

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Saúde, doença e morte de crianças: um olhar segundo a
percepção dos Kaiowá e Guarani

Renata Palópoli Pícoli

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para a
obtenção do título de Doutor em Saúde
Pública.

Área de Concentração: Saúde Materno-
Infantil

Orientador: Prof. Dr. Rubens de Camargo
Ferreira Adorno.

São Paulo
2008

Saúde, doença e morte de crianças: um olhar segundo a percepção dos Kaiowá e Guarani

Renata Palópoli Pícoli

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para a obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde Materno-Infantil

Orientador: Prof. Dr. Rubens de Camargo Ferreira Adorno.

São Paulo
2008

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas que fizeram de meus sonhos realidade e das minhas vontades desejos também seus.

Ao meu amado esposo **Naldo**, companheiro de todos os momentos, que enfrentou comigo os problemas, as angústias e as alegrias da vida.

AGRADECIMENTOS

A **DEUS** por me dar forças e coragem para desbravar o mundo em busca de meus ideais de vida. Por iluminar minha vida e fazer de meus caminhos, maravilhosos momentos de realização pessoal e profissional.

Ao meu pai **Haroldo Pícoli** e minha mãe **Roseli Pícoli**, que sempre estão comigo, torcendo pelas conquistas, amparando nos momentos difíceis e cujo carinho me dá a solidez interna necessária.

Aos amigos e colegas **Dulce Ribas, Edson Mamoru, Milca de Oliveira e Maria Elizabeth**, do Departamento de Tecnologia de Alimentos e Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (DTA-UFMS), pela convivência e aprendizado na área de saúde pública.

À grande amiga **Luiza Cazola**, agradeço a amizade e a participação revelada em apoio, carinho e atenção em todos os momentos. Obrigada, por acreditar em mim.

Aos colegas do curso de medicina da Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da região do Pantanal (UNIDERP), especialmente a amiga **Sandra Christo** pela amizade e interesse demonstrado pela minha pesquisa e em particular pelos povos indígenas. Obrigada, por acreditar no meu potencial como docente.

À minha prima **Guiuliana**, seu esposo **Welitton** e ao pequeno **Thiago** por me receberem em sua casa, durante o trabalho de campo, e por me deixar à vontade para voltar outras vezes. Vocês contribuíram para a realização de uma das etapas mais importantes do meu estudo.

Especialmente ao **povo Kaiowá e Guarani** minha gratidão, pelo aprendizado sobre a vida e resistência, que mesmo em condições adversas, mantém o riso.

Aos **agentes indígenas de saúde** e aos **professores indígenas**, especialmente **Eliel, Renata, Lídio, Albina, Maria Celina e Julia** companheiros que me mostraram alguns caminhos, para que eu pudesse compreender a realidade de seu povo.

Aos colegas da pós-graduação, especialmente algumas pessoas que foram mais marcantes nessa caminhada, como **Mirian Bonomi, Lilian Pino, Lucila de Jesus, Roberto, Paula Opromolla e Paula Prates**.

Minha mais profunda gratidão ao meu orientador Professor **Doutor Rubens de Camargo Adorno**.

Aos membros do meu exame de qualificação: **Professora Dra. Marta Azevedo**, sua vivência junto aos Kaiowá e Guarani representou um diferencial nas contribuições dadas para o desenvolvimento desta tese e a **Professora Dra. Elaine Rabinovich** pelas importantes considerações realizadas na qualificação deste trabalho.

Aos professores do departamento saúde materno-infantil, em especial a **Professora Dra. Augusta Thereza Alvarenga** por sua contribuição durante a elaboração do projeto de pesquisa e pela alegria e seriedade com que ministra as aulas e recebe os alunos.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela concessão da bolsa de estudos nos primeiros 18 meses de doutorado, que permitiu minha estadia em São Paulo e dedicação exclusiva ao curso.

RESUMO

Esta pesquisa investiga o significado de saúde e doença infantil para os Kaiowá e Guarani da Terra Indígena de Caarapó, Mato Grosso do Sul, abordando as escolhas realizadas no itinerário terapêutico. Propõe-se a identificar as explicações e as circunstâncias em que ocorreu o óbito de crianças menores de um ano de vida, segundo a percepção desse povo. Para o desenvolvimento da pesquisa, adotamos a contribuição etnográfica, no sentido de captar as vinculações entre os eventos de saúde, doença e morte infantil aos elementos de seu contexto de vida. A análise do significado de saúde revelou que os acontecimentos simbólicos que o definem são construídos diariamente e dependem das experiências dos sujeitos e de seus elementos cosmológicos, sociais e ambientais. Os esquemas de interpretação de causalidade mostraram a sensibilidade e a percepção desse povo frente aos problemas de saúde infantil, informados por aspectos culturais e sociais e outros incorporados e reelaborados no convívio com os serviços de saúde existentes na T.I. Para a diarreia e a desnutrição infantil, identificou-se a utilização de diferentes esquemas interpretativos de causalidade: de ordem cultural, social e ambiental, acionados de forma simultânea ou não. A análise do itinerário terapêutico permitiu elucidar a importância do processo de negociação entre os Kaiowá e Guarani com a sua sociedade e com a sociedade não-indígena. No processo de negociação no interior da parentela, observou-se que o mesmo não está isento de conflitos, principalmente intergeracionais. No itinerário terapêutico, o Kaiowá e Guarani pode recorrer ao seu sistema de saúde e ao biomédico, sempre considerando a resposta de cada caso e sua compreensão de eficácia. Na utilização do soro caseiro, percebe-se que esse povo estabelece uma representação terapêutica similar a determinados tipos de remédios caseiros, usados tanto na prática preventiva como no tratamento da diarreia, enquanto outros o utilizavam segundo as orientações da biomedicina. O estudo mostrou que o sistema biomédico é complementar ao seu sistema de saúde, uma vez que a compreensão da cura está atrelada ao seu contexto simbólico. Os dados de mortalidade infantil analisados evidenciaram a reduzida qualidade dos registros da declaração de óbito. Na explicação do evento de morte de crianças, os Kaiowá e Guarani utilizavam-se da orientação religiosa e da situação de vida. Nas análises sobre os óbitos infantis, percebe-se uma desigualdade persistente que se manifesta ao desconsiderar as explicações e o contexto de vida desse povo e dos grupos familiares onde ocorreram os óbitos infantis e ainda pelas fragilidades no atendimento à criança e às gestantes. Destaca-se o necessário desenvolvimento de ações nos serviços de saúde que considerem esses significados e trabalhem na perspectiva da parentela como conhecedora da formação e do crescimento da criança.

Palavras-chave: índios Kaiowá e Guarani; saúde e morte de crianças; itinerário terapêutico; antropologia da saúde.

ABSTRACT

This research investigates the meaning of health and infant illness for the Kaiowá and Guarani of the Indian Land of Caarapó, Mato Grosso do Sul, approaching the choices made in the therapeutic itinerary. It proposes to be identified the explanations and the circumstances in which the death of infants less than a year old of life occurred, according to the perception of this people. For the development of this research, we adopted the ethnographic contribution, in the sense of capturing the links among health similar events, illness and infant death to the elements of their context of life. The analysis in the meaning of health revealed that the symbolic events which defines them and are built daily, depend on the experiences on the person and their cosmological, social and environmental elements. The plans of casualty has shown the sensibility and the perception of this people facing infant health problems, informed by social, cultural and others aspects incorporated and re-elaborated in the closeness with the health service available in the I.L. For the diarrhea and the infant malnutrition, it was identified the utilization of different interpretative plans of casualty: of environmental, social, and cultural order, assigned by simultaneous form or not. The analysis of the therapeutic itinerary allowed showing the importance of the negotiation process among the Kaiowá and Guarani with their society and the non-Indian society. In the process of negotiation with the interior family, it was observed that even it is not exempt of conflicts, mainly intergeneration. In the therapeutic itinerary, the Kaiowá and Guarani can appeal to his health system and to the biomedical, always considering the answer of each case and their comprehension of efficacy. In the use of homemade serum, it can be noticed that the people establish a therapeutic representation similar to determined types of homemade medicine, used in the preventive practice as well as a diarrhea treatment, while others utilize it according to the biomedicine orientations. The study has shown that the biomedical system is complementary to their health system, once comprehended the cure harnessed to their symbolic context. The facts of infant mortality analyzed have proved the quality reduction of statement registered of deaths. In the explanation of the infant's death, the Kaiowá and Guarani utilize a religious orientation and the life situation. In the analyses of infant's deaths, can be noticed a persistent inequality, upon ignoring the explanations and the context of life of that people and their family groups where happened the deaths of infants and still by the fragilities in the service to the infant and to the pregnant women. It is highlighted the necessary development of actions in the health services, which consider these meanings and work in the perspective of the interior family as expert of the formation and the growth of the child.

Key-Words: Kaiowá and Guarani Indians; health and death of children; therapeutic Itinerary; anthropology of health.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	
1. OS GUARANI BRASILEIROS	18
1.1 OS GUARANI DE MATO GROSSO DO SUL	20
1.1.1 Breve História de Contato	22
1.2 O CONTEXTO ETNOGRÁFICO DA PESQUISA	25
1.2.1 A <i>Te'yi</i> como Rede Social	29
1.2.2 O Espaço Geográfico Social: Arquitetura e Distribuição das Casas	51
1.2.3 Da Economia Tradicional a Economia de Mercado	57
1.2.4 Saneamento Básico, Abastecimento de Água e Destino do Lixo	65
1.2.5 Escola: como Espaço de Interculturalidade	79
2. O PERCURSO DA PESQUISA	72
2.1 METODOLOGIA DA PESQUISA: POSSIBILIDADES E DESAFIOS	72
2.1.1 Sujeitos de Observação e Levantamento do Material Empírico	76
2.1.2 O caderno de campo	78
2.2 PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS PARA A COMPREENSÃO DA MORTALIDADE INFANTIL	81
2.3 ASPECTOS ÉTICOS	83
3. A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ÍNDIO: MACRO-CONTEXTOS	84
3.1 O DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DE MATO GROSSO DO SUL	90
3.2 A RELAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E OS KAIOWÁ E GUARANI: (DES)ENCONTROS	94
3.3 O AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE	102
4. SAÚDE E DOENÇA INFANTIL SOB A ÓTICA DOS KAIOWÁ E GUARANI	107
4.1 REFLEXÕES TEÓRICAS SOBRE OS ESQUEMAS DE INTERPRETAÇÃO DE CAUSALIDADE DE DOENÇAS	119
4.1.1 A Causalidade das Doenças entre as Crianças	123
4.1.2 A Teoria Etiológica Kaiowá e Guarani para a Diarréia e a Desnutrição Infantil	125
4.2 SOBRE O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	147
5. REFLEXÕES ACERCA DA MORTALIDADE INFANTIL	163

5.1 OS DADOS OFICIAIS DA MORTALIDADE INFANTIL ENTRE OS KAIOWÁ E GUARANI	164
5.2 APONTAMENTOS ETNOGRÁFICOS	167
5.2.1 A Compreensão da Morte	168
5.2.2 A Morte Infantil: uma Tentativa de Aproximação	175
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	208
7. REFERÊNCIAS	212

Lista de Figuras

- Figura 1 - Mapa do estado de Mato Grosso do Sul das Terras Indígenas dos Kaiowá e Guarani. 22
- Figura 2 - Mapa do estado de Mato Grosso do Sul com destaque para a Terra Indígena de Caarapó e o município de Caarapó. 26

Siglas Utilizadas

ABA	Associação Brasileira de Antropologia
AIS	Agente indígena de saúde
AISAN	Agente indígena de saneamento básico
CASAI	Casa de Saúde do Índio
CAN	Colônia Agrícola Nacional
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão
CIMI	Conselho Indigenista Missionário
CONEP	Comitê Nacional de Ética em Pesquisa
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
DO	Declaração de Óbito
DSEI-MS	Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML	Instituto Médico Legal
NE	Não especificado
PAM	Pronto Atendimento Municipal
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
SIASI	Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação de Nascido Vivo
SPI	Serviço de Proteção ao Índio
SUS	Sistema Único de Saúde
UCDB	Universidade Católica Dom Bosco
UFGD	Universidade Federal da Grande Dourados
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

T.I Terra Indígena
TAC Termo de ajuste de conduta

INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho é buscar um entendimento do significado de saúde, doença e morte infantil para os Kaiowá e Guarani da Terra Indígena de Caarapó.

A proposta de trabalhar com o tema da saúde - tradicionalmente considerado como pertencente à área das ciências da saúde, mas aqui concretizado num povo culturalmente diferenciado - apontou, naturalmente, para a necessidade de uma discussão sobre os caminhos de colaboração entre as ciências da saúde e as ciências sociais.

Essa colaboração foi pensada nos termos da superação dos fundamentos puramente epidemiológicos e pela necessidade de produção de análises marcadas pelo exercício da complementaridade das ciências sociais e da saúde.

Trabalhar a questão da saúde infantil entre os Kaiowá e Guarani deu-se em decorrência da nossa participação no Programa Kaiowá/Guarani da Universidade Católica Dom Bosco, como pesquisadora de iniciação científica pelo CNPq, em 1997.

Nossas primeiras experiências de pesquisa foram fundamentais para que decidíssemos que os Kaiowá e Guarani seriam o povo escolhido e que a saúde de suas crianças seria o tema de nossos futuros trabalhos.

No mestrado realizado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP, nossa pesquisa limitou-se a

descrever os aspectos nutricionais e audiológicos de crianças Kaiowá e Guarani menores de cinco anos, segundo a perspectiva da epidemiologia. Inevitavelmente, questões peculiares e essenciais para os Kaiowá e Guarani, comentadas durante a aplicação de um questionário estruturado, foram desconsideradas; visto que a proposta metodológica e teórica não permitia a sua análise.

O doutorado era um desejo há muito tempo traçado. Tínhamos alguns caminhos possíveis, mas a escolha de permanecer na saúde pública e a necessidade de uma interlocução com a área das ciências sociais levaram-nos à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Nesta instituição, através do departamento de Saúde Materno-Infantil e da linha de pesquisa ‘Sociedade contemporânea, ciências sociais e saúde pública’, de natureza interdisciplinar, encontramos respaldo teórico e metodológico para o desenvolvimento da pesquisa de doutorado. Um dos responsáveis por esta linha de pesquisa aceitou nossa proposta de trabalho e nos indicou o caminho que deveríamos seguir.

A tese está estruturada em introdução, cinco capítulos e considerações finais. No primeiro capítulo, apresentamos uma breve história sobre o povo Guarani brasileiro e os Guarani do Estado de Mato Grosso do Sul. Especial atenção é dada ao contexto etnográfico da pesquisa, a Terra Indígena de Caarapó, onde procuramos discutir a *te'yi* como rede de relações sociais na formação e no crescimento das crianças; a organização do espaço geográfico e social: a importância do pátio e das trilhas como espaços que favorecem a socialização; aspectos da economia tradicional e a crescente relação com a economia de mercado: as reduzidas possibilidades de sustento na aldeia e o trabalho remunerado em dinheiro como uma das poucas

alternativas. Neste capítulo, fazemos referência à escola da aldeia como espaço de interculturalidade, destacando a experiência educacional da escola da T.I de Caarapó.

No segundo capítulo, tratamos de questões metodológicas relacionadas com o trabalho. A escolha da contribuição etnográfica foi no sentido de buscarmos uma abordagem que não negligenciasse a experiência dos Kaiowá e Guarani sobre o processo saúde-doença infantil e sua interação na vida social.

Na etnografia, através da observação participante, procuramos manter uma observação atenta e constante da relação de alteridade com aquele povo, que abrisse espaço para a compreensão do contexto de vida dos Kaiowá e Guarani. É verdade também que, muitas vezes, só conseguimos perceber sobre o que falavam algum tempo depois; isto é, ouvíamos os relatos que nos foram contados, mas ainda não conseguíamos entendê-los. Abordamos, ainda, os pressupostos metodológicos para a compreensão da morte e os aspectos éticos do trabalho.

No terceiro capítulo, apresentamos uma breve discussão sobre a atual política de saúde para os povos indígenas no Brasil e os entraves para uma efetivação de uma atenção diferenciada na área da saúde. Em seguida, descrevemos o Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul, destacando aspectos operacionais da rede de assistência à saúde do índio e os serviços de saúde: atenção básica, média e de alta complexidade para os Kaiowá e Guarani da T.I de Caarapó. Neste capítulo, relatamos alguns elementos da relação entre os profissionais de saúde e os Kaiowá e Guarani no sentido de discutir as suas fragilidades e os seus desafios, assim como a participação do agente indígena de saúde como membro da equipe multidisciplinar de saúde indígena e da comunidade, suas potencialidades e seus limites de atuação.

No quarto capítulo, procuramos compreender o significado de saúde e doença infantil para os Kaiowá e Guarani. Os argumentos desenvolvidos saem em favor das distintas experiências em saúde que se manifestam na produção de suas próprias vidas. Apresentamos uma reflexão teórica sobre os esquemas de interpretação de causalidades de doenças infantis, elementos conceituais para se pensar a atuação da área da saúde no contexto de vida dos Kaiowá e Guarani. Neste capítulo, também discutimos a teoria etiológica Kaiowá e Guarani para a diarreia e a desnutrição infantil. Em seguida, abordamos o itinerário terapêutico no contexto da vida dos Kaiowá e Guarani. A nossa intenção não é referendar a exclusividade do sistema de saúde dos Kaiowá e Guarani, nem do sistema biomédico, mas problematizar a necessária interculturalidade que considere o contexto social e cultural desse povo.

O eixo conceitual em torno do qual se situa as questões sobre a interculturalidade, nos convida a discutir a sua complexidade quando aplicada ao contexto de vida dos Kaiowá e Guarani.

É importante sublinhar que no plano interno há inúmeras clivagens – sociais e políticas apoiadas na sua forma de organização e de outras criadas nos diferentes momentos do processo de contato desse povo com a sociedade não-indígena – instituições religiosas, governamentais e políticas.

Neste sentido, os Kaiowá e Guarani devem ser percebidos não como constituídos de uma unidade social e política, com interesses homogêneos, mas sim movidos por interesses heterogêneos mediados por cada grupo.

Essas fragmentações, dentro da aldeia, estão se tornando cada vez mais intensa e aparecem com mais clareza não apenas aos seus representantes, mas também aos agentes de contato e aos pesquisadores.

No quinto capítulo, são abordadas as dificuldades na análise de dados de mortalidade infantil entre os Kaiowá e Guarani que têm sua expressão no sub-registro dos dados de morte, pelo não preenchimento de campos importantes da declaração de óbito. Apresentamos também uma compreensão da morte para os Kaiowá e Guarani e de seus rituais funerários. Em seguida, procuramos apreender os significados, as circunstâncias e os percursos em que ocorreram as mortes infantis entre os Kaiowá e Guarani; através de uma aproximação de cada evento de morte, partindo do particular, na tentativa de superar uma concepção preconceituosa do Outro.

Nas considerações finais, apontamos para a complexidade do significado de saúde, doença e morte infantil guiada pela lógica cultural e social dos Kaiowá e Guarani.

1. OS GUARANI BRASILEIROS

Os índios Kaiowá e Guarani são do tronco Tupi, da família lingüística Tupi-Guarani. Considerando-se as distâncias entre os povos Guarani, como se verá mais adiante, a diferença entre os dialetos é relativamente pequena. Como explica a antropóloga PAZ GRÜNBERG (2004) “que tanto el léxico como la pronunciación de las palabras han cambiado relativamente poco – comparado con los cambios en muchas lenguas europeas - desde el siglo XVII” (p. 2).

Os Guarani¹ - contemporâneos da região centro-sul da América do Sul - são divididos em subgrupos: os M’byá, os Xetá, os Guarani Paraguaio, os Guarani antigo, os Guayaki, os Tapiete, os Izoceño, os Ñandeva e os Pai-Tavyterã, conhecidos na literatura brasileira como Kaiowá (MELIÀ e col., 1976).

No território brasileiro, encontram-se três subgrupos: os M’byá, os Kaiowá e os Ñandeva, sendo que apenas estes últimos autodenominam-se Guarani (GRÜNBERG, 2002).

De acordo com a história, os Guarani ocupavam uma imensa área que hoje compreende os estados brasileiros de Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Mato Grosso do Sul; além de terras de países vizinhos como Argentina, Paraguai, Bolívia, Uruguai e Peru (MONTEIRO, 1984).

¹ A convenção para a grafia dos nomes de etnias estabelecida pela Associação Brasileira de Antropologia (ABA) determina que o nome de etnias escreve-se em maiúsculo, mesmo quando a palavra tem função de adjetivo, e estabelece também o não uso no plural, por exemplo, os Guarani (RICARDO, 1995). Desta forma, no desenvolvimento da escrita deste trabalho, serão sempre utilizados - Kaiowá e Guarani - em letra maiúscula e sem o seu plural.

Esta extensa área permitia aos Guarani grandes migrações pelo território do Paraguai, Argentina e Brasil. Segundo CLASTRES (1978), o registro mais antigo de migração dos Tupi-Guarani data do ano de 1539, quando milhares de índios Tupi-Guarani migraram do Brasil até o Peru.

As migrações eram motivadas, sobretudo, pela procura da Terra sem Mal. Para os Tupi-Guarani, a Terra sem Mal é um lugar privilegiado, indestrutível em que a terra produz por si mesma os frutos, não há maldades, nem lugares marcados. Contrariando, portanto, uma lei que designa a cada um o seu lugar no espaço marcado de um território tribal (CLASTRES, 1978).

A autora acrescenta que esta procura era uma preocupação fundamental dos profetas-caraibas e uma das possíveis saídas para as crises irreconciliáveis do religioso e do social nas sociedades Tupi-Guarani. A relação contestadora da ordem social deve-se ao fato da busca de outro espaço e da relação não teológica com o sobrenatural, já que não existe distinção entre humanos e deuses. Para aproximar humanos e deuses, o profetismo Tupi-Guarani corre o risco de perder todas as certezas: a da existência sedentária ao instigar uma vida nômade, como a das verdades estabelecidas, pois o poder é exercido nas relações, não ocupando um lugar fixo, nem uma posição de comando (CLASTRES, 1978). Há, ainda, outros autores, como LITAIFF (1996) e POMPA (2003) que descreve as migrações sendo motivadas também por um elevado aumento demográfico.

Embora a historiografia brasileira tenha descrito as migrações Tupi-Guarani e suas diferentes motivações - religiosas econômicas - não se pode ignorar que todas

procuravam uma terra para usufruto de seu grupo de parentes, onde frutos e raízes cresçam sozinhos, onde não existam doenças, nem mortes.

Ainda hoje, apesar de confinados em espaços reduzidos e da não-ocupação das terras de forma contínua, pela expansão das sociedades não-indígenas, alguns grupos familiares procuram refúgio em terras onde vivem seus parentes, quando se deparam com situações de crise social. Há entre os Kaiowá e Guarani a tradição do afastamento geográfico quando surgem os conflitos.

1.1 OS GUARANI DE MATO GROSSO DO SUL

No estado de Mato Grosso do Sul, há dois subgrupos: os Kaiowá e os Guarani². A população estimada é 43.260 pessoas (FUNASA, 2008), vivendo em Terras Indígenas³ (T.I) localizadas na região sul do estado, algumas de ocupação mais antiga, demarcadas pelo Serviço de Proteção ao Índio⁴ (SPI) e outras de ocupação mais recente, da década de 80.

As primeiras demarcações das T.I ocorreram no período de 1915 a 1928 quando o SPI demarcou oito Terras Indígenas⁵. Como descrito pelo historiador

² É importante esclarecer que na Terra Indígena de Caarapó há índios Kaiowá e Guarani. Portanto, neste trabalho, quando fizermos menção aos Guarani, entenda-se Kaiowá e Guarani.

³ Neste trabalho, optou-se por utilizar o termo Terra Indígena, ao invés de Reserva Indígena, haja vista que Terra Indígena é uma categoria jurídica definida pelo Estatuto do Índio (Lei n. 60001/1973) e ampliada pela Constituição Federal de 1988, que define o território indígena de “uso e ocupação tradicional por essas populações” (OLIVEIRA, 1998).

⁴ Criado em 1910, o Serviço de Proteção ao Índio (SPI), órgão integrante do Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio, tinha como objetivo garantir o direito à terra aos indígenas (BRAND, 1998).

⁵ As T.I demarcadas foram: Amambaí (3.600 há), Dourados (3.530 há), Caarapó (3.548 há), Porto Lindo (1.725 há), Pirajuy (2.188 há), Limão Verde no município de Amambaí (688 há),

ANTONIO BRAND (1998), as demarcações constituíram-se em uma importante estratégia governamental com o objetivo de confinar os núcleos indígenas, liberando o restante do território para a colonização e conseqüente submissão da população indígena aos projetos de ocupação e de exploração dos recursos naturais por frentes não-indígenas.

A partir da década de 1980, os Kaiowá e Guarani e aliados da sociedade não-indígena deram início a uma ampla mobilização para a retomada de seu território, conseguindo recuperar 11 Terras Indígenas⁶, perfazendo um total de 22.450 hectares, hoje devidamente demarcadas e de posse dos Kaiowá e Guarani.

Embora o território de posse dos Kaiowá e Guarani tenha dobrado em extensão, as T.I demarcadas pelo SPI seguem abrigando cerca de 80% (29.921) de sua população. Deste total, 22.946 pessoas estão concentradas em três terras indígenas - Dourados, Amambaí e Caarapó - que juntas compreendem 9.498 hectares de terra.

Sassoró/Ramada no município de Tacuru (1.932 há); Takuapery no município de Coronel Sapucaia (1.886 há) (BRAND, 1998).

⁶ São elas Yvykvarusu-Paraguasu, Rancho Jakaré, Guaimbé, Pirakuá, Jaguapiré, Sete Cerros, Jarará, Guasuty, Jaguari, Cerrito e Panambizinho. Outras áreas seguem em processo de identificação ou já estão identificadas, estando os índios, em alguns casos, já ocupando pequenas parcelas da terra pretendida. São elas: Sucuri'iu, Potrero Guasu, Ñanderu Marangatu, Lima Campo, Kokue'í, Takuara, Arroio Korá, Ypytã, Yvy Katu, Panambi e Camprestre (BRAND, 1998).

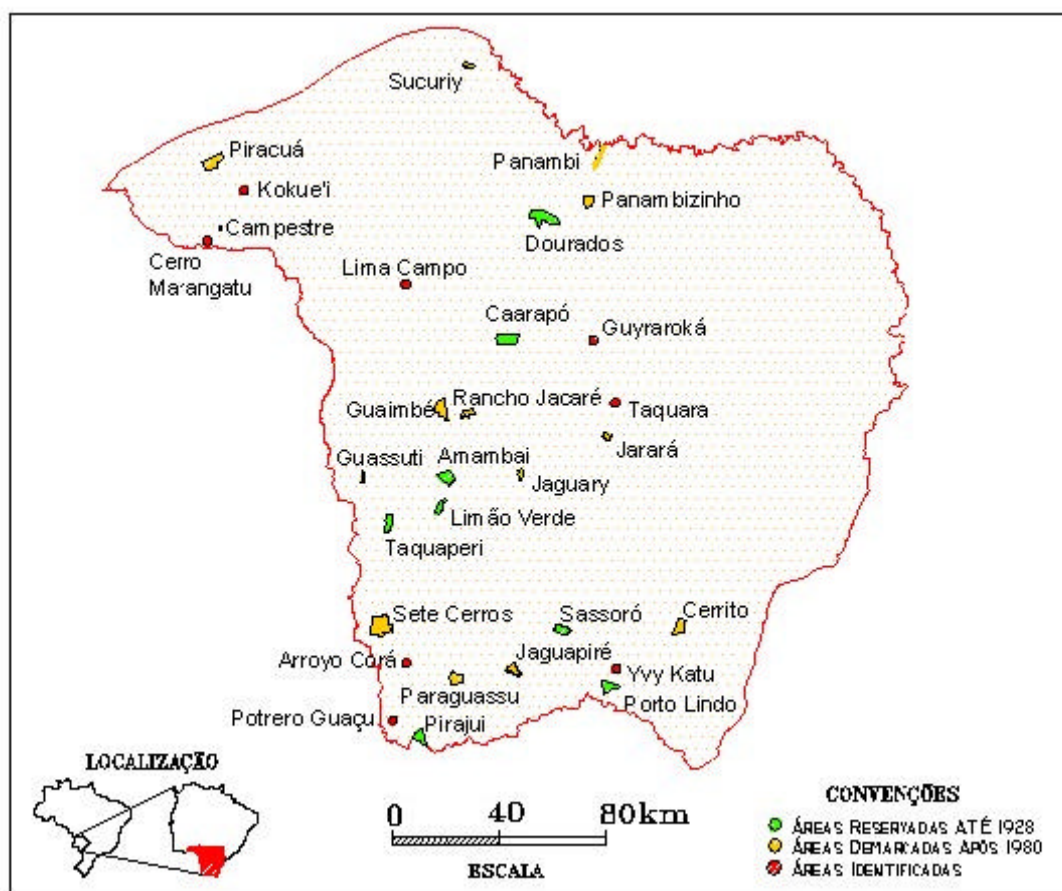


Figura 1 – Mapa do estado de Mato Grosso do Sul com destaque para as Terras Indígenas dos Kaiowá e Guarani.

Fonte: Programa Kaiowá/Guarani, Universidade Católica Dom Bosco, 2008.

Elaboração: Celson Smaniotto.

1.1.1 Breve História de Contato

A literatura sobre os Kaiowá e Guarani do estado de Mato Grosso do Sul menciona que, no período de 1750-60, por ocasião do Tratado de Madrid, foram realizados os primeiros contatos com a sociedade não-indígena. Este povo foi

considerado descendente dos Itatim, índios Caaguas-Monteses, que no século XVII ocupavam o território considerado desde o rio Apa até o rio Miranda (BRAND, 1998).

Há vários documentos históricos que fazem referência à existência de índios Kaiowá na região do Forte Iguatemi (Povoação e Praça de Armas Nossa Senhora dos Prazeres e São Francisco de Paula do Iguatemi) desde a sua fundação em 1767.

Durante décadas, os Kaiowá e Guarani resistiram às tentativas de aldeamento em território brasileiro. Foi somente a partir de 1864, com a Guerra do Paraguai, que efetivamente o isolamento dos Kaiowá e Guarani alterou-se, isto pode ser explicado porque grande parte da região por eles habitada passou a ser ocupada por ex-combatentes da Guerra do Paraguai (BRAND, 2001).

Após este período, instala-se na região a Companhia Matte Laranjeiras que obteve o arrendamento das terras ocupadas pelos Kaiowá e Guarani para a exploração da erva-mate nativa na região.

Entre os inúmeros problemas advindos da implantação da Companhia Matte Laranjeiras, o deslocamento de inúmeros núcleos familiares para os acampamentos da empresa talvez tenha sido um dos fatores desencadeantes do processo de desestruturação de várias aldeias.

Os problemas intensificaram-se com a queda do monopólio da Companhia Matte Laranjeiras e a criação da Colônia Agrícola Nacional (CAN) na década de 1940, esta última foi parte da política de marcha para o oeste do governo federal. Os colonos, impulsionados pela implantação da CAN, passaram a ocupar o território

indígena que de imediato provocou diversos problemas, pelos questionamentos sobre a presença dos Kaiowá e Guarani no território.

Nos anos seguintes da instalação da CAN, foi registrada uma série de conflitos, os quais marcaram o início de uma longa luta dos Kaiowá e Guarani pela recuperação de seu território. A esse respeito, alguns estudiosos (BRAND, 1998; SILVA, 1982; ALMEIDA, 1984) mencionam que os Kaiowá e Guarani resistiam em abandonar suas terras, ora vendidas pelo governo aos colonos. Estes, por sua vez, buscavam constantemente obter a expulsão dos indígenas através de ações judiciais.

Neste contexto de luta e resistência dos Kaiowá e Guarani para permanência em suas terras, observa-se um evidente embate instaurado pela política adotada primeiramente pelo SPI e depois pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI).

As demarcações, se por um lado tinham o objetivo de garantir aos Kaiowá e Guarani o direito a terra, por outro lado, estavam em consonância com o projeto desenvolvimentista do período de liberar terras para a colonização.

Como descrito anteriormente, a partir da década de 1980, os Kaiowá e Guarani obtiveram resultados relevantes em seus esforços de recuperação de antigos *tehoka*. Este longo processo de reivindicação permanece presente pelo fato dos Kaiowá e Guarani serem resistentes e conscientes de que os espaços reocupados são insuficientes para abrigar seus parentes, devido ao crescimento populacional e pela reduzida demarcação de outras áreas indígenas.

Cabe destacar, por outro lado, que a questão fundiária no estado de Mato Grosso do Sul continua sendo um tema polêmico. Como explicam os antropólogos

RUBENS ALMEIDA e ALEXANDRA DA SILVA (2006), os conflitos entre os Kaiowá e Guarani e fazendeiros têm recrudescido nos últimos anos.

Segundo os autores, isto se deve em parte, porque

a compreensão da população regional sobre o modo de ser e as exigências dos índios opera a partir de um senso-comum orientado por uma visão de mundo ruralista onde os índios são tidos como 'obstáculo ao progresso'. Tal visão é reforçada mediante a valorização do 'agronegócio', que no Mato Grosso do Sul é representado pela criação extensiva de gado de corte e a monocultura da soja, atividades voltadas fundamentalmente à exportação. Vê-se assim, um contexto de alta valorização das terras, com fortes interesses econômicos em causa, elementos que tornam mais árdua a luta dos ñandéva e dos kaiowa na recuperação de suas terras tradicionais (p.788).

Em julho de 2008 a FUNAI editou seis portarias instituindo seis grupos de trabalhos para estudos técnicos e antropológicos de identificação de áreas indígenas, como resultado do Termo de ajuste de conduta (TAC) firmado entre este órgão, índios e o ministério público. Este fato tem feito aumentar, a exaustão, o nível de conflito na região sul do estado de Mato Grosso do Sul.

1.2 O CONTEXTO ETNOGRÁFICO DA PESQUISA

A Terra Indígena de Caarapó está localizada entre os paralelos 22°34'34"S e 22°37'06"S e os meridianos 54°55'06"WGr e 55°00'29"WGr, em terras do município de Caarapó. Foi a terceira T.I demarcada pelo Serviço de Proteção ao Índio. Seu território é de 3.594 hectares, onde vivem aproximadamente 4.615 indígenas Kaiowá e Guarani (FUNASA, 2008).

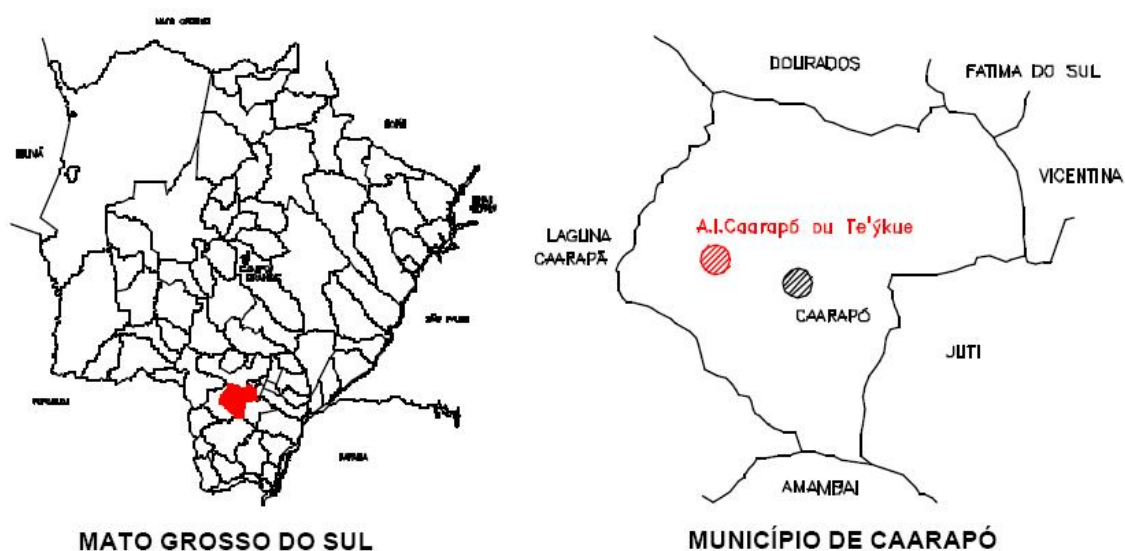


Figura 2 – Mapa do estado de Mato Grosso do Sul com destaque para a Terra Indígena de Caarapó e o município de Caarapó.

Fonte: Programa Kaiowá/Guarani, Universidade Católica Dom Bosco, 2008.

Elaboração: Celson Smaniotto.

O município de Caarapó está localizado ao sul do estado do Mato Grosso do Sul. Compreende um território de 2.094,9 Km². A população do município para o ano de 2006, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é de 19.189 habitantes. A distância da capital, Campo Grande, é de 244,1Km (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2003).

A base da economia do município está no comércio, na agricultura e na pecuária. A soja e o feijão são os principais produtos da agricultura. A pecuária é dedicada, principalmente, à criação de bovino.

A T.I de Caarapó está localizada muito próxima da sede do município de Caarapó, ficando a aproximadamente 15 Km. Há uma rodovia estadual não pavimentada que corta a T.I. Diariamente há um serviço de linha de ônibus (Caarapó – T.I de Caarapó - Laguna Caarapã).

Percorrendo a estrada que dá acesso a T.I de Caarapó, o que se observa é uma vegetação gramínea - chamada braqueária - típica de fazendas de criação de gado. A entrada do território indígena é identificada por uma placa, que informa sobre a implantação do Programa Luz Para Todos⁷.

A movimentação dos Kaiowá e Guarani para o município de Caarapó é freqüente. Nos primeiros dias do mês, vão até o município para receber seus benefícios (aposentadoria e bolsa família) e fazer suas compras (gênero alimentício e roupas).

O principal meio de transporte utilizado, atualmente, para se deslocarem até o município é o veículo, embora apenas uma minoria tenha veículo próprio: liderança, professores e vereador. Utilizam com certa freqüência o serviço de taxi. Há dias do mês que a frota do serviço de taxi atende exclusivamente os Kaiowá e Guarani. O valor pago representa uma significativa quantia de seu recurso financeiro, pelas elevadas tarifas cobradas.

Percorrendo aproximadamente quatro quilômetros pela T.I de Caarapó, chegamos à região central, onde estão localizados o Posto da FUNAI, a Escola Municipal Indígena *Ñandejara*, o Posto de Saúde Zacarias Marques o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e a Escola Estadual que oferece ensino

⁷ Programa Nacional de Universalização do acesso e uso da energia elétrica – Programa Luz Para Todos, instituído pelo Decreto nº 4.873, de 11 de novembro de 2003, visa prover, até o ano de 2008, o acesso à energia elétrica à totalidade da população da área rural brasileira.

médio. Próximo a estes estabelecimentos moram parentelas de maior prestígio interno.

Atualmente, quase todos os homens são falantes da língua guarani e da língua portuguesa, com exceção de alguns poucos idosos. Entre as mulheres ainda encontramos aquelas que apenas compreendem e falam um pouco da língua portuguesa. As crianças aprendem primeiramente a língua materna, isto se deve à convivência quase que exclusiva com seus parentes. Os contatos com falantes da língua portuguesa acontecem em momentos restritos - visita de alguma pessoa não-indígena à sua família e durante os passeios à cidade - isto permite a compreensão de algumas frases pelas crianças.

Se nos primeiros anos de vida a criança aprende a língua guarani, será por volta dos sete anos, quando começa a freqüentar a escola, que ela irá aprender a língua portuguesa. A necessidade de aprender a sua língua nativa e a língua portuguesa é parte das reivindicações de um amplo movimento ocorrido em meados dos anos 70, garantido na Constituição de 1988 e na nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional⁸.

⁸ Os dispositivos constantes da Lei, além do Plano Nacional de Educação e na Convenção 169 da OIT, bem como na Resolução 03 e o Parecer 14 do Conselho Nacional de Educação respondem à institucionalização da educação indígena no sistema de ensino no país (SILVA, 2001).

1.2.1 A *Te'yi* como Rede Social

A formação sociológica central e estruturante dos Kaiowá e Guarani é a parentela (PEREIRA, 2004), também conhecida como família extensa (SCHADEN, 1974; MELIÀ e col., 1976; GRÜNBERG, 2002).

PEREIRA (2004) explica que a parentela é constituída por um círculo de pessoas relacionadas por vínculos parentais, focada no campo gravitacional criado em torno de seu líder, parte de seus integrantes pode se encontrar disperso por outras parentelas. No entanto, é importante destacar que esta dispersão não implica, necessariamente, na perda do pertencimento à parentela em que está radicada a maior parte de seus parentes.

Nas palavras do autor, a parentela pode ser identificada por

um grupo de residência, já que a maior parte de seus membros ocupa uma porção de terras contínuas e detém uma noção clara deste território, de usufruto exclusivo dos fogos aí residentes; um grupo de atuação econômica, pois no seu interior desenvolve-se intenso intercâmbio de bens e serviços, dentro dos princípios que regem a economia de reciprocidade; um grupo de atuação política, pois é a base do modelo de representação por intermédio do cabeça de parentela – *hi'u* -, que reúne seus descendentes e aliados pelo carisma, representa-os e por eles fala nas reuniões gerais – *aty* -, as quais reúnem os representantes de todas as parentelas – *te'yi* – que atualmente dividem uma mesma reserva, devendo defender os interesses de seu grupo familiar acima de qualquer outro interesse (p.85).

A convivência social de várias parentelas representa outra unidade sociológica central para os Kaiowá e Guarani, o *tekoha*⁹. A perspectiva utilizada por

⁹ De acordo com a etimologia da palavra, *teko* – sistema de valores éticos e morais que orientam a conduta social, ou seja, tudo o que se refere à natureza, condição, temperamento e o caráter do ser e proceder Kaiowá -, e *ha*, que, como sufixo nominador, indica a ação que se realiza (PEREIRA, 2004).

MELIÀ e col. (1976) para discutir o conceito de *tekoha* traz contribuições ao descrevê-lo como uma comunidade semi-autônoma dos *Pãi*.

PEREIRA (2004), em sua tese, traz dados etnográficos, ampliando o entendimento de *tekoha*, ao afirmar que “pode ser mais bem descrito como uma rede de relações político-religiosa, comportando grande dinamismo em termos do número e da forma de articulação das parentelas que entram na sua composição, tendendo a assumir uma configuração flexível e variada em termos populacionais” (p.116).

Retomando a discussão sobre as formas de vínculos estabelecidos entre membros de uma parentela, é difícil para o observador (não antropólogo) precisar como estes se organizam, pela sua complexidade e dinâmica.

À primeira vista, parece fácil e simples a identificação dos vínculos parentais por grupo de residência, até mesmo porque o grupo de parentes próximos, chamado na língua guarani de *che ypykykuera*¹⁰ e também conhecido como fogo doméstico¹¹, mora próximo ao líder de sua parentela.

Entretanto, pela classificação simbólica do parentesco, ordenando outras atividades da vida social (econômica e política), torna-se difícil e complexa a

¹⁰ Numa primeira acepção, *ypy* significa ‘proximidade’, ‘estar ao lado’, ressaltando o fato da convivência íntima e continuada. O termo pode significar ainda ‘princípio’ ou ‘origem’. Assim, a expressão *che ypyky kuera* retém os dois sentidos do termo *ypy*, referindo-se aos ascendentes diretos, com os quais se compartilham os alimentos, a residência e os afazeres do dia-a-dia, e representa também proximidade, intimidade e fraternidade, ponto focal da descendência e da ascendência (PEREIRA, 2004, p.51).

¹¹ Discutindo questões relativas à formação do fogo doméstico, PEREIRA (2004) nos lembra que é representado por grupo de parentes próximos reunidos em torno de um fogo, onde são preparadas as refeições consumidas pelos integrantes desse grupo de co-residência. Este grupo de parentes reúne idealmente um homem, seus filhos e filhas solteiros e sua esposa, podendo existir variações. Em certo sentido, sua compreensão se aproxima da “nossa idéia de lar, cuja origem lingüística se remete à lareira, enfatizando a força atrativa e protetora do fogo” (p.51).

definição e a compreensão destas relações, pelo fato das mesmas estarem fortemente atreladas e por se estenderem horizontalmente numa partilha contínua.

Em virtude desta complexidade e de sua importância como elemento de coesão social dos Kaiowá e Guarani, procuramos nos distanciar de concepções simplificadas de parentesco e buscamos uma aproximação com a perspectiva estruturalista de LÉVI-STRAUSS (1963).

O fogo doméstico é uma instituição próxima daquela descrita pelos antropólogos como família nuclear. Deste modo, no desenvolvimento das discussões subseqüentes, adotaremos o termo família nuclear quando fizermos menção ao fogo doméstico entre os Kaiowá e Guarani.

É importante mencionarmos a imperiosa contribuição de MARCEL MAUSS (2001), para os estudos de LÉVI-STRAUSS, sobre a noção da dádiva produzindo as alianças matrimoniais, religiosas, econômicas e diplomáticas.

Para o autor, as dádivas perpassam e organizam diferentes esferas sociais. MAUSS (1974) apresenta exemplos etnográficos de como o casamento pode ser entendido como a dádiva de uma mulher, sendo concebida como aquela que fundamenta a instituição do casamento. Nesse momento do texto, o autor afirma que cada sociedade estipula a sua retribuição.

Posteriormente, LÉVI-STRAUSS (1963), como sucessor da teoria maussiana, proporá o princípio de reciprocidade como algo de universal por trás da diversidade no nível dos fatos.

Em texto sobre o ensaio da dádiva, MARCOS LANNA (2006) comenta que MAUSS propôs-se a mostrar que a troca apresenta-se principalmente em forma de dons recíprocos, e que estes ocupam um lugar importante nas sociedades.

É exatamente essa noção que LÉVI-STRAUSS (1963) substituirá pelo princípio de reciprocidade. Nota-se que as relações estabelecidas pela reciprocidade não podem ser isoladas arbitrariamente de todas as outras, ou seja, não é possível o indivíduo manter-se fora do mundo das relações, é isto que dá ao ser humano a possibilidade de se fazer social.

Ainda de acordo com a perspectiva levi-straussiana, a parentela funda o social, isto é, o pertencimento a uma parentela confere à pessoa um lugar na sociedade e define os direitos e os deveres de cada membro na relação de parentesco. Para falar sobre esta questão, o autor cita um exemplo de convivência entre os Nuer,

se alguém quiser viver entre os Nuer, deverá proceder à maneira deles. Deverá tratá-los como uma espécie de parentes, e eles tratarão também a pessoa como uma espécie de parente. Direitos, privilégios, obrigações, tudo é determinado pelo parentesco. Um indivíduo qualquer deve ser um parente real ou fictício ou então um estranho, com o qual não se está ligado por nenhuma obrigação recíproca, e que se trata como um inimigo virtual (p.523).

Deste modo, os princípios constitutivos da parentela entre os Kaiowá e Guarani aparecem como base fundamental nas relações de troca, como veremos nos próximos parágrafos.

A questão do cuidado à saúde e à formação da criança Kaiowá e Guarani ilustra a noção de troca. Nela se postula o entendimento de que os membros de uma parentela compartilham as responsabilidades e participam na identificação de problemas sociais e de saúde de suas crianças.

Fazendo uma analogia à idéia de MAUSS (2001) em que destaca o fato de algumas trocas serem prerrogativas de chefia, destacamos o fato do líder de parentela, seu termo na Língua Guarani - *hi'u*, ter a prerrogativa de oferecer boas palavras - *ñe'em porã* - aos seus parentes, orientando-os nos momentos de conflitos e de tomada de decisão.

Além de sua importância como 'levantador da criança', o líder tem o papel de propiciar condições sociais para que as crianças 'levantem bem'¹², isto é, cresçam saudáveis e sejam inseridas na rede de parentesco. Em contrapartida, o líder tem o apoio de seus parentes.

As observações de campo trouxeram alguns elementos para compreendermos melhor o papel do *hi'u* na formação da criança Kaiowá e Guarani.

Para argumentar sobre esse assunto, destacamos um fragmento do caderno de campo:

Os momentos que vivenciei junto à parentela do senhor Germano¹³ foram importantes, no sentido de ampliar o meu olhar sobre o seu papel como líder de seu grupo. Nas primeiras visitas, os registros foram restritos à participação do senhor Germano no que se refere à identificação de determinada doença entre as crianças. Minha compreensão e olhar sobre a saúde estavam limitados e desviados para a doença infantil. Como exemplo disso, lembro-me do dia em que cheguei até sua casa e ele falou sobre roça, trabalho, alimento, mas só registrei o que se referia à doença de um de seus netos.

O senhor Germano comentou que um de seus netos estava com chiri (diarréia) e não percebia melhora. Enquanto isso pediu para trazer a criança para a AIS avaliá-la. Após conversarem, em guarani, a AIS pediu para a mãe levar a criança no Posto de Saúde, porque estava vomitando todo líquido ingerido - soro de reidratação oral e remédio caseiro.

¹² Levantar, na concepção Kaiowá também é um movimento direcionado para o alto, em direção aos diversos patamares do céu, e para o leste, de onde emanam as forças de vida (PEREIRA, 2006: p.374).

¹³ No decorrer da tese, as pessoas são apresentadas por nomes fictícios.

Nas outras visitas, pude perceber a importância que o senhor Germano representava para a manutenção da convivência entre seus membros. Nas suas falas, na maioria das vezes pontuais, mostrou cautela e equilíbrio ao falar sobre sua parentela.

Sua história e de sua parentela sublinha a relação de troca entre seus membros na execução das atividades diárias. As mulheres compartilhavam o cuidado e o ensinamento às crianças. É importante mencionar que todos os seus filhos permaneciam casados e, de certa forma, não pareciam estar envolvidos em problemas sociais (bebida alcoólica e violência). Uma das explicações para esta convivência estava no fato de criarem extensas redes de ajuda mútua, que tendem a reduzir as forças e os acontecimentos desorganizadores, tanto para questões concretas de vida como para subjetivas.

A contribuição do senhor Germano não se restringia à organização de sua parentela, mas também, quando necessário, oferecia ajuda financeira, através do benefício da aposentadoria.

Durante a pesquisa, percebemos a complexidade do campo de atuação do líder de parentela, porque lidava com a questão da convivência e da aliança entre seus integrantes, como elemento articulador para responder determinadas situações que poderiam repercutir sobre a saúde das crianças.

A observação da parentela do senhor Germano, ao nosso entender, foi reveladora da possibilidade de, através das relações de parentesco, seus integrantes manterem certo grau de estabilidade para assegurar a operacionalidade dos mecanismos de formação de suas crianças.

LÉVI-STRAUSS (1982) ao discutir as contribuições de MAUSS, lembra-nos que

a troca se apresenta nas sociedades primitivas menos em forma de transações que de dons recíprocos, e em seguida que estes dons recíprocos ocupam um lugar muito mais importante nessas sociedades que na nossa. Finalmente, que esta forma primitiva das trocas não tem somente, nem essencialmente, caráter econômico, mas coloca-nos em face do que chama, numa expressão feliz, ‘um fato social total’, isto é, dotado de significação simultaneamente social e religiosa, mágica e econômica, utilitária e sentimental, jurídica e moral (p.92).

Neste sentido, as parentelas constroem e reconstróem o princípio da reciprocidade para reordenarem suas relações sociais em resposta aos desafios surgidos com o contato.

Trata-se, portanto, de uma continuidade; mas com a ampliação de horizontes, que permite a estas parentelas recriarem, a partir de seus padrões culturais e de sua realidade social, a essência deste princípio.

Como nos lembra VANSINA (1982), tudo que uma sociedade considera importante para o funcionamento de suas instituições, assim como para a compreensão dos direitos e das obrigações de cada um, tudo é cuidadosamente transmitido e redefinido no convívio social.

Pelo exposto, deduz-se a necessária cautela e a compreensão mínima dos órgãos governamentais de que, sabidamente, os Kaiowá e Guarani têm diferentes formas de arranjos nas relações de parentesco que extrapolam a nossa compreensão do que seja família.

O antropólogo ROBERTO DA MATTA (1983) traz a seguinte reflexão: “o nosso pensamento sobre família (e o parentesco) como unidade individualizada e auto-suficiente é etnocêntrico” (p. 28).

O autor acrescenta, ainda, que ao se ignorar as dimensões sociais da sociedade, como se não houvesse nenhuma relação de parentesco, de política ou religião, tende-se a uma visão primária da sociedade, dos valores de sua cultura e seu de simbolismo.

Nesta mesma direção, MARTA AZEVEDO (2006), ao abordar as fragilidades dos censos demográficos brasileiros na quantificação e qualificação da

população indígena, destaca a questão do cuidado na definição de grupos domésticos e famílias. A autora explica que

no caso dos povos indígenas, as famílias são compostas por diferentes intrincados sistemas de parentesco e casamentos ou organizações sociais que se conectam com as regras de residência e com os padrões de assentamento, ou os tamanhos e disposições das chamadas aldeias, ou grupos locais. Portanto, é muito difícil conseguir captar essa complexidade de organizações sociais e traduzir para nossos conceitos de famílias, domicílios, ou mesmo de terminologias de parentesco (p.58).

Toma-se a necessidade da superação da visão de parentesco como semelhante ao conceituado pela sociedade não-indígena, sobretudo, pelo fato da sociedade Kaiowá e Guarani ser constituída de relações e não somente de atitudes individuais.

O problema parece estar na maneira como os agentes externos lidam com essa questão. Na maioria das vezes, não há uma reflexão dos elementos centrais na constituição e organização do parentesco Kaiowá e Guarani. Ignora-se a organização social deste povo, em favor de orientações, aparentemente, universais.

Como exemplo, citamos a ação desenvolvida pela FUNASA que, nos últimos anos, adotou a estratégia de numerar o local de residência de cada família nuclear, semelhante ao utilizado no contexto da sociedade não-indígena. Tal ação é justificada pela necessidade de organizar os seus prontuários no Posto de Saúde e, ainda, para facilitar o seu cadastro e a sua identificação pelos programas sociais.

Esta estratégia faz-nos lembrar a discussão realizada por ERTHAL (1998) sobre o confinamento dos indígenas Shoshone e Bannocks, localizados no Fort Hall, estado do Idaho, descritos por Dizmang e col.(1974).

Nas palavras de ERTHAL (1998),

a distribuição de lotes de terra para cada família nuclear rompeu com o modo tradicional de apropriação da terra e tornou obsoleto o conhecimento do chefe da família. Os grupos de perambulação que eram formados por famílias extensas e de composição bastante fluida mantinham, no entanto, um modelo de cuidado com as crianças baseado na distribuição da responsabilidade pelo seu bem estar entre várias mães (tias, irmãs, avós) que poderiam substituir a ausência eventual (morte, separação, nascimento de outro filho) da mãe biológica.

Com a separação das famílias extensas por lotes o modelo tradicional de cuidados familiares para com a criança também ficou prejudicado. Os lotes foram distribuídos sem levar em consideração os grupos familiares de apoio, ficando famílias inteiras desintegradas espacialmente. Nas ocasiões de necessidade de ser auxiliada por outra mulher da família (nascimento de um segundo filho, p.ex.), a criança não reconhece mais nessa substituta a segunda mãe, e o processo de separação ocasiona uma grande perda prematuramente imposta à criança, embora o núcleo familiar permaneça relativamente intacto (p.30).

Mesmo que a adoção desta estratégia, aparentemente, não teve repercussões sobre a dinâmica de organização dos grupos familiares, nossa preocupação está no cuidado para que isso não se torne um instrumento de dissolução das unidades sociais dos Kaiowá e Guarani.

Nos momentos em que entramos em contato com este tema, pareceu-nos que esta estratégia teve sua aplicação restrita à questão de ordem burocrática. Em geral, os próprios sujeitos não-indígenas utilizavam o referencial do espaço ocupado por determinada parentela, durante as visitas domiciliares.

Não restam dúvidas que, longe de aceitarem a estratégia proposta pela FUNASA, os Kaiowá e Guarani utilizam-na apenas em condições convenientes, isto é, nas ocasiões em que freqüentam o Posto de Saúde; caso contrário, prevalece o caráter da forma de organização social.

Lamentavelmente, à medida que conhecíamos outros grupos familiares, percebemos que quando não havia um líder ou quando este não oferecia exemplos

morais e boas palavras aos seus parentes, suas relações sociais estavam na maioria fragilizadas.

Tal fragilidade, flagrada nas constantes situações de crise, reforçava a precarização das redes de ajuda que não conseguiam responder com rapidez às situações de crise social e, conseqüentemente, ampliavam a desproteção para as suas crianças.

Para ilustrar esta argumentação, narramos uma experiência de campo. O propósito desta narrativa é levar o leitor, mesmo que temporariamente, à situação vivenciada e, ainda, refletir sobre as questões que extrapolam o limitado campo de observação da experiência vivenciada, pelos inúmeros aspectos sociais que podem ter desencadeado tal situação.

Numa manhã do mês de novembro de 2006, percorrendo uma das estradas vicinais da Terra Indígena de Caarapó, que dá acesso ao Posto de Saúde Ñanderu Jorge Paulo, encontro Flora com sua filha no colo, andando pela estrada.

Num lapso de segundo, paro o carro e observo pelo retrovisor aquela cena. Flora tentava manter-se em pé com sua filha em seu colo, mas seu estado de embriaguez era tanto que desequilibrava a cada dois passos que conseguia dar.

Espero para ver se ela entraria no Posto de Saúde, mas, contrariando minha vontade, ela segue para a estrada principal, que fica a aproximadamente 100 metros. Isto significa dizer, que os riscos para Flora e sua filha são aumentados, porque na situação em que Flora encontrava-se era impossível oferecer cuidado e proteção a sua filha.

Quase que num mesmo lapso de segundo, decido voltar rapidamente e pedir ajuda. Naquele momento, fui invadida por um inconformismo e inquietude, mas carregada de uma energia produtiva. Não poderia ignorar aquela situação, já que mãe e filha eram vítimas de uma violência que, durante anos de contato com a nossa sociedade, vem produzindo mudanças, muitas vezes negativas, em diferentes aspectos da vida do povo Kaiowá e

Guarani, sendo o problema relacionado ao uso de álcool uma das inúmeras situações emergentes deste contato.

Eu e Lillian saímos atrás da Flora para trazê-la ao Posto de Saúde. Quando conseguimos sentá-la em uma das cadeiras do Posto, fui superando o espanto e tentando certificar-me de que não estava enganada quanto ao estado de embriaguez de Flora e o risco¹⁴ biológico e social que Camila¹⁵ estava vivenciando.

A situação era lamentável, mãe e criança estavam descalças, sujas e com fortes odores. Camila parecia estar muito assustada, seu choro era fraco e amedrontado. Mesmo assustada, procurava o seio materno para alimentar-se. Impossível não pensar na fome daquela criança, já que o leite materno era a única possibilidade, mesmo que em péssimas condições de higiene e numa situação de enorme tensão.

Dentro de pouco tempo, as lideranças indígenas estavam no Posto de Saúde para intervir. Retiraram a Camila do colo de sua mãe e disseram para ela voltar para casa, que amanhã iriam conversar com ela e dar o devido castigo para seu caso. Flora, mesmo contrariada, deixou retirar a criança de seu colo.

Flora estava muito furiosa, num comportamento de revolta e de insulto as lideranças, começou a falar. Mesmo sem compreender o que ela falava, identifiquei repetidas vezes as palavras aposentadoria e aposentado. O fato é que Flora pôs-se a reclamar do descaso que sofria. Quando questiono as lideranças e pessoas que estavam no Posto de Saúde sobre o que Flora falava, disseram apenas que reclamava e brigava.

Impressionada e incomodada com a forma como a situação estava sendo tratada, volto minha preocupação para Camila, que ao sair do colo de sua mãe não chorou, talvez por qualquer razão, mas o fato é que quando Camila recebeu os primeiros cuidados (higiene e hidratação) começou a esboçar sinais de satisfação. Em seguida, Camila foi levada para a casa de um dos filhos de Flora, para que recebesse cuidados enquanto sua mãe se recuperava da embriaguez.

O Senhor Erculano, que estava no Posto de Saúde aguardando consulta médica, disse que Flora estava bebendo com conhecidos desde a tarde do dia anterior. Outras pessoas da comunidade disseram que Flora consumiu bebida alcoólica durante a gestação de Camila e que outras vezes já envolveu sua filha em situações como a que acabamos de descrever.

¹⁴ Ao utilizarmos a palavra “risco” biológico e social, não temos a intenção de defini-la a partir da perspectiva epidemiológica. Até mesmo por sabermos que há uma série de paradoxos entre autores (das ciências sociais, da epidemiologia) ao tentar defini-la. Mesmo sabendo destes paradoxos e de sua subjetividade, optamos por utilizá-la por englobar diferentes dimensões: a primeira refere-se àquilo que é possível ou provável de acontecer; a segunda encontra-se na esfera dos valores e pressupõe a possibilidade de perda de algo precioso (SPINK, 2001).

¹⁵ Na época tinha um ano e sete meses de vida.

Na observação da realidade vivenciada por essa mulher, percebemos que ela, há certo tempo, não contava com a rede de apoio de seu grupo de parentes. Isto decorria, sobretudo, pela desaprovação de seus comportamentos por seus parentes e, ainda, pela sua resistência em ouvir os conselhos de seu grupo familiar.

Considerando a fragilidade das relações sociais, Flora parece escapar à rede de pertencimento de seu grupo; o que explica, em certa medida, a sua situação de isolamento social¹⁶, a qual dificulta o estabelecimento de relações com seu grupo familiar e com a própria comunidade.

Esta colocação talvez se aproxime da explicação desenvolvida por CARMEM JUNQUEIRA (2006) sobre a organização social da comunidade dos índios Kamaiurá. Segundo a autora,

o sistema de parentesco define modelos de comportamentos entre as pessoas consangüíneas e entre elas e seus parentes afins, que versam sobre quem deve respeito a quem, quem deve prestar serviço a quem. E quem não cumpre seus deveres familiares ou comunitários não tem possibilidade de ocupar posição de destaque na aldeia e tampouco de auferir reconhecimento social. Participará da vida comunitária, mas como alguém menor, obscuro (p.2).

Naquele caso, a situação observada parece evidenciar a perda do equilíbrio social e do aprofundamento das situações de crise. A noção de equilíbrio estaria relacionada aos valores aceitos pelos Kaiowá e Guarani. O conjunto de problemas

¹⁶ A utilização do termo isolamento social é utilizada com ressalvas. Até mesmo porque o consumo de bebida alcoólica propicia, mesmo que temporariamente, laços de companheirismo. Embora seja notório mencionar que estes laços tendem a ser frágeis e facilmente rompidos pela ocorrência de conflitos e brigas ocasionados pelo excesso no consumo de bebida alcoólica (PEREIRA, 2004).

constitui um quadro complexo e a parte mais visível deste processo refere-se à situação de violência contra si e contra seus parentes.

É importante elucidar que a violência contra seus parentes é no sentido de sofrimento pelo comportamento do outro, como se observa na fala de um Kaiowá e Guarani: *“quando o nosso parente está bêbado, nós ficamos tristes”*.

Em geral, a violência contra as crianças ocorre pela precarização do cuidado e de sua formação segundo os princípios sociais de seu povo. Justifica-se, em parte, pelo distanciamento de seu grupo de parentes e, por outro lado, porque a criança fica exposta a circunstâncias adversas; está, portanto, suscetível à inanição, à desidratação, a acidentes domésticos e de trânsito e, ainda, a maus tratos.

Por tais razões, a criança fica vulnerável às doenças e/ou o agravamento de outras já existentes. Caso adoeça, provavelmente, não contará com cuidados necessários para a sua recuperação, por não ter seus parentes a sua disposição.

De todo modo, os Kaiowá e Guarani julgam estas situações de forma árdua, com punições aplicadas pelo capitão¹⁷ que expõem a pessoa para toda a comunidade.

Deve-se lembrar que a capacidade do capitão em resolver conflitos é extremamente diferente do líder de parentela, porque o capitão é tido como um estranho para muitos grupos familiares. Além de não ter, na maioria das vezes, o poder de convencimento, característico do modelo político Kaiowá e Guarani.

¹⁷ Capitão é um chefe político, escolhido a partir de suas habilidades de lidar com os órgãos públicos. A figura deste representante surgiu após a demarcação das terras indígenas (GRÜNBERG, 2002).

Por outro lado, a atuação do líder de parentela é realizada de forma pacífica, por ser considerado um moderador, visto que suas boas palavras e seu exemplo ético agem positivamente para seu grupo.

Embora os Kaiowá e Guarani tentem lidar com estes problemas, percebe-se o enorme desafio que isto representa. Talvez porque os mecanismos sociais para diminuir e controlar situações como a vivenciada por Flora não tenham avançado com a mesma rapidez que estes problemas emergiram no seu cotidiano.

Portanto, vê-se que Flora, a exemplo de outros Kaiowá e Guarani, passa a enfrentar situações de crise - social econômica e de saúde - sozinha. Sem, no entanto, ter algum preparo que lhe habilite solucioná-las individualmente. Como lembra-nos GRÜNBERG (2002),

dentro do prazo curto do século XX, no qual ocorreram modificações profundas nas condições de vida, os guarani não puderam desenvolver mecanismos sociais suficientemente efetivos que pudessem enfrentar a magnitude dos problemas com os quais se confrontam hoje em dia. Cada membro do grupo, que a uma ou até duas gerações passadas, era assistido por sua comunidade, agora tem que se virar sozinho com os problemas sociais e emocionais que enfrenta, sem nenhum tipo de preparação que lhe habilite a solucionar individualmente seus conflitos (p.5).

Semelhante às questões pontuadas anteriormente, FERREIRA (2004), constata que, entre os Mbyá-Guarani do Rio Grande do Sul, os problemas sociais e suas repercussões sobre a saúde e a formação social da pessoa Guarani constituem objetos de preocupação entre os Xondaros¹⁸. A autora explica que

¹⁸Xondaro são ‘guardiões do espírito’, os ‘mensageiros dos karaf’ que têm como tarefa o aconselhamento às comunidades Mbyá para a redução do consumo de álcool, por intermédio das “boas palavras” (FERREIRA, 2004, p.91).

no entendimento Mbyá os espíritos das crianças são enviados a terra pelo seu Pai Verdadeiro, que os aconselha a darem força e acompanharem o seu pai e/ou mãe terrenos, trazendo alegria para a família. A família é responsável pela educação primeira das crianças. (...) devido ao consumo de bebida alcoólica, hoje em dia não se sabe por que os deuses mandaram as crianças. Com isso, os pais não sabem mais tratar as crianças e muitas vezes às maltratam fazendo com que o seu espírito se afaste e a criança 'deixe seu corpo como terra' (p.129).

Na mesma direção, OLIVEIRA (2004), ao estudar a questão do uso de bebida alcoólica entre os Kaingáng, destaca a necessidade de considerar as relações que foram tecidas na trajetória de contato interétnico e mostra-nos, ainda, que as crianças têm apresentado doenças que estão relacionadas direta e indiretamente com os pais que consomem bebida alcoólica.

Percebe-se, portanto, que a emergência do consumo de bebida alcoólica altera a lógica das relações sociais. Se essa lógica é alterada, as tensões e as situações de conflito social são reforçadas sob o risco de produzir reflexos em diferentes áreas; aqui, discutida em especial, a saúde das crianças.

Outra situação que, certamente, traz implicações na dinâmica social e, conseqüentemente, no cuidado à criança, refere-se à maneira como os casamentos têm ocorrido.

Toma-se a reflexão sobre a origem das regras do casamento, de LÉVI-STRAUSS (1982), para explicar o casamento como um sistema de trocas. O autor cita vários arranjos possíveis: direta, ou indireta; global ou especial; fechada ou aberta. O fato é que a troca é a base fundamental e comum de todas as modalidades da instituição matrimonial, que podem ser reunidas sob a designação geral de exogamia. Para o autor,

a regra da exogamia, que determina as modalidades de formação desses pares, confere-lhes caráter definitivamente social e cultural, mas o social poderia não ser dado senão para ser, logo em seguida, fragmentado. Este perigo é evitado pela troca generalizada e, também as subdivisões das metades em secções e subsecções, onde grupos locais, cada vez mais numerosos, constituem sistemas indefinidamente mais complexos (p. 521).

Entre os Kaiowá e Guarani, a realização de casamentos sem referência às redes de alianças parece torná-los mais frágeis, mais isolados e, portanto, com menor capacidade de resolução dos problemas conjugais. Esta instabilidade do casamento ocasiona, por sua vez, novas questões no que se refere ao cuidado e a formação da criança.

Em artigo que discute a crise da solidariedade comunitária vivenciada por parte da sociedade Akan-Agni Morfofé da Costa do Marfim, o sociólogo ACÁCIO SANTOS (2006), mostra que a questão do casamento segundo as leis modernas, em contraposição ao padrão tradicional de uniões conjugais, enfraquece a rede de solidariedade.

Nas palavras do autor, “o casamento passou a ser um ato individualizado e reduzido à vontade de duas pessoas e não mais de duas famílias. O Estado torna-se forte e a família, sem os pactos nupciais fundadores, se enfraquece nos seus atributos, principalmente nas questões que envolvem a reciprocidade e a acolhida” (p.43).

Ainda no tocante à questão do casamento, AZEVEDO e ADORNO (2007), ao discutirem a reprodução entre os Guarani-Mbyá da Aldeia Morro da Saudade na periferia da cidade de São Paulo, trazem evidências de que a precocidade dos casamentos é motivo de preocupação da população mais velha, pela possível tutela dos netos, pela ocorrência de separação dos casais e ainda pelas dificuldades financeiras dos pais jovens para sustentar seus filhos.

Outra questão também levantada pelos autores diz respeito à maternidade precoce, a qual costuma ser assumida pelos avôs. A adoção de tal comportamento pode estar influenciando a maneira como o jovem Guarani assume a responsabilidade pela criação e educação de seus filhos (p.70).

Na pesquisa de campo, algumas situações, de certa forma comuns, foram objeto de observação. A provável vinculação da ocorrência da separação fomentando readaptações do cuidado à criança é descrita nos próximos parágrafos.

Para ilustrar esta argumentação, apresentamos um fragmento do caderno de campo:

No final da manhã, quando retornei ao Posto de Saúde, encontro Katarina, funcionária da Escola Municipal Nãdejara. Começamos a conversar, enquanto aguardava consulta médica, sobre assuntos de seu trabalho na escola. Quando, num gesto de desabafo, ela passa a contar sobre a sua luta (termo por ela utilizado) para cuidar de seus filhos. Comentou que seu marido a deixou com cinco filhos, quando retornou do trabalho na usina de álcool. Apesar de trabalhar na escola, comenta que seu salário não era o suficiente para sustentar seus filhos. Tanto que, recentemente, deixou a sua filha caçula com sua mãe, que morava em outra aldeia, porque estava enfrentando dificuldades em sustentá-la. Comenta que sua mãe também não dispõe de condições para ajudá-la na criação dos outros filhos e se a situação permanecer não sabe o que irá fazer.

A trajetória de Katarina e seus filhos não é incomum. Quando os casamentos são desfeitos, as crianças - filhas deste casal - passam a ser cuidadas pela mãe, que passa a contar com a ajuda de seus parentes. Nestes casos, sua alimentação fica na dependência de seus parentes, ou ainda de programas governamentais: Programa de Segurança Alimentar (distribuição de cesta de alimentos) e Programa Bolsa Família.

Em outros casos, as crianças são acolhidas por algum de seus parentes. Este acolhimento, ou seja, a circulação¹⁹ de crianças, parece demonstrar a relação de solidariedade entre as pessoas de uma parentela.

Fazendo uma aproximação com a argumentação de MARCEL MAUSS (1974), a circulação constitui assim a regra da dádiva, porque pressupõe a aliança. Para este autor, a dádiva deve ser entendida como um ato simultaneamente espontâneo e obrigatório. A perspectiva adotada permite a superação relativa das dualidades profundas do pensamento ocidental, entre espontaneidade e obrigatoriedade.

O comportamento de circulação de crianças Kaiowá e Guarani assemelha-se ao observado por CYNTHIA SARTI (2003) entre as famílias de baixa renda. Segundo a autora, este comportamento é caracterizado pela obrigação moral e representa uma forma de organização da rede de parentesco guiada pela lógica da espontaneidade e da responsabilidade dos membros desta rede sobre as crianças.

MAUSS (2001), no capítulo ‘as dádivas trocadas e a obrigação de as retribuir’, explica que

a criança que a irmã, e conseqüentemente o cunhado, tio uterino, recebem para ser educada, do seu irmão e cunhado é ela própria chamada um *tonga*, um bem uterino. Ora, ela é ‘o canal pelo qual os bens de natureza indígena, os *tonga*, continuam a passar da família da criança para esta família. Por outro lado, a criança é, para os seus pais, o meio de obter bens de natureza estrangeira (*oloa*) dos pais que a adoptaram (sic), e isso durante a vida da criança’(p.60-61).

Deste modo, podemos supor entre os Kaiowá e Guarani a circulação de crianças, ou seja, o cuidado temporário de crianças por seus parentes nada mais é do que a mobilização das redes sociais em função de seu crescimento, de sua formação.

¹⁹ Entenda-se como a permanência da criança por um determinado período de tempo com algum membro de sua parentela.

Vale salientar que a circulação das crianças também aproxima os parentes e fortalece os laços de solidariedade que são ao mesmo tempo espontâneos e obrigatórios; garantem, sobretudo, a multiplicação da relação de solidariedade entre os membros de sua parentela.

Por outro lado, outra situação freqüentemente observada durante a pesquisa de campo foi a recusa, principalmente dos homens, em conviver com os filhos da primeira união conjugal da mulher. Para ilustrar esta situação, descrevemos um fragmento do caderno de campo:

Numa das visitas semanais que fazia junto a AIS, para acompanhamento do estado nutricional de um dos filhos de Samanta, encontramos o pai da criança, que esteve fora da aldeia por alguns meses, trabalhando em uma das usinas de álcool da região. A visita domiciliar parecia normal como nas semanas anteriores, a única diferença foi o fato de naquele dia não ter visto o Lucas, uma criança de aproximadamente quatro anos, fruto do primeiro casamento de Samanta. Sem que tivesse um motivo específico, enquanto ajudava a AIS a guardar a balança, pergunto para ela, onde estava o Lucas. Naquele momento não obtive resposta, mas ao sairmos da casa de Samanta, a AIS comentou que o Lucas estava morando com a avó. Segundo suas explicações, o marido de Samanta não aceitava a criança, então, durante o período em que ele permanecia na aldeia, o Lucas ficava na casa de sua avó materna.

Esta situação leva-nos a pensar, novamente, que a circulação das crianças entre seus parentes seja uma estratégia de reprodução social, de modo que abrigar e alimentar as crianças de sua parentela tem importantes implicações simbólicas.

Não podemos perder de vista que tais situações são cada vez mais freqüentes entre os Kaiowá e Guarani e servem de pano de fundo para entendermos a dinâmica cultural que constantemente é reelaborada em função de novas circunstâncias.

Há ainda a possibilidade das crianças serem cuidadas por pessoas que não compõem o seu grupo de parentesco, estas crianças são conhecidas como *guachos*. Nestes casos, o cuidado à criança não é temporário, mas permanente²⁰ e sua relação com o grupo familiar que a adotou pode assumir diferentes características, dependendo da proximidade ou não entre os grupos de parentesco.

O fragmento registrado em campo permite discutir a relação de cuidado dispensado à criança *guacha*:

Durante uma das rápidas e repetidas vezes que estive na casa da senhora Firmina, uma visita em particular foi especial, porque naquele dia ela me apresentou o seu 'filho criado' (nas suas palavras). O fato é que das outras vezes em que estive em sua casa, ela comentou de seus outros filhos e netos, inclusive tecendo elogios para as suas filhas mulheres que "cuida bem (dos seus filhos) para nunca pegar diarreia", "para crescer logo e ter saúde" e ainda contou sobre as travessuras de seus netos, que enquanto conversávamos sempre estavam nas proximidades brincando, mas com os olhos em nós. Na oportunidade em que a senhora Firmina apresentou seu 'filho criado' foi porque ela havia solicitado para ele pegar uma cadeira para eu sentar. Rapidamente pergunto a idade da criança (cinco anos) e porque havia adotado. Comentou que era para fazer companhia e para ajudá-la: "ele faz tereré para mim, lava prato e roupa". A mãe da criança, segundo a senhora Firmina, era sua parenta distante, deixou três filhos e foi embora com outro homem, ficando as crianças sozinhas.

O artigo de LEVI PEREIRA (2002) sobre a socialização de crianças adotadas entre os Kaiowá e Guarani, traz importantes contribuições para o entendimento das relações fictícias de parentesco entre uma criança e o grupo que a

²⁰ Os Kaiowá esperam que o *guacho* passe a pertencer definitivamente ao grupo que o adotou, e o retorno ao grupo de origem é motivo de sérias desavenças. Os dados Kaiowá apontam para a maior importância da filiação social em relação à filiação biológica: quando as duas não coincidem, esperam que a primeira suplante a segunda. A adoção do *guacho* não é vista como uma filiação aditiva, mas substitutiva. Entretanto, a relação de consangüinidade continua latente e pode ser atualizada sempre que se tornar compatível com os interesses de composição política da parentela (PEREIRA, 2004, p.183).

adotou: “o tratamento rígido dispensado ao *guacho*, considerado não-parente ou parente distante, explicita a autoridade do grupo sobre a criança adotada, que deve reconhecer seu *status* inferior em relação aos membros nato. Desta forma, o grupo trata de inscrever no *guacho* o sentimento de dever e obrigação” (p.174).

Encontramos relatos sobre a adoção entre os Xikrin de Bacajá na dissertação de CLARICE COHN (2000). Segundo a autora, embora tenha identificado alguns casos de adoção, não há diferenças no tratamento entre as crianças, “não se pode diferenciar os filhos naturais de um filho adotivo no cotidiano” (p.83).

Ao apresentar sua argumentação a autora questiona a afirmação apresentada por MÉTRAUX e DREIFUS-ROCHE (1958) de que um filho adotado é chamado de *[kra] kaigo*, termo que para este povo, sugere uma diminuição, isto é, indicaria tudo o que é imperfeito.

Na reflexão desenvolvida durante a breve análise deste tema, persistiram alguns questionamentos: que imagens foram construídas *sobre e para* a criança?

Naquele caso, a criança parecia ser vista como um investimento social e afetivo; primeiramente, porque contribui na realização das atividades diárias e, também, para que no futuro retribua a adoção.

As situações descritas são particularmente importantes, porque expressam a habilidade que os Kaiowá e Guaraní têm de responder às demandas atuais e de reelaborar os modos de cuidado e de socialização das crianças na trama de suas vidas diárias.

Deste modo, ficam evidentes os arranjos parentais em função da formação de suas crianças, porque elas representam reprodução social de seu povo, como se

observa na fala de uma mulher Kaiowá e Guarani: “*precisa erguer as crianças (...) fazer crescer, para o nosso bem*”.

A reflexão de JUDITH MODELL (1998) sobre a noção de reprodução social alerta-nos para o sentido do termo, que não se remete simplesmente ao fato de ter uma criança, mas inclui o sentido de criar uma geração. Para explicar sua argumentação, destaca as situações de conflito entre as famílias havaianas - tradicionalmente acostumadas à circulação de crianças no seu sistema de clãs - e o Serviço de Proteção à Infância, o qual tem realizado um número elevado de colocações de crianças havaianas em famílias substitutas de outras origens.

Situação semelhante tem ocorrido entre as crianças Kaiowá e Guarani da região sul do Estado de Mato Grosso do Sul, segundo informações da 6ª Câmara de Coordenação e de Revisão índios e minorias, em fevereiro de 2008. O documento menciona que juízes de alguns municípios têm autorizado a adoção de crianças indígenas por famílias não-indígenas, alegando que “as adoções são amparadas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)” (p.4).

O documento menciona ainda que a FUNAI, através de um procurador federal, está empenhada em reverter decisões judiciais que concederam a guarda definitiva de crianças da etnia guarani a famílias não-índias, valendo-se da disposição do ECA que devem ser observadas as peculiaridades socioculturais das comunidades.

Embora tais situações não foram observadas durante o trabalho de campo, consideramos importante mencioná-las, porque, certamente, têm implicações sobre a formação de crianças Kaiowá e Guarani.

A reflexão, por nós realizada após o contato com este tema, trouxe uma indagação: como pode um agente externo determinar as condições morais de adoção das crianças?

Nesta direção, acreditamos que, ao negar aos Kaiowá e Guarani o direito de criar suas crianças, os agentes externos estariam cometendo uma forma de genocídio que silenciosamente nega o direito deste povo de recriar o seu modo de vida.

1.2.2 O Espaço Geográfico e Social: Arquitetura e Distribuição das Casas

Andando pela T.I de Caarapó observa-se que, atualmente, cada núcleo familiar ocupa uma casa, conhecida entre os Kaiowá e Guarani por *oga*. As construções atuais utilizam diversos tipos de materiais: taquarussu²¹, alvenaria, sapé e telhas de amianto.

Alguns fatores justificam a mudança na utilização de materiais de uso tradicional e a crescente incorporação de materiais vindos da cidade: o primeiro está relacionado à reduzida disponibilidade de materiais como taquarussu e sapé, para construção de suas casas; outro fator é a crescente participação dos Kaiowá e Guarani (professores, agentes de saúde) na economia regional.

A estrutura arquitetônica das casas também está mudando. O que se observa é uma aproximação às construções urbanas, com duas portas e janelas nos cômodos das casas.

²¹ O taquarussu é uma espécie de bambu encontrado nas margens dos rios sul-mato-grossenses.

SCHADEN, em 1974, já fazia menção às transformações na estrutura arquitetônica ocorrida entre os Kaiowá e Guarani. Nas palavras do autor,

a casa grande, construção típica de numerosas tribos do grupo Tupí-Guarani, é um dos elementos mais imponentes da cultura material dos Kayová. Chamam-na *tapýiguasú* (cabana grande) ou *óga-dejekutú* ‘casa fincada’, (kutí, fincar, cutucar) ou em português, casa beira-chão. A casa Kayová tradicional satisfazia a uma série de requisitos da organização social e religiosa. Constituía abrigo ideal para o conjunto de famílias elementares que, congregadas em família-grande sob a égide de um chefe único, formavam estreita comunidade de vida, com interesses econômicos, religiosos e políticos em comum. Quando a primitiva habitação da família-grande Kayová cede o seu lugar a certo número de casas para famílias elementares, ela não sofre apenas redução de tamanho, mas também mudanças bastante profundas em sua estrutura arquitetônica, aproximando-se em vários sentidos dos tipos de construção rural brasileira e paraguaia (1974: p.26-27).

As observações sobre a casa devem contemplar o pátio (na língua guarani é denominado como *okape* ou *korapype*). O pátio é considerado um espaço de socialização. Nele se desenvolvem atividades cotidianas e prosaicas da socialidade²²: as brincadeiras entre as crianças menores que ainda não conquistaram a habilidade para explorar outros espaços, as tarefas entre as mulheres e a roda de conversa freqüentemente acompanhada da erva de tereré.

Para ilustrar o nosso entendimento sobre os processos sociais que acontecem no pátio, apresentamos um fragmento do caderno de campo:

Nas primeiras visitas à casa do senhor Virgílio e da senhora Lorene, demorei certo tempo para compreender quais eram as pessoas que, efetivamente, moravam ali. Em geral, as mulheres, as crianças e os jovens estavam reunidos no pátio da casa. Enquanto uns faziam alguma tarefa (lavar roupa e escolher arroz), outros faziam companhia e usufruíam do

²² Para MCCALLUM (1998) socialidade é um estado momentâneo na vida social de um grupo, definido pelo sentimento de bem-estar e pelo auto-reconhecimento como um grupo de parentes em plena forma (...) esta noção designa um estado moral de uma comunidade, mas não deve ser entendida como um conceito que substitui “organização social” ou outra ferramenta de cunho sociológico (p.32).

espaço de convivência. Isto ocorre, porque tais atividades são construídas no curso da vida diária.

CECILIA MCCALLUM (1998), ao discutir as atividades cotidianas dos homens e mulheres Kaxinauí, aponta as relações simbólicas e práticas que este povo vivencia entre si no fluxo construtivo da socialidade. Assim, as mulheres Kaxinauí iniciam e reiniciam a construção do parentesco cotidianamente, com o dom trivial do alimento preparado. Elas, ao prepará-lo e distribuí-lo, não só simbolizam o interior, mas também o recriam, pois fazer parentesco é fazer o lugar dos parentes.

Nas palavras da autora, “este espaço é o lugar da humanidade como um fenômeno vivido diariamente. Este fenômeno é nada mais que o produto dos trabalhos e movimentos incessantes dos seres humanos verdadeiros (a gente) que se pensam como parentes e que se tornam sempre mais (ou menos) parentes através destas atividades” (p.34).

Uma tentativa de uma aproximação da discussão realizada pela autora e das observações entre os Kaiowá e Guarani remete-nos para a importância do pátio como um espaço humanizado, onde as atividades práticas e seus valores simbólicos contribuem para uma coesão que é explicitada nas relações e nas trocas de toda ordem entre os membros das parentelas.

Outro aspecto altamente representativo da coesão entre os Kaiowá e Guarani é o desenvolvimento das trilhas, também conhecidas como *tape po'i*, cuja definição e utilização expressam a força dos vínculos parentais constituídos.

As trilhas revelam, sobretudo, a solidariedade entre seus parentes. A conservação do caminho pelo trajeto diário de mulheres e de crianças representa um importante aspecto no envolvimento dos Kaiowá e Guarani no cuidado às crianças, já que as pessoas que compõem este círculo de parentesco também devem contribuir para a sua formação espiritual e física.

PEREIRA (2004) afirma que “espelhando as relações sociais, a malha de caminhos é um dos principais patrimônios de uma comunidade, forma mais visível de sua existência. Os caminhos abrem percursos sociais” (p.220).

É interessante notar que quando chegávamos à casa do líder da parentela era comum observar que, aos poucos, as mulheres e principalmente as crianças iam chegando até esta casa, através das trilhas.

Em uma reflexão sobre o convívio diário dos membros da parentela do senhor Virgílio e da senhora Lorena, consideramos importante mencionar a proximidade da casa de seus filhos e a distância relativa da casa do primeiro filho da senhora Lorena, fruto do primeiro casamento.

Os filhos casados do senhor Virgílio vivem muito próximos. As trilhas permitem que seus integrantes se ajudem todos os dias e realizem as diversas atividades cotidianas e sociais. A senhora Lorena comenta que seus netos são criados por todos, se tem alguma criança doente, às vezes, a identificação dos sinais e sintomas pode ser percebida pela mãe ou por outra mulher, porque a criança circula entre as casas de seus parentes. Esse discurso veicula a idéia de que as trilhas reforçam a importância dos laços entre um indivíduo e seus parentes.

Sobre o arranjo espacial dos núcleos familiares da parentela da senhora Lorena serem próximos e interligados pelas trilhas, há que se considerar que um de seus filhos (José), fruto de seu primeiro casamento, morava distante de sua casa. Para chegar até sua casa

não havia um caminho particular, ou seja, era necessário caminhar pela estrada vicinal, que é um caminho público de trânsito de parentes e de inimigos.

José e sua esposa estavam inseridos na economia de mercado, ocupando o cargo de professor e agente de saúde, respectivamente. Seus dois filhos, a menor de dois anos e o outro de cinco anos de idade, eram cuidados por um parente de sua esposa. A primeira impressão que tive foi de que, neste caso, a distância relativa poderia ser explicada pela maior proeminência financeira e, conseqüentemente, uma fragilização das relações de troca entre ele e seus parentes. Depois, fui aos poucos percebendo que a troca também estava presente nas visitas e outros tantos fatos cotidianos e com forte valor simbólico. Nas visitas que fiz à senhora Lorena no mês de julho, por duas vezes encontrei o José e seus filhos, ele estava no período de férias da escola.

A obra de MARCEL MAUSS (2001) reflete de modo evidente que a dimensão da troca de dádivas não é um fato empírico-concreto, passível de observação, mas constitui-se em um princípio formal e abstrato que norteia a organização social de um povo e sua forma de comunicação.

Segundo o autor,

a qual a troca é o denominador comum de um grande número de actividades (sic) sociais aparentemente heterogêneas entre si. Mas não consegue ver esta troca nos factos (sic). A observação empírica não lhe fornece a troca, mas apenas – como ele próprio diz – três obrigações: dar, receber, retribuir. Toda a teoria reclama assim a existência de uma estrutura, de que a experiência não oferece senão os fragmentos, os membros dispersos, ou antes, os elementos. Se a troca é necessária e se não é dada é, pois necessário construí-la (p.34).

Daí a importância de entendermos que as trocas entre os integrantes de uma rede de parentesco podem assumir formas variadas, portanto, reduzi-las a bens materiais seria uma distorção de seus princípios.

A constituição das trilhas é dinâmica, ocorre na ampliação de uma parentela; seja pelo fato de um de seus filhos ter se casado, ou ainda, pela mudança de um parente consanguíneo para perto da casa do líder, rapidamente se constrói uma trilha que une o novo membro à parentela. Sobre essa dimensão, apresentamos um fragmento do caderno de campo:

O senhor Pedro e a senhora Emilda moram na região do Bocajá, há aproximadamente trinta e cinco anos. A senhora Emilda conta que criou seus dez filhos, destes apenas três ainda moram em sua casa. Recentemente, dois de seus filhos casaram-se e construíram suas casas próximas à do senhor Pedro. Os outros filhos também moram muito próximos. Interessante notar que esta situação evidencia, claramente, a redefinição da malha de caminhos pela ampliação da parentela.

Sobre este assunto, PEREIRA (2004) amplia o entendimento da malha de caminhos, ao afirmar que a sua estruturação, segundo uma lógica própria dos Kaiowá, combina preceitos, regras matrimoniais, valores e o exercício da liderança. O autor descreve a ampliação da malha de caminho quando da incorporação de algum fogo doméstico ou da parentela na rede de alianças. A inclusão implica em ampliação da malha de caminhos em direção ao local de residência dos novos aliados.

Os elementos descritos anteriormente, certamente, servem de subsídios para as discussões sobre a situação de saúde das crianças, pela importância da casa como espaço de reciprocidade plena e a trilha (*tape po'i*) representa, de modo amplo, a troca como elemento fundador da vida social deste povo.

1.2.3 Da Economia Tradicional a Economia de Mercado

Em contraste com as concepções ocidentais, a forma de trabalho entre os Kaiowá e Guarani é baseada na economia de subsistência, ou seja, o trabalho é um modo de produção de seu sustento e de seus parentes. Não se observa, portanto, o acúmulo de bens como uma forma de produção de riquezas.

Esta argumentação pode ser comparada ao conceito de abundância relativa, descrito pela antropóloga CARMEM JUNQUEIRA (1999), em que o tempo dedicado ao trabalho é o suficiente para a satisfação de suas necessidades.

A autora traça um quadro de algumas características distintas entre a sociedade indígena e a não-indígena. A primeira tem seu estilo de vida comunitário e a distribuição mais equilibrada do tempo gasto entre o trabalho e o descanso. Tais elementos aos olhos da sociedade não-indígena, ao tomar por base a sua própria cultura e a sua relação com o trabalho e o descanso, são cercados de conclusões preconceituosas e equivocados sobre os indígenas.

Tanto é verdade que a maioria das pessoas que residem em cidades próximas às aldeias têm um discurso preconceituoso contra os Kaiowá e Guarani quando o assunto é o trabalho. É comum ouvir frases deste tipo: *“cesta básica eles querem, só não querem trabalhar”*, *“são preguiçosos...”*.

O resultado destas opiniões é desastroso, porque aos Kaiowá e Guarani são mínimas as possibilidades de conseguirem trabalho nas cidades vizinhas.

JUNQUEIRA (1999) menciona que “as sociedades indígenas definem suas prioridades de maneira distinta da nossa, onde as tarefas de produção são conduzidas num ritmo que se harmoniza com outros valores sociais” (p.66).

Deste modo, para que compreendamos o princípio da abundância relativa é necessário reconhecer as diferenças existentes entre as sociedades.

JUNQUEIRA (1999) afirma que

a fartura pode ser encarada por dois caminhos aparentemente opostos: a) produzindo-se muito; ou b) desejando-se pouco. Duas concepções que partiam de pontos diferentes. Para a primeira, as necessidades humanas poderiam ser definidas como ilimitadas e, como, conseqüência, quanto maior a produção, maior a abundância. De acordo com este raciocínio, dentre as sociedades existentes na face da Terra, seria rica aquela que detivesse um nível mais elevado de produção (p.56).

Em outra parte, a autora comenta o seguinte: “a abundância pode existir tanto em sociedades que produzem muito quanto aqueles em que se deseja pouco. A quantidade produzida não pode, por si só, definir a qualidade de vida em sociedades portadoras de culturas diversas” (p.57).

Das parentelas visitadas, apenas uma tinha a sua roça, onde cultivava feijão e arroz. O terreno para o plantio da roça era distante do espaço ocupado por seu grupo de parentes, isto se deve à reduzida qualidade do terreno próximo para o plantio. Interessante notar que a distribuição dos terrenos de roça também era guiada por interesses políticos de parentelas de prestígio.

Vale mencionar que observamos o plantio de batata doce e de mandioca, adaptados às condições do solo nas redondezas dos espaços ocupados por outras parentelas.

No entanto, deve-se ressaltar que atualmente o plantio da roça não oferece condições de sustento necessário para a maioria dos Kaiowá e Guarani. Logo, uma forma de contornar este problema é a sua inserção na economia regional.

Nestes casos, esta inserção ainda está longe de ser considerada uma participação pela sociedade não-indígena, porque como explicamos anteriormente, esta última tende a desvalorizar o trabalho dos Kaiowá e Guarani, como mão-de-obra barata e desqualificada.

No período da pesquisa, a maioria dos homens trabalhava como assalariado nas agroindústrias da região, permanecendo fora da T.I por um período aproximado de 60 a 90 dias.

A questão do trabalho dos Kaiowá e Guarani nas usinas é motivo de controversas. Primeiro, porque o trabalho representa uma das poucas alternativas que eles encontram. Segundo, porque este mesmo trabalho é apontado por eles como um dos elementos centrais da desorganização social de vida de seu povo.

O historiador ANTONIO BRAND, em entrevista concedida ao Jornal O Estado, explica que

os Guarani-Kaiowá (...) estão confinados em áreas extremamente reduzidas de terras, que não oferecem condições de garantir sobrevivência física. Essa falta de terra que atinge os dois principais povos do Estado é a responsável por boa parte dos problemas sociais. Todos eles são obrigados a buscar o sustento. Os Guarani-Kaiowá se empregam como assalariados no entorno regional, como trabalhadores braçais em usinas de álcool. (...) outro problema é o econômico, o dinheiro que recebe na usina não se transforma em alimento para a família dele, durante o tempo que ele fica fora.

Durante a pesquisa de campo, identificamos algumas mulheres que iam à cidade fazer compras de produtos alimentícios num supermercado que mantinha convênio²³ com o gato²⁴ - responsável por converter uma parcela do salário dos trabalhadores em 'vale' - para que as mulheres (mães ou esposas) fizessem suas compras mensalmente. Quando da chegada dos homens, estes utilizavam parte de seu salário com bens materiais: bicicleta e roupas.

SHALINS (1997), ao discutir a dinâmica econômica das sociedades transculturais²⁵, menciona que os ilhéus do Pacífico, contrariando as concepções ocidentais sobre sua pequenez, trataram de desenvolver um processo de 'ampliação do mundo'. Não se mantendo apenas pelos recursos fixos e insuficientes de sua terra natal, ganharam acesso aos produtos de uma divisão de trabalho de outras sociedades.

O autor explica que este povo estava

unido por laços de parentesco e por um intercâmbio de pessoal – sem esquecer as comunicações por telefone, fax e correio eletrônico – à ilha natal, que ainda é a base de sua identidade e seus destinos. Tampouco é preciso recorrer ao economês ocidental e falar em *remittances* (remessas de dinheiro dos migrantes). As trocas são bilaterais, algo semelhante à reciprocidade costumeira entre parentes, mostrando aspectos de um sistema de prestações totais que acrescenta valores sociais determinados às transações (p.108).

De fato, se aproximarmos as argumentações desenvolvidas por SAHLINS (1997) à experiência descrita anteriormente entre os Kaiowá e Guarani, poder-se-ia considerar a focalização da reciprocidade do sistema de parentesco.

²³Este convênio, não deixa de ser uma forma de dependência com o comerciante, que embora condenada, ainda persiste.

²⁴GRÜNBERG (2002) comenta que os gatos, geralmente, são aliados do capitão e atuam como “intermediário entre o empregador e o grupo de trabalho” (p.12).

²⁵Deslocando-se entre pólos culturais estrangeiros e indígenas, adaptando-se àqueles enquanto mantêm seu compromisso com estes, os tonganeses, samoanos e diversos outros povos como eles têm sido capazes de criar as novas formações que estamos chamando aqui de sociedades transculturais (SAHLINS, 1997, p.110)

Por outro lado, como explicar a argumentação dos Kaiowá e Guarani de que o trabalho dos homens nas usinas da região desorganiza a vida social de seus parentes.

Importante salientar que esta desorganização estaria fortemente atrelada ao tipo de trabalho mencionado acima, sobretudo, porque alguns homens atraídos por elementos - bens materiais e bebida alcoólica - criam situações de conflito, de violência contra a mulher e maus tratos às crianças no seu retorno à aldeia.

Corroborando com a argumentação desenvolvida acima, PEREIRA (2004) afirma que “o trabalho dos homens adultos e jovens durante meses nas usinas de álcool e nas fazendas da região é considerado um fator de desagregação dos fogos domésticos, resultando no aumento do número de separações” (p.329).

Nestes casos, os Kaiowá e Guarani contrariando a lógica da reciprocidade do seu sistema de parentesco, em virtude dos entraves no que se refere às questões territoriais, econômicas e políticas, desconsideram as relações de parentesco e acabam deixando seus filhos e a mulher sozinhos.

Tais situações são representadas pelo número de separações e na recusa dos homens em oferecer ajuda aos seus filhos e à mulher.

Durante nossa permanência em campo, uma situação particular nos chamou a atenção. Um professor Kaiowá e Guarani separou-se de sua esposa e recusava-se em oferecer ajuda aos seus filhos. E, ainda, pediu transferência para uma escola de outra aldeia, como forma de se distanciar da situação, mas o fato é que seus colegas condenaram tal atitude e ele conseguiu sua transferência somente quando fez um acordo com sua ex-esposa sobre ajuda oferecida mensalmente.

Há que se considerar outras formas de empregos conquistados pelos Kaiowá e Guarani na economia regional, como por exemplo, o de professor e o de agente de saúde, principalmente o primeiro que acarreta valorização interna e propicia melhores salários.

Como explica PEREIRA (2004), o emprego funciona como um *status* interno que se traduz na capacidade de atrair e mobilizar aliados políticos.

Na pesquisa de campo, percebemos que entre as lideranças Kaiowá e Guarani e a FUNASA havia um acordo tácito na contratação de pessoas para ocuparem o cargo de agentes indígenas de saúde. A primeira usava seu prestígio para indicar aliados, tanto que, no período da pesquisa, os Kaiowá e Guarani que ocupavam estas vagas tinham laços de parentesco ou alianças com as lideranças locais.

Outro aspecto importante que merece atenção refere-se à crescente participação das mulheres na economia regional, exercendo a função de professoras, AIS, merendeiras, auxiliar de serviços gerais; fato este que ocasiona, conseqüentemente, uma redefinição do seu lugar²⁶.

Dando destaque à mulher Kaiowá e Guarani na organização da vida social de seu grupo, GRÜNBERG (2004) comenta que “(...) ela teve e segue tendo, o direito de organizar os produtos do trabalho e distribuí-los, além de sua opinião ser importante e decisiva na solução de conflitos (...)” (p.3).

²⁶ORLANDI (1987) ao expor as contribuições de Pêcheux, afirma que “há nos mecanismos de toda formação social, regras de projeção que estabelecem a relação entre as situações concretas e as representações dessas situações no interior do discurso. É o lugar assim compreendido, enquanto espaço de representações sociais, que é constitutivo da significação discursiva” (p. 26).

Soma-se a isto a sua contribuição como controladora da família nuclear. Como explica PEREIRA (2004), “este controle está associado ao poder de unir e alimentar os membros que o compõem. É impossível pensar um fogo sem a presença central da figura da mulher” (p.61).

MCCALLUM (1998), ao falar sobre a centralidade da mulher Kaxinauí e as relações simbólicas e práticas que compõem o fluxo constitutivo da socialidade de seu povo, afirma que

à primeira vista, o ato de preparar e servir comida assemelhe-se a um simples ‘compartilhar’, uma ‘reciprocidade generalizada’, e tenha o sabor de meros atos domésticos, sem uma maior importância sociológica. Preparar e servir comida (ou se negar a fazê-lo) é uma linguagem sofisticada para falar do social e, ao mesmo tempo, para efetuar mudanças materiais sensíveis nos agentes do social (p.34).

Fazendo uma analogia ao lugar das mulheres Kaiowá e Guarani e das Kaxinauí, percebemos sua importância na reprodução social, porque cotidianamente iniciam e refazem a construção do parentesco.

Esta reconstrução do parentesco acontece de diferentes formas, como se observa no fragmento retirado do caderno de campo:

Uma das primeiras questões que surgiram nestes primeiros dias de campo estava relacionada ao significativo número de mulheres indígenas ocupando cargos com remuneração em dinheiro, tanto que, todos os cargos de AIS são ocupados por mulheres, além de várias professoras e auxiliares de serviços gerais nas escolas e nos Postos de Saúde. Mas, e seus filhos, são cuidados por quem? Novamente, vejo-me presa as minhas idéias ocidentais, de que a mulher, na maioria das vezes, cuida sozinha de seus filhos ou então contrata os serviços de uma ajudante, conhecida em nosso meio como babá. Mas as atividades de campo me fizeram ver que contrariamente as nossas formas de cuidar, entre as mulheres Kaiowá e Guarani o cuidado das crianças é mediado pelo grupo de

parentesco. Além de observar como se dá o cuidado, passo também a questionar entre as AIS, quem cuidava de suas crianças. A maioria das respostas era a seguinte: eles ficam com uma babá. Quando a conversa se estendia e ganhava certo aprofundamento, passo a identificar que estas babás continuavam sendo as pessoas de seu grupo de parentesco, isto é, todos estão atentos às crianças, mas uma pessoa, geralmente a avó, tia ou prima, fica responsável por fazer as atribuições da mãe, enquanto ela esta trabalhando. A diferença está, a meu ver, na redefinição dos laços de solidariedade entre os membros de uma parentela.

É, pois, possível observar que as mulheres Kaiowá e Guarani²⁷ estão criando e recriando outras funções no sentido de responder à realidade atual como, por exemplo, sua introdução na economia regional.

Ao ter uma atividade remunerada em dinheiro, a mulher Kaiowá e Guarani reafirma a centralidade de seu lugar ao recriar os laços de reciprocidade entre seus parentes, isto é observado na troca que está apoiada nas relações interpessoais.

Entendemos, portanto, que na presença do trabalho, como elemento global e irreversível, as mulheres desenvolvem respostas locais para se apropriarem deste elemento e redefini-lo segundo os princípios de solidariedade de seu povo.

Esta experiência é análoga à discutida por SAHLINS (1997) entre os povos da Nova Guiné que usam sua participação na economia de mercado para expandir sua 'economia do dom' tradicional.

Ao analisar o trabalho de WATSON (1958) sobre os Mambwe da região da Rodésia do Norte, SAHLINS (1997) reforça o princípio de que os efeitos do

²⁷ Não obstante, é importante considerar também a reestruturação das relações de gênero, como explica PEREIRA (2004), a mulher remunerada fez surgir uma nova categoria de líder feminina, remodelando a estrutura política e o formato dos fogos (p.73).

industrialismo e do trabalho assalariado sugerem que uma sociedade tenderá a se ajustar às novas condições através das instituições sociais já existentes.

É importante ressaltar que há outros elementos a considerar, mas para os objetivos deste trabalho, esta discussão preliminar é satisfatória.

1.2.4 Saneamento Básico, Abastecimento de Água e Destino do Lixo

Em referência ao saneamento básico, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) preconiza

a preservação de fontes de água limpa, construção de poços ou captação à distância nas comunidades que não dispõem de água potável; construção de sistema de esgotamento sanitário e destinação final do lixo nas comunidades mais populosas; a reposição de espécies utilizadas pela medicina tradicional; e o controle de poluição de nascentes e cursos d'água situados acima das terras indígenas (BRASIL, 2002, p. 20).

Algumas dessas recomendações ainda não foram incorporadas nas ações realizadas pela equipe de coordenação de saneamento básico do Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul.

Durante o período da pesquisa, as ações desenvolvidas na T.I. de Caarapó estavam restritas ao abastecimento de água por meio da construção de dois poços artesianos de onde a água era bombeada para duas caixas d'água e, então, seguia através de encanamentos para pontos próximos às casas dos núcleos familiares.

Embora esta área tivesse uma cobertura da rede de abastecimento de aproximadamente 50%, há de se considerar a restrição do abastecimento de água em determinados períodos do dia em algumas áreas da aldeia.

Durante nossa permanência em campo, em julho de 2007, observamos que na maioria dos dias do mês faltou água na região do *Yvu*²⁸. Para tentar contornar esse problema, os Kaiowá e Guarani armazenavam a água em baldes e panelas com ou sem tampa, enquanto outros utilizam água de poço artesanal e de córregos que cortam a região.

Para ilustrar esta afirmativa, destacamos um fragmento do caderno de campo, após conversa com um funcionário do Pólo-Base de Caarapó:

*O senhor Pedro comentou que apesar da diminuição da taxa de mortalidade infantil que, segundo ele tem-se reduzido a cada ano, o problema da falta de água persiste: “**não é só dar alimento se falta água**”. Segundo sua informação, a cobertura da rede de abastecimento de água na aldeia é de 46%.*

O abastecimento de água se agrava no período de seca, pois falta água e quando tem os Kaiowá e Guarani armazenam grande quantidade e depois há um enorme desperdício. Por esse motivo, há a necessidade de controlar a sua distribuição nas diferentes áreas da aldeia.

Na sua fala, correlaciona à questão da água com a saúde das crianças e depois menciona o desperdício, revelando uma visão ocidental sobre o consumo e o desperdício de água. O controle da distribuição de água, entre as áreas da aldeia, parece assumir um caráter de punição.

Trazendo esta problemática para o âmbito da saúde das crianças Kaiowá e Guarani, surgiram alguns questionamentos: como diminuir e controlar a ocorrência de diarreia tendo em vista a situação acima mencionada? Como pensar na prevenção de doenças infantis se as necessidades mínimas - água de boa qualidade para o consumo humano - não estão garantidas?

²⁸ Na região do *Yvu*, também conhecida como “fundão”, moram as parentelas de menor prestígio político. Nesta região também está o Posto de Saúde *Nanderu Jorge Paulo*.

A nosso ver, as taxas de morbidade e a mortalidade infantil continuarão elevadas se não estiver garantida água de qualidade para consumo, como se observa no seguinte fragmento de campo:

Neste mês de julho de 2007, o período de seca, em nosso estado, castiga a saúde das pessoas, principalmente das crianças. Aqui na aldeia, a sensação de secura nas narinas e na boca parece ganhar enormes proporções. A umidade relativa do ar alcança valores muito abaixo do estabelecido para manutenção da saúde, talvez uma possível explicação esteja na falta regular de água e nas constantes queimadas que acontecem nas fazendas do entorno e na aldeia.

Voltando à problemática da falta de água e suas implicações para a saúde das crianças Kaiowá e Guarani, nesta semana, o caso de uma criança alarmou a equipe de saúde.

O caso é o seguinte: uma mãe que morava na região do Yvu, local mais prejudicado pela escassez de água, levou seu filho ao Posto de Saúde. A situação de saúde da criança era preocupante, porque apresentava um quadro de desidratação grave, tanto que o profissional de saúde que a atendeu deu início aos primeiros cuidados e, imediatamente, solicitou uma ambulância para encaminhá-la a um hospital do município de Dourados.

Neste caso, é importante considerar a falta de água como um sério risco no desenvolvimento de doenças diarréicas seguidas de desidratação. Aliado a esta situação de abastecimento de água há, certamente, outros aspectos como: a percepção de gravidade da doença infantil pelo Kaiowá e Guarani, o acesso ao serviço de saúde e as condições nutricionais e de saúde da criança.

Vale salientar que ao citarmos outras questões, não estamos diminuindo a importância do abastecimento de água e de sua qualidade na prevenção e controle de doenças entre as crianças.

Ainda discutindo o tema saneamento básico, identificamos outro entrave. Durante o período da pesquisa de campo, havia na T.I de Caarapó dois Kaiowá e Guarani contratados como AISAN (agente indígena de saneamento básico). Embora

essa contratação fosse positiva, observamos que os mesmos não haviam recebido capacitação para atuar junto à comunidade, portanto não tinham muito claro quais eram suas atribuições.

Uma estratégia utilizada pela FUNASA em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em 2006, foi a distribuição de filtros d'água para os Kaiowá e Guarani do estado de Mato Grosso do Sul. Embora a estratégia proposta fosse de melhorar a qualidade da água consumida para beber e no preparo de alimentos, sua ação parece não ter sido tão favorável, isto se deve em parte pelo reduzido número de Kaiowá e Guarani que efetivamente passaram a utilizar o filtro. Algumas pessoas alegaram que os filtros vieram quebrados ou faltando a vela (componente que filtra as impurezas da água).

Esta situação serve, certamente, para repensarmos um assunto tão discutido, porém ainda pouco aplicativo: o da participação dos Kaiowá e Guarani no que se refere às ações desenvolvidas pelos agentes externos. Neste caso, considerar o entendimento deste povo sobre a questão da água e seus significados talvez pudesse facilitar a adoção de estratégias funcionais.

Outra questão que merece atenção é quanto ao destino dos dejetos humanos. A T.I de Caarapó, pela elevada densidade demográfica, apresenta condições sanitárias preocupantes. A defecção em locais próximos às moradias cria um ambiente de risco potencial à contaminação por patógenos e, conseqüente, contração de doenças gastrointestinais, principalmente entre as crianças.

Há ainda que se considerar a destinação das embalagens de alimentos da cesta doada pelo governo estadual através do Programa de Segurança Alimentar e Nutricional e de outros produtos comprados no comércio do município de Caarapó.

Os excedentes de embalagens existentes na T.I, são deixados a céu aberto, sendo eventualmente queimados ou enterrados, na primeira situação tornam o ambiente bastante propício à proliferação das doenças parasitárias.

Situação semelhante foi observada por Rios e col. (2007) na comunidade indígena do Distrito de Iauaretê, Município de São Gabriel da Cachoeira. As precárias condições de abastecimento de água potável, destino dos dejetos humanos e resíduos sólidos é uma situação comum e representa importante risco de doenças.

Os autores destacam que os resíduos sólidos encontravam-se dispersos nas proximidades dos domicílios ou ainda das fontes de captação de água, pois não havia um sistema de coleta de resíduos.

1.2.5 Escola: como Espaço de Interculturalidade

A educadora TEREZINHA BATISTA (2006), ao discutir a questão da interculturalidade no âmbito da educação escolar, traz as contribuições de Candau (2006). A perspectiva intercultural em educação não pode ser dissociada da questão social e política específica de cada contexto. A educação intercultural e étnica deve ser entendida como um direito de todos, para a construção de uma escola mais justa e igualitária.

Na Terra Indígena de Caarapó, a adoção desta perspectiva deu-se a partir de 1997, como alternativa para superar o fracasso escolar na aldeia em Caarapó. A autora lembra-nos que

O processo de formação inicial e continuada específica e intercultural fizeram a diferença na construção do currículo da Escola Municipal Indígena *Ñandejara* Pólo da Aldeia *Te'yikue* de Caarapó. A experiência educacional da escola da aldeia se diferencia de outros projetos pela implantação do processo de estudo, reflexão e decisão coletiva. As temáticas abordadas pela escola abrangem os aspectos: social, cultural, ambiental e econômico. Confirmando que a escola e o currículo detêm o poder de alienar, de dominar pessoas, mas também de ser instrumento de transformação social na luta pela sustentabilidade, autonomia e emancipação social e cultural de povos marginalizados socialmente (p.6).

É importante mencionarmos que um dos projetos que mobilizou os Kaiowá e Guarani foi o Projeto *Ára Verá*²⁹, curso de magistério específico de nível médio. Recentemente, foi implantado o Projeto consorciado³⁰ de Licenciatura Indígena *Teko Arandu* (modo de ser sábio), para formação de professores Kaiowá e Guarani de nível superior. Ambos foram frutos do trabalho de construção coletiva dos indígenas e da sociedade não-indígena do estado de Mato Grosso do Sul.

Para exemplificar a relevância do curso de formação para professores indígenas para a educação intercultural, destacamos um fragmento do caderno de campo:

A professora comenta que a princípio teve certa resistência em aceitar o curso, por pensar que isto seria um retrocesso, mas contrariamente ao que pensava o curso abriu possibilidades para compreender a escola como espaço de legitimação da identidade cultural e autonomia. Disse que: “o curso abriu minha cabeça, antes pensava em estudar e trabalhar para ganhar dinheiro. Hoje percebo que o professor tem que ajudar seu povo”.

²⁹ O Projeto *Ára Verá* é um curso normal em ensino médio para professores indígenas Kaiowá e Guarani da Secretaria de Estado de Educação de Mato Grosso do Sul.

³⁰ As entidades proponentes são a Universidade Católica Dom Bosco e a Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). O projeto é apoiado pelo Estado de Mato Grosso do Sul, pela FUNAI e pelas prefeituras dos municípios de origem dos acadêmicos.

Comentando o papel do professor indígena, GERSEM BANIWA (2006) ressalta a importância dos professores como atores sociais da educação escolar indígena.

Neste sentido, os professores e alunos da Escola Municipal Indígena *Ñandejara* Pólo da Aldeia *Te'yikue* de Caarapó, são sujeitos ativos do processo de transformação da experiência educacional, uma vez que as temáticas abordadas pela escola – saúde, meio ambiente, produção, autonomia e auto-estima - são trazidas de acordo com a demanda da própria comunidade.

As anotações registradas durante uma entrevista feita ao professor Kaiowá e Guarani ilustram a argumentação desenvolvida acima:

Numa das minhas primeiras conversas com um professor, que no decorrer da pesquisa tornou-se um colaborador deste trabalho, fiquei impressionada com a sua habilidade de reflexão e seu conhecimento sobre seu povo. Este professor comentou que foi criado por seus avós, aprendeu o modo de viver de seu povo, para reforçar sua argumentação citou alguns exemplos, “que o índio deve escutar e pensar primeiro para falar (...) o que vai trazer como consequência”. Ao comentar sobre a escola e seu lugar como professor diz o seguinte: “professor indígena tem que ser como um pesquisador”.

Ao longo da pesquisa, os professores Kaiowá e Guarani foram importantes interlocutores na reflexão de questões que surgiram neste processo. Suas habilidades de questionar, criticar, refletir e criar brilhantes discussões trouxeram elementos importantes no amadurecimento do nosso olhar para tratar as diferenças com alteridade.

2. O PERCURSO DA PESQUISA

2.1 METODOLOGIA DA PESQUISA: POSSIBILIDADES E DESAFIOS

A escolha teórico-metodológica adotada foi no sentido de buscarmos uma abordagem que não negligenciasse a experiência dos Kaiowá e Guarani sobre o processo saúde-doença infantil, assim como sua interação no sistema produtivo e na vida social.

Procuramos nos distanciar do olhar fragmentado e reducionista sobre o determinismo e a compreensão de saúde de nossa formação acadêmica, ou seja, de aspectos puramente biológicos e, de certa forma, mensuradores da saúde das crianças. Esforçamo-nos para desenvolver um olhar ampliado que abrisse espaço para a compreensão do contexto de vida onde se desenrolam a percepção e o significado de saúde e doença infantil para os Kaiowá e Guarani.

A metodologia escolhida foi a contribuição etnográfica porque permite uma descrição densa da relação de alteridade com aquele povo, cultura ou os fatos narrados. Nas palavras do antropólogo CLIFFORD GEERTZ (1989), “(...) ela é interpretativa, o que ela interpreta é o fluxo do discurso social e a interpretação envolvida consiste em tentar salvar o ‘dito’ num tal discurso da sua possibilidade de extinguir-se e fixá-lo em formas pesquisáveis” (p.15).

A etnografia é feita através da observação participante, em que o pesquisador se insere no campo de pesquisa como parte do grupo que se pretende estudar.

Ao discutir o trabalho etnográfico, MARIA SCHMIDT (2008) lembra-nos que

o termo participante remete à controvertida presença de um pesquisador num campo de investigação formado pela vida cotidiana de indivíduos, grupos, comunidades ou instituições próximos ou distantes. Esta presença do pesquisador no campo encontra sua complementação no convite ou convocação do outro – indivíduo, grupo, comunidade ou instituição – para participar da investigação como informante, colaborador ou interlocutor (p.394).

Na observação participante, o pesquisador deve estar atento à complexidade do encontro etnográfico e manter uma observação atenta e constante. Para a antropóloga CYNTHIA SARTI (1998),

observar não é apenas olhar, mas treinar este olhar, preparar cuidadosamente este olhar para que ele não seja um olhar ingênuo, desarmado, que desconhece suas implicações. A observação requer que se discuta a concepção da realidade social e o conhecimento desta realidade nos quais se baseia, examinando criteriosamente duas questões do trabalho de campo: como se olha? o que se vê? (p.6).

Em função de nossa formação, a experiência da observação participante resultou em um aprendizado, pois a todo momento voltávamos a procurar ou a tomar como referência condutas na observação, nas quais ficava evidente a interferência de nossos valores ou de nossos critérios técnico-avaliativos.

Para a produção do conhecimento, foi necessária a criação de um espaço de ‘convivência’ entre nós e os Kaiowá e Guarani. MAURICE MERLEAU-PONTY (1984), em texto de Mauss a Claude Lévi-Strauss, levanta uma série de questões

sobre o trabalho etnográfico, entre elas discute a criação de um espaço comum entre pesquisador e aqueles que se deseja conhecer, a fim de que uns e outros se tornem mutuamente inteligíveis. Neste espaço, procurou-se manter constantemente os movimentos de afastamento e aproximação do outro e de si mesmo.

Os efeitos destes movimentos fizeram emergir alguns questionamentos sobre a nossa participação e a dos Kaiowá e Guarani. Como o encontro etnográfico modificou os integrantes das parentelas, os colaboradores e a nós?

A priori, a nossa participação foi mediada pelos agentes de saúde e professores indígenas. Isto quer dizer, que entrávamos no campo de participação dessas pessoas, mas não éramos, efetivamente, participantes deste processo naquele momento.

Ao longo da pesquisa, fomos convidados a participar como interlocutores nas discussões levantadas e em outras situações como colaboradores. Um elemento a salientar, intimamente ligado a nossa participação refere-se à experiência de campo como sendo, em si mesma, formativa.

Para SCHMIDT (2008),

a experiência prática convoca o pesquisador para a reinvenção do método no plano concreto das relações com outros, como ele, autônomos, obrigando-o a responder pessoalmente pela distribuição democrática dos lugares de escuta, fala e ação no decorrer da pesquisa, pelas formas de apropriação e destinação do conhecimento elaborado e pela apreciação crítica de efeitos de dominação e de emancipação do conhecimento e sua divulgação (p.396).

Os limites da nossa participação ficaram evidenciados na pesquisa relativa aos óbitos infantis. Mesmo contando com a mediação do agente de saúde, algumas dificuldades impuseram-se: a complexidade desse tema e as questões por

nós levantadas ameaçavam invadir a privacidade das pessoas que vivenciaram o óbito de seu filho.

Ao trazer elementos da ética do pesquisador no trabalho etnográfico, SCHMIDT (2008) menciona que

a produção do conhecimento sobre um fenômeno ou um tema é acompanhada de efeitos de reconhecimento e desconhecimento de lugares de identidade e alteridade, no interjogo de estilos de conhecer e interpretar o mundo vivido, de tal forma que a pesquisa sobre algo acumula, também, no par pesquisador/interlocutor, conhecimento sobre si, sobre o outro e sobre o processo de construção do encontro etnográfico e sua função ou utilidade para ambos (p.396).

O encontro etnográfico significou uma atenção ao lugar de negociação com o outro, assim como a necessidade de auto-reflexão e da relação de alteridade.

No exercício contínuo - que se reconhece nunca inteiramente bem sucedido - procuramos relativizar a idéia de realizar entrevistas individuais ou aplicar roteiros de entrevistas. A experiência de campo foi mostrando-nos os limites dessa técnica, que vem sendo considerada 'qualitativa'. O exercício de campo foi levando-nos a refletir sobre a realização de perguntas e impondo-nos à observação e à vivência do diálogo mediado pelo grupo de parentesco.

Isto significou também entrar no 'ritmo' da comunidade para compreender a sua relação com o tempo. Aos poucos fomos percebendo que existia um tempo que era contínuo, sem as amarras dos horários, dos prazos e das cobranças impostas pela nossa sociedade. Passamos, então, a valorizar e a perceber os detalhes do tempo vivido pelos Kaiowá e Guarani.

Ainda com relação ao tempo, as narrativas traziam um entrelaçamento expressivo entre passado e presente. O que foi vivenciado no passado era externado,

enquanto exercício de reflexão, para explicar as questões do presente, que eram diretamente problematizadas por eles e outras colocadas por nós.

Estas contradições, por nós vivenciadas, explicitam o processo de construção da pesquisa, no qual percebemos a necessidade de interagir com a realidade ora encontrada.

2.1.1 Sujeitos de Observação e Levantamento do Material Empírico

A pesquisa de campo foi realizada em viagens de três a cinco dias de duração, em intervalos de aproximadamente 15 dias, nos meses de julho a novembro de 2006. No mês de julho de 2007, permanecemos aproximadamente trinta dias em campo para a investigação do óbito infantil.

O primeiro momento do trabalho de campo caracterizou-se por contatos com pessoas já conhecidas, que no decorrer do trabalho se tornaram nossos colaboradores, prioritariamente professores e agentes indígenas de saúde.

Considerando as recomendações sugeridas pelos colaboradores, selecionamos as parentelas, ainda na forma de identificação de possíveis participantes do estudo.

A nosso ver, a escolha feita pelos colaboradores deu-se no sentido de indicar as parentelas reconhecidas pela própria comunidade e pelo prestígio que lhes é conferida.

Os colaboradores, ao serem questionados sobre o motivo da escolha de determinadas parentelas, faziam referência ao fato de morarem na T.I de Caarapó há

algumas décadas, por essa razão, tinham experiências e conhecimentos acumulados sobre a situação de saúde das crianças. A identificação contou com mecanismos próprios por eles definidos como escolhas confiáveis, isto é, conhecidas e, de certo modo, também sob controle dos mesmos.

A inclusão das parentelas, circunscrevendo um espaço de controle por meio da indicação, é fecunda para a reflexão que antecede e acompanha o momento da escolha; constituindo, simultaneamente, a disposição para responder às expectativas do pesquisador e de sentir-se representado cultural e socialmente por aquela parentela.

Embora as escolhas das parentelas pelos colaboradores tivessem seus efeitos políticos e ideológicos, procuramos, durante as primeiras semanas de pesquisa de campo, realizar nossas escolhas e delinear as parentelas a serem observadas em suas particularidades e subjetividades. Foram selecionadas quatro parentelas, destas apenas uma foi escolhida por nós, sem a aprovação prévia dos colaboradores.

Nossa entrada a campo foi mediada pelos agentes indígenas de saúde, buscando uma maior aproximação, a fim de estabelecer um relacionamento caracterizado pela confiança mútua.

ECLÉA BOSI (2003) afirma que um relacionamento de confiança pode favorecer o registro de informações fidedignas. Ainda, segundo a autora, deve-se lembrar que o vínculo entre o pesquisador e o pesquisado envolve a responsabilidade de um pelo outro; ambos serão gratos pela experiência, um pelo que aprendeu e outro pelo orgulho do que pôde contar.

Foi possível, no entanto, identificar uma mediação nesta última, uma vez que ao contarmos nossa trajetória e participação como pesquisadora do Programa Kaiowá e Guarani, inevitavelmente, a associação com pessoas que se dedicam à pesquisa com este povo facilitou a aproximação e o vínculo.

2.1.2 O Caderno de Campo

O caderno de campo, instrumento privilegiado da contribuição etnográfica, mostrou-se imprescindível tanto no registro das comunicações pessoais, observações e impressões, como no processo contínuo e dinâmico da interpretação. Na medida em que registrávamos os acontecimentos, emergiam uma série de questionamentos acerca daquele fato, o que permitia um dinâmico vaivém entre o ‘interior’ e o ‘exterior’ dos acontecimentos a fim de situar os significados no contexto de vida dos Kaiowá e Guarani.

MALINOWSKI (1998), em *Argonautas do Pacífico Ocidental*, menciona que o crucial do trabalho do etnógrafo é poder observar os nativos em situações cotidianas e poder discutir com eles a partir de acontecimentos concretos.

CLIFFORD GEERTZ (1989), na mesma direção de MALINOWSKI, define a importância do trabalho etnográfico como prática do alargamento do universo do discurso humano e sugere que o fundamental ofício do pesquisador em campo, como experiência pessoal, é situar-se entre outros que lhe são estranhos.

O trabalho etnográfico, devidamente instrumentalizado pelo caderno de campo e integrado às problematizações teóricas, propiciou um contato mais próximo com os Kaiowá e Guarani e permitiu-nos tomar parte na vida das parentelas, pela convivência com seus integrantes, principalmente as mulheres e suas crianças.

As informações e impressões consideradas por nós essenciais aconteciam durante ou imediatamente após cada visita. Estes registros mostraram-se imprescindíveis para a descoberta de novos elementos, além de sua possibilidade analítica e interpretativa.

O registro das comunicações, em grande parte, era relativo às experiências vividas por eles e por seus parentes; pode, pois, ser considerado e tomado como uma narrativa a ser interpretada e não apenas uma resposta a uma questão.

As comunicações aconteceram em diferentes espaços sociais como, por exemplo, na casa do líder de parentela, no pátio da Escola Municipal Indígena *Ñandejara*, na sala de espera do Posto de Saúde e na sala do Posto da FUNAI.

Os espaços sociais, inevitavelmente, norteavam o processo de construção das comunicações. A produção de conhecimento sobre um fato ou um tema era acompanhada do reconhecimento do espaço social. Vê-se, pois, que no espaço do Posto de Saúde as falas ensejavam uma reprodução do discurso biomédico; enquanto que nos espaços da parentela e no pátio da escola, num movimento contrário, expressavam seus conhecimentos sobre o mundo vivido, de tal forma que suas falas revelavam sobre si e sobre o outro.

Durante o trabalho de campo, utilizamos o pátio da Escola Municipal Indígena *Ñandejara* para realizar os registros de campo, o qual tornou-se um lugar

estratégico por facilitar a observação dos acontecimentos da escola, do Posto de Saúde Zacarias Marques e do Posto Indígena da FUNAI, todos localizados na área central da T.I, onde o fluxo de pessoas é constante.

Em todos os espaços, mas principalmente no pátio da escola, nós também éramos motivo de observação. As pessoas se aproximavam para iniciar uma conversa, contar algum fato, perguntar o que se anotava no caderno de campo. As crianças também se aproximavam, claro que de forma diferente. Elas sempre nos surpreenderam, ora perguntando o nome da pesquisadora, ora chamando por um ‘apelido’ carinhosamente dado pelas crianças, ora mexendo nos nossos cabelos e nos nossos óculos e ora se aproximando para ‘olhar’ os registros no caderno de campo.

A visita às quatro parentelas foi apenas uma das atividades realizadas em campo, visto que nós também acompanhamos o trabalho diário dos agentes indígenas de saúde - visitas domiciliares, orientação sobre cuidados com a saúde, preenchimento de vários formulários, avaliação semanal do estado nutricional de crianças menores de um ano de vida – além de visitas com profissional de saúde na residência de algumas famílias, a observação da consulta médica e a participação em eventos comemorativos do calendário escolar.

A limitação da pesquisa foi nas observações das atividades das parentelas referentes à atenção à saúde das crianças, visto que nossa presença alterava o cotidiano. As pessoas preocupavam-se em preparar tereré, bebida à base de erva mate, para servir-nos e sentavam-se à sombra de uma árvore e conversavam durante horas.

2.2 PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS PARA A COMPREENSÃO DA MORTALIDADE INFANTIL

Ao investigarmos a situação de saúde de crianças indígenas, alguns questionamentos instigantes persistiam: em quais situações as mortes infantis ocorrem? Quais as explicações, segundo a perspectiva dos Kaiowá e Guarani, sobre estes eventos?

Estas questões motivaram a busca de um entendimento sobre a morte infantil, mas para que pudéssemos respondê-las, construímos o trabalho de campo em dois momentos: relacionado à coleta de dados oficiais de mortalidade infantil e a pesquisa na comunidade.

Para tanto, teríamos que utilizar uma abordagem menos epidemiológica sobre o óbito infantil, visto que os indicadores numéricos, na maioria das vezes, mostram-se insuficientes.

Recorremos, então, à abordagem antropológica pela necessidade de desenvolver a questão da importância dos aspectos sociais e culturais para uma possível compreensão das mortes no primeiro ano de vida. Para tanto, procuramos dar ‘vozes’ aos Kaiowá e Guarani para desvendar outra face da morte infantil não revelada nos dados epidemiológicos: explicações, circunstâncias e significados.

Nossa escolha pela abordagem antropológica foi no sentido de buscarmos apreender a ordem de significações culturais mais abrangentes sobre a morte infantil. O caráter antropológico desta investigação visou o estabelecimento do olhar a ser lançado sobre as significações da morte infantil.

A produção de conhecimento sobre a morte de crianças Kaiowá e Guarani exigiu-nos um exercício constante de aprimoramento da sensibilidade no sentido de rompermos com as explicações e os pensamentos não-indígenas sobre o tema e sem cair na tentação de acreditar que tudo se explica pelo social ou pelo emocional.

Como parte da investigação dos dados oficiais de mortalidade infantil, buscamos os óbitos de menores de um ano, ocorridos no período de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2006, residentes na T.I de Caarapó. Estes dados foram coletados a partir da cópia da segunda via da declaração de óbito (DO)³¹ arquivada no Pólo-Base de Caarapó.

Optamos por não utilizar os dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) por não serem sistematicamente alimentados e, portanto, apresentarem sub-registro de óbitos infantis. E, ainda, por não contemplarem aspectos importantes - tipo de óbito, local de ocorrência do óbito e as variáveis relacionadas à condição do óbito - para o conhecimento da situação de saúde dos povos indígenas (SOUZA e col., 2007).

Após a identificação dos óbitos infantis, passamos a buscar informações complementares junto aos agentes indígenas de saúde sobre a relação desta família com sua rede de parentesco, procurando identificar situações de vulnerabilidade e circunstâncias adversas que pudessem colocar em risco a vida da criança.

³¹ A Declaração de Óbito (DO) é impressa em três vias pré-numeradas sequencialmente, pelo Ministério da Saúde (...) e distribuídas gratuitamente às secretarias estaduais de saúde para subsequente fornecimento às secretarias municipais de saúde, que as repassam aos estabelecimentos de saúde, institutos médico-legais, serviços de verificação de óbitos, médicos e cartórios. Primeira via: recolhida nas Unidades Notificadoras, devendo ficar em poder do setor responsável pelo processamento dos dados, na instância municipal ou na estadual; Segunda via: entregue pela família ao cartório do registro civil, devendo nele ficar arquivada para os procedimentos legais; Terceira via: permanece nas Unidades Notificadoras, em casos de óbitos notificados pelos estabelecimentos de saúde, Instituto Médico Legal (IML) ou Serviço de Verificação de Óbito, para ser anexada à documentação médica pertencente ao falecido (BRASIL, 2001, p.9).

Em virtude das dificuldades inerentes ao tema, as descrições do evento ficaram limitadas a respostas simplificadas que, por sua vez, simplificaram os problemas e, na maioria das vezes, estiveram ajustadas as suas próprias explicações.

Por mais que tenhamos levantado questões ligadas às práticas de cuidado à saúde e à doença, com o intuito de evitar maiores constrangimentos, quando o assunto se enveredava para a questão dos percursos que terminaram com o óbito infantil, a entrevista era interrompida ou desviada. As conversas tornavam-se radicalmente evasivas a partir do momento em que nosso interesse era despertado sobre a morte de seu filho.

2.3 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, bem como pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). As lideranças Kaiowá e Guarani assinaram, em nome da comunidade, o ‘Termo de Consentimento’.

Realizamos, previamente, os esclarecimentos necessários às pessoas que participaram da pesquisa.

O encontro etnográfico significou para nós uma constante atenção aos princípios e valores inscritos nas bases teóricas e metodológicas da pesquisa. Neste sentido, a questão ética perpassou cada fase do processo de investigação.

A pesquisa final será apresentada e discutida com os Kaiowá e Guarani, os mesmos receberão uma cópia dos materiais produzidos a partir da pesquisa.

3. ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ÍNDIO: MACRO-CONTEXTO

Apesar da definição da responsabilidade dos órgãos governamentais (primeiramente SPI, depois FUNAI e, atualmente, FUNASA) na atenção à saúde do índio, observa-se que, ao longo dos anos, a atuação esteve pautada por ações pontuais e descontínuas, por falta de infra-estrutura, recursos financeiros insuficientes e recursos humanos despreparados para trabalhar com as especificidades culturais dos povos indígenas.

Mesmo não sendo nossa intenção analisar, aqui, os diferentes períodos da trajetória da saúde indígena no Brasil, até mesmo porque alguns estudiosos já o fizeram com refinada análise, não podemos deixar de mencionar a importância das reformulações das políticas de saúde para os povos indígenas ocorridas em 1986, durante a I Conferência de Proteção à Saúde Indígena.

Um dos produtos desta conferência foi o reconhecimento da necessidade da implantação de um modelo diferenciado para o atendimento à saúde do povo indígena. Vale lembrar que estas discussões foram fruto de inúmeros problemas identificados no atendimento ao indígena.

A definição da necessidade de atenção à saúde diferenciada para este povo também se deve ao reconhecimento do caráter multiétnico do Brasil, assegurado na Constituição de 1988, que contempla o direito à diferença cultural, reconhecendo suas formas de organização social, de língua e tradições.

Apesar dos indiscutíveis avanços obtidos durante a década de 80, foi

somente em 1999, a partir da Lei 9.836 de 23 de setembro³² (BRASIL, 1999), que as diretrizes básicas para a implantação dos Distritos Sanitários foram legalmente estabelecidas. Neste período, a responsabilidade de questões relacionadas à saúde indígena ficou a cargo da FUNASA.

Do ponto de vista legal, no seu artigo 19-E do capítulo V, fica, então, estabelecido que

dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura³³ dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional (BRASIL, 1999).

Embora destacada a importância de uma abordagem diferenciada e integral à saúde do índio, não estava claramente definido como operacionalizar esta forma de atenção nos diferentes níveis de complexidade.

Foi somente com a promulgação da PNASPI, através da Portaria n. 254, de 31 de Janeiro de 2002, que foram estabelecidas as diretrizes para orientar as ações de atenção à saúde indígena.

Este conjunto de diretrizes representa um avanço nas discussões sobre diversidade cultural³⁴ e implica em novas formas de articulação da biomedicina com o sistema de saúde indígena.

³² A Lei 9.836/99 acrescenta dispositivos à Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

³³ O princípio da especificidade cultural será possível quando a sociedade não-indígena passar a “respeitar o índio como um ser humano igual, relativizando seus hábitos, costumes e crenças e entendendo, que provêm de uma cultura diferente com valores e conhecimentos diferentes” (LANGDON, 2001, p. 160).

³⁴ Como explica Bhabha (1998) citado por FLEURI (2003) “diversidade cultural refere-se à cultura como um objeto do conhecimento empírico, reconhecendo conteúdos e costumes culturais pré-dados.

Ainda que o processo de articulação destes saberes seja assegurado na PNASPI, na prática o que tem sido experimentado por parcela significativa da população indígena é a persistência de um modelo assistencialista e homogêneo³⁵.

A persistência deste modelo, como descrito por GALLOIS (2005), mostra uma distância considerável entre os excelentes dispositivos legais existentes nas políticas indigenistas e a prática cotidiana nas T.Is.

Estas discussões, certamente, devem ser acompanhadas do conceito de cultura e da compreensão de diferença cultural. Cabe, portanto, tecer considerações a respeito da importância da cultura nos processos de saúde e doença, pelo reconhecimento crescente de que os processos biológicos nem sempre são suficientes para explicar e tratar o indivíduo doente.

Neste sentido, apenas para elucidar ao leitor, o conceito de cultura que utilizamos está baseado na definição de GEERTZ (1989) que afirma ser a cultura um sistema de símbolos que fornece um modelo ‘de’ e um modelo ‘para’ a realidade.

Nesta acepção, podemos entender que a cultura é expressa na interação social, em que atores comunicam e negociam significados (LANGDON, 2004). Quando esta interação acontece entre diferentes culturas, há o estabelecimento de uma fronteira entre um e outro, o que é feito pela reivindicação da diferença cultural, pelos traços diacríticos (CARNEIRO DA CUNHA, 1986).

A diversidade representa uma retórica radical da separação de culturas totalizadas, que se fundamentam na utopia de uma memória mítica de uma identidade coletiva única” (p.23).

³⁵ PEREIRA (2003) afirma existir uma distorção do princípio de universalidade do Sistema Único de Saúde com a homogeneização das culturas. A autora explica que a universalidade deve ser entendida como um direito de todo cidadão receber atendimento de/nas suas necessidades de saúde. No entanto, quando aplicamos este princípio para diferentes grupos étnicos, pode haver uma distorção sendo confundido com homogeneização das culturas. Em outras palavras, os serviços de saúde estão pouco abertos à discussão sobre a diferença cultural, como um direito humano inalienável.

DOMINIQUE GALLOIS (2000) traz importantes contribuições para esta discussão ao contrapor diversidade e diferença cultural enunciada³⁶ pelos próprios índios. A autora destaca a abordagem utilizada por Bhabha (1986) ao propor que a diversidade cultural é um objeto epistemológico, enquanto a diferença cultural é o processo de enunciação da cultura como ‘conhecível’, legítima e adequada à construção de um sistema de identificação cultural.

No campo da saúde, a aplicação destas questões teóricas parece estar intimamente relacionada à necessidade, cada vez mais premente, de se utilizar os serviços de saúde como espaços de construção de diálogos interculturais.

CARDOSO DE OLIVEIRA (2000) afirma haver pré-condições para a efetivação de um diálogo intercultural. O autor recorre à teoria de Apel (1985) para apresentar dois conceitos que considera centrais para o entendimento dessas pré-condições: o de comunidade de comunicação e o de comunidade de argumentação³⁷.

Além destas pré-condições, o autor destaca, sobretudo, a necessidade de o diálogo ser “num plano simétrico entre os interlocutores – indivíduos ou grupos – e mantenham um diálogo livre, sem a dominação de um interlocutor sobre outro, elas devem se dar num espaço substancialmente democrático ou, pelo menos, democratizável” (p. 216).

Contrariando esta perspectiva, ANJOS (2004) sustenta a idéia que

³⁶ Se a diversidade é uma categoria da ética, estética ou etnologia comparativa, a diferença cultural é um processo de significação através do qual afirmações DA cultura ou SOBRE a cultura diferenciam, discriminam e autorizam a produção de campos de força, referência, aplicabilidade e capacidade” (Bhabha, 1986, citado por GALLOIS, 2000, p. 3)

³⁷CARDOSO DE OLIVEIRA (2000) ao reportar-se aos conceitos de comunidade de comunicação e comunidade de argumentação comenta que “é a existência de um espaço social marcado por relações dialógicas. A saber, que tenham lugar no plano da linguagem, do discurso, são relações que tanto estão presentes no diálogo interpares de uma comunidade profissional, como no dialogo entre membros de uma comunidade cultural, a exemplo do que pode ocorrer no interior de uma determinada etnia (p. 216).

o espaço de mediação para a resistência ao etnocentrismo, ao racismo e ao genocídio não tem condições de instaurar graus satisfatórios de consenso. Em espaços sociais atravessados por princípios de consagração os mais díspares, é preciso reconhecer o trágico como confronto de pontos de vista incompatíveis, porque igualmente fundados em razão social, embora carreguem acúmulos de forças sociais diferenciadas (p.118).

Sabemos que, no contexto da saúde, as relações de poder persistem mesmo quando nos atendimentos entre sujeitos de uma mesma cultura. Em se tratando do atendimento a membros de grupos étnicos diferentes, o peso do poder político e cultural impõe-se de forma altamente autoritária e etnocêntrica.

Nestes termos, somos menos otimistas do que CARDOSO DE OLIVEIRA por sabermos que é no mínimo altamente complexo o estabelecimento do diálogo intercultural nos serviços de saúde, pelas recorrentes dificuldades em legitimar as diferenças e compreender que fazem parte de um sistema cultural de saúde.

Estas diferenças, quando mencionadas nos serviços de saúde, perdem seus significados, porque são tomadas como fragmentos de uma tradição ou ainda, como destaca LANGDON (2001), são consideradas formas de 'um pensamento menos evoluído' (p.160).

É, pois, possível dizer que os serviços de saúde, em geral, desconhecem o sistema de saúde indígena.

Simultâneo a isso, corre-se o risco de os serviços de saúde - ao excluírem a experiência dos Kaiowá e Guarani no que se refere a sua saúde - banirem do horizonte a alteridade, impondo-lhes normas em detrimento de sua singularidade.

Se, no passado, os Kaiowá e Guarani enfrentavam problemas quanto à falta de atendimento à saúde, pela precariedade dos serviços oferecidos pelos órgãos

governamentais; no presente, embora com a implantação de serviços de atenção básica nas terras indígenas e de serviços de maior complexidade inseridos na rede do SUS, o problema está em como atendê-los de modo a promover ações de saúde que respondam suas necessidades e respeitem e considerem seu sistema cultural de saúde.

A fragilidade das ações em responder as necessidades dos Kaiowá e Guarani, a exemplo de outros indígenas, deve ser inserida no debate das iniquidades em saúde.

O documento ‘Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença’ que subsidiou as primeiras discussões sobre os determinantes sociais da saúde, destaca a definição descrita por Margareth Whitehead (1992), “as iniquidades em saúde entre grupos e indivíduos, ou seja, aquelas desigualdades de saúde que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias (...) são um dos traços mais marcantes da situação de saúde do Brasil” (BUSS e PELEGRINI FILHO, p. 2007, 2006).

Neste documento, discute-se o desafio que o país enfrenta quanto às iniquidades de inúmeros grupos populacionais, que vivenciam o reduzido acesso a bens materiais, além de não terem garantido os direitos a voz frente ao Estado e à sociedade.

No campo da saúde indígena, os desafios ganham outros contornos, uma vez que é preciso ter cautela nas discussões, a fim de considerar e respeitar a diversidade cultural desses povos.

Destacamos que essa argumentação, ainda que breve, é importante para refletirmos sobre a complexidade desse tema quando aplicado ao campo da saúde indígena.

3.1 O DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DE MATO GROSSO DO SUL

A gestão da saúde do povo Kaiowá e Guarani do estado de Mato Grosso do Sul está sob a responsabilidade do Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul (DSEI-MS). A população indígena total atendida pelo DSEI-MS é de 63.589 pessoas, sendo que o grupo étnico de maior densidade demográfica são os Kaiowá e Guarani, representando aproximadamente 62% da população total (FUNASA, 2007).

Os DSEIs, como instâncias operacionais do subsistema de atenção à saúde indígena, são responsáveis pelo planejamento e pelo desenvolvimento de ações de atenção básica em áreas indígenas, que visem à prevenção e o controle de agravos à saúde.

A coordenação geral do DSEI de Mato Grosso do Sul está sob a responsabilidade da Coordenadoria Regional da FUNASA. Sua sede está localizada na capital, Campo Grande, utilizando as dependências do prédio da FUNASA.

A organização dos serviços de saúde é hierárquica. Desta forma, os Postos de Saúde localizados nas terras indígenas, como instâncias locais, são as primeiras referências de atendimentos de atenção básica.

Quando há necessidade da utilização dos serviços de média e alta complexidade, os Kaiowá e Guarani são referenciados para a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Como serviço de apoio entre as T.Is e a rede de serviços de média e de alta complexidade do SUS, têm-se as Casas de Saúde Indígena (CASAI). Os Kaiowá e Guarani, quando necessitam de atendimentos em hospitais ou mesmo fazer exames e consultas, alojam-se na CASAI de Dourados que, atualmente, conta com 20 leitos para atender os Terena, Kaiowá e Guarani da região sul do estado, encaminhados pelos Pólos-Base.

O DSEI de Mato Grosso do Sul conta com 13 Pólos-Base e 25 equipes multidisciplinares de saúde indígena, que realizam ações de atenção básica nas 63 terras indígenas do estado. Dentre estes Pólos-Base, detalharemos, a seguir, as ações desenvolvidas no Pólo-Base de Caarapó, os serviços disponibilizados nos Postos de Saúde na T.I e os locais que disponibilizam os serviços de média e alta complexidade para os indígenas.

Na T.I de Caarapó havia duas Unidades de Saúde: o Posto de Saúde Zacarias Marques e o Posto de Saúde *Ñanderu* João Paulo; este último inaugurado em setembro de 2006, sua sede está localizada na região do *Yvu*.

No que se refere aos recursos humanos, havia duas equipes multidisciplinares de saúde indígena composta por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliar de gabinete dentário, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde.

Integrando as equipes, havia uma nutricionista que realizava ações no Programa de Vigilância Nutricional. Além dos motoristas, que realizavam o

transporte diário das equipes de saúde e dos Kaiowá e Guarani para os atendimentos nas Unidades de Saúde do município de Caarapó e de outros municípios.

Com exceção de quarta feira, em que uma equipe de saúde prestava atendimento em outras terras indígenas (Rancho Jacaré, Taquara, Guaimbé e Potrero-Guasú) circunscritas ao Pólo-Base de Caarapó, nos demais dias os atendimentos eram realizados nos Postos de Saúde da T.I de Caarapó.

A procura pelos profissionais médicos era principalmente para consulta às crianças, sendo muito comum que a mãe levasse dois e até três de seus filhos para a consulta.

As principais queixas relatadas pelos Kaiowá e Guarani ao profissional médico eram febre noturna e chiado no peito entre as crianças e dores de cabeça entre os adultos. Outro motivo recorrente era a solicitação de atestados médicos, principalmente por homens, que trabalhavam em uma agroindústria da região e diariamente voltavam para suas casas; ou, ainda, para a solicitação do benefício de aposentadoria por incapacidade.

No período matutino, cada profissional médico atendia em média vinte consultas. O período vespertino era reservado para os atendimentos domiciliares.

Quando havia a necessidade de encaminhamento para especialistas (ginecologista, otorrinolaringologista), a atendente de saúde do Posto de Saúde Zacarias Marques comunicava o Pólo-Base que agendava as consultas. O aviso a respeito da data agendada para a consulta e/ou exame era realizado pelo agente de saúde que também informava o horário em que o plantão da FUNASA estaria saindo da T.I para levá-los às Unidades de Saúde conveniadas dos municípios de Caarapó e Dourados.

Os serviços de saúde de média e alta complexidade tinham como sistema de referência as redes municipal e estadual de saúde. O Pronto Atendimento Municipal de Caarapó era referência para o atendimento ambulatorial (ginecologia, clínica médica e pediatria) e o Hospital São Matheus como referência hospitalar.

As crianças que necessitavam de atendimentos de alta complexidade eram referenciadas para o Hospital Universitário e o Hospital Porta da Esperança, ambos localizados no município de Dourados, este último está sob a gestão da Organização Não-Governamental Missão Evangélica Caiua³⁸ que realiza atendimento às crianças indígenas desnutridas.

Recentemente, um médico pediatra, que já atendia as crianças Kaiowá e Guarani no Hospital São Matheus e no Pronto Atendimento Municipal (PAM) de Caarapó, passou a atender, uma vez por semana, no Posto de Saúde Zacarias Marques.

O Posto de Saúde Zacarias foi inaugurado no segundo semestre de 2006, tendo recebido novos equipamentos e mobiliários.

A antiga sede do Posto de Saúde Zacarias Marques foi reformada e, atualmente, abriga o Centro de Referência da Assistência Social³⁹, com uma equipe formada por uma assistente social, uma psicóloga e uma técnica, denominação definida pela equipe do CRAS. Esta última era uma indígena Guarani que, segundo

³⁸ A Missão Evangélica Caiua iniciou suas atividades na Terra Indígena de Dourados em 1928. Foi fundada por iniciativa do pastor americano Albert Mawell, da Igreja Presbiteriana Americana, que, ao visitar a região, percebeu não haver a presença de igrejas entre os Kaiowá e Guarani. A Missão Caiua lançou as bases de trabalho na T.I de Caarapó em meados da década de 50, representando a segunda extensão da sede de Dourados (VIETTA e BRAND, 2005).

³⁹O Centro de Referência da Assistência Social é uma unidade pública. Seu foco de atuação está nas famílias no contexto de sua própria comunidade. Para isso tem como eixo norteador a LOAS que no seu artigo primeiro define que a Assistência Social é direito do cidadão e dever do Estado, realizada através de um conjunto integrado de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

relatos, representava um importante elo entre a equipe do CRAS e as parentelas Kaiowá e Guarani.

Apesar dos profissionais do CRAS e da equipe de saúde atuarem com o mesmo público, o que representa possibilidades de desenvolverem atividades em conjunto, no período da pesquisa de campo, não havia qualquer parceria.

Em que pese as crescentes melhorias nos atendimentos de atenção básica na Terra Indígena de Caarapó, pela contratação de mais uma equipe multidisciplinar de saúde indígena e melhoria da infra-estrutura, até junho de 2007, os serviços de saúde oferecidos localmente apresentavam forte cunho intervencionista e curativo e não havia sinais de que as especificidades culturais dos Kaiowá e Guarani seriam levadas em consideração.

3.2 A RELAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E OS KAIOWÁ E GUARANI: (DES) ENCONTROS

Inicialmente e com vista a construir uma argumentação, procuramos relacionar uma questão teórica descrita por AYRES (2004). O autor destaca que na relação médico-paciente deve haver o ‘encontro’, por ele definido como “a dimensão dialógica, isto é, a abertura em um autêntico interesse em ouvir o outro (...) o profissional deve ouvir-se a si mesmo e fazer-se ouvir, não se conformando ao papel exclusivo de porta-voz da discursividade tecnocientífica” (p. 23). E, ainda nos termos de KLEINMAN (1978), para haver o ‘encontro’, os profissionais de saúde devem desenvolver uma competência cultural como parte de sua competência clínica.

No desenvolvimento da competência cultural, o profissional de saúde deve permitir uma abertura para identificar a singularidade que o processo de adoecimento adquire para a pessoa, sua família e para seu povo. Para que isso seja possível, LANGDON (2005) afirma não ser necessário que o profissional de saúde se torne um antropólogo, mas que desenvolva uma sensibilidade, permitindo que o indígena expresse sua experiência sobre a doença e que este profissional coloque-se como um sujeito que aprende com o outro e, sobretudo, respeite a diferença cultural.

Vale lembrar que a persistência desta relação não é observada apenas no campo da saúde indígena e, é fruto do legado de um sistema de saúde marcado por relações de poder e etnocentrismo.

CONKLIN (2004) explica que “a medicina ocidental tende a tratar a saúde como condição do indivíduo e do corpo, concebendo as doenças como patologias discretas e tratando-as com técnicas e métodos das especialidades da medicina baseadas numa noção estreita de medidas curativas ou preventivas” (p.176).

Essa tendência expressa-se em diferentes proporções no conjunto das profissões de saúde e se acentua quando do atendimento a grupos étnicos minoritários, como os povos indígenas, assumindo uma natureza ética e política.

Na mesma direção, PEREIRA e ALMEIDA (2005) no artigo ‘Saúde e poder um estudo sobre os discursos hegemônicos e subalternos em contextos multiculturais’ afirmam que “o sistema de saúde oficial desconsidera a diversidade de crenças e valores legítimos no domínio da saúde e impõe o discurso científico como superior aos outros, como se aquele fosse um discurso universal e, portanto, portador de uma autoridade incontestável face à tradição cultural” (p. 92).

Considerando-se estas reflexões citadas anteriormente e as observações de campo, surgiu um questionamento: quais são os possíveis encontros e desencontros que ocorrem entre os profissionais de saúde e os Kaiowá e Guarani?

As primeiras conversas por nós realizadas com os profissionais de saúde mostraram o quanto a sensibilidade do profissional em perceber as necessidades de atenção para além dos conceitos ocidentais de saúde e doença era divergente e, conseqüentemente, refletia-se de maneira significativa na qualidade do ‘encontro’.

O fragmento apresentado a seguir é ilustrativo da preocupação do profissional de saúde em relação à questão cultural:

Nas primeiras conversas que tive com o profissional médico percebo seu cuidado em falar sobre a situação de saúde das crianças, por não ser simples e muito menos semelhante à realidade da situação de saúde das crianças não-indígenas. Comenta que ao atender o Kaiowá e Guarani procura se desligar de qualquer conceito ocidental, por saber que há diferenças na forma de compreender a saúde e a doença. Fala também das dificuldades por ele enfrentadas, principalmente no campo lingüístico. Quando não consegue compreender o que o Kaiowá e Guarani quer lhe dizer, solicita a ajuda de uma atendente indígena. Sobre esta informação, pude presenciar um caso de um atendimento a uma gestante, enquanto acompanhava a rotina de trabalho do profissional. Mesmo com estas dificuldades, procura orientá-los sobre o cuidado à saúde da criança e, ainda, sobre a data e importância do retorno. A orientação quanto à utilização do medicamento, quantidade de dias e horários em que deverá ser oferecido o medicamento à criança, era realizada pela atendente indígena, na sala da farmácia do Posto.

A releitura deste registro mobilizou a discussão de alguns elementos que consideramos significativos neste contexto. O primeiro refere-se à modalidade política, que do ponto de vista legal, consagra o princípio da atenção diferenciada aos povos indígenas.

Conforme definido na PNASPI (2002), na atenção diferenciada devem ser consideradas “as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos. Assim, dever-se-á desenvolver e fazer uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços” (p.6).

Neste contexto, o desafio é resolver um dilema que tem se mostrado de difícil superação: de um lado a elaboração de uma política para atenção à saúde dos povos indígenas que legitima a necessária atenção diferenciada a esses povos; e, de outro, a sensibilidade para as especificidades dos povos indígenas pela sociedade não-indígena.

Tal dilema é reforçado por alguns entraves que, a nosso ver, fragilizam a aplicação dos princípios estabelecidos pela PNASPI. O primeiro diz respeito ao caráter genérico das políticas voltadas para os povos indígenas.

O antropólogo EDUARDO VIVEIROS DE CASTRO lembra-nos que durante muitas décadas

os indígenas eram ensinados a não dizer mais que eram indígenas, porque tinham sido colocados em um liquidificador político-religioso, um moedor cultural que misturava etnias, línguas, povos, regiões e religiões para produzir uma massa homogênea capaz de servir de ‘população’, isto é, de sujeito (no sentido de súdito) do Estado (ISA, 2006).

Na mesma direção RINALDO ARRUDA (2001) afirma que as políticas e as ações referentes à questão indígena ocupam um espaço secundário na atualidade brasileira que, por sua vez, têm implicações no processo permanente de ‘apagamento’ das especificidades culturais e de sua inserção em estereótipos produzidos pelos interesses e perspectivas da sociedade não-indígena.

No Brasil, observa-se uma distância considerável entre os dispositivos legais existentes na PNASPI e a prática cotidiana dos serviços de saúde nas terras indígenas.

Na prática dos serviços de saúde, observam-se inúmeras dificuldades enfrentadas quando se propõe prestar uma atenção diferenciada à saúde dos Kaiowá e Guarani. Até mesmo porque não está claro para os profissionais de saúde o que seria o modelo de atenção diferenciada. O reconhecimento das diretrizes preconizadas na PNASPI, dado seu caráter complexo e genérico, transforma-se em elementos indefinidos para as equipes de saúde.

Lamentavelmente, até o período final da pesquisa de campo, os profissionais de saúde não haviam participado de capacitação e nem ao menos foram realizadas discussões sobre a Lei n. 9836 e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002).

Observa-se, portanto, que o exercício do olhar e da escuta sensibilizada fica a cargo do profissional de saúde que, na maioria das vezes, não está preparado para esse exercício, além é claro do grau de envolvimento com o Outro e de sua visão de mundo.

Para ilustrar isso, tomemos uma situação observada durante a rotina do profissional de saúde:

Durante uma consulta, percebo que na anamnese a fala de uma mulher Kaiowá e Guarani se limita a ser quase uma extensão do discurso do profissional, isto é, se restringe a confirmar sintomas por ele investigados para direcionar a hipótese diagnóstica e a conduta terapêutica a ser adotada. Permanece em silêncio e raramente desvia seu olhar para o médico.

Embora este profissional tenha mencionado o cuidado ao tratar questões de saúde e doença entre os Kaiowá e Guarani, evidencia-se na prática cotidiana o quão difícil é a aplicação de um olhar diferenciado que considere outras dimensões relacionadas ao adoecimento.

Neste sentido, a fala dos Kaiowá e Guarani sobre a condição de saúde da criança resume-se a uma complementação do discurso do profissional que, na maioria das vezes, assume um reducionismo biomédico.

Essa racionalidade tende a fazer com que o profissional de saúde preencha elementos que faltavam para percorrer um percurso que é só seu, em detrimento dos conhecimentos, das experiências e dos percursos utilizados pelo Kaiowá e Guarani.

Este problema decorre, sobretudo, pela própria formação dos profissionais de saúde que, ainda hoje, valoriza os aspectos biológicos e curativos da doença em detrimento de uma formação que promova uma visão crítica do contexto social como produtor de saúde, bem como de seu papel enquanto ator social; além das dificuldades em relativizar seus conhecimentos e colocar-se também como um aprendiz da cultura do Outro.

Sobre este assunto, JEAN LANGDON (2001) dá ênfase as contribuições de Roberto Da Matta (1987), alertando-nos sobre a troca igualitária de experiências humanas deve permear a atenção aos povos indígenas.

Outra questão, que emergiu nas observações de campo, refere-se à medicalização das consultas nos Postos de Saúde da T.I de Caarapó.

Destacam-se, como ilustração desta afirmação, os seguintes fragmentos de campo:

Na conversa com um profissional médico, ficou claramente evidenciada a contradição entre prescrever (ou não) o medicamento. Segundo ele, os Kaiowá e Guarani estão tão acostumados ao medicamento que se não prescrever, vão se queixar com a liderança e falar mal do médico

E ainda:

Em outro momento em que eu acompanhava a rotina de outro profissional médico, após a finalização de uma consulta, decido perguntar sobre a prescrição de um medicamento à criança, mesmo não sendo minha área de conhecimento, percebo que aquele medicamento pouco resolveria para aquele caso. A explicação do profissional foi que o medicamento ajuda no 'vínculo' com a mãe da criança. Relata que utiliza esta estratégia para solicitar que a mãe acompanhe a involução da doença e, em caso de não haver melhora, após a utilização do medicamento, deve retornar. Mesmo sabendo que o problema de saúde daquela criança provavelmente evoluísse para a cura sem a necessidade do medicamento.

É importante mencionar o avanço da tecnologia farmacêutica em todo o mundo. Nas palavras de PEREIRA e ALMEIDA (2005)

em um mundo dominado pela economia há uma tendência crescente à medicalização e compartimentação dos corpos e dos saberes da medicina (...). Trata-se, assim, de um sistema de saúde cuja função é a de produzir tratamentos rápidos, individuais e eficazes com os objetivos de extirpar a doença – frequentemente só seus sintomas – e de suprimir as marcas que poderiam remeter às relações sociais ou simbólicas (p.93).

Esta perspectiva evidencia, de certo modo, um distanciamento do profissional de saúde em relação ao Kaiowá e Guarani e, sobretudo, oculta um problema maior: a criação do vínculo através da oferta do medicamento.

A psicóloga LUCILA GONÇALVES (2007) traz uma importante contribuição para esta discussão ao afirmar que “o vínculo com o paciente indígena pressupõe uma abertura do não-indígena a algo mais, a lidar com outro que não lhe é familiar, nos modos de vida, na língua, no entendimento da doença, na adesão ao tratamento” (p.75).

Outro aspecto a ser destacado refere-se à forma como o profissional de saúde faz suas intervenções, na maioria das vezes, desconsiderando outras dimensões envolvidas no processo de adoecimento. Como se observa no relato de um Kaiowá e Guarani: *“(o profissional de saúde) vê o fato, mas não sabe o que está acontecendo”*.

Nesta fala, ele reivindica, sobretudo, o reconhecimento pelo profissional de saúde de que a saúde vai além do contexto imediato, liga-se aos aspectos sociais e simbólicos, que são vivenciados nas experiências individuais e coletivas.

Para explicar tal argumentação, recorreremos à problemática da dor entre culturas distintas, discutida por CYNTHIA SARTI (2001). Segundo a autora,

em toda a experiência de dor, é fundamental considerar a importância da família, pois da família vêm as primeiras referências de significado que estruturam as experiências vividas (...) resta mencionar outros atores da cena, os profissionais que cuidam do doente e interferem decisivamente no campo de significações que constituirá, para ele, esta experiência. A forma como o profissional reage diante da dor e das manifestações de dor do paciente influenciará a própria reação do paciente ao tratamento, porque estamos diante de uma relação em que se enfrentam dois mundos de significação (p.10-11).

Neste sentido, não se pode negar que as ações em saúde, embora embasadas cientificamente pela biomedicina, guardam sua relação com os valores éticos, ideológicos e subjetivos das pessoas envolvidas; aqui, os profissionais de saúde e os Kaiowá e Guarani.

Soma-se a esta discussão a argumentação desenvolvida por ROSEMBERG e MINAYO (2001). Para as autoras, nos serviços de saúde, as mudanças de comportamento são tratadas desconsiderando as estruturas e as relações sociais.

Estes apontamentos, certamente, contribuem para compreendermos, de um lado, as fragilidades da intervenção pela recorrência e frequência de problemas de

saúde infantil que chegam até o Posto de Saúde; e por mais contraditório que pareça, por outro lado, a repetição de ações que se mostraram pouco eficazes.

Pelo que foi exposto até aqui, esclarecemos que, ao construirmos este argumento, não estamos negando o êxito da biomedicina no tratamento de determinadas doenças nem estamos afirmando que o reducionismo é um privilégio específico deste campo de saber, até mesmo porque, como afirmam ROSEMBERG e MINAYO (2001)

ele [o reducionismo] é condição mesma do ato de conhecer, pois assim que racionalizamos algum aspecto da experiência, mesmo que momentaneamente, excluimos os demais. Ao focalizar a atenção na tentativa de apreender algum aspecto da experiência nosso olhar é necessariamente redutor desta experiência. O maior problema, ao nosso ver, não está, portanto, no reducionismo em si, mas na pretensão de totalidade e de controle que as correntes de pensamento tendem a advogar para si mesmas e ainda, na instituição de uma forma de ver o mundo sob um determinado ângulo, desconhecendo e desqualificando outros olhares (p.117).

3.3 O AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE

O papel do AIS foi definido oficialmente em 1996, através do documento denominado formação de agentes indígenas de saúde: proposta de diretrizes. Neste documento ficou estabelecido que o AIS representa o elo de ligação entre as sociedades indígenas e o sistema de saúde diferenciado. Deve atuar “como agente de transformação, na busca da melhoria da qualidade de vida e autonomia de seus respectivos povos” (BRASIL, 1996, p. 8).

Somam-se a isso as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002) a qual destaca que “a formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde é uma estratégia que visa fornecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias” (p. 15).

À medida que observávamos o cotidiano de trabalho dos agentes indígenas de saúde, emergiu um questionamento: qual o lugar ocupado pelo AIS, de mediador ou de executor, na comunidade e na equipe de saúde?

A título de esclarecimento, o termo ‘mediação’ pode ser aproximado ao de ‘tradução’, descrito por CRISTINA POMPA (2003). A autora utiliza este termo para explicar as complexas relações que se estabelecem entre povos com visões de mundo tão distintas.

Nesta mesma perspectiva, BHABHA (1998), ao analisar os processos pós-coloniais, chama a atenção para a necessária superação de visões dualistas que opõem, simplesmente, dominador e dominado ou ainda não-indígena e indígena, por meio da negociação. Para o autor, a negociação sinaliza para um processo que não se identifica com nenhum dos dois pólos, mas algo mais que contesta e vai além de ambos. Neste processo, as identidades são ressignificadas, não de modo totalizante, mas circunscritas à temporalidade contingente.

Em outros termos, estas afirmativas convidam-nos a pensar nas relações, nas lógicas e nas sensibilidades adequadas à mediação no contexto dos serviços de saúde da T.I de Caarapó.

A nosso ver, na realidade dos Kaiowá e Guarani, há inúmeros entraves na definição do lugar do AIS no contexto da saúde. Primeiramente, ele próprio não tem clareza de seu lugar no processo de atenção diferenciada. Segundo, sua função fica limitada à de executor de práticas de saúde reconhecidas pela biomedicina. É certo que entre suas atividades previstas está a orientação sobre os cuidados de saúde e seu funcionamento, mas sua atuação como mediador dos tratamentos da biomedicina para o universo cultural indígena e vice-versa é desconsiderada.

Nas visitas realizadas junto aos agentes de saúde, foi possível perceber que o lugar do AIS pode assumir características distintas no espaço da comunidade e do serviço de saúde.

Embora não seja claramente perceptível, os AIS guiavam-se por um conjunto diferente de concepções quando na vivência junto às famílias, isto é, apropriavam-se dos elementos da biomedicina e os utilizavam segundo suas necessidades e intenções.

Para ilustrar a argumentação, apresentamos um fragmento do caderno de campo:

Logo que chegamos à casa da senhora Cristina, ela, rapidamente, falou para a agente de saúde que seu filho de nove meses estava com chiri. A agente de saúde pegou a criança em seu colo e começou a observar possíveis sinais de desidratação. Importante notar que começou a utilizar os conhecimentos aprendidos no curso sobre AIDPI, promovido pela enfermeira do Pólo Base de Caarapó, na semana anterior. À sua maneira e ainda segundo sua intenção, ela utilizou tais conhecimentos agregando outros que considerava essenciais para a decisão tomada. É por entender a diarreia infantil de forma mais abrangente que a AIS utilizou seus referenciais. Ela avaliou os sinais de desidratação e só depois de conversar muito, em guarani, com a mãe da criança pediu para levá-la ao Posto de Saúde. Explicou para mim que, embora a criança não tivesse sinais preocupantes de desidratação,

era importante ir até o Posto de Saúde, porque aquela mãe não tinha parentes para ajudá-la na identificação dos sinais de gravidade da doença e também no seu tratamento.

Em outra ocasião, quando chegamos ao Posto de Saúde, após uma visita a uma criança que apresentava sinais de problemas respiratórios, a fala do AIS limitou-se a descrever sinais biológicos do problema ora identificado.

O mais intrigante é que, durante o caminho até o Posto de Saúde, ele nos contou elementos importantes da vida social daquele grupo familiar (como vivem, como era a sua alimentação, relação com seus parentes) e que, por um lado, transcendia a doença da criança e por outro estava fortemente atrelada a ela. No entanto, aquelas questões, que permeavam a situação relatada, foram consideradas elementos marginais pelo AIS no momento da descrição do caso para o profissional de saúde.

O descompasso observado na fala do AIS parece estar ligado à relação desigual entre os AIS e outros membros da equipe de saúde. Nesta relação, as particularidades sociais e culturais, embora sabidamente tenham seu significado e importância no seu cotidiano de trabalho, não são reconhecidas ou consideradas válidas no âmbito do sistema mais amplo que os incorpora.

Nesta relação desigual prevalece a lógica do serviço de saúde, que tende a valorizar a dimensão biológica do corpo em detrimento de outras dimensões - social e cultural - consideradas pelos agentes de saúde.

Esta questão, certamente, tem sua raiz nas questões históricas de intolerância étnica. Ao trazer o questionamento da tolerância nos serviços de saúde oferecidos aos índios, a antropóloga JEAN LANGDON (2001) afirma que

a tolerância, a humildade, a esperança e a generosidade que fazem parte da capacidade de enxergar nossa humanidade no 'outro'; e o 'outro' dentro de nós mesmos, estão pouco evidenciadas no cotidiano dos serviços de saúde. Nas atividades de prevenção e cura é freqüente ouvir os profissionais de saúde manifestando preconceitos comuns sobre os índios, caracterizando-os como sendo sujos, ignorantes sobre as noções em relação à sua saúde e à doença, pacientes desobedientes ou resistentes às indicações do tratamento e incapazes de compreendê-los. Em geral, as intervenções na área de saúde são realizadas sem o devido respeito para com o conhecimento da cultura do grupo e, assim, os profissionais expressam atitudes etnocêntricas e realizam suas práticas sem reconhecer como a especificidade cultural do grupo influencia o êxito de seu trabalho (p. 160).

Nesta relação marcada por atitudes pouco permeáveis e flexíveis, o lugar do AIS no serviço de saúde fica limitado à execução.

4. SAÚDE E DOENÇA SOB A ÓTICA DOS KAIOWÁ E GUARANI

Antes de abordarmos o tema do significado de saúde infantil para os Kaiowá e Guarani, é necessário entendermos, primeiramente, o conceito de 'significado'. É notório esclarecer que conceitos ou ainda definições, como explica GEERTZ (1989), em si nada estabelecem, se não forem cuidadosamente construídos.

Neste caso, a construção minuciosa deste conceito não se trata de uma tarefa fácil, porque exige seu alargamento e seu aprofundamento, sobretudo pela relação que estabelece com a linguagem.

As reflexões de LÉVI-STRAUSS (1989) levam-nos a perceber a linguagem como parte da cultura. Como assinala o autor, a linguagem é um fato cultural por excelência, uma aptidão ou um hábito que recebemos da tradição externa; além disso, ela é um instrumento essencial, o meio privilegiado através do qual assimilamos a cultura de nosso povo.

Para ilustrar essa questão o autor comenta que

uma criança aprende sua cultura porque falamos com ela; repreendemo-la, exortamo-la, e tudo isso é feito com palavras; enfim; e, sobretudo; porque a linguagem é a mais perfeita de todas as manifestações de ordem cultural que formam, de uma forma ou de outra, sistemas, e, se queremos compreender o que é arte, religião e o direito (...) é necessário concebê-lo como códigos formados pela articulação de signos, no modelo da comunicação lingüística (1989, p.138).

Em outro texto, LÉVI-STRAUSS (1982) afirma que o homem é um ser biológico e ao mesmo tempo um indivíduo social. Reforça a idéia de a linguagem ser

uma função humana, pois através dela os fatos são traduzidos, criados e recriados no contexto sociocultural no qual a pessoa vive.

Nessa direção, ainda em relação à linguagem e seu valor cultural, o antropólogo GEERTZ (1989), em seu trabalho intitulado 'Interpretação das culturas', traz inúmeros exemplos que permitem estabelecer a diferença entre humanos e outros seres vivos.

O interesse do autor é mostrar que os primeiros têm a característica de estabelecer poderosas, penetrantes e duradouras disposições e motivações que caracterizam a essência do pensamento humano.

Em outra parte, o autor discute uma questão importante para a compreensão da relação entre linguagem e cultura, ao afirmar que

os padrões culturais são 'modelos', de que eles são conjuntos de símbolos cujas relações uns com os outros 'modelam' as relações entre as entidades, os processos ou o que quer que seja nos sistemas físico, orgânico, social ou psicológico 'fazendo paralelos', 'imitando', ou 'estimulando-os'. Entretanto o termo 'modelo' tem dois sentidos – um sentido "de" e um sentido "para" - e, embora, estes sejam dois aspectos de um mesmo conceito básico, vale a pena diferenciá-los para propósitos analíticos. No primeiro caso, o que se enfatiza é a manipulação das estruturas simbólicas de forma a colocá-las, mais ou menos próximas, num paralelo com o sistema não-simbólico preestabelecido, como ocorre quando apreendemos como funciona um dique desenvolvendo uma teoria hidráulica ou construindo um mapa de fluxo. A teoria ou o mapa modelam as relações físicas de tal maneira – isto é, expressando sua estrutura de forma sinóptica – que poderão ser apreendidas; trata-se de um modelo da 'realidade'. No segundo caso, o que se enfatiza é a manipulação dos sistemas não-simbólicos, em termos das relações expressas nos símbolos, como quando construímos um dique de acordo com as especificações contidas em uma teoria hidráulica ou as conclusões tiradas de um mapa de fluxo. Aqui, a teoria sob cuja orientação são organizadas as relações físicas – é um modelo para a realidade. (...) os padrões culturais têm um aspecto duplo, intrínseco – eles dão significado, isto é, uma forma conceptual objetiva, à realidade social e psicológica, modelando-se em conformidade a ela e ao mesmo tempo modelando-a a eles mesmos (p.69).

Com base nesta linha de entendimento, procuramos compreender o significado de saúde infantil em congruência com a realidade social e cultural dos

Kaiowá e Guarani, entendendo que o significado e seus modelos estão permanentemente orientando a realidade e modificando-se frente a esta.

Neste sentido, para a apreensão mais fiel possível deste significado, procuramos ser cuidadosos na observação e no registro dos fatos.

É importante mencionar que, embora tais cuidados fossem tomados, estamos cientes de que o significado de saúde infantil, certamente, não foi totalmente esclarecido; pois determinados acontecimentos simbólicos, por serem elaborados no cotidiano e tendo como subsídio os padrões culturais dos Kaiowá e Guarani, sequer foram apreendidos por nós, enquanto outros estão sendo redefinidos continuamente.

Assim, tomamos como orientação a explicação dada por LÉVI-STRAUSS (1989) de que não podemos ao mesmo tempo procurar conhecer uma sociedade do interior e classificá-la do exterior em relação a outras sociedades. Porque quando se está dentro, os elementos, aparentemente simples, dilatam-se e se transformam para cada membro.

Para destacar esta questão o autor dá o seguinte exemplo: “a morte de um indivíduo, para simples conhecidos ou para sua própria família, visto do exterior, é um acontecimento bem banal, mas para os próximos é a subversão completa de um universo: jamais podemos compreender exatamente o que é o luto de uma família que não é a nossa família, o que é o luto que não é o nosso luto” (LÉVI-STRAUSS, 1989, p. 20).

No campo da saúde, análises realizadas por alguns autores (LAPLANTINE, 2004; KLEINMAN, 1978, 1980; MENENDEZ, 2003) mostram que em todas as

sociedades há modelos interpretativos construídos, teorizados e configurados por diferentes culturas.

LAPLANTINE (2004), ao discutir uma série de experiências na área da saúde, reforça a idéia de que essas interpretações “não poderiam ser confundidas com modelos patogênicos e terapêuticos propriamente ditos, cujo caráter é geralmente inconsciente, ou seja, que não podem ser diretamente percebidos e apreendidos, uma vez que se situam no interior de uma determinada sociedade” (2004, p.33).

Estas argumentações conduzem a uma reflexão prática. Os acontecimentos simbólicos que expressam o significado de saúde infantil para os Kaiowá e Guarani são construídos diariamente e são, portanto, mais vividos do que pensados.

Deve-se ressaltar, ainda, que o significado de saúde infantil entre os Kaiowá e Guarani parece ter sua distribuição assimétrica, já que depende das experiências e das interações entre os sujeitos.

Semelhante à reflexão desenvolvida anteriormente, ELLEN e HARRIS (1996), ao discutirem o conhecimento indígena sobre o meio ambiente, destacam que “não existe em sua totalidade em nenhum lugar ou indivíduo (...) é desenvolvido não nos indivíduos em si, mas nas práticas e interações nas quais as pessoas se engajam” (p.5).

È necessário, portanto, considerar se as observações registradas em campo permitem argumentar em favor das distintas experiências em saúde que se manifestam na produção da própria vida e na sua reorganização para responder às necessidades atuais.

É importante ressaltar que qualquer reorganização deve ser compreendida como resultante de esquemas culturais preexistentes, pois, como afirma SAHLINS (1997), os significados são reavaliados na prática cotidiana, abrindo-se um espaço para que as pessoas reorganizem sua cultura criativamente.

SAHLINS (1997), ao discutir o trabalho etnográfico de LEDERMAN (1986) sobre o modo como os Mendi se relacionavam com os estrangeiros, destaca a maneira como esse povo categorizava os novos objetos e modos de agir segundo sua lógica cultural.

SAHLINS (1997) explica que

as relações dos povos da Nova Guiné com os objetos estrangeiros traziam consigo algo como uma maestria, os etnógrafos gradualmente abandonaram suas sombrias conclusões *a priori*. Essa maestria era tanto uma questão de destreza simbólica quanto de destreza técnica: a habilidade demonstrada pelos Mendi em dar seu próprio sentido às coisas (p.62, grifos do autor).

Fazendo uma analogia com o conceito de doença, apresentamos a reflexão da antropóloga JEAN LANGDON (2005)

a discussão sobre o conceito da doença como experiência vai além da idéia de que, havendo categorias diferentes de doenças para pessoas de grupos diferentes, somente se faz necessário identificar essas categorias para se entender a visão de tais grupos sobre saúde. (...) A doença não é mais um conjunto de sintomas físicos universais observados numa realidade empírica, mas sim um processo subjetivo no qual a experiência corporal é mediada pela cultura (p.127).

Como tentativa de aproximação do significado de saúde e adotando a perspectiva utilizada pela autora, procuramos nos desprender do enfoque biológico e

passamos a reconhecer outros elementos que compõem o significado de saúde para os Kaiowá e Guarani.

É importante esclarecer que este reconhecimento foi aperfeiçoado ao longo do trabalho de campo, visto que a complexidade do significado de saúde estava implícita nas questões de vida cotidiana.

Embora singular para quem o expressa, o significado de saúde, como qualquer experiência humana, trouxe a possibilidade de conjugar temas recorrentes que, de certa forma, compõem a realidade coletiva dos Kaiowá e Guarani.

Para ilustrar esta argumentação, citamos um fragmento do caderno de campo e algumas reflexões desenvolvidas após sucessivas releituras:

*Enquanto conversava com senhora Filomena e outros membros de seu grupo familiar, sobre o cotidiano das pessoas, ela comentou que todos estavam saudáveis. Sua explicação para esta afirmação era a seguinte: “**porque todos (adultos) têm força (disposição) para trabalhar e para cuidar de suas crianças e, as crianças correm e pulam o dia todo**”. Acrescentou ainda, que eles “**tinham saúde porque não passavam fome**”. Na parentela da senhora Filomena, ela e seu esposo tinham uma roça, as mulheres cuidavam das atividades domésticas e das crianças, enquanto os homens trabalhavam em atividades com remuneração em dinheiro (escola e agroindústrias da região).*

Sem ter uma noção clara da importância de seu relato para a compreensão do significado de saúde, fiz naquele momento o registro de sua fala e, logo em seguida, da situação em que nos encontrávamos.

Neste relato, observa-se que o significado de saúde está intimamente relacionado à possibilidade da continuidade de suas atividades produtivas e da oferta do alimento. Estas questões simbolizam grande parte das necessidades mais comuns enfrentadas pelos Kaiowá e Guarani, sobretudo, pelo reduzido espaço territorial para

as atividades de produção e, conseqüentemente, do suprimento de suas necessidades alimentares.

Na pesquisa de campo, a questão territorial, seja por sua limitação e/ou por ser improdutiva, permeou a fala dos Kaiowá e Guarani quando o assunto era saúde de suas crianças. Este assunto deu-se na permanente interação com outros temas: alimentação, organização social e ações governamentais.

No artigo sobre a temática da mortalidade infantil entre os Kaiowá e Guarani, mencionamos o reduzido interesse dos órgãos governamentais de desenvolver programas sociais de incentivo e apoio à produção agrícola e à geração de renda, com metas de curto, médio e longo prazo em parceria com as comunidades indígenas, a fim de garantir condições para que possam produzir seus alimentos, sustentar suas crianças e gerar a renda necessária para a sua vida (BRAND e PÍCOLI, 2006).

A falta persistente de condições de sustento alimentar, certamente, tem repercussões negativas para a saúde da criança e de seu grupo familiar. Como se observa no seguinte relato: *“quando nosso parente não tem o que comer, nós ficamos tristes”*.

De outro lado, a limitada compreensão da conjugação de inúmeras questões ao significado de saúde infantil explica, em parte, a reduzida efetividade das ações de saúde desenvolvidas pelos agentes externos.

Entre os Kaiowá e Guarani, a distribuição de uma cesta de alimentos mensalmente para as famílias que tenham crianças desnutridas menores de cinco anos pelo DSEI de Mato Grosso do Sul é um exemplo dessas ações que, embora

tenham sua importância para a questão alimentar, parecem trazer aspectos contrários, ao não reverter a situação nutricional e perpetuar a política de assistência.

Deve-se considerar a necessidade de compreender outros elementos – questão fundiária e de autonomia econômica - para repensar estas ações e desenvolver programas que direta e indiretamente dêem respaldo à saúde das crianças.

Vale ressaltar a persistência de uma postura de dominação, em que o significado de saúde infantil e suas formas de intervenção só se tornam visíveis quando não se opõem frontalmente ao legitimado pela sociedade não-indígena.

Na raiz dessa dificuldade está um modelo fortemente marcado pela incompreensão da especificidade de uma cultura, que é dada pela particularidade de uma visão de mundo e por uma cosmologia própria (ARRUDA, 2001).

Para ilustrar esta argumentação, citamos o exemplo dado por GRÜNBERG (2006) sobre o significado da terra para os Guarani. A terra representa espaço de vida, espaço para realizar sua maneira de ser e sua reprodução social, para assegurar a existência de todos os familiares, especialmente de seus descendentes. Contrariando o significado da terra para a sociedade não-indígena que, na maioria das vezes, se resume na acumulação de bens.

Retomando a temática da saúde, KLEINMAN (1980) traz importante contribuição ao apontar a necessidade da abrangência dos aspectos biológicos em consonância aos socioculturais na produção da saúde, no sentido de facilitar a compreensão dos vários aspectos envolvidos na saúde.

Destaca-se neste autor a abordagem interpretativa na antropologia médica, a qual oferece subsídios teóricos e metodológicos para a análise de fatores culturais relacionados à saúde.

A antropologia médica passa a reconhecer as especificidades dos sistemas culturais de cada povo e seus elementos micro-sociais que podem condicionar visões de mundo e que de tão sutis passariam despercebidos por nós, mas que pesam nas decisões internas (MINAYO, 2007).

Destacando a manifestação da cultura na interação social, a antropóloga JEAN LANGDON (2005) diz que os atores comunicam e negociam significados. Quando aplicados ao domínio do sistema de saúde, que também é um sistema cultural, os significados, ancorados em arranjos e em interações interpessoais, integram os componentes relacionados à saúde e fornecem ao indivíduo as pistas para a interpretação de sua doença e as ações possíveis.

Deste modo, se quisermos compreender o que é saúde e doença para os Kaiowá e Guarani temos que considerar os elementos simbólicos mencionados anteriormente e, ainda, as relações entre as pessoas e a sociedade e seus mecanismos de orientação.

Esta relação, como explica MAUSS (1974), é dada pelo entendimento da noção de que o corpo é uma linguagem e, portanto, é construído socialmente. Deste modo, os eventos biológicos humanos são traduzidos e criados tendo em vista a realidade social e simbólica de determinado povo. Desta forma, a maneira como o corpo social é percebido irá orientar a percepção do que seja a saúde e a doença para o corpo físico.

Além disso, a compreensão de corpo social passa pelo entendimento de questões cosmológicas e sociais. Neste sentido, as manifestações de saúde e de doença constituem uma linguagem que, por sua vez, é representada por um fato social.

MAUSS (1974) construiu o conceito de fato social para se referir a situações que mobilizam a subjetividade e interferem nas relações comunitárias. Para o autor, fato social é “mais do que uma manifestação dos próprios sentimentos é um modo de manifestá-los aos outros, pois assim é preciso fazer. Manifesta-se a si, exprimindo aos outros, por conta dos outros. É essencialmente uma ação simbólica” (p.153).

Segundo esta lógica, a realidade social dos Kaiowá e Guarani qualifica de forma diferenciada a maneira como entendem a produção da saúde de suas crianças.

Para exemplificar, segue um fragmento descrito no caderno de campo:

No pátio da Escola, sob a sombra de uma grande árvore, espaço no qual fazíamos, na maioria das vezes, nossas refeições e permanecíamos conversando durante o horário do almoço, tive uma importante conversa com um professor. Nossa conversa teve início ao relembrarmos algumas discussões realizadas no seminário em Campo Grande.

Depois deste primeiro contato, ele começou a me questionar sobre qual era minha pesquisa. Assim que dei uma rápida explicação, ele disse que para seu povo falar em saúde da criança deve-se pensar nela como as plantas. “Crianças e plantas são iguais, deve dar boas vindas, cuidar”. Em outra passagem de seu relato comenta que: “a saúde completa se dá em dois momentos de um ser, o espiritual e o físico, sendo que o físico é o monitor do espiritual, se este não está bem tem reflexos no corpo (...)”. Parece que sua fala revelava uma forte associação com a questão religiosa, além de sua importância para a formação do ser humano.

Importante notar que o estudo de GRACIELA CHAMORRO (1995) entre os Guarani já havia apontado esta analogia do cuidado dispensado às crianças e as plantas. Nas palavras da autora: “as crianças são como plantas, são como sementes (...). Enquanto as crianças crescem, no mundo há esperança. Quando isso não mais acontecer, os homens podem plantar milho, mas este não dará fruto” (p.18).

É preciso ressaltar que a maneira específica e peculiar do entendimento de saúde da criança descrito pelo professor Kaiowá e Guarani evidencia uma complexa interação entre os elementos de ordem cosmológica, ambiental e social.

MELIÀ (1979) ofereceu uma contribuição essencial a esta interação ao demonstrar que a saúde da criança expressa a interdependência entre a realidade vivida na terra e os níveis espirituais.

Estes níveis espirituais, segundo GRÜNBERG (2002), oferecem uma visão de mundo e dos níveis celestes. O céu é a morada do *Nuestro Abuelo Grande Eterno de los Tavyterã* e das almas espirituais (*ñe'ë*) dos seres humanos. Deste modo, o equilíbrio da vida social depende da aplicação de sua visão de mundo.

Neste sentido, a visão de mundo dos Kaiowá e Guarani sobre o significado de saúde infantil mostra sua relação complexa entre os elementos cosmológicos e sociais que re-atualizam suas estruturas e seus significados na sociedade, levando-se em conta as dinâmicas internas de produção e reprodução da vida social.

Essas atualizações são gradativas, em parte não planejadas, mas sempre criativas e relacionam-se, sobretudo, aos diferentes níveis de conhecimento mobilizados por vários fatores: idade, sexo, papel social (ARRUDA, 2001).

Dentro desta lógica, parece evidente que o profissional de saúde ao atender uma criança está atendendo também a seu grupo de parentesco, que ao falar sobre o fato vivido, busca trazê-lo para a ordem de significações.

Sobre este assunto, CECILIA MINAYO (2007) afirma que a antropologia poderia ensinar aos profissionais de saúde

que metodologicamente, precisamos ouvir primeiro como nosso interlocutor *define sua situação*. Em segundo lugar, qual é a *experiência biográfica*, lembrando que uma pessoa sempre está situada biograficamente no mundo da vida e é nesse contexto que pensa, sente e age. Em terceiro lugar, qual é o seu *estoque de conhecimento*, ou seja, qual é sua sedimentação de experiências e situações vivenciadas, a partir da qual ele interpreta o mundo e pauta sua ação. Em quarto lugar, a que o interlocutor dá *relevância* em sua fala, pois sua *estrutura de relevâncias* se relaciona à bagagem de conhecimentos e à sua tradição biográfica (p.199, *itálicos* do autor).

Como explica o antropólogo CLAUDE RAYNAUT (2002), para intervir eficaz e coerentemente, os profissionais destas áreas do conhecimento devem compreender que o ser humano é constituído da dimensão espiritual e material e que as totalidades sociais se fundamentam na realidade biológica dos corpos.

O autor traz alguns questionamentos importantes:

como fazer para que as disciplinas clínicas que lidam com pessoas doentes, pretendendo achar soluções para as causas de seu sofrimento físico, integrem o fato de a essência da pessoa humana ir muito além do seu corpo biológico – sendo ela um ser que pensa, imagina, simboliza, vive de afetos e de fantasmas quanto de alimentos materiais? Como fazer com que aqueles especialistas cuja atuação se dirige aos indivíduos – seja para curá-los, seja para educá-los – administram o fato de cada pessoa ser inserida em redes, estruturas, formas de pensamento coletivas que até certo ponto marcam e orientam seu comportamento? (p.43).

Há, no entanto, que se considerar a necessária superação de entraves relacionais entre as áreas da saúde e das ciências sociais, a fim de construir um equilíbrio que beneficie os sujeitos, considerando-se sua essência biológica e social.

4.1 REFLEXÕES TEÓRICAS SOBRE OS ESQUEMAS DE INTERPRETAÇÃO DE DOENÇAS

Estabelecido, a priori, o significado de saúde infantil para os Kaiowá e Guarani, passemos à discussão dos esquemas de interpretação de causalidade e dos itinerários terapêuticos por eles utilizados.

A noção de esquema de interpretação aproxima-se da discussão desenvolvida por FRANÇOIS LAPLANTINE (2004) sobre os modelos interpretativos. Para o autor, eles são construídos, teorizados ou configurados por diferentes culturas; dado seu caráter inconsciente, funcionam em vários aspectos como justificativas que vêm sancionar uma ordem social.

Nas palavras do autor,

pode acontecer, bem entendido, que certo número de representações conscientes sejam por si mesmas modelos no sentido estrito, tal como os entendemos (...). Não obstante, na maior parte dos casos, as interpretações conscientes da doença e da cura não passam de normas culturais eminentemente relativas e que, portanto, não possuem o caráter operatório que buscamos (p.33).

Em outra parte do texto explica que

um modelo etiológico (ou um modelo terapêutico, ou ainda um modelo etiológico-terapêutico) *é uma matriz que consiste em uma certa combinação de relações de sentido e que comanda, com mais frequência à revelia dos atores sociais, soluções originais, distintas e irreduzíveis, para responder ao problema da doença* (p.39, *itálicos do autor*).

Fica assim evidente que a lógica dos esquemas interpretativos de causalidade de doenças infantis e do itinerário terapêutico entre os Kaiowá e Guarani

inscreve-se no campo mais amplo da lógica social. No caso específico das doenças entre as crianças, é necessário atentarmos para as negociações que acontecem nas relações interpessoais, que devem ser entendidas dentro do contexto social e de contato interétnico.

Pela complexidade dessa temática, colocou-se o seguinte questionamento: quais elementos estão faltando para que os serviços de saúde compreendam a situação atual e desenvolvam respostas pertinentes para a situação de saúde das crianças Kaiowá e Guarani?

A nosso ver, é preciso que os serviços de saúde saibam quais os verdadeiros valores dos Kaiowá e Guarani, como eles estão interpretando a doença de suas crianças.

Em face destes questionamentos, aproximamo-nos da discussão de CRISTINA POMPA (2003) sobre o espaço de mediação. Para a autora, o espaço de mediação é onde cada cultura pode ler a diversidade da outra e onde a alteridade pode encontrar seu sentido e sua tradução em termos culturalmente compreensíveis.

Sobre este assunto, HANNERZ (1997) afirma ser nas regiões fronteiriças que as interconexões culturais são possíveis, sobretudo, por combinações inovadoras entre os diferentes sujeitos.

MAJ-LIS FOLLÉR (2004) constatou, em seu 'Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde', que, embora haja um elo entre os discursos biomédico e da medicina indígena, esta discussão perpassa o entendimento da criação de uma zona de estratégia política ou uma resistência ao poder da biomedicina.

Ao longo da discussão a autora traz as contribuições de PRATT (1992) sobre ‘zona de contato’, a qual pode ser explicada como o espaço onde culturas diferentes estabelecem relações contínuas, sendo que estas geralmente envolvem desigualdade radical.

Trata-se, então, de considerar o campo da saúde, representado pelos serviços de saúde e pelo sistema cultural de saúde dos Kaiowá e Guarani, como um espaço de mediação, onde deve haver uma interconexão cultural.

Observa-se, no entanto, que na realidade dos Kaiowá e Guarani este espaço é desigual e o processo de negociação ocorre numa única direção.

Os Kaiowá e Guarani realizam inúmeros arranjos e negociações entre o seu sistema de saúde e o biomédico. Em outras palavras, eles fazem uma leitura do aparato da biomedicina segundo sua perspectiva e utilizam-na em seu próprio benefício.

Por outro lado, vê-se que os serviços de saúde não se interessam em compreender a lógica da causalidade, do diagnóstico e do itinerário terapêutico utilizada pelos Kaiowá e Guarani. Além disso, quando a usam é no sentido de reforçar a dicotomia entre a biomedicina e o sistema de saúde do Kaiowá e Guarani.

Considerando-se esta dicotomia, GALLOIS (1991) explica que os serviços de saúde utilizam-se dos símbolos do tratamento biomédico como um jogo de poder e se recusam em repensar sua conduta.

Sobre esse assunto, LÉVI-STRAUSS (1989) traz uma importante contribuição para negarmos esta dicotomia e pensarmos na semelhança entre o pensamento mítico e o pensamento científico. O autor explica que a semelhança entre estes pensamentos está no modo preciso e rigoroso como o resultado do

conhecimento é produzido. Ambos provêm das relações dos indivíduos entre si e com a natureza que, por sua vez, resultam na elaboração de mecanismos de classificação e de ação, orientados por características e propriedades observadas nos fenômenos.

Tais considerações teóricas são fundamentais e também oferecem subsídios para discutirmos um aspecto essencial para o estudo: as relações interpessoais entre as pessoas de um grupo de parentesco e com outras pessoas - caciques, agentes de saúde, profissionais de saúde – são elementos essenciais do esquema de interpretação de causalidade da doença e da construção de seu itinerário terapêutico.

Cabe destacar outra questão, o que nos importa são as interpretações e as construções locais, ou seja, os significados de saúde e doença que instrumentalizam os esquemas de causalidade e do itinerário terapêutico utilizados pelos Kaiowá e Guarani.

Do ponto de vista das interpretações locais, é preciso ressaltar que há uma explicação para a produção da saúde e da doença que qualifica de modo diferenciado a forma pelo qual os Kaiowá e Guarani pensam, sentem e agem. Por isso, a maneira específica e peculiar como um problema de saúde é vivenciado e explicado por este povo não deve ser negligenciado pelos serviços de saúde.

GALLOIS (1991) defende o pressuposto de que a doença deve ser analisada situando-a num nível mais abrangente, que esteja inter-relacionada à realidade social e cultural de determinado povo.

De maneira semelhante, SAHLINS (1997) menciona que os Epeli Hau'ofa sempre responderam às demandas externas a partir de reacomodações locais. As

experiências e os objetos do mundo interior são incorporados pela comunidade e reelaborados segundo sua visão de mundo.

O autor explica que os especialistas insistiam em desvalorizar as práticas locais, condenando-as ao subdesenvolvimento porque estas não se enquadravam nas visões dominantes sobre a natureza da sociedade e de seu desenvolvimento. Dessa forma, as visões dos especialistas, tendo como premissa a perspectiva macroeconômica e macropolítica, freqüentemente se diferenciavam da visão de mundo dos Hau'ofa.

Fazendo uma analogia à visão dos Kaiowá e Guarani acerca dos problemas de saúde de suas crianças, há que se considerar que esta visão é diferenciada do pressuposto adotado pelos serviços de saúde.

A nosso ver, a maior dificuldade deve-se à incompreensão, pelos serviços de saúde, da existência de um sistema de saúde dos Kaiowá e Guarani, pois amplamente se toma e se pensa que a questão da saúde só se resolve a partir do acesso aos serviços médicos.

4.1.1 A Causalidade das Doenças entre as Crianças

A visão que os Kaiowá e Guarani têm sobre a causalidade das doenças está fortemente imbricada às questões de ordem culturais, ambientais e biológicas e representam níveis diferenciados de causalidade que estão interligados e podem pré-existir num único evento.

Dentro desta lógica, os esquemas interpretativos de causalidade remetem-nos para a importância de considerarmos suas elaborações coletivas, expressas por códigos culturais que, embora não sejam claramente perceptíveis, podem ser observados a partir da própria visão de mundo e da organização social dos Kaiowá e Guarani.

As explicações para a causalidade das doenças entre as crianças podem ser confrontadas com a explicação sobre a dor, apresentada por CYNTHIA SARTI (2001),

considerar a dor como um fenômeno sócio-cultural supõe considerar o corpo como uma realidade que não existe fora do social, nem lhe antecede. O social não atua ou intervém sobre um corpo pré-existente, conferindo-lhe significado. O social constitui o corpo como realidade, a partir do significado que a ele é atribuído pela coletividade. O corpo é 'feito', 'produzido' em cultura e em sociedade. Nenhuma realidade humana prescinde de dimensão social, tampouco o corpo ou a dor (p.2).

Aproximando-se desta perspectiva e assumindo o sistema de saúde dos Kaiowá e Guarani como possuidor de um conhecimento sobre a causalidade das doenças infantis, procuramos entender os esquemas interpretativos elaborados e compartilhados no convívio social e renovados ao longo da vida.

Nossos primeiros contatos com a problemática da doença entre as crianças pareciam direcionar o estudo para o reconhecimento de uma explicação biológica para a causalidade. Tais explicações indicavam uma ausência de suporte social na definição da causalidade, do diagnóstico e do itinerário terapêutico, ocasionado por um processo de incremento e valorização da biomedicina em detrimento do conhecimento e da experiência deste povo.

No entanto, uma análise crítica e a convivência mais próxima com as parentelas permitiram-nos uma reflexão mais aprofundada e uma reavaliação destas explicações que, na maioria das vezes, eram frutos dos discursos dos serviços de saúde que procuravam legitimar suas ações junto aos Kaiowá e Guarani.

As observações de campo mostraram-nos a sensibilidade e a percepção deste povo frente aos problemas de saúde infantil, informadas por aspectos culturais e sociais e outras incorporadas e reelaboradas no convívio com os serviços de saúde existentes na T.I e no município de Caarapó.

As longas conversas permitiram-nos perceber a lógica da construção dos esquemas interpretativos de causalidade, as experiências subjetivas dos indivíduos e de seu grupo de parentesco.

Deve ficar claro, porém, que as discussões apresentadas não têm por objetivo explicitar uma tipologia dos esquemas de causalidade de doença infantil.

Outra questão prioritária desta discussão é que a identificação dos esquemas interpretativos entre os Kaiowá e Guarani deve ser visto dentro dos limites da investigação.

4.1.2 A Teoria Etiológica Kaiowá e Guarani para a Diarréia e a Desnutrição Infantil

Os esquemas interpretativos dados pelos Kaiowá e Guarani para a causalidade de doenças como a diarréia e a desnutrição passaram a se referir, no

decorrer do período da pesquisa, de forma peculiar e diferenciada, mostrando o significado da doença, seus esquemas interpretativos e seu itinerário terapêutico.

Deste modo, a vinculação da casualidade das doenças infantis com elementos da vida social e cultural dos Kaiowá e Guarani impôs-se de modo a mostrar a sua importância na vida cotidiana.

Para ilustrar tal fato, tomemos como exemplo a doença diarréica⁴⁰ infantil, também conhecida como *chiri*, entre os Kaiowá e Guarani. Apesar da identificação dos sinais da diarréia ser, de certa forma, semelhante aos biomédicos, nem sempre a explicação da causalidade segue unicamente a abordagem biomédica, sobretudo, pelo fato das explicações refletirem comportamentos diferenciados frente à determinada situação.

A diarréia, entre as crianças Kaiowá e Guarani, pode ter como causa o ‘*coalho virado*’, seu termo na língua guarani é *kamby ryrü jer*. Sua ocorrência está associada a várias situações, entre elas, o consumo de determinado alimento que fez mal à criança, também conhecido entre os Kaiowá e Guarani como ‘*tupichua*’.

A princípio, não conseguimos identificar ou mesmo classificar quais seriam estes alimentos. No entanto, nas sucessivas discussões sobre o tema, percebemos que as explicações para o ‘*tupichua*’ não se limitavam aos alimentos pesados consumidos em décadas passadas, mas sim por alimentos consumidos atualmente, que por serem excessivamente gordurosos e temperados causavam diarréia entre as crianças.

⁴⁰ A Organização Mundial de Saúde (1984) elaborou uma definição para diarréia como forma de identificar os seus sinais: três ou mais evacuações num dia, com fezes de consistência mole ou líquida ou alguma evacuação com sangue ou muco misturado com fezes, podendo conduzir a um quadro de desidratação, que se caracteriza por perda excessiva de água corporal através das fezes, vômito, urina, transpiração e outras perdas menos sensíveis.

A explicação para o *'tupichua'* demonstra os arranjos realizados pelos Kaiowá e Guarani e se alinha às diferentes formas de atualização de sua dieta alimentar, vinculadas às transformações sociais, econômicas e ambientais.

Neste caso, o *'tupichua'* deve ser entendido como um possível descritor de um momento específico de sua realidade social e, sobretudo, alimentar.

Para ilustrar esta argumentação, apresentamos um registro de campo anotado durante conversa com uma professora indígena:

Numa das várias vezes em que conversamos sobre a pesquisa e minha vida em Campo Grande, naquele dia, ela fez o seguinte questionamento: “Como minha filha pode ter diarreia? Se falo para a menina, lavar bem as verduras, colocar pouco tempero e sal na comida?”

De forma semelhante, MOACIR HAVERROTH (2004), ao investigar o contexto da diarreia infantil entre os Wari' do estado de Rondônia, observou que boa parte das causas atribuídas à diarreia, também conhecida por *honko*, segundo a percepção das mulheres, é devido à ingestão de comidas gordurosas, especialmente algumas espécies de peixe e comida com muito óleo.

Ainda segundo o autor, “os velhos dizem que, quando os ‘brancos’ chegaram, trouxeram comida diferente, com muito óleo, sal e tempero. Como os Wari' não estavam acostumados, ficavam com *honko*” (p.181).

Para abordarmos outro esquema interpretativo de causalidade da diarreia, apresentamos uma experiência de campo.

Durante uma longa conversa com uma agente indígena de saúde, disse que sua filha recentemente havia sido curada de um quadro de diarreia infantil. Sua primeira explicação para a causa da doença esteve centrada na visão biomédica, no consumo de água contaminada. Comenta que na região onde mora, por volta das 10 horas da manhã, falta água e as pessoas têm que recorrer à água do poço [artesanal]. Disse, ainda, que sua filha e seu marido ficaram doentes no mesmo período, mas seu marido logo se recuperou e sua filha permaneceu doente por um período de tempo maior. Sua explicação para este fato foi a seguinte: “o corpo da criança é diferente do corpo do adulto”. No decorrer de seu relato, incorpora outra explicação para a causalidade e a persistência da diarreia de sua filha. Disse que sua “filha parou de tomar leite [materno] tem dois meses, pode ter ficado um resto de leite no seu corpo [estômago] que qualha”.

Para discutirmos a dimensão social do corpo comentada no relato anterior, buscamos uma possível explicação na argumentação elaborada por SARTI (2001). O corpo é definido segundo as regras do mundo social no qual se inscreve. Portanto, o nascimento, o crescimento, o envelhecimento e a morte têm suas dimensões biológicas e sociais construídas de interações recíprocas.

Nas palavras da autora,

ainda que os conhecimentos sobre a anatomia e a fisiologia humanas possa ser aplicados universalmente, os eventos biológicos humanos existem como realidades simbólicas e vão ser, não apenas ‘traduzidos’, mas criados e recriados no contexto sócio-cultural, no qual o indivíduo nasce, cresce, se desenvolve e morre, inexistindo, como experiência humana, fora deste contexto (p.02).

As reflexões de MARY DOUGLAS (1970) sobre o corpo reforçam a importância de sua dimensão social sobre a dimensão física. Para a autora, “a experiência física do corpo é sempre modificada pelas categorias sociais através das quais é conhecida, sustentando uma visão particular da sociedade” (p.83).

Soma-se a isso, a contribuição de EDUARDO VIVEIROS DE CASTRO (1987), ao afirmar que “o social não se deposita sobre o corpo Yawalapíti como um suporte inerte: ele cria este corpo” (p.32).

Considerando-se esta perspectiva, é importante atentarmos para a dimensão biológica do corpo e também para as suas dimensões sociais e subjetivas elaboradas por cada sociedade.

É importante ressaltar que ao mencionar que o corpo da criança é diferente do corpo do adulto, esta diferenciação, implicitamente, traz a dimensão do cuidado à criança. MENEZES (2004) explica que os Guarani revelam um cuidado especial com o corpo da criança, visto que é através dele que a identidade e a subjetividade são construídas.

Deste modo, é preciso considerar o sentido amplo da saúde e da doença e sua relação com o corpo; pois, como argumentado anteriormente, o corpo constitui uma categoria essencial para compreendermos a percepção dos diferentes grupos e, no interior deles, as relações interpessoais.

Há ainda que se considerar a questão ‘tempo’ relacionada à causalidade da diarreia infantil. Aqui, o ‘tempo’ assume outras dimensões e, portanto, não pode ser explicado por um tempo próximo ou imediato à identificação dos sinais como acontece, freqüentemente, na explicação biomédica.

Implica, igualmente, reconhecer que a identificação dos sinais de uma doença nem sempre evoca uma causalidade próxima e reconhecida por culturas distintas (LAPLANTINE, 2004).

Além do mais, como explica HAVERROTH (2004), a origem de uma doença no tempo não envolve, necessariamente, uma causalidade específica e

próxima. Para categorizar as doenças com base na etiologia, é necessário considerar o contexto; isto quer dizer que varia em cada caso e pode ser alterada durante o processo de evolução da doença.

Deste modo, a compreensão da causalidade da doença e sua relação com o tempo é imprescindível para uma intervenção eficaz e a busca da cura; no entanto, essas questões, na maioria das vezes, diferenciam-se da lógica biomédica e, conseqüentemente, são ignoradas pelos serviços de saúde.

Observamos, no relato, a utilização de diferentes esquemas interpretativos de causalidade para um mesmo evento diarréico. O primeiro está associado à questão ambiental, à precariedade das condições sanitárias como produtora de problemas biológicos; enquanto o segundo é atribuído à quebra dos laços maternos, ao deixar de oferecer o leite materno, um importante sinal de cuidado que garante o crescimento e desenvolvimento saudável da criança.

Percebe-se, portanto, que os diferentes aspectos envolvidos na causalidade da doença diarréica para explicar um mesmo evento reforçam a necessidade de compreender a doença como um processo.

De maneira geral, os Kaiowá e Guarani reconhecem as implicações das precárias condições sanitárias sobre o estado de saúde da criança, principalmente nos casos de diarreia, como se observa no fragmento do caderno de campo:

Durante uma longa conversa com o senhor Armindo em que comentou sobre a utilização de chás no tratamento da desnutrição, da diarreia, da pneumonia, destacou os benefícios da água encanada na região em que mora (Toca do Jacaré) “demorou chegar água [encanada]. Tomava água do poço de dois metros [...] todos tomava do poço [em casa],

mas tinha duas crianças que não estava sarando do chiri, depois que chego água encanada [as crianças] sarou”. Ela pegou chiri da água.

Neste caso, a causalidade da doença diarréica mantém uma relação de exterioridade e sua interpretação exógena requer um tratamento no serviço de saúde, como veremos mais adiante.

LAPLANTINE (2004), ao exemplificar os inúmeros modelos etiológicos de explicação da doença, destaca que no modelo exógeno o indivíduo mantém uma relação de exterioridade com a causalidade da doença.

Para ilustrar sua argumentação, o autor explica a ocorrência da gripe e os questionamentos realizados pelo indivíduo doente: de onde vem isso doutor? Como peguei isso? As frases mostram de um lado a exterioridade da causalidade e, por outro lado, a ligação da exogeneidade e da organicidade. Pela natureza externa da doença, o seu tratamento está vinculado ao arsenal da biomedicina, porque a cura só pode ser esperada a partir do exterior.

De maneira similar, a explicação das questões sanitárias como causalidade da diarréia infantil exige um tratamento oferecido pelos serviços de saúde.

Apesar de LAPLANTINE (2004) discutir as especificidades de vários modelos etiológicos, deve-se destacar a dificuldade de se atribuir um único modelo, isolando-o dos demais. O próprio autor faz indagações sobre essa (im)possibilidade de isolamento dos fatores que vêm do ‘interior’ dos que vêm do ‘exterior’.

A contribuição da antropologia para o campo da saúde é relevante para evidenciar o sentido amplo e o significado dos fenômenos do corpo que recobrem o campo da saúde e da doença (MINAYO, 2007).

Por outro lado, vê-se o enorme desafio que isto representa, sobretudo, pela cristalização e divisão dos campos disciplinares das ciências sociais e da saúde.

No artigo ‘Interdisciplinaridade e promoção da saúde’, CLAUDE RAYNAUT (2002) destaca as dificuldades que as disciplinas médicas têm em aceitar as questões sociais da realidade humana. A dificuldade também reside do lado das disciplinas das ciências sociais em compreender o indivíduo para além do social, observando as questões biológicas.

Para o autor, tal fragmentação não dá conta de responder aos problemas de saúde atuais, porque “um aluno de medicina no final do seu currículo sabe muito pouco, senão nada, das dimensões sociais dos problemas de saúde que ele vai enfrentar. Sem falar nos alunos de ciências sociais, para quem o corpo humano simplesmente não existe, senão como objeto de modelos e representações sociais” (RAYNAUT, 2002, p.44).

Outra doença infantil de elevada prevalência entre os Kaiowá e Guarani é a desnutrição⁴¹. É importante assinalar que os textos sobre essa temática são poucos e, na maioria das vezes, o enfoque é restrito à área da saúde, levando-se em conta a perspectiva epidemiológica.

Em geral, os estudos sobre a desnutrição infantil entre os Kaiowá e Guarani não têm abordado dimensões da causalidade da doença segundo a perspectiva desse

⁴¹ A desnutrição, ou mais corretamente, as deficiências nutricionais – porque são várias as modalidades de desnutrição – são doenças que decorrem do aporte alimentar insuficiente em energia e nutrientes ou ainda do inadequado aproveitamento biológico dos alimentos ingeridos – geralmente motivado pela presença de doenças, em particular doenças infecciosas. Como todas as doenças, as deficiências nutricionais podem ser diagnosticadas por meio de exames clínicos e laboratoriais. Por serem, universalmente, mais vulneráveis a deficiências nutricionais, as crianças são habitualmente escolhidas como grupo indicador da presença da desnutrição na população, admitindo-se que o percentual de crianças com retardo de crescimento, a primeira e mais precoce manifestação de desnutrição na infância, propicie uma excelente indicação da magnitude da desnutrição em uma dada coletividade (MONTEIRO, 2003, p.8).

povo. Deste modo, procuramos, nos registros de campo, identificar alguns esquemas interpretativos de causalidade da desnutrição infantil que discutiremos nos próximos parágrafos.

Para ilustrar, apresentamos um fragmento do caderno de campo sobre uma ex-agente indígena de saúde que, no período da pesquisa, trabalhava como auxiliar de serviços gerais na Escola *Ñandejara*:

Amanda foi a primeira indígena contratada pela FUNASA para trabalhar como agente de saúde. Lembro-me que em 2003, durante a pesquisa de campo do mestrado, ela foi uma importante colaboradora, por conhecer a área, por ter bom acesso às famílias entre outros motivos. Recentemente, deixou o cargo de agente de saúde, porque estava tendo sérios problemas internos pelo consumo de bebida alcoólica.

Durante uma longa conversa, à sombra da árvore, onde eu costumava fazer minhas anotações, ela comentou que no começo do trabalho como agente de saúde foi difícil convencer a comunidade sobre a importância da pesagem das crianças menores de cinco anos. Disse que, “a equipe ia ensinar do jeito do branco e a comunidade não (aceitava), deixou a comunidade falar (...) por quê? Para que saber? O que vai ganhar depois que pesar? Começou a jogar no antigamente, dava remédio caseiro para não morrer de desnutrição, levava no cacique para tirar feitiço, não acreditou na palavra da enfermeira. Antigamente achava que a criança morria por feitiço”.

“Meu avô dizia mulher faz um feitiço para a criança, a mãe (da criança) faz o contrário, e a mulher (mandante do feitiço) começou a se flagelar”. Pergunto por que o feitiço para a criança e não para o adulto? Sua explicação foi a seguinte: “porque a criança não conta e demora a reagir, morre à míngua”.

Neste relato, há inúmeros aspectos relevantes a serem discutidos sobre a desnutrição infantil. Primeiramente, detemo-nos na explicação do feitiço como causalidade da desnutrição e a referência ao passado como justificativa para elaboração deste esquema interpretativo.

Neste caso, a origem da desnutrição infantil pode ser causada pela interferência de espíritos malignos enviados por feiticeiros, por solicitação de uma pessoa que tenha ‘inveja’ e/ou pela ‘raiva’ de algum parente próximo da criança.

A explicação de que o objeto do feitiço não é apenas o indivíduo, mas também seus parentes, observa-se entre os Ticuna. ERTHAL (1998) explica que a morte por feitiçaria pode afetar o indivíduo e sua unidade social mais ampla. Podendo, ainda, atingir a comunidade como um todo, porque haverá uma avaliação acerca das circunstâncias e da autoria para a atribuição da culpa.

De modo semelhante, BARCELOS NETO (2006) descreve que entre os Waurá a feitiçaria terá uma ação destrutiva do *socius*.

Para uma dada situação em que houve falta de alimentos na aldeia, o autor explica que os Waurá diziam: “esse feiticeiro quer acabar com a aldeia” (p.303).

Entre os Kaiowá e Guarani a investigação do feitiço é realizada no caso do emagrecimento da criança, sem que tenha necessariamente uma doença diagnosticada por seus parentes. O espírito maligno é enviado, por um feiticeiro, para a criança, porque atinge diretamente seus parentes. Aqui, parece que a explicação da desnutrição deve-se ao fato da criança não querer se alimentar e passar a desenvolver quadro de apatia.

É importante sublinhar que para os Waurá a relação entre feitiço e desnutrição tem explicação na falta de alimento por envio de um mau espírito no ambiente. Como se observa na experiência descrita por BARCELOS NETO (2006),

disseram-me que os tubérculos não se desenvolveram o suficiente e que um *iyãu opotalá*⁴² tinha sido colocado na lagoa *Piyulaga* para espantar os peixes (...).

A escassez de alimentos levou algumas crianças a estados de desnutrição, dentre as quais três ficaram muito doentes. Imaginem-se os inúmeros estados de *witsixuki*⁴³ que tal escassez teria provocado, facilitando a aproximação patogênica dos *apapaatai*⁴⁴. É claro que o *witsixuki* não é diretamente causado pela fome, como vimos acima, mas quando alguém está com fome sua atenção sobre alimentos é de fato bem maior do que quando não tem fome. Para o único caso crônico de doença — que resultou em morte — diagnosticou-se a ação simultânea de *apapaatai* (especificamente o *apapaatai* ‘dono’ do peixe *ukixá-kumã*) e daquele *yãu opotalá* que estava escondido na lagoa *Piyulaga* para espantar os peixes. Embora estivesse em um local distante da vítima, o *yãu opotalá* estava deixando a criança ‘como um peixe fora d’água’, ‘respirava, mas não tinha ar para ela’.

Como a criança não apresentava melhora da sua pneumonia, levaram-na para o Posto Leonardo, onde ela aparentemente recobrou sua saúde, pois, conforme seu avô, ela já estava longe do local de abrangência daquele *yãu opotalá*. Assim, com as forças recuperadas, a criança já poderia voltar para *Piyulaga*. Mas algo inesperado veio a acontecer no Leonardo: a criança morreu subitamente no colo da mãe, na sala de espera da enfermaria. Houve múltiplos agentes envolvidos na sua morte: o ‘dono’ do *ukixá-kumã* (pois seu pai, que estava em Canarana, tinha comido desse peixe considerado *kanupá*, i.e., tabu); o *ivejekui* (alma do morto) de uma mulher *kuikuro*, que tinha morrido anos antes naquele mesmo local, estava gostando da criança e, por isso, queria a sua alma como companhia (uma parte dela pelo menos, ou mais possivelmente o seu *ivejekui*); por fim, um outro *yãu opotalá* que estava escondido nas imediações do Posto (p.303).

A experiência dos Waurá remete-nos para a importância de entendermos as diversas faces do feitiço e sua vinculação com a ocorrência de doença e morte infantil. Segundo o autor, o *iyãu opotalá* pode tornar os tubérculos de mandioca fracos, apodrecer as frutas, trazer nuvens de insetos, porque ele interage com outros seres. Seu poder tem força nas imediações em que ele encontra-se fisicamente.

Entre os Ticuna, as doenças e mortes podem ser fruto da ação de um feitiço, por não compartilhar sua boa sorte; isto é, tendo acumulado bens e melhorado sua condição de vida, nega-se a partilhar, tornando-se alvo de ‘inveja’ dos outros. Nestes casos, o feitiço parece funcionar como um mecanismo informal de controle social. O

⁴²O feiticeiro produz um vetor letal, o *iyãu opotalá* (*iyãu* traduz-se por “gente” e *opotalá* por “vil”) (BARCELOS NETO, 2006, p.295).

⁴³Toda doença tem seu início em um estado decorrente de um desejo alimentar não satisfeito de imediato, conhecido por *witsixuki* (BARCELOS NETO, 2006, p.300).

⁴⁴*Apapaatai* são denominados os seres prototípicos da alteridade, basicamente caracterizados por animais e monstros “mascarados” (BARCELOS NETO, 2006, p.300).

feiticeiro, ao perceber a insatisfação de grupos opostos, pode fazer o feitiço por contra própria ou por solicitação de outro (ERTHAL, 1998).

LAPLANTINE (2004) utiliza o modelo aditivo para explicar a experiência da doença em termos de intrusão de um mal no corpo da pessoa. Neste caso, a doença é avaliada como uma positividade inimiga, atribuída a uma ação deliberadamente agressiva de um feitiço.

Para ilustrar sua argumentação, o autor destaca que entre os baulês da Costa do Marfim os malefícios dos feiticeiros produzem um quadro clínico caracterizado pela trilogia: anorexia, astenia e insônia.

Durante a pesquisa, ficou evidente que, apesar dos Kaiowá e Guarani mencionarem o feitiço como um esquema interpretativo de causalidade, todos os relatos faziam menção ao passado.

É importante ressaltar que poucos Kaiowá e Guarani sentiram-se à vontade para falar sobre este assunto. Quando relatavam um caso de feitiço, as descrições eram rápidas e gerais e, na maioria das vezes, já estavam vinculadas a um discurso contrário a essa causalidade.

LÓPEZ (2000) explica que, entre os Guarani, o feitiço é um objeto de difícil aproximação; eles não gostam de falar sobre esse tema, pelo receio que têm do feitiço.

Esta dificuldade é também descrita por CARMEM JUNQUEIRA (2005) entre os Kamaiurá. A autora explica que quase ninguém gosta de falar detalhes ou mesmo comentar sobre o feitiço, e as poucas respostas são quase sempre evasivas,

vagas: “hoje em dia não existe mais feiticeiro, antigamente, sim, mas foram todos mortos” (p.299).

É necessário ressaltar que, apesar dos relatos recolhidos não permitirem uma análise mais detalhada sobre a relação do feitiço com a desnutrição infantil, sua discussão nesta tese foi no sentido de chamar atenção para a existência desse esquema de causalidade e pela possibilidade desta relação ser objeto interpretativo utilizado, ainda hoje, por alguns Kaiowá e Guarani.

Não descartamos a hipótese de os comentários genéricos e os momentos de silêncio serem formas de evitar expor situações de conflito e seus desdobramentos.

Esse conjunto de fatores, às vezes, pode nos deixar em dúvida quanto à existência do feitiço e do feiticeiro, como ressalta a antropóloga CARMEM JUNQUEIRA (2004) no final de seu artigo ‘Pajés e feiticeiros’, “diversas vezes eu mesma me perguntei se é real a existência do feiticeiro ou se estamos apenas presenciando crises de disputa política acirrada numa sociedade que não conta com uma área bem articulada que torne legítimo e explícito o duelo de palavras entre opositores (p.302).

Para reforçar sua argumentação, a autora faz referência ao texto de Girard (1990), para explicar que na falta desse espaço para a discussão, a morte, que é a maior violência que o indivíduo pode experimentar, instaura ela mesma uma seqüência interminável de violência.

Outro tema que de forma importante também apareceu como explicação da causalidade da desnutrição infantil entre os Kaiowá e Guarani refere-se à distribuição de uma cesta de alimentos pela FUNASA, mensalmente, para as famílias que tenham crianças desnutridas.

Para ilustrar essa argumentação, segue um fragmento do registro de campo:

Durante conversa com a senhora Carmina, faço o seguinte questionamento: por que há desnutrição entre as crianças? Ela rapidamente explica que “o problema é do fornecedor”. Sem saber ao certo o que era fornecedor, decido perguntar: fornecedor? Como assim? Ela responde: fornecedor da cesta, antes da cesta tinha oito crianças desnutridas e agora tem vinte e três. Não tem roça, deixa a criança desnutrida para ganhar cesta.

Durante a pesquisa de campo, houve outros comentários que seguiam esta mesma direção. As interpretações mostraram-se altamente delicadas. Primeiro, porque os discursos dos próprios Kaiowá e Guarani pareciam vir carregados de um forte componente externo, que simplesmente culpabilizam esse povo pela persistência da desnutrição e a baixa resolutividade das ações. Segundo, porque essa relação pode ser interpretada com base na perspectiva da reciprocidade e seu sentido dialético: a distribuição da cesta de alimento assume um caráter de troca.

No que se refere à primeira argumentação, essa postura tem servido para atribuir uma ‘vitalidade’ ao discurso da sociedade nacional e justificar suas ações incipientes e pouco efetivas, além de apontar os Kaiowá e Guarani como responsáveis pela situação nutricional das crianças.

BRAND e PÍCOLI (2006) apresentam um fragmento do manifesto elaborado pela Comissão de Direitos Indígenas do Povo Kaiowá e Guarani durante a ocorrência de mortes de crianças por desnutrição ocorridas em 2005. O manifesto traz elementos para repensarmos a situação de desnutrição infantil e sua inter-relação com outros elementos, na maioria das vezes, desconsiderados por órgãos governamentais na discussão e elaboração de estratégias.

perda da terra, que leva à desorganização da nossa economia, do nosso jeito de produzir, de nos alimentarmos e de organizarmos as nossas famílias (...). Esse assunto não pode ser discutido como se fosse um problema simplesmente de 'dar comida aos índios'. Também não se pode dizer que a responsabilidade das mortes é por causa da nossa cultura, sentimos indignados por não estarmos sendo ouvidos e respeitados em muitos aspectos do nosso ser (...) temos o direito (...) de exercer nossa autonomia, sendo ouvidos na estruturação de políticas para nossos povos (p.796).

Percebe-se, portanto, que a discussão dessa temática é altamente complexa porque envolve um conjunto de fatores (fundiária, social, ambiental) que é desconsiderado e substituído por ações assistenciais que não conseguem efetivamente chegar ao âmago das questões de segurança alimentar.

No texto 'Sistema em transição', COIMBRA e col. (2006) mencionam a inviabilidade da discussão sobre a saúde indígena sem que se estabeleça a relação com a questão fundiária e nutricional.

Outra questão levantada pelos autores refere-se à “ausência de ações intersetoriais capazes de garantir, por exemplo, segurança alimentar e adequadas condições de saneamento” (p.143).

A articulação intersetorial está sendo reivindicada pelos povos indígenas, como se observa na frase do índio Mairawê Kaiabi em entrevista ao ISA (2006) “cuidar da saúde não é só tomar remédio. É também cuidar da terra (...) não adianta a gente só ficar aí cuidando da saúde isoladamente, ter um médico aqui para dar remédio, não é só isso. Esse espaço de manter os nossos produtos é uma coisa tão importante” (p.28).

No que se refere à distribuição da cesta de alimentos e sua repercussão sobre o estado nutricional, há controvérsias, como explicam estudiosos (FÁVARO e col., 2007; MONTEIRO, 2003). Segundo os autores, a cesta básica de alimentos deveria

ser utilizada apenas em condições excepcionais e devidamente justificadas, uma vez que sua expansão desmedida, ao contrário do que talvez indique o senso comum, implicaria apenas consumir recursos que poderiam faltar para ações sociais melhor justificadas e mais eficientes.

FÁVARO e col. (2007), ao investigarem a situação de segurança alimentar⁴⁵ de famílias Teréna do Estado de Mato Grosso do Sul, destacam a sua complexa rede causal. Alertam que o acesso aos alimentos por uma parcela da população nem sempre representa que tais famílias e suas crianças estejam protegidas, sobretudo, porque existe ainda a possibilidade de elas estarem sendo mantidas em razão do recebimento da cesta básica de alimentos.

Por outro lado, a distribuição da cesta de alimento assume um caráter de troca, no entendimento da dimensão política da troca de dádivas, já que é um benefício apenas para os grupos familiares que tenham crianças desnutridas. Esta perspectiva parece envolver diferentes dimensões da reciprocidade.

Neste caso, como explica o antropólogo MARCOS LANNA (2000), ao discutir a tese principal do Ensaio de MARCEL MAUSS (1983), o constante dar e receber é central no entendimento da constituição da vida social.

Segundo o autor, dar e retribuir são obrigações, mas organizadas de modo particular em cada caso. Daí a importância de entendermos como as trocas são concebidas e praticadas nos diferentes tempos e lugares, de fato que elas podem tomar formas variadas, da retribuição pessoal à redistribuição de tributos (p.175).

⁴⁵ Segurança alimentar pode ser conceituada como “O acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como princípio práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam sociais, econômicas e ambientalmente sustentáveis (FÁVARO, e col., 2007, p.785).

Ainda tendo por base essa perspectiva, ZALUAR (1997) assinala que MAUSS (1983) tinha clareza dos aspectos negativos e ambivalentes na concepção do dom. A ambivalência do dom é representada por conotações sugeridas pela sua raiz grega *dosis*, relacionada à dose, a veneno que deveria ser administrado cautelosamente. Neste sentido, elevadas doses, quando o recebedor não tem condições de retribuir, chegam a ser perigosas e falsas como no ‘presente de grego’.

Há que se considerar o recurso do poder como inerente ao dom. Para ilustrar sua argumentação, a autora recorre ao exemplo dos rituais de exibição de *status*, que garantem uma posição de prestígio e poder ao doador, enfatizando que o dom não é puro desinteresse nem absoluta generosidade, mas seu caráter interessado é muito mais simbólico do que material.

Para a autora,

a reciprocidade e o dom em circuitos simétricos e assimétricos da troca, porque são a base ou o cimento de qualquer sociabilidade, não se restringiram, como sugeriu o próprio MARCEL MAUSS (1983), às sociedades ditas tribais ou primitivas. Os circuitos específicos das sociedades modernas e contemporâneas, nas suas conseqüências econômicas e políticas, assim como nos seus aspectos positivos e negativos, têm sido cada vez mais objeto de análise de inúmeros autores, em diferentes campos sociais: no cuidado médico, na doação de sangue e de órgãos, na política fiscal do Estado, nos diversos movimentos sociais (p.09)

As reflexões da autora - elaboradas em sua maioria no estudo sobre a atual situação de violência urbana, a sociabilidade e a política nos bairros populares do Rio de Janeiro - têm apontado as diferentes formas e circuitos de reciprocidade (moderna, do mercado, do Estado e tradicional).

Vale notar que o Estado é apontado como o catalisador de inúmeros circuitos de reciprocidade e solidariedade que necessitam definição. Para a autora,

“trata-se da reaproximação entre o social e o político, ou da repolitização dos laços sociais, ligando-os aos direitos sociais e à cidadania” (ZALUAR, 1997, p.12).

ZALUAR (1997) traz, para esta discussão, a argumentação de estudiosos que sugerem a substituição de uma visão estritamente jurídica de igualdade e direitos por uma prática argumentada e publicamente discutida das políticas sociais que mude o quadro da distribuição do poder político.

A autora critica, portanto, as teorias distributivas e utilitaristas de justiça social que consideram o cidadão como sujeito passivo; isto é, mero receptor do que é distribuído pelas agências públicas.

No caso dos Kaiowá e Guarani, esta discussão deve considerar a análise dos contextos históricos e sociais mais amplos que, durante décadas, trataram de desconsiderar as redes locais de reciprocidade e reforçar a dependência do Estado, através de ações meramente assistenciais.

Por último, o esquema interpretativo de causalidade da desnutrição para os Kaiowá e Guarani contrapõe-se à compreensão de doença, explicando-a segundo fatores naturais do próprio corpo da criança. Para ilustrar, apresentamos um fragmento do caderno de campo:

“Um tempo a FUNASA dizia que a mãe não cuida da criança, mas como não cuida se leva a criança para a igreja, na cidade, na casa do parente e dá o peito em qualquer lugar. O “branco” [não-indígena] sai e deixa a criança com a babá”.

Em seguida, faz o seguinte questionamento: “como dois de meus sete netos podem ser desnutridos, se cuido melhor do que cuidei dos meus filhos?” Sua explicação foi a seguinte: “é da natureza da criança”.

Esta argumentação é utilizada pelos Kaiowá e Guarani para explicar a desnutrição de suas crianças, mas não se aplica a todos os casos de desnutrição indiscriminadamente.

Segundo a lógica dos Kaiowá e Guarani, há um entendimento de que a desnutrição de determinadas crianças é parte do seu crescimento normal. Deste modo, mesmo recebendo uma atenção permanente do seu grupo de parentes, essas crianças não terão seu estado nutricional revertido, o qual não trará implicações negativas na formação social da criança.

Esse entendimento tem como pano de fundo a leitura cultural no reconhecimento de que a experiência do corpo, sua saúde e sua doença, não é ditada, exclusivamente, pelas condições biológicas, mas também pelas condições culturais e simbólicas.

BUHELLIT (1991) lembra-nos que os estudos realizados junto a sociedades tradicionais pela escola francesa da antropologia da doença demonstram a estreita ligação entre os acontecimentos de ordem biológica, de ordem social e a forma como os indivíduos pensam o ordenamento do seu universo.

A autora afirma que

nas sociedades não ocidentais, a aparição da doença, assim como o advento de um infortúnio, individual ou coletivo, que não constituem categorias separadas do ponto de vista da causalidade, inscrevem-se num dispositivo de explicação que remete ao conjunto das representações do homem, de suas atividades em sociedade e de seu meio natural. A doença não é, neste caso, pensada - e nem pode ser analisada fora de seu suporte (o indivíduo) e fora do seu contexto, ou seja, não somente as conjunturas específicas (pessoais, históricas, etc.) que presidem à aparição de uma doença, como também as representações do mundo natural e das forças que o regem, as representações da pessoa e, por fim, as modalidades de relação entre mundo humano, mundo natural e mundo sobrenatural. Toda interpretação da doença é, assim, imediatamente inscrita na totalidade de seu quadro sócio-cultural de referência” (BUCHILLET, 1991, p.25).

MAUSS (2003) contribui para essa discussão ao trazer a noção de técnicas corporais⁴⁶. Inicia, portanto, um diálogo entre as ciências sociais e a biomedicina em favor das discussões que valorizem as dimensões biológicas, psicológicas e sociais na constituição humana.

O autor passa a considerar o corpo como objeto de preocupação da etnologia e promover uma ruptura com a visão preponderante no campo da biomedicina e também no campo das ciências sociais.

De forma semelhante, a teoria de GEERTZ (1989) argumenta em favor do desenvolvimento cultural, mais do que um ingrediente acrescentado a um ‘animal acabado’. Explica que a cultura participa ativa e intensamente na produção desse mesmo animal.

Soma-se a isto, a contribuição das relações entre os vários aspectos da existência humana, através de uma análise na qual os fatores biológicos, psicológicos, sociológicos e culturais possam ser percebidos como variáveis de um sistema unitário.

GEERTZ (1989) faz, portanto, críticas às leituras Iluministas e da Antropologia Clássica que definem a natureza humana a partir da construção de tipologias. A primeira busca o homem natural, desconsiderando seus elementos culturais. A segunda deseja construir o ‘homem consensual’, isto é, uma base cultural consensual entre os homens. Nelas, observa-se o mesmo processo implícito de tornar secundárias as diferenças entre grupos de indivíduos e indivíduos dentro dos grupos. A diferença entre os homens, segundo essas perspectivas, passa a ser vista como um desvio do tipo normativo.

⁴⁶ Para MAUSS (2003, p. 401) são técnicas corporais “as maneiras pelas quais os homens de sociedade em sociedade, de uma forma tradicional, sabem servir-se de seus corpos”.

Contra-argumentando, o autor propõe que para apreendermos a essência da cultura e dos diferentes indivíduos que estão nela imersos é preciso compreender os detalhes e ir além das comparações vazias.

Para o autor, a apreensão do verdadeiro e consistente conceito de natureza humana dá-se apenas na compreensão da variedade do existir humano.

Nas palavras de GEERTZ (1989),

quando vista como um conjunto de mecanismos simbólicos para controle do comportamento, fontes de informação extra-somáticas, a cultura fornece o vínculo entre o que os homens são intrinsecamente capazes de se tornar e o que eles realmente se tornam, um por um. Tornar-se humano é tornar-se individual, e nós nos tornamos individuais sob a direção de padrões culturais, sistemas de significados criados historicamente em termos dos quais damos forma, ordem, objetivo e direção às nossas vidas. (...) O homem não pode ser definido nem apenas por suas habilidades inatas, como fazia o iluminismo, nem apenas por seu comportamento real, como o faz grande parte da ciência social contemporânea, mas sim pelo elo entre eles, pela forma em que o primeiro é transformado no segundo, suas potencialidades genéricas focalizadas em suas atuações específicas (p.37-38).

O autor ressalta a necessidade de superação de uma concepção estratificada das ciências e da visão fragmentada do processo de constituição do ser humano. Neste sentido, para que haja a construção de um conhecimento integral do homem, as diversas ciências devem mudar sua forma de se relacionarem umas com as outras. Devem, portanto, associar a análise dos aspectos físicos, sociais, psicológicos e culturais do homem; cada qual parte inseparável da complexidade terrificante (GEERTZ, 1989).

Adotando esta perspectiva, é possível chegar a uma descrição do conjunto de interpretações simbólicas através dos quais os Kaiowá e Guarani e indivíduos dentro de suas parentelas percebem o processo saúde/doença.

Há que se reconhecer que o estado nutricional abrange dimensões biológicas e sócio-culturais que processam significados construídos a partir da experiência particular dos Kaiowá e Guarani.

Embora as inúmeras explicações de doenças infantis entre os Kaiowá e Guarani sigam este raciocínio, os serviços de saúde, na maioria das vezes, tomam essas interpretações como parte da crença desse povo.

Durante a pesquisa de campo, percebemos que nos serviços de saúde, quando se fala em desnutrição, há tendência a associá-la a um fenômeno fisiopatológico, que tem por base o paradigma da biomedicina.

Vê-se, portanto, que a discussão dos esquemas interpretativos de causalidade da desnutrição, assim como de outras doenças infantis, representa um enorme desafio ao delineamento no campo da saúde; uma vez que as relações entre biológico e cultural ainda estão distantes da perspectiva proposta por GEERTZ (1989).

Para finalizar, apresentamos uma descrição da fome a partir de diferentes olhares, realizada por Jonsson (1986) e rememorada por VALENTE (2003) em seu artigo 'Fome, desnutrição e cidadania: inclusão social e direitos humanos'.

Nas palavras do autor,

o profissional da saúde 'enxerga' desnutrição e doença e propõe vacinação, saneamento, aleitamento materno, etc. O agrônomo 'diagnostica' falta de alimentos e propõe maior produção de alimentos, ajuda alimentar, etc. O educador vê 'ignorância e hábitos alimentares inadequados' e propõe educação alimentar. Os economistas clássicos 'identificam' má distribuição de alimentos e propõem uma melhor política fiscal, geração de emprego e renda, etc. Os planejadores diagnosticam 'falta de coordenação' e propõem a criação de conselhos de alimentação e nutrição e capacitação.

Infelizmente, o debate atual reflete exatamente o mesmo problema. As pessoas não estão falando sobre diferentes realidades, mas sim estão olhando para o mesmo Brasil com diferentes olhares, mais grave é que a adoção de somente um dos olhares, seja qual for o escolhido, dificilmente levará à elaboração de políticas, programas e ações que efetivamente reduzam o sofrimento das pessoas que hoje vivem a realidade diuturna da fome, da insegurança alimentar, da desnutrição, e da desumanização nelas embutida (p.52-53).

4.2 SOBRE O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

A seguir apresentamos algumas experiências dos itinerários terapêuticos utilizados pelos Kaiowá e Guarani. A nossa intenção não é referendar a exclusividade do sistema de saúde desse povo, nem do sistema biomédico, mas problematizar a necessária interculturalidade.

Ao trazermos a noção de interculturalidade para embasar as discussões subseqüentes, destacamos a sua complexidade, uma vez que além do necessário respeito às diferenças entre as culturas é preciso compreender que no interior de uma mesma cultura há uma riqueza de perspectivas e entendimentos, que não podem ser reduzidos a um único código.

As reflexões emergentes deste campo reforçam a argumentação de que, no interior da aldeia, há clivagens políticas, sociais e religiosas, que atuam no sentido de legitimar a sua perspectiva e buscar um acúmulo de alianças possíveis.

REINALDO FLEURI (2003) em seu artigo 'Intercultura e educação' destaca que para além da polissemia terminológica utilizada na discussão da noção interculturalidade, é preciso compreender a sua

complexidade (para além da pluralidade ou da diversidade) e a ambivalência ou o hibridismo (para além da reciprocidade ou da evolução) dos processos de *elaboração de significados nas relações* intergrupais e intersubjetivas, constitutivos de campos identitários em termos de etnias, de gênero e de movimento social (p.23, itálicos do autor).

Aproximando-se desta perspectiva e assumindo que há uma complexa rede de relações e contraposições entre os grupos no interior da aldeia, com elementos subjetivos e identitários peculiares, destacamos a necessidade de considerar os diferentes entendimentos de saúde, doença e morte infantil por eles adotados.

Deste modo, propomos recuperar os elementos que mobilizaram os Kaiowá e Guarani no itinerário terapêutico, tendo o cuidado de considerar as mediações de cada grupo.

Segundo BUCHILLET (1991), itinerário terapêutico é definido como sendo “um conjunto de processos implicados na busca de um tratamento, desde a constatação de uma desordem, passando por todas as etapas institucionais (ou não), onde podem se atualizar diferentes interpretações (paciente, família, comunidade, categorias de curadores etc.) e curas” (p.28).

Nesta definição estão implícitas duas questões, as quais consideramos essenciais para as análises subseqüentes: a pluralidade dos sistemas de saúde e o processo de negociação interpessoal.

PRESS (1980) explica que num contexto de interação, seja ele adverso ou não, a troca de técnicas e conhecimentos sobre um recurso terapêutico produz outra realidade, caracterizada pela existência simultânea de inúmeras práticas, conhecidas na antropologia como: pluralismo médico, pluralismo dos sistemas de saúde, entre outros.

Semelhante à argumentação anterior, KLEINMAN (1980) comenta que o pluralismo permite que as pessoas e seus grupos familiares procurem por tratamentos dentro dos vários sistemas, simultaneamente ou não.

KLEINMAN destacou-se como um dos principais representantes da corrente interpretativista na antropologia médica, por fornecer subsídios teóricos e metodológicos para a compreensão dos fatores culturais relacionados à saúde. Nesta abordagem, os conceitos de saúde e doença são reconhecidos como fenômenos complexos, por entrelaçarem tanto aspectos biológicos quanto sociológicos, econômicos, ambientais e culturais. Dessa maneira, as percepções, interpretações e ações de produção da saúde são culturalmente construídas.

O impulso dado à análise da saúde e da doença como fenômenos complexos favoreceu estudos em contexto interétnicos. Entre os estudos no campo da saúde dos povos indígenas destacam-se FOLLÉR (2004) e LANGDON (2005).

FOLLÉR (2004) propõe que o espaço produzido pela existência de diferentes sistemas de saúde que coexistem pode ser analisado por meio da noção de intermedicalidade. Segundo a autora, esses sistemas estão interagindo de várias formas, ora adaptando-se mutuamente ora competindo, tanto na prática quanto na teoria, e dependem das estruturas de poder e das pessoas envolvidas, resultando em um processo de reconstrução de conhecimentos.

Dentro desta lógica, o pluralismo deve ser entendido como o resultado de relações sociais que transcendem escolhas individuais. Estas relações exercem influências sobre as escolhas, orientam, favorecem ou penalizam as decisões.

É preciso lembrar que LÉVI-STRAUSS, em 1963, já mencionava o fato dos discursos sobre a saúde e a doença manifestarem concepções da sociedade como um todo. Para o autor, o adoecimento e os mecanismos terapêuticos devem ser considerados como elementos para a compreensão da cultura de um povo, a qual se transforma nas relações entre os indivíduos e a sociedade.

Nestes termos, a investigação do itinerário terapêutico não pode ser apreendida por uma abordagem centrada no sujeito, estritamente individual. Isto conduziria a uma interpretação reducionista e negligenciaria o processo de negociação.

Uma das formas de evitar tal modo de interpretação é considerar o sujeito como alguém que negocia seu conhecimento e sua experiência com os outros.

Tomando esta lógica como referência, assumimos a hipótese de que as explicações sobre os itinerários terapêuticos entre os Kaiowá e Guarani permitem elucidar a compreensão das relações entre as pessoas e a sociedade, assim como entre os sistemas de saúde, indígena e biomédico.

Neste processo de negociação pode haver visões discordantes sobre a escolha terapêutica, uma vez que as pessoas podem ter conhecimentos diferenciados.

O processo de negociação no interior da parentela não está isento de conflitos, principalmente intergeracionais, os quais parecem surgir a partir da dissonância entre o conhecimento do jovem e do velho⁴⁷. Nos relatos, é possível reconhecer a importância da palavra na orientação do itinerário terapêutico e a reivindicação da legitimação desse domínio pelo velho.

Percebe-se, no entanto, que o domínio da experiência do velho tem reduzida expressão no reconhecimento e no desenrolar das situações de saúde atuais, uma vez que os jovens parecem dar pouca atenção às orientações e as palavras dos velhos: *“os jovens estão criando seus filhos no escuro”, “as mães novas não conseguem reconhecer a doença”,*

⁴⁷ PEREIRA (2004) explica que “as transformações atuais alimentam a distinção entre pessoas consideradas modernas e tradicionais, ou como denominam os Kaiowá, entre o ‘novo’ e o ‘antigo’ (...). O comportamento modernizante dos jovens é considerado, de maneira geral, extravagante e contrário à efetivação da tradição, mas a própria parentela do jovem, principalmente seus parentes próximos, tendem a ser tolerantes com esse tipo de comportamento” (p. 327-328).

“a geração de hoje não escuta como antigamente”, “(a mãe jovem) perde tempo no Posto (de Saúde) tem que procurar remédio do mato (para tratar a diarreia da criança)”.

Interessante notar que os conflitos entre jovens e velhos datam de séculos passados. PEREIRA (2004), nas análises históricas sobre os tupinambás, comenta haver registros de velhos reclamando do comportamento de jovens abertos às mudanças e propensos a abandonar o caminho ou o exemplo dos antepassados.

Segundo o autor, nos relatos das histórias de vida do cabeça de parentela e de líderes religiosos Kaiowá, há referências de comportamento no tempo em que eram jovens, semelhantes aos dos jovens de hoje, e tais “relatos são finalizados com frases do tipo: isso é coisa do tempo ou do estilo de vida das pessoas jovens – *mitãkuera porte*” (p.328).

É necessário destacar também que identificamos situações nas quais os jovens Kaiowá e Guarani reconheciam a importância das palavras ditas pelos velhos na condução do itinerário terapêutico, isto é, segundo os preceitos do modo de ser Guarani.

Neste sentido, as relações que cada Kaiowá e Guarani estabelecem com a sua cultura e com outras culturas para a definição do itinerário terapêutico são marcadas por ações pedagógicas que permitem a construção de sua alteridade.

MELIÀ (1999) explica-nos que “essa alteridade confunde-se com a constituição da pessoa, com a sua construção e o seu ideal. Os ideais das pessoas, os *patterns* – prescindindo de qualquer tendência funcionalista – não se fixam em estereótipos nem fotocópias” (p.12).

Dentro desta lógica, consideramos que os aspectos simbólicos constitutivos da diferença entre as gerações produzem situações que podem ser entendidas como

uma forma de expressão que os Kaiowá e Guarani encontram para expor suas idéias e ao mesmo tempo procuram negociá-las, recriando sua cultura frente às transformações atuais.

Trazendo esta argumentação para o campo da saúde, aceitamos a evidência de que as transformações, principalmente pela relação com o sistema biomédico, têm criado diferentes situações de interação que, conseqüentemente, promovem destinos divergentes.

Assim, antropólogos constataam que os povos definem, categorizam e orquestram os novos modos de agir sem, no entanto, deixar de invocar sua estrutura cultural (SAHLINS, 1997). Esses modos de agir dos jovens e dos velhos podem ser entendidos como arranjos que os Kaiowá e Guarani utilizam para mobilizar a adesão das pessoas para ações coletivas.

O estudo aponta que os Kaiowá e Guarani acionavam elementos de seu sistema cultural para descrever o itinerário terapêutico, mas dado o seu caráter inconsciente, nem sempre eram percebidos por eles.

O fragmento apresentado a seguir é ilustrativo do caráter inconsciente do Kaiowá e Guarani em relação à utilização do recurso terapêutico:

Numa das visitas à casa de Madalena, encontrei Claude, seu esposo. Ele estava em casa, porque sentia fortes dores na coluna que o impediam de trabalhar.

Madalena tinha saído para buscar lenha nas redondezas. Pelo convívio que eu tinha com aquela família, principalmente com Madalena e seus filhos, decidi aguardar a sua volta. Sentei-me e conversamos um pouco.

*Claude comenta que quase todas as plantas têm seu valor medicinal, mas hoje as pessoas não se interessam, porque têm os medicamentos do Posto de Saúde. Para reafirmar sua argumentação, disse que **“quando a gente fica doente logo procura o Posto”** (...) **“eu estou com dor na coluna e procurei o remédio do Posto”**.*

Percebo que a sua fala segue a direção do uso dos remédios caseiros como prática do passado e, atualmente, pouco utilizado.

É interessante notar que no decorrer da nossa conversa, enquanto segurava sua filha de quatro anos em seu colo, disse que duas de suas filhas estavam gripadas e tomavam um remédio caseiro para “cortar a gripe” e só levaria no Posto de Saúde caso não observasse regressão da doença. Pude observar que a criança que estava em seu colo apresentava tosse e espirros.

Nos dias seguintes, realizei visitas domiciliares para acompanhar o itinerário terapêutico no tratamento das crianças. O estado de saúde das crianças estava controlado, tanto que rapidamente evoluiu para a cura, sem que tenha sido necessária a procura pelo serviço de saúde. Provavelmente, as crianças estavam resfriadas, pela forma amena como os sinais e sintomas se apresentavam.

Durante nossa conversa, Madalena conta que procurou a planta no mato, refere que o conhecimento e a crença no remédio devem começar no momento da procura pela planta. Comenta que aprendeu a fazer o remédio caseiro com outras mulheres da aldeia. A fala de Madalena evidencia uma representação específica, forte e enraizada no sistema cultural de saúde de seu povo.

Nota-se que para ambos o remédio caseiro tem sua representação terapêutica, sendo acionado como elemento de seu universo simbólico. Há, no entanto, que se considerar que por estar diretamente ligado à atividade cotidiana e, portanto, ser de difícil abstração, nem sempre é considerado como um recurso representativo do itinerário terapêutico para as pessoas que o utilizam.

Sobre este assunto, SARTI (2001) comenta que “o costume passa a ser visto como da ordem da linguagem, pois os agentes não têm consciência de suas regras. Assim como a gramática da língua não é percebida pelos falantes, tampouco a gramática da vida social, pelos seus agentes. Há algo oculto, a ser buscado pela investigação científica” (p.03).

Neste sentido, as nossas observações procuraram apreender as referências simbólicas, entendidas como a expressão das características psicossociais mencionadas pelos Kaiowá e Guarani.

Sobre a expressão das características psicossociais, LÉVI-STRAUSS (1963), no seu estudo intitulado O feiticeiro e sua magia, traz uma importante contribuição para a discussão do itinerário terapêutico. Para o autor, a pessoa reconhece sua doença quando da prática de um feitiço, porque os seus valores culturais e cosmológicos são compartilhados por seu grupo de parentes. Na estrutura do sistema de cura devem ser considerados os seguintes elementos:

a crença do feiticeiro na efetividade de suas técnicas (...), a crença do doente ou da vítima de feitiço no poder do feiticeiro (...) a fé e as expectativas do grupo em relação ao feitiço e o feiticeiro, na medida em que esses sentimentos constantemente atuam como uma espécie de campo gravitacional no interior do qual a relação entre feiticeiro e paciente está localizada e definida (p.168).

Dentro dessa lógica, a escolha da planta até o preparo do remédio caseiro deve ser acompanhado de todo o conhecimento de seu sistema de saúde, para que o potencial terapêutico da planta seja utilizado.

O uso da planta como recurso medicinal está longe de poder ser explicado pelas propriedades estritamente médicas que lhe são atribuídas. Existe, certamente, uma ordem de elementos mais complexa e inerente ao sistema de saúde que o incorpora (LAPLANTINE, 2004).

Sendo assim, a utilização do remédio caseiro como escolha terapêutica não deve ser tomada como costume despendido de seu valor cultural e social. É importante compreender não só o que o Kaiowá e Guarani pensa sobre o remédio, mas também considerar o contexto cultural no qual ele o representou.

A seguir, apresentamos outro fragmento de campo que ilustra o itinerário terapêutico:

As visitas domiciliares com os agentes indígenas de saúde são sempre muito interessantes, ora pela observação de situações de saúde e das escolhas terapêuticas realizadas pelos grupos familiares visitados, ora pelas experiências compartilhadas no caminho do Posto de Saúde até a casa da família.

No terceiro dia em que acompanho a AIS Eugênia nas suas atividades de trabalho, ela disse-me que quando seu filho tinha quatro meses de idade, ficou oito dias internado no Hospital de Caarapó por desidratação e diarreia persistente. Após a alta hospitalar, ela refere que a criança sarou apenas quando foi levada ao rezador, que rezou por três sextas-feiras consecutivas e fez um remédio caseiro.

Interessante notar que, embora tenha recorrido à biomedicina no tratamento de seu filho, sua compreensão de cura parecia estar vinculada ao sistema de saúde de seu povo.

A análise deste relato fez emergir alguns questionamentos: como aquele grupo familiar, aqui representado pelo relato da mãe, entende a cura da doença da criança? Quais as estruturas lógicas envolvidas?

Neste caso, é preciso considerarmos que tanto a saúde como a representação da cura da doença infantil estão inseridas em um contexto cultural, onde os elementos simbólicos e a subjetividade têm forte expressão.

Pode-se afirmar que o itinerário terapêutico é orientado por princípios pragmáticos, cujo objetivo central é a cura da doença. No caso descrito anteriormente, o grupo familiar da criança acionou primeiramente o sistema biomédico e em seguida o sistema de saúde de seu povo.

A utilização de mais de um recurso terapêutico para um mesmo evento particular de doença infantil é muito comum entre os Kaiowá e Guarani, uma vez que procuram permanentemente avaliar a eficácia do recurso na cura da doença.

Esta argumentação pode ser comparada à noção de eficácia terapêutica descrita por BUCHILLET (1991). Este termo recobre áreas mais amplas do que a simples ausência de sintomas objetivada pela biomedicina.

Para a autora, o uso pragmático dos serviços de saúde colocados à disposição dos povos indígenas é considerado por oferecer uma rápida diminuição dos sintomas, sem que haja nesse uso uma negação de seu próprio sistema de tratamento.

É importante destacar que a cura da doença da criança esteve vinculada ao especialista em cura do seu sistema de saúde, conhecido entre os Kaiowá e Guarani como *ñanderu* e rezador.

Para ilustrar como os Kaiowá e Guarani concebem o *ñanderu*, apresentamos um fragmento da fala de um professor:

“Ñanderu era a figura que tinha poderes sobrenaturais (...) ficava dois, três dias rezando (...) conseguia contato com o sobrenatural (...) tinha o poder da revelação, de saber os males das pessoas. Não para curar de fato, ultrapassa a dor física, é espiritual”. Comenta que nos dias de hoje não existe mais essa pessoa. Compara ñanderu a uma pessoa santa.

Nessa direção, PEREIRA (2004) classifica os especialistas em cura em três categorias: o cacique *ñanderu*, extremamente raro hoje em dia; o rezador que conhece, parcialmente, as formas e aplicabilidade das rezas e o cacique *ngua*, conhecido como cacique falso, que quer apenas enganar e tirar proveito da crença alheia.

Embora a procura pelo rezador tenha sido mencionada pelos Kaiowá e Guarani, percebe-se que atualmente sua figura é pouco expressiva. As pessoas que se

autodenominam rezadores e assim são reconhecidas pela comunidade não têm prestígio interno. Segundo relatos, isto se deve à reduzida confiança na eficácia terapêutica deste especialista, que é na maioria das vezes classificado como cacique falso.

Se por um lado o especialista em cura passa a ter reduzida expressão nos dias de hoje, por outro lado os Kaiowá e Guarani continuam atribuindo importância crucial às atividades religiosas como resposta às transformações provocadas pelo contato.

PEREIRA (2004) corrobora as constatações de Schaden (1974) sobre o papel central do xamã⁴⁸ nos momentos de crise da vida social dos Kaiowá e Guarani. No entanto, o contato interétnico inaugura crises sem precedentes e o xamã ao ser solicitado não consegue oferecer respostas favoráveis para os problemas. Como consequência, o xamã, assim como o modelo religioso tradicional perde sua força, levando-o à marginalidade e à busca pelos Kaiowá e Guarani de novas alternativas religiosas, como no caso do pentecostalismo.

Em outro texto, PEREIRA (2005) destaca elementos da religião pentecostal que se aproximam dos rituais realizados nas casas de rezas. Nos cultos, os Kaiowá passam horas orando, falando em línguas, em completo transe e êxtase religioso. Tal comportamento permite-lhes uma conexão com outro nível da realidade, a qual facilita o acesso à divindade.

⁴⁸ Termo utilizado por PEREIRA (2004) para expressar o especialista em cura.

Para o autor, os Kaiowá buscam na religião pentecostal “uma estratégia de reaproximação com as divindades para, a partir daí, recompor os espaços e formas de sociabilidade através da vivência comunitária na igreja” (p.296).

Deste modo, a ressignificação das técnicas religiosas, assim como a sua aplicação na vida do Kaiowá e Guarani têm sua importância na medida em que servem para manter um fluxo de comunicação entre os níveis espirituais e a realidade vivida pelos seres humanos, conseqüentemente, na formação e no crescimento saudável de suas crianças.

Neste sentido, a adoção da oração, recurso da religião pentecostal, foi mencionada pelos Kaiowá e Guarani como uma das escolhas no tratamento de problemas de saúde de suas crianças. Para descrever a argumentação, apresentamos um fragmento do caderno de campo:

Hoje fui à casa da senhora Joana, mas não a encontrei porque, segundo sua filha Felícia, ela foi à cidade para fazer compras de gênero alimentício. Felícia tem dezesseis anos e um filho de dois anos, ambos moravam com a senhora Joana.

Durante o período em que aguardava o retorno da senhora Joana, conversamos sobre a saúde de seu filho. Disse que não se lembrava quando havia ficado doente, lembrava-se apenas que teve chiri e que foi preciso levá-lo até o Posto de Saúde. Comenta ainda que a senhora Joana também levou a criança à igreja para que o pastor orasse. A oração era para livrar a criança de qualquer perigo e para curá-la da doença.

O percurso terapêutico descrito acima não é incomum. Os Kaiowá e Guarani qualificam o poder da oração no restabelecimento da saúde. No caso da diarreia entre as crianças, o pastor deve orar e realizar uma massagem corporal, com óleo ou água ungida, na criança. Este recurso tem certa similaridade com a reza dos especialistas tradicionais.

É importante mencionar que o contato interétnico trouxe também a procura e a incorporação de recursos da biomedicina no tratamento das crianças pelos Kaiowá e Guarani, conseqüentemente, na definição do itinerário terapêutico.

Essa procura ocorre principalmente nos casos de maior gravidade de doenças infantis, em que o primeiro diagnóstico é realizado pelo grupo familiar. Acontece também quando os Kaiowá e Guarani atribuem a causalidade da doença infantil exclusivamente aos elementos do universo não-indígena, por exemplo, ao considerarem os aspectos sanitários como fator desencadeador de doenças diarréicas.

Uma situação que justifica a procura imediata do Kaiowá e Guarani pelo serviço de saúde, na ocorrência de diarréia infantil, é a presença de sangue nas fezes. Explicam que a criança não pode eliminar sangue, se isso acontecer é sinal de doença ruim. Esse mesmo sinal de gravidade foi apontado por HAVERROTH (2004) como determinante na procura pelo serviço de saúde entre os Wari'.

Um exemplo de recurso da biomedicina aceito pelos Kaiowá e Guarani é a terapia de reidratação oral na ocorrência de diarréia infantil. Era muito comum observarmos os Kaiowá e Guarani solicitando aos agentes indígenas de saúde envelopes de soro de reidratação oral (SRO).

Apesar da aceitação positiva do SRO, registramos alguns relatos que indicavam que essa aceitação se deu através de um longo processo de diálogo entre os serviços de saúde e os Kaiowá e Guarani, sendo o agente indígena de saúde um importante mediador desse processo.

Como ilustração, apresentamos um fragmento do registro de campo anotado logo após uma conversa com uma liderança política da aldeia:

O senhor Delamarque é muito conhecido tanto entre seus patrícios – para usar a sua expressão- e entre pessoas da sociedade não-indígena. Comenta que pelo o fato de morar na aldeia há quarenta anos e de seu trabalho, no período de 1979 a 1984, como auxiliar de enfermagem no Posto da FUNAI instalado na aldeia, conhece os problemas de saúde de seu povo. Refere que antigamente morriam muitas crianças por doenças como sarampo, coqueluche, tuberculose e disenteria.

Comenta que, segundo a percepção dos Kaiowá e Guarani, quando a criança estava com chiri, não podia oferecer água. Demorou-se até que o Guarani confiasse na utilização do soro caseiro como um benefício para o estabelecimento da saúde de suas crianças. “Hoje, [o Guarani] sabe que deve oferecer o soro [caseiro]”.

Durante as nossas observações de campo, encontramos Kaiowá e Guarani que reforçaram o relato anterior, ao descreverem que, em anos passados, entendiam que a oferta de água para a criança com diarreia poderia piorar a doença e prejudicar seu restabelecimento.

Estas observações talvez possam ser confrontadas com a história narrada por Peter Gow a VIVEIROS DE CASTRO, em uma de suas visitas aos Piro da Amazônia:

uma professora da missão (na aldeia de) Santa Clara estava tentando convencer uma mulher piro a preparar a comida de seu filho pequeno com água fervida. A mulher replicou: Se bebemos água fervida, contraímos diarreia. A professora, rindo com zombaria da resposta, explicou que a diarreia infantil comum é causada justamente pela ingestão de água não-fervida. Sem se abalar, a mulher piro respondeu: Talvez para o povo de Lima isto seja verdade. Mas para nós, gente nativa daqui, a água fervida dá diarreia. Nossos corpos são diferentes dos corpos de vocês (VIVEIROS DE CASTRO, 2002, p.17).

A experiência dos Piro e dos Kaiowá e Guarani remete-nos para a importância de considerarmos o significado da água no corpo da criança com

diarréia. Segundo o autor, a idéia de que ‘nossos corpos são diferentes’ não exprime uma teoria biológica alternativa e, naturalmente, equivocada, ou uma biologia objetiva. A mulher piro expressa uma idéia não-biológica de corpo, idéia que faz com que questões como a diarréia infantil não sejam tratadas enquanto objetos de uma teoria biológica. O argumento afirma que nossos ‘corpos’ respectivos são diferentes, entenda-se que os conceitos piro e ocidental de corpo são divergentes, não que nossas ‘biologias’ são diversas.

Durante o trabalho de campo, percebemos que o modo de administração do SRO por alguns Kaiowá e Guarani era diferenciado da orientação do serviço de saúde, isto é, a sua utilização prolongava-se por dias, mesmo quando as crianças já não apresentavam sinais de diarréia.

Para estes casos identificamos duas explicações prováveis, certamente, há outras que não foram por nós apreendidas: a compreensão de cura da diarréia não estava atrelada exclusivamente a remissão dos sintomas biológicos, desta forma, o desaparecimento de certos sintomas e a volta da criança as atividades cotidianas não significavam a cura da doença, mas um recuo do mal; outra explicação deve-se ao fato do soro caseiro ter uma representação terapêutica similar a determinados tipos de chás utilizados tanto na prática preventiva de agravos à saúde, como no tratamento de doenças entre as crianças.

Sobre esse assunto, LAPLANTINE (2004) comenta que uma representação terapêutica pode ser utilizada independente de qualquer etiologia, a qual se recorre em alguns momentos a razões essencialmente preventivas e em outros momentos como ação curativa.

Não podemos perder de vista que essas lógicas culturais são reelaboradas nas relações sociais internas e com a sociedade não-indígena e, através de seu sistema de símbolos, os Kaiowá e Guarani identificam os sinais de doença na criança e escolhem determinado tratamento.

É preciso ressaltar que, nesse contexto, os Kaiowá e Guarani desenvolvem estratégias para enfrentar as situações de saúde de suas crianças, reinterpretando seu mundo, de tal forma que também o reproduzem e o recriam.

5. REFLEXÕES ACERCA DA MORTALIDADE INFANTIL

Ao trazer o tema da mortalidade infantil indígena, certamente, deve ser considerada a sua importância não só como indicador das condições de saúde de uma população, mas também como reflexo do processo de violência estrutural⁴⁹ que se traduz nas relações do Estado com os Kaiowá e Guarani na maneira como é discutida e assumida a atenção à saúde deste povo.

Deve-se destacar ainda que os dados de mortalidade infantil analisados neste trabalho evidenciaram a reduzida qualidade dos registros da declaração de óbito infantil (DO) dos Kaiowá e Guarani.

Deste modo, tomando como base a fragilidade dos dados objetivos e sua limitada capacidade em oferecer maiores informações sobre os significados e as circunstâncias em que ocorreram as mortes infantis, sobretudo, por serem muitas vezes contraditórios ao discurso subjetivo do Kaiowá e Guarani; parece legítimo considerarmos a complementaridade desses dados, com vistas a lançar possíveis explicações para além dos números de óbitos infantis.

Dentro desta lógica, é imprescindível destacar a possibilidade de uma colaboração da antropologia no fazer epidemiológico; como explica KLEINMAM (1980), é exigida cada vez mais a compreensão dos eventos de doença e morte para além das categorias ocidentais e de seus dados objetivos.

⁴⁹ “Violência estrutural: expressa na dominação de classe, de gênero, de grupos, do Estado e de nações. Considerada natural, permanece silenciosa e difusa na sociedade. É usada como instrumento de poder transformado em direito (legitimidade). Presente nas instituições, estabelece os limites culturalmente aceitos da violência aberta (sobretudo a física) numa sociedade” (SOUZA, 1993, p.50).

5.1 OS DADOS OFICIAIS DA MORTALIDADE INFANTIL ENTRE OS KAIOWÁ E GUARANI

Vários autores (COSTA, 2006; GARNELO e col., 2005; SOUZA e col., 2007) têm indicado inúmeras dificuldades na análise de dados de mortalidade entre os povos indígenas.

O ponto chave desta discussão está no sub-registro dos dados de morte que, na maioria das vezes, é determinado pelo não preenchimento de campos importantes da declaração de óbito: informações sobre a mãe, o parto e o recém-nascido.

Durante a pesquisa de campo, os levantamentos realizados sobre os registros de declarações de óbito permitiram a seguinte observação: o profissional de saúde que preenche a DO não reconhece a importância necessária deste documento; fato que, certamente, fragiliza a elaboração de um diagnóstico da situação de saúde e, conseqüentemente, o planejamento de ações de saúde para o povo Kaiowá e Guarani.

Apesar da fragilidade de dados de mortalidade infantil entre os Kaiowá e Guarani para compor um cenário mais amplo de sub-registro que atinge também outros grupos populacionais e determinadas regiões do país, é necessário que se explicita a peculiaridade desta situação.

Como parte do desdobramento da política de atenção à saúde dos povos indígenas desenvolvida pela FUNASA, foi proposta, a partir de 2000, a implantação do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI); o qual - através da coleta, do processamento e análise de dados epidemiológicos - deve oferecer

informações aos gestores, aos profissionais de saúde e principalmente à comunidade, para que através do controle social possam acompanhar a situação de saúde.

No entanto, a sua aplicação prática tem se concretizado de forma descontínua. O atraso na inclusão dos dados e sua reduzida aplicação evidenciam que o Sistema de Informação não supre as equipes de saúde com informações consistentes e congruentes com as necessidades da população atendida (GARNELO e col., 2005, p.635).

Cabe lembrar que o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena tem como referencial o arcabouço jurídico e institucional definido pelo Sistema Único de Saúde (SUS); devendo, portanto, ser integrado e articulado com a rede do SUS. Essa integração deve ocorrer tanto na rede assistencial como nas informações epidemiológicas que devem estar inseridas na base de dados do Sistema Nacional de Informação em Saúde do Ministério da Saúde (Sistema de Informação de Mortalidade – SIM e Sistema de Informação de Nascido-Vivos - SINASC).

No entanto, é preciso esclarecer que - a par de um processo burocrático e político impeditivo da articulação entre a base de dados do Sistema Nacional de Informação e do SIASI - as informações sobre a mortalidade infantil da população da T.I de Caarapó, até o período da pesquisa, não compunham o registro de óbitos do município de Caarapó, digitalizados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

De maneira geral, os dados epidemiológicos sobre a situação de saúde infantil dos Kaiowá e Guarani ainda são incipientes e tratados de forma reducionista pelo órgão responsável.

Na discussão do artigo intitulado ‘Mortalidade infantil entre os Kaiowá e Guaraní’, assinalamos que a agregação dos dados das T.I por Pólo-Base dificulta a análise da mortalidade infantil e desconsidera elementos importantes - organização social, conflitos internos e relações de poder - que podem ter impactos sobre a dinâmica do processo de saúde/doença e de mortalidade, assim como sobre as ações em saúde realizadas em cada T.I.

Sobre esta temática, GARNELO e col. (2005) ao contraporem a espacialização dos óbitos infantis, à composição demográfica e à distribuição dos agrupamentos residenciais, observaram desigualdades internas na área Baniwa do Alto Rio Negro.

Para os autores, essas desigualdades “expressam relações de poder político no interior da etnia, que têm importantes implicações no acesso aos serviços e, conseqüentemente, no perfil mórbido da população” (p. 639).

Deste modo, parece legítimo nosso interesse na busca de elementos explicativos sobre as circunstâncias em que ocorreram os óbitos infantis na T.I Caarapó, dada a necessidade de um olhar atento para as especificidades locais.

Em outras palavras, é preciso ir além da quantificação realizada pela epidemiologia, no sentido de compreender a complexidade e a diversidade da ocorrência dos eventos de morte infantil.

Se as políticas para os povos indígenas continuarem a desconsiderar a sua especificidade cultural e social, cairemos no erro das políticas assistenciais que, durante décadas, permitiu o extermínio silencioso e gradativo do povo Guaraní (MEIHY, 1994).

Nas palavras do autor,

as mortes são, pois, paradoxalmente, o mais veemente grito pela vida. Se alguma coisa pode ser feita pelos Kaiowá é ouvi-los. Ouvir suas vozes implica em respeitar suas vidas, e, para isso nós brancos temos que aprender as lições do silêncio e a arte de escutar. Escutar admitindo que o grupo quer permanecer e que é possível estabelecer vínculos oportunos (p.251).

5.2 APONTAMENTOS ETNOGRÁFICOS

A pesquisa de campo permitiu identificar que as explicações sobre o óbito infantil de certa forma dependiam das vinculações com o grupo familiar em que o mesmo ocorreu e eram carregadas de significados e intenções de apoio ou ainda de indignação.

A nossa preocupação residiu num registro atento e cauteloso das diferentes interpretações sobre o evento de morte da criança Kaiowá e Guarani que respeitasse o contexto cultural diferenciado, no sentido de evitar explicações reducionistas e discriminatórias.

A cada aproximação que tínhamos com o tema, ficávamos mais instigados em buscar explicações dadas pelos Kaiowá e Guarani sobre o significado da morte infantil. Deve ser ressaltado que, apesar de procurarmos registrar todas as percepções dos Kaiowá e Guarani sobre a morte infantil, temos que reconhecer que, embora aparentemente explicados - claro que nunca por completo, ainda persistem inúmeros elementos ocultos que talvez nunca sejam revelados ao pesquisador.

De modo geral, os registros colhidos em campo foram elementos importantes, na medida em que permitiram lançar explicações para os motivos, os percursos e as circunstâncias em que ocorreu o óbito infantil sob a perspectiva deste povo.

5.2.1 A Compreensão da Morte

A morte, embora seja um fenômeno biológico e presente em algum momento da vida de todo ser humano, é um tema complexo; porque contém uma dimensão simbólica impregnada de valores e significados dependentes do contexto sociocultural em que se manifesta (COMBINATO e QUEIROZ, 2006).

As análises realizadas por SUSNIK (1983), entre os indígenas sul-americanos, enfatizam que a morte se reveste de um complexo significado, uma vez que pode desencadear um desequilíbrio social e psíquico na comunidade, que é restituído através dos ritos funerais.

Por outro lado, MELIÀ e col. (1976) revelam a possibilidade de a morte representar a preparação para a vida na verdadeira morada dos Deuses – Terra sem Mal.

Em se tratando da discussão dessa temática entre os Kaiowá e Guarani, para que possamos compreendê-la, é fundamental considerarmos as explicações religiosas, centrais à vida desse povo; sobretudo, seu conhecimento sobre o universo e seu funcionamento.

Segundo a antropóloga PAZ GRÜNBERG (1999), na visão do mundo frequentemente descrita pelos Guarani, a terra tem a forma de um disco sobre o qual há sete níveis do céu, também conhecido como morada das divindades. No nível mais distante, está a morada do *Nuestro Abuelo Grande Eterno dos Tavyterã* e em outro nível estão almas espirituais (*ñe'ẽ*) dos seres humanos.

Esses termos representam a área dos conhecimentos religiosos dos Kaiowá e Guarani como explica a antropóloga PAZ GRÜNBERG (1999), no artigo intitulado 'Religiosidade Guarani'. A autora destaca três grandes áreas, por ela assim denominadas:

el área de los conocimientos religiosos abarca en primer lugar el contenido de los mitos, cuentos, himnos, rezos standardizados o inspirados individualmente (...).

El segundo área grande contiene las técnicas religiosas: las directas formas de recitación de mitos, las formas de cantar los himnos largos – algunos duran toda una noche – las curaciones espirituales los sueños lúcidos, el uso de la pequeña flauta **mimby apyka**, todo el amplio campo de las prácticas mágicas, etc. (...).

El tercer área consiste en la aplicaban en todas actividades cotidianas, sea en el contexto económico, em el intercambio de bienes (especialmente de comida), en las relaciones sociales entre familiares, vecinos y visitantes o para poder integrar de la mejor manera nuevas informaciones o nuevos objetos. Se recita mitos para ayudar resolver conflictos y continuamente la comunidad se está esforzando para conseguir y mantener una orientación religiosa en las decisiones políticas (...) (p.1-2, grifos do autor).

Para os Guarani, a alma espiritual mantém forte relação com a 'palavra'. As freqüentes referências à palavra-alma pelos Guarani, descritas por vários autores (CHAMORRO, 1998; MELIÀ, e col., 1976; GRÜNBERG, 1999), ganham expressão como unidade que orienta o seu modo de vida.

No item que discute a palavra guarani, CHAMORRO (1998) assinala que a "palavra (*ayvu*, *ñe'ẽ*, *ã*) é voz, fala, linguagem, idioma, alma, nome, vida, origem, personalidade. (...). O Guarani é capaz de compreender-se e de compreender toda a sua vida com experiências de palavra, atos de dizer-se" (p.48).

Em outra parte, diz que

por ocasião do nascimento, a palavra senta-se, provê para si um lugar no corpo da criança (*oñemboapyka*). *Ñe'ẽ*, neste caso, é 'brotar, existir, ser'. (...) cada pessoa é a encarnação da palavra. Estando prestes a nascer uma criança, o verdadeiro pai das palavras-almas diz à palavra-alma que vai se encarnar: 'Então, vai à terra, meu filho; lembra-te de mim no teu ereto, e farei a minha palavra circular para te lembrares de mim' (Cadogan, 1950, p.88 citado por CHAMORRO, 1998, p. 49).

Em razão disto, torna-se compreensível o significado da 'palavra' para a vida dos Kaiowá e Guaraní, dado que ela tem o poder de erguer as crianças, de orientar a formação do Guaraní e de restabelecer situações de crise.

As referências feitas sobre a 'palavra' e sua alusão aos termos 'erguer' e 'ser ereto' caracterizam-se pela compreensão de que é a 'palavra' que mantém em pé o indivíduo, é ela que lhe concede a humanização (CLASTRES, 1978).

Neste sentido, "é a verticalidade assegurada pela palavra que diferencia o ser humano vivo dos outros seres e dos humanos mortos, doentes ou sem nome" (CHAMORRO, 1998, p. 49).

Tais argumentações permitem-nos rememorar uma narrativa registrada durante a pesquisa de campo:

*durante conversa com Dona Margarida, que sempre se mostrou muito disposta a conversar. Quando chegava a sua casa, se não estava tomando tereré, logo já o preparava. Contou que seu primeiro filho, quando tinha seis meses de vida, ficou internado no hospital porque teve tuberculose. Na época, não tinha sua mãe morando na mesma aldeia para lhe orientar. Diz que: "ninguém me dava experiência. Fui aprender depois com a experiência das outras velhas". Segundo ela, atualmente as mães jovens cuidam de seus filhos no escuro e não escutam a palavra do velho. Finaliza seu comentário com o seguinte questionamento: **Como fazer erguer essas crianças?***

A nosso ver, este relato está próximo – no plano do discurso e do significado – daquela expressão da associação da palavra com a força que mantém o indivíduo ereto, que o habilita a crescer e tornar-se um Kaiowá e Guarani.

Numa análise atenta deste relato é possível perceber uma série de elementos interessantes como, por exemplo, a frase *ninguém me dava experiência*, usada para se referir ao componente da formação do Guarani. Afinal, ‘experiência’ refere-se a alguma coisa aprendida na prática da vida, a qual não se dá exclusivamente na prática individual, mas é no convívio intenso com as outras pessoas que a experiência é construída. Para os Kaiowá e Guarani a principal mediadora desta construção é a ‘palavra’, que deve ser dita por uma pessoa que já viveu tempo suficiente e já acumulou conhecimento.

A palavra ‘erguer’ nutre a eficácia do discurso, na medida em que é imediatamente compreensível que o Kaiowá e Guarani precisa ser orientado por boas palavras para erguer-se e fazer erguer seus descendentes.

Outro elemento identificado durante a pesquisa de campo refere-se ao receio que os Kaiowá e Guarani manifestavam em relação à alma dos mortos, também conhecida como a alma do corpo (*ã*); a qual é entendida, como explica GRÜNBERG (2004), como parte constitutiva do ser humano que se separa do corpo no momento de sua morte.

Segundo a autora, após a morte de um indivíduo adulto a alma do corpo transforma-se em *ãngue*, podendo permanecer na terra assuntando seus parentes, antes de dissolver-se em um animal, uma planta ou na própria terra.

Destaca-se, como ilustração desta colocação, o fragmento do caderno de campo registrado após conversa com uma professora indígena:

Comentou que um homem, que estava construindo sua casa, morreu inesperadamente. Assustada com a morte do homem, pediu para seu irmão (obreiro da igreja pentecostal) orar em sua casa para espantar a alma do morto. Embora a oração tenha sido feita, o medo da alma do morto persistia. Decidiu solicitar para um de seus conhecidos rezar em sua casa, a fim de que a alma do morto encontrasse o caminho de sua morada. Ainda segundo suas explicações, tinha medo que a alma dele pudesse voltar para assustá-la.

O receio da alma do morto também tem sua expressão entre outros povos indígenas. MCCALLUM (1996) ressalta que, entre os Kaxinawá, a alma do corpo pode perseguir e assustar seus parentes vivos, após a morte do indivíduo; podendo ainda, ocasionalmente, infligir doenças.

Nesta mesma direção, SUSNIK (1983) afirma que os indígenas sul-americanos não manifestavam medo da morte, mas um profundo medo das almas dos mortos, pelo perigo que representavam aos parentes vivos.

Em outra parte, a autora explica que uma forma de assegurar a separação da alma do corpo é a participação no rito funerário, cujas rezas permitiam que a alma encontrasse a morada para a qual a divindade lhe enviou.

Nos relatos dos Kaiowá e Guarani, percebe-se a presença da concepção cristã e, mais recentemente, da concepção evangélica acerca das explicações sobre o evento de morte e dos rituais funerários.

Para exemplificar, destacamos uma situação ocorrida em 2003, quando realizávamos a pesquisa de campo para o mestrado: “a agente indígena de saúde Glenda falou que entre os grupos familiares que moravam na região do Bocajá ainda é comum a prática do ritual do velório da cruz após a morte de um parente”.

É oportuno lembrar que as alterações introduzidas no ritual funerário – o velório da cruz e a utilização de velas durante o velório – datam do século passado e são elementos do cristianismo.

Durante a pesquisa, os Kaiowá e Guarani ao falarem sobre esse assunto, de forma espontânea ou solicitada pela pesquisadora, vinculavam-no a outro momento da vida de seu povo, tanto que utilizavam a expressão *tempo passado*⁵⁰. Alguns pareciam ter certo constrangimento em falar sobre o assunto.

É possível que tais rituais ainda sejam utilizados, embora esporadicamente; visto que, atualmente, há uma ressignificação pelos Kaiowá e Guarani dos princípios das igrejas evangélicas atuantes na T.I de Caarapó.

Percebe-se o crescente emprego da oração no velório, como parte do ritual funerário. É importante destacar que, durante décadas, o proselitismo religioso e suas pressões de cunho material e ideológico trouxeram mudanças para os Kaiowá e Guarani.

Em se tratando das pressões vindas das missões religiosas, primeiramente dos jesuítas e depois das igrejas evangélicas (presbiteriana, pentecostal e neopentecostal), alguns autores (PEREIRA, 2005; GRÜNBERG, 1999; BARROS, 2004) destacam que a aquisição de novas práticas religiosas das igrejas – o culto e a reza – têm efeitos significativos nas técnicas utilizadas pelos Kaiowá e Guarani.

Os autores consultados são unânimes no reconhecimento de que o pentecostalismo ocupa um lugar diferenciado das outras missões que atuam entre os

⁵⁰ As expressões “*tempo passado*”, “*naquela época*”, “*era tempo*” e “*antigamente*” foram freqüentemente utilizadas pelos Kaiowá e Guarani quando faziam referências a algum elemento do sistema cultural pouco utilizado atualmente.

Kaiowá e Guarani, uma vez que nos cultos há espaço para certos estados de transe e para as curas espirituais.

Para PEREIRA (2005), a conversão ao pentecostalismo pode ser entendida como uma possibilidade de reaproximação com as divindades para, a partir daí, recompor os espaços e formas de sociabilidade por meio da vivência comunitária na igreja.

É importante reforçar que os Kaiowá e Guarani, valendo-se de sua percepção e interpretação, buscam salvaguardar as expressões de sua espiritualidade; apropriando-se de forma seletiva e criativa dos princípios de outras religiões, como fica demonstrado na ressignificação do ritual fúnebre.

Antes da discussão dos registros etnográficos sobre as concepções acerca da morte de uma criança Kaiowá e Guarani, trazemos o discurso de um rezador, transcrito por CHAMORRO (1998)

as crianças são como plantas, como as sementes. As sementes descansam unicamente no seu pai e a sua mãe. Por isso, a mãe e o pai (*túva há sy tee*), as madrinhas e os padrinhos (*túva há sy rendápy*) devem cuidar e limpar os filhos para crescerem felizes como o pé de milho e de arroz quando são beijados pelo vento. Enquanto as crianças crescerem no mundo, há esperança. Se assim não fosse, poderia-se plantar milho, mas este não daria fruto (*iñayrombáne*); as mulheres engravidariam sem nunca chegar a parir (*imenby kuáne*); as crianças que nascessem morreriam (*omanombáne*); nossos desejos, então, já não seriam tão fortes para poder acontecer (*ñane mba' e pota reimane*). Sem criança o mundo vai acabar (...) Criança é a nossa vida (*mitã há'e ñanderekove*) (p.182-183).

Neste caso, a noção de criança parece apreender o modo como os Kaiowá e Guarani concebem o mundo e a organização social de seu povo. Em outras palavras, o nascimento da criança é condição fundamental e reguladora da vida do Kaiowá e Guarani.

É possível identificar a força que se imprime na formação da criança, a qual deve ser cuidada coletivamente. O cuidado compartilhado contribui para que as

crianças, desde pequenas, reconheçam as relações sociais e a experiência das boas palavras - - *ñe'em porã* - como elementos centrais da vida do Kaiowá e Guarani.

5.2.2 A Morte Infantil: uma Tentativa de Aproximação

Uma primeira análise, ainda superficial, sobre a ocorrência de morte infantil parecia evidenciar duas principais hipóteses: (1) as fragilidades no atendimento às parturientes e às crianças no primeiro ano de vida; (2) a suposta violência interna com conseqüências imediatas para a criança. Esta última deve ser discutida, buscando um referencial que supere a argumentação de 'via única' no sentido de culpabilizar o indivíduo, seu grupo familiar e comunidade pela morte infantil e passe a considerar outras possibilidades de explicações; sendo, portanto, uma das propostas desta investigação.

A primeira hipótese confirmou-se e será discutida na exemplificação de dois casos de óbito infantil. A segunda teve como principal elemento de fomento os relatos de informantes⁵¹.

Chamou a nossa atenção, particularmente, a explicação dos informantes que se utilizaram de um modelo de análise da sociedade não-indígena, o qual enquadra sua explicação em um tipo lógico que desemboca na construção de tipologias etnocêntricas.

Apoiando-nos em GEERTZ (1989) e na sua proposta de ir além dos tipos metafísicos e das similaridades vazias, procuramos apreender a questão primeiramente do particular, na tentativa de superar uma concepção preconceituosa do Outro.

⁵¹ Os informantes são pessoas que trabalhavam na área da saúde indígena do Pólo-Base de Caarapó.

Ainda nesta temática, reconhecendo que a desvalorização do indígena é um dos mais perversos efeitos da desigualdade social entre indígena e não-indígena, apresentamos um fragmento do caderno de campo:

No fim de tarde de mais um dia de trabalho de campo, ao sair do Posto de Saúde, encontro um casal, professor e sua esposa AIS, tentando colocar um saco de arroz na bicicleta. Decido oferecer ajuda, já que estava de carro. O casal morava a aproximadamente 200 metros do Posto. Neste breve caminho, comento com o professor que fui visitar uma família que havia perdido seu filho recém-nascido, sendo a causa de morte⁵² registrada na DO 'ação contundente'. Chegamos rapidamente em sua casa, mas a conversa prolongou-se por mais alguns minutos. O professor falou muito pouco sobre o assunto, disse não conhecer a história daquela criança e seu grupo familiar. Percebo que seu silêncio é no sentido de não reproduzir os comentários sobre o assunto, mas de refletir sobre eles. Enquanto conversávamos, sua esposa se aproxima para participar da conversa. Seus comentários eram carregados de intencionalidade, sempre na direção de culpabilizar os pais e a família pela morte da criança. Sem, no entanto, refletir ou mesmo questionar de forma mais aprofundada sobre o contexto social daquele grupo familiar. Disse que era índia, mas não tinha coragem de fazer isso (referindo-se a forma como aconteceu o óbito infantil segundo o registro da DO). Ela parecia interiorizar uma visão externa etnocêntrica das circunstâncias em que ocorreu o óbito infantil, trazendo uma imagem negativa do Kaiowá e Guarani.

A adoção desta explicação, provavelmente, seja devida em grande parte à persistência das representações discriminatórias do Outro. Percebe-se, ainda, o efeito

⁵²As causas de morte são "todas as doenças, afecções mórbidas ou lesões que ou produziram a morte, ou contribuíram para ela, e as circunstâncias do acidente ou violência que produziram quaisquer de tais lesões". A causa básica é "a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte ou às circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal". Conforme a recomendação internacional, essa deve ser escrita em último lugar na parte I, geralmente na linha "d". A causa básica dá origem a algumas complicações (causas consequenciais) que devem ser registradas nas linhas acima (c, b, a); a última causa consequencial, registrada na linha a, é chamada causa terminal ou imediata. A causa básica pode ser declarada nas linhas "c", "b" ou mesmo na "a", quando não houver causas em consequência da causa básica (BRASIL, 2004, p.21-22).

moralmente perverso do etnocentrismo que tende a transformar a consciência do Kaiowá e Guarani, levando-o a se ver com os olhos do branco.

Sobre esse assunto, CHARLES TAYLOR (1995) diz que “após gerações, a sociedade branca forjou uma imagem depreciativa à qual certamente [os discriminados] não tiveram força para resistir. Desse ponto de vista, esta autodepreciação tornou-se uma das armas mais eficazes de sua própria opressão. (p. 42)

Soma-se a isto, a argumentação utilizada por ARRUDA (2001), ao assinalar que “as sociedades indígenas têm sido campo fértil para as mais diversas projeções balizadas, ao longo da história do Brasil, por duas visões contraditórias: a do índio como metáfora de liberdade natural e a do índio como imagem de atraso a ser superado” (p.45).

BOURDIEU (1999), ao discutir o tema da desigualdade social, explica ser uma forma de violência simbólica que acontece quando o sujeito dominado age e pensa contra si próprio, internalizando como legítimos os mecanismos de sua dominação.

Ao confrontar o relato da AIS com as argumentações dos autores, evidencia-se uma desigualdade persistente que se manifesta ao desconsiderar as explicações e o contexto de vida daquele grupo familiar e que se utiliza de racionalidades da sociedade não-indígena para explicar a morte infantil, fazendo-a pensar que aquele grupo é insensível perante a morte de seu filho.

Antes de iniciarmos a discussão sobre cada caso de morte infantil, vale enfatizar que os temas predominantemente apontados como causadores dos eventos

de morte não têm por objetivo explicitar uma tipologia de morte infantil; mas sim procurar compreendê-los, tendo em vista o contexto social de seu grupo familiar.

Caso 1

O bebê havia completado seis dias de vida, quando foi confirmado o óbito. A causa da morte registrada na DO foi por ‘traumatismo cranioencefálico’ como consequência de uma ‘ação contundente’.

Segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Décima Revisão (CDI-10), o óbito foi classificado como ‘outros traumatismo de cabeça e os NE’ (não especificado) (S09).

Segundo um informante, quando o bebê foi trazido para o hospital São Matheus, no município de Caarapó, já não apresentava sinais vitais. Frente à suspeita de violência, os médicos do hospital encaminharam-no para Instituto Médico Legal (IML) do município de Dourados, onde foi emitida a declaração de óbito.

No que diz respeito ao registro de mortes por causas violentas, é importante ter uma compreensão ampliada que considere os eventos violentos como expressão de uma determinada situação de conflito.

Nossos primeiros referenciais para o desenvolvimento das hipóteses vieram dos relatos dos informantes, os quais expressavam um sentimento de indignação pela provável causalidade do óbito e, ainda, reclamavam a falta de investigação e impunidade para o possível culpado. Suas colocações evidenciaram as reduzidas possibilidades de percepção do contexto social daquele grupo familiar.

No desenvolvimento desta discussão, apareceram algumas questões: mesmo lançando a hipótese de que o óbito infantil tenha sido fruto de uma violência explícita, seria possível culpabilizar o Kaiowá e Guarani pelo evento ocorrido? Como pensar nas circunstâncias do óbito infantil, sem considerar as situações de tensão e conflitos? O Estado estaria isento de sua responsabilidade neste processo que termina na morte infantil?

O segundo referencial importante, já isento de explicações ocidentais para a morte infantil, veio de uma agente indígena de saúde que elaborou uma argumentação segundo sua vivência junto à gestante e ao bebê, acompanhado por ela desde o primeiro dia de vida.

Como ilustração, apresentamos o fragmento do caderno de campo registrado logo após conversa com a AIS e algumas reflexões por nós desenvolvidas:

No início da nossa conversa, que aconteceu no Posto de Saúde Zacarias Marques, percebo sua dificuldade em falar sobre o assunto, talvez porque ficava procurando as palavras 'certas'. Depois de algum tempo, disse não saber a causa da morte do bebê, visto que no dia de seu falecimento ele estava 'bem', isto é, saudável.

Era noite quando o pai do bebê esteve na casa da AIS para falar que sua esposa e seu filho estavam doentes. Durante nossa conversa, ela refere ter percebido que o pai do bebê tinha feito uso de bebida alcoólica.

*Diante do exposto, ela, imediatamente, chamou o plantão da FUNASA para levá-los (mãe e bebê) ao hospital. Quando ela e o motorista chegaram à casa da família, encontraram os parentes em volta do bebê, orando (a princípio não explicou o porquê da oração). Comentou, ainda, que o motorista queria retirar o bebê para socorrê-lo, mas ela disse que **“deveria respeitar aquele momento”**. Ao final da oração, levaram-no até o hospital. No caminho até o hospital, percebeu que saía sangue pelo nariz e pela boca do bebê. Neste momento, dá uma possível explicação para a causa da morte, dizendo: **“talvez o bebê caiu”**; mas logo fica quieta.*

Mesmo considerando ser muito complexa e delicada a história ora narrada, tento interpretar sua fala. A impressão que tenho é que para ela não havia culpados pela morte

do bebê, porque, provavelmente, foi um acidente (talvez reflexo de uma situação altamente conflituosa).

Na visita ao grupo familiar do bebê, que morava na região conhecida como *Sanga Pyntã*, conversamos com a mãe e a avó paterna do bebê. Nas proximidades da casa, morava o grupo familiar de seu esposo.

Na casa da família, moravam Margarida, seu esposo (no período da pesquisa estava trabalhando numa das agroindústrias da região; ficando, portanto, um período de aproximadamente 60 dias distante da família) e seis filhos; destes, dois tinham idade menor de cinco anos e, em breve, a família iria aumentar, visto que a senhora Margarida estava gestante no período da pesquisa.

No que se refere às condições materiais de moradia, as paredes eram construídas de pedaços de pau e lona e a cobertura era de sapé. Contava com água encanada nas proximidades da casa. Recentemente, havia sido instalada energia elétrica; porém não estava sendo utilizada. Havia, ainda, animais (patos, gatos, cachorros, louro, galinhas e um cabrito) e uma pequena roça de mandioca.

As visitas que fizemos a este grupo familiar foram acompanhadas pela AIS, que facilitou a aproximação e o diálogo. Como já explicitado em outras partes desta tese, ao conversarmos sobre o óbito infantil, encontramos certa resistência em falar sobre o assunto, percebida nos momentos de silêncio. Talvez esta resistência fosse para preservar sua intimidade.

Ao conversarmos sobre a morte de seu filho, Margarida disse que: *“a criança não queria ficar (na terra)”, “porque a criança veio ao mundo para sofrer, ela quis voltar”*. A oração, segundo relato da mãe, era para a alma da criança *‘voltar’* para a sua morada.

Numa análise atenta ao registro de campo é possível identificar dois elementos para a explicação do evento de morte infantil: a orientação religiosa e as questões sociais vividas por aquele grupo familiar.

No primeiro caso, a explicação parece ter respaldo na orientação religiosa. A oração é no sentido de encaminhar a alma da criança para a sua morada celeste.

A oração, manifestação vinculada à orientação pentecostal, guarda certa correlação a uma encenação ritual tradicional. Como explica MELIÀ e col. (1976), na ocorrência de morte de um de seus parentes, o líder religioso e os parentes do falecido rezavam e cantavam para que sua alma divina chegue ao lugar de *Ñanderu*.

As expressões da sensibilidade guarani diante da morte infantil devem, portanto, ser interpretadas considerando-se a relação da religião com os processos sociais, como forma de orientação segundo seu modo de ser. Como nos lembra GEERTZ,

a importância da religião está na capacidade de servir, tanto para um indivíduo como para um grupo, de um lado como fontes de concepções gerais, embora diferentes, do mundo, de si próprio e das relações entre elas – seu modelo *da* atitude – e de outro, das disposições ‘mentais’ enraizadas, mas nem por isso menos distintas – seu modelo *para* a atitude. A partir dessas funções culturais fluem, por sua vez, as suas funções social e psicológica (1989, p.90).

Este modelo da atitude, entre os Kaiowá e Guarani convertidos ao pentecostalismo, parece representar um modelo a ser seguido.

Entre os principais sinais que distinguem o Kaiowá e Guarani crente em relação aos demais é a abstinência de bebidas alcoólicas e de comportamentos isentos de disputas (PEREIRA, 2005).

Ao trazermos as reflexões de PEREIRA para a situação registrada sobre a circunstância em que ocorreu o óbito infantil parece haver uma contradição, visto

que o grupo familiar do bebê era evangélico, mas como explicar o estado de embriaguez de um de seus membros?

Toma-se a necessidade da discussão sobre a problemática do consumo de bebida alcoólica como um elemento importante a ser considerado na ocorrência de doença e morte infantil, já que a situação de consumo de bebida alcoólica e sua possível desorientação dos grupos familiares no cuidado às crianças parece ser vivenciada em outros grupos indígenas. Como exemplo, citamos o trabalho realizado por FERREIRA (2004) entre os Mbyá do estado do Rio Grande do Sul:

no entendimento Mbyá os espíritos das crianças são enviados a terra pelo Pai Verdadeiro, que os aconselha a darem força e acompanharem o seu pai e/ou mãe terrenos, trazendo alegria para a família (...). Entretanto, devido ao consumo de bebidas alcoólicas, hoje em dia não se sabe mais porque os deuses mandaram as crianças. Com isso, os pais não sabem mais tratar as crianças e muitas vezes as maltratam fazendo com que o seu espírito se afaste e a criança 'deixe seu corpo como terra' (p.129).

Entre os Kaiowá e Guarani, os primeiros registros de introdução de bebida alcoólica em suas terras estiveram associados ao trabalho dos homens na exploração da erva mate, já que parte do pagamento era feito com bebida alcoólica (GRÜNBERG, 2002).

A autora explica que a exploração da erva mate teve início na década de 1880, quando se instala na região a Companhia Matte Laranjeira, dando início ao processo de deslocamentos de inúmeras famílias de suas aldeias e da introdução da bebida alcoólica no interior das Terras Indígenas

A introdução de bebida alcoólica entre os Kaiowá e Guarani deve ser entendida a partir do contexto de contato interétnico. O fato de a bebida ter sido introduzida como pagamento tem um caráter simbólico, até por que era um bem

desconhecido por aquele povo. Deste modo, é verdadeiro dizermos que a bebida alcoólica representa o próprio símbolo de dominação e indigência do Kaiowá e Guarani.

É importante destacar que os comportamentos de uso de bebida alcoólica entre os Kaiowá e Guarani não estão ligados aos mecanismos por eles criados para controlar o consumo da *chicha*⁵³.

Como explica JEAN LANGDON (2005), as bebidas fermentadas formam parte integrante da construção de vínculo social, portanto, seu consumo está ligado ao sagrado, ao divertimento, à reciprocidade e também à política. No passado, o preparo e o consumo de bebidas fermentadas foram indispensáveis para facilitar às negociações de casamento e outras alianças internas e com outras comunidades.

A autora acrescenta que, atualmente, os comportamentos de beber mudaram influenciados pela introdução das bebidas destiladas, o processo de pacificação e a inserção na sociedade nacional.

SOUZA e GARNELO (2006) destacam a importância de investigar os problemas relacionados ao uso de bebida alcoólica para além das explicações biológicas, no sentido de desconstruir a noção de alcoolismo⁵⁴ que por muito tempo (e ainda hoje é) foi utilizada pela sociedade não-indígena, como forma de acentuar a discriminação dos povos indígenas.

⁵³ *Chicha* - bebida fermentada produzida a base de milho, para consumi-la em momentos festivos para acompanhar os cantos e as danças religiosas, caracterizado como situações de sociabilidade inter e intragrupal (GRÜNBERG, 2002).

⁵⁴ A Classificação Internacional de Doenças CDI -10ª não utiliza o termo alcoolismo, tanto pela imprecisão conceitual, quanto pelo preconceito associado a esta expressão (SOUZA e GARNELO, 2006).

Os autores mencionam que essa discussão ganhou novos contornos com o avanço da aplicação das ciências sociais na área da saúde, que passou a considerar os comportamentos entre os diferentes grupos étnicos, de o que bebe, quando beber e o como beber.

Neste sentido, a ciências sociais desconsidera a noção de alcoolismo e propõe o conceito de processo de alcoolização, tendo como base uma perspectiva mais abrangente que passa a reconhecer “a necessidade de contextualizar o uso do álcool, na cultura e na história e não apenas o uso problemático, buscando em última análise o significado que tem o beber para um dado grupo em um determinado tempo” (SOUZA e GARNELO, 2006, p.284).

É importante frisar que temos clareza da complexidade e da singularidade dessa temática entre os Kaiowá e Guarani e qualquer tentativa de aproximação é preciso cautela e estudo detalhado e aprofundado, no sentido de procurar compreender os inúmeros aspectos – sociais, culturais e históricos - envolvidos no contexto de vida desse povo.

Em outras palavras, as observações sobre o consumo de bebida alcóolica na T.I de Caarapó, podem estar indicando não a existência de indivíduos doentes e, sim a existência de situações sociais desfavoráveis vivenciadas pelos Kaiowá e Guarani, que, por sua vez, dão margem ao surgimento e intensificação de fragmentações internas e marginalização de grupos de menor prestígio interno.

A situação descrita coloca-nos o desafio de compreender a situação de vida daquele grupo familiar. A emergência de inúmeros problemas sociais, entre os quais

os problemas relacionados ao uso de bebida alcoólica, parecem ter forte impacto para desencadear situações desestruturadoras para o crescimento e formação da criança.

Surge um questionamento: a expressão da morte infantil representaria um mecanismo capaz de denunciar processos sociais mais abrangentes?

As interpretações sobre aquela causa morte podem sugerir tanto o descaso dos órgãos governamentais em considerar a vinculação do contexto social dos Kaiowá e Guarani e as ocorrências de morte infantil, como a introjeção de uma visão externa preconceituosa do Kaiowá e Guarani de que não há o que ser feito, ambas as atitudes são prejudiciais para esse povo.

Voltando ao contraste observado entre a fala dos Kaiowá e Guarani e do não-indígena, perguntamo-nos: será que temos o direito de considerar como única e legítima a percepção do não-indígena para aquele evento de morte? Será que punir algum membro deste grupo familiar, segundo as normas e as leis da nossa cultura, iria resolver o problema? Será que o contexto social vivenciado por este grupo familiar, a exemplo de tantos outros, marcado, certamente, por inúmeros problemas sociais pode ter contribuído para a morte do bebê? Parece que estas questões trazem evidências de que no seu bojo está o abandono a que esta população tem sido submetida pelo Estado e, particularmente, por órgãos responsáveis pela definição de políticas públicas para este povo.

Não se trata, aqui, de definir culpados para a ocorrência desta morte infantil, mas sim de ampliar a discussão para as questões implícitas, trata-se de considerar o papel do Estado na garantia dos direitos aos indígenas. O certo é que ao garantir os

direitos dos Kaiowá e Guarani, os mesmos terão condições de diminuir seus conflitos e elaborarem respostas internas para estes eventos.

No seu último relatório sobre violência contra os povos indígenas, o Conselho Indigenista Missionário (CIMI) reafirma a argumentação desenvolvida acima: “as mortes de crianças Guarani-Kaiowá (...) estão diretamente relacionadas à situação de indigência das comunidades. A escassez de terras para plantar, alcoolismo, moradias precárias e desemprego também são fatores relevantes no levantamento dos casos ocorridos em Mato Grosso do Sul” (CIMI, 2006, p.168).

Caso 2

O outro caso de óbito infantil, segundo registro da declaração de óbito, teve como causa da morte ‘anencefalia’, seguida de ‘septicemia neonatal’ e ‘coagulação intracraniana’ como causa terminal.

Dando destaque à possibilidade de leitura deste registro, segundo a perspectiva biomédica, a causa básica do óbito foi ‘malformação congênita não específica do encéfalo (Q04.9), que compõe o grupo de causas ‘malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas’ (Q00-Q99), segundo a CDI-10. Este grupo de causa representa uma importante causa de morte no período neonatal⁵⁵.

⁵⁵ Mortalidade neonatal estima o risco de morte nos primeiros 27 dias de vida e sua ocorrência está vinculada a causas preveníveis, relacionadas ao acesso e utilização dos serviços de saúde, além da qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2004).

As discussões e reflexões desenvolvidas nos próximos parágrafos tomam como base os referenciais do AIS e de outras pessoas que conviviam com este grupo familiar.

A restrição dos referenciais de interpretação deste evento de morte infantil deve-se ao fato daquele grupo familiar, durante as visitas realizadas pela pesquisadora e AIS, apresentar considerável resistência em falar sobre o assunto.

Para ilustrar esta resistência, apresentamos um fragmento do caderno de campo escrito após a primeira visita:

Era por volta das 15:00 horas quando eu e a AIS chegamos à casa da senhora Maria. Na sua casa também estava sua filha (19 anos) e seu neto (9 anos). Todos estavam sentados na área da casa, tomando tereré e ouvindo um programa evangélico transmitido por uma emissora de rádio. Nossa presença em nada alterou a situação. Ao contrário do que sempre acontecia nas casas em que visitávamos não nos foi oferecido banco para sentarmos, não fomos convidados para tomar tereré (quando somos convidados a entrar na 'roda' de tereré é porque fomos aceitos e acolhidos por aquele grupo), nem ao menos diminuíram a intensidade do volume do rádio para que pudéssemos conversar.

Eram evidentes os sinais de que não estávamos sendo aceitos. Talvez porque não queriam ser incomodados naquele momento, ou ainda, porque se sentiram invadidos. O fato é que a conversa não fluiu bem - sinais de que não houve um aceite. Fiz algumas poucas tentativas de aproximação, mas sem sucesso. A senhora Maria falou rapidamente sobre seus filhos, dizendo ter apenas três filhos: o caçula com 17 anos, os outros tinham 19 e 22 anos. Quando questionada se perdeu algum filho, ela rapidamente responde, não.

Segundo informações da AIS, o parto da senhora Maria foi domiciliar. No dia 01 de abril (sábado), os parentes da senhora Maria foram até a casa da AIS para comunicar o nascimento do bebê.

Devido às circunstâncias do nascimento, a AIS, imediatamente, solicitou o plantão da FUNASA para levá-la ao Hospital São Matheus.

Pelas complicações neonatais apresentadas, o recém-nascido foi referenciado para o Hospital Universitário de Dourados. O bebê permaneceu internado 17 dias, até a sua morte. Segundo a AIS, a senhora Maria permaneceu no hospital com o seu bebê apenas nos dois primeiros dias de internação. O acompanhamento subsequente foi realizado pela filha da senhora Maria.

Contou, ainda, que a senhora Maria escondeu a gestação da AIS e de outras pessoas que não faziam parte de seu grupo de parentes. Quando questionada sobre a possibilidade de estar grávida, a senhora Maria sempre negava.

*Não realizou o acompanhamento pré-natal. Segundo a AIS, um dos parentes (não identificou qual) da senhora Maria mencionou que ela havia tomado remédio caseiro “**para a criança descer**”, esta é a expressão utilizada pelos Kaiowá e Guarani para o aborto induzido. O fato de Maria ter escondido a gestação, segundo a interpretação feita pela AIS, foi por “**vergonha, não queria mais engravidar, porque seu filho caçula já estava grande**”.*

Deste fragmento, discutiremos a negação em realizar o atendimento pré-natal e a possível tentativa de abortamento. Cabe destacar que no bojo destes temas estão implícitas questões de ordem cultural, social e ética.

O comportamento de negação da gravidez para a AIS, a equipe de saúde e demais pessoas que não compõem a sua rede de parentesco faz-nos pensar em algumas hipóteses. Primeiramente, detemo-nos na hipótese de que os serviços de saúde ao desconsiderar as especificidades do acompanhamento da gestação e do parto pelas mulheres Kaiowá e Guarani e, ainda a negativa em valorizar outros atores, por exemplo, a parteira, importante nesse processo, podem ser indicativos dessa recusa.

Nesse contexto, um aspecto que merece ser destacado é a forma de assistência à saúde, principalmente no momento do parto, centrada na atenção hospitalar.

Sobre esse assunto, LANGDON (2004) explica que a medicalização do parto faz parte de uma tendência aplicada à população brasileira, representada pelo crescente número de partos no ambiente hospitalar e de cesárea, inclusive em regiões onde as parteiras, durante muitas décadas, foram as responsáveis pelo nascimento de crianças.

Neste sentido, o desconhecimento dos saberes tradicionais de cada povo, por parte dos serviços de saúde, tem conseqüências negativas quando observamos os números de mulheres que resistem em realizar o pré-natal e o parto nessas instituições.

Situação semelhante foi observada por COIMBRA e GARNELO (2004) entre os povos indígenas da região do Alto Rio Negro. As questões relacionadas à saúde reprodutiva não costumam ser trazidas aos serviços de saúde:

a demanda por cuidados pré-natais e no parto costumam ser baixa, sendo este um campo pouco medicalizado que as sociedades indígenas rionegrinas parecem preferir manter sob o seu controle, remetendo aos serviços de saúde apenas uma parcela de complicações de parto e puerpério p.165).

Por outro lado, comentam que ainda não é possível saber se este comportamento será alterado com a oferta recente de serviços de saúde por parte dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Tendo por base as argumentações desenvolvidas anteriormente, sublinhamos que a não adesão da mulher ao pré-natal pode servir como alerta aos serviços de saúde, para que repensem as suas ações e, mais ainda, as suas formas de aplicá-las.

Possivelmente, a outra hipótese para a explicação da não realização do pré-natal deve-se às clivagens sociais e políticas internas dos Kaiowá e Guarani, que não permitem estabelecer uma relação de confiança da agente de saúde, com a mulher e, por conseguinte, com o seu grupo familiar. Neste sentido, tais clivagens podem ser um dos elementos que impedem a participação das mulheres no acompanhamento pré-natal nos serviços de saúde.

Soma-se a isso, a entrada dos serviços de saúde na T.I pode acirrar as clivagens sociais e políticas, além de produzir outro tipo de clivagem, já que o agente de saúde passa a reivindicar o lugar de representante dos conhecimentos sobre a saúde em detrimento do papel do cabeça de parentela.

É importante destacar que através dos diferentes momentos do processo de contato dos Kaiowá e Guarani com a sociedade não-indígena, outras fragmentações foram sendo impostas e serviram para que determinadas parentelas buscassem esquemas de alianças possíveis, até mesmo com os representantes não-indígenas, enquanto outras foram sendo desconsideradas e até mesmo marginalizadas por seu próprio povo.

Ressaltamos que há outras questões implícitas a considerar, para quais só serão obtidas respostas através de futuras pesquisas de campo. Reforçamos que para os objetivos deste trabalho esta discussão preliminar é satisfatória.

No que se refere ao aborto, a complexidade dessa temática colocaram-se alguns questionamentos: a mulher como conhecedora do funcionamento de seu corpo - menstruação, a concepção e o parto - seria a responsável por decidir entre ter a criança ou não? A tentativa de aborto induzido representaria uma resposta às condições sociais vivenciadas por esse grupo familiar?

A argumentação desenvolvida por JUNQUEIRA e MINDLIN (2003) entre os Kamaiurá permite uma aproximação com os questionamentos elaborados no parágrafo anterior. Embora seja imperiosa a colaboração entre mulheres e homens para a reprodução biológica e social da sociedade, as mulheres Kamaiurá “são as produtoras da vida, mas as donas também, porque os homens não interferem na esfera do aborto, do anticoncepcional. A decisão é delas” (p.237).

Deste modo, é legítimo considerarmos que os modos de compreensão do início e término da vida do Kaiowá e Guarani dependem de elementos culturais elaborados individual e coletivamente.

Esta argumentação encontra respaldo nas análises etnográficas realizadas por MAUSS (2003), ao explicar que para determinados grupos australianos as mortes tidas como violentas em sociedades ocidentais são consideradas naturais para os primeiros.

É preciso também que se leve em conta o uso da linguagem de religiões evangélicas atuantes na T.I de Caarapó, uma vez que reforça o distanciamento dos Kaiowá e Guarani de seus modos de compreender tal prática, e procura reorientá-los segundo a lógica religiosa.

É importante assinalar que o aborto entre os Kamaiurá é legítimo em determinadas situações como, por exemplo, o *status* da mulher - a solteira ou quando o marido esteve ausente por um período longo de tempo (CAMARGO e col., 2005).

O que se observa entre os Kamaiurá é uma reorientação intencional de normas e valores que afetam o comportamento reprodutivo. Sob esta lógica, este povo decide quanto à continuidade das gestações ou não, isto implica necessariamente no tamanho da família e no desejo de ter ou não um filho. Por se constituir uma esfera de decisão livre e racional, presume-se que a visão do mundo Kamaiurá orienta o comportamento reprodutivo, segundo seus próprios interesses de padrão familiar (CAMARGO e col., 2005).

As mulheres Kamaiurá adotam um padrão de liberdade sexual extraconjugal, enquanto que entre as Kaiowá e Guarani este comportamento é desaprovado pela comunidade.

Afinal, o aborto entre os Kaiowá e Guarani não era percebido como um problema de ordem pública, era entendido como uma prática inscrita no mundo dos costumes.

A utilização do aborto é contrária à orientação dos Kaiowá e Guarani que seguem a religião evangélica. É comum presenciar falas como essa: “*a mulher que faz isso (aborto) não pensa na alma da criança*”.

Por outro lado, percebe-se o caráter punitivo para a mulher que praticou o aborto: “*(a mulher pode) receber um castigo (...) a mulher que toma remédio para o filho ‘descer’, depois não consegue mais engravidar*”.

Esses relatos entrelaçam-se e assinalam algumas possibilidades de compreensão do deslocamento para o campo cultural do dominador, que vai nomeá-lo como bárbaro, ou ainda, como fruto de proibições relativas à questão de ordem religiosa.

LÓPEZ (2000), ao discutir a questão da fecundidade entre os Guarani-Mbyá do estado do Rio de Janeiro, afirma não ser admitida a interrupção provocada da gestação. Para reforçar seu argumento, cita Cadogan (1949), mencionando que o Guarani paraguaio antigo não admitia o aborto e as mulheres culpadas de aborto eram denominadas ‘*parias*’, isto é, as que devoram a própria prole.

Em texto sobre o comportamento reprodutivo entre os Pankarau, RENATO ATHIAS (2004) também constata que o aborto não é aceito para este grupo, embora exista uma série de tratamentos tradicionais conhecidos pelas mulheres para a sua prática.

No decorrer da pesquisa, observamos que algumas mulheres disseram saber qual erva era utilizada como abortivo, embora não tenham revelado o nome da mesma nem a maneira de prepará-la.

Comportamento parecido também se evidenciava quando conversávamos sobre a utilização de remédio caseiro para a anticoncepção. Embora mencionassem o nome da planta, não explicavam o seu modo de preparo. No preparo, parece residir a sua eficácia: *“tem uma coisa que faz para não ter criança (...) como se a mulher não tivesse (útero), opera a mulher (...), a mulher passa a viver como homem”*.

De modo semelhante, EARLY e PETERS 1990, ao discutirem a questão do infanticídio entre os Yanomami, explicam que a rejeição de uma criança deve-se a uma série de fatores: ao intervalo interpartal reduzido, por entenderem que o leite materno é limitado, devendo a gravidez ser interrompida no segundo mês; se porventura o aborto não acontece, logo após o nascimento será realizado o infanticídio.

A questão ética também deve ser considerada e cuidadosamente analisada. Em primeiro lugar, porque estamos lidando com povos com culturas distintas e, por outro, porque temos que nos lembrar o papel do Estado na garantia do direito à vida⁵⁶ das etnias nativas do Brasil.

Sobre este assunto, a antropóloga RITA SEGATO (2007), ao discutir o infanticídio em áreas indígenas, destaca a importância da expressão direito à vida. A autora afirma haver dois tipos de direitos explícitos na frase:

⁵⁶ Arguição lida na Audiência Pública realizada em 05/09/2007 pela Comissão de direitos Humanos da Câmara dos Deputados sobre o projeto de Lei n. 1057 de 2007 do Deputado Henrique Afonso sobre a prática do infanticídio em áreas indígenas.

o direito individual à vida, quer dizer, à proteção do sujeito individual de direitos; e o direito à vida de sujeitos coletivos, isto é, o direito à proteção de povos enquanto povos. Por este segundo encontrar-se muito menos elaborado no discurso jurídico e nas políticas públicas, é a ele que deveríamos dedicar a maior parte de nossos esforços de reflexão, e a nossa imaginação deveria ser colocada a trabalhar para brindar maior proteção legislativa, jurídica e governamental aos sujeitos coletivos de direitos (p.04).

Como forma de introduzir este assunto, apresentamos uma reflexão desenvolvida por SEGATO (2007):

enquanto a democracia seria supostamente para todos, a legislação penal fala sempre, de formas mais encobertas ou mais explícitas, da figura de um outro ou inimigo, para se entronizar em oposição a ela (...). No caso da lei que nos traz hoje a debater nesta Audiência Pública, o inimigo do Direito Penal é cada povo indígena, na radicalidade de sua diferença e no direito de constituir sua própria história. Isso está claro, e ficaria evidente para qualquer habitante de Marte que, por algum acidente cósmico, viesse a aterrizar entre nós e lesse o texto do projeto de lei: ela criminaliza a aldeia, quer castigar o outro por ser outro, ou não suporta a idéia da existência de uma coletividade que escolhe não ser parte de 'nós' (p.6).

É importante frisar que as questões desenvolvidas nos parágrafos anteriores fazem parte do campo da saúde reprodutiva. As discussões sobre esta temática desenvolveram-se em áreas urbanas, durante décadas, sem o recorte étnico. Foi só mais recentemente que pesquisadores da área da antropologia (ATHIAS, 2004; COIMBRA e GARNELO, 2004) e da demografia (LÓPEZ, 2000; PAGLIARO e col., 2005) passaram a abordar esta temática entre os povos indígenas.

Caso 3

Outro caso de óbito infantil, segundo informações registradas na DO, teve como causa de morte: 'enteroinfeção', seguida de 'pneumonia' e 'septicemia'. Na

parte II⁵⁷ do campo 49 da DO foi registrado: baixo peso ao nascer (2.000kg) e parto domiciliar. Na data do óbito, o bebê tinha dois meses e vinte e sete dias. Segundo a CDI-10, a morte infantil foi por ‘pneumonia NE (não especificado)’ (J18.9), que compõe o grupo de causa (J00-J99). Este grupo representa um importante risco de morrer no período pós-neonatal⁵⁸.

Damos destaque a algumas observações registradas ao final de uma visita domiciliar:

A casa da senhora Cássia fica numa região da T.I conhecida como ‘fundão’, onde o abastecimento de água é restrito à algumas famílias.

No caminho até a sua casa, encontramos uma criança carregando uma garrafa de cinco litros de água retirada de um córrego, nas proximidades. As famílias que residem nesta área se queixam da qualidade da água do córrego, que antes de entrar nas terras da aldeia atravessa fazendas de gado da região. É impossível não se questionar sobre a qualidade da água, já que não existe uma mata ciliada para protegê-lo.

Cássia, vinte e cinco anos, tem sete filhos vivos, o mais velho com onze anos e o mais novo com apenas cinco meses de vida, ou seja, aproximadamente quatro meses após a morte de seu filho, ela estava grávida novamente.

Para explicar a morte de seu filho, ela faz uma reinterpretação da causa biomédica e menciona a reduzida qualidade da água como um fator que predispõe a ocorrência de diarreia. “Ele teve chiri de sangue que não contava”. O bebê ficou internado no Hospital Universitário em Dourados, permanecendo por três dias, até a sua morte.

Seu marido estava trabalhando na usina de álcool da região. Ela mora próximo à casa de sua mãe, mas que segundo comentários realizados por Cássia e AIS, ela não ajudava no cuidado às crianças.

⁵⁷ No campo 49 da declaração de óbito consta a parte I e a parte II, nesta última “deve ser registrada qualquer doença ou lesão que, a juízo médico, tenha influído desfavoravelmente, contribuindo assim para a morte, não estando relacionada com o estado patológico que conduziu diretamente ao óbito. As causas registradas nesta parte são denominadas causas contribuintes” (FUNASA, 2001, p. 24).

⁵⁸ Mortalidade pós-neonatal estima o risco de óbito infantil ocorridos entre 28 dias até o final do primeiro ano de vida. Sua ocorrência persiste como um problema grave, já que a maioria das mortes é potencialmente evitável, associadas à desnutrição e as doenças infecciosas (principalmente a diarreia e a pneumonia) (BRASIL, 2004).

A nosso ver, a ilustração deste caso expõe uma situação de iniquidade no campo de saúde. E, pode ser evidenciada a partir da análise: das condições de nascimento (parto domiciliar e baixo peso ao nascer) e da situação ambiental (abastecimento de água e qualidade da água para o consumo humano).

O baixo peso ao nascer é apontado como um importante fator de risco de óbito infantil, sendo responsável por dois terços de todas as mortes neonatais (BRASIL, 2004).

A frequência de recém-nascido com baixo peso ao nascer está relacionada às condições de saúde materna e sociais da família. E, quanto mais elevada for a proporção de baixo peso ao nascer em uma comunidade, maior será a participação dos fatores sociais na sua ocorrência (LEAL e col., 2006).

Essa constatação é preocupante, principalmente quando observamos os registros de baixo peso ao nascer entre os povos indígenas. Estudo por nós realizado, evidenciou que do total de 137 crianças Kaiowá e Guarani de zero a cinco anos de vida, apenas 46 apresentaram registro de peso ao nascer, destas 12 (30,4%) tinham baixo peso (< 2.500 gramas) (PICOLI e col., 2006). Situação semelhante foi apontada por RIBAS e PHILIPPI (2003) entre as crianças Teréna do Estado de Mato Grosso do Sul.

A importante ocorrência de baixo peso ao nascer entre os Kaiowá e Guarani sugere algumas reflexões. A primeira delas é a constatação de que o registro de baixo peso ao nascer expressa uma situação alarmante, que certamente está relacionada às questões econômicas e territoriais que, embora, estejam mais distantes do desfecho de morte, exercem influência sob o estado nutricional e a saúde da gestante e do bebê.

Essas questões encontram-se articuladas às desigualdades sociais vivenciadas pelos Kaiowá e Guarani, expressas na violação do direito a terra e a autonomia de sua produção alimentar.

Se por um lado a subsistência e a nutrição representam elementos essenciais para a manutenção da saúde e da cultura das sociedades nativas, por outro se observa que as políticas governamentais atuam no sentido de enfraquecer a subsistência e a auto-suficiência dos povos indígenas, rompendo os padrões tradicionais de ocupação e de utilização das terras (CONKLIN, 2004).

Em outra parte do texto, a autora afirma que essas políticas induzem à reorientação das atividades de subsistência dos povos indígenas. As populações mais numerosas precisam desenvolver novas maneiras de ganhar dinheiro e de ampliar as atividades de subsistência.

No caso dos Kaiowá e Guarani, a reorientação dessas atividades tem inúmeras repercussões sociais e para a saúde de mulheres e crianças, como apontadas em outra parte desta tese.

Não obstante, devido à situação de precariedade nas atividades de subsistência da maioria dos povos indígenas, observa-se a ocorrência de doenças carenciais entre as mulheres e as crianças indígenas, que por sua vez podem estar associadas à situação de gravidez de risco (COIMBRA e GARNELO, 2004).

A segunda reflexão que propomos é que mesmo com a implantação de um subsistema de saúde específico para os povos indígenas, o baixo peso ao nascer permanece com elevado índice e, os padrões de mortalidade mostram-se superiores quando comparados com a população urbana e rural do país.

De modo geral, na práxis, as ações no campo da saúde indígena ainda estão distantes do modelo de atenção diferenciada, que respeite os processos de reprodução biossocial de cada grupo e a representação da saúde, doença e das práticas de cura.

Outro fator que pode estar associado à morte infantil refere-se às condições precárias e por vezes improvisadas na realização do parto domiciliar. Neste caso, o grande dilema parece estar no despreparo do próprio sistema de saúde indígena, que não oferece condições essenciais para um parto seguro na aldeia.

É importante sublinhar que as mulheres Kaiowá e Guarani por questões de ordem cultural e social podem optar por realizar o parto de seu filho na aldeia, uma vez que na preparação para o parto e nos primeiros cuidados à criança, elas têm o apoio das mulheres de sua rede de parentesco e reforçam os laços de confiança e reciprocidade interna.

Por outro lado, não podemos nos esquecer que a condição de realização do parto na aldeia requer uma atenção redobrada quanto aos cuidados de assepsia e anti-sepsia.

Essa questão se justifica na medida em que oferece uma reflexão sobre as especificidades do parto entre as mulheres indígenas e desperte a atenção dos serviços de saúde para uma assistência mais humanizada que, por um lado, respeite os elementos culturais dos Kaiowá e Guarani e, por outro, que ofereça condições para a adoção de medidas de biossegurança tanto para a parturiente como para o recém-nascido.

Cabe pontuar que no Brasil, o modelo assistencial de saúde tem negligenciado os benefícios de resguardar o parto seguro e humanizado. As mortes maternas e infantis são sofridas por toda a população brasileira em função de um

sistema de saúde que privilegia o parto hospitalar e com cesárea, e desconsidera o processo de nascimento como um evento fisiológico e normal.

É importante esclarecer que quando utilizamos a expressão parto humanizado, não temos a pretensão de aplicá-la segundo o nosso olhar ocidental, até mesmo por que, como explica SIMONE DINIZ (2005), o “termo humanização do parto se refere a uma multiplicidade de interpretações e a um conjunto amplo de propostas de mudança nas práticas, trazendo ao cotidiano dos serviços conceitos novos e desafiadores, às vezes conflitantes” (p.635).

Uma situação que, certamente, fragiliza o atendimento à gestante no momento do parto se refere às dificuldades de transporte da aldeia até o hospital do município de Caarapó. A demora no atendimento, principalmente nos finais de semana, quando é disponibilizado apenas um veículo do plantão da FUNASA para realizar o transporte dos Kaiowá e Guarani da T.I de Caarapó e de outras TI circunscritas ao Pólo-Base de Caarapó, nos casos de urgência e emergência para os hospitais dos municípios mais próximos, é um fator que pode trazer complicações para a gestante e o recém-nascido.

Durante nosso trabalho de campo, registramos o relato de uma agente de saúde e de um motorista responsável pelo plantão, que no dia anterior a nossa conversa, realizaram o parto de uma gestante no veículo do plantão, a caminho do hospital de Caarapó.

De todo modo, a opção da mulher em realizar o parto na aldeia reflete a importância do seu próprio ritual. O preparo e os primeiros cuidados à criança e a mulher são elementos importantes que foram mencionados por algumas mulheres Kaiowá e Guarani.

COIMBRA e GARNELO (2004) apontam uma diferenciação nas representações e nas práticas sobre a reprodução humana e saúde reprodutiva realizadas pelos povos indígenas em relação às definições estabelecidas na Conferência de Cairo⁵⁹. Essas práticas “não são nem métodos, nem técnicas e nem serviços (...); mas, sim, produções culturais ancoradas em outros pressupostos que não aqueles vinculados à taxonomia biomédica (p.162).

Neste sentido, os serviços de saúde devem reconhecer a importância do ritual do parto para os Kaiowá e Guarani, uma vez que representa uma importante etapa na formação da pessoa Guarani e de reprodução social de seu povo.

Por outro lado, é necessário que os serviços de saúde ofereçam condições para que o parto na aldeia seja seguro, devendo, ser incluído nas políticas de atenção a saúde e articulado à rede de serviços oferecidos à população.

COKLIN (2004) argumenta a favor de que o planejamento ou a implementação de projetos sobre a saúde e os direitos reprodutivos, tenha a efetiva participação das mulheres indígenas, já que as mulheres têm importante papel no controle da reprodução social e da vida de seu povo.

Outra questão relevante refere-se à precariedade do abastecimento de água, na região onde morava aquele grupo familiar.

⁵⁹ A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada em Cairo, em 1996, conceitua “saúde reprodutiva como: um completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processo, e não a simples ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros e aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a de outros métodos de regulação da fecundidade cuja escolha não contrarie a lei, bem como ao direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e pelo parto, proporcionando aos casais a chance de ter um filho sadio” (COIMBRA e GARNELO, 2004, p.161).

Apesar das ações de saneamento básico estarem contempladas nas diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002), e do Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul realizar inúmeras ações de saneamento, ainda observa-se a persistência de precárias condições ambientais, o que contribui para as ocorrências de morbidade e mortalidade por doenças de veiculação hídrica.

Estudos têm evidenciado que a falta de saneamento básico, a concentração populacional e a disposição dos dejetos humanos e de resíduos sólidos em áreas peridomiciliares ou próximas a fontes de água de consumo humano são fatores que representam um risco à saúde dos indígenas, principalmente de suas crianças (RIOS e col., 2007; BUCHELLIT, 2004).

BUCELLIT destaca da importância de considerarmos o reduzido grau de mobilidade espacial e as precárias condições sanitárias dos povos indígenas. E, neste sentido, a autora mostra que o perfil epidemiológico dos principais agravos à saúde está associado às características sociais e ambientais em que se encontram a maioria das comunidades indígenas em decorrência do contato com a sociedade não-indígena.

No caso dos Kaiowá e Guarani, especialmente aqueles que vivem em T.I demarcadas em 1928, que por terem um reduzido espaço territorial e uma elevada concentração de pessoas, verifica-se piores condições ambientais e de saúde.

Nos relatos dos Kaiowá e Guarani, observamos que embora as demandas por melhoria na qualidade da água fossem mencionadas, ora como constatação ora como reivindicação, há ainda uma distância no entendimento da saúde e das condições de vida como parte de um direito e não uma concessão.

Embora os povos indígenas tenham reconhecidos os seus direitos (a diferença cultural, a terra e a saúde) na Constituição de 1988, a garantia de tais direitos ainda está distante de sua efetivação na prática.

Caso 4

Segundo dados registrados na DO, emitida pelo profissional médico do Hospital Evangélico do município de Dourados, o óbito infantil teve como causa de morte ‘bolsa rota’, ‘prematuridade extrema’ e ‘doença da membrana hialina’, esta última também conhecida como ‘síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido’. Foram preenchidas as seguintes informações: duração da gestação: 28 a 31 semanas; tipo do parto: vaginal induzido e peso ao nascer: 1.030gramas. De acordo com a CID-10 a morte infantil teve como causa ‘feto e recém nascido, afetados por afecções maternas não obrigatoriamente relacionados com a gravidez (P00), que compõe o grupo de causas ‘algumas afecções originadas no período perinatal’ (P00-P96).

Apresentamos um fragmento de campo registrado durante uma visita domiciliar:

Na primeira vista que fizemos a Joelma, fomos encontrá-la na casa do cabeça de sua parentela. Estavam reunidos mulheres, crianças e o senhor Josué e a senhora Caliani, conversando e tomando tereré. A nossa visita foi intermediada pela agente indígena de saúde, que conhece aquele grupo familiar há anos.

Expliquei para eles o motivo da minha visita aos grupos familiares. Não fizeram perguntas para mim, mas questionaram a AIS se eu trabalhava na FUNASA. Na verdade, eu carregava várias identidades que imprimiam uma marca nas relações estabelecidas com os grupos familiares.

No primeiro contato não conversamos sobre a morte do filho de Joelma, mas sobre outros assuntos (trabalho na usina e energia elétrica, que recentemente havia sido instalada em suas casas).

Alguns dias depois fiz outra visita a Joelma, desta vez ela estava em sua casa em companhia de seus dois filhos. Sentamos a sombra de uma árvore e conversamos por longo tempo. Quando falamos sobre a saúde de seus filhos, ela responde que tem dois filhos vivos

e um morto. Naquele momento encontro uma maneira de conversarmos sobre a morte de seu filho.

Comenta que na manhã de segunda-feira, percebeu que sua roupa estava levemente molhada. Observou que o líquido não parava de sair, então decidiu ir até o Posto de Saúde para fazer uma consulta. O médico a encaminhou para o Hospital no município de Dourados.

*Joelma relata que no hospital, o médico disse para ela que **“teria que tirar o bebê, senão ela e o bebê poderiam morrer”**.*

Joelma não teve complicações, tanto que retornou para casa no outro dia pela manhã. Comenta que ficou assustada quando viu o plantão da FUNASA chegar a sua casa à noite para comunicar a morte de seu filho. Refere que tem medo de engravidar novamente e perder outro filho.

Um ano e sete meses depois da morte de seu filho, Joelma engravidou. Na última visita, conhecemos o seu filho que havia completado um mês de vida. Quando chegamos a sua casa, ela estava sentada à sombra da árvore com seu filho.

Comenta que nesta gravidez não fez trabalhos pesados, nem comeu alimentos gordurosos, para não prejudicar o bebê.

Esta observação feita por Joelma pode ser entendida como um recurso explicativo que parece dar sentido e alinhar as diferentes formas de atualização dos cuidados no período da gestacional.

COSTA (2006) ao investigar a mortalidade infantil da população indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena do Leste de Roraima, mostra que As causas perinatais se constituíram na primeira causa básica de mortalidade infantil, reforçando a argumentação sobre a precariedade da assistência na gestação e parto.

Os óbitos relacionados aos problemas maternos e que dependem, na maioria das vezes, de uma boa qualidade na atenção ao pré-natal e ao parto. No caso dos Kaiowá e Guarani, além desses fatores, devem-se considerar as dificuldades em realizar a interculturalidade e a atenção diferenciada, como preconizada pela Política Nacional de Saúde Indígena (FUNASA, 2002).

Caso 5

Outro caso de óbito infantil teve como registro causa ‘desconhecida’. Segundo a CID-10, a causa da morte infantil foi por ‘outras causas mal determinadas e NE de mortalidade (R99), que compõe o grupo de causas ‘sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificado em outra parte’ (R00-R99).

Na visita ao Pólo-Base de Caarapó, para identificação dos óbitos em menos de um ano ocorridos em 2006, foram encontrados quatro declarações de óbito. No entanto, segundo informações do Distrito Sanitário Especial Indígena, para o mesmo ano foram registrados cinco óbitos infantis.

Durante o trabalho de campo no Pólo-Base de Caarapó não encontramos a cópia da declaração desse óbito infantil. O levantamento da informação desse óbito foi realizado no Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul.

Chamou a atenção nesse caso, que o óbito infantil ocorreu no domicílio e a causa de morte registrada na DO foi ‘desconhecida’. Não temos nenhuma anotação oficial, nem ao menos relatos dos profissionais de saúde que trabalhavam na aldeia na data do óbito, devido a mudança na equipe de saúde.

Destacamos um fragmento do caderno de campo registrado no momento da visita domiciliar:

*Chegamos à casa do grupo familiar da senhora Jucilene, que mora próxima a seus outros parentes. Lá estavam reunidos à sombra de uma árvore conversando. Fiz algumas poucas tentativas de aproximação e contato, mas a conversa não fluía e as respostas eram breves. Sobre seu filho, a senhora Jucilene comentou rapidamente que criança “**não ganhava peso** (...) **nasceu fraco**”. Percebo que seu silêncio é no sentido não interromper aquele assunto.*

Este breve relato foi complementado com as informações fornecidas pela agente indígena de saúde Lurdes, que qualificou algumas informações e trouxe outras, que permitiu novas perspectivas para a análise.

Comenta que Jucilene, quarenta e dois anos, teve doze filhos, destes dois tiveram 'problemas mentais' e foram a óbito nos primeiros anos de vida e os outros cinco filhos morreram ainda crianças.

*O parto foi domiciliar e a criança nasceu com baixo peso. Segundo Lurdes, **“a criança não conseguia ganhar peso, quando começava mamar, logo transpirava e não tinha mais força para continuar mamando”**.*

*O estado nutricional da criança era acompanhado semanalmente através da pesagem realizada pela AIS. Ela não relatou nenhum sintoma (febre, tosse) e nenhuma doença que justificasse a morte do bebê. No entanto, refere que o bebê foi encaminhado, pelo médico da equipe de saúde, para Caarapó e Dourados, **“fez até um exame que vê o corpo inteiro da criança”**.*

*Na quinta-feira anterior a data do óbito, a enfermeira e o médico foram até a casa de Jucilene para avaliar o estado de saúde do bebê, no entanto, seu marido disse que ela e o bebê foram visitar seus parentes em outra aldeia, mas segundo Lurdes, a mãe se escondeu no mato com a criança, **“não queria que levassem seu filho para o hospital (...) disse que seu filho era muito fraco e não iria sobreviver”**.*

O bebê morreu na madrugada do sábado e na manhã, por volta das oito horas, um parente de Jucilene foi até a casa da AIS para comunicá-la.

A dificuldade na obtenção de informações detalhadas sobre esse caso de morte infantil, talvez explique algumas lacunas na análise desse contexto.

O relato pode ser vislumbrado a luz das formas específicas pelas quais os Kaiowá e Guarani percebem e qualificam a morte da criança. O entendimento e a incorporação das representações relativas à morte permitem o reconhecimento das causas naturais - **“não ganhava peso (...) nasceu fraco”**, que são acionadas como explicação da morte da criança e, constantemente, é desconsiderada pela biomedicina.

Para os Kaiowá e Guarani a morte da criança expressa à interdependência entre a realidade vivida na terra e os níveis espirituais e neste sentido, a morte

representa uma ligação com a verdadeira morada dos Deuses – Terra sem Mal (MELIÀ, 1979).

Para os Pankararu, a morte é vista como um renascimento para o mundo dos encantados⁶⁰. As pessoas que morrem vão procurar moradia nos lugares dos encantados, nas serras e nas cachoeiras (ATHIAS, 2004).

EARLY e PETERS 1990 comentam que para os Yanomami, apenas as crianças que poderiam crescer com saúde eram criadas. Deste modo, é preciso considerar todo o contexto complexo e diferenciado a que estão referidos e relacionados cada evento de óbito infantil em cada grupo étnico.

Neste sentido, a percepção da morte infantil para os Kaiowá e Guarani parece não ter sido considerada como um problema de saúde, não sendo motivo de preocupação e recorrência ao serviço de saúde.

É importante, no entanto, cautela ao lidar com as representações de morte infantil que tomam significados diversos em contextos diferenciados. Como explica CONKLIN (2004), ao afirmar que não podemos cair na lógica relativista para justificar a falta de atenção aos problemas reais dos povos indígenas.

Para a autora, o desafio está na criação de um sistema de cuidados em saúde de qualidade e culturalmente apropriado, depende primeiramente do reconhecimento das especificidades daquele grupo indígena e também de quais são as suas necessidades.

⁶⁰ Encantados são entidades que se manifestam na organização política e nas práticas de cura, e são reverenciados em festas tradicionais dos Pankararu (Estevão, 1942 citado por ATHIAS, 2004).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos objetivos colocados a essa pesquisa foi o de buscar o entendimento do significado de saúde, doença e morte de crianças Kaiowá e Guarani, através de um quadro mais amplo de análise, que encaminhasse para a superação de argumentações da sociedade não-indígena, a qual se utiliza de uma via única. Esta proposta considerou a possibilidade de investigar elementos peculiares do contexto de vida dos Kaiowá e Guarani que, certamente, têm vinculação com os temas que nos propomos a abordar.

Deste modo, a descrição do contexto etnográfico da pesquisa ofereceu elementos esclarecedores sobre a importância da parentela como rede de apoio social na formação e no crescimento saudável da criança. A descrição dos vínculos parentais e da malha de caminhos mostrou a complexidade das relações de reciprocidade e a forma como os Kaiowá e Guarani procuram reordená-las, a fim de responder aos desafios atuais.

Há, no entanto, que se considerar que essas relações quando fragilizadas ou rompidas podem conduzir a inúmeros problemas e situações de crise com reflexos para as crianças.

Se por um lado a inserção do Kaiowá e Guarani na economia regional tem sido uma das poucas alternativas de sustento, por outro o emprego nas agroindústrias - muito comum entre os homens da T.I. - é apontado como desencadeador de conflitos, resultando em situações de negligência às crianças.

No campo da saúde, a realização de uma atenção diferenciada aos Kaiowá e Guarani esbarra na reduzida possibilidade de o profissional de saúde compreender o contexto social e cultural desse povo. Esta questão deve considerar a possibilidade de capacitação aos profissionais de saúde, para que compreendam como os Kaiowá e Guarani entendem a saúde, a doença e a morte.

Mais ainda, é necessário apontar para a possibilidade da formação na área da saúde promover uma discussão para além de aspectos puramente biológicos, que passe a reconhecer as questões sociais, culturais e históricas como parte da produção da própria vida e da saúde.

A análise dos esquemas interpretativos de causalidade e do itinerário terapêutico evidenciou o modo como os Kaiowá e Guarani aprendem os elementos do seu sistema de saúde e depois os aplicam. Num plano geral, esses elementos encontram-se inseridos em uma ordem da qual extraem os significados de saúde, doença e cura. Há que se considerar que esses significados são permeados por clivagens – sociais, políticas, religiosas no interior da aldeia, que tendem a tornar as discussões complexas e dinâmicas.

No que se refere ao sistema biomédico, os Kaiowá e Guarani apropriam-se dos recursos e os reelaboram segundo a sua realidade simbólica. Nessa discussão propomos destacar a necessária interculturalidade, por entendermos não ser possível estabelecer vias de escolhas ou padrões de comportamento do sistema de saúde dos Kaiowá e Guarani ou do biomédico, definidos em termos de dualidade, uma vez que essa dicotomia conduziria ao reducionismo.

Neste sentido, os serviços de saúde precisam ser considerados como espaços de mediação, especificamente na abertura para conhecer o Outro, suas experiências e

os seus conhecimentos. Este assunto é sem dúvida inesgotável, para o qual apresentamos uma rápida aproximação.

Na análise sobre a morte de crianças, a escolha por relatar a história de cada caso abriu a possibilidade para a discussão da expressão e percepções de alguns representantes do setor de saúde e dos Kaiowá e Guarani, cada um compreendendo a situação a partir de sua lógica cultural específica.

Correndo o risco de fazer inferências para além das informações recolhidas, não pode ser desconsiderada a relação dos eventos de morte de crianças com o local de moradia dos grupos familiares, principalmente daqueles que residem na área conhecida como 'fundão'.

As desigualdades expressas nas relações de poder político que se concretizam na distribuição dos grupos familiares no interior da aldeia e parecem evidenciar a exacerbação de problemas de ordem social e de saúde para os grupos que estão à margem desse poder político.

Situação semelhante foi descrita por GARNELO e col., (2005) ao mencionarem a subdivisão clânica entre os Baniwa e a ocorrência de mortalidade infantil. As desigualdades sociais entre os clãs se expressam na espacialização dos óbitos infantis.

Deve ser ressaltado que na metodologia chamamos a atenção para os limites de nossa participação na investigação do óbito infantil. E, evidentemente, a ocorrência desses limites parece estar associada à forma como os Kaiowá e Guarani nos viam, uma vez que nossa entrada deu-se pelos agentes indígenas de saúde que nos apresentavam aos grupos familiares.

Dessa observação emerge algumas hipóteses, que preferimos apenas descrevê-las ao invés de confirmá-las ou refutá-las. Primeiramente, a discussão da morte infantil não deve ser compartilhada entre as pessoas que não compõem sua parentela. Neste caso, dependendo da relação do agente indígena de saúde com aquele grupo familiar era (ou não) permitido falar sobre esse assunto.

Neste sentido, o agente de saúde pode não ser aceito como um aliado, para compartilhar a experiência do óbito e suas explicações e, no caso do pesquisador as possibilidades de discussão sobre o óbito da criança com os grupos familiares pode ter sido fragilizada, uma vez que estes últimos podem ter receio do que o pesquisador, isto é, o 'branco' pode fazer contra eles.

Finalmente e de forma incisiva, a constatação de que os significados de saúde e doença infantil para os Kaiowá e Guarani são reelaborados cotidianamente e estão fortemente vinculados a elementos simbólicos deve ser considerados pelos serviços de saúde.

Há ainda que se destacar o necessário desenvolvimento de ações nos serviços de saúde que sejam desenhadas para considerar esses significados e trabalhem sob a perspectiva da parentela enquanto unidade social e conhecedora da formação e crescimento de suas crianças.

7. REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, R. F. T. **Relatório Yvykuarusu/Takuaraty - sobre a questão da terra, território, aldeia e comunidade entre os Guarani-Kaiowá do MS e Paraguai** : relatório oficial para demarcação de terras. Brasília: FUNAI, 1984, 60 p (Mimeo).
2. ALMEIDA, R. F. T.; SILVA, A. B. Conflitos fundiários. In: RICARDO, B.; RICARDO, F. (Ed.). **Povos indígenas no Brasil 2001/2005**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006, p. 787-789.
3. ANJOS, J. C. Etnia, raça e saúde: sob uma perspectiva nominalista. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Org.). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004, p. 97-119.
4. ARRUDA, R. S. V. Imagens do índio: signos da intolerância. In: GRUPIONI, L. D. B.; VIDAL, L.; FISCHMANN, R. (Org.). **Povos indígenas e tolerância – construindo práticas de respeito e solidariedade**. São Paulo: EDUSP, 2001, p.43-61.
5. ATHIAS, R. Corpo, fertilidade e reprodução entre os Pankararu: perspectivas e alcances. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Org.). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004, p. 189-210.
6. AZEVEDO, M. Povos indígenas da América Latina estão em processo de crescimento. In: RICARDO, B.; RICARDO, F. (Ed.). **Povos indígenas no Brasil 2001/2005**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006, p. 55-58.
7. AZEVEDO, M. A. P.; ADORNO, R. C. F. Juventude e reprodução entre os Guarani-Mbyá da Aldeia Morro da Saudade na periferia da cidade de São Paulo. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvi. Hum.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 64-73, 2007.

8. AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.
9. BANIWA, G. Desafios da escolarização diferenciada. In: RICARDO, B.; RICARDO, F. (Ed.). **Povos indígenas no Brasil 2001/2005**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006, p. 145-154.
10. BARCELOS NETO, A. De divinações xamânicas e acusações de feitiçaria: imagens wauja da agência letal. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 285-313, 2006.
11. BARROS, V. E. N. O pentecostalismo entre os Guarani de Laranjinha: uma aproximação aos aspectos sociais e cosmológicos da religião tradicional. **Rev. Tellus**, Campo Grande, ano 4, n. 7, p. 137-146, 2004.
12. BATISTA, T. A. S. Educação indígena: Te'ýikue e o desafio da interculturalidade. In: **II Seminário Internacional: Fronteiras Étnico - Culturais e Fronteiras da Exclusão**. 2007. Campo Grande: UCDB.
13. BHABHA, H. K. **O local da cultura**. Belo Horizonte: UFMG, 1998.
14. BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand, 1999.
15. BOSI, E. **O tempo vivo da memória: ensaios de psicologia social**. São Paulo: Ateliê, 2003.
16. BRAND, A. J. **Impacto da perda da terra sobre a tradição Kaiowá/Guarani: os difíceis caminhos da palavra**. 1998. 352 p. Tese (Doutorado em História) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul.
17. _____. Desenvolvimento local em comunidades indígenas no Mato Grosso do Sul: a construção de alternativas. **Rev. Int. Desenvol. Local**, Campo Grande, n. 2, p. 59-68, 2001.
18. BRAND, A. J.; PÍCOLI, R. P. Mortalidade infantil entre os Kaiowá e Guarani de Mato Grosso do Sul. In: RICARDO, B.; RICARDO, F. (Ed.). **Povos indígenas no Brasil 2001/2005**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006, p. 795-798.

19. BUCHILLET, D. A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In: BUCHILLET, D. (Org.). **Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia**. Belém: MPEG/CNPq/SCT/CEJUP/UEP, 1991, p. 21-44.
20. _____. Cultura e saúde pública: reflexões sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro. In: LANGDON, E.J.; GARNELO, G. (Org.). **Saúde dos povos indígenas - reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa/Associação Brasileira de Antropologia, 2004. p. 53-67.
21. BUSS, P.; PELLEGRINI FILHO, A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2005-2008, 2006.
22. CAMARGO, C. P. F.; JUNQUEIRA, C.; PAGLIARO, H. Reflexões acerca do mundo cultural e do comportamento reprodutivo dos Kamaiurá ontem e hoje. In: PAGLIARO, H.; AZEVEDO, M. M.; SANTOS, R. V. (Org.). **Demografia dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABEP, 2005, p. 135-154.
23. CARDOSO DE OLIVEIRA, R. Ação indigenista, eticidade e o diálogo interétnico. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 14, n. 40, p. 213-230, 2000.
24. CARNEIRO DA CUNHA, M. **Etnicidade: da cultura residual, mas irreduzível**. São Paulo: Brasiliense/EDUSP, 1986.
25. CHAMORRO, G. **Kurursu Ñe'engatu: palavras que la história no podría olvidar**. Assunción: Centro de Estudios Antropológicos/Instituto Ecumênico de Posgrado/COMIN, 1995.
26. _____. A espiritualidade Guarani: uma teologia ameríndia da palavra. São Leopoldo: Sinodal, 1998.
27. CLASTRES, H. **Terra Sem Mal**. São Paulo: Brasiliense, 1978.
28. COHN, C. **A criança indígena: a concepção Xikrin de infância e aprendizado**. 2000. 430p. Dissertação (Mestrado em Antropologia) -

Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo.

29. COIMBRA JR, C. E. A.; GARNELO, L. Questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Org.). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004, p. 153-156.
30. COIMBRA JR, C. E. A. et al. Sistema em Transição. In: RICARDO, B.; RICARDO, F. **Povos indígenas no Brasil 2001/2005**. (Ed.). São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006, p. 141-144.
31. CIMI - Conselho Indigenista Missionário. **A violência contra os povos indígenas no Brasil: relatório 2003-2005**. Brasília: CIMI, 2006. 50 p.
32. COMBINATO, D. S.; QUEIROZ, M. S. Morte uma visão psicossocial. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 11, n. 2, p. 209-216, 2006.
33. CONKLIN, B. A. O conceito de direitos reprodutivos na interseção de saúde, gênero e etnicidade indígena. In: In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Org.). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004, p. 157-188.
34. COSTA, C. I. **Mortalidade infantil e alguns indicadores demográficos da população indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena do Leste de Roraima, Brasil, 2002 a 2004**. 2004. 79 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.
35. DA MATTA, R. Introdução: repensando E. R. Leach. In: DA MATTA, R. (Org.). **Edmund R. Leach**. São Paulo: Ática. 1983, p.5-54.
36. DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 626-637, 2005.
37. DOUGLAS, M. **Pureza e perigo**. São Paulo: Perspectiva, 1970.
38. EARLY, J. D.; PETERS, J. F. **The population dynamics of the Mucajai Yanomama**. San Diego: Academic Press, 1990.
39. ELLEN, R.; HARRIS, H. Concepts of indigenous environmental knowledge in scientific and development studies literature: a critical

- assessment; In: **Environmental Linkages Network Wokshop 3**, 1996, Canterbury.
40. ERTHAL, R. M. C. A formação do agente de saúde indígena Tikúna no alto Solimões: uma avaliação crítica. In: COIMBRA JR, C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (Org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, p. 197-215.
41. FÁVARO, T. Segurança alimentar em famílias indígenas Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 785-793, 2007.
42. FERREIRA, L. O. O “fazer antropológico” em ações voltadas para a redução do uso abusivo de bebidas alcoólicas entre os Mbyá-Guarani, no Rio Grande do Sul. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). **Saúde dos povos indígenas - reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia, 2004, p. 89-110.
43. FOLLÉR, M. Intermedicalidade: zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). **Saúde dos povos indígenas - reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria /Associação Brasileira de Antropologia, 2004, p. 129 -148.
44. GALLOIS, D. Sociedades indígenas em novo perfil: alguns desafios. **Rev do Migrante**, São Paulo, v. 36, p. 5-10, 2000.
45. _____. Cultura “indígena” e sustentabilidade: alguns desafios. **Rev. Tellus**, Campo Grande, v. 5, n. 8/9, p. 29-36, 2005.
46. _____. A Categoria “doença de branco”: ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena? In: _____ (Org.). **Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia**. Belém: MPEG/CNPq/SCT/CEJUP/UEP, 1991, p.175-206.
47. GARNELO, L.; et al. Dimensões e potencialidades dos sistemas de informação geográfica na saúde indígena. **Rev Saúde Pública**. v. 39, n.4, p.634-40, 2005.

48. GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 1989.
49. GONÇALVES, L. **Entre culturas: uma experiência de intermediação em saúde indígena**. 2007. 108 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.
50. GREENE, S. The shaman's needle: development, shamanic agency, and intermediality in Aguaruna Lands, Peru. **American Ethnologist**, California, v. 25, n.4, p. 634-658, 1998.
51. GRÜNBERG, F. P. **Religiosidade Guarani**. Brasília: EAG-CTI, 1999, p.1-6.
52. _____. **Reflexões sobre a situação dos guarani no Mato Grosso do Sul, Brasil**. Brasília: EAG-CTI, 2002, p. 1-21.
53. _____. **Guarani: algumas notas**. Brasília: EAG-CTI, 2004, p. 1-8.
54. _____. A relação com a terra. In: RICARDO, B.; RICARDO, F. (Ed.). **Povos Indígenas no Brasil 2001/2005**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006, p. 792-794.
55. GUERRERO, A. F. H. et al. Mortalidade infantil em remanescentes de quilombos do município de Santarém – Para, Brasil. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 87-102, 2007.
56. FLEURI, R. M. Intercultura e educação. **Rev. Bras. de Educação**, Rio de Janeiro, n. 23, p.16-35, 2003.
57. HANNERZ, U. Fluxos, fronteiras, híbridos: palavras-chave da antropologia transnacional. **Mana**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 7-39, 1997.
58. HAVERROTH, M. **O contexto cultural das doenças diarreicas entre os Wari', Estado de Rondônia, Brasil: interfaces entre antropologia e saúde pública**. 2004. 276 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.
59. JUNQUEIRA, C. **Antropologia indígena uma introdução**. São Paulo: EDUC, 1999.

60. _____. **Crianças Kamaiurá.** [Disponível em: www.pucsp.br e www.sescsp.org.br - 60 anos 60 ensaios Educação e Cultura], 2006.
61. _____. Pajés e feiticeiros. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 18, n. 52, p. 289-302, 2004.
62. JUNQUEIRA, C.; MINDLIN, B. Índias e antropólogas. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 235-251, 2003.
63. KLEINMAN, A. M. **Patients and Healers in the Context of Culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry.** Los Angeles: University of California Press, 1980. 472p.
64. LANGDON, J. E. A tolerância e a política de saúde do índio no Brasil: são compatíveis os saberes biomédicos e os saberes indígenas? In: GRUPIONI, L. D. B.; VIDAL, L.; FISCHMANN, R. (Org.). **Povos indígenas e tolerância – construindo práticas de respeito e solidariedade.** São Paulo: EDUSP, 2001, p. 157-166.
65. _____. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). **Saúde dos povos indígenas - reflexões sobre antropologia participativa.** Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia, 2004, p. 33-52.
66. _____. A Construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. In: BARUZZI, R. G.; JUNQUEIRA, C. (Org.). **Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história.** São Paulo: Terra Virgem, 2005, p. 115-34.
67. _____. Percepção e utilização da medicina ocidental pelos índios Sibundoy e Siona no Sul da Colômbia. In: BUCHILLET, D. (Org.). **Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia.** Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi/CEJUP, 1991, p. 207-227.
68. LANGDON, E. J. et al. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2637-2646, 2006.
69. LANNA, M. Nota sobre Marcel Mauss e o ensaio sobre a dádiva. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, v. 14, p. 173-194, 2006.

70. LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins, 2004.
71. LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C. B. Desigualdades sociodemográficas e suas conseqüências sobre o peso do recém-nascido. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n.3, p. 466-473, 2006.
72. LÉVI-STRAUSS, C. Arte, linguagem, etnologia: entrevistas com Claude Lévi-Strauss. **Entrevistas para Georges Charbonnier**. Campinas: Papirus, 1989.
73. _____. **Structural anthropology**. Nova York: Basic Books, 1963.
74. _____. **O pensamento selvagem**. Campinas: Papirus. 1989.
75. _____. **As estruturas elementares do parentesco**. Petrópolis: Vozes, 1982.
76. LITAIFF, A. **As divinas palavras**. Identidade étnica dos Guarani-Mbya. Florianópolis: DAUFSC, 1996.
77. LÓPEZ, G. M. A. **A fecundidade entre os Guarani: um legado de Kunhankarai**. 2000. 212p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
78. LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 5 p. 1595-1601, 2005.
79. MALINOWSKI, B. **Argonautas do Pacífico Ocidental**. Coleção Os pensadores, São Paulo: Abril Cultural, 1998 [1922].
80. MAUSS, M. Ensaio sobre a dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: _____. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1974.
81. _____. **Ensaio sobre a dádiva introdução de Claude Lévi-Strauss**. Perspectivas do homem. Lisboa: Edições 70, 2001 [1950].
82. MCCALLUM, C. Morte e pessoa entre os Kaxinawá. **Mana**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 49-84, 1996.
83. _____. Alteridade e sociabilidade Kaxinauá: perspectiva de uma antropologia da vida diária. **Rev. Bras. de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 13, n. 38, p. 127-133, 1998.

84. MEIHY, J. C. S. B. A morte como apelo para a vida: o suicídio Kaiowá. In: SANTOS, R. V.; COIMBRA JR, C. E. A. (Org.). **Saúde e povos indígenas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994, p. 243-251.
85. MELIÀ, B.; GRÜNBERG, G.; GRÜNBERG, F. P. **Etnografia Guarani del Paraguay Contemporâneo: los Pai-Tavyterã**. Suplemento Antropológico. Assunción: Centro de Estudios Antropológicos de La Universidad Católica. 1976.
86. MELIÀ, B. **Educação indígena e alfabetização**. São Paulo: Loyola, 1979.
87. MENEZES, A. L. T. O corpo “educado” na dança Mbyá-Guarani. **Rev. Tellus**, Campo Grande, ano 4, n. 7, p. 93-106, 2004.
88. MENENDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n.1, p.185-207, 2003.
89. MERLEAU-PONTY, M. De Mauss a Claude Lévi-Strauss. In: MERLEAU-PONTY. **Os Pensadores**. São Paulo: Abril Cultural, 1984.
90. MINAYO, M. C. S. Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde. In: GASTÃO, W. S. C. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec/FIOCRUZ, 2007.
91. MONTEIRO, J. M. Os Guarani e a história do Brasil Meridional séculos XVI-XVII. In: CARNEIRO, C. M. (Org.). **História dos índios no Brasil**. 2º ed. São Paulo: Companhia das letras, 1984, p. 475-498.
92. MONTEIRO, S. Desigualdades em saúde, raça e etnicidade: questões e desafios. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Org.). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004, p. 45-56.
93. MONTEIRO, C. A. Fome, desnutrição e pobreza: além da semântica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 7-11, 2003.
94. MODELL, J. Rights to the children: foster care and social reproduction in Hawai'i. In: FRANKLIN, S.; RAGONÉ, H. (Org.) **Reproducing reproduction: Kinship, power, and technological innovation**. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1998.

95. MORGADO, P. O Pluralismo médico Wayana-Apari: a intersecção entre a tradição local e a global. **Cadernos de Campo**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 41-70, 1994.
96. NATIONS, M. K. Epidemiological research on infectious disease: quantitative rigor or rigormortis? insights from ethnomedicine. In: JANES, C. R.; STALL, R.; GIFFORD, S. M. (Ed.). **Anthropology and epidemiology: interdisciplinary approaches to the study of health and disease**. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company, 1986.
97. OLIVEIRA, J. P. Terras indígenas, economia de mercado e desenvolvimento rural. In: _____ (Org.). **Indigenismo e territorialização** – poderes, rotinas e saberes coloniais no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1998, p. 43-68.
98. ORLANDI, E. P. **A linguagem e seu funcionamento**: as formas do discurso. 2. ed. Campinas: Pontes, 1987.
99. ORTIZ-FLORES, L. P. **Características da mortalidade neonatal no estado de São Paulo**. 1999. 270 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
100. PAGLIARO, H.; AZEVEDO, M. M.; SANTOS, R. V. Demografia dos povos indígenas no Brasil: um panorama crítico. In: _____ (Org.). **Demografia dos povos indígenas no Brasil**. FIOCRUZ/ABEP: Rio de Janeiro, 2005, p. 11-32.
101. PEREIRA, L. M. **Imagens Kaiowá do sistema social e seu entorno**. 2004. 430p. Tese (Doutorado em Antropologia) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo.
102. _____. O pentecostalismo Kaiowá: uma aproximação dos aspectos sociocosmológicos e históricos. In: WRIGHT, R.M. (Org.). **Transformando os Deuses** – igrejas evangélicas, pentecostais e neopentecostais entre os povos indígenas no Brasil. Campinas: UNICAMP, 2005, p. 267-301.
103. _____. No mundo dos parentes: a socialização das crianças adotadas entre os Kaiowá. In: SILVA, A. L.; MACEDO, A. V. L. S.;

- NUNES, A. (Org). **Crianças indígenas ensaios antropológicos**. São Paulo: Série Antropologia e Educação, 2002, p. 168-187.
104. PEREIRA, O. P. A construção do corpo e do tempo no diálogo transcultural. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvi. Hum.**, São Paulo, v.13, n. 2, p. 95-104, 2003.
105. PEREIRA, O. P.; ALMEIDA, M. C. T. Saúde e poder: um estudo sobre discursos hegemônicos e subalternos em contextos multiculturais. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvi. Hum.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 91-98, 2005.
106. PÍCOLI, R. P.; CARANDINA, L.; RIBAS, D. L. B. Saúde materno-infantil e nutrição de crianças Kaiowá e Guarani, Área Indígena de Caarapó, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 223-227, 2006.
107. PINHEIRO, M. C.; WESTPHAL, M. F.; AKERMAN, M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.2, p. 449-458, 2005.
108. POMPA, C. **Religião como tradução** – missionários, Tupi e Tapuia no Brasil colonial. Bauru: EDUSC, 2003.
109. PRESS, I. Problems in the definition and classification of medical systems. **Social Science and Medicine**, v.14, n.1, p.45-57, 1980.
110. PUFFER, R. R.; SERRANO, C.V. **Patterns of birthweights**. Washington: Pan American Health Organization, Scientific Publication, 1987.
111. RAYNAUT, C. Interdisciplinaridade e promoção da saúde: o papel da antropologia. Algumas idéias simples a partir de experiências africanas e brasileiras. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 5, p. 43-55, 2002. Suplemento 1.
112. RICARDO, C. A. (Org.). **Povos indígenas do Brasil: 1996-2000**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 1995.
113. RIOS, L.; et al. Prevalência de parasitos intestinais e aspectos socioambientais em Comunidade Indígena no Distrito de Iauaretê,

- Município São Gabriel da Cachoeira (AM), Brasil. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, 2007.
114. RIBAS, D. L. B.; PHILIPPI, S.T. Aspectos alimentares e nutricionais de mães e crianças indígenas Teréna, Mato Grosso do Sul. In: COIMBRA, Jr. C. E. A, SANTOS, R.V.; ESCOBAR, A.L. (Org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABRASCO; 2003. p. 73-88.
115. ROZEMBERG, B.; MINAYO, M. C. S. A experiência complexa e os olhares reducionistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.11, p.115-123. 2001.
116. SAHLINS, M. O “pessimismo sentimental” e a experiência etnográfica: por que a cultura não é um “objeto” em via de extinção. **Mana**, São Paulo, v. 3, n. 3, pt. 1, p. 41-73, 1997.
117. _____. O “pessimismo sentimental” e a experiência etnográfica: por que a cultura não é um “objeto” em via de extinção, **Mana**, São Paulo, v. 3, n. 2, pt. 2, p. 03-150, 1997.
118. SANTOS, A. S. A. Notas sobre a solidariedade e o fenômeno da orfandade na sociedade Akan-Agni Morofoé da Costa do Marfim (África do Oeste). **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 40-56, 2006.
119. SARTI, C. Porque usar técnicas etnográficas no mapeamento. In: LESCHER, A. D. et al. (Org.). **Cartografia de uma rede: reflexões sobre um mapeamento da circulação de crianças e adolescentes em situação de rua da cidade de São Paulo**. São Paulo: Ministério de Saúde, 1998.
120. _____. A dor, o indivíduo e a cultura. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 3-13, 2001.
121. _____. **A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres**. São Paulo: Cortez; 2003.
122. SCHADEN, E. **Aspectos fundamentais da cultura Guarani**. São Paulo: Pedagógica e Universitária/EDUSP, 1974.

123. SCHMIDT, M. L. S. Pesquisa participante e formação ética do pesquisador na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, 2008, p. 391-398.
124. SEGATO, R. L. Que cada povo trame os fios da sua história: em defesa de um Estado restituidor e garantista da deliberação no foro étnico. **Relatório da Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados sobre o Projeto de Lei n. 1057 de 2007**, Brasília, 2007.
125. SILVA, A. L. Educação para a tolerância e povos indígenas no Brasil. In: GRUPIONI, L. D. B.; VIDAL, L.; FISCHMANN, R. (Org.). **Povos indígenas e tolerância – construindo práticas de respeito e solidariedade**. São Paulo, EDUSP, 2001, p. 87-98.
126. SILVA, J. A. F. **Os Kaiowá e a ideologia dos projetos econômicos**. 1982, 141 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
127. SOUZA, M. C.; SCATENA, J. H.; SANTOS, R. V. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 853-861, 2007.
128. SOUZA, M. L. P.; GARNELO, L. Desconstruindo o alcoolismo: notas a partir da construção do objeto de pesquisa no contexto indígena. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.** XI, n. 2, p. 279-292.
129. SPINK, M. J. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora da modernidade tardia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.6, p. 1277-1311, 2001.
130. SUSNIK, B. **Los aborígenes del Paraguay**. Assunción: Museo Etnográfico Andrés Barbero, 1983.
131. TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente um modo de fazer**. OPAS/OMS/Fundação Kellogg, 2004.
132. TAYLOR, C. **Philosophical arguments**. Cambridge: Harvard University Press, 1995.

133. VALENTE, F. L. S. Fome, desnutrição e cidadania: inclusão social e direitos humanos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 51-60, 2003.
134. VANSINA, J. A tradição oral e sua metodologia. In: KI-ZERBO, J. (Org.). **História geral da África I - Metodologia e pré-história da África**. São Paulo: Ática/UNESCO, 1982.
135. VIETTA, K.; BRAND, A. Missões evangélicas e igrejas neopentecostais entre os Kaiowá e Guarani em Mato Grosso do Sul. In: WRIGHT, R. M. (Org.). **Transformando os Deuses – igrejas evangélicas, pentecostais e neopentecostais entre os povos indígenas no Brasil**. Campinas: UNICAMP, 2005, p. 219-263.
136. VIVEIROS DE CASTRO, E. **Araweté: os deuses canibais**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1987.
137. _____. “No Brasil, todo mundo é índio, exceto que não é”. In: RICARDO, B.; RICARDO, F. (Ed.). **Povos indígenas no Brasil: 2001/2005**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006, p. 41-49.
138. _____. A fabricação do corpo na sociedade xinguana. In: OLIVEIRA, F. J. P. **Sociedades indígenas e indigenismo no Brasil**. Rio de Janeiro: Marco Zero/UFRJ, 1987, p. 31-41.
139. ZALUAR, A. Exclusão e políticas públicas: dilemas teóricos e alternativas políticas. **Rev. Bras. de Ciências Sociais**, São Paulo, vol. 12, n. 35, 1997.
140. WHO (World Health Organization). A manual for the treatment of diarrhea for use by physicians and other senior health workers. Geneva: World Health Organization (WHO/CDD/SER/80.2 Rev. 2), 1984.

Ministério da Saúde, Departamento de Saúde Indígena. **Relatório Final**. 1º Encontro Nacional das Casas de Saúde do Índio (CASAI) e dos chefes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Pirinópolis, Goiás. 8 a 12 de novembro de 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência e Controle das Doenças Diarréicas. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual dos Cômities de Prevenção do óbito infantil e fetal**. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito. fetal**. Coordenação Geral de Análise de Informações em Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia, Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Departamento de Saúde indígena. Rede Nacional de Estudos e Pesquisas em Saúde dos Povos Indígenas. **Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul. Informações gerais**, Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria n. 254, de 31 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção a Saúde Indígena. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 fev. 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.656 de 17 de outubro de 2007. Dispõe sobre regulamentação dos incentivos de atenção básica e especialização aos povos indígenas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 out. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei n. 9836, de 23 de setembro de 1999. Dispõe sobre a regulamentação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. **Diário oficial da União, Brasília**, DF, 24 set. 1999.

Organização Mundial da Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)**. 10^a Revisão. São Paulo: OPS/OMS/EDUSP; 2000.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Atlas de desenvolvimento humano no Brasil**: 2003. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/>>. Acesso em: 01 out. 2006