

“Azúcar en la sangre”: consideraciones sobre sustancias, potencias, tradicción y conflicto interétnico a través de experiencias de indígenas Kaingang de la TIX, diagnosticados con diabetes mellitus

*Sandra Carolina Portela García*¹
Universidad Externado de Colombia

Resumen: Desde un enfoque etnográfico, el artículo busca analizar, a partir de las experiencias de algunos Kaingang de la TIX, cómo la diabetes, entendida como exceso de azúcar en la sangre, es asociada a la introducción de patrones alimenticios que se leen como el recibimiento de una sustancia que debilita los cuerpos, dado por parte de los blancos y que se combate con el uso de otras sustancias “foráneas” o propias de la “tradicción”. Esta “lucha” de sustancias cargadas de potencias particulares tensiona la noción de tradición, evidencia los contextos de intermedicalidad existentes en la región y muestran el modo como la sangre, ahora impregnada de azúcar, carga consigo sentidos que expresan y denotan la historia del conflicto y del contacto interétnico en la región, mucho más allá del discurso biomédico, que responsabiliza individualmente al paciente y sus decisiones en el consumo de alimentos y sustancias por su enfermedad.

Palabras clave: diabetes; hipertensión; Kaingang; sangre; sustancia.

PORTELA GARCÍA, Sandra Carolina. “Azúcar en la sangre” : consideraciones sobre sustancias, potencias, tradición y conflicto interétnico a través de experiencias de indígenas Kaingang de la TIX, diagnosticados con diabetes mellitus. *Aceno – Revista de Antropología do Centro-Oeste*, 7 (14): 97-118, maio a agosto de 2020. ISSN: 2358-5587

¹ Docente e pesquisadora do Programa de Antropologia da Universidad Externado de Colombia, pesquisadora associada do INCT Brasil Plural, doutora em Antropologia Social (UFSC).

“Açúcar no sangue”: considerações sobre substâncias, potências, tradição e conflito interétnico por meio das experiências de indígenas Kaingang de TIX, com diagnóstico de diabetes mellitus

Resumo: A partir de uma perspectiva etnográfica, o artigo procura analisar as experiências de indígenas Kaingang da TIX, como a diabetes compreendida como excesso de açúcar no sangue, é associada à introdução de padrões alimentícios entendidos como o recebimento de uma dádiva negativa oferecida pelos brancos, que se controla consumido substâncias da “tradição”, ou também, do mundo dos brancos. O uso de essas substâncias carregadas de potências particulares, colocam em tensão a noção de tradição; amostra a atualização cosmológica do mundo Kaingang e evidenciam como o sangue, “cheio” de açúcar carrega sentidos que expressam a história do conflito e contato interativo na região, possibilitando uma leitura diferente à da biomedicina que responsabiliza ao paciente e suas decisões no consumo de alimentos e substâncias pela doença.

Palavras-chave: diabetes; hipertensão; Kaingang; sangue; substância.

“Blood sugar”: considerations on substances, potencies, tradition and inter-ethnic conflict through the experiences of indigenous Kaingang from TIX, diagnosed with diabetes mellitus

Abstract: From an ethnographic approach, the article seeks to analyze the experiences of some Kaingang of the TIX, who explain diabetes, as an excess of sugar on blood associated to the introduction of eating patterns that are understood as receiving a "Poisoned gift" by "White people", and that is fought with the use of other substances "foreign" or "traditional". This "struggle" of substances loaded with particular powers, stresses the notion of tradition, evidences the cosmological update of the world and the contexts of intermediality existing in the region, and shows how blood, now impregnated with sugar, carries senses that express and denote the history of conflict and inter-ethnic contact in the region, outside of the biomedical discourse that individually holds the patient responsible for their illness.

Keywords: diabetes; hypertension; Kaingang; blood; substance.

Desde un enfoque etnográfico, el artículo busca analizar, a partir de las experiencias de algunos Kaingang de la Tierra Indígena Xaçecó, el modo como la diabetes *mellitus* -entendida como exceso de azúcar en la sangre asociada a la introducción de patrones alimenticios que se leen como el recibimiento de un don negativo, en la medida que en vez de alimentar y fortalecer, debilita los cuerpos y la salud. Observaremos, a partir de allí, una serie de asociaciones relacionadas a la enfermedad con el consumo de alimentos industrializados y, muy especialmente, de bebidas como el café instantáneo y el alcohol (en particular, el vino y la cachaza). Estas sustancias que provienen del mundo de los “blancos”, generalmente, tienden a ser asociadas como parte de la comida “*fraca*”, cuyo consumo excesivo debilita los cuerpos y lleva a adolecerlos. Esta primera asociación pone en juego las nociones de comida “tradicional”, comida “fuerte” y comida “*fraca*”, develando sus efectos sobre los cuerpos Kaingang, que se componen de la dialéctica cuerpo - espíritu, generando no solamente efectos en la salud de las personas sino, también, en el bienestar social y, por tanto, en el cuerpo colectivo.

Esta enfermedad también se combate a través de la potencia de los espíritus guía o, incluso, del Espíritu Santo, propio de la imaginería cristiana, cuya importancia se ha arraigado con la presencia de las iglesias pentecostales en la localidad. Así, el artículo propone, atendiendo a la pregunta del *dossier*, que el azúcar en la sangre, en este contexto, carga consigo sentidos que se expresan en la intención de restablecer la salud de las personas –o más específicamente a fortalecer los cuerpos kaingang – a la vez que denotan la historia del conflicto y del contacto interétnico en la región, así como la tradición, los contextos de intermedicalidad y la violencia de la colonización biomédica.

Para articular analíticamente la discusión propuesta, se torna fundamental establecer que en el desarrollo de este trabajo hemos entendido la Tierra Indígena Xaçecó (TIX) como una zona de contacto, es decir un espacio de encuentros “coloniales” donde personas “separadas geográfica e históricamente establecen relaciones duraderas, que por lo general implican coerción, inequidad radical y conflicto intolerable” (PRATT, 2010: 33). El uso de esta categoría analítica permite aproximarnos al contexto de interactividad constante e histórica que se da entre los Kaingang de la TIX y no indígenas, que efectivamente genera situaciones de encuentro, intercambio y conflicto en la localidad, a partir de las cuales surgen, inclusive, enfermedades como la diabetes *mellitus*, sobre la que indagaremos a continuación.

Diabetes e hipertensión arterial en pueblos indígenas en Brasil: anotaciones para un estado de la cuestión

Pese al reconocimiento del aumento de la prevalencia de diabetes e hipertensión arterial (HTA²) entre pueblos indígenas en Brasil, existe una relativa escasez de estudios al respecto y la mayoría de los existentes se ha producido desde la perspectiva de la epidemiología, en particular sobre la HTA. De manera general, estos trabajos se han dedicado a establecer los índices de prevalencia de estas en-

² Interesante anotar que el estudio en conjunto de la diabetes y la HTA se debe a la existencia de “una cantidad considerable de pacientes que presentan ambas enfermedades, lo cual ha llegado a plantear a los investigadores la posibilidad de un nexo fisiopatológico que las ligue entre sí” (véase Orozco, 2004).

fermedades en varias regiones del país y entre varias etnias (CARDOSO, MATOSY KOIFMAN, 2003; GIMENO et al., 2007; SALVO et al., 2009; OLIVEIRA et al., 2011; ROCHA et al., 2011; BRESAN, BASTOS y LEITE, 2015)³, lo que reafirma la importancia de este problema de salud para los pueblos indígenas brasileños. Como mencionan Bresan, Bastos y Leite (2015), los datos arrojados por esos estudios aún son insuficientes para conocer de forma amplia la distribución y ocurrencia de estas enfermedades en el país.

Dichas investigaciones y sus resultados hacen hincapié en el contacto con la sociedad nacional como uno de los factores fundamentales que estimula la presencia de estas enfermedades entre los pueblos indígenas a los que se aproximan: cambios en la alimentación y dinámicas de trabajo, entre otros, tendrían un papel esencial en el aumento de la HTA y la diabetes en estos contextos, perspectiva que no es ajena a la trazada por ellos mismos, aunque esta se complejiza cuando se entrecruzan con los procesos cosmológicos, históricos, la tradición y sus actualizaciones.

El reconocimiento que generan este tipo de trabajos en lo que refiere a la existencia de las enfermedades aquí citadas es necesario y pertinente en la medida en que pone en evidencia la importancia de los procesos históricos, sociales y culturales que influyen en la salud de los pueblos indígenas (COIMBRA y SANTOS, 2000), así como los cambios producidos por el contacto con la sociedad nacional en diferentes momentos históricos (LANGDON y ROJAS, 1991). Sin embargo, aunque estos factores se enuncian, no siempre se establece una correlación con el contexto particular del que se habla, debido a que los datos que componen estos estudios son principalmente fisiológicos y antropométricos. En el caso específico de los indígenas kaingang, la literatura sobre HTA y diabetes no es muy diferente. En 2015, un estudio epidemiológico reveló un 35% de prevalencia de dicha enfermedad en la región, lo que muestra que este es un problema de salud relevante en la localidad (BRESAN, BASTOS y LEITE, 2015).

Por su parte, la antropología de la salud brasileña contemporánea ha realizado un esfuerzo sistemático y colectivo para pensar en la salud indígena, sus desafíos, avances y dificultades⁴ desde una perspectiva en la que se privilegian los acercamientos etnográficos, que atienden a los puntos de vista “nativos”. Ese enfoque ha sido una estrategia primordial en el diálogo interdisciplinar entre las ciencias de la salud y la salud colectiva, generando importantes avances en materia de salud indígena y aportando a la construcción de políticas públicas que permiten una aproximación más adecuada en términos de reconocimiento de las particularidades culturales y contextuales de los pueblos para la atención de sus problemas de salud (GARNELO, MACEDO y BRANDÃO, 2003; GARNELO y LANGDON, 2004).

Sin embargo, a pesar de la abundante literatura sobre la relación entre antropología y salud indígena en clave etnográfica e interdisciplinar, en lo que se refiere a la diabetes, son rarísimos los trabajos que toman como eje de sus inquietudes esta enfermedad. En ese sentido, esta investigación es una apuesta por aproximarse a estas enfermedades como núcleo de la investigación, incorporar la perspectiva antropológica y etnográfica, y ampliar la dimensión del problema al traer voces y perspectivas diversas, profundizando en la idea anclada en el sentido común de que la enfermedad se relaciona con “hábitos adquiridos” con el contacto y presenta en clave etnográfica la profundidad de la interacción con los no indígenas y las implicaciones simbólicas y cosmológicas que generan y que van

³ Para una lista de artículos referentes al tema, véanse Filho *et al.* (2015) y Buchillet (2007).

⁴ Para un panorama más amplio de la bibliografía producida al respecto en Brasil, véase Buchillet (2007).

mucho más allá del diagnóstico en términos biomédicos, reflejando su impacto en lo colectivo, no solamente por el aumento del número de individuos diagnosticados, sino también por el dramatismo de las condiciones económicas, ambientales y sociales a los cuales han sido históricamente sometidos.

Al tornarse un tema periférico, es difícil encontrar literatura especializada en diabetes y HTA en Brasil que dé testimonio de las percepciones *emic* sobre dichas enfermedades entre los pueblos indígenas y grupos étnicos que componen el complejo tejido social brasileño. Permanece el vacío de conocimiento sobre estas enfermedades crónicas no transmisibles, que, como muestra el acercamiento epidemiológico, son un problema relevante en la salud de los pueblos indígenas del país.

En este sentido, los trabajos de Portela (2010 y 2018), de los cuales se desprende el presente artículo, contribuyen a las discusiones sobre el tema, al profundizar en los significados que adquiere la presencia de esta enfermedad en la localidad y pueden llegar a constituir un aporte interesante para estimular la discusión y la relevancia de tomar estas enfermedades como objeto de investigación en las ciencias sociales y en la salud indígena brasileña, así como para alentar reflexiones interdisciplinarias y colectivas que permitan hacer propuestas en términos de políticas públicas en salud indígena.

Modos de indagación

Es importante mencionar que este artículo surge a partir de una trayectoria de investigación que comenzó en el año de 2009 con los indígenas Kaingang de la TIX⁵, ubicada al oeste del estado de Santa Catarina (sur del Brasil). La intención fue la de describir las prácticas de auto atención (MENÉNDEZ, 2003) que estos realizaban para controlar y tratar la diabetes y la HTA, dando origen a mi tesis de maestría en antropología social (PORTELA, 2010). A partir de este proceso y de la experiencia en investigación con este pueblo, que se extendió por ocho años más, han surgido una serie de inquietudes y comprensiones que me llevan a profundizar y elaborar cuestiones como las que nos ocupan en este artículo, a saber, la necesidad de comprender a profundidad lo que implican las narraciones por ellos realizadas sobre el origen que se le atribuye a la diabetes y lo que estas dicen del contexto histórico y contemporáneo en el que se desenvuelven.

Durante el trabajo de campo, cuyo producto se materializó en la tesis citada, se sembraron las inquietudes que se han ido desarrollando a lo largo del tiempo y alrededor del tema. Por eso, es importante mencionar que, a pesar de que se establecieron frecuentes conversaciones y diálogos con el Equipo Multiprofesional de Salud (EMSI), las “remedieras” (especialistas en salud Kaingang) y algunos líderes de iglesias pentecostales (cuya incidencia en la atención en salud de la localidad es bastante importante), el trabajo no hizo énfasis en la perspectiva de los especialistas en salud en relación con las enfermedades, sino que buscó privilegiar la voz de los “pacientes”⁶. Particularmente, en ese momento me enfoqué en la atención a los casos de diez personas kaingang (siete hombres y tres mujeres), todos diagnosticados como hipertensos. Tres de ellos (dos hombres y una mujer) eran diabéticos. Algunas de las experiencias de estos últimos serán el principal foco de atención durante el artículo.

⁵ La aldea sede donde se hizo la investigación es la aldea principal de la TIX (constituida por diez aldeas en total), concentra a la mayoría de la población indígena kaingang, pues cuenta con puesto de salud, instituciones educativas, iglesias pentecostales y de otras religiones y es donde se desarrollan con mayor intensidad las actividades políticas de la comunidad. En 2015, se estimaba que tenía una población de 1500 habitantes (GHIGGI, 2015).

⁶ Quienes se muestran de manera clara como agentes de sus procesos de salud- enfermedad – atención.

Participé activamente en los encuentros de educación en salud para diabéticos e hipertensos realizados mensualmente por la EMSI en el puesto de salud, en los cuales confluían aproximadamente 25 personas, lo que me permitió ampliar el locus de enunciaciones durante el campo. Las familias y las redes de apoyo de los “pacientes” también fueron importantes para comprender las perspectivas kaingang, que se iban articulando alrededor de las dolencias de las que aquí tratamos, y para reconocer la pertinencia de nominar a alguna persona como “diabética” e “hipertensa”, pues se hizo claro que es importante el reconocimiento social de la enfermedad y no sólo el diagnóstico médico para que un kaingang, en la localidad, sea reconocido como tal. Las narrativas de familiares y las redes de apoyo también fueron fundamentales para comprender de manera amplia los significados que se les da a estas enfermedades. Es importante señalar también, que las nociones de “diabético” o de “ex – diabético” fueron comprendidas en los mismos términos que plantearon mis interlocutores pues, dentro de ese contexto, es posible entender que diabetes e hipertensión arterial, que son entendidas por la biomedicina como enfermedades crónicas e incurables, son comprendidas como “episódicas”, “crónicas” o “curables” por parte de la comunidad (PORTELA, 2010 y 2018).

En el esfuerzo de contextualizar al lector sobre la discusión, señalo a continuación algunos aspectos fundamentales de la historia del contacto y la cosmología kaingang, que sustentan nuestras reflexiones sobre las prácticas de autoatención en diabetes y HTA, en tanto que, a partir de ellos, es posible comprender de manera más amplia, la relación entre salud y enfermedad en este grupo indígena, así como las nociones de tradición y potencia que exploro en este artículo.

Aproximaciones a la historia del contacto entre los Kaingang y la “sociedad nacional”

Según Almeida (2004), los primeros contactos oficiales con los grupos identificados como Kaingang, de los que se tiene registro, remiten a los campos de Guarapuava (SC), en el año de 1771, a partir de la expedición del teniente coronel Alfonso Botelho Sampaio e Souza. Antes de esa fecha, existen también datos sobre la presencia de una serie de misiones jesuitas donde estos fueron catequizados. Con ello, sabemos que los guaraní y kaingang fueron catequizados en 5 de las 14 misiones establecidas en la región de Guairá (ALMEIDA, 2004).

Es importante puntualizar aquí que, así como lo menciona Greene (1998), las reducciones establecidas por medio de las órdenes reales en América del Sur con la intención de contener, controlar y “convertir” a los pueblos indígenas, incluían, además de la instrucción religiosa y la intervención militar, la intervención médica occidental. De esta manera, la empresa colonizadora habría dado un paso importante para la “conquista médica”, usando el término propuesto por Kay (1987).

Esta conquista no puede ser leída como la simple introducción de una nueva alternativa terapéutica en un nuevo contexto, sino que evidencia la dificultad de los indígenas americanos para controlar, tratar y curar, a partir de sus sistemas médicos, las enfermedades traídas por los europeos desde el contacto, dolencias para las que no tenían inmunidad y que fueron la razón principal para la reducción de la población indígena en América. En el caso de Brasil, según Langdon y Rojas (1989), esta disminución fue dramática, pues la población indígena, estimada en dos o tres millones de personas en la época de la Conquista, pasó a contar con aproximadamente 250.000 personas en la década de los 80´s.

Moreira Neto (1972) nos indica que después de la expulsión definitiva de los jesuitas en el Brasil hubo una discontinuidad en la presencia de instituciones como la iglesia católica y las colonias militares y que estas solo volvieron a hacer presencia en la región en el año de 1843, cuando los monjes capuchinos quedaron a cargo de la catequización de los indígenas del sur. Es importante destacar que de manera paralela a los intentos de catequización que se daban por parte de los gobiernos provinciales, existió la práctica de un catolicismo de monjes peregrinos errantes que compartían con diversas comunidades indígenas. Entre los kaingang se destacó la figura de São João Maria D'Agostini (ALMEIDA, 2004: 27), quien hasta hoy es conmemorado en el calendario religioso de este grupo. La llegada de esta nueva serie de misiones en mediados del siglo XVII es también sintomática de un proceso más ambicioso: la ampliación de las líneas de colonización de los territorios del sur del país, donde tradicionalmente se han asentado indígenas Kaingang, Guaraní y Xokleng.

Además de las misiones religiosas, se estableció entonces un “pelotón” de soldados en el campo de Palmas, para promover la explotación de recursos naturales y se crearon dos colonias militares: “Chapécó” y “Chopim”. La primera, localizada en el actual municipio de Xanxerê (ubicado a 25 kilómetros de la actual TIX). Esas colonias tuvieron como objetivo la protección de los nuevos colonos frente a las posibles ofensivas realizadas por los indígenas, además de la civilización de los nativos a través de la catequización y el aumento de la frontera agrícola (BLOEMER y NACKE, 2008).

En este proceso de búsqueda estatal por el progreso a partir de la colonización, surge otro antecedente importante en la historia del contacto de los pueblos indígenas de la región con el estado. Según datos de Bloemer y Nacke (2008), con la concesión de la línea férrea en el estado de Río Grande del Sur (1889), varias empresas colonizadoras desplazaron de sus territorios a indígenas y “mestizos” de la región. Ante la presión ejercida por esta obra y sus consecuencias, el estado de Paraná creó dos reservas, mediante Decreto No. 7, de 18.06.1902 (Governo do Paraná), actualmente conocidas como Tierra Indígena Xapécó (donde se realizó este trabajo) y Tierra Indígena Palmas, donde algunos indígenas kaingang y guaraní se refugiaron. Sin embargo, no todos los indígenas se adscribieron a las reservas manteniéndose dispersos y manteniendo su identidad y cultura. En el año de 1980, estos grupos se reorganizaron con la intención de reivindicar sus territorios, siendo la lucha por la tierra una constante histórica que se teje hasta hoy, debida especialmente a la reducción de áreas indígenas dada en años posteriores a las concesiones proporcionadas por el gobierno del estado de Paraná⁷.

La reducción de territorios y la contaminación de fuentes de agua debidas al establecimiento de empresas dedicadas a la producción de cultivos de carne porcina y al monocultivo de soya han limitado las posibilidades de mantener las dinámicas económicas tradicionales del pueblo kaingang. Así, desde los años setenta, se mantiene una relación de dependencia laboral y mercantil con los no indígenas, en una dinámica de trabajo asalariado y brazal, que afecta también la salud de aquellos individuos que trabajan en frigoríficos y cultivos (ya sea por el desgaste físico o la exposición a diferentes tipos de agrotóxicos) y a la comunidad, por el deterioro ecosistémico de los territorios. Esto, sumado al cambio en los patrones alimenticios, que se han modificado grandemente ante la imposibilidad de obtener del medio ambiente los alimentos “propios” de la tradición asociados a la caza, la pesca y el cultivo de huertas.

⁷ Para detalles de estos procesos de reducción, consultar Portela (2010: 39-40)

En el año de 1910 se creó el Servicio de Protección al Indio (SPI), establecido con la intención de atender a la salud indígena, deteriorada por el contacto, las epidemias y la falta de implementación de estrategias para la salud de los pueblos indígenas diezmados por las condiciones precarias a las que fueron sometidos en los procesos de conquista, colonia y formación de la república. El SPI se mostró insuficiente en su labor, obteniendo resultados poco satisfactorios. En 1967 se estableció la Fundación Nacional del Indio (FUNAI), que en la región sur tendría como objetivos el desarrollo de actividades encaminadas a la prevención primaria, secundaria, terciaria y específica de los pueblos indígenas (LANGDON y ROJAS, 1989). A partir del trabajo de la FUNAI, se establecieron dos puestos indígenas de salud, en los que idealmente debía haber un enfermero y un monitor de salud para atender a dicha población, lo que según datos de Langdon y Rojas (1989) no sucedía necesariamente. Existía un equipo itinerante de salud, encargado de la vacunación, el diagnóstico inicial de enfermedades, la asistencia odontológica, la distribución de medicamentos y la educación para la higiene. Se puede intuir que estos procesos se fueron desarrollando en la región, aunque es difícil establecer el momento específico en el que se dieron en la localidad que nos compete⁸. Actualmente, existe un puesto de salud en la TIX, con un equipo multiprofesional de salud (EMSI) que, a pesar de muchas dificultades, actúa allí de modo permanente.

Otro referente histórico importante, en el marco del contacto y la interacción, es la llegada de iglesias pentecostales y de diversas vertientes misionales a la región. Según datos proporcionados por Almeida (2004), la primera de estas iglesias en la TIX fue la iglesia Bautista, al final de la década de los 40's. En la década del 2000, se contaba con al menos 9 iglesias: Assembléia de Deus, Pentecostal do Brasil, Igreja Batista, Cadeia de Prece, Deus é Amor, Quadrangular, Só o Senhor é Deus, Unidade de Jesus e Visão Missionária. Durante la realización de mi trabajo de campo, fue posible notar la presencia de otras iglesias, tales como Rosa de Sarón, o Rei da Glória, Brasil para Cristo y Noiva de Jesus. Algunas de estas iglesias permanecen en el tiempo, otras son reemplazadas, pero su disponibilidad es siempre variada.

La década de los 90's es también una década en la que se da un proceso sistemático de aproximación de académicos al grupo indígena Kaingang, desarrollando una serie de estudios etnográficos que dieron cuenta de la riqueza cultural de esta comunidad (DIEHL, 2001) y de las dinámicas y situación de la vida social y los procesos históricos y contemporáneos, en su relación con la llamada "sociedad nacional".

Estos antecedentes nos muestran, entonces, un proceso sistemático y continuo de relaciones establecidas con los kaingang por parte de diferentes actores sociales, muchas veces bajo contextos coloniales y de coacción, reafirmando la posibilidad de entender la TIX como una zona de contacto, como propuesta por Greene (2010) y previamente expuesta en el texto, en la que la relación con los no indígenas es plural y se mezcla con diferentes contextos de la vida social Kaingang: lo religioso, lo económico, lo cosmológico y lo epistemológico han sido núcleos importantes que se han transformado y reapropiado a partir de esas relaciones, generando impactos en la vida y la salud de este pueblo.

⁸ Para más detalles, ver Diehl, 2001.

Notas etnográficas sobre el pueblo Kaingang

Los indígenas kaingang se localizan en la región Sur del Brasil, en los estados de São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul y Paraná. Pertenecen a la familia lingüística Jê (MAYBURY, 1979). En la actualidad, constituyen el grupo Jê más numeroso del país, con cerca de 37400 individuos (IBGE, 2010). La organización social kaingang se asocia con la existencia de mitades clánicas patriarcales, *kaimé* y *kairu* (OLIVEIRA, 1996; ALMEIDA, 1998; DIEHL, 2001). Esta organización se basa en la uroxilocalidad y la patrilinealidad. Los seres de la naturaleza también se clasifican de acuerdo con el dualismo kaingang (HAVERROTH, 1997).

El cuerpo kaingang se entiende como la extensión del dominio cosmológico de la naturaleza. Así, la persona se constituye por el cuerpo y, más en específico, por la relación cuerpo-espíritu, *kuprig* o *kumbã*⁹. El espíritu puede salir del cuerpo —*hã*—; entonces, éste se debilita y enferma (CARVALHO, 2008). El cuerpo y el espíritu deben recibir cuidados y, ante la presencia de enfermedad, el tratamiento debe encaminarse a la restitución de la fortaleza corporal.

Según Carvalho (2008), entre los kaingang y otros pueblos indígenas brasileños, el cuerpo no es una totalidad y el uso del concepto de corporalidad se adecua en la medida en que en esas sociedades se revela una dialéctica para la comprensión de un sujeto social, ya que, como mencionan Seeger, Da Matta y Viveiros de Castro (1979), al mismo tiempo que se tiene una matriz de cuño individual — semen, sangre, espacio en la aldea, casa— se tiene un colectivo social — alma, nombre, papel o rol social—. Es importante tener en cuenta que, como nos mencionan estos autores, la *socio-lógica* indígena se apoya en una *fisio-lógica* y que el cuerpo físico no constituye la totalidad de la persona. Turner afirma que el cuerpo kaingang debe entenderse como un conjunto de sentidos que congrega los aspectos sociales, biológicos y culturales, y constituye una identidad social, la cual es producto y productora de la estructura social y la cosmología (CARVALHO, 2008).

Esta investigación atiende a este llamado y comprende al cuerpo kaingang en esa multidimensionalidad. En lo relativo al tratamiento de la salud y la enfermedad, en la medicina tradicional¹⁰ kaingang, existe una serie de especialistas nativos cuyos saberes estarían encaminados al restablecimiento de la salud. Se destacan el *kujá* —hombre sabio—, los curanderos, las “*remedieras*”¹¹ y los(as) “*benzedeiros*” o “*benzedeiras*”¹². Según Crépeau (2002), los *kujá* distinguen entre dos tipos de saberes: guiados y no guiados. Los saberes guiados corresponden a las prácticas asistidas por auxiliares no humanos, tales como monos, serpientes, aves y jaguares. Los animales auxiliares asisten al *kujá* en el tratamiento de los enfermos, indican qué enfermedad padece el afligido, cuál es el remedio que se ha de usar, la posología y la dieta que se debe seguir. Los guías también pueden ser santos del catolicismo popular, entre ellos, Nuestra Señora Aparecida —patrona de Brasil—, san João María, el Divino Niño Jesús y el Divino Espíritu Santo. Por su parte, los saberes no guiados incluyen una variedad de prácticas entre las que destacan el empleo de hierbas medicinales en diferentes preparaciones y prácticas propias de la biomedicina.

⁹ Carvalho (2008) se refiere al espíritu con la palabra kaingang *kuprig*; Veiga (2000) denomina al espíritu con la palabra kaingang *kumbã*.

¹⁰ Así denominada por los kaingang, la medicina tradicional hace referencia a todos los conocimientos que, aunque no le sean propios, reconocen como suyos. En este artículo se entiende que la tradición está en continuo movimiento, es dinámica y se nutre de momentos históricos y saberes, se actualiza y se modifica.

¹¹ Por lo general, mujeres especialistas en el conocimiento de las plantas medicinales.

¹² *Benzedeiros* viene del verbo portugués *benzer* y se traduce como bendecir o persignar. Los *benzedeiros* tienen entre sus funciones bendecir el remedio. Algunos sabedores pueden tener conocimientos referentes a varios tipos de especialidades.

En la cosmología kaingang, según registros de Vega (2000) y también de mi experiencia de campo, el hombre es quien fabrica los hijos a partir de la potencia de su semen; sin embargo, a pesar de este aparente control en la producción del cuerpo de los(as) niños(as), su control es parcial, ya que son las mujeres quienes tienen dominio del proceso de fecundación y dan a luz, son ellas quienes los nutren y los cuidan (ROCHA, 2005). La alimentación juega un papel fundamental en la construcción de los lazos sociales y de familia consanguínea establecidos, pues tal y como registra Veiga (2000), “si una mujer amamanta su propio hijo y al hijo de otra, estos se tornan hermanos de leche y así se reconocen entre ellos”¹³ (VEIGA, 2000: 100).

Compartir el alimento fabrica los cuerpos en la medida que se comparte sustancia y sociabilidad, activando el circuito de intercambio y reciprocidad que nos propone Mauss ([1924] 2009). Es importante compartir el alimento, brindarlo y recibirlo en las visitas, pues a través de él se fortalecen los lazos de sociabilidad y se construyen cuerpos. Por ejemplo, durante mi primera experiencia de campo entre los Kaingang, mi hija, que me acompañó en el proceso, era entendida como “india”, en la medida en que se alimentaba con gusto de la misma comida que se ofrecía a todos los demás niños de la casa; ella llegó, incluso, a ganar un nombre indígena, dado por parte de la mujer que nos hospedaba y que fue usado para llamarla en los círculos más próximos de nuestra socialización. Obviamente, esto también se debía a la manera en que ella atendía las orientaciones de las mujeres de la casa, sabiendo que ellas son las encargadas de transmitir los valores que construyen al sujeto kaingang en este contexto. Esta asociación también se enunció cuando, en el proceso de campo, yo misma comencé a ganar peso; para las mujeres, esto indicaba que, poco a poco, yo iba ganando “cuerpo de india”, lo que se asociaba también a mi aprendizaje de ciertos aspectos domésticos y de la crianza, así como de la lógica de las relaciones en ese contexto, lo que me posibilitaba un horizonte fortalecimiento de aquellas relaciones que inicialmente no era posible establecer.

Aún sobre el aspecto de la alimentación, vale la pena resaltar que los kaingang categorizan los alimentos como “fuertes” o “fracos”¹⁴, asociándolos directamente a la capacidad de fortalecer o debilitar el cuerpo a partir de su consumo ocasional o permanente¹⁵.

En el trabajo de Diehl (2001), Rocha (2005), Oliveira (2009), Portela (2010), tanto como entre otros autores, es posible observar una asociación directa entre los alimentos venidos del mundo de los “blancos” con la noción de alimentos “fracos”, “finos” o “mojados” y con el hecho de que su consumo constante es el que ha debilitado la salud de este pueblo. Los cambios en las dinámicas económicas de la alimentación llevan a las personas a consumir en mayor volumen los alimentos procesados y cultivados con agrotóxicos, perdiendo la tradición gastronómica que garantizaba la fortaleza corporal, en algunos casos a través del argumento de que los cuerpos kaingang no están hechos para ser alimentados con comidas extranjeras y si, con las propias, las de la tradición.

Los citados autores evidencian en diferentes formas y experiencias el hecho de que, para los kaingang, los “antiguos” no se enfermaban, “no les caía ni la gripa”, no sufrían de enfermedades como el cáncer y otras que se asocian directamente a la introducción masiva de nuevos patrones de alimentación relacionados a los contextos de interacción con los no indígenas. Esta clasificación, como

¹³ Traducción libre de la autora.

¹⁴ Que, en una traducción libre al español, podrían ser entendidos como “débiles”.

¹⁵ Estas categorías se desdoblaron también en las de comida “grosera” y “fina”, “seca”, y “mojada”, “natural” e “industrializada”, que pueden ser consultadas a profundidad en el trabajo de Oliveira (2009).

nos muestra Diehl (2001), también es utilizada y resignificada en relación con los “remedios de farmacia” y los “remedios del monte” o de la “tradición”; también, como observaremos directamente, con las bebidas que se consumen. Me gustaría resaltar que las nociones de “fuerte” y “fraco” también denotan la tensión que se teje alrededor de la “tradición” en relación con la salud y la cultura, pues la alimentación no solo impacta el cuerpo físico sino la dimensión social de este, al debilitar también la cultura kaingang.

Azúcar en la sangre: narrativas sobre diabetes en una perspectiva Kaingang

A partir de tres experiencias de indígenas kaingang que se auto reconocen como diabéticos, pasaremos a explorar a continuación las relaciones que se tejen a partir de la idea de la sangre cargada de azúcar, que supone la presencia de esta enfermedad en sus cuerpos:

Ana y Pedro

Ana y Pedro fueron diagnosticados como hipertensos y diabéticos. Ella ha sido diagnosticada como diabética de tipo II. Él como de tipo I, es decir, debe consumir insulina para su tratamiento, pues su cuerpo no la produce. Como compañeros de vida, comparten también la atención que le dan a sus males. Sus malestares los llevaron a obtener un diagnóstico en el puesto de salud. En el fogón de hierro, Ana coloca una olla con agua. Mientras conversamos, me explica que las hojas de guabiroba, moranguinho y bergamota¹⁶ que perfuman el ambiente, tendrán como destino el agua hirviendo y esa infusión se transformará en remedio¹⁷.

Una vez en el agua, las hojas reposan. Un rato después, son pasadas a un termo. Mientras Ana cuida de la preparación, Pedro ceba yerba mate en la “*cuia*”¹⁸ y espera el termo que Ana le lleva gentilmente. Sentados los tres, soy invitada a beber de la primera *cuia*. Me cuentan que el médico insiste en la necesidad de que abandonen el consumo de mate, pero el que bebemos es “rezado”¹⁹, un poderoso remedio que les ayuda a equilibrar su presión. El mate, que se sirve y bebe a voluntad durante el día, acompaña la dosis generosa de medicamentos que deben tomar para atender sus enfermedades.

Ana nos cuenta que su enfermedad se debe a que ambos tienen la sangre contaminada, está llena de azúcar y hay que encontrar una manera de controlarla o hacerla salir de allí para poder estar mejor, “pero es difícil sacarla, eso es un mal que es difícil que se vaya, uno intenta muchas cosas, pero uno sigue enfermo y los exámenes del puesto dicen que seguimos así, entupidos de azúcar y por eso nos tenemos que cuidar”.

Cuando les consultamos sobre el porqué de la enfermedad, ellos nos dicen que se debe a que en su juventud ambos gustaban mucho de consumir bebidas alcohólicas, destacándose el vino, el “vino colonial”, es decir, aquel producido por los colonos de la región y que se asocia a la tradición europea de los descendientes

¹⁶ *Campomanesia xanthocarpa*, *Rubus rosaefolius* y *Citrus bergamia*, respectivamente.

¹⁷ Se emplean también *chapéu de couro* (*Echinodorus grandiflorus*), chuchu (*Sechium edule*), cavalinho (*Equisetum giganteum*), erva de bugre (*Casearia Sylvestris* S), cidreira (*Melissa officinalis*), amora branca (*Morus alba*), ajo (*Allium sativum*) y pata de vaca (*Bahuginia variegata*).

¹⁸ Cuenco en el que se bebe el mate.

¹⁹ Los “remedios del monte” elaborados en la tradición Kaingang son potencializados con la fuerza que les infunden los rezos que las especialistas incorporan al momento de la preparación.

de italianos, alemanes y demás extranjeros que poblaron el sur del país. Dice Pedro:

yo siempre trabajé el campo y con el calor y el esfuerzo uno tenía sed y ganas de refrescarla; entonces, con los compañeros tomábamos una cachaza, un vinito para aguantar la jornada. Eso era de todos los días; entonces, yo siempre, del jornal, compraba una garrafa de vino o de cachaza y la traía aquí a la casa. Mi señora, entonces, también aprovechaba y se tomaba una copita u otra. Como yo sabía que le gustaba, compraba siempre para agradarla.

Reafirma doña Ana:

Eso mismo. Aquí en la casa yo iba haciendo mis oficios y me tomaba una copita, luego otra. También nos gustaba ir a los bailes, íbamos bastante a las fiestas y, pues, nunca faltaba la cacachazita, el vino. Uno se tomaba sus tragos y, eso, tomábamos bastante. Uno se acostumbra, aquí, en la casa, nunca faltaba la garrafa de vino y, ya ve, eso es lo que nos ha hecho tanto mal, sobre todo ese vino que es tan dulce, eso se va acumulando y la sangre se va entupiendo de azúcar, por eso es que ahora nos llegó la diabetes.

Para Ana, dejar el vino fue un gran sacrificio. El médico le pidió que lo hiciera y ella confiesa que, de vez en cuando, bebe un sorbito para matar las ganas. Para Pedro, es difícil, porque, además, cuando trabaja en la roza circula el vino y la cachaza con cierta frecuencia, “es difícil vencer la tentación”, señala. En los contextos rituales de sociabilidad y de cuño religioso siempre cuentan con la presencia de la bebida:

en las fiestas, uno hace o va a un churrasco y hay bebida. Yo no puedo tomar e intento cuidarme, pero es que la bebida está siempre allí. Yo, de pronto, acepto una copita o dos, pero no más y eso es complicado, porque eso de rechazar lo que a uno le ofrecen es feo, uno no quiere ofender a nadie. También, que usted sabe que, aquí, cuando se dice a beber, es a beber. Indio que es indio, bebe hasta caer.

Comenzar a inyectarse insulina fue algo muy difícil para Pedro. Las mujeres de la casa se aproximan y no pierden la oportunidad de contarme en tono jocoso que Pedro parecía un niño regañado, que fue divertido verlo receloso y lloroso cuando la enfermera vino por primera vez a enseñarle a usar las inyecciones, ya que el siempre fue un hombre tan recio. Hasta hoy, alguien debe ayudarlo a aplicarlas, pues confiesa que no es capaz de hacerse “eso” a sí mismo tres veces al día. Pedro manifiesta que las inyecciones le causan tremendo dolor y explica que sólo se aplica dos dosis diarias, pues en su experiencia con eso es suficiente, se siente bien y se ahorra un dolor al día. Esto se debe, además, a que, para Pedro, tomar tanto remedio no puede ser bueno:

uno sabe que esos remedios de farmacia le hacen daño a uno. Yo no digo que en algo no ayudan, pero es que esos remedios son malos, lo ponen a uno débil, lo arreglan de un lado, pero lo dañan de otro, entonces hay que moderarlo, ¿no? Tres inyecciones por día son demasiado.

Y es que, además de las inyecciones que toma Pedro, la pareja guarda entre sus haberes una voluminosa bolsa de plástico con varias pastillas que deben usar durante el día. Ana dice que algunos de los remedios que debe tomar no la dejan dormir, le causan ardor en el estómago y no vale tomarlos antes o después de comer. Por eso, reduce o elimina la dosis anterior al sueño nocturno, para descansar. Reclama que el médico no le ha resuelto el problema y se pregunta si no habrá un remedio mejor, que no le cause esos efectos adversos, reafirmando que su consumo le genera también malestar: “yo sé que no puedo dejar de tomarlos, porque me pongo mal, pero me los tomo e igual sigo con esta maluquera, enferma; tanto remedio es difícil tomar, no hace del todo bien”.

Aprovecho el tema y pregunto a Ana por las botellas llenas de hojas, por las ramas que cuelgan en una pared de la cocina y también por el remedio del que, incluso, me comparte. Ella me responde que María, antigua auxiliar de salud de la aldea “Pinhalzinho” y remediera, las ha rezado para ellos y que forman parte de sus remedios para controlar la hipertensión y así lidiar con la diabetes:

este es remedio del monte, remedio de los kaingang, esto es lo que nos ayuda a estar mejor; como los medicamentos lo debilitan a uno tanto, hay que tomar “remedio”; entonces, aquí no nos falta, esto es lo que le da a uno fuerza. El día que no tomamos, ahí sí que es cierto, yo no me puedo ni parar de la cama. Si solo me tomo el remedio del médico, seguro me muero.

Dice Pedro:

“yo siempre voy y los busco (los remedios preparados contenidos en botellas). Eso es bendito. Y aquí tenemos los remedios [refiriéndose a las ramas que cuelgan de la pared] para poder prepararlos con el mate; así, si nos falta remedio [el rezado], por lo menos tenemos de este otro para poder sanarnos, ¿no?”

Entre las bolsas llenas de medicamentos, las hojas, ramas y botellas que cuelgan de la pared, destaca en el espacio de la cocina una mesa en la que Nuestra Señora Aparecida, san João Maria, velas, estampas de santos y rosarios y otros objetos se organizan en un altar. Ana y Pedro, fieles devotos católicos, comentan también que encomiendan su salud a estos santos: “gracias a Dios estamos vivos, uno tiene sus achaques, pero uno se encomienda y eso ayuda a pasar estas dificultades y a sentirse mejor”, dice Pedro.

Rafael

Rafael era diabético. Diagnosticado en el puesto de salud por sus constantes malestares, que se manifestaban en continuos e incapacitantes dolores de cabeza, comenzó un tratamiento de medicamentos que le ofrecieron en el puesto de salud. Cuando fue indagado sobre el origen de su enfermedad, este la relaciona con su trabajo en el campo y el consumo exacerbado de otra bebida:

a mí lo que me produjo ese malestar fue el Nescafé®. Mire, es que yo me iba para la roza y me llevaba un “termado” así de grande de Nescafé® [gesto de amplitud con las manos]. Y eso no me duraba; entonces, la mujer sabía que tenía que mandar más. Pues a veces también porque uno lo compartía, pero es que yo solito me tomaba dos o tres termados al día de Nescafé®, que para mantenerme despierto.

El Nescafé® consumido por Rafael era además preparado con una generosa cantidad de azúcar:

claro, porque es que sin azúcar eso es muy amargo, entonces sabe muy feo, ¿cierto? Y yo qué iba a saber que eso era una bomba... a mí me gustaba era el Nescafé® y eso es café de mentira, vaya usted a saber eso con que lo hacen, y yo tomando de eso, uno que sabe qué porquería es que se está tomando... pero yo empecé a comprar ese porque mi patrón también tomaba era de ese ahí y a mí me sabía muy rico y empecé a comprar... y eso que era bien caro, mi mujer me reclamaba por gastar los centavos en eso, pero yo me daba mi gusto... ahí, con el tiempo, es que uno se da cuenta que esas cosas hacen mal, que esas cosas empacadas son tan dañinas, lo enferman a uno, más me habría valido tomarme mi cafecito colado, sin tanto químico, aunque, bueno, ¡ahora todo está lleno de veneno!

Insatisfecho con la poca mejoría que sintió usando los remedios que le ofrecieron en el puesto de salud y convencido de la importancia de los remedios tradicionales en la salud kaingang, buscó una remediera que le ayudara a hacer el remedio, pues él no tenía el conocimiento. Comenzó a beberlo con los medica-

mentos que le recetaron en el puesto de salud. Poco a poco, Rafael se sintió fortalecido y recuperado, por lo que se aventuró a dejar el medicamento, sin consentimiento médico, y se quedó sólo con el té que la remediera preparaba para él:

ahí uno nota la diferencia, ¿no?, ya empecé a sentirme mejor, se me acabaron los dolores de cabeza, la debilidad, la “tontura”, ahí fui viendo que me convenía más el remedio del monte y seguí con él. Yo para qué me iba a seguir tomando ese veneno que me daban en el puesto de salud, yo eso lo dejé y ya ve... ahora estoy curado.

Su experiencia con los remedios tradicionales, como nos deja entrever su narración, fue satisfactoria: Según nos cuenta, siguió el tratamiento con remedios tradicionales kaingang durante dos años más. Al sentirse restablecido por completo, suspendió también el tratamiento de la remediera y volvió a su vida normal. En la actualidad, don Rafael se reconoce como una persona sana, vital, llena de la fortaleza necesaria para cumplir con sus labores diarias y entiende que gracias al remedio tradicional superó la diabetes. Eso sí, se siente incómodo con la constante intervención de los profesionales del puesto de salud, quienes le insisten en que retome el tratamiento. Cuenta que se ha vuelto un problema ir al puesto de salud para conseguir una pastilla para el dolor de cabeza o cualquier otro malestar; por lo tanto, lo evita, pues no sabe por qué los profesionales insisten en que es diabético y que debe cuidar de esa enfermedad, ignorando su premisa fundamental: “¡No estoy enfermo! ¡Ni, aunque el médico diga que sí!”.

Observamos, a partir de las narraciones aquí referenciadas, que existen en la atención a la diabetes una serie de prácticas que provienen del contexto biomédico, de la “tradición” y del mundo de la religiosidad²⁰ demostrando la presencia de un contexto claro de intermedicalidad mediado por los procesos históricos de contacto e interacción con el mundo no indígena. Es posible notar también que esta enfermedad es entendida como consecuencia de la ingestión de ciertas sustancias que enferman la sangre y cuyo consumo se estimula en la relación con otros, especialmente en contextos laborales y relacionados con la interacción indígenas – no indígenas²¹. Estas sustancias serían foráneas y dañinas, causando estragos en aquellos que la consumen y que declaran no haber percibido que su ingesta podría traer estas consecuencias. El “veneno” en la sangre, que se materializa en la azúcar que perciben, se ha acumulado en ella, puede combatirse con otras sustancias que combaten o “limpian” la sangre contaminada. Este contrapeso se activa a partir del uso de “remedios del monte”, “orados” o “rezados”²², ya que estos fortalecen el cuerpo y reparan la salud. A partir de estos argumentos, pasamos a discutir a profundidad lo que carga la sangre en este contexto y que alude a las nociones cosmológicas del cuerpo y la alimentación del mundo kaingang, la tradición y el contacto con los no indígenas.

Lo que se lleva en la sangre: contacto y veneno, cultura y tradición

A partir de las experiencias aquí relatadas, me gustaría distinguir el hecho de que ellas demuestran una serie de itinerarios terapéuticos diversos, en los que las personas articulan prácticas de auto atención que devienen de un conjunto de

²⁰ A pesar de no evidenciarse directamente en estas narrativas, también es posible atender esta enfermedad a través de prácticas asociadas al pentecostalismo. Para un mayor análisis ver Portela (2018).

²¹ Lo que evidentemente no niega su consumo en contextos donde prevalece la sociabilidad entre indígenas tales como los bailes, los juegos de fútbol, las festividades religiosas y culturales, entre otros eventos.

²² Dependiendo si vienen de la tradición o del uso de la potencia del espíritu santo en el caso de protestantes o evangélicos.

“tradiciones” médicas que a priori pueden ser consideradas como incompatibles unas con otras²³ (entre las que se destacan la biomedicina, la “tradición” y las propias de la religiosidad), pero que en la práctica pueden venir a dialogar y a ser usadas complementariamente como parte de una serie de estrategias que buscan el restablecimiento de la salud, y de manera específica, del fortalecimiento de los cuerpos kaingang.

En este sentido, las prácticas de auto atención contenidas en dichas experiencias permiten aproximarnos a la existencia de un contexto de intermedicalidad (GREENE, 1998; FOLLÉR, 2004) en la región, es decir, un lugar en el que a lo largo de la historia se han desarrollado contactos o relaciones, que permiten la coexistencia de varias tradiciones médicas, entre las que hay oposiciones y conflictos, así como reapropiación y resignificación de elementos, técnicas de atención y tratamiento a la salud que se reflejan particularmente en las prácticas de autoatención realizadas por los kaingang.

Ahora, como se mencionaba al comienzo de este artículo, entre los kaingang, la corporalidad obedece a nociones asociadas a cuerpo y espíritu que son dialógicas y cuyas fronteras son porosas, razón por la cual se afectan mutuamente. Fabricar un cuerpo kaingang implica un proceso en el que sustancias como el semen y la sangre son constituyentes de los cuerpos, ya que los hacen física y simbólicamente, y que traen consigo y transmiten la herencia de sus predecesores. Es significativo, entonces, que enfermedades como la diabetes se materialicen en la sangre que ahora “está entupida de azúcar” y que por tanto hay que “limpiar”, pues, a principio, podemos entender que estas afectan al individuo en su salud física, pero que esta afecta la dimensión colectiva de la corporalidad y del grupo en la medida que lo que hay en la sangre se transmite y afecta la descendencia; también, porque la enfermedad es causa y síntoma de una serie de relaciones asimétricas y desiguales con una serie de actores sociales presentes en la localidad y de los que ya hemos intentado aproximar al lector previamente.

En este panorama, observamos que consumir alimentos “fracos”²⁴ debilita los cuerpos y es por esto que se reconoce entre los kaingang que las nuevas generaciones son más “fracas” (OLIVEIRA, 2009) y que sus cuerpos son menos recios y se encuentran más expuestos a la enfermedad de manera general, si comparados con los “antiguos”, quienes según mencionan mis interlocutores y otros investigadores que han trabajado con este grupo indígena, destacaban por su buena salud.

Sin embargo, el sujeto kaingang se constituye también a través de la educación en la “cultura” que está asociada al papel de las mujeres – madres, al ámbito doméstico del aprendizaje y de la alimentación. En la tradición, los alimentos “fuertes” serían necesarios para mantener la vitalidad no solo del cuerpo individual sino del cuerpo social: el alimento no sólo es entendido en sus características nutricionales, o como medio de satisfacción de la necesidad básica de “espantar” el hambre. El alimento ingerido, compartido y ofrecido al otro, genera y fortalece

²³ Contextualmente, es importante decir que entiendo las prácticas de auto atención en esta investigación según la definición de Menéndez (2003), es decir, aquellas prácticas que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar o curar una enfermedad o padecimiento determinados, sin perder de vista que la auto atención se relaciona con las condiciones técnicas y científicas tanto como con las religiosas, étnicas y políticas de una sociedad. La ventaja de este concepto es que contempla el contexto del que provienen las prácticas escogidas por los pacientes, mientras permite observar los usos articulados que surgen entre ellas (MENÉNDEZ, 2003; GARNELO y WRIGHT, 2001) y ver la relativa autonomía del paciente en relación con la escogencia de prácticas que realiza en función de la atención a la salud.

²⁴ Que se encuentran en todos los escenarios de sociabilidad, tales como fiestas, bailes, juegos de fútbol, etcétera, y que no sólo se limitan a los espacios extraordinarios o rituales, sino que permean los espacios cotidianos y domésticos, ya sea a través del consumo de bebida alcohólica en la jornada de trabajo en el campo, o en el consumo constante de alimentos azucarados, embutidos y bebidas gaseosas, entre otros, en la dieta.

importantes vínculos, incluso los de parentesco (que no necesariamente debe estar mediado por la consanguinidad), por lo que, así como nos menciona Pedro, rechazar el alimento o la bebida ofrecida en contextos sociales es “feo”, niega la relación, o si lo ponemos en términos del don, corta la reciprocidad generando malestar y rupturas en la relación social (MAUSS, 1924 [2009]), por lo que el consumo de alimentos y bebidas en contextos intra e inter étnicos son fundamentales.

Buscando la comprensión del argumento que propongo, es necesario traer a colación la noción de “don” empleado por Mauss, 1924 [2009]), quien, en su *Ensayo sobre el don*, que hace explícito el principio común que regula el intercambio, esto es, la noción de dar, retribuir y devolver, nos propone que es en esta dinámica que se materializa la vida social. Como el autor indica, es necesario entender que, en el intercambio, no circulan solo objetos, sino también amabilidades, sociabilidades y personas. Estos, además, no pueden ser entendidos solamente como objetos, por lo que las cosas que circulan en la dinámica social están dotadas de agencia e intencionalidades y, al transitar, movilizan también un intercambio de materia espiritual o, como él mismo denomina, de *hau* (MAUSS, 1924 [2009]); es decir, los objetos se impregnan del espíritu, del *mana*²⁵ de quien lo posee y aunque el “donante” abandone la cosa, la cosa sigue conteniendo algo de él.

En las nociones de comida “fuerte” y de comida “fraca” observamos también que, como nos sugiere Mauss (1924 [2009]), en estas dinámicas de reciprocidad y sociabilidad circula mucho más que el objeto-alimento/ bebida que se consume. Además de impactar en las relaciones sociales, lo que se ingiere está cargado con potencias: la capacidad de fortalecer, enfermar y sanar puede contenerse en ellas. Es por eso que, por ejemplo, en relación con la diabetes, nuestros interlocutores nos presentan una serie de usos articulados de prácticas de auto atención que están destinados a controlarla: tanto el remedio de “farmacia” como el del “monte” tienen la posibilidad de curar, pero en el caso del primero, siempre existe la posibilidad de que aquello que podría sanar se convierta en “veneno”. El límite entre estas dos potencias parece establecerse en las dosis: mucho remedio daña, nos dicen. O “cura una cosa, mientras daña otra”.

Esta posibilidad refleja en cierta medida la relación que se establece con el mundo no indígena, del que no pueden extraerse a pesar de sentirlo como problemático en términos sociales, culturales y de salud, entre otros aspectos, y del que al mismo tiempo logran, aunque en condiciones precarias, devengar su sustento a partir del trabajo que ofrecen a los grandes hacendados y empresarios que circundan el área indígena, y de cuya labor se desprenden muchos de los problemas que sufren en su aldea, tales como la depredación del medio ambiente y la contaminación del agua. Los no indígenas se convierten, según afirma don Pedro, en “un mal necesario” que es necesario contener y controlar.

Aquí aparece el remedio del “monte” como una estrategia en ese proceso de contención y control. Si el azúcar, que “entupe” y se acumula, se queda en la sangre, el debilitamiento y la enfermedad pueden cobrar la vida de la persona. La potencia que contiene el remedio del monte y su capacidad de control y sanación proviene, por una parte, de su condición “natural”, esto es, debido a que viene de la tierra, que no está mediada por complejos procesos de industrialización (por eso también es “grosera”, esencial) y por tanto no trae consigo veneno (en el sen-

²⁵ La fuerza mística que abarca a todas las cosas y seres del universo. El *mana*, nos dice Mauss (1924 [2009]), es verbo, sustantivo y adjetivo, localizable y omnipresente, subjetivo, objetivo, maléfico y benéfico.

tido estricto, asociado al uso de agrotóxicos, fertilizantes y demás productos químicos en su composición); por otra parte, proviene del hecho de que contiene la potencia de la cultura que adhiere a él a través de los rezos que él o la especialista que los prepara les imprime. La tradición y la cultura fortalecen y se expresan materialmente en el remedio, que es consumido y que circula también en los cuerpos kaingang constituyéndolos, contribuyendo en sus procesos de sanación y resistencia a la enfermedad.

Observamos que en las experiencias aquí presentadas, los kaingang que se auto reconocen como diabéticos entienden el origen de su enfermedad causado por el consumo de vino, cachaza y Nescafé®, alimentos que, en principio, no se entienden como propios de la “tradición”, esto es, las bebidas alcohólicas entendidas como propias de los “antiguos” se desprendían del maíz y se preparaban a través de procesos de fermentación, diferente de la cachaza o el vino, que en su proceso de destilado e industrialización cargan la potencia de lo “fino”, lo “mojado”, lo “fraco”, que debilita. Si bien no podemos entender que el consumo de estas bebidas se da exclusivamente en el contacto con los no indígenas ya que en la vida cotidiana, como se enuncia en los comentarios de don Pedro (cuando dice que es difícil resistirse a la tentación de un trago en medio de un evento social o fiesta religiosa), o como presenta en su investigación Gigghi (2010), se hace evidente que el consumo de bebidas alcohólicas se ha tornado también un aspecto de sociabilidad fundamental entre los kaingang. Lo que sí es posible, es entender que la implementación del uso de estas se da en el proceso de relación e intercambio con la sociedad nacional. Asociada al trabajo y al comercio, a la dinámica de circulación en las ciudades, en lugares de ocio y entretenimiento; estas bebidas se tornan disponibles y necesarias para poner a rodar el don inclusive en las dinámicas interétnicas de sociabilidad (GIGGHI, 2010).

Así es como el alimento-comida, el alimento-bebida, hace parte del proceso de compartir y generar lazo social en la comunidad; es por eso que está presente en fiestas, juegos de fútbol, rituales, bailes y en la cotidianidad tanto en relación con indígenas como no indígenas. Al respecto, Langdon (2001) nos indica la necesidad de entender qué se bebe, cómo se bebe y cuándo se bebe entre las diferentes poblaciones indígenas para la identificación y comprensión de los contextos en los que la bebida alcohólica se torna objeto de sociabilidad. Sobre el asunto, Gigghi (2010) propone un acercamiento a estas dinámicas entre los kaingang, que allí pueden ser observadas con profundidad. El trabajo del autor nos muestra que las poblaciones locales sometidas a un contexto amplio de dominación y contacto acaban reproduciendo modos de beber muy parecidos con la sociedad que los cerca (GIGGHI, 2010: 30) y que las prácticas de consumo de alcohol en comunidades indígenas deben ser pensadas como un fenómeno construido a través del tiempo y la historia del contacto entre indígenas y no indígenas (Langdon, 2001).

Si aceptamos la premisa de que a partir del contacto se establecen nuevos patrones de consumo de bebidas y alimentos y que la introducción de nuevas sustancias como el vino o la cachaza, en esas dinámicas de sociabilidad, es posible, podemos entender también cómo los kaingang que han narrado su enfermedad se muestran desconocedores de la potencia de estas bebidas: agradables al paladar, socialmente aceptadas en los contextos de sociabilidad y reciprocidad intraétnica, al principio no parecerían ser dignas de sospecha. Bajo la apariencia de la bebida y del alimento, se consume algo, que en vez de fortalecer como lo hace la comida tradicional, debilita, enferma. En ese sentido lo que se consume no es alimento en un sentido amplio, ya que actúa de manera contraria al alimento

“forte”, “tradicional” o “esencial” que al fin de cuentas es el que permite la vitalidad de los cuerpos.

El diagnóstico y la explicación de la enfermedad, de la diabetes, en este caso particular, nos muestra cómo, en esa relación social con el mundo no indígena, el vino y la cachaza, son un don que circula, pero cargan consigo un “don oculto” que enferma.

Siguiendo la propuesta de Bolaños (2019), comprendo que los dones que circulan pueden ser “expuestos” u “ocultos”. El don oculto carga consigo potencias e intencionalidades que, como bien indica su nombre, no se ven a simple vista y causan situaciones conflictivas en la medida en que, quien lo recibe, no tiene la posibilidad de devolverlo, rompiendo la continuidad de las relaciones sociales. Ahora, si bien Bolaños (2019) propone esta clasificación focalizada en el ámbito de la brujería, y este efectivamente no es este el contexto en el que transcurre el argumento que propongo, considero conveniente preguntarnos por la potencia negativa que la comida “*fraca*” que adviene del mundo blanco genera en los cuerpos Kaingang y cómo al igual que la en la brujería tiene la potencia de causar “daño”.

En relación a la enfermedad que nos ocupa en este texto, usar la bebida alcohólica o el café contamina la sangre, la carga de azúcar y al no saber que ese don se ha recibido, no es posible devolverlo. Y como nos enseña Mauss 1924 [2009]), la falta de reciprocidad quiebra el lazo: al no ser devuelto el don, este se acumula en el cuerpo de los kaingang que lo consumen. Y conservarlo, nos dice el autor, es algo peligrosa e, incluso, mortal.

En el consumo del alimento “fraco”, el donante, es decir, el mundo no indígena, se queda en ellos, inscrito en su cuerpo ahora enfermo, cuerpo que, como hemos mencionado aquí, no solamente puede entenderse en una noción del cuerpo físico, sino de la vida social, y del mundo cosmológico, impactándolo negativamente²⁶. La sangre llena de azúcar es causa y síntoma de la interacción con el otro, carga consigo la historia del contacto y refleja la asimetría, coerción, inequidad radical y conflicto intolerable (PRATT, 2010) que se establece entre indígenas y no indígenas y que aquí se ven reflejadas en las condiciones ambientales, económicas, laborales y de salud de este pueblo que se han visto precarizadas.

La práctica del consumo del remedio tradicional kaingang (y de manera general de alimentos “fuertes” y del fortalecimiento de la “cultura propia” en diferentes escenarios) buscan entonces neutralizar y resolver – o al menos, lo intentan- en la praxis, la asimetría que existe en el contexto histórico y social que viven en relación a los no indígenas: Los medicamentos, la insulina, los remedios del monte y otras sustancias que entran en el proceso de atención y cura de la enfermedad no son meros objetos o sustancias con composiciones físico químicas variadas, ellas están impregnadas de intencionalidad, *mana*, fuerza y potencia, que deviene de ambos mundos; al ser usadas, se tornan en la posibilidad de restablecer la continuidad de las relaciones sociales quebradas al impactar en los cuerpos, en la salud individual y colectiva.

La tradición y la cultura toman aquí el papel de reorganizar la experiencia de dolencia y de colectividad que compone la noción de corporalidad. La sangre se torna también el escenario de disputa donde se busca restablecer la salud o la fortaleza corporal a través de la cultura, la identidad, la potencia del remedio, la lucha por sanar la sangre y sanar la vida en lo individual y lo colectivo, de devolver

²⁶ El papel del consumo de alcohol en comunidades indígenas se muestra como una práctica sumamente problemática en Latinoamérica, siendo también posible pensar en una colonización de estas poblaciones a partir de su consumo.

o contrarrestar el don recibido y poner a circular la reciprocidad en pro de relaciones más simétricas con el mundo no indígena.

Recebido em 31 de janeiro de 2020.

Aprovado em 6 de julho de 2020.

Referencias

ALMEIDA, Ledson Kurtz de. *Dinâmica religiosa entre os kaingang do posto indígena Xapecó-SC*. Tesis de maestría en Antropología Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

Bolaños, Gómez Adriana. “Le dieron algo: la mecánica de los dones ocultos y la brujería”. En: SUÁREZ GUAVA, Luis Alberto. *Cosas vivas: antropología de objetos, sustancias y potencias*. Bogotá. Editorial Pontificia Universidad Javeriana, 2019.

BLOEMER, Neusa M.; NACKE, Anelise. A precarização de políticas públicas e suas repercussões na auto-sustentação dos Kaingang do oeste Catarinense. *Ilha*, 10 (1), 2008.

BRESAN, Deise; BASTOS, João Luiz; LEITE, Maurício Soares. Epidemiologia da hipertensão arterial em indígenas kaingang, Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil, 2013. *Cadernos de Saúde Pública*, 31 (2): 331-344, 2015.

BUCHILLET, Dominique. *Bibliografía crítica da saúde indígena no Brasil (1844-2006)*. Quito: Abya Yala, 2007.

CARDOSO, Andrey; MATTOS, Inés; KOIFMAN, Rosalina. “Prevalência de diabetes mellitus e da síndrome de resistência insulínica nos índios guarani do estado do Rio de Janeiro”. In: COIMBRA JR., Carlos Avelardo; VENTURA, Ricardo; ESCOBAR, Ana Lucía (orgs.). *Epidemiología e saúde, povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2003. pp. 169-185.

CARVALHO ROSA, Patrícia. A noção de pessoa e a construção de corpos kaingang na sociedade contemporânea. *Espaço Ameríndio*, 2 (1): 15-43, 2008.

COIMBRA Jr., Carlos Avelardo; VENTURA SANTOS, Ricardo. Saúde, minorias e desigualdades: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5: 125-132, 2000.

COIMBRA Jr., Carlos Avelardo; VENTURA SANTOS, Ricardo. “Perfil epidemiológico da população indígena no Brasil: considerações gerais”, documento de trabalho 3, Universidade Federal de Rondônia-Escola Nacional de Saúde Pública, Porto Velho, 2001.

CRÉPEAU, Robert. A prática do xamanismo entre os Kaingang do Brasil meridional: uma breve comparação com o xamanismo Bororo. *Horizontes Antropológicos*, 8 (18): 113-129, 2002.

DIEHL, Eliana Elisabeth. *Entendimentos, práticas e contextos sociopolíticos do uso de medicamentos entre os kaingang (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil)*, tesis de doctorado, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

FILHO, Zilmar Augusto de Souza; FERREIRA, Alaidistânia Aparecida; SANTOS Bernardo dos; PIERIN, Angela Maria Geraldo. Prevalência de hipertensão arterial em indígenas do Brasil: uma revisão sistemática com meta-análise. *Revista da Escola de Enfermagem*, 49 (6): 1016-1026, 2015.

FOLLÉR, Maj-Lis. “Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde”. In: LANGDON Esther Jean; GARNELO, Luiza (orgs.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Antropologia/ContraCapa, 2004. pp. 129-148.

GARNELO, Luiza. “Projeto Rede Autônoma de Saúde Indígena. Uma experiência de educação e comunicação em saúde indígena”. In: VASCONCELO, Eymard Mourão (org.). *A saúde nas palavras e nos gestos*. São Paulo: Hucitec, 2001. pp. 237-260.

GARNELO, Luiza; LANGDON, Esther Jean (orgs.). *Saúde dos povos indígenas. Reflexões sobre antropologia interpretativa*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Antropologia/ContraCapa, 2004.

GARNELO, Luiza; MACEDO, Guilherme; BRANDÃO, Luiz Carlos. *Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

GARNELO, Luiza; WRIGTH, Robin. Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa. *Cadernos de Saúde Pública*, 17 (2): 273-284, 2001.

GHIGGI Jr., Ari. *Representações e práticas no tratamento de infortúnios entre os kaingang crentes da aldeia sede da Terra Indígena Xapecó*. Tesis de licenciatura en ciencias sociales, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

GHIGGI Jr., Ari. *Uma abordagem relacional da atenção à saúde a partir da Terra Indígena Xapecó*. Tesis de doctorado en antropología social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

GIMENO, Suely Godoy Agostinho, Douglas Rodrigues, Heloisa Pagliaro, Eduardo Nozaki, Evandro Emilio de Souza Lima y Roberto Geraldo Baruzzi, 2007, “Perfil metabólico e antropométrico de índios aruák: Mehináku, Waurá e Yawalapití, Alto Xingu, Brasil Central, 2000/2002”, en *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 23, núm. 8, pp. 1946-1954.

GREENE, Shane, 1998, “The Shaman’s Needle: Development, Shamanic Agency, and Intermediality in Aguaruna Lands, Peru”, en *American Ethnologist*, vol. 25, núm. 4, pp. 634-658.

HAVERROTH, Macir, 1997, *Kaingang, um estudo etnobotânico. O uso e a classificação das plantas na Área Indígena Xapecó*, tesis de maestría en antropología social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2010, O Brasil indígena. Disponível en línea: .

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. O Brasil indígena. 2012. Disponível em: . Acesso em: 6 maio 2018.

KAY, Margarita. Lay theory of healing in Northwestern New Spain. In: *Social Science and Medicine*. 24 (12). pp 1050 – 1060. 1987.

LANGDON, Esther Jean y Blanca Rojas, 1991, “Saúde: um fator ignorado numa situação de mudança rápida. A situação da área indígena Ibirama (sc)”, en Silvio Coelho dos Santos (org.), *A barragem de Ibirama e as populações atingidas na área indígena*”, en *Boletim de Ciências Sociais*, vol. 51, pp. 65-89.

LANGDON, Esther Jean. ; ROJAS, Beatriz. Um Fator Ignorado numa Situação de Mudança Rápida – A Situação da Área Indígena Ibirama (SC). In: *A Barragem de Ibirama e as Populações Atingidas na Área Indígena. Documento-Denúncia* Silvio Coelho dos Santos, org. *Boletim de Ciências Sociais*. 51/51:65-89. Florianópolis, UFSC, 1989

MAUSS, Marcel. 2009 [1924] *Ensayo sobre el don: forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas*. Buenos Aires. Katz Editores.

MAYBURY Lewis, David (org.), 1979, *Dialectical Societies: The Gé and Bororo of Central Brazil*, Harvard University Press, Cambridge.

MENÉNDEZ, Eduardo, 2003, “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”, en *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 8, núm. 1, pp. 185-208.

MOREIRA NETO Carlos. Alguns dados para a historia atual dos índios kaingang. In: GRUENBERG, G. *La situación del indígena en América del Sur*. Montevideo. Biblioteca científica. 1972

OROZCO, Max (2004). Hipertensión arterial y diabetes mellitus. En: *Rev. Costarricense de ciencia médica* vol.25 n.3-4. San José Dec.

OLIVEIRA, Maria Conceição de, 1996, *Os curadores kaingang e a recriação de suas práticas: estudo de caso na aldeia Chapecó (oeste S. C.)*, tesis de maestría en antropología social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

OLIVEIRA, Geraldo Ferreira, Teresinha Regina Ribeiro de Oliveira, Fernanda França Rodrigues, Lincoln Ferreira Corrêa, Aduino Tsutomu Ikejiri y Luis Augusto Casulari, 2011, “Prevalência de diabetes melito e tolerância à glicose diminuída nos indígenas da Aldeia Jaguapiru, Brasil”, en *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 29, núm. 5, pp. 315-321.

OLIVEIRA, Philippe Hanna de Almeida, 2009, *Comida forte e comida fraca: fabricação dos corpos e nutrição entre os kaingang da Terra Indígena Xaçepó (Santa Catarina, Brasil)*, tesis de maestría en antropología social, Universidad Federal Santa Catarina, Florianópolis.

PRATT, Mary Louise. 2010. *Ojos imperiales. Literatura de viajes y transculturación*. México D.F. Fondo de Cultura Económica.

PORTELA, Sandra Carolina, 2010, *Diabetes e hipertensão arterial entre indígenas kaingang de Terra Indígena Xaçepó (sc): práticas de autoatenção em um contexto de intermedicalidade*, tesis de maestría en antropología social, Universidad Federal Santa Catarina, Florianópolis.

PORTELA, Sandra Carolina. 2018. Por una perspectiva kaingang sobre diabetes e hipertensión arterial: prácticas de autoatención, articulaciones y conflictos. En: *Revista Desacatos* 58. septiembre-diciembre 2018, pp. 50-65

PORTELA, Sandra Carolina, 2018b “Só por Deus”: cura e tratamento de hipertensão arterial e diabetes entre os indígenas Kaingang da Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina” En: MÉTIS: história & cultura – v. 17, n. 34, p. 99-123, jan./jun. 2018

ROCHA, Ana Karina Silva da, Angelo José Gonçalves Bós, Edison Huttner y Denise Cantarelli Machado, 2011, “Prevalência da síndrome metabólica em indígenas com mais de 40 anos no Rio Grande do Sul, Brasil”, en Revista Panamericana de Salud Pública, vol. 29, núm. 1, pp. 41-45.

ROCHA, Cinthia C. Adoecer e Curar: Processos da sociabilidade Kaingáng. 2005. 160f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – PPGAS, UFSC, Florianópolis, 2005

SALVO, Vera Lúcia Morais Antonio de, Douglas Rodrigues, Roberto G. Baruzzi, Heloisa Pagliaro y Suely Gimeno, 2009, “Perfil metabólico e antropométrico dos Suyá. Parque Indígena do Xingu, Brasil central”, en Revista Brasileira de Epidemiologia, vol. 12, núm. 3, pp. 458-468.

SCHWEIKARDT, J. y Luiza Garnelo, 2003, “Controle da hipertensão no Programa Médico de Família de Manaus e seus impasses qualitativos”, en Ciência & Saúde Coletiva, vol. 8, supl. 1 y 2, pp. 91-99. Souza, Maximiliano Loiola Ponte de (org.), 2013, Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais, Fundação Oswaldo Cruz, Río de Janeiro.

VEIGA, Juracilda, 2000, Cosmologia e práticas rituais kaingang, tesis de doctorado en antropología social, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.