C. da. Adoecer e curar: processos da sociabilidade Kaingang. Dissertação de Mestrado. Florianópolis, UFSC, 2005.

\_\_\_\_\_. Estudo de avaliação da metodologia utilizada pelo PRAPEM/Microbacias 2 junto às populações indígenas de Santa Catarina. Relatório Final. Governo do Estado de Santa Catarina. Secretaria de Estado da Agricultura e do Desenvolvimento. Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina. 2008.

RODRIGUES, C.R. As populações nativas sob a luz da modernidade: A proteção fraterna no Rio Grande do Sul(1908-1928) UNISINOS, 2007.

RODRIGUES, D.& MENDONÇA S. Política Indigenista de Saúde. Saúde Indígena: Curso de Especialização em saúde indígena na modalidade à distância. Módulo básico. São Paulo: Unifesp [Brasília]: Ministério da Educação, 2012.

ROSA, R.R.G. da. “Os Kujà São Diferentes”: Um estudo etnológico do complexo xamânico dos Kaingang da Terra Indígena Votouro. Porto Alegre: PPGAS-UFRGS, 2005A.

\_\_\_\_\_. Mitologia, Origem e Xamanismo Inuit e Kaingang. IX Reunião de Antropologia do Mercosul, 10 a 13 de Julho de 2011 – Curitiba/PR

SALDANHA, J.D.M. Paisagem, lugares e cultura material. Uma arqueologia espacial nas terras altas do Sul do Brasil. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2005.

SCHADEN, F. S. G.. Índios caboclos e colonos: páginas de etnografia, sociologia e folclore. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras. Universidade de São Paulo, 1963.

SEEGER, A.; DA MATTA, R.; VIVEIROS DE CASTRO, E. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. Boletim do Museu Nacional, 1979.

SELAU, Maria Gorete Gonçalves. A Política Indigenista Governamental: aspectos ideológicos e administrativos da ação médico-sanitária entre as populações indígenas brasileiras (1967 a 1988). Relatório de pesquisa para o CNPq, mimeo, Brasília, 1992.

SERRANO, A.. Etnografia de la antigua. Provincia del Uruguay. Paraná, 1936.

SESAI. Guia informativo. Diretrizes e contatos úteis, 2012.

SILVA, S.B. da. Dualismo e cosmologia kaingang: domínio da floresta. Porto Alegre: Horizontes Antropológicos, ano 8, n. 18, p. 189-209, dezembro de 2002

\_\_\_\_\_. Etnoarqueologia dos grafismos Kaingang: um modelo para a compreensão das sociedades Proto-jê meridionais. Tese de Doutorado. USP, 2001.

SIMONIAN, Lúgia. Estado expropria e domina o povo Guarani e Kaingang. In: Cadernos do Museu. UNIJUI.nº 09, 1980.

SOUZA FILHO, C.F.M.de. O direito envergonhado: o direito e os índios no Brasil. In: GRUPIONI, Luís Donisete Benzi. Índios no Brasil. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto, 1994.

STAVENHAGEN, R. Etnodesenvolvimento: uma dimensão ignorada no pensamento desenvolvimentista. Anuário Antropológico/84. Brasília. Rio de Janeiro: UNB/Tempo Brasileiro, 1984. p. 13-56

TANISSARI, A. I. Sociedades Indígenas: introdução ao tema da diversidade cultural. In: SILVA, Aracy Lopes da; GRUPIONI, Luís Donisete Benzi. A temática indígena na escola: novos subsídios para professores de 1º e 2º graus. Brasília: MEC/MARI/UNESCO, 1995. *Tellus*, ano 10, n. 19, jul./dez. 2010 n.12, p.2637-2646, dez. 2006.

TOMMASINO, K. Território e territorialidade Kaingang. Resistência cultural e historicidade de um grupo Jê. In: Mota, Lúcio Tadeu; NOELLI, Francisco S.; TOMMASINO, Kimiye (org.). Uri e Wãxi – Estudos Interdisciplinares dos Kaingang. Londrina: Ed. UEL, 2000.

\_\_\_\_\_. A experiência histórica dos índios do Sul do Brasil: Expropriação e violência na situação de contato. Anais da I Oficina Macrorregional de estratégia, prevenção e controle das DST/AIDS para as populações indígenas das regiões Sul e Sudeste e do mato Grosso do Sul. Londrina/PR 30 jul. a 2 ago./1997.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. *Normas de redação para a elaboração de monografias de especialização, dissertações e teses do CDS-PPGDS/UnB Versão 4.0.* Brasília/DF: outubro/2008.

VEIGA, J. Organização Social e Cosmovisão Kaingang: uma introdução ao parentesco, casamento e nominação em uma sociedade Jê Meridional. Dissertação de Mestrado. Campinas: UNICAMP, 1994.

\_\_\_\_\_. Cosmologia e práticas rituais Kaingang. Tese de Doutorado. PPGAS Campinas – SP, 2000.

VERANI, C. B. L. A Política de Saúde do Índio e a organização dos serviços no Brasil, 1985. > pesquisado em site funasa.gov.br/portal/publicacoes/pub705.rtf em 3/1/2013, às 13h.

VERGARA, Sylvia Constant. Projetos e Relatórios de pesquisa em administração. São Paulo: Atlas Editora, 1998.

VIDAL, L. B. As terras indígenas no Brasil. In: GRUPIONI, Luís Donisete Benzi. Índios no Brasil. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto, 1994.

VIVEIROS DE CASTRO, E. B. A natureza em pessoa: sobre outras práticas de conhecimento. Encontro "Visões do Rio Babel. Conversas sobre o futuro da bacia do Rio Negro". Instituto Socioambiental e a Fundação Vitória Amazônica, Manaus, 22 a 25 de maio de 2007.

YAMAMOTO, Renato Minoru. Povos indígenas brasileiros: sua explicação para as doenças e a lógica do tratamento realizado. In: YAMAMOTO, Renato Minoru. Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004.

### **Legislação consultada**

**Lei** Nº 5.371 - de 5 dezembro de 1967. Autoriza a instituição da "Fundação Nacional do Índio" e dá outras providências;

Lei nº 6001, de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. Título V – Da Educação, Cultura e Saúde – Art. 54 a 55.

Constituição Federal, de 1988

Título VII - Capítulo II – Seção II – Da Saúde – Artigos 196 a 200.

Título VII - Capítulo VII – Dos Índios – Artigos 231 a 232

### **Leis Orgânicas do SUS**

Lei nº 8.080, 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.

Lei nº 8.142, 19 de setembro 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 de saúde e dá outras providências.

Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999

Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080 instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei.

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração.

Lei nº 12.314, de 19 de agosto de 2010 (Conversão da Medida Provisória nº 483, de 2010)

Altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, transferindo a competência da saúde indígena da Funasa para o Ministério da Saúde e dá outras providências.

### **DECRETOS**

Decreto nº. 23, de 04/02/1991. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas.

Decreto nº. 100, de 16 de abril de 1991. *Institui a Fundação Nacional de Saúde e dá outras providências.* Diário Oficial da União de 17/04/1991, Seção 1, p. 48. Brasília/DF.

Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999. 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, altera dispositivos dos Decretos nºs 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências.

Art. 1º A atenção à saúde indígena é dever da União e será prestada de acordo com a constituição e com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, objetivando a universalidade, a integralidade e a equanimidade dos serviços de saúde.

Decreto no 7.336, de 19 de outubro de 2010 que criou a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI).

## **PORTARIAS**

Portaria/MS nº. 3.156, de 27 de agosto de 1999. *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 de 28/08/1999, Seção 1, p. 44.

Portaria/MS nº. 254, de 31 de janeiro de 2002. *Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.* Diário Oficial da União de 30/01/2002, Seção 1.

Portaria nº 3.841, de 7 de dezembro de 2010

Autoriza os Superintendentes Estaduais da Fundação Nacional de Saúde e os Chefes dos Distritos Especiais de Saúde Indígena, perante as Superintendências Estaduais da Fundação Nacional de Saúde a praticar atos referente à saúde indígena.

## **SITES consultados**

[www.anai.org.br/](http://www.anai.org.br/) acessado em 16.12.2012

<http://www.cimi.org.br/site/pt-br> acessado em 17.12.2012

<http://.cartadaterrabrasil.org/prt/> acessado em 10.12.2012