

## **Medicamentos em contexto local indígena: A “farmácia caseira” Xokleng, Santa Catarina**

Eliana Elisabeth Diehl

Ledson Kurtz de Almeida

### **1. Introdução**

Autores como Van der Geest (1987), Etkin *et al.* (1990) e Van der Geest *et al.* (1996) enfatizaram a relevância de pesquisas em contextos locais de uso e distribuição de medicamentos, inserindo-as no que chamaram “antropologia farmacêutica”, visto que tal perspectiva permite não só informar “o que” se consome (dado pelas pesquisas epidemiológicas), mas também compreender “onde”, “como” e “por que”, entre outros, se utilizam medicamentos. A partir do final dos anos 1980, muitos estudos foram realizados sob essa perspectiva em países não desenvolvidos e emergentes, com foco em populações indígenas ou que viviam em zonas rurais (por exemplo, Haak, 1988 e 1989; Tan, 1989; Price, 1989; Bennett, 1989; Vogel; Stephens, 1989; Reeler, 1990; Etkin *et al.*, 1990; Whyte, 1992; Sachs; Tomson, 1992; Etkin, 1992; os vários artigos em Etkin; Tan, 1994; Ngokwey, 1995; Trostle, 1996; Ferraz *et al.*, 1996; Goel *et al.*, 1996; Nizami *et al.*, 1996; Kamat; Nichter, 1998). Mais recentemente, observam-se investigações entre populações urbanas, como Whyte *et al.*, 2002; Griffiths, 1999 e vários artigos em Petryna *et al.*, 2006.

No Brasil, nos últimos 20 anos, muitos estudos sobre utilização de medicamentos vêm sendo publicados, abordando variados temas (como determinantes para o consumo, prevalência, automedicação, adesão) em diferentes grupos populacionais (crianças, gestantes, adultos, idosos) (Leite *et al.*, 2008). Grande parte desses estudos é conduzida a partir de métodos epidemiológicos de base populacional, cujas informações geradas têm importância para a saúde pública de modo mais amplo, mas que muitas vezes não refletem em dados que efetivamente podem contribuir para um contexto específico. Em uma perspectiva antropológica, pesquisas como de Queiroz (1993, 1994), de Rozemberg (1994), de Silveira (2000), de Azize (2002, 2010) e de Diehl *et al.* (2010) destacam o

medicamento entre grupos não indígenas. Da mesma maneira, ainda são raras as pesquisas antropológicas sobre medicamentos em contextos locais indígenas no Brasil. A maioria delas traz o medicamento como elemento secundário de análise, como nos trabalhos de Brunelli (1989), de Pollock (1994), de Morgado (1994) e de Garnelo; Wright (2001). Porém, Novaes (1996; 1998), Pellegrini (1998), Diehl (2001) e Diehl; Grassi (2010) focalizam especificamente os medicamentos entre diferentes grupos indígenas. Esses estudos demonstram a dependência dos povos indígenas pelos medicamentos e pela biomedicina de modo mais amplo.

Esse artigo é produto da pesquisa “Medicamentos nos contextos locais indígenas Kaingáng e Xokleng (Santa Catarina)”, financiada pelo Edital MCT-CNPq/MS-SCTIE-DECIT nº 38/2005 (Seleção pública de propostas para apoio às atividades de pesquisa direcionadas ao estudo sobre Saúde dos Povos Indígenas), que teve como objetivo central focar os padrões de usos e entendimentos sobre os medicamentos na Terra Indígena (TI) Xapecó e na TI Ibirama-Laklãnõ. O artigo relata parte dos resultados da pesquisa, examinando os medicamentos encontrados (a “farmácia caseira”) nas casas Xokleng de uma aldeia da TI Ibirama-Laklãnõ e o contexto de circulação e uso dos mesmos. Para a compreensão desses dados, será descrita brevemente a organização dos serviços de saúde.

## **2. Método e População**

### *2.1. Coleta e análise dos dados*

A pesquisa de campo foi realizada entre março de 2008 e abril de 2009, totalizando 77 dias, envolvendo observação participante (no cotidiano da aldeia e do serviço de saúde, bem como em reuniões entre lideranças Xokleng e os responsáveis pela provisão dos serviços de saúde) e a utilização de entrevistas e questionário. Os dados referentes à prestação de serviços de saúde nesta comunidade foram registrados em caderno de campo, obtidos a partir dos relatos dos indígenas e prestadores do serviço e das observações durante a permanência do pesquisador na aldeia. Na pesquisa domiciliar, o questionário foi aplicado nas casas Xokleng de uma aldeia em setembro de 2008 e fevereiro de 2009, sendo identificados os moradores (sexo, filiação, data de nascimento, escolaridade e atividade desenvolvida) e os medicamentos (nome, dosagem, forma farmacêutica, quem receitou, onde foram adquiridos, entre outros) existentes nas casas. Os dados dos medicamentos encontrados nas casas foram analisados pelo

programa SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) para Windows, versão 13.0. Na descrição dos medicamentos, utilizou-se a classificação ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical* do *WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology*) nos níveis dois (classe terapêutica) e cinco (nome dos fármacos). Os dados etnográficos foram analisados segundo a identificação dos significados emergentes nas entrevistas e na observação participante, isto é, nos aspectos comuns aos atores envolvidos em suas falas sobre um mesmo assunto, temas e questões, permitindo a sistematização dos pontos convergentes. Os pontos de divergência foram analisados a partir do contexto da fala e de quem fala, atentando-se ao local e à situação em que a conversa/entrevista foi realizada.

Todos os procedimentos legais que envolvem os aspectos éticos e a permissão para entrada em Terra Indígena foram cumpridos: aprovações no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (Parecer n. 408/2005), na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Registro CONEP n. 581/2006) e na Fundação Nacional do Indígena (Autorizações para Ingresso em Terra Indígena n. 056 e 090/CGEP/06).

## 2.2. Os Xokleng

A TI Ibirama-Laklãnõ está localizada nos municípios de José Boiteux, Vitor Meireles, Itaiópolis e Doutor Pedrinho, cerca de 250 km de Florianópolis, Santa Catarina. A superfície atual registrada oficialmente, de acordo com dados da Fundação Nacional do Indígena (FUNAI), é de 14.084 hectares; em 1996 foi constituído Grupo de Trabalho para realizar o reestudo da delimitação, levando a TI aos atuais 37.000 hectares aproximadamente.

Na época da pesquisa, contava com uma população de cerca de 1.950 indivíduos (CORE-FUNASA, 2008-2010) vivendo em sete aldeias. Praticamente a totalidade do território é ocupada por indígenas Xokleng (salienta-se que esse povo vive somente nessa região do país) e em menor proporção por indígenas Guarani, localizados em duas das aldeias. Há também muitos descendentes de Kaingáng, principalmente da TI Apucarana (Paraná), já que esses foram responsáveis por mediar o processo de atração dos Xokleng pelo Serviço de Proteção aos Indígenas (SPI) para estabelecer o contato com a sociedade nacional. Após o contato, os Kaingáng estabelecidos na área vieram a se casar com mulheres Xokleng, gerando famílias que vivem lá até o momento atual.

Os Xokleng pertencem ao tronco linguístico Macro-Jê, família Jê, à semelhança dos Kaingáng e outros grupos da região central do Brasil, como os Xávante e os Kayapó. Atualmente, a grande maioria dos Xokleng da TI Ibirama-Laklãnõ entende e fala o português, bem como a língua nativa.

Antes do contato, de acordo com Henry (1941), os Xokleng se organizavam enquanto grupos nômades. Posteriormente, passaram a organizar-se em aldeias de forma sedentária através do “processo civilizatório” encampado pelo SPI. Há referência de terem sido, em um passado mais remoto, organizados em aldeias com a permanência em determinadas regiões, sobrevivendo principalmente da caça e do pinhão (Henry, 1941).

Pode-se supor que a sociedade Xokleng era tradicionalmente dividida em duas patrimetades que, posteriormente, se subdividiram em três facções, com marcas corporais relativas a elas. Após o casamento, o novo casal passava a residir na família da esposa, sem, contudo, o marido perder os laços com sua residência de origem. Em termos de construção da pessoa era marcante no pensamento Xokleng a complementaridade da produção pelo sêmen masculino e sangue feminino. Neste sentido, os caracteres físicos da criança estavam associados com a transmissão paterna. A nomeação da criança estava ligada a um repertório de nomes de ancestrais paternos, demonstrando que a mesma, ao nascer, passava a pertencer ao grupo do pai.

Possivelmente após confrontos registrados com os Kaingáng e pelo cerco de seu território pela colonização, esses indígenas tenham desenvolvido o nomadismo como forma de resistência, já que estão entre os últimos grupos reduzidos em aldeamento pela sociedade nacional no sul do Brasil, com registros dos primeiros contatos oficiais com postos de atração do SPI em 1914. Santos (1973) delinea o território histórico dos Xokleng entre as imediações do atual município de Curitiba, em direção ao sul, passando pelo território do atual município de Lages e chegando até as imediações da atual capital do estado do Rio Grande do Sul.

De acordo com Henry (1941), no tempo antigo a economia tradicional Xokleng era baseada fundamentalmente na agricultura e na caça, mas em função dos frequentes deslocamentos decorrentes de conflitos com os Kaingáng e com as frentes coloniais, passaram a sobreviver basicamente da coleta de pinhão (fruto da *Araucaria angustifolia*) e da caça.

A primeira referência mais significativa em termos etnográficos sobre a sociedade Xokleng é a pesquisa de Jules Henry. Posteriormente outras se seguiram com destaque para os estudos de base linguística de Greg Urban na década de 1970 (Urban, 1985,

1996); de Silvio Coelho dos Santos, versando principalmente sobre a história do contato interétnico, cuja principal obra a respeito foi publicada em finais da década de 1980 (Santos, 1973); nesta perspectiva, há também o trabalho de Walmir da Silva Pereira, que mais tarde produziu um importante laudo sobre o território tradicional Xokleng (Pereira, 1995, 1998); de Alexandro Namem, que no início da década de 1990 abordou a história do contato em uma perspectiva um pouco diferente das anteriores, acrescentando aspectos importantes da classificação indígena sobre sua identidade étnica (Namen, 1994); de Flávio Wiik, mais recentemente, em uma importante contribuição sobre os estudos da religião e saúde (Wiik, 1998, 2001); versando a respeito do tema de saúde há igualmente os trabalhos de Raquel P. Dias-Scopel e Esther Jean Langdon e colaboradores (Dias-Scopel, 2005; Langdon *et al.*, 2006). De forma geral, portanto, a produção bibliográfica sobre esta sociedade não privilegia um único eixo temático, proporcionando variado leque de assuntos e abordagens.

Embora de contato relativamente recente, os Xokleng tiveram um processo rápido e intenso de relacionamento com a sociedade ocidental. Os colonizadores denominam sua região de “vale europeu” devido à forte influência principalmente de imigrantes de origem alemã e italiana. Logo após a atração dos indígenas dispersos para uma região delimitada, o agente do SPI responsável por essa ação centralizou em suas mãos as decisões sobre o futuro daqueles. Durante anos passou a atrair colonos para as proximidades das aldeias no sentido de influenciá-las na adoção de estilo de exploração da terra. Paralelo a isto, a mata passou a ser ferozmente depredada pelo uso capitalista, o que se estendeu por décadas até sua quase completa destruição. Como se não bastasse esta situação de violência étnico-cultural, nas imediações das aldeias foi construída uma imensa barragem para conter as águas do rio Itajaí que ameaçam as cidades ao longo de suas margens, construída a preço da destruição dos mecanismos de defesa natural da região.

Hoje nas aldeias pode-se observar uma grande quantidade de mata de pinus e eucalipto, fruto de projetos de sustentabilidade da FUNAI, que estimulou esta produção na tentativa de reduzir os impactos do contato, fome, miséria e doenças nas aldeias. Como recompensa da construção da barragem, observa-se hoje as aldeias transformadas em vilas com as casas de alvenaria construídas como indenização pelo empreendimento. Nota-se também em todas as aldeias uma quantidade grande de igrejas evangélicas. Estas igrejas foram apropriadas pelos indígenas ao longo do contato e hoje estabelecem uma relativa autonomia com relação às religiões oficiais. O contato e a valorização dos

colonizadores europeus, em detrimento da etnicidade indígena, expressam-se, portanto, em mecanismos indígenas de apropriação dos elementos externos e o estabelecimento de casamento, principalmente, entre homens indígenas e mulheres não-indígenas, que também não deixa de ser um processo de indigenização do universo exterior.

A trágica história pós-contato com a sociedade envolvente, além dos projetos expansionistas, de extrativismo vegetal e de construção de barragem, foi marcada por “inimigos mais sutis, mas com maior poder destrutivo” (Santos, 1975, p. 22): as epidemias. Os casos de novas doenças, como sarampo, desnutrição e ainda HIV/AIDS (Werner, 1985; Langdon; Rojas, 1991; Wiik, 2001) repercutiram na maior busca dos indígenas pelos serviços de saúde, em especial a partir dos anos 1980.

### **3. Uma breve descrição sobre a organização da atenção à saúde indígena**

Historicamente, no Brasil o atendimento à saúde do indígena teve (e ainda tem) como “característica central a grande oposição entre as medicinas ocidental e indígena” (Langdon; Rojas, 1991, p. 66). Os órgãos tutelares oficiais de proteção do indígena (primeiro o SPI e a partir de 1967 a FUNAI), apesar de terem entre seus objetivos a garantia da assistência à saúde indígena, não foram capazes de implementar políticas e projetos realmente efetivos nesse campo. Ao contrário, as frentes de pacificação foram muito mais eficazes em provocar uma ruptura social, cultural, ecológica e sanitária de grande parte dos povos indígenas contatados.

Na década de 1990, a responsabilidade pela atenção à saúde indígena flutuou entre a FUNAI e a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), até que em meados de 1999 foi aprovado o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, parte do Sistema Único de Saúde (SUS), incorporando o princípio da “atenção diferenciada” baseado em uma visão que traz o ideal da diversidade e da pluriétnicidade. Esse Subsistema passou a ser implantado a partir do início de 2000, sob a forma de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), distribuídos em todo o país, organizados e coordenados pela FUNASA até outubro de 2010, quando foi oficialmente (embora ainda não na prática) substituída pela Secretaria Especial de Saúde Indígenas (SESAI)<sup>1</sup> do Ministério da Saúde (Brasil, 2010).

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas diz que se deve levar em conta “as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses

---

<sup>1</sup> A SESAI assumiu efetivamente a gestão do Subsistema em dezembro de 2011.

povos. Assim, dever-se-á desenvolver e fazer uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços” (Brasil, 2002, p. 6), ou seja, esse princípio é definido como uma diferenciação na qualidade dos serviços. Também a partir da criação do Subsistema, o agente indígena de saúde (AIS) ganha destaque enquanto membro das comunidades que deve servir como mediador entre os saberes tradicionais e os conhecimentos e recursos da medicina ocidental. Idealmente, o AIS não é um mero distribuidor de medicamentos: tem função estratégica fundamental, como agente de transformação na busca de melhoria da qualidade de vida e autonomia dos seus povos. É o “elo de ligação” entre as sociedades indígenas e o sistema de saúde diferenciado.

A organização dos serviços se dá no nível primário (atenção básica por meio de postos de saúde nas aldeias e de Polos-Base), referenciando a atenção secundária e terciária para as estruturas existentes no SUS, sendo que em alguns casos há convênios específicos com clínicas e laboratórios para o atendimento especializado. As Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI) atendem nas aldeias e Polos-Base, sendo compostas minimamente por enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, médico, odontólogo, auxiliar de consultório dental, técnico de higiene dental, agente indígena de saúde, agente indígena de saneamento, técnico em saneamento, agentes de endemias e microscopistas (os dois últimos na região da Amazônia Legal).

### 3.1. *Contextualizando a prestação de serviços de saúde na TI Ibirama-Laklãnõ*

Langdon; Rojas (1991) descrevem a organização dos serviços de saúde nessa Terra Indígena antes da implantação do Subsistema. Na década de 1980, havia três postos de saúde, uma “Enfermaria” (com característica de ambulatório) e outros dois mini-postos em outras duas aldeias. Os atendimentos hospitalares eram realizados em Ibirama, Rio do Sul, Blumenau, Chapecó e Casa do Indígena em Curitiba, sendo essa última a principal referência para os indígenas, que a consideravam melhor do que os hospitais da região da TI.

Após a implantação do DSEI Interior Sul, ao qual pertence a TI Ibirama-Laklãnõ, todas as aldeias passaram a ter um posto de saúde (PS), além do posto do Polo-Base, localizado em José Boiteux. Em 2008, a EMSI vinculada a esse Polo-Base era composta por diferentes profissionais (Tabela 1).

Todos os membros da EMSI, exceto os dois médicos, tinham contrato de 40 horas semanais no regime de CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) mantido pelo convênio entre a Organização Não-Governamental (ONG) Associação Rondon Brasil e a FUNASA. A rotatividade das enfermeiras foi o que mais chamou atenção no período de pesquisa, quando houve troca de duas profissionais; nas duas tentativas de nova contratação, as profissionais selecionadas permaneceram durante poucos dias no cargo. Havia uma enfermeira que não desenvolvia atividades nas aldeias, já que a demanda de encaminhamentos no Polo absorvia seu tempo. Em setembro de 2008 concluiu-se o processo de contratação de outra enfermeira para se dedicar às atividades de campo. A organização e funcionamento dos PS das aldeias estavam sob a responsabilidade das auxiliares e de uma técnica de enfermagem, porém a coordenação geral dos trabalhos era função da enfermeira do Polo-Base. Além desses profissionais, um morador de cada aldeia possuía contrato com a ONG, recebendo um salário mensal estabelecido previamente para disponibilizar seu veículo aos atendimentos de urgência e emergência.

Tabela 1: Profissionais a serviço do Polo-Base de José Boiteux, Terra Indígena Ibirama-Laklãnõ, setembro 2008.

Profissional	n		Total
	Convênio Brasil/FUNASA	Rondon	
	Mulher	Homem	
Agente Indígena de Saúde	4	4	8
Agente Indígena de Saneamento	--	5	5
Auxiliar de Enfermagem	6	--	6
Técnico de Enfermagem	2	1	3
Auxiliar de Dentista	1	--	1
Enfermeiro	2	--	2
Dentista	--	1	1
Médico	1	1	2
Motorista	--	4	4
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>32</b>

A aldeia Sede não contava com atendimento médico sistemático no PS local; nas outras aldeias, os médicos alternavam dias de atendimento, geralmente lidando com demandas espontâneas como: diarreias, gripes, dores de cabeça, dor no corpo, dentre outros. Os PS locais procuravam atuar em um nível de triagem das demandas gerais de atendimento, realizando acompanhamentos de gestantes, auxiliando na coleta de exames de sangue, na coleta de material para o preventivo de câncer do colo do útero e na

pesagem das crianças de 0 a 5 anos, além dos procedimentos cotidianos, como realização de curativos, entrega de medicamentos, aplicação de injeções, encaminhamentos às consultas especializadas e internação, dentre outros. Além disso, havia participação nas atividades de vacinação e acompanhamento dos casos de hipertensão e diabetes, bem como de outros casos de uso de medicação contínua e controlada.

Para os atendimentos especializados, havia um convênio de R\$ 3.600,00/mês entre a ONG e a Associação Hospitalar do município de José Boiteux. Por meio desse convênio, eram disponibilizadas consultas médicas de cardiologia, oftalmologia, pediatria, ginecologia e ortopedia. Em termos de procedimentos de exames especializados, o convênio contava com 23 tipos diferenciados. A demanda para consultas e exames especializados era bastante significativa (em um levantamento realizado no início de 2008 observou-se uma demanda reprimida de 1.601 solicitações).

As campanhas de imunização seguiam o cronograma do município, contando com a atuação de uma enfermeira do DSEI, uma das enfermeiras que atuava no Polo-Base e mais duas auxiliares de enfermagem. No início de 2007, foi implantado o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), com palestras dos assessores do DSEI e com um primeiro levantamento da nutricionista também lotada no DSEI.

Com relação à odontologia, as condições para o atendimento odontológico ainda estavam longe das ideais. Existiam postos sem ambulatório odontológico e sem cadeiras de odontologia. Mesmo assim, o dentista intercalava dias de atendimentos em todas as aldeias. Em 2008 este profissional iniciou atividades de educação em saúde bucal nas escolas da Terra Indígena.

Os medicamentos eram disponibilizados em um estoque nos PS das aldeias e, quando faltavam nesses locais, havia um estoque na farmácia do Polo-Base. O estoque seguia a lista básica organizada pela ONG e FUNASA, contando com cerca de 150 especialidades farmacêuticas. Quando necessário, se adquiriam medicamentos em uma Farmácia de Ibirama, por meio de contrato estabelecido com a ONG.

**4. “*Só receitam diclofenaco. No tempo da FUNAI dava só remédio de verme. Nessas casas aqui vai ver só diclofenaco*”<sup>2</sup>**

#### 4.1. *A “farmácia caseira” Xokleng*

---

<sup>2</sup> Mulher Xokleng em reunião no Polo-Base.

Em 40 casas, que corresponde a 95% do total do total da aldeia pesquisada, foram identificados 456 medicamentos, sendo 21% genéricos. Segundo a classificação Anatômica Terapêutica e Química (ATC), 20,2% eram para o trato alimentar e metabolismo, destacando-se os antiespasmódicos com ou sem associação a analgésicos (5,3% - butilescopolamina) e os antieméticos (4,4% - metoclopramida); 17,5% eram medicamentos para o sistema nervoso, sendo 12,7% outros analgésicos e antipiréticos (dipirona, paracetamol e ácido acetilsalicílico); 11% eram para o sistema músculo-esquelético, principalmente os anti-inflamatórios e antirreumáticos não esteroidais (10,8% - diclofenaco e nimesulida); os anti-infecciosos de uso sistêmico corresponderam a 10,7%, a maioria antibacterianos beta-lactâmicos (2,9% - amoxicilina e ampicilina) e cefalosporinas de primeira geração (2,4% - cefalexina); 11,4% não constavam na classificação ATC (tratavam-se principalmente de associações de fármacos e compostos vegetais); 0,4% não foram identificados (rótulo incompleto); os restantes pertenciam a outros oito sistemas. Os comprimidos (40,8%), as soluções orais em gotas (20,9%), os xaropes (5,7%) e as pomadas (5,7%) se distinguiram entre as formas farmacêuticas. A validade estava vencida para 13,2% dos medicamentos; em setembro de 2008 e fevereiro de 2009, 9,6% e 11,8%, respectivamente, venceriam em até seis meses. Os medicamentos foram prescritos pelo médico do PS (44,5%) e por outros médicos (22,6%), entre outros profissionais de saúde; 6,6% foram obtidos por automedicação; para 14,7% não foi informado quem os indicou. A aquisição dos medicamentos foi majoritariamente (75,9%) no PS da aldeia ou no Polo-Base.

Muitos dos medicamentos nas “farmácias caseiras” estavam com pouco uso ou até mesmo lacrados. Nesse sentido, algumas observações podem ser feitas:

- Ao ir ao posto de saúde da aldeia, o doente após fazer a consulta e constatar a necessidade de medicação, verificava se havia em estoque naquele local. Em não existindo, a receita era encaminhada para aquisição, pelo Polo-Base, na farmácia conveniada, um processo geralmente demorado. Quando o medicamento retornava ao indígena, mesmo que o problema diagnosticado não existisse mais ou ele tivesse resolvido a situação de outra forma, recebia o medicamento, levava para casa e guardava. Em algumas situações, este medicamento seguia nas redes das famílias extensas de acordo com o desenvolvimento de doenças identificadas como comuns àquela para a qual ele foi obtido. Assim, a circulação de medicamentos reforçava os laços familiares e possibilitava o acesso direto a eles fora do fluxo normal de atendimento, que devia iniciar pela consulta com o médico do posto de saúde da aldeia.
- Algumas vezes o doente obtinha o medicamento no tempo determinado, mas não era identificado por ele como eficaz. Isso era comum em situações em que o doente estava acostumado com um medicamento e, diante de uma embalagem diferenciada, não a reconhecia. Às vezes o sintoma passava e o medicamento rejeitado permanecia sem ser

consumido. Essa situação era comum em casos de aquisição de genéricos ou fórmulas equivalentes.

- Quando mudava a dosagem por alguma observação do médico, o doente não consumia e resolvia adquirir o anteriormente utilizado através de seus próprios meios, deixando o do posto guardado.
- Certas vezes, determinado medicamento causava desconforto ao doente: ou ele retornava ao posto para reclamar, realizando nova consulta e obtendo outro medicamento equivalente, ou simplesmente abandonava o tratamento. Em ambas as situações, o primeiro permanecia guardado na “caixa”, fora de uso.
- Era muito comum o uso de um medicamento somente enquanto o doente estava com os sintomas. Após este período, o restante da quantidade receitada permanecia guardado.
- Havia situações em que um indivíduo acionava o sistema de saúde para resolver questões pragmáticas: deslocamento para a cidade para resolver outros assuntos, como recebimento da aposentadoria, aquisição de alimentos, etc. Ao entrar no fluxo do sistema e desenvolver uma performance de doença e de sintoma, acabava por obter medicamentos cujo uso não era efetivado.

Entre os Xokleng, a presença de estoques significativos de medicamentos nas casas não mudou quando se compara antes e depois da implantação do Subsistema. Langdon; Rojas (1991) observaram que no final da década de 1980, devido à falta de resolução dos problemas de saúde por parte da FUNAI, as lideranças indígenas montavam seu estoque de medicamentos. Nos últimos anos, mesmo com um serviço mais estruturado do ponto de vista de espaço físico e presença de profissionais de saúde, os Xokleng continuam armazenando medicamentos em suas casas, a maioria receitada por médicos.

#### 4.2. “A pessoa [indígena] volta pedindo medicamento”<sup>3</sup>

A prática de uma medicina baseada na prescrição de medicamentos por parte dos médicos, como observado entre os Xokleng, encontra paralelos em estudos que descrevem a realidade para outros grupos (Hardon, 1987; Greenhalgh, 1987; Calva, 1996; Paredes *et al.*, 1996; Diehl, 2001). A prescrição é o instrumento que consolida o ato médico e confirma os papéis sociais do doente e do profissional, refletindo o impulso curativo da medicina ocidental. Van der Geest *et al.* (1996), lembrando o clássico artigo de Smith sobre as “funções latentes” da prescrição, declararam que “uma prescrição tem efeitos psicológicos, é um meio de comunicação, demonstra poder e facilita o controle social, produz salário e tem uma significância simbólica” (Van der Geest *et al.*, 1996, p. 158). Uma das consequências mais diretas do ato médico de prescrever é que legitima e

<sup>3</sup> Profissional de saúde em reunião no Polo-Base.

encoraja a escolha de medicamentos sintomáticos, influenciando a automedicação e consequentemente a prescrição informal.

A demanda do usuário é um forte apelo para que ocorra tanto a prescrição formal quanto a informal, ou seja, a consulta é percebida como válida quando é marcada ao seu final pela prescrição de um ou mais medicamentos. Em cenários onde há um grande número de medicamentos de prescrição e de venda livre que podem ser adquiridos a qualquer momento pelo paciente, os provedores de atenção à saúde são colocados frente a uma população que demanda por coisas novas (Nichter; Vuckovic, 1994).

Ainda que os médicos atuantes na TI Ibirama-Laklãnõ estivessem inseridos em um contexto de prestação pública de serviços, recebendo salários do governo, as suas prévias percepções de demanda social fundamentariam o grande número de prescrições, ou seja, a manutenção de seus cargos dependeria da satisfação da comunidade, cujas expectativas estariam mais na indicação de um medicamento, que promete a cura, do que propriamente na consulta em si. Cabe salientar que reclamações feitas às lideranças poderiam ocasionar a dispensa do profissional. Além disso, as prescrições serviam de guia para a aquisição dos medicamentos, isto é, justificava a manutenção de um estoque, bem como a compra no comércio farmacêutico local.

Os médicos que atendiam nos postos também eram cobrados pelos indígenas para realizarem encaminhamentos para consultas especializadas. Grande parte dos doentes que acionava o sistema de saúde local buscava uma relação dialógica com os profissionais de saúde para uma série de problemas que iam além dos sintomas. A justificativa era o sintoma e se não se desenvolvia uma negociação de significados sobre a doença (através de um maior conhecimento das causas e dos problemas mais profundos pelos quais o doente estivesse passando), o atendimento resultava no valor do sintoma relacionado com a especialidade e tratamento respectivo. Havia certos indígenas que “sempre estão doentes”, buscando incessantemente por tratamento especializado.

Outro aspecto relevante é que como a atenção básica se caracterizava por dificuldades operacionais nas aldeias, a demanda por médicos fora da TI era grande e, consequentemente, a hegemonia biomédica refletia no consumo de medicamentos. Embora a lista básica dos medicamentos definida pela ONG-FUNASA tenha sido distribuída para os ambulatórios do município, os médicos continuavam receitando medicamentos fora da lista, o que indica a desarticulação da rede de atendimento municipal com o Subsistema.

Entre os Xokleng, o processo de estabelecimento dos postos de saúde nas aldeias se deu de um sentido externo para uma apropriação interna, na medida em que eles passaram a ocupar os cargos possíveis e formar profissionais de saúde para dar conta da demanda. A administração dos postos ficava ao encargo de auxiliares e técnica indígenas de enfermagem que assumiam a responsabilidade pela sua manutenção. Eram tratadas com prestígio pela comunidade, mas, mesmo assim, estavam dentro do sistema hierárquico local, devendo se submeter à liderança. As atividades dos postos, bem como a atuação dos profissionais, eram acompanhadas e avaliadas pelas lideranças e em situações de insatisfação de indivíduos da comunidade, era a elas que recorriam para o estabelecimento do controle da saúde.

O profissional indígena de saúde ficava entre o sistema oficial e o sistema local, estando mais sujeito a este último já que reside e depende das relações interpessoais ali estabelecidas. Com relação aos medicamentos, esse profissional não podia ser considerado sovina, pois era constantemente pressionado para administrar medicamentos, mas por outro lado era cobrado pelo sistema oficial para estabelecer um controle rigoroso.

## **5. Considerações finais**

No campo da saúde, a apropriação de elementos externos é evidente. Os Xokleng dizem que querem o melhor atendimento com base no discurso da biomedicina. Os postos de saúde reproduzem um atendimento convencional, mesmo que todos eles sejam administrados por profissionais indígenas de saúde. Contudo, segue em um sentido de autonomia de uso dos elementos do sistema de saúde oficial, gerando muitas contradições e conflitos da sociedade indígena com o mesmo. O discurso sobre a eficácia da medicina curativa é mais frequente, sustentando a crença nos processos de cura biomédicos, o que não significa a inexistência de alternativas de recursos de cura acionados pelos habitantes das aldeias, como uso de plantas e dietas, por exemplo. Com frequência as causas de adoecimentos e mortes são atribuídas à ineficácia do sistema oficial de saúde em desenvolver a qualidade de atendimento concebida na lógica Xokleng: equipes médicas, veículos e quantidade suficiente de medicamentos nas aldeias, por exemplo.

Portanto, muito do sistema oficial de caráter assistencialista e biomédico é apropriado dentro da lógica Xokleng em sua perspectiva de valor. Procura-se reproduzir

na aldeia a imagem do sistema acionado pelos não indígenas em um processo semelhante a outros de apropriação e inclusão de elementos externos, como valorização da identidade étnica indígena. O que se destaca no modelo biomédico, como uso de medicamentos, consultas especializadas e exames de alta complexidade, faz parte de um discurso apropriado pelos indígenas, mas a lógica interna das aldeias permanece: hierarquia nas relações locais, acesso direto e imediato aos serviços e medicamentos, bem como a inclusão da saúde em um sistema sociocultural global representado pela articulação dos campos da religião, política e economia.

**Eliana Elisabeth Diehl, Dra.**

Universidade Federal de Santa Catarina,  
Departamento de Ciências Farmacêuticas e Programa  
de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica

**Ledson Kurtz de Almeida, Dr.**

Antropólogo

Resumo: O estudo sobre medicamentos em contextos locais é uma importante estratégia para a compreensão de como estão inseridos em diferentes realidades, entre elas as indígenas. No Brasil, ainda são raras as pesquisas que identificam os medicamentos que fazem parte do cotidiano dos povos indígenas. Esse trabalho examina os medicamentos encontrados (a “farmácia caseira”) nas casas Xokleng de uma aldeia da Terra Indígena (TI) Ibirama-Laklãnõ e o contexto de circulação e uso dos mesmos. A pesquisa de campo envolveu a observação participante e a utilização de entrevistas e questionário, esse último aplicado em setembro de 2008 e fevereiro de 2009. Nessa TI (em torno de 2.000 habitantes), cada uma das sete aldeias existentes na ocasião da pesquisa contava com um posto de saúde (PS), com agentes indígenas de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem próprios; dois médicos e um dentista atuavam em todos os PS; uma enfermeira permanecia no Polo-Base, como coordenadora, e outra atendia nas aldeias. Em 40 casas (95% do total) de uma das aldeias, foram identificados 456 medicamentos, sendo 21% genéricos. Segundo a classificação Anatômica Terapêutica e Química, destacaram-se os antieméticos, os analgésicos e antipiréticos, os anti-inflamatórios e antirreumáticos não esteroidais e os antibacterianos. Os comprimidos, as soluções orais em gotas, os xaropes e as pomadas se distinguiram entre as formas farmacêuticas. Os medicamentos foram prescritos pelo médico do PS e por outros médicos, entre outros profissionais de saúde, tendo sido ainda obtidos por automedicação. A aquisição dos medicamentos foi majoritariamente no PS da aldeia ou no Polo-Base. Os dados indicam uma forte medicalização desse grupo indígena, estimulada por uma atenção à saúde caracterizada pelo assistencialismo hipermedicalizante, de caráter curativo. Além disso, o

setor saúde ignora que a práxis dos usuários indígenas de como e quando usar os medicamentos é orientada pelos conhecimentos locais, experiência da doença e por conflitos de poder que intervêm no acesso e distribuição de medicamentos.

Palavras-chaves: Saúde Indígena; Serviços de Saúde do Indígena; Uso de Medicamentos; Índios Sul-Americanos; Xokleng.

## 6. Referências bibliográficas

- AZIZE, Rogério Lopes. *A química da qualidade de vida: um olhar antropológico sobre uso de medicamentos e saúde em classes médias urbanas brasileiras*. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina. 2002.
- \_\_\_\_\_. *A nova ordem cerebral: a concepção de 'pessoa' na difusão neurocientífica*. Tese (doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2010.
- BENNETT, F.J. The Dilemma of essential drugs in Primary Health Care. *Social Science and Medicine*, v. 28, n. 10, 1989, p. 1085-1090.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. *Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas*. 2. ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.
- BRASIL. *Decreto n. 7.336*, de 19 de outubro de 2010. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7336.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7336.htm)>. Acesso em: 29 abr. 2011.
- BRUNELLI, Gillio. *De los Espiritus a los Microbios - Salud y cambio social entre los Zoró de la Amazonia brasileña*. Quito: Abya-Yala, Colección 500 años, n. 10, 1989. 434 p.
- CALVA, Juan. Antibiotic use in a periurban community in Mexico: a household and drugstore survey. *Social Science and Medicine*, v. 42, n. 8, 1996, p. 1121-1128.
- CORE-FUNASA (Coordenação Regional da Fundação Nacional de Saúde). *Plano Distrital de Saúde Indígena 2008-2010* – Distrito Sanitário Especial Indígena Sul-Sudeste. Florianópolis: FUNASA, 2008-2010. 238 p.
- DIAS-SCOPEL, Raquel. *O agente indígena de saúde Xokleng: por um mediador entre a comunidade indígena e o serviço de atenção diferenciada à saúde - uma abordagem da antropologia da saúde*. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina. 2005.
- DIEHL, Eliana Elisabeth. *Entendimentos, Práticas e Contextos Sociopolíticos do Uso de Medicamentos entre os Kaingáng (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil)*. Tese (doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 2001.
- DIEHL, Eliana Elisabeth; GRASSI, Francielly. Uso de medicamentos em uma aldeia Guaraní do litoral de Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 8, 2010, p. 1549-1560.
- DIEHL, Eliana Elisabeth; MANZINI, Fernanda; BECKER, Mariana. “A minha melhor amiga se chama fluoxetina”: consumo e percepções de antidepressivos entre usuários de um Centro de Atenção Básica à Saúde. In: MALUF, S.W.; TORNQUIST, C.S. (org.). *Gênero, Saúde Aflição – abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010. p. 331-365.
- ETKIN, Nina. “Side effects”: Cultural constructions and reinterpretations of Western Medicine. *Medical Anthropology Quarterly*, v. 6, n. 2, 1992, p. 99-113.
- ETKIN, Nina; TAN, Michael. (ed.). *Medicines: Meaning and Contexts*. Philippines: Health Action Information Network/Medical Anthropology Unit University Of Amsterdam, 1994. 305 p.

- ETKIN, Nina.; ROSS, Paul. & MUAZZAMU, Ibrahim. The indigenization of pharmaceuticals: therapeutic transitions in rural hausaland. *Social Science and Medicine*, v. 30, n. 8, 1990, p. 919-928.
- FERRAZ, Marcos Bosi; PEREIRA, Ronaldo Borges; PAIVA, José Geraldo; ATRA, Edgard; DOS SANTOS, José Quirino. Availability of over-the-counter drugs for arthritis in Sao Paulo, Brazil. *Social Science and Medicine*, v. 42, n. 8, 1996, p. 1129-1131.
- GARNELO, Luiza; WRIGHT, Robin. Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n. 2, 2001, p. 273-284.
- GOEL, Pradeep; ROSS-DEGNAN, Dennis; BERMAN, Peter. & SOUMERAI, Stephen. Retail pharmacies in developing countries: a behavior and intervention framework. *Social Science and Medicine*, v. 42, n. 8, 1996, p. 1155-1161.
- GREENHALGH, Trish. Drug prescription and self-medication in India: an exploratory survey. *Social Science and Medicine*, v. 25, n. 3, 1987, p. 307-318.
- GRIFFITHS, Frances. Women's control and choice regarding HRT. *Social Science and Medicine*, v. 49, 1999, p. 469-481.
- HAAK, Hilbrand. Pharmaceuticals in two brazilian villages: lay practices and perceptions. *Social Science and Medicine*, v. 27, n. 12, 1988, p. 1415-1427.
- \_\_\_\_\_. Padrões de consumo de medicamentos em dois povoados da Bahia (Brasil). *Revista de Saúde Pública*, v. 23, n. 2, 1989, p. 143-151.
- HARDON, Anita. The use of modern pharmaceuticals in a Filipino Village: doctor's prescription and self medication. *Social Science and Medicine*, v. 25, n. 3, 1987, p. 277-292.
- HENRY, Jules. *Jungle people: a Kaingáng tribe of the highlands of Brazil*. New York : Vintage Books, 1941. 216 p.
- KAMAT, Vinay.; NICTER, Mark. Pharmacies, self-medication and pharmaceutical marketing in Bombay, India. *Social Science and Medicine*, v. 47, n. 6, 1998, p. 779-794.
- LANGDON, Esther Jean.; ROJAS, Blanca Guilhermina. Saúde: Um Fator Ignorado numa Situação de Mudança Rápida - A Situação da Area Indígena Ibirama (SC). In: SANTOS, S.C. (org) *A Barragem de Ibirama e as Populações Atingidas na Área Indígena* – Documento Denúncia - Boletim de Ciências Sociais. Florianópolis: UFSC. 1991, p.51/65-89.
- LANGDON, Esther Jean.; DIEHL, Eliana Elisabeth.; WIIK, Flávio Braune; DIAS-SCOPEL, Raquel. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 12, 2006, p. 2637-2646.
- LEITE, Silvana Nair; VIEIRA, Mônica; VEBER, Ana Paula. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, 2008, Supl.: 793-802.
- MORGADO, Paula. Pluralismo médico Wayana-Aparai: a intersecção entre a tradição local e a global. *Cadernos de Campo* (Revista dos Alunos de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade de São Paulo), v. 4, 1994, p. 41-69.
- NAMEN, Alexandro Machado. *Botocudo: uma história do contacto*. Florianópolis: UFSC ; Blumenau: Furb, 1994. 112 p.
- NGOKWEY, Ndolamb. Home remedies and doctor's remedies in Feira (Brazil). *Social Science and Medicine*, v. 40, n. 8, 1995, p. 1141-1153.
- NICTER, Mark; VUCKOVIC, Nancy. Agenda for an anthropology of pharmaceutical practice. *Social Science and Medicine*, v. 39, n. 11, 1994, p. 1509-1525.
- NIZAMI, S.Q.; KHAN, Amanullah; BHUTTA, Zulfiqar. Drug prescribing practices of general practitioners and paediatricians for childhood diarrhoea in Karachi, Pakistan. *Social Science and Medicine*, v. 42, n. 8, 1996, p. 1133-1140.

- NOVAES, Marlene Rodrigues. *A Caminho da Farmácia: Pluralismo Médico entre os Wari' de Rondônia*. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, UNICAMP. 1996.
- \_\_\_\_\_. Interpretação da doença e simbolismo terapêutico entre os Wari' de Rondônia. *Revista de Divulgação Cultural*, v. 64, 1998, p. 69-76.
- PAREDES, Patricia; la PEÑA, Manuela de; FLORES-GUERRA, Enrique; DIAZ, Judith; TROSTLE, James. Factors influencing physicians' prescribing behaviour in the treatment of childhood diarrhoea: knowledge may not be clue. *Social Science and Medicine*, v. 42, n. 8, 1996, p. 1141-1154.
- PELLEGRINI, Marcos. *Falar e Comer: Um Estudo sobre os Novos Contextos de Adoecer e Buscar Tratamento entre os Yanomamè do Alto Parima*. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina. 1998.
- PEREIRA, Walmir da Silva. *A ferrovia São Paulo-Rio Grande e os indígenas Xokleng em Santa Catarina*. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina. 1995.
- \_\_\_\_\_, et al. *Laudo antropológico de identificação e delimitação de terra de ocupação tradicional Xokleng: história do contacto, dinâmica social e mobilidade indígena no Sul do Brasil*. Porto Alegre: Funai, 1998. 213 p.
- PETRYNA, Adriana; LAKOFF, Andrew; KLEINMAN, Arthur. *Global Pharmaceuticals – ethics, markets, practices*. London: Duke Univ. Press, 2006. 301 p.
- POLLOCK, Donald. Etnomedicina Kulína. In: SANTOS, R.V.; COIMBRA Jr., C.E.A. (orgs.). *Saúde & Povos Indígenas*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 143-160.
- PRICE, Laurie J. In the shadow of biomedicine: self-medication in two ecuadorian pharmacies. *Social Science and Medicine*, v.28, n.9, 1989, p. 905-915.
- QUEIROZ, Marcos. Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n. 3, 1993, p. 272-282.
- \_\_\_\_\_. Farmacêuticos e médicos: um enfoque antropológico sobre o campo de prestação de serviços de saúde em Paulínea. In: ALVES, P.C.; MINAYO, M.C. (orgs.) *Saúde e Doença - Um Olhar Antropológico*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 1994. p. 153-166
- REELER, Anne V. Injections: a fatal attraction? *Social Science and Medicine*, v. 31, n. 10, 1990, p. 1119-1125.
- ROZEMBERG, Brani. O consumo de calmantes e o “problema de nervos” entre lavradores. *Revista de Saúde Pública*, v. 28, n. 4, 1994, p. 300-308.
- SACHS, Lisbeth; TOMSON, Göran. Medicines and culture – a double perspective on drug utilization in a developing country. *Social Science and Medicine*, v. 34, n. 3, 1992, p. 307-315.
- SANTOS, Silvio Coelho dos. *Educação e sociedades tribais*. Porto Alegre: Movimento, 1975. 92 p.
- \_\_\_\_\_. *Indígenas e brancos no sul do Brasil: a dramática experiência dos Xokleng*. Florianópolis: Edeme, 1973. 312 p.
- SILVEIRA, Maria Lucia. *O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. 124 p.
- TAN, Michael. Traditional or transitional medical systems? Pharmacotherapy as a case for analysis. *Social Science and Medicine*, v. 29, n. 3, 1989, p. 301-307.
- TROSTLE, James. Inappropriate distribution of medicines by professionals in developing countries. *Social Science and Medicine*, v. 42, n. 8, 1996, p. 117-720.
- URBAN, Greg. Interpretation of inter-cultural contact: the Shokleng and Brazilian national society 1914-1916. *Ethnohistory*, v. 32, n. 3, 1985, p. 224-244.
- \_\_\_\_\_. *Metaphysical community: the interplay of senses and intellect*. Austin : Univ. of Texas Press, 1996. 304 p.
- VAN DER GEEST, Sjaak. Pharmaceutical in the Third World: the local perspective. *Social Science and Medicine*, v.25, n. 3, 1987, p. 273-276.

- VAN DER GEEST, Sjaak; WHYTE, Susan Reynolds; HARDON, Anita. The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach. *Annual Review of Anthropology*, v. 25, 1996, p. 153-178.
- VOGEL, Ronald J.; STEPHENS, Betsy. Availability of pharmaceuticals in Sub-Saharan Africa: roles of the public, private and church mission sectors. *Social Science and Medicine*, v. 29, n 4, 1989, p. 479-486.
- WERNER, Dennis. Psycho-Social Stress and the Construction of a Flood-Control Dam in Santa Catarina, Brazil. *Human Organization*, v. 44, n. 2, 1985, p.161-167.
- WHYTE, Susan Reynolds. Pharmaceuticals as folk medicine: transformation in the social relations of health care in Uganda. *Culture, Medicine and Psychiatry*, v. 16, 1992, p. 163-186.
- WHYTE, Susan Reynolds; VAN DER GEEST, Sjaak; HARDON, Anita. Woman in distress: medicines for control. In: WHYTE, S.R.; VAN DER GEEST, S.; HARDON, A. (org.). *Social lives of medicines*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002, p. 50-63.
- WIIK, Flávio Braune. Contato, epidemias e corpo como agentes de transformação : um estudo sobre a AIDS entre os indígenas Xokleng de Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n. 2, 2001, p. 397-406.
- \_\_\_\_\_. Doenças e transformação sociocultural : epidemias, corporalidade e práxis entre os indígenas Xokleng do sul do Brasil. *Rev. de Divulgação Cultural*, n. 64, 1998, p. 60-67.

#### **Agradecimentos**

Aos Xokleng, que permitiram a realização da pesquisa. Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e ao Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde (DECIT/MS) pelo apoio financeiro (Edital MCT-CNPq/MS-SCTIE-DECIT 38/2005).

Recebido em: 22/07/2012

Aprovado em: 22/08/2012