

**Saúde: Um Fator Ignorado numa Situação de Mudança Rápida -
A Situação da Área Indígena Ibirama (SC)**

E. Jean Langdon e Blanca Guilhermina Rojas

1. Política de Saúde do Índio no Brasil

Desde os primeiros contatos com os europeus nos idos de 1500, a saúde do índio tem sido atingida dramaticamente. A população indígena do Brasil, estimada entre 2 e 3 milhões na época da conquista, conta hoje somente com aproximadamente 250.000 pessoas. Epidemias trazidas pelos brancos desempenharam um papel central nesta redução drástica da população indígena. Como Ribeiro justamente afirmou:

As doenças representaram sempre o primeiro fator da diminuição das populações indígenas...a história das nossas relações com os índios é uma crônica de chacinas e sobretudo de epidemias (1982: 208).

Na primeira instância, a vulnerabilidade dos indígenas frente às doenças européias tinha por base as diferenças genéticas existentes, devido à menor imunidade daqueles para resistir às recém chegadas doenças européias. Porém, o estado da saúde dos índios hoje não se prende tanto a fatores genéticos, mas se explica através dos processos históricos, sociais e culturais que influenciam a saúde. Isto se aplica sobretudo aos índios que mantêm contatos mais freqüentes com a sociedade nacional, os quais continuam enfrentando problemas de saúde resultantes das mudanças ocasionadas por esse contato.

A permanência dessa situação entre as populações indígenas do Brasil na atualidade pode ser demonstrada por citações como a que segue, usuais na literatura da área:

Suas condições sanitárias em geral não são satisfatórias. Destacam-se entre outros problemas: a elevada prevalência de doenças endêmicas como a tuberculose, a malária, a verminose e os freqüentes surtos epidêmicos provocados por vírus; alta prevalência de doenças carenciais, sendo que, em alguns deles, há alto grau de desnutrição; danos psíquicos que originam alta prevalência de alcoolismo; saúde bucal precária; más condições de saneamento básico...(Miranda, et.al. 1988: 25).

Apesar de os índios continuarem a apresentar taxas diferentes de mortalidade e padrões epidemiológicos diferentes dos brancos, ao longo da sua história o Brasil tem falhado em desenvolver uma política efetiva de saúde para as populações indígenas.

Em primeiro lugar, os governos se sucedem sem garantir a essas populações os seus direitos básicos, fundamentais para a obtenção e manutenção de um nível satisfatório de saúde. Estes direitos são:

- (1) o acesso e usufruto pleno de suas terras, legalizadas e desimpedidas de intrusos;
- (2) o acesso à assistência educacional e de saúde;
- (3) o reconhecimento de sua especificidade, com respeito às suas organizações políticas e culturais. (União das Nações Indígenas 1988:8).

Sem estes direitos mínimos assegurados, não é possível garantir o direito à saúde, posto que há um direto e importante interrelacionamento entre os fatores.

Tem se destacado a atitude ambivalente que os governos brasileiros tomam com relação ao índio, que é visto tanto

como um obstáculo ao desenvolvimento nacional, ou como um menor precisando de proteção.

A situação dramática dos Yanomami (Amazônia) frente ao projeto Calha Norte demonstra esta ambivalência (Moreira 1989). Por um lado, o próprio Estado promoveu a ocupação desordenada da região habitat desses índios, sem prevenir e planejar adequadamente os contatos. Os resultados dessa ação genocida estão sendo sentidos dolorosamente pelos recém contatados Yanomami, com o rápido desmoronamento de seu mundo, fato que os conduz a um estilo de vida nova, levando-os à miséria física e cultural e tornando-os seres dependentes.

Neste ponto crítico o Estado intervém, vindo de encontro ao problema com soluções de caráter emergencial, dada a gravidade da situação para a qual ele mesmo contribuiu. Daí em diante, como tem ocorrido sistematicamente na história dos contatos, o Estado assumirá paternalisticamente seu papel protetor, configurando-se assim a simbiose negativa que caracteriza a relação Estado(Protetor)/Índio(Menor).

Entretanto, no Brasil nunca chegaram a ser estabelecidos serviços realmente adequados de atendimento à saúde do índio.

Dos primeiros séculos da colonização até o princípio deste, os indígenas passaram da preação e "guerras justas" à "encomienda", da escravidão às reduções, e mais tarde aos aldeamentos. Nesse grande lapso de tempo, embora pudesse

haver algum atendimento à saúde dos índios por parte dos jesuítas e capuchinhos em períodos e regiões esparsas, a característica central foi a grande oposição entre as medicinas ocidental e indígena.

É a partir de 1910, quando da criação do Serviço de Proteção aos Índios (SPI), que se inicia uma intervenção mais acentuada do Estado de um modo geral. Um dos objetivos do SPI era o de atender os problemas de saúde indígena.

Muitas tribos indígenas foram salvas do extermínio total por esse Serviço. Entretanto, a " pacificação das tribos hostis ocasionou a disseminação da fome, de doenças, de desintegração, tornando os índios parte do grupo mais miserável dos segmentos marginais da sociedade" (Costa 1989: 68).

Os serviços de saúde do SPI, embora contassem com o empenho de nomes como de um Noel Nutels, foram esporádicos e desorganizados. Dados sistemáticos sobre as condições de saúde não foram mantidos, e em muitos casos nem pesquisados.

Não fazendo parte do SPI, o Serviço Nacional de Tuberculose (SNT) foi talvez um dos programas mais efetivos para atender os problemas da saúde do índio, em que pese seu campo de ação estar bastante limitado geograficamente, e voltado apenas à tuberculose. Estabelecido em 1952, seus esforços foram dedicados primariamente aos problemas de tuberculose no Alto Xingu e na região Araguaia.

Em 1956 o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) juntou-se com o SNT para dar atendimento aos índios e

populações isoladas. Porém, os índios menos isolados, com maior contato com a sociedade nacional, não foram atendidos por esses serviços.

2. A Saúde do Índio e a FUNAI

Com sua criação, em 1967, a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) estabeleceu setores orientados a atender especificamente aos problemas de saúde existentes entre os índios.

Atualmente, os objetivos de atendimento da FUNAI na região sul, incluem o desenvolvimento da assistência em todos os níveis:

Prevenção primária: realizada através de medidas de ordem geral, como moradia, alimentação, saneamento básico, educação sanitária.

Prevenção específica: vacinação, controle de agrotóxicos, controle de zoonoses, etc.

Prevenção secundária: diagnóstico precoce, tratamento, inquéritos epidemiológicos e outros.

Prevenção terciária: reabilitação (impedir a incapacidade parcial ou total). (Rosatto et.al. 1987: 21)

Lamentavelmente, a realidade do funcionamento destes serviços, seja por falta de recursos, ou por falta de preparo adequado dos atendentes, resulta num sistema de serviços caóticos e impróprios numa situação normal, e ainda pior numa situação de crise, como é a provocada pela construção de barragens.

A questão central, porém, parece ser a falta de recursos e de apoio institucional para garantir serviços

adequados e treinamento de pessoal, pesquisa e a manutenção sistemática de registros próprios.

3. FUNAI e os Serviços de Saúde na Região Sul:

No sul, o sistema de atendimento à saúde indígena é estruturado de forma hierárquica, onde cada nível ascendente oferece serviços cada vez mais completos e sofisticados. Em cada Posto Indígena, os índios devem ser atendidos por enfermeiros ou monitores de saúde, empregados da FUNAI que permanecem na área, e eventualmente por uma equipe volante do centro administrativo, que faz visitas periodicamente.

Tem-se como ideal que cada Posto Indígena conte com pelo menos um enfermeiro e um monitor de saúde. Isso nem sempre ocorre, ou se ocorrer, não se conta com pessoal treinado adequadamente. Os mini-postos, cujo fim é prover um atendimento ambulatorial nas áreas mais distantes da Sede do Posto Indígena, devem contar também com um monitor de saúde ou um enfermeiro. Vacinação, diagnóstico inicial, assistência dentária, distribuição de medicamentos e educação sanitária, são as responsabilidades que cabem à equipe volante de saúde.

Na teoria, 90% dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos no próprio Posto Indígena. Casos mais difíceis, que precisam de diagnóstico ou tratamento mais sofisticado, devem ser remetidos aos hospitais locais e/ou aos serviços dos Ministérios da Saúde com quem a FUNAI mantém convênios (INAMPS rural, Secretarias de Saúde dos Estados, SUCAM e

INAM). Finalmente, os casos mais sérios devem ser encaminhados às Casas do Índio no Centro Regional.

Entre 1973 e a reforma sanitária em 1986, o FUNRURAL se responsabilizou pelo atendimento médico e hospitalar. Esta experiência, no entanto, não foi satisfatória, por serem os serviços despreparados, resultando em atendimento desorganizado e ineficiente. Na maioria dos casos, os profissionais de saúde, no nível local, não foram treinados adequadamente (Costa, D. 1989).

Hoje, com a reforma sanitária, o índio tem o direito aos serviços do INAMPS, porém os problemas permanecem os mesmos: mau atendimento devido aos serviços desorganizados e ineficientes, e falta de preparo para lidar com populações indígenas.

Emprego nos postos de saúde freqüentemente é um "bico" para o médico, com poucas horas de atendimento, e grande desinteresse. Há uma falta geral de entendimento da cultura e costumes indígenas.

Com a reforma sanitária, a falta de compromisso da FUNAI se tornou mais patente. Em outubro de 1989, o Secretário da Divisão de Saúde da FUNAI declarou, num seminário sobre a "Reforma Sanitária e a Saúde do Índio" realizado na Fundação Oswaldo Cruz (Rio de Janeiro), que a responsabilidade da FUNAI é a demarcação de terra, e não prover educação ou serviços de saúde aos índios.

Muito embora vários debates tenham-se dedicados a discutir nos últimos tempos as ações ou medidas a serem

implementadas face à reforma sanitária, não há ainda uma proposta específica para uma política de saúde junto aos índios do Brasil.

4. O Caso da Área Indígena Ibirama:

A Área Indígena de Ibirama é um caso exemplar para demonstrar a inadequação dos serviços executados em áreas indígenas. Pode-se demonstrar esse fato, historiando a questão da saúde desde o estabelecimento dessa área, e muito mais, quanto à falta de providências especiais para fazer frente às conseqüências da construção de uma barragem.

4.1 Pacificação: Como é comum nos outros grupos indígenas do Brasil, a pacificação trouxe uma redução drástica da população devido às doenças de contato. A população dos residentes originais do território, os Xokleng, era de aproximadamente 400 pessoas, antes da pacificação feita por Eduardo Hoerhan. Nessa oportunidade os Kaingang foram usados como intermediários na pacificação, provocando os intercassamentos iniciais que fizeram com que hoje ambos os grupos - Xokleng e Kaingang - se apresentem fundidos nessa área.

Entre 1914 e 1916 o número de Xokleng se reduziu até mais ou menos 150, devido a uma epidemia de gripe que os atingiu (Urban 1985). A história oral dos Xokleng relata este período e as conseqüências de desorganização social e cultural por eles sofridas pela dizimação de 63% da população. Urban, perceptivelmente diz que os Xokleng "nunca

foram derrotados militarmente mas foram derrotados medicamente" (Urban 1985).

Enquanto os índios lembram bem a devastação, Eduardo Hoerhan, seu pacificador e indigenista do SPI, encarregado do posto indígena até 1954, aparentemente ignorava a existência das epidemias e suas influências negativas na população Xokleng (Urban 1985).

Durante todo a gestão do Eduardo Hoerhan, até 1954, o movimento ou migração por parte de brancos ficou bastante limitada, pela falta de estradas de acesso. Entretanto, mais duas etnias migraram para a Á.I. durante a década de 1940: os Guarani e os Cafusos. Os Guarani, vindos de outras áreas do sul e motivados pelo padrão de migração deste grupo, se estabeleceram num lugar isolado e marginal. Os Cafusos foram trazidos por iniciativa do Hoerhan para resolver o problema da perda da sua terra no sertão e para aumentar a produção agrícola. Até hoje ambos os grupos ocupam uma situação marginal frente às atividades políticas, sociais, e econômicas dos Kaingang e Xokleng.

4.2 Abertura da Área Indígena: Pode-se dizer que o ano de 1954 marca o início da abertura da A.I. Foram construídas estradas dentro da Área, e estabelecidos contratos para a exploração dos recursos naturais, aumentando os contatos com a sociedade envolvente e impondo rapidamente mudanças no cotidiano dos índios.

Em primeiro lugar, o palmito foi explorado. Este acabou logo. Os interesses se voltaram para a exploração da

madeira, sendo que a A.I. era extremamente rica em madeiras de lei, de grande valor comercial. Com a exploração da madeira, intensificaram-se os contatos e também as pressões externas vindas de setores econômicos interessados na sua exploração. Muitos índios não resistiram a essas pressões, o que, no curso de alguns anos, resultou numa verdadeira destruição do seu patrimônio florestal.

O trânsito de pessoas brancas foi crescendo dentro da A.I., e estabelecendo com os índios redes de relações em torno da exploração da madeira. Têm lugar (e explicação) aí os casamentos extra-grupo, que se dão especialmente entre brancos do sexo masculino e as mulheres índias, e cujo fim maior foi facilitar e legitimar a penetração branca.

Dessa forma, através da venda da madeira, os índios têm conseguido gerar recursos financeiros inexistentes anteriormente em sua cultura. Apesar de também estarem sendo vítimas, explorados na comercialização da madeira, justamente pelo desconhecimento das regras de mercado, estranhas em sua sociedade.

A inserção desses novos elementos - comércio, dinheiro, miscigenação - fez surgir entre e dentro dos grupos étnicos diferenças sociais também desconhecidas até então. Assim, hoje, aqueles índios que participam do comércio da madeira e têm sucesso, podem usufruir de uma vida melhor, com capacidade para consumir e apropriar-se de certos bens que outros não possuem (Werner et.al. 1985). Também se alterou os padrões de alimentação, com uma maior dependência na

compra de comida. Como todos os índios não têm o mesmo acesso à exploração de madeira, resultou um maior número de casos de má-nutrição com estas mudanças alimentares.

4.3 A Barragem: Insere-se nesse quadro já problemático, a construção da barragem norte. Com início em 1975, a barragem ainda não está terminada devido a vários e complicados fatores. Entre eles podemos mencionar a inadequação do projeto original; as enchentes causadas pela própria obra, em períodos de chuvas; e a má administração, que causou demoras e o não cumprimento das indenizações e da reposição dos bens (casas, estradas, etc.) a serem perdidos com a formação do lago da barragem, projetado para inundar as melhores terras indígenas e para separar as residências da comunidade.

Assim, veio esta obra exacerbar ao extremo uma situação de per si delicada, fazendo com que as mudanças entre estes índios ocorressem de uma forma muito rápida e caótica. Além das mudanças ambientais, agravaram-se as situações de perturbação social. Assim, a barragem se caracteriza como um contribuinte indireto, mas importante, na atual situação de saúde.

5. A Situação de Saúde:

Na análise da situação de saúde na A.I. Ibirama, é necessário considerar um complicador a mais, a atual situação multiétnica. Dadas as diferenças sociais, culturais e econômicas existentes entre as etnias, cada grupo apresenta também diferenças epidemiológicas e fatores

etiológicos próprios. Além disso, diferem também as formas e grau de manutenção de práticas tradicionais de cura; e o acesso ao atendimento médico dentro e fora da Á.I. dá-se de acordo com o tipo de relações que vigoram entre os grupos.

Embora nenhuma das pesquisas realizadas em Ibirama por esta equipe, nem o órgão oficial de proteção aos índios, forneçam dados completos sobre padrões epidemiológicos e dados específicos sobre a incidência de doenças, a situação de saúde entre os grupos residentes na A.I. não é boa. Nossas observações, bem como as do Setor de Saúde da FUNAI, indicam que nos últimos anos a saúde tem sido um problema sério nessa área. Doenças respiratórias, a tuberculose, a gripe, a diarreia e a desnutrição são comuns.

A construção da barragem veio agravar uma situação já precária, sem terem sido tomadas providências especiais para medir o impacto da obra na ecologia ou na saúde, e nem para resolver os problemas que adviriam dessa construção. Na sua resenha sobre as conseqüências ecológicas e socioculturais de barragens, Werner (1985b: 27) cita, como problemas de saúde, epidemias de disenteria, sarampo, encefalite, e problemas de alimentação devido aos deslocamentos. Suas pesquisas sobre a barragem de Ibirama destacam problemas de stress (Werner 1985a).

Por trás de tudo, há também outros fatores de ordem cultural a serem considerados, mostrando como certos padrões de comportamento podem contribuir na evolução dos acontecimentos.

Como é usual entre muitas sociedades, os padrões de sexualidade dos Xokleng não se restringem à monogamia, assemelhando-se mais a um tipo de casamento grupal. Então, com o aumento dos contatos interétnicos e os recursos financeiros provenientes da venda da madeira e indenizações da barragem, estes padrões se estenderam para incluir a procura de casas de prostituição nas cidades próximas, incluindo o vilarejo construído quase no limite da A.I. para os obreiros da barragem. Vem daí a aquisição de doenças sexualmente transmissíveis, como a gonorréia, sífilis, trichomonas, etc., e agora também um caso de AIDS detectado. Adiante voltaremos a este assunto.

Embora não se disponha de estatísticas específicas sobre a saúde dos índios Xokleng, uma pesquisa feita em 1983 sobre as taxas de fertilidade e mortalidade, indicam que uma situação sanitária pobre continuou por um período bastante prolongado depois do contato (Werner 1983). Nessa pesquisa foram comparadas as taxas de fertilidade de 24 índias de Ibirama e 37 brancas de Barra Dolmann, vilarejo próximo à aldeia. Os resultados foram classificados segundo três períodos de tempo: antes de 1954, 1954 até 1975, e 1975 até 1983.

Durante esse primeiro período, a taxa de nascimentos vivos foi relativamente alta (96% de probabilidade de nascimentos vivos). Porém, a mortalidade infantil foi alta, comparada à população branca. Anteriormente a probabilidade de uma criança índia viver até 1 ano era 85%, e 72% de

sobreviver até 10 anos. Esta situação permaneceu a mesma entre 1954-1974, enquanto para os brancos a probabilidade de viver até um ano foi 94% e 100% de sobreviver até 10 anos.

Através dos dados comparativos dos Xavante e Mekranoti, onde a alta mortalidade depois do contato baixou rapidamente, Werner conclui que a alta taxa de mortalidade para os Xokleng durante 60 anos depois de contato é devida às "condições de vida precária" e não a causas genéticas.

Desde 1974, segundo Werner, as taxas de mortalidade entre os índios se assemelham mais às dos brancos da região: 90.9% probabilidade de nascimentos vivos; 93% de sobreviver até aos 10 anos.

Santos (1973: 252-253) afirma que a população conseguiu estabelecer um equilíbrio demográfico no início dos anos 70, recuperando a devastação inicial causada pela pacificação. Ele cita uma melhora da taxa de mortalidade e um aumento do número desejável de filhos devido aos fatores como aumento de vacinação, atendimento médico-hospitalar em casos graves, o uso de antibióticos, e incorporação dos valores dos colonos agricultores quanto ao número ideal de filhos.

Embora a taxa de mortalidade tenha melhorado, e tenha havido aumento da população da A.I. nos últimos 20 anos, devemos levar em conta que o aumento do número de habitantes se deve também à entrada de outros grupos étnicos (¹).

¹. Segundo os dados de FUNAI, em novembro de 1990, a população total é aproximadamente 1220. Desta, calculamos que dois terços são Xokleng, Kaingang, mestiços e brancos (54% índios puros; 52% mestiços, e 7% Brancos, segundo

Entre 1973 e 1979, os médicos Claudio e Moysés Paciornik (comunicação pessoal) realizaram pesquisas no Posto sobre prevenção de câncer ginecológico ⁽²⁾. Examinaram e entrevistaram 74 mulheres com a seguinte distribuição: Kaingang/Xokleng 46 (62,16%); brancas 12 (16,22%); e mestiças 16 (21,62%). Os dados fornecidos pelo médico C. Paciornik (comunicação pessoal) não distinguem entre grupos étnicos, nem idade das mulheres ou dos filhos mortos.

Gestações

Filhos vivos	309
Filhos mortos	118
Abortos espontâneos	39
Abortos provocados	1
 Total:	 467

Seus dados indicam uma taxa de mortalidade mais alta que a da pesquisa de Werner, mas sem informações sobre as datas e idade dos filhos quando morrem, é difícil tirar conclusões definitivas. O número médio de gestações por mulher é 6,3, enquanto o da pesquisa do Werner é 4,79.

Urban, n.d.). Os Kafusos e Guarani compõe mais ou menos um terço da população total.

². O trabalho foi realizado em várias Areas Indígenas na região sul. Fizeram pap-tests e tratamento onde foi necessário. Os atendentes das A.I. participaram, aprendendo como realizar os exames. As análises laboratoriais foram realizadas em Curitiba. Inicialmente a pesquisa foi feita sob auspícios do Centro Paranaense de Pesquisas Médicas da Casa de Saúde Paciornik, utilizando recursos próprios dos médicos. Após 1976, passou a ser realizada sob auspícios da C.P.P. Produções e Pesquisas Biológicas. Desde 1976, o FUNRURAL subsidiou uma parte dos exames citológicos. Os dados da pesquisa foram apresentados sob diferentes assuntos em PACIORNIK e PACIORNIK 1975a,b, e C. PACIORNIK 1977a,b; 1978.

Paciornik também registrou a causa da morte atribuída pelas mães de 41 filhos. O sarampo foi citado como causa de 46,7% das mortes. Outras causas incluem doenças respiratórias (tosse comprida, coqueluche, crupe) 14,63%, e desintéria e desidratação 9,75%.

A segunda autora deste documento morou durante dois meses de 1985 com os Guarani, um grupo que ainda conserva suas formas tradicionais de cura (ervas e rezas), mas que tem menos acesso aos serviços de saúde oficiais. Suas observações indicam que as causas comuns da morte são: o sarampo, as doenças respiratórias, a disenteria, e a gripe. Também notou que problemas de pele, parasitas, e má-nutrição são comuns.

Estes dados existentes não oferecem um quadro epidemiológico completo. Entretanto, podemos concluir que ao largo da história do A.I. Ibirama, a saúde do índio nunca recebeu a atenção devida, e, embora haja uma carência de dados completos, pode-se afirmar, numa avaliação prévia, que as condições sanitárias têm sido precárias nesse lugar. Pesquisas epidemiológicas a respeito de cada grupo étnico e pesquisas sobre suas respectivas medicinas tradicionais são necessárias e urgentes.

6. Serviços Médicos Oferecidos:

Atualmente há três postos de saúde na A.I.: um ambulatório-enfermaria localizado na Sede e dois mini-postos, um em Bugio e outra em Pacá. O posto da Sede conta com uma enfermaria com facilidades de internamento para

observação, duas salas de consulta (uma para o dentista), e uma dispensa para os medicamentos.

Casos de saúde que os postos da própria A.I. não consigam atender, são transferidos para o hospital de Ibirama, com a FUNAI providenciando o transporte. O próximo nível de atendimento hospitalar é Rio do Sul ou Blumenau, e logo Chapecó, a sede regional a quem o Posto Indígena de Ibirama se subordina na estrutura da FUNAI. A Casa do Índio em Curitiba, sede da Superintendência para a Região Sul, funciona para internamentos e tratamentos em hospitais conveniados, de doentes mais graves, não atendidos regionalmente.

Junto com a construção da barragem, houve uma interrupção dos serviços de saúde, que até 1989 não estavam regularizados, por falta de pessoal. A realocização da população em vista da futura inundação da maioria das residências dos índios, causou também a mudança da sede da FUNAI local. Esta foi concluída e ocupada nos últimos meses de 1984, construindo-se um novo posto de saúde, uma escola, e moradias para os funcionários da FUNAI.

Durante uma das etapas de pesquisa, em janeiro de 1985, o posto contava somente com três camas e não tinha móveis. Alguns medicamentos estavam empilhados numa das camas e no chão. O único atendente era um índio alcoólatra, que atendia muito mal às necessidades da comunidade. Nem sempre esse atendente respondia às solicitações de atendimento. As

queixas dos indígenas eram grandes contra essa situação e também pela falta de medicamentos.

Este posto tinha a incumbência de atender a maior parte da população da A.I., mas naquele momento pode-se dizer que o desempenho das responsabilidades do posto na parte da saúde estava impossível, ou amplamente prejudicado.

O velho posto de saúde localizado na região chamada Paca foi praticamente desativado durante o ano de 1985. O prédio estava muito velho, com vários problemas. A enfermeira permaneceu lá, mas nos últimos anos sua saúde se degenerou, permitindo apenas uma escassa e eventual dedicação.

O mini-posto da região do Bugio estava melhor organizado naquele período, servindo porém a menos que um terço da população da A.I.

O chefe da A.I. afirmou na época que o maior problema que tinha era saúde, mas que não contava com recursos financeiros para poder encaminhar providências. A FUNAI regional não estava remetendo os medicamentos nem os equipamentos necessários. Não havia pessoal adequado para o atendimento; faltavam recursos financeiros para levar os doentes até Ibirama ou Curitiba, na emergência de um melhor atendimento. Ele constatou que a fome era um problema na A.I., particularmente entre os Guarani, porém a FUNAI não possuía um programa de alimentação.

Um exemplo da situação deplorável existente em 1985 aconteceu ao presenciarmos a morte de uma criança Guarani. A

mãe apareceu na Sede do Posto pedindo ajuda para levar a criança até a Casa do Índio em Curitiba. Estava muito pequena para sua idade, 18 meses, indicando um diagnóstico provável de desnutrição marasmática. Nem o monitor de Saúde, nem o Chefe do Posto consideraram que a criança precisasse de maiores atenções. Afirmaram que já haviam curado aquela criança de diarreia duas semanas atrás, e que a mãe não estava dando-lhe comida suficiente, e sim só amamentado-a. Pediram a essa mãe para ficar na enfermaria vazia e receber suplementos de leite. Ela ficou uma noite e voltou até a parte da área ocupada pelos Guarani, onde a criança morreu.

Em 1989, vários destes problemas ainda não estavam resolvidos, como os de pessoal, transporte e medicamentos. Frustrados com a falta de remédios, os índios da Sede já tinham montado seu próprio estoque. Sabe-se também, que embora modificações tenham sido introduzidas posteriormente, nesse posto permanece o mesmo atendente alcoólatra (da época).

Além da carência de recursos adequados na própria A.I., há uma grande insatisfação com os serviços dos hospitais e médicos da região. É um fato reconhecido pelo Setor de Saúde da própria FUNAI, dado que os índios se queixam de receber atendimento diferenciado devido aos preconceitos que a população branca tem para com eles. Conseqüentemente, quando procuram serviços fora da A.I., tendem a dirigir-se diretamente às farmácias, a fim de comprar remédios sem receita médica. Quando podem pagar, recorrem às farmácias ou

aos médicos particulares, em casos sérios, afirmando que assim têm garantia de melhor atendimento. Porém, na maioria dos casos não há dinheiro para poder usufruir desse tipo de serviços, e então simplesmente agüentam.

Há muita procura por parte dos índios para tratamento na Casa do Índio em Curitiba, que eles avaliam mais positivamente que os serviços locais. Chapecó é onde deveriam ir por força das divisões burocráticas da FUNAI, mas os índios de Ibirama geralmente vão à Curitiba, devido à sua maior proximidade. Florianópolis tem os recursos mais sofisticados no Estado de Santa Catarina, mas não há, por parte da FUNAI, infra-estrutura para hospedar os índios em tratamento.

A FUNAI deveria encarregar-se de prover o transporte aos doentes, o que nem sempre ocorre. Também costumava acontecer que, devido ao mau atendimento no nível local, muitos índios procuravam a Casa do Índio em Curitiba, em muitos casos que realmente não exigiam um atendimento mais sofisticado. Devido a isso, durante a nossa pesquisa em 1985, a então Delegacia Regional de Curitiba mandou aviso ao Chefe do Posto de Ibirama para que só fossem mandados para lá os casos de real urgência.

Uma questão a ser considerada na análise da situação dos serviços de saúde da A.I. Ibirama, é a falta de registros suficientes sobre a epidemiologia dos índios e o quadro geral de saúde. Os registros mantidos pelo órgão de proteção aos índios e que deveriam apontar as causas da

mortalidade, não são confiáveis, podendo no máximo servir para uma aproximação da *causa mortis*.

Uma avaliação dos serviços de saúde oferecidos pela FUNAI aos índios resulta portanto bastante negativa. Em grande parte, este problema se deve à falta de um compromisso da FUNAI de prover os recursos financeiros e humanos e para atender às necessidades de saúde.

É óbvia a necessidade de um preparo orientado aos funcionários que devem lidar diretamente em áreas indígenas, para que conheçam as especificidades das populações com as quais irão trabalhar. Porém, os poucos profissionais da FUNAI trabalhando na área de saúde estão lutando em condições impossíveis. Os monitores e enfermeiros não recebem nenhuma espécie de treinamento ao iniciarem-se no trabalho, muito menos alguma espécie de reciclagem ou apoio técnico no decorrer das atividades. Talvez o aspecto mais satisfatório no atendimento fornecido pela FUNAI se encontre no trabalho de prevenção através da vacinação periódica feita pelas equipes volantes. Quanto à educação sobre saúde e higiene junto às comunidades, a FUNAI não dispõe de recursos dedicados a esta necessidade.

7. O Caso de AIDS: Um Resultado das Mudanças:

O caso de AIDS que veio à tona em 1988 na A.I. é um exemplo de como uma situação de mudança afeta a saúde.

A abertura da A.I. nos anos 50, a exploração do palmito e madeira, a mestiçagem, e as mudanças nos padrões culturais devido ao crescente contato, criou uma situação de mudança

rápida e caótica, caracterizada por todos os problemas acompanhantes de saúde. A construção da barragem veio juntar-se a esses vários fatores que influenciaram a atual situação da A.I., e consta como um contribuinte indireto, mas importante, no caso de AIDS.

Este caso evidenciou também alguns dos problemas administrativos existentes entre os Ministérios de Saúde dos Estados (Santa Catarina e Paraná) e a organização regional de FUNAI, que não segue as divisões estaduais.

Uma prostituta contaminada com o vírus dessa doença casou-se com um Xokleng e foi morar na A.I. Em determinado momento o casal foi examinado por um médico da FUNAI, tendo os testes dado resultados positivos para ambos casos, o Xokleng não apresentando sintomas da doença naquele momento. Por um lapso administrativo da FUNAI, não foi mantido o sigilo a respeito do assunto, e os resultados foram espalhados pelos jornais. O casal quase foi expulso da A.I. pelos índios.

A situação se acalmou com a intervenção de uma equipe da FUNAI, colocada na A.I. por algum tempo para um trabalho de esclarecimento junto à comunidade.

A mulher morreu em 1989, e o Xokleng ficou em tratamento e sob observação. Em janeiro de 1991, surgiram mais dois casos novos dos índios suspeitos a terem AIDS.

As informações obtidas pela equipe encarregada do caso mostram que a mulher teve contatos com pelo menos trinta homens na área, incluindo brancos e índios. A mesma equipe

testou os residentes na A.I. que foram indicados, ficando a tarefa de examinar as pessoas fora da A.I. sob a responsabilidade da Comissão de AIDS de Florianópolis. Esse compromisso, porém, não foi cumprido, demonstrando claramente questões mal resolvidas quanto ao âmbito de competência de cada órgão dos Estados envolvidos. A A.I. de Ibirama se localiza no Estado de Santa Catarina, e a Superintendência da FUNAI, no Estado do Paraná, onde os primeiros testes foram feitos.

8. Conclusões:

A especificidade da situação de saúde de qualquer grupo humano se deve a uma série de fatores de ordem social e econômica, assim como à presença dos elementos patológicos no ambiente. No Brasil, nunca foram tomadas medidas adequadas para resolver os problemas de saúde do índio conseqüentes do contato com o branco e mudanças sócio-culturais, econômicas e ecológicas.

Essa situação, de antemão delicada, torna-se mais difícil quando projetos de desenvolvimento do governo brasileiro atingem áreas indígenas, como é o caso da A.I. em questão.

O estado atual da saúde entre os índios de Ibirama está diretamente relacionado:

1) à falta de conhecimento da situação epidemiológica e das necessidades reais de saúde;

2) à falha por parte do órgão tutor dos índios em criar e executar uma política de saúde realmente efetiva para os mesmos, com serviços adequados às suas especificidades;

3) à construção da barragem que atingiu a área indígena, agravando uma situação sanitária já problemática, sem o planejamento de medidas para minorizar as suas conseqüências para a saúde.

A construção da barragem exacerbou os problemas de saúde, contribuindo com as mudanças sócio-econômicas da A.I. e criando uma situação de perturbação social que ainda continua. Apesar disso, a FUNAI não tomou providências adicionais frente às complicações trazidas pela barragem, resultando, em alguns momentos, em quedas significantes no atendimento à saúde dos índios.

Bibliografia:

COSTA, Dina Czeresnia. Política Indigenista e Assistência à Saúde. **Ciência Hoje**. 10(55), 1989, p. 68-73,

GOODLAND, R.J.A. e Howard S.IRWIN. **A Selva Amazônica: Do Inferno Verde ao Deserto Vermelho?** São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, Livraria Itatiaia Editora Ltda, 1975.

MIRANDA, et. al. A Tuberculose no Índio. **Saúde em Debate**. Janeiro, 1988, p. 24-25.

MOREIRA, Memélia. A Estratégia do Genocídio. **Tempo e Presença**. Ano 11, no. 244-45, 1989, p. 13-17.

PACIORNIK, Claudio. Patologia Mamária nas Reservas Indígenas do Sul do Brasil. Trabalho apresentado no Congresso Brasileiro de Nostologia. Campinas, 1977a.

_____. As Diferenças entre a Mulher de Três Gerações e a Atual. A Influência das Mudanças na Gênese do Câncer de Mama. Trabalho apresentado no Congresso Latino-Americano de Nostologia. Buenos Aires, 1977b.

_____. A Influência das Mudanças do Meio-Ambiente na Gênese do Câncer de Mama. Trabalho apresentado no Primeiro Congresso Brasileiro de Ecologia. Curitiba, Pa., 1978.

PACIORNIK, Claudio e Moysés PACIORNIK. Índia não tem Câncer Ginecológico? Trabalho apresentado no Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia. 1975a.

_____. Não Perturbem o Parto Índio: Parto de Cócoras e Parto Deitado em Confronto. Trabalho apresentado no Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia. 1975b.

RIBEIRO, Darcy. **Os Índios e a Civilização**. Rio, Editora Vozes, 1982.

ROSATTO, Márcia, José João de OLIVEIRA, Carmem Lúcia da SILVA e Lauro Francisco MATTEI. Índios do Sul do Brasil. Mimeo, FUNAI/SUER, Curitiba, 1987.

SANTOS, Silvio Coelho dos. **Índios e Brancos no Sul do Brasil**. Florianópolis, Editor Edeme, 1973.

UNIÃO DAS NAÇÕES INDÍGENAS. Os Povos Indígenas e o Direito à Saúde. **Saúde em Debate**. Janeiro, 1988, p. 08-09.

URBAN, Greg. Interpretations of Inter-Cultural Contact: The Shokleng and Brazilian National Society 1914-1916. **Ethnohistory**. 32(3), 1985, p. 224-244.

_____. Deep Structural Persistence and Change in Xokleng Culture. Universidade de Texas, Austin, manuscrito.

WERNER, Dennis W. Mudanças Demográficas no Posto Indígena Ibirama. **Anais do Museu de Antropologia**. Ano XV, No. 16, 1983, p. 24-34.

_____. Psycho-Social Stress and the Construction of a Flood-Control Dam in Santa Catarina, Brazil. **Human Organization**. 44(2), 1985a, p. 161-167.

_____. As Barragens no Vale do Itajaí: Um Enfoque da Ecologia Humana. Florianópolis, UFSC, Trabalho apresentado para o concurso para Professor Adjunto no Departamento de Ciências Sociais, 1985b.

WERNER, D.W., E.J. LANGDON, A. NACKE, N.M. BLOEMER. As Enchentes e as Barragens no Vale do Itajaí: Relatório Parcial. Florianópolis, UFSC, Pós-Graduação em Antropologia Social, 1985.

_____, et.alii. **As Enchentes do Vale do Itajaí, as Barragens e Suas Conseqüências Sociais**. Cadernos de Ciências Sociais, Vol. 7, no. 1. Florianópolis, UFSC, 1987.