

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE E POLÍTICAS DE
SAÚDE VOLTADAS A POPULAÇÕES INDÍGENAS: UMA
ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE O SISTEMA DE SAÚDE
GUARANI E A BIOMEDICINA**

MARLON NEVES BERTOLANI

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL
MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO**

**VITÓRIA
2008**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE E
POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS A POPULAÇÕES
INDÍGENAS: uma análise da relação entre o sistema
de saúde Guarani e a biomedicina**

MARLON NEVES BERTOLANI

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Política Social

Aprovada em 25/09/2008 por:

Prof. Dr. Izildo Corrêa Leite - Orientador, UFES

Prof^a Dr^a Celeste Ciccarone - Co-orientadora, UFES

Prof^a Dr^a Maria Lúcia Teixeira Garcia, UFES

Prof^a Dr^a Maria Luiza Garnelo Pereira, UFAM

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
Vitória, setembro de 2008

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Bertolani, Marlon Neves, 1978-
B546r Representações sociais da saúde e políticas de saúde
voltadas a populações indígenas : uma análise da relação entre o
sistema de saúde guarani e a biomedicina / Marlon Neves
Bertolani. – 2008.
196 f. : il.

Orientador: Izildo Corrêa Leite.

Co-Orientadora: Celeste Ciccarone.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito
Santo, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas.

1. Política de saúde. 2. Representações sociais. 3. Saúde. 4.
Índios Guarani. 5. Cultura. 6. Biomedicina. I. Leite, Izildo Corrêa. II.
Ciccarone, Celeste. III. Universidade Federal do Espírito Santo.
Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas. IV. Título.

CDU: 32

A minha companheira Noely Cristiane, com amor

AGRADECIMENTOS

Aos Guarani das aldeias Boa Esperança, Três Palmeiras e Piraquê-Açu, pela confiança, hospitalidade e acolhimento durante a realização deste trabalho, sem os quais não seria possível realizá-lo.

À minha esposa, pela ajuda que me prestou na realização deste estudo.

À minha mãe, irmã, e irmãos, pelo incentivo e apoio inestimáveis.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Izildo Corrêa Leite, pela qualidade das contribuições e por ter se portado como um verdadeiro mestre, apontando caminhos sem deixar de conceder liberdade para que eu pudesse escolher aqueles que seriam trilhados, e também para criar outros.

À minha co-orientadora, Prof^a Dr^a Celeste Ciccarone, pelas importantes contribuições prestadas a este trabalho e por ter-me orientado durante toda a minha trajetória acadêmica.

Ao Jonas, da aldeia de Boa Esperança, e à Marilsa, da aldeia de Piraquê-Açu, pelos ensinamentos e conselhos.

Ao Marcelo e à Andréia, da aldeia de Três Palmeiras, e ao cacique Peru e à Severina, da aldeia de Piraquê-Açu, um especial agradecimento pela amizade e atenção a mim dedicadas.

Ao cacique Toninho, de Boa Esperança, pela confiança e pela expectativa de que este estudo contribuísse, de alguma forma, para melhorar os serviços de saúde prestados aos Guarani.

Às professoras doutoras Edinete Maria Rosa e Maria Lúcia Teixeira Garcia, que, ao lado de meu orientador e de minha co-orientadora, participaram da banca de meu Exame de Qualificação, fazendo proveitosos comentários, críticas e sugestões.

Na realidade, de pouco vale o princípio de respeito aos costumes tribais, quando estes não são conhecidos nem compreendidos. Alguém mal informado sobre a organização clânica de uma tribo, por exemplo, poderá ser levado aos erros mais grosseiros na imposição de comportamento às pessoas, terá grandes dificuldades em conviver com elas e, sobretudo, em dirigi-las.

Darcy Ribeiro

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 O OBJETO, A PESQUISA E OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	19
1.1 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	19
1.2 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	29
1.3 O TRABALHO DE CAMPO.....	33
2 OS GUARANI NO ESPÍRITO SANTO	37
2.1 A LUTA PELA TERRA, OS IMPACTOS DA AGROINDÚSTRIA E SEUS REFLEXOS NA SAÚDE DOS GUARANI.....	42
2.2 BREVES CONSIDERAÇÕES ACERCA DO SISTEMA DE SAÚDE GUARANI.....	52
2.3 A DEMANDA PELO ATENDIMENTO ESPECÍFICO: mudanças e continuidades no decorrer dos acontecimentos que marcaram a saúde indígena no Espírito Santo da década de 1990 ao ano de 2008.....	59
3 O RESPEITO À DIFERENÇA: contribuições da Teoria das Representações Sociais para as políticas de saúde voltadas a populações indígenas	65
3.1 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS.....	65
3.2 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E SUA APLICAÇÃO EM CONTEXTOS INTERÉTNICOS.....	77
3.3 OS IMPACTOS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA CONSTRUÇÃO DAS RELAÇÕES ENTRE OS INDÍGENAS E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	86
4 LENTES EM AÇÃO: saúde e cultura próprias, do outro e para o outro	96
4.1 AS REPRESENTAÇÕES EXPRESSAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	96
4.1.1 “É preciso conhecer para respeitar.” “Respeita?” “Sim.” “Conhece?” “Não.”.....	96
4.1.2 Em busca do elo perdido: a reificação da cultura.....	102
4.1.3 A cultura indígena como obstáculo à promoção da saúde: o modo de vida como facilitador de doenças.....	111
4.1.4 Saber subalterno: treinamento, capacitação e segurança.....	118
4.1.5 Dificuldades e limitações: a definição a partir do paradigma da falta.....	122
4.2 AS REPRESENTAÇÕES EXPRESSAS PELOS GUARANI.....	128

4.2.1 Saúde como modo de vida: a relação com o outro orientada pela busca da paz	128
4.2.2 O velho jogo das oposições binárias: alegria e saúde X tristeza e doença.....	136
4.2.3 Doença espiritual e doença de “ <i>jurua</i> ”: o poder simbólico da atribuição do sentido.....	143
4.2.4 A medicina natural e a medicina farmacêutica: o remédio natural como puro e condição para a saúde; o remédio alopático como misturado, químico, droga e possível causador de dependência e doenças futuras.....	150
4.3 NOTAS PARA UM DIÁLOGO ENTRE SUJEITOS PRESENTES NO CAMPO DA SAÚDE INDÍGENA.....	157
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	161
6 REFERÊNCIAS.....	167
APÊNDICES.....	175
APÊNDICE A - Roteiro das Entrevistas com os Guarani.....	176
APÊNDICE B - Roteiro das entrevistas com os profissionais de saúde.....	177
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Guarani).....	178
APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Profissionais de saúde).....	180
ANEXOS.....	182
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFES.....	183
ANEXO B - Parecer da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.....	184
ANEXO C - Despacho nº 061/2007 — Asplan/Core-ES.....	186
ANEXO D - Despacho — Asplan/Core-ES que desconsiderou a designação de um técnico da Equipe de Saúde Indígena para acompanhar as etapas do Projeto de Dissertação.....	190
ANEXO E - Autorização da FUNAI para Ingresso em Terra Indígena.....	195

LISTA DE SIGLAS MENCIONADAS NESTE TRABALHO

AIS - Agentes Indígenas de Saúde
AITG - Associação Indígena Tupiniquim/Guarani
APTA - Associação de Programas em Tecnologias Alternativas
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CGEP - Coordenadoria Geral de Estudos e Pesquisa
CIMI - Conselho Indigenista Missionário
CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CONDISI - Conselho Distrital de Saúde Indígena
CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CORE-ES - Coordenação Regional do Espírito Santo (FUNASA)
CPI - Comissão Parlamentar de Inquérito
DESAI - Departamento de Saúde Indígena
DSEI - Distrito Sanitário Especial Indígena
DSEI-MG/ES - Distrito Sanitário Especial Indígena Minas Gerais/Espírito Santo
EMSI - Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
EMATER-ES - Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Espírito Santo
ESAI - Equipe de Saúde Indígena
FNS - Fundação Nacional de Saúde
FUNAI - Fundação Nacional do Índio
FUNASA - Fundação Nacional de Saúde
IDEA - Instituto para o Desenvolvimento e a Educação de Adultos
MEC - Ministério da Educação e Cultura
NISI-ES - Núcleo Interinstitucional de Saúde Indígena do Espírito Santo
OIT - Organização Internacional do Trabalho
ONG – Organização Não-Governamental
PMA - Prefeitura Municipal de Aracruz
PNASPI - Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas
PNS - Plano Nacional de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família

PSFI - Programa de Saúde da Família Indígena

PSI - Programa de Saúde Indígena

SEJUC - Secretaria de Justiça e Cidadania do Espírito Santo

SPU - Serviço de Patrimônio da União

SUS - Sistema Único de Saúde

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

USI - Unidade de Saúde Indígena

RESUMO

O movimento indígena, a partir da década de 80 do século passado, inscreveu definitivamente na agenda nacional o direito a um atendimento específico, capaz de concatenar a melhoria na saúde com o respeito à diversidade cultural. Alicerçado na Teoria das Representações Sociais, este estudo tem por objetivo principal identificar e analisar as relações entre dois diferentes sistemas de saúde — a biomedicina e o sistema de saúde indígena —, no contexto das ações direcionadas aos Guarani aldeados no município de Aracruz (ES). Busca compreender como as representações sociais que os indígenas e profissionais de saúde constroem acerca de diversos aspectos dessa questão, relativos a si mesmos e aos “outros”, num cenário marcado por relações interétnicas, impactam ações desenvolvidas em tal área. A complexidade de implementação da referida proposição, aliada à intenção de compreender as representações dos atores em suas conexões com a vida cotidiana, demandou uma abordagem envolvendo diferentes métodos de coleta e análise de dados, quais sejam: pesquisa documental, observação participante, entrevistas na modalidade semi-estruturada e análise de conteúdo. Os resultados apontaram para a existência de relações de poder e disputas pela hegemonia entre os sujeitos ligados aos sistemas de saúde ora analisados. As representações da saúde e da biomedicina expressas pelos Guarani encontram-se em sintonia com as demandas do grupo no campo da saúde e orientam suas reivindicações, dentre as quais assume destaque aquela pelo direito à diferença. Destarte, os especialistas e as lideranças indígenas mobilizam o capital simbólico de que dispõem em estratégias para preservar a hegemonia do sistema de saúde Guarani no interior do próprio grupo, galgando maior controle da agência ocidental, bem como mais espaço na relação com a biomedicina. Por sua vez, nas representações expressas pelos profissionais de saúde, o sistema indígena de saúde aparece como subalterno e portador de eficácia mais simbólica do que propriamente empírica. Essa postura é corroborada pelas ações da Fundação Nacional de Saúde, que ignoram as demandas do grupo. Ademais, as representações existentes entre os profissionais de saúde acerca da cultura do grupo e do comportamento dos indígenas em assuntos relacionados à saúde e/ou aos serviços a eles prestados revelaram a perpetuação de uma postura quincentista, manifesta na sociedade envolvente e calcada na compreensão do indígena pelo paradigma da falta. Perde-se, assim, a possibilidade de compreendê-lo em sua *positividade concreta*, ou como o outro é, realmente. Constata-se, portanto, no tocante aos Guarani enfocados neste estudo, que o *reconhecimento da eficácia da medicina indígena e do direito desses povos à sua cultura*, embora ratificado de um ponto de vista formal pelo Estado brasileiro, mantém-se, na prática, como parte de um enorme “alfabeto de letras mortas”.

Palavras-chave: política social de saúde; representações sociais; saúde indígena; cultura; sistema de saúde Guarani; biomedicina.

ABSTRACT

The Brazilian indigenous movement, from the 1980s on, has definitively set in the national agenda the indigenous' right to specific service, which should be able to join health improvement and the respect to cultural diversity. Based on the Theory of Social Representations, the main objective of this research is to identify and to analyze the relationships between two different healthcare systems — biomedicine and the Indigenous healthcare system —, in the context of actions towards the Guarani indians living in settlements in the outskirts of Aracruz (Espírito Santo, Brazil). It tries to understand how much impact on the actions developed in this área was caused by the social representations that indigenous and health professionals have created regarding the various aspects of this issue, concerning themselves and "others", in a scenary marked by inter-ethnic relationships. Because of the complexity of implementing this proposition, which intends to understand actors' representations in connection with daily life, an approach involving a pool of different methodologies for collecting and analysing data has been required: document research, participant observation, semi-structured interview and content analysis. The results have shown the existence of power relationship and fight for hegemony between the subjects linked to the two healthcare systems hereby been analysed. The Guarani representations of health and biomedicine are in accordance with the group's health demands and lead their claims, among which the right to difference is of great importance. Thus, the indigenous experts and leaders have mobilized their available symbolical capital in strategies that aim at preserving the Guarani healthcare system within their own group, gaining this way more control over Occidental agency, as well as more space regarding biomedicine. On the other hand, in the representations expressed by health professionals, the indigenous healthcare system is shown as subordinated and as having a more symbolical than really empirical effectiveness. This attitude is reinforced by the actions put into effect by the "Fundação Nacional de Saúde" (Health National Foundation), which has ignored the indigenous demands. Besides that, the manner in which health professionals represent the indigenous culture and behavior regarding health and/or the provided services has revealed the perpetuation of an ancient position which is expressed by the involving society and based on the undestanding of the indigenous' by the lack paradigm. This way, the possibilty of understanding them in their concrete positiveness or of perceiving how the other really is get lost. So, what can be said about the Guarani focused in this research is that the recognition of the indian medicine and of these people's right to their culture, although ratified by the Brazilian State under a formal point of view, has in fact been kept as part of an enormous "alphabet of dead letters".

Key words: health social policy, social representations, indians' health, Guarani's helthcare system, biomedicine.

INTRODUÇÃO

As questões relacionadas aos povos indígenas, sejam elas concernentes à saúde, à educação, à economia ou a qualquer outra esfera da estrutura social, transcendem as fronteiras de tais coletividades e afetam sobremaneira, por razões políticas, culturais, históricas e sociais, a construção de uma sociedade democrática e plural, em nível tanto local quanto global. Destarte, é mister esclarecer, desde já, que a questão indígena não é um nicho antropológico, pois envolve fatores sociológicos, políticos e, principalmente, a maneira pela qual lidamos com a diferença. É o que apontam os debates acerca da conquista dos direitos indígenas, debates esses que têm alcançado as mais diversas instituições, como o demonstra aquele relativo à inclusão dos índios na universidade,¹ e, de uma perspectiva mais ampla, as garantias jurídicas no âmbito do direito internacional, ratificadas pela Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre povos indígenas e tribais, adotada em Genebra, em 27 de junho de 1989, e da qual o Brasil tornou-se signatário.² Ademais, a concretização de um projeto de sociedade democrática e tolerante passa pelo reconhecimento de que as questões étnicas, de gênero e raciais são tão importantes quanto as de natureza econômica, e não podem ser encaradas enquanto problemas secundários a serem solucionados no seu “devido” tempo.

As sociedades contemporâneas têm demonstrado, apesar das pressões em favor de uma homogeneização cultural, um revigoramento da afirmação das identidades étnicas e, ao mesmo tempo, um fluxo demográfico maior através de suas fronteiras, o que leva a formas diversas de relação com a alteridade.³ O tempo em que, para encontrar o exótico, era preciso cruzar oceanos entrou para a história da Antropologia. Assim, as sociedades plurais demandam análises finas dos processos identificatórios, excludentes, classificatórios e integradores (VÉRAS, 2004).

O campo do conhecimento das políticas sociais voltadas à saúde indígena tem

¹ É o caso da Universidade Federal do Espírito Santo, por exemplo.

² Decreto nº 5.051, de 19 de abril de 2004.

³ Segundo Jodelet (2002), a alteridade convoca as noções de identidade e pluralidade.

crescido consideravelmente, a reboque das lutas desenvolvidas pelo movimento indígena nessa área, as quais, a partir da década de 80 do século passado, conseguiram inscrever definitivamente na agenda nacional o direito a um atendimento específico, capaz de concatenar a melhoria na saúde com o respeito à diversidade cultural. Nesse ínterim, erguem-se abordagens com enfoques nos mais variados aspectos da realidade, corroborando, assim, a amplitude e a complexidade do tema “saúde indígena”. Apenas a título de ilustração e sem qualquer pretensão de esgotar o leque de variáveis enfocadas nesse campo, convém citar as seguintes: Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos indígenas (CRUZ, 2003); implantação e desdobramentos do modelo assistencial dos Distritos Sanitários Especiais indígenas (MAGALHÃES, 2001; MARQUES, 2003); representações de saúde e doença (GARNELO; WRIGHT, 2001; GARNELO; 2003); zona de contato entre a medicina tradicional e a biomedicina (FOLLÉR, 2004; LANGDON, 1999); cultura (COELHO, 2006), etc.

No tocante aos estudos das representações de saúde e/ou doença entre os indígenas, pesquisadores têm buscado compreender, de um lado, a relação entre as representações e práticas dos sistemas tradicionais de doença, cura e cuidados, bem como as políticas indigenistas de saúde, e, de outro lado, suas influências nas demandas levadas pelos indígenas aos conselhos de saúde (GARNELO et al., 2004). Consideramos importante destacar que uma parte significativa dos trabalhos que abordam essas representações nativas não se encontra alicerçada na Teoria das Representações Sociais. Conseqüentemente, muitas vezes a referência ao termo representação aparece em tais trabalhos como sinônimo de percepção.

Também faz-se necessário aludir à ausência, sentida nesse campo, de trabalhos orientados para o enfoque tanto das representações construídas pelos indígenas quanto daquelas elaboradas pelos profissionais de saúde acerca das questões com as quais ambos os segmentos se defrontam cotidianamente, tendo em vista sempre a busca de um significado para suas ações. Se partirmos do pressuposto de que pensamento e prática compõem o real, mantendo com ele e entre si relações dialéticas, constatar-se-á que tais abordagens são imprescindíveis para a transformação dos serviços prestados aos indígenas, os quais, à revelia dos dispositivos legais estabelecidos pela Constituição brasileira de 1988, bem como das

determinações da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, de 2002, seguem sendo orientados por uma perspectiva homogeneizadora e ocidentalizante.

Não por acaso, o conhecimento das especificidades de um grupo étnico e de suas representações do processo saúde/doença tem sido oportunamente defendido como suporte e referencial norteador das políticas públicas e estratégias de intervenção do Estado na saúde indígena (GARNELO; 2003). Assim, no contexto da questão indígena, uma coerente proposta para solucionar os desafios atuais engloba a realização de estudos e pesquisas destinados a proceder tanto a uma avaliação dos serviços de saúde que leve em conta o ponto de vista nativo quanto, também, o mapeamento das demandas desses povos (FUNASA, 2006a).

Em termos de conhecimento científico, conquanto seja ainda pequena a produção de estudos que abordam diretamente a saúde indígena no Espírito Santo, o interesse pelo tema vem crescendo significativamente no âmbito da produção acadêmica, sobretudo se tomarmos como referência os últimos anos. Entretanto, conforme abordaremos com maior profundidade adiante, esses estudos ainda não têm sido aproveitados de maneira integral, como mereceriam, pelas instituições públicas, especialmente a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

Levando em conta essas questões e tomando como pressuposto a garantia contida na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), de *reconhecimento da eficácia da medicina indígena e do direito desses povos à sua cultura*, o presente trabalho tem como objetivo geral identificar e analisar as relações entre dois diferentes sistemas de saúde — a biomedicina e o sistema de saúde indígena — no contexto das ações direcionadas aos Guarani aldeados no município de Aracruz (ES), buscando compreender como as representações sociais construídas pelos profissionais de saúde e pelos indígenas impactam as ações desenvolvidas nessa área.

Este estudo se insere na linha de pesquisa “Políticas Sociais, Subjetividade e Movimentos Sociais” do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e tem os seguintes objetivos específicos: (1º) compreender, em suas linhas gerais, os sistemas de saberes e

práticas de saúde entre os Guarani, para o entendimento de suas representações de etiologia, diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças; (2º) entender as representações Guarani da biomedicina, suas estratégias de utilização e de articulação com seu próprio sistema de saúde; (3º) conhecer e analisar as representações que os profissionais de saúde têm da medicina indígena, da cultura desse grupo étnico e das atitudes dos Guarani frente à biomedicina; (4º) fornecer subsídios para fortalecer possíveis reivindicações dos indígenas na área da saúde como campo político, bem como para o aperfeiçoamento do diálogo interétnico entre os sistemas de saúde ocidental e indígena.

De maneira geral, as abordagens antropológicas no âmbito da saúde têm procurado compreender os valores, as crenças, as atitudes, as percepções de saúde, as formas de prevenção e de tratamento das doenças e as estratégias de uso das medicinas oficial e tradicional, sem, contudo, remeter aos condicionantes estruturais desse processo (MINAYO, 1991). Essa é uma lacuna que tentamos evitar, agregando à análise variáveis como os impactos provenientes da instalação da Aracruz Celulose em terras indígenas e o contato dos índios com a sociedade envolvente — o que, a nosso ver, traz especificidades ao problema investigado —, bem como fazendo uso da Teoria das Representações Sociais. Entretanto, vale destacar que estamos de acordo com Minayo (1991), que refuta uma visão mecanicista e simplista que considera possível compreender o sentido de qualquer prática social limitando-se apenas à consideração de seus determinismos estruturais, sem levar em conta o caráter específico das microrrealidades. A autora considera que, em tal visão, não há espaço para pesquisas engajadas em compreender as concepções dos grupos a serem atendidos pelas políticas sociais.

Para contar, em linhas gerais, a história da relação de proximidade que estabelecemos com o tema da saúde indígena entre os Guarani no Espírito Santo, é preciso retroceder ao ano de 2004, quando, ainda discente do curso de graduação em Ciências Sociais da UFES, tivemos a primeira experiência como pesquisador no Programa Institucional de Voluntários de Iniciação Científica dessa Universidade, o que resultou no trabalho “Agroindústria, agrofloresta e conflito no campo”.⁴ Lá permanecemos por mais um ano, para realizar, com maior enfoque sobre as

⁴ Esse trabalho recebeu *menção honrosa* na XIV Jornada de Iniciação Científica da UFES.

questões de saúde, o trabalho “Ambiente, saúde e desenvolvimento”, assumindo, assim, definitivamente a escolha pelo tema cuja compreensão se tornou nossa principal ocupação enquanto pesquisador, desde então. Uma vez definidos os caminhos na iniciação científica, a relação atingiu maior maturidade através da pesquisa que resultou no estudo monográfico “Ambiente, saúde e desenvolvimento entre os Guarani no Espírito Santo”, apresentado ao Departamento de Ciências Sociais da UFES, no final do curso. As análises construídas na referida monografia possibilitaram uma prévia compreensão das representações Guarani de saúde. Assim sendo, o interesse em conhecê-las em maior profundidade foi certamente um dos fatores que motivaram a realização do presente trabalho.

Tais estudos contribuíram para aumentar nossa admiração por aquele povo, sobretudo pela resistência impar, que os torna capazes de manter verdadeiras fontes de orgulho, como a língua e a religião, e de alimentar uma incessante luta para conseguir viver conforme o *nhande reko katu* — “nosso modo de ser autêntico e verdadeiro” —, num contexto de deterioração das condições ambientais, de intensificação das relações interétnicas e de cerceamento da população local. Capacidade ainda mais admirável, se considerarmos as habilidades de negociação e barganha desse povo nas históricas situações de contato, quando, muitas vezes, a percepção da condição étnica e do efeito que ela gera nos “juruá” — como os índios costumam chamar os não-índios — transforma-se em um bem precioso num mercado de trocas simbólicas. Certamente, estas mesmas habilidades contribuem para o seu fortalecimento no enfrentamento das pressões homogeneizadoras e paternalistas da sociedade envolvente.

Frente a tal realidade, acreditamos que o presente estudo, além de contribuir para ampliar o campo do conhecimento pertinente, pode ser relevante no que tange a constituir-se em suporte para a avaliação e o aprimoramento dos serviços de saúde prestados às populações indígenas, bem como para fornecer elementos que poderão ser utilizados na formulação ou melhoria de projetos destinados a responder às demandas daquelas populações, engajadas na luta pelo direito à cidadania e pelo respeito à diferença. Ele pode servir, ainda, para melhorar a convivência dos profissionais de saúde com os indígenas, convidando-os a construir uma relação pautada *a priori* pelo *reconhecimento da diferença* e balizada na

reciprocidade.

Isso posto, apresentemos, a seguir, em suas linhas gerais, a estrutura do presente trabalho.

Na primeira parte, buscamos expor o processo de construção do objeto de estudo, bem como contextualizá-lo brevemente em relação à produção bibliográfica referente ao campo de estudos no qual se insere. Ali são também relatados os procedimentos metodológicos adotados e os caminhos percorridos na coleta e análise de dados.

A segunda parte consiste em um ensaio para responder ao anseio de facilitar o aperfeiçoamento do diálogo entre os profissionais de saúde e os indígenas, bem como para fornecer elementos capazes de facilitar a identificação e a compreensão dos paradigmas prévios mobilizados pelos indígenas na construção das suas representações sociais relativas às questões às quais esta dissertação se reporta. Nessa parte, tentamos contextualizar historicamente a chegada dos Guarani ao Espírito Santo, o conflito entre eles e a Aracruz Celulose e seu contato com a sociedade envolvente, problematizando os impactos decorrentes desses fatores sobre a saúde dos indígenas e sobre a forma pela qual os profissionais de saúde representam a cultura daquele grupo e seu sistema de saúde. Ali são expostos também os dados relacionados à cultura Guarani, levantados por meio da pesquisa bibliográfica e do trabalho de campo, enfocando o sistema de saúde indígena desse grupo.

A terceira parte traz uma discussão teórica, ilustrada com alguns dados etnográficos, acerca das possibilidades de contribuição advindas do uso da Teoria das Representações Sociais para a análise de contextos interétnicos. Discutimos, também, como tais contribuições podem ser aproveitadas no âmbito da Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Por fim, abordamos, na terceira parte, em suas linhas gerais, o processo de formatação da referida política a partir da XVIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e seus desdobramentos, alguns deles influenciados pela reforma do Estado ocorrida nos anos 1990.

Na quarta parte, fazemos uma exposição de nossa análise das representações sociais expressas por indígenas e profissionais de saúde. Partindo do pressuposto de que as representações sociais são “uma preparação para a ação” (MOSCOVICI, 1978) e com base na compreensão das representações presentes entre aqueles dois grupos, apresentamos uma análise da relação entre os sistemas de saúde em contato, bem como entre os referidos atores sociais, no intuito de sugerir novos caminhos a serem seguidos na gestão dos serviços e em tais interações.

Expomos, nas Considerações Finais, uma crítica àquilo que podemos considerar um paradoxo: por um lado, o reconhecimento *formal* da eficácia da medicina indígena e do direito dos índios à sua cultura e, por outro lado, a completa negação desse reconhecimento nas ações concretas do Estado direcionadas aos Guarani que habitam o Espírito Santo. A compreensão da saúde como um campo político, o qual se encontra permeado de relações de poder, possibilitou-nos compreender o elo entre as representações Guarani de saúde e as demandas desse povo, dentre as quais assume destaque a defesa do direito à diferença. Embora o sistema de saúde Guarani venha se mantendo hegemônico no interior do próprio grupo — o que se dá à custa de uma intensa mobilização —, ele aparece como subalternizado, seja nas representações dos profissionais que atuam nessa área, seja nas ações dos órgãos governamentais responsáveis pelos serviços de saúde.

1 O OBJETO, A PESQUISA E OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

1.1 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Em se tratando de pesquisas no campo das representações sociais, é necessário, para que elas sejam realizadas, que se dê a transformação/transposição dos fenômenos produzidos nos universos consensuais de pensamento, mobilizados para responder a questões que perpassam cotidianamente a vida dos sujeitos, em objetos elaborados no contexto do universo reificado da ciência⁵ (SÁ, 1998). Ou seja, é preciso produzir, acerca dos saberes cotidianos que se pretende investigar, um outro conhecimento, estabelecendo-se uma diferença entre o conhecimento assim produzido e as representações analisadas.

Cumprе esclarecer, desde já — lembrando a proposição teórica segundo a qual uma representação social é sempre de um sujeito (a população ou o grupo) que elabora/mantém tal representação e de algo (objeto) representado (SÁ, 1998) — que se buscou estudar, de um lado, como os Guarani representam saúde, seu próprio sistema de saúde, o sistema biomédico e o olhar que a seu respeito têm os profissionais da área de saúde, e, de outro lado, as representações sociais que estes profissionais constroem acerca da cultura Guarani, do sistema de saúde indígena e do modo pelo qual eles são representados pelos indígenas.

Inicialmente, foi preciso construir uma “bagagem teórica” que fornecesse ao pesquisador o suporte para análises e inferências realizadas no decorrer da pesquisa. Assim, na primeira fase, procedeu-se a uma revisão teórica relevante para o tema em questão, tendo como foco a construção das categorias analíticas a serem utilizadas no decorrer da pesquisa. Foram igualmente analisados estudos etnológicos relevantes sobre saúde indígena (FOLLÉR, 2004; LANGDON, 1995;

⁵ De acordo com a Teoria das Representações Sociais, os universos consensuais de pensamento são aqueles que dizem respeito ao senso comum, ao pensamento cotidiano. Trata-se, pois, do próprio âmbito das representações sociais. Por sua vez, os universos reificados são aqueles em que se produzem e circulam o pensamento erudito, em geral, e as ciências, em particular. A esse respeito, ver, por exemplo, Sá (1995, p. 28-30). Voltaremos a esse assunto no capítulo 3.

GARNELO, 2003), especialmente entre os Guarani que vivem no Espírito Santo, mas também em outros estados brasileiros (CICCARONE, 2001; BERTOLANI, 2005; FERREIRA, 2004; PELLON, 2008).

Estritamente relacionada à questão da saúde dos Guarani que habitam a região do município de Aracruz, no Espírito Santo, conseguimos levantar e consultar uma pequena produção pertinente, na qual figuram um diagnóstico,⁶ um laudo antropológico,⁷ um estudo monográfico de conclusão do curso de graduação em enfermagem e uma dissertação de mestrado em enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), os dois últimos estudos tendo sido realizados por Pellon (2005, 2008). O primeiro dos estudos aqui citados demonstra pouco (ou insuficiente) interesse pelo conhecimento antropológico, de suma importância para a realização de pesquisas em contextos interétnicos. De forma geral, o diagnóstico realizado pela Associação de Programas em Tecnologias Alternativas, no ano de 2001, foca sua atenção em questões operacionais e técnicas, destacando a infra-estrutura e o levantamento de problemas relacionados à saúde. Por outro lado, o laudo mencionado (GT/FUNAI, 2004) traz um item específico direcionado à questão da saúde, no qual esta é abordada de uma perspectiva bem interessante, englobando aspectos históricos, políticos, culturais e econômicos. Esse estudo faz uma breve abordagem da história dos serviços de atenção à saúde indígena no Espírito Santo, atentando tanto para sua estrutura física quanto para mudanças nas políticas públicas. No que concerne ao uso do Hospital São Camilo pelos indígenas, o laudo aponta a persistência de problemas na relação com os profissionais de saúde, que seguem identificando no modo de vida indígena a principal causa das enfermidades que os acometem, desconsiderando sumariamente a precarização de suas condições de vida, em grande parte provocada pelos múltiplos impactos desencadeados pela implementação da agroindústria pela Aracruz Celulose, empresa com a qual os índios mantêm relações assimétricas e de conflito. Outro aspecto interessante do estudo refere-se à

⁶ Diagnóstico da Associação de Programas em Tecnologias Alternativas (APTA), empresa contratada a partir de um convênio entre a Associação Indígena, as aldeias, a Aracruz Celulose, o Conselho Indigenista Missionário (CIMI) e a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), e que desenvolveu assessoria aos projetos agrícolas nas aldeias de 2001 a 2003 (2001a, 2001b).

⁷ Laudo Antropológico Sobre as Terras e as Populações Indígenas Situadas Próximo ao Traçado do Gasoduto Cacimbas – Vitória, realizado em 2004, pela empresa de consultoria Biodinâmica (RJ), para atender a um termo de referência da FUNAI.

desconstrução/negação da “tese dos privilégios” defendida por alguns profissionais de saúde, que acreditam que as políticas específicas de saúde voltadas para os indígenas se esgotam num atendimento privilegiado, e não compatível com suas particularidades. Devemos mencionar também a tese de doutorado da professora Celeste Ciccarone (2001), que, conquanto não apresente a saúde como tema central, foi de grande valia para o presente trabalho, sobretudo por dois motivos, a saber: o primeiro, por fornecer um conjunto de dados etnográficos necessários para a compreensão da saúde Guarani de uma perspectiva holística; o segundo, por chamar a atenção para os gravíssimos problemas que perpassam as relações entre os indígenas e alguns profissionais de saúde. Quanto ao referido estudo monográfico, cumpre destacar, com base em nossas pretensões, o espaço e a relevância reservados para a análise das concepções Guarani do processo que envolve saúde e doença, bem como a constatação do distanciamento da equipe com relação aos costumes indígenas, considerado um grande empecilho para um atendimento inclinado a responder às demandas do grupo (PELLON, 2005). Por sua vez, o outro estudo realizado por Pellon (2008) aborda a influência das tensões interculturais provocadas pela histórica situação de contato dos índios com a sociedade envolvente no processo saúde-doença dos Guarani Mbya, pontuando alguns indicadores dos decorrentes agravos na saúde desse grupo e cotejando-os com os aspectos normativos nas políticas públicas que poderiam minimizar tais impactos. Nesse trabalho, o autor aponta que o Estado não tem cumprido com a obrigação de proporcionar aos Guarani um atendimento específico e efetivamente capaz no que tange à promoção, proteção e recuperação da saúde indígena.

Fenômenos sociais como o que nos propusemos analisar são dotados de tamanhas peculiaridades, que só podem ser identificadas com o auxílio de um método que possibilite ao pesquisador “mergulhar” na dinâmica destes fenômenos, mediante uma inserção na vida cotidiana da sociedade estudada.

A esse respeito, o debate em torno dos limites do método da observação participante em sua versão clássica tem-se mostrado muito produtivo para a Antropologia e exigido do etnógrafo uma postura mais autocrítica e reflexiva na produção do conhecimento. Em linhas gerais, ele gira em torno de duas questões centrais, levantadas a partir das críticas capitaneadas por Geertz ao realismo

etnográfico, presente em trabalhos realizados exclusivamente nos moldes propostos por Malinowski. A primeira delas questiona a autoridade do saber etnográfico, ou, melhor dizendo, a ânsia por essa autoridade da parte dos etnógrafos inclinados a observarem, na inserção no mundo do nativo e nos procedimentos empáticos preconizados pelo método, garantias de maior rigor científico. Em suma, Geertz considera falaciosa a defesa da capacidade desse método no tocante ao alcance da verdade. A segunda questão levantada pelo autor, de natureza epistemológica, decreta o fim da utopia de “tornar-se nativo”, confrontando-a com a impossibilidade de o etnógrafo mergulhar completamente na cultura sob sua investigação. Incapazes de aprendê-la por completo e de apoderar-se daquilo que está na mente do nativo, estamos, na maior parte do tempo, lidando com piscadelas, tiques nervosos e falsas piscadelas, ou seja, fatos e imitações — tomando emprestados os termos geertzianos —, sempre em busca dos fios dessa teia de significados chamada cultura, para que possamos interpretá-los. Assim, Geertz (1989) afirma que as etnografias não são mais do que interpretações das interpretações nativas. Deslegitimando a autoridade etnográfica, o autor abre espaço para uma relação intersubjetiva entre etnógrafo e nativo no trabalho de campo.

Entendemos que as contribuições de Geertz para o trabalho do etnógrafo representam ganhos qualitativos no que tange a uma construção interpretativa, bem como lições de humildade científica (não temos o poder de entrar na mente do nativo), sem negar, contudo, a especificidade da observação participante e sua capacidade de oferecer pistas ao etnógrafo, para que ele possa trilhar, em campo, “caminhos mais curtos” rumo ao conhecimento pretendido. Ademais, a opção pelo diálogo nos parece mais correta na medida em que a observação daquilo que Malinowski (1978) precisamente definiu como os *imponderáveis da vida real*⁸ fornece indícios que não devem ser negligenciados pela abordagem interpretativista. Citemos um exemplo. Observamos que o zelo pelas relações pacíficas, aliado ao uso estratégico do diálogo para apaziguar situações conflituosas, tendo em vista afastar manifestações de raiva e outros sentimentos contrários ao bem-estar do grupo e causadores de doenças, são manifestações claras do vínculo existente entre as representações Guarani de saúde e a prática cotidiana dos membros desse grupo. Porém, essa construção interpretativa não se baliza apenas em

⁸ Atitudes, emoções, comportamentos, eventos observados na vida cotidiana.

interpretações primárias fornecidas pelos nativos, mas também em pistas extraídas de conversas, reuniões, manifestações de gentilezas e sentimentos de amizade, carinho e simpatia, nas emoções, etc. — ou seja, em dados que certamente conferem maior objetividade à interpretação e cuja observação depende da inserção do pesquisador na vida cotidiana do grupo estudado.

Portanto, a opção pela observação participante, nos moldes de suas orientações clássicas, como método preferencial de investigação, deveu-se à possibilidade de construção de relações sociais e intersubjetivas imprescindíveis para a realização de trabalhos em contexto interétnico e à sua capacidade de nos possibilitar uma compreensão do objeto a partir das falas e narrativas dos indivíduos, compartilhadas pelos sujeitos diretamente envolvidos no problema. Ademais, consideramos o método da “observação participante” como o mais adequado para a coleta de dados, haja vista sua possibilidade heurística de dar visibilidade às condições nas quais se explicitam as representações de saúde e doença, assim como às relações existentes entre elas mediante inferências alicerçadas na prática e em comportamentos cotidianamente manifestos pelos sujeitos da pesquisa, bem como, para o caso deste estudo, no relacionamento entre a equipe de profissionais de saúde e os indígenas. Desse modo, evita-se toda sorte de confusão interpretativa e, por exemplo, não se transforma um tique nervoso em piscadela, assim possibilitando ao pesquisador a passagem de uma *descrição superficial* a uma *descrição densa* (GEERTZ, 1989). Por outro lado, num trabalho que tem como um de seus objetivos buscar um entendimento das representações nativas da saúde, acreditamos ser imprescindível levar em conta o ponto de vista indígena. A esse respeito, vale a pena lembrar que Malinowski (1978) chama a atenção para o fato de o trabalho de campo ter necessariamente de dar conta da dimensão composta por aquilo que chama de *espírito*.⁹

Esse método de pesquisa social fornece ao pesquisador a maneira de proceder adequada a uma captação sistematizada dos dados relativos aos fenômenos que nos propomos estudar, possibilita verificar a freqüência e a distribuição destes dados

⁹ “Entende-se por espírito o *corpus inscriptionum* — uma coleção de asserções, narrativas típicas, palavras características, elementos folclóricos e fórmulas mágicas —, o qual deve ser apresentado como documento da mentalidade nativa” (MALINOWSKI, 1978, p. 22).

e, por fim, permite a construção de um modelo da organização em estudo, preparando o caminho para uma análise fidedigna dos dados correspondentes.

Embora se configure como um método estruturado, caracteriza-se por uma flexibilidade em relação ao modelo previamente definido, possibilitando que a ele sejam incorporados novos elementos e hipóteses (BECKER, 1999). Assim, pode-se afirmar que a observação participante possibilita campo tanto para se testarem hipóteses estabelecidas *a priori* quanto para se levantarem novas hipóteses. Quanto a isso, Malinowisk (1978) considera que preliminares a um trabalho de campo são tanto um conhecimento exaustivo da literatura acerca do tema quanto a concepção segundo a qual as questões levantadas não devem ser entendidas como verdades preconcebidas, podendo ser modificadas ao longo das etapas do trabalho de investigação. Afinal, mais importante do que conhecer verdades é a capacidade de levantar problemas.

Segundo Becker (1999), a observação participante é processada em três estágios de análise de campo e um estágio de análise final, envolvendo a apresentação de evidências e provas.

No primeiro estágio, o pesquisador busca problemas e conceitos que ofereçam melhor compreensão do tema em estudo e índices de que está observando fatos disseminados na organização social. O passo seguinte é a realização de um controle da frequência e da distribuição dos fenômenos, para identificar, dentre os problemas, conceitos e índices anteriormente selecionados, quais são os de maior relevância para o foco do estudo. Para isso, recomenda-se atentar para aqueles que derivam de acontecimentos **típicos e disseminados**. No estágio final da análise de campo, o pesquisador encontra-se em condições de buscar conexões entre os problemas, de modo a construir modelos de sistemas sociais que expliquem os eventos por seu envolvimento numa rede de variáveis articuladas na organização em estudo.

Após completado o trabalho em campo, inicia-se o quarto estágio, que consiste na análise final e na apresentação dos resultados. Nele, o observador faz a reconstrução, de forma sistemática, do modelo de explicação e verifica se novas alternativas podem invalidar suas conclusões ou se os dados as sustentam.

Convém tecer alguns comentários acerca da inserção da observação participante no estudo empírico da produção e circulação das representações sociais. Tal como Sá (1998), acreditamos que o fato de a teoria geral das representações sociais não se vincular, de forma arbitrária, a nenhum método, não significa que todos os métodos possam ser utilizados com a mesma validade na pesquisa das representações sociais, independentemente do seu enquadramento teórico-conceitual. Assim sendo, segundo o autor, podemos associar, de maneira esquemática, o uso de métodos qualitativos à corrente teórica complementar liderada por Denise Jodelet, a qual se configura como uma opção mais adequada para pesquisadores que pretendem “[...] dar conta de maneira maximamente compreensiva da representação de um dado objeto por um dado conjunto social [...]” (SÁ, 1998, p.78). Essa corrente atribui ênfase

[...] à consideração dos suportes pelos quais as representações são veiculadas na vida cotidiana. Esses suportes são basicamente os discursos das pessoas e grupos que mantêm tais representações, mas também os seus comportamentos e as práticas sociais nas quais estes se manifestam. São ainda os documentos e registros em que os discursos ficam institucionalmente fixados e codificados [...] (SÁ 1998, p.73).

O uso da observação participante enquanto método de pesquisa tem encontrado grande aceitação entre pesquisadores das representações sociais, sobretudo aqueles interessados em focalizar as práticas socioculturais como um elemento importante da representação social. A esse respeito, Spink (1995) afirma que o estudo das representações sociais tem sido realizado de duas formas, a saber: os trabalhos que enfocam situações sociais complexas, envolvendo instituições, comunidades e eventos, e aqueles que focalizam atores socialmente definidos, tais como médicos, deficientes, operários etc. No primeiro caso, ainda segundo a autora, o estudo das representações sociais aproxima-se das etnografias ou da pesquisa participante em Antropologia.

Cabe lembrar que, num dos mais importantes estudos do campo das representações sociais, Denise Jodelet¹⁰ vale-se de uma perspectiva etnográfica para compreender, de forma processual, como se constroem, se atualizam e se transformam as representações sociais da loucura, no contexto de uma instituição psiquiátrica aberta, localizada em uma comunidade rural, onde os usuários vivem

¹⁰ Trata-se da obra *Loucuras e representações sociais*, publicada no Brasil pela Editora Vozes em 2005.

em liberdade e são albergados pela população local. Referindo-se a esse trabalho, a própria autora (JODELET, 2002, p. 60.) afirma:

[...] Sua abordagem plurimetodológica incluía uma pesquisa de documentos de arquivo relativos à história dessa comunidade, cuja experiência no acolhimento de doentes mentais data do início do século [século XX]; uma série de investigações de tipo diferente: etnográfico (observação participante da vida coletiva e dos locais onde viviam os pacientes e do trabalho junto a informantes); sociológico (levantamento das características das famílias hospedeiras dos doentes mentais, as condições de moradia e de vida destes, as relações que mantêm entre si e com as pessoas à sua volta etc); psicossociológico (entrevistas profundas com os diferentes atores do sistema de colocação dos doentes e, especialmente, com as pessoas que se ocupam deles).

Para melhor contextualizarmos as representações Guarani buscou-se acrescentar à abordagem etnográfica a realização de entrevistas na modalidade semi-estruturada (ver Apêndice A).

Ao todo, foram entrevistados sete Guarani. Quanto aos critérios de escolha de quais seriam os entrevistados, ressaltamos que — em face da complexidade do “objeto” e em conformidade com o método utilizado — foram trilhados dois caminhos paralelos e intercruzados. O primeiro — indígenas que atuam diretamente na esfera da saúde — levou à escolha do cacique da aldeia Boa Esperança, que também é o representante das três aldeias Guarani no Conselho Distrital de Saúde Indígena; dos especialistas indígenas, detentores de saberes e práticas sobre saúde e doença; e dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS). O segundo caminho, relacionado à experiência de campo, visou selecionar para as entrevistas os indígenas atendidos pela equipe da FUNASA, o que se restringiu a duas lideranças indígenas: uma da aldeia de Três Palmeiras e outra da aldeia de Piraquê-Açu, ambas, muito significativas para a coleta de dados, sendo identificadas no decorrer da pesquisa de campo. Para a coleta destes dados, foram utilizados gravador e diário de campo.

No que concerne à investigação das representações sociais da cultura e do sistema de saúde indígena existentes entre os profissionais de saúde, foi privilegiado o uso do método qualitativo, sendo os dados coletados por meio de entrevistas na modalidade semi-estruturada (ver Apêndice B).

A pesquisa documental, por sua vez, centrou-se na análise de três relatórios obtidos junto a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e contendo informações sobre a

saúde da população indígena do Espírito Santo elaborados pela Equipe de Saúde Indígena (ESAI). Dentre os dados quantitativos fornecidos por esses documentos, foram analisados preferencialmente aqueles relativos a questões ligadas à demografia e identificadas as principais causas de internações e óbitos entre os indígenas.

O uso de entrevistas abertas, conduzidas por um roteiro mínimo, tem obtido a preferência entre as técnicas verbais dos pesquisadores interessados em acessar as representações sociais, por sua característica de dar voz ao entrevistado, o que, por sua vez, reduz a possibilidade de influência das categorias e pré-concepções do pesquisador, permitindo a coleta de um rico material (SPINK, 1995). Os tópicos foram estruturados de maneira a possibilitar ao entrevistado a máxima liberdade para expressar-se de forma espontânea acerca de temas como a cultura Guarani, as práticas indígenas de saúde, o uso de plantas medicinais por parte dos índios e a compreensão e o uso das terapias da medicina ocidental. As entrevistas foram gravadas e transcritas, tendo em vista proceder à análise do material coletado.

Dos doze membros da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) da Unidade de Saúde Indígena (USI) de Boa Esperança, foram entrevistados oito, quais sejam: uma médica com formação básica em clínica médica, a enfermeira que também atua como coordenadora dessa Unidade, uma técnica de enfermagem, dois agentes de saúde indígena, uma pediatra, uma assistente social e uma nutricionista. Para evitar uma possível duplicação no número referente ao total de entrevistados ($7 + 8 = 15$), faz-se necessário esclarecer que os agentes indígenas constam também no total de indígenas entrevistados, sendo mencionados aqui apenas para efeito de representatividade, pois são parte do total de membros da equipe. Portanto, ao todo, foram treze os entrevistados, sendo sete deles indígenas e os seis restantes, profissionais de saúde. Na realização das entrevistas com os profissionais de saúde, fizemos uso da gravação como técnica de registro de dados, utilizando o diário de campo para complementar ou acrescentar informações que os entrevistados julgavam importantes — por vezes, concedidas espontaneamente após já terem-se passado alguns dias da realização das entrevistas.

Embora tenhamos dedicado algumas horas ao expediente na referida USI, o número de atendimentos observados não foi representativo. Ademais, alguns dos

profissionais observaram dificuldades em fazer o atendimento na presença do pesquisador, o que nos levou a optar por focalizar a análise de seu relacionamento com os indígenas nas entrevistas com esses profissionais, bem como a conceder a tal relacionamento maior ênfase no trabalho de campo entre os Guarani.

Buscando preservar a identidade dos profissionais e, ao mesmo tempo, facilitar a compreensão dos excertos de entrevistas por parte do leitor, os entrevistados e suas respectivas respostas foram discriminados por meio de numeração aleatória de 1 a 6, um determinado número sempre correspondendo a um mesmo profissional.

Para a elucidação do problema proposto para este trabalho, a análise de conteúdo consiste no método mais adequado de interpretação dos dados coletados, pois contém a possibilidade de realizar, de forma objetiva, inferências de um texto focal para um contexto social que, num primeiro momento, pode não se apresentar de forma clara ao pesquisador. Além disso, a análise de conteúdo possibilita reconstruir valores, atitudes, opiniões, preconceitos e estereótipos (BAUER, 2002), estando, ainda, em consonância com o referencial teórico proposto, por seu uso paradigmático no estudo das representações sociais.

Os procedimentos que adotamos na análise configuram três momentos distintos e, entretanto, complementares. Inicialmente, buscou-se fazer uma primeira leitura atenta e, ao mesmo tempo, o mais “isenta” possível. Ou seja, nesse momento, não havia nenhuma preocupação em estabelecer associações entre, por um lado, os dados ali presentes e, por outro, textos anteriormente lidos, pressuposições acerca de posturas de sujeitos etc. Isso porque se considerou que uma atitude “preconcebida” desse tipo poderia impedir (ou, ao menos, dificultar) a descoberta de informações importantes no material analisado. Posteriormente, passamos a averiguar a presença de associações entre os objetos de representação com que lidam os sujeitos e outros elementos de seu mundo — associações essas que fornecem conteúdo à representação, expressando modos de interpretar/significar o objeto representado. Para citar um exemplo, quando os Guarani se referem ao remédio alopático como droga, ou como química e, por extensão, à biomedicina como farmacêutica, eles se ancoram numa orientação cultural para o consumo de alimentos orgânicos e o uso de remédios naturais. No terceiro momento, a atenção voltou-se para a descoberta de determinadas regularidades nos conteúdos das

representações sociais de cada categoria de sujeitos. Nesse momento, buscamos identificar os conjuntos temáticos presentes nas falas dos sujeitos, o que, ao menos em parte, manifestou-se em palavras-chave que foram sendo “descobertas” em tais falas. A busca dos conjuntos temáticos presentes nas falas dos profissionais de saúde que trabalham com populações indígenas, como, também, entre os próprios índios, revelou-se fundamental. Serviu para apontar temas relevantes, como aquele observado entre os profissionais, que consideram o modo de vida como causa de algumas moléstias que acometem os indígenas, bem como para indicar a forte tendência dos Guarani a tratar o tema da saúde fazendo referência à alegria e, por outro lado, a pensar a doença como algo ligado à tristeza. Nessa etapa do trabalho, foram feitas anotações, as quais, por sua vez, serviram de elemento orientador de leituras complementares das transcrições das entrevistas, necessárias para que pudéssemos sedimentar a análise.

1.2 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Os procedimentos éticos foram realizados em consonância com a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) — Ministério da Saúde —, e na Resolução nº 304/2000, que diz respeito à área a que se reporta o presente estudo, a saber: pesquisas envolvendo povos indígenas. Assim, o ingresso nas aldeias foi precedido da obtenção da anuência das comunidades Guarani, junto às lideranças indígenas, sem prejuízo do consentimento individual, obtido por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Ver Apêndice C).¹¹ O processo de obtenção das anuências teve como finalidade prestar esclarecimentos às lideranças

¹¹ O consentimento individual foi obtido entre os Guarani da seguinte forma: logo após o indígena ter concluído a leitura do TCLE, dávamos início a uma breve apresentação oral — que, na forma, aproximava-se de uma conversa informal —, feita no intuito de explicar questões fundamentais da pesquisa, tais como objetivos e metodologia. Terminada essa apresentação, colocávamo-nos a disposição do indígena para sanar eventuais dúvidas acerca da pesquisa.

indígenas acerca da pesquisa, bem como garantir-lhes que o consentimento poderia ser retirado em qualquer momento da pesquisa, sem implicar em nenhum prejuízo para as coletividades envolvidas.

Atendendo às recomendações legais da FUNAI para o ingresso em Terras Indígenas com o propósito de desenvolver pesquisa científica, encaminhamos o projeto à Coordenadoria Geral de Estudos e Pesquisa (CGEP) da FUNAI; ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico — CNPq, para que este procedesse a uma avaliação metodológica da pesquisa; e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Espírito Santo, o qual, após proceder a uma avaliação preliminar (ver Anexo A), encaminhou o projeto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que, por sua vez, emitiu parecer favorável a realização do estudo (ver Anexo B).

Nada obsta assinalar também que, em atendimento a uma exigência do CEP da Universidade Federal do Espírito Santo — que considerou a FUNASA como um dos sujeitos da pesquisa —, foi solicitada à Coordenação Regional da FUNASA no Estado do Espírito Santo a autorização para a realização do estudo, sob protocolo nº 25150.003.117/2007-37. A instituição concordou com o seu aparecimento secundário no projeto e designou um técnico da ESAI para acompanhar as etapas do trabalho, segundo o Despacho nº 061/2007 — Asplan/Core-ES (ver Anexo C). Posteriormente, a FUNASA desconsiderou a designação supramencionada, esclarecendo que tal ato poderia quebrar a autonomia do pesquisador e evocar o policiamento de suas atividades (ver Anexo D).

Convém explicitar alguns procedimentos realizados no intuito de atender às exigências da comunidade científica e das instâncias legais quanto ao mérito ético da pesquisa, bem como do processo de avaliação do projeto. Após estabelecermos contato com a CGEP da FUNAI, em Brasília, e informarmos nossa intenção de desenvolver um projeto de pesquisa com os Guarani no Espírito Santo — com os quais já havíamos construído relações de amizade e confiança em trabalhos acadêmicos anteriores —, pedimos informação sobre se haveria algum problema em nos anteciparmos à posição da FUNAI (que é responsável pela tarefa), no intento de adiantar o processo, e fôssemos até as aldeias para obter a anuência dos Guarani. Após obtermos a informação de que não haveria problemas quanto a isso, fomos às

aldeias em duas oportunidades, para prestar aos índios os devidos esclarecimentos quanto aos objetivos do projeto, à metodologia utilizada, aos possíveis danos à comunidade, bem como quanto aos benefícios esperados. As lideranças das três aldeias nos informaram que precisavam discutir o projeto em uma reunião interna das comunidades, realizada na aldeia Três Palmeiras. Em seguida, o cacique Werá Kwaray (Antônio Carvalho), da aldeia Boa Esperança, comunicou-nos que o projeto havia sido aprovado e que ele, na qualidade de representante das três aldeias no Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) MG/ES, ficaria encarregado de conceder a autorização e mediar a relação entre o pesquisador e os índios. Remetemos a autorização do Cacique e o projeto à FUNAI e fomos informados, em seguida, de que o órgão aguardava apenas os pareceres da CONEP e do CNPq para conceder a autorização.

Entendemos que, dada a natureza da pesquisa realizada, os procedimentos metodológicos utilizados na coleta e na análise dos dados não podem ser comparados aos procedimentos da biomedicina, no que tange a oferecer riscos à vida ou à integridade física dos atores envolvidos. Por isso, remetemos à distinção entre *pesquisas em seres humanos* e *pesquisas com seres humanos*, feita por Oliveira (2003). O autor observa que, no primeiro caso, as pesquisas se balizam em uma situação de intervenção na qual os seres humanos ocupam o lugar de cobaias e, em função de sua especificidade, impõe-se a necessidade de que tal condição seja relativizada. Já no caso de pesquisas com seres humanos, como a que desenvolvemos e que embasa o presente trabalho, o indivíduo assume a condição de sujeito de interlocução. Tal distinção, ainda tomando como base o pensamento do autor citado (OLIVEIRA, 2003), implica observar também que, em pesquisas que tenham no trabalho de campo a principal ferramenta para a coleta e a análise dos dados, é preciso que o pesquisador, além de revelar seu papel e assumir sua responsabilidade — que vai do início da pesquisa até à publicação dos resultados —, também defenda e esclareça a especificidade do método que lhe permite atuar, de um lado, negociando identidades, pois o pesquisador possui mais de uma identidade em campo, dada a impossibilidade de “se relacionar com os atores como sujeito de conhecimento durante todo o tempo” (OLIVEIRA, 2003, p.3), e, de outro lado, analisando problemas e hipóteses que podem surgir nos diferentes momentos da pesquisa.

No entanto, o antropólogo, quando está em campo, sempre tem mais de uma identidade. Isso porque, em tal situação, e para poder relacionar-se com os atores (indígenas, por exemplo), ele não poderia fazê-lo, durante todo o tempo, apenas como sujeito de conhecimento.

A reflexão realizada acerca dos dados coletados na pesquisa poderá ser útil para apontar problemas na concretização da PNASPI e propostas para solucioná-los, bem como para fomentar relações fundadas no respeito mútuo entre os atores envolvidos.

Ademais, assumimos de imediato o compromisso de evitar que nossa presença nas aldeias pudesse se tornar um fator gerador/agravante de conflitos entre os indígenas e os profissionais de saúde, bem como de respeitar, durante toda a realização da pesquisa, as especificidades econômicas, culturais, políticas e sociais dos Guarani.

No tocante à privacidade dos participantes, comprometemo-nos a não revelar suas identidades e a tomar todos os cuidados possíveis para preservá-las no texto.

Os resultados da pesquisa serão tornados públicos, servindo também de base para a produção de artigos e/ou livros, sendo garantida a citação da origem dos dados correspondentes. O entendimento do trabalho de campo como possibilidade de estabelecer relações recíprocas de confiança, bem como a devolução do relatório aos indígenas, também estão contidos no protocolo ético do trabalho proposto. Pretendemos, também, organizar um evento com a participação dos indígenas e, se possível, de representantes da FUNASA, para a exposição dos resultados da pesquisa, com o intuito de contribuir, de alguma forma, para a reflexão e a melhora na qualidade dos serviços de saúde prestados aos Guarani.

1.3 O TRABALHO DE CAMPO

Em dezembro de 2007, recebemos da FUNAI a autorização para o ingresso em Terra Indígena Tupiniquim nº 158/CGEP (ver Anexo E) e, imediatamente, demos início ao trabalho de campo. Segundo a previsão inicial, um período de aproximadamente três meses seria suficiente para a realização desse trabalho. Contudo, consideramos necessário estender o prazo inicial até o final de março de 2008, em função de alguns imprevistos e dificuldades que enfrentamos para agendar as entrevistas, ocorridos ora com os profissionais de saúde, ora com os índios. No caso dos primeiros, os feriados e a escala foram os principais empecilhos. Já no caso dos indígenas, os contratempos foram em grande medida determinados pelo fato de o período inicialmente previsto para a pesquisa de campo coincidir com uma época na qual ocorrem com frequência acentuada viagens a aldeamentos Guarani localizados em outros estados, para a participação no ritual do batismo.

Em campo, embora nossa experiência no curso de graduação em Ciências Sociais e a relação estabelecida com alguns núcleos familiares pudessem sugerir o contrário, os olhares desconfiados lançados sobre a figura do pesquisador — por vezes, acompanhados de questionamentos do tipo “Muitos estudantes vêm até à aldeia interessados em alguma coisa e, depois de publicarem seus trabalhos, não oferecem nenhum benefício em troca” — continuavam sendo o fardo mais pesado. Nesses momentos, torna-se claro que os indígenas, por meio de suas atitudes, desvendam a multiplicidade das formas de dominação praticadas pela sociedade colonial e neocolonial sobre as sociedades indígenas.

A explicitação de tais questionamentos e atitudes são reflexos de uma significativa mudança que tem ocorrido nas relações com os pesquisadores, uma vez que os indígenas vêm assumindo mais o papel de sujeitos, recusando-se a ser simples objetos de pesquisa, e, assim, participam, acompanham e avaliam as produções antropológicas desenvolvidas junto a seus povos. Assim, à tradicional contrapartida (muitas vezes exigida na forma de presentes ou prestação de serviços, como ensino de informática e montagem de projetos voltados à arrecadação de recursos) — o que adquiriu considerável importância para esses grupos e, por conseguinte, se

converteu em verdadeira moeda de troca no “mercado de informações” —, vieram somar-se também (na qualidade de um pré-requisito), a relevância da pesquisa no que tange às possibilidades de contribuição para, de um lado, reforçar argumentos utilizados na luta travada com a sociedade envolvente e seus aparelhos burocráticos pela concretização de seus direitos étnicos e, de outro lado, ampliar a visibilidade de suas demandas.

As idas a campo foram realizadas em duas etapas. Na primeira, que durou de dezembro até meados de janeiro, fomos até as aldeias dois dias consecutivos por semana. Dos três primeiros dias, passamos um em cada aldeia, para rever algumas pessoas com as quais, desde a graduação, mantínhamos uma relação próxima o suficiente para que a distância e o tempo trouxessem saudades a ambas as partes. Nesses dias, o objetivo principal de nossa estadia na aldeia tinha que ser, ao menos provisoriamente, esquecido, para dar lugar a outro que, naquele momento, assumia importância maior, a saber: buscarmos nos inserir novamente no circuito de relações de reciprocidade, partilhando presentes, contando e, sobretudo, ouvindo “causos” e intimidades, bem como voltarmos a participar ativamente das atividades cotidianas (pesca, fabrico de artesanato, coleta de fruta e lenha etc.), na tentativa de amenizar o desconforto e os incômodos provocados por nossa presença na aldeia, embora estivéssemos cientes de que tal empreitada duraria até o último dia do trabalho de campo. Passados esses dias, as visitas cumpriam diariamente o seguinte percurso entre as aldeias Guarani: Boa Esperança/Três Palmeiras, Boa Esperança/Piraquê-Açu e Três Palmeiras/Piraquê-Açu. A formulação deste trajeto foi motivada principalmente pela tentativa de cobrir um espaço maior e, assim, estar em contato com o máximo de pessoas possível. No entanto, devemos confessar que isso serviu também para evitar um maior desgaste físico, já que a distância entre as três aldeias não é tão pequena para ser percorrida a pé, sobretudo na “companhia” de um sol “fortíssimo” que só nos “abandonou” na quarta semana, para logo retornar na semana seguinte. Na segunda fase — de meados de janeiro até o final de março de 2007 —, a carga de trabalho foi intensificada e as visitas passaram a durar três dias por semana. Em duas das últimas três semanas, pernoitamos numa pensão em Santa Cruz, que fica a aproximadamente um quilômetro das aldeias, aceitando, de muito bom grado, na última delas, o convite para ser hóspede na casa de um casal de amigos em Três Palmeiras.

Entre as idas e vindas periódicas, os dados eram coletados e registrados no diário de campo — um companheiro para as noites na pensão e um passa-tempo para as duas horas e vinte minutos das viagens de volta. Cada viagem era precedida de um período de análise e levantamento de novas questões.

Em campo, enfrentamos algumas dificuldades para obter as informações. Cumpre destacar àquelas provocadas pela falta de domínio do idioma Guarani, falta que buscávamos contornar com o auxílio de um intérprete, como ocorreu na entrevista com o xamã da aldeia de Três Palmeiras. Ademais, a notável variação na produtividade do trabalho de campo trazia, em algumas de nossas idas a campo, certa frustração quanto à coleta de dados. Aquela variação devia-se tanto a fatores ligados à especificidade da atividade realizada (especificidade que se encontra submetida ao calendário indígena) quanto às oscilações da disponibilidade dos índios para conversar sobre saúde ou, até mesmo, para partilhar de nossa companhia, dadas as diferenças quanto às noções de tempo e razões subjetivas que mereciam profundo respeito de nossa parte.

O “*esqueleto*” do trabalho de campo é formado de dados como os relativos à demografia, ilustrações sobre a maneira de lidar com o infortúnio e a identificação dos grupos étnicos. A “*carne e o sangue*” do estudo foram construídos mediante a observação do cotidiano centrado nas dimensões inerentes às práticas de saúde e suas imbricações, aproximações e distanciamentos relativamente à medicina ocidental. Completando as orientações metodológicas propostas por Malinowski, (1978), o “*espírito*” contém as opiniões e palavras dos indígenas em relação às questões que envolvem as representações da saúde e as relações entre os sistemas de saúde.

Compreendemos facilmente as dificuldades, frequentemente aludidas por estudiosos de outros campos, enfrentadas ao longo do caminho percorrido por aqueles que se lançam ao trabalho de campo, movidos principalmente pela busca do conhecimento, e que são capazes de esforçar-se para entrar no circuito da reciprocidade, buscando realizar trocas materiais e partilhar intimidades, no intuito de forjar relações interpessoais — e é exatamente isso o que fazemos em campo. Nessa jornada em busca da confiança sempre parcial do outro, tornamo-nos tão destros, que os maiores navegadores do mundo teriam dificuldades para encontrar melhores

atalhos. Não sabemos, ao certo, de onde vem toda essa habilidade, mas a solidão que em certos momentos incentiva-nos a conquistá-la, todos conhecemos bem. Todavia, não é nada fácil assimilar o fato de que, no momento da construção do conhecimento, quando toda essa carga de proximidade e — por que não dizer? — de intimidade, precisa ser ignorada na perseguição quimérica pela objetividade, todo esse esforço parecerá ter sido em vão. Felizmente, as experiências que vivemos em campo são demasiadamente intensas para ser esquecidas ou “guardadas em uma gaveta”.

2 OS GUARANI NO ESPÍRITO SANTO

Os Guarani figuram entre os povos indígenas mais “assediados” por pesquisadores(as) no território nacional, como o demonstra a imensa produção concernente, de corte acadêmico e até mesmo literário. Com uma população de aproximadamente 34 mil habitantes no Brasil e 25 mil no Paraguai,¹² os Guarani representam um dos mais expressivos povos indígenas no Brasil e nos países vizinhos do Cone Sul. No Brasil, dividem-se em três grupos: os *Nhandeva*, os *Mbya* e os *Kayowa*, conhecidos ainda por outras diversas denominações e subdivisões.¹³ Sua ocupação geográfica se estende ao longo de um vasto território entre o leste do Paraguai, o nordeste da Argentina e o norte do Uruguai, chegando aos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, Mato Grosso do Sul, São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo¹⁴. A situação territorial dos grupos Guarani é diversificada, havendo desde terras indígenas demarcadas, passando por terras que são divididas com outros povos indígenas e chegando até à existência de acampamentos à beira de estradas. A regularização fundiária das terras Guarani é ainda bastante precária, sendo considerável a demanda desse povo pelo reconhecimento de seus direitos territoriais.

Vale ressaltar que os *Mbya* constituem o único grupo Guarani que continua migrando, sendo as sucessivas mobilizações, na maioria das vezes, originárias do centro-leste do Paraguai, tido por eles como o “Centro da Terra” (*Yvy Mbyte*), e indo em direção ao litoral.

Em busca de uma terra com atributos ecológicos e topográficos considerados pré-requisitos para viver em conformidade com o seu modo de vida, um grupo *Mbya* partiu, no final do século XIX, do Paraguai, num processo migratório guiado por uma líder xamânica chamada *Tatati Ywa Rete* e, depois de uma longa e tortuosa caminhada rumando, à beira mar, para o norte, conforme a rota indicada pelos

¹² Segundo estimativas referentes ao ano de 2003, expostas em um quadro atualizado em março de 2007. Disponível em: <http://www.socioambiental.org/pib/portugues/quonqua/quadro.asp>.

¹³ Ver, a esse respeito, Schaden (1974).

¹⁴ Famílias Guarani habitam também áreas do Tocantins e do Maranhão junto a outros povos indígenas. Ver *site* do Centro de Trabalho Indigenista.

deuses através dos sonhos da xamã, chegou ao Espírito Santo em meados dos anos 60, fundando sua primeira aldeia, Boa Esperança (*Tekoa Porá*), em 1978.¹⁵

Durante a migração, atingir a terra tida como sagrada — uma vez que sua localização havia sido revelada pelos deuses e indicada por aqueles indivíduos que conseguem alcançar o estado da perfeição — significava, para os Mbya, paradoxalmente, a concretização do seu destino na Terra e, ao mesmo tempo, uma chance de seguir fortalecendo-se como povo.¹⁶ A caminhada foi, desde o início, marcada pela existência de uma linha tênue entre, de um lado, a reestruturação social promovida à custa dos esforços da xamã, tanto no campo político quanto no âmbito espiritual (esforços esses imprescindíveis, seja no interior do próprio grupo, seja no contato com a sociedade envolvente) e, de outro lado, a desagregação resultante das precárias condições de vida e da conduta dos indivíduos, que, com frequência, destoavam das normas de comportamento prescritas culturalmente (CICCARONE, 2001). Quando chegaram ao local onde foi fundada a aldeia Boa Esperança (o que aconteceu em 1978), a Mata Atlântica, o rio Piraquê-Açu e a vista para o mar representavam a confirmação de que aquele lugar era, de fato, a terra sagrada, onde os Mbya poderiam consolidar as relações de reciprocidade entre os membros do grupo e com a natureza, e viver segundo costumes e crenças em conformidade com o seu modo de ser. Contudo, em um intervalo bem curto de tempo, toda essa perspectiva favorável deu lugar a novos conflitos que anunciavam tempos de dificuldades. Logo que os primeiros núcleos familiares iniciaram a ocupação do local, os Guarani foram acusados de invasores¹⁷ pela empresa Aracruz Celulose, que declarava ter adquirido as terras indígenas, reduzidas a áreas obscuramente decretadas pelo governo do estado como devolutas (CICCARONE, 2001). Os sucessivos conflitos com aquela empresa, aliados ao intenso

¹⁵ Trabalhos como os de Nimuendaju (1987) e Schaden (1974) são referências obrigatórias para o entendimento da importância da busca da Terra sem Mal para a cultura Guarani, apesar de a perspectiva desses autores limitar-se a razões de ordem religiosa, tratamento esse que foi tido como ideológico (GARLET, 1997).

¹⁶ Consideramos oportuno esclarecer que existe uma extensa produção etnológica acerca do tema da migração Guarani que atribui a esta, como finalidade exclusiva, a busca de uma “Terra sem Mal”, idealizada como algo transcendente e que só poderia ser alcançado pelo espírito (CICCARONE, 2001).

¹⁷ Estratégia usada pela empresa diante da impossibilidade de impor aos Guarani o mesmo argumento usado contra os Tupiniquim, qual seja: o de que eles não seriam índios. Esses argumentos, ancorados nas representações coloniais a respeito dos indígenas, congelados no tempo e no espaço, ainda são utilizados pela empresa para legitimar a apropriação das terras indígenas, buscando lograr o apoio da opinião pública.

desmatamento da Mata Atlântica, que progressivamente dava lugar à monocultura de eucalipto; a poluição do ar e do rio; a degradação do solo; a urbanização do entorno; a construção de uma rodovia e de uma ponte cortando ao meio a área usada pelos Mbya; a autoritária instalação de um gasoduto da Petrobrás em solo indígena; o uso do brejo, em Boa Esperança, como depósito de lixo urbano do bairro Coqueiral; a instalação de uma estação de esgoto (o “pinicão” da Prefeitura Municipal de Aracruz) em Piraquê-Açu — tudo isso foram fatores determinantes de uma conjuntura desoladora, que proporcionava um “terreno fértil” para o acirramento de conflitos internos e externos, que expunham as pessoas à doenças que chegavam a reboque.

Nas aldeias do Espírito Santo, os *Mbya* convivem com *Nhandeva* e *Kaiowa*. O grupo *Mbya* vincula significados negativos ao termo que os nomeia (“fraco”, “estrangeiro”), preferindo a autodenominação *Tambiopé*, referente a seus trajes (tanga larga) ou *Nhandeva* que, em termos gerais, significa “nós, o povo”. Chama a atenção o aumento significativo, na última década, da presença de famílias *Nhandeva* (ou *Chiripa*) e, principalmente, *Kaiowa*. As famílias *Nhandeva* são, em sua maioria, provenientes das aldeias de Morro da Saudade, situadas na Grande São Paulo, e dividem com os *Mbya* a aldeia de Três Palmeiras, a qual, desde sua criação, em 1996, vem atraindo familiares de outras regiões. Já os *Kaiowa*, provenientes da aldeia de Porto Lindo, em Mato Grosso do Sul, ocupam, na sua maioria, a nova aldeia de Piraquê-Açu Mirim, atraindo também familiares residentes no Mato Grosso. Unidades familiares *Nhandeva* e *Kaiowá* habitam também a aldeia de Boa Esperança, estabelecendo alianças com os *Mbya* pelo vínculo do casamento.

Dentre os atuais deslocamentos para as aldeias no Espírito Santo, devemos abrir espaço também para aquele que resulta de algo que, a nosso ver, pode ser compreendido como uma gestão política do xamanismo. Assim, a recente vinda de um xamã, acompanhado de sua família, da aldeia de Krucutu (São Paulo) para a de Três Palmeiras, além da sua importância para a saúde e bem-estar coletivos, vincula-se também a estratégias políticas para as quais o parentesco serve de base. Vale ressaltar que, entre os Guarani, xamanismo, parentesco e liderança possuem vínculos muito estreitos, haja vista o fato de o xamã ser idealmente considerado o chefe de uma extensa família, aquele que toma para si a função de proteger

parentes (PISSOLATO, 2006). Embora esse não seja um fator determinante, a inserção de tal especialista em uma rede de parentesco garante-lhe amplo potencial para vir a exercer uma liderança política. Ademais, os parentes são os principais responsáveis por apoiar e legitimar as atitudes (função também coletiva e respaldada no sagrado), o trabalho de orientação e as atividades de cura desenvolvidas pelo xamã. Não por acaso, após sua chegada, tiveram início, imediatamente, novas articulações visando outras vindas de parentes para a aldeia de Três Palmeiras.

A maioria dos Guarani no Espírito Santo é bilíngüe, falante de seu idioma nativo, pertencente ao tronco lingüístico Tupi e dos idiomas nacionais das sociedades inclusivas (Português e Espanhol). Ressaltam-se diferenças lingüísticas entre os *Mbya* e os *Kaiowa*, inclusive as advindas de influências regionais. No caso *Mbya*, observam-se diferenças entre a língua falada pelos mais velhos e aquela utilizada pelas novas gerações, tendo ocorrido mudanças significativas, ocasionadas principalmente pelas relações de contato. Tais relações foram estudadas pelo lingüista Waldemar Ferreira Neto, da USP, que assessorou o programa do Núcleo de Educação Indígena, vinculado ao Núcleo Interinstitucional de Saúde Indígena do Espírito Santo (NISI-ES).

A venda de artesanato, que acontece com maior intensidade no verão, com a exposição das peças em cabanas espalhadas à beira da estrada, e as mobilizações dos indígenas em direção aos centros turísticos vizinhos, tornaram-se uma característica marcante desse grupo no imaginário da sociedade envolvente. Entretanto, o artesanato Guarani não é somente uma mercadoria indígena: além de ser uma das atividades tradicionais de maior importância econômica, está carregado de conotações simbólicas e materiais, uma vez que os objetos comercializados remetem diretamente à cosmologia do grupo e à existência da mata, onde são extraídas as matérias-primas para a fabricação dos artefatos. Na comercialização das peças, os indígenas “usam e abusam” do impacto causado pela persistência de uma visão estereotipada do índio no imaginário de seus clientes, para valorizá-las e, ao mesmo tempo, manter a procura em alta. Entretanto, não se pode deixar de notar que cada peça, independente, em parte, de seu uso na atualidade, conserva uma história e uma função ritual: o arco e flecha são considerados guardiões da casa e

escudo protetor para o dia-dia. Seu uso torna mais fácil justificar para o deus Nhanderu a morte de um animal na caça, outra atividade econômico-simbólica de grande importância para os Guarani, inviabilizada pela progressiva extinção da biodiversidade no território indígena, causada pelo monocultivo de eucalipto. Assim, o artesanato é também uma atividade de afirmação cultural, na medida em que a história do grupo é contada por cada produtor e transmitida de geração em geração.

As aldeias Guarani de Boa Esperança (*Tekoa Pora*) e Três Palmeiras (*Mboapy Pindo*) estão localizadas na Terra Indígena Caieiras Velhas,¹⁸ que, com uma superfície de 2.997 hectares e um perímetro de 33,8km, representa a maior terra indígena no Espírito Santo, a 19km da sede do município de Aracruz (ES). A aldeia Piraquê-Açu Mirim está localizada na Terra Indígena Caieiras Velhas 2,¹⁹ que possui uma área de 57,7 hectares e um perímetro de 3km e situa-se na confluência dos rios Piraquê-Açu e Piraquê-Mirim, ocupando uma área que se estende até os limites da Terra Indígena Caieiras Velhas. Devemos ressaltar que os Guarani não possuem uma área própria demarcada, mas dividem com os índios Tupiniquim a área indígena Caieiras Velhas, onde estão situadas as aldeias de Caieiras Velhas e Irajá.

A população Guarani cresceu de maneira considerável, praticamente duplicando nos últimos oito anos (Quadros 1 e 2, p. 42). Além das altas taxas de natalidade nas aldeias, a chegada de familiares vindos de outras aldeias contribuiu para esse alto índice de crescimento demográfico. Por outro lado, mobilidades e estratégias político-territoriais, como a criação das aldeias de Três Palmeiras, em 1996, e de Piraquê-Açu, em 2001, reduziram os índices demográficos de Boa Esperança. Estes fatos contribuíram para que a população de Boa Esperança, núcleo inicial de estabelecimento dos Guarani na região, hoje seja inferior à de Três Palmeiras, contando a primeira com uma população de 71 índios e a segunda, com 194. A aldeia menos populosa é Piraquê-Açu, com apenas 33 pessoas, conforme os dados do último censo da FUNAI realizado em 2007 (Quadro 1).

¹⁸ Essa Terra Indígena foi homologada pelo Decreto 88.926, de 27 de outubro de 1983, e registrada pelo Serviço de Patrimônio da União (SPU) em 1993, sendo ampliada e recebendo nova demarcação, homologada pelo Decreto s/nº de 11 de dezembro de 1998, publicado no *Diário Oficial da União* em 14 de dezembro de 1998. Com o desfecho do terceiro conflito fundiário, mencionado adiante, a demarcação da Terra Indígena Tupiniquim amplia em 9.651 hectares as duas Terás Indígenas homologadas em 1983: a Caieiras Velhas e a Pau Brasil, que, após a ampliação de seus limites, em 1998, perfaziam, juntas, 4.576 hectares. Assim, a Portaria nº. 1.463, de 27 de Agosto de 2007, delimita a Terra Indígena Tupiniquim em 14.227 hectares.

¹⁹ Homologada pelo Decreto. s/n de 19/04/04, publicado no *Diário Oficial da União* em 20/04/04.

Quadro 1 – Evolução demográfica nas três aldeias Guarani de Aracruz, por número de habitantes (1993-2007)

ALDEIA	1993	1996	1998	2000	2004	2006	2007
Boa Esperança	169	108	88	96	74	68	71
Três Palmeiras	0	0	73	82	95	149	194
Piraquê-Açu	0	0	0	0	27	33	30
Total	169	108	161	178	196	250	295

Quadro construído a partir de dados da FUNAI obtidos junto à FUNASA (Fundação Nacional de Saúde)

Quadro 2 – Evolução demográfica nas três aldeias Guarani de Aracruz, por número de famílias (1993-2007)

ALDEIA	1993	1996	1998	2000	2004	2006	2007
Boa Esperança	40	25	20	24	20	18	18
Três Palmeiras	0	0	14	14	19	33	42
Piraquê-Açu	0	0	0	0	07	08	7
Total	40	25	34	38	46	59	67

Quadro construído a partir de dados da FUNAI obtidos junto à FUNASA (Fundação Nacional de Saúde)

2.1 A LUTA PELA TERRA, OS IMPACTOS DA AGROINDÚSTRIA E SEUS REFLEXOS NA SAÚDE DOS GUARANI

É notório que os problemas de saúde entre as populações indígenas têm sido agravados devido às profundas transformações na natureza provocadas por projetos capitalistas, que revelam uma corrida desenfreada e predatória ao domínio, sem limites, da natureza e das matérias-primas. A degradação da natureza, a escassez

dos recursos e as alterações nos ritmos e regimes de trabalho têm afetado sobremaneira o equilíbrio sustentável das relações materiais e simbólicas das populações tradicionais com a natureza. Nesse âmbito, o empreendimento agroindustrial da Aracruz Celulose no Espírito Santo é um caso exemplar. Portanto, considerar os profundos desequilíbrios nas relações entre ambiente, saúde e desenvolvimento, oriundos da implantação dessa empresa, torna-se tarefa indispensável para qualquer pesquisa que diga respeito à saúde dos povos indígenas no município de Aracruz.

Consideramos oportuno expor um breve resumo dos fatos que marcaram os conflitos pela retomada da terra, a partir dos anos 60 do século passado. É de *importância fundamental* esclarecer os motivos dessa exposição. Ela se deve, em parte, à relevância, para a saúde indígena, de questões reconhecidas como prioritárias já nos debates realizados na I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (FUNASA, 2006b), tais como: a garantia da posse do território, a autonomia, o uso exclusivo dos recursos naturais segundo suas especificidades étnicas e a preservação de seus ecossistemas. Deve-se, também, ao impacto de tais conflitos nas relações estabelecidas com a sociedade envolvente, cujos reflexos fazem-se presentes nas próprias representações sociais que os indígenas formulam a respeito de diferentes elementos de sua realidade.

A intensa crise econômica e social provocada pela decadência da economia cafeeira (base da economia capixaba até a década de 60 do século passado) funcionou como justificativa oficial para a implantação dos chamados “grandes projetos”, no fim da década de 1960 e no início dos anos 1970, implantação essa garantida e imposta pelos governos militares.²⁰ Nesse contexto é que se insere a Aracruz Celulose — empresa multinacional de produção de pasta de celulose para exportação —, como resultado de um modelo de desenvolvimento econômico que provocou profundas alterações estruturais no Espírito Santo e, principalmente, nas populações locais tradicionais, que dependem de forma direta da exploração e do manejo dos recursos

²⁰ A implantação da Aracruz Celulose, em fins dos anos 1960 e na década de 1970, na região litorânea, ao noroeste do Espírito Santo, faz parte dos “grandes projetos de impacto”. Foram investimentos de grande porte, concebidos na ótica do “desenvolvimentismo” e do “planejamento centralizado” dos governos militares, e que combinaram a participação do capital privado (nacional e internacional) com financiamentos do Estado para fomentar a infra-estrutura na instalação de indústrias (MORANDI, 1997).

naturais. Tida pelos governantes como um dos pilares do progresso socioeconômico do Estado, a implantação da Aracruz Celulose foi pesadamente subsidiada e financiada por recursos federais e estaduais, como também fortemente defendida pelas elites empresariais e políticas locais, figurando no imaginário de grande parte da sociedade capixaba como a solução para a escassez de empregos e sendo vista, assim, como importante contribuição para o progresso regional e a integração nacional (CICCARONE, 2001). Adquirindo do governo estadual, a preços irrisórios, áreas decretadas como devolutas, a Aracruz Celulose se apossou de grande quantidade de terras indígenas, transfigurando-as em uma extensa monocultura de eucalipto. Quanto ao processo de aquisição e expropriação de terras no estado do Espírito Santo, as páginas transcritas das sessões da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Aracruz Celulose (2002) esclarecem que a empresa lançou mão de diversos subterfúgios para burlar a legalidade, contando sempre com a conivência do governo do estado. Diante da impossibilidade de o estado conceder, de forma legítima, as “terras devolutas” a pessoas jurídicas, um dos principais meios utilizados pela empresa para garantir sua aquisição foi a participação de seus funcionários, usados como “testas de ferro” no requerimento delas ao governo estadual.²¹ Todavia, o uso de “testas de ferro” pode ser considerada a estratégia mais “branda” (se é que a podemos chamar assim) adotada pela empresa, se comparada a outras também utilizadas na expropriação das terras indígenas e quilombolas. No primeiro caso, o processo iniciava-se com uma proposta de compra e terminava com ameaças de que os jagunços a serviço da empresa queimariam as propriedades, caso os indígenas impusessem alguma resistência para desocupá-las.²² Já no caso das terras quilombolas, pessoas próximas às comunidades foram usadas como intermediárias para ludibriar as famílias com promessas de emprego

²¹ “O SR. PRESIDENTE - (NASSER YOUSSEF) – E o Senhor adquiriu essas duas propriedades como, quando as passou para a empresa Aracruz Celulose?

O SR. ORILDO ANTÔNIO BERTOLINI – Tinha consciência de que iriam ser requeridas em meu nome para passar posteriormente, depois de legalizadas, para a empresa Aracruz Celulose.” (CPI da ARACRUZ, 2002)

²² “Tinha uma lavoura, quando apareceu a Aracruz Florestal comprando tudo. Não queria sair de lá, mas não pude ficar porque os vizinhos e parentes saíram todos, aí não tive jeito. Para não ir longe, fui pra Pau Brasil, lugar antigo. A Aracruz dava dinheirinho pra pessoa desocupar. Tinha um prazo pra achar casa, um mês, e aí queimavam a casa.” (depoimento de um Tupiniquim da antiga Aldeia de Cantagalo — CPI da ARACRUZ, 2002).”Em primeiro lugar, era dar um prazo para sair de dentro de casa e, caso não saísse, eles botavam fogo com a gente dentro de casa, então a pessoa era obrigada a sair dentro daquele prazo, vinte e quatro horas. [...]” (depoimento de um Tupiniquim da Aldeia de Pau Brasil — CPI da ARACRUZ, 2002)

na empresa.²³

Esse processo de expropriação significou a violação de direitos dos índios, já na época salvaguardados pela Constituição Federal outorgada ao País pelos militares em 1967, em seu artigo 186.²⁴ Desencadeadora de conflitos fundiários no estado, tal violação foi, desde o início (por volta de 1967), combatida por meio de uma intensa mobilização dos Tupiniquim e dos Guarani Mbya, em aliança para lutar pelo território usurpado. O apoio que os índios, na época, obtiveram do CIMI (Conselho Indigenista Missionário) e de parcelas significativas da opinião pública contribuíram para dar visibilidade às denúncias dos indígenas, pressionando a FUNAI a realizar um estudo para a identificação da área por eles reivindicada. Na ocasião, foram delimitados apenas 6.500 hectares de terra, distribuídas em três áreas descontínuas. O processo institucional de demarcação foi interrompido, e os índios Tupiniquim e Guarani decidiram iniciar a autodemarcação, como forma extrema de pressão. No ano de 1981, o governo federal delimitou as áreas indígenas identificadas, não sem antes efetuar nelas uma significativa redução (CICCARONE, 2001).

As próprias condições impostas pelo acordo aos índios já traziam o prenúncio de sua contestação pelos indígenas. Numa terra de dimensões muito reduzidas, se comparadas à área que tradicionalmente ocupavam, além de já desgastada pelos efeitos da monocultura de eucalipto, faltavam aos índios recursos para sua existência, o que os motivou à retomada da luta pela reconquista de suas terras, o que eclodiu em 1993.

O conflito voltou a ganhar visibilidade e, no ano seguinte, foi criado o NISI (Núcleo Interinstitucional de Saúde Indígena) do Espírito Santo, por meio do qual, estrategicamente, a Aracruz Celulose tornou-se a maior financiadora de projetos assistenciais voltados para as populações indígenas, por intermédio da Prefeitura Municipal de Aracruz (PMA).

As pressões aumentam e, em 1994, atendendo às demandas indígenas de

²³ Nessa prática, conforme o demonstra a CPI da Aracruz, (2002), o senhor Benedito Brauliano (o Pelé) teve um papel de destaque.

²⁴ É assegurada aos silvícolas a posse permanente das terras que habitam e reconhecido seu direito ao usufruto exclusivo dos recursos naturais e de todas as utilidades nelas existentes (BRASIL, 1967).

ampliação e anexação de suas terras, a FUNAI instituiu um novo Grupo Técnico (GT) (Portaria n.º 0783/94), cujos resultados, fundamentados em sólidas argumentações científicas, foram amplamente favoráveis às reivindicações dos índios. Mediante o uso de técnicas de coleta de história de vida, do exame físico da região e da análise de mapas da 5ª Divisão do Exército Brasileiro, o GT identificou 13.579 hectares de terra, com a unificação das aldeias de Caieiras Velhas e Pau Brasil.²⁵ As conclusões expostas no relatório do GT (0783/94) atestavam a insuficiência das terras até então demarcadas para a manutenção do modo de vida dos índios, bem como as condições inadequadas do solo para o uso agrícola.²⁶ O desfecho desse processo veio através de um posicionamento do Ministro da Justiça, que, a despeito do parecer favorável do GT à viabilidade do uso econômico dos 13.579 hectares pelos índios, declarava que a maioria destas terras estava ocupada por eucalipto e núcleos habitacionais e, portanto não era apropriada para o desenvolvimento de atividades agrícolas dos Tupiniquim e Guarani, tomando a decisão de “ressuscitar” o estudo realizado no ano de 1979, ampliando as terras indígenas somente em 2.571 hectares. Revoltados com a violação de seus direitos constitucionais, já que o caráter tradicional da ocupação havia sido tecnicamente comprovado, os índios partiram para uma nova autodemarcação, obedecendo aos limites levantados pelo GT/94. Um intenso clima de terror tomou conta da região: foi mobilizado um grande efetivo da Polícia Federal, que bloqueou o acesso às aldeias e passou a reprimir as entidades de apoio ao movimento, repetindo, em pleno regime democrático, cenas ocorridas no decorrer do primeiro conflito.

No ano de 1998, foi montada uma mesa de negociações em Brasília, onde as lideranças indígenas foram pressionadas a assinar um acordo denominado “Termo de Ajustamento de Conduta”, no qual aceitavam os limites das terras previstas no despacho ministerial (CICCARONE, 2001). Este acordo, que se propôs

²⁵ “Dois mapas da 5ª Divisão de Levantamento do Exército Brasileiro comprovam as áreas de mata que existiam no município de Aracruz, em 1965 [...]. Em campo, percorrendo com os índios a região onde existiam antigas aldeias, ainda encontramos algumas marcas da ocupação indígena antes da implantação das florestas de eucalipto.” (CPI da ARACRUZ, 2002, fls. 1236)

²⁶ “Esse modo de vida — o padrão de convivência que resultava dessa ocupação territorial — com as atividades da Aracruz Florestal sofreu as pressões resultantes da enorme redução das áreas de plantio, e da fixação de determinados limites, impedindo a rotatividade das roças”. (CPI da ARACRUZ, 2002, fls. 1240)

“Os técnicos do GT que fizeram o levantamento fundiário, identificaram a presença de cultivos em 16% da área, que é dominada por capoeiras (57%), estando os solos ácidos com fertilidade de ‘regular a baixa’ e ‘elementos tóxicos’ [...]”. (CPI da ARACRUZ, 2002, fls. 1246)

regulamentar as relações entre a empresa e os índios ao longo de 20 anos, negociou o território indígena por dinheiro e projetos assistenciais, território que, segundo a Constituição brasileira, era inalienável. Ademais, em função desses desdobramentos, os indígenas foram submetidos, de uma forma trágica, a uma relação com a empresa que os mantinha aprisionados em uma dinâmica que remete a um “circulo vicioso”, qual seja: em função dos termos previstos, o acordo inviabilizava a recomposição da mata por meio de projetos de reflorestamento, fato esse, que por sua vez, consolidava o estado de dependência dos recursos obtidos (BERTOLANI, 2006).

A luta dos indígenas pela terra não encontrava motivação apenas na relação simbólica que esses povos mantêm com o território. Reconquistá-la representava, sobretudo, um esforço para garantir-lhes a sobrevivência. Para os Guarani, era preciso barrar a degradação do ecossistema que, além da intensa redução da Mata Atlântica (a qual conta, atualmente, com cerca de 300 hectares preservados pelos grupos indígenas), estendia-se também a uma série de empreendimentos relacionados ao projeto agroindustrial, como a instalação da fábrica, a migração de mão-de-obra terceirizada para a região e a ocupação urbana. A retirada da mata nativa e o plantio de eucalipto desencadearam uma série de problemas ambientais, como a diminuição dos teores de matéria orgânica do solo, a intensificação dos processos erosivos e a extinção de uma extensa fauna que tinha na mata seu habitat natural. Ademais, o insustentável consumo de água exigido para o plantio e a produção de celulose esgotou os recursos hídricos da região (BERTOLANI, 2005).

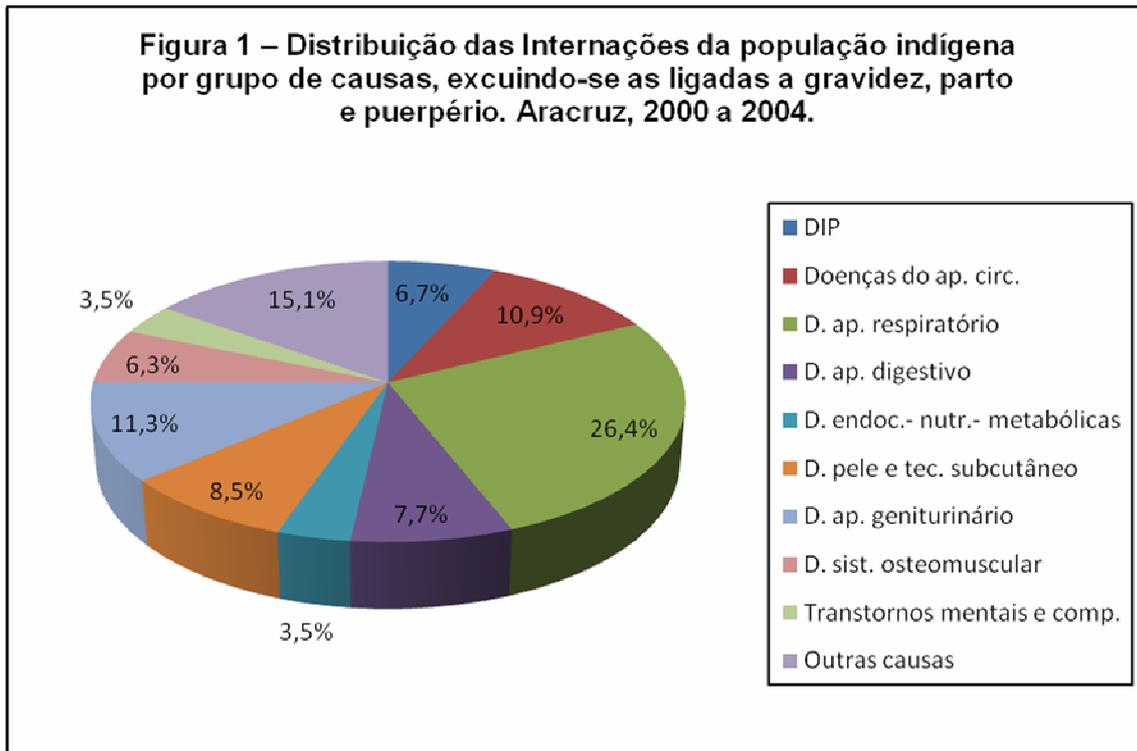
Esta dramática situação afetara profundamente as condições de existência do povo Guarani. A produção do alimento, apesar do complexo e eficiente sistema agrícola, foi comprometida em face da acidez do solo, a menos que os indígenas fizessem uso de adubos químicos, o que viria a contrariar os princípios estabelecidos na cosmologia Guarani, perpetuados há séculos, por meio de seus mitos fundadores — algo que, por certo, desencadearia um “mal” ainda maior na vida daquele povo, como eles dizem, referindo-se aos infortúnios. A vida nas aldeias passava a ser perpassada por tensão e medo, em face do risco iminente de agravamento no quadro de desnutrição infantil. O desmatamento e a poluição dos rios retiraram dos

Guarani os alimentos naturais, considerados essenciais para a sua saúde,²⁷ tornando-os reféns dos alimentos industrializados, obtidos com os recursos financeiros destinados às aldeias e distribuídos entre as famílias como forma camuflada de pagamento pelo arrendamento de suas terras.

Os dados de que dispomos não nos permitem estabelecer uma correlação direta entre a poluição do ar gerada pela Aracruz Celulose e os agravos à saúde dos índios, sobretudo se levarmos em consideração que o predomínio de problemas respiratórios é a regra em todas as áreas indígenas, no Brasil. Entretanto, os elevados índices de internações e óbitos ligados a doenças do aparelho respiratório entre os anos 2000 e 2006 no Espírito Santo, revelados pelos dados da FUNASA (2004, 2005, 2006c), merecem ser destacados pela gravidade da situação e, indubitavelmente, representam indícios significativos da correlação poluição do ar/problemas respiratórios — correlação essa que merece ser investigada em outro estudo. Conforme podemos notar na Figura 1, no período de 2000 a 2004, excetuando-se as causas ligadas a gravidez, parto e puerpério, as doenças do aparelho respiratório aparecem como predominantes entre as causas de internações (26,4%), seguidas das doenças do aparelho geniturinário e daquelas do aparelho circulatório, que respondem, respectivamente, por 11,2%, e 10,9% do total das internações. Nesse mesmo período, os problemas respiratórios aparecem como a principal causa de óbitos, com índices de 21% entre homens e 15,3% entre as mulheres e, conforme os dados referentes aos anos de 2005 e 2006, ocupam o segundo lugar entre as causas de internação, com 21,1% e 15,5%, respectivamente (em primeiro lugar encontra-se gravidez/parto/puerpério, com 36,5% e 46,6%, respectivamente). No ano de 2006, essas doenças permanecem como a principal causa de óbitos (20%), atrás apenas de causas externas, como afogamento e agressão física, que aparecem com o elevado índice de 40%, provavelmente também por causa dos conflitos com a sociedade envolvente.²⁸

²⁷ O “Mapa da Fome entre os Povos Indígenas do Brasil”, de 1995, apresenta o seguinte quadro da situação do Espírito Santo: carência alimentar, desnutrição e mortalidade infantil atingem os Tupiniquim, enquanto a inteira população Guarani passa fome (GT/FUNAI, 2004).

²⁸ Lamentavelmente, o relatório da FUNASA (2005) não apresenta dados representativos dos óbitos ocorridos entre a população indígena, justificando tal ausência pelo fato de que esses óbitos não foram informados à Coordenação Regional (CORE) da FUNASA-ES.



Fonte: FUNASA (2004)

Cabe realizarmos, aqui, uma breve análise dos conflitos entre os indígenas e a Aracruz Celulose. Acreditamos que o primeiro deles pode ser considerado em termos de facções em confronto: de um lado, encontravam-se as personagens que compõem a rede de alianças que objetivava desarticular as mobilizações indígenas em torno da reivindicação de suas terras, formada pela Funai, Polícia Federal, Ministério da Justiça e Prefeitura Municipal de Aracruz, tendo como elemento central a empresa; de outro lado, encontravam-se as sociedades indígenas e seus aliados, principalmente as facções militantes da Igreja Católica e os partidos de esquerda. A estratégia central usada pela FUNAI, e fomentada pela rede de alianças para a manutenção das terras nas mãos da empresa, foi a de questionar a identidade étnica dos Tupiniquim, alegando que estes não se ajustavam aos padrões de “indianidade” exigidos na época. No caso dos Guarani, o argumento mudou, pois, como não podia ser questionada sua identidade étnica, alegou-se que estes não tinham condições jurídicas para obter a posse da terra, em virtude de se tratar de um grupo migratório.

No segundo conflito, apesar de o ápice de sua visibilidade aparentemente revelar um jogo de forças similar ao do primeiro, com a atuação de novas e velhas

personagens de ambos os lados, episódios sucessivos ilustraram alguns rearranjos que exigem pensá-lo, quanto a seu encaminhamento, mais em termos de negociações do que de enfrentamento. Estas mudanças sugerem também uma releitura do conflito anterior, na qual a narrativa heróica do enfrentamento não necessariamente impedia a negociação. Aliás, esta forma de gerir o conflito prevalecera de ambos os lados durante o acordo, apesar das condições assimétricas e da perspectiva ameaçadora sempre presente, por parte dos indígenas e de seus aliados, de retomarem o conflito aberto, e por parte da empresa, de bloquear os recursos financeiros pactuados.

Jamais estiveram opacas as formas de resistência. A indignação causada por um sofrimento, que segundo os índios, era “sentido na pele”, devido às alterações em seu modo de vida (*teko*), transformou, como era de se esperar, a região em um palco de constantes conflitos e negociações que culminaram em uma nova autodemarcação, iniciada em março de 2005. A partir de então, o acordo — ou a *trégua*, como dizem os índios — foi interrompido, e a empresa imediatamente vetou o repasse das verbas para os projetos.

No decorrer dos acontecimentos que marcaram a terceiro conflito, a ameaça de repetição da história recente — neste caso, e de forma diversa do que disse Marx em outro contexto histórico, não como farsa, mas como tragédia — mostrou-se real, conforme o demonstra claramente o episódio no qual os indígenas foram alvejados a bala pela Polícia Federal, que, uma vez mais, era chamada a atuar em defesa dos interesses da Aracruz Celulose.

Uma nova conjuntura — marcada pelo fim da ditadura militar e, conseqüentemente, pela abertura de novas possibilidades de ocupação de posições, tendo em vista a disputa pela hegemonia nesse campo — foi decisiva, de um lado, para aumentar a intensidade e o alcance das ações promovidas pelos indígenas e sustentadas pela rede de alianças tecida com outros movimentos sociais e ONGs (Organizações Não-Governamentais) e, de outro lado, para a perda de legitimidade dos documentos e provas reunidos em prol da empresa, que haviam sido forjadas durante a vigência do regime autoritário.²⁹ Esses fatores tiveram, a nosso ver, uma importância decisiva

²⁹ Conforme o demonstra a CPI da Aracruz (2002).

para encaminhar a um desfecho favorável aos índios o conflito iniciado em 2005, como aponta o recente reconhecimento, pelo Ministério da Justiça, de uma área de 11 mil hectares como Terra Indígena Tupiniquim e Guarani.³⁰

Todavia, segundo informações colhidas em campo, ainda persistem as possibilidades de confirmação da “tragédia”. Reeditando uma “política de coação”, a empresa ameaçou arrastar o conflito durante anos no Judiciário, adiando, assim, a concretização da reconquista da terra pelos indígenas, caso estes se negassem a assinar um novo Termo de Ajustamento de Conduta. Este novo Termo estabelece, da parte da Aracruz Celulose, o pagamento de uma importância de R\$ 3.000,000, que já foi depositada na conta da FUNAI, para ser revertida em projetos destinados a atender às demandas das aldeias, havendo, como contrapartida, a garantia, pelos índios, de que não impedirão a retirada de toneladas de toras de eucalipto, além da manutenção dos limites da área indígena, tal como foram demarcados. Embora contemple a realização de estudos destinados a viabilizar o reflorestamento das áreas, cabe fazermos o seguinte questionamento: se os recursos não são suficientes sequer para remover os tocos costumeiramente — e nesse caso, de forma proposital — deixados na terra após o corte da madeira, o que dizer a respeito dos investimentos necessários para a recuperação do solo? Claro está que, além de não contemplar as perdas materiais e os danos morais sofridos pelos índios ao longo dos três conflitos fundiários, esse acordo consiste em nova tentativa da empresa de pôr em prática sua antiga estratégia de submeter os indígenas aos seus interesses comerciais, por meio da construção de obstáculos à sua autonomia.

³⁰ Portaria nº 1.463, de 27 de Agosto de 2007.

2.2 BREVES CONSIDERAÇÕES ACERCA DO SISTEMA DE SAÚDE GUARANI

Como um sistema cultural, o sistema de saúde Guarani³¹ não pode ser pensado sem que sejam feitas, previamente, as devidas conexões com a cultura do grupo. Assim, todas as formas de etiologia da doença, tratamentos, comportamentos e condições necessárias para que as pessoas e a coletividade³² possam gozar de boa /saúde estão relacionados aos seus padrões culturais.

Embora nenhuma dessas questões possa ser pensada de forma isolada, devendo todas elas ser entendidas de forma holística, enquanto interrelacionadas numa totalidade, começaremos por explicar brevemente as condições necessárias para que a pessoa/coletividade possa gozar de boa saúde. Deve-se esclarecer, de início, que, segundo a cosmologia Guarani — algo de fundamental importância para compreendermos o sistema médico tradicional Guarani (FERREIRA, 2003) —, as enfermidades podem resultar tanto de atitudes transgressoras ao modo de ser Guarani prescrito culturalmente, provocadas por um acirramento no indivíduo da tensão entre alma divina e alma telúrica (voltaremos a este assunto, adiante), quanto (e de forma imbricada) de certos estados de desagregação coletiva, tais como conflitos internos e com a sociedade do entorno, degradação ambiental (considerando que a relação com a natureza é uma relação de sujeito para sujeito, conforme veremos adiante) e redução do sentimento religioso, que, embora remeta ao coletivo, é, entre os Guarani, sobretudo individual.³³

³¹ De acordo com a PNASPI, “todas as sociedades humanas dispõem de seus próprios sistemas de interpretação, prevenção e de tratamento das doenças. Esses sistemas tradicionais de saúde são, ainda hoje, o principal recurso de atenção à saúde da população indígena, apesar da presença de estruturas de saúde ocidentais. Sendo parte integrante da cultura, esses sistemas condicionam a relação dos indivíduos com a saúde e a doença e influem na relação com os serviços e os profissionais de saúde (procura ou não dos serviços de saúde, aceitabilidade das ações e projetos de saúde, compreensão das mensagens de educação para a saúde) e na interpretação dos casos de doenças” (FUNASA, 2002, p.17).

³² Entre os Guarani, como em outras sociedades indígenas sul-americanas, a relação entre a pessoa e a coletividade não pode ser pensada nos termos em que isso se dá na sociedade ocidental. Consultar, a esse respeito, Viveiros de Castro; Seeger e Da Matta (1979).

³³ Conforme Bartolomé (1977, p.120), a cura não depende apenas do xamã atuante, mas, também, em grande parte, do comportamento social do grupo. Os fracassos podem resultar tanto de conflitos sociais quanto da ausência do “verdadeiro sentimento religioso.” [A tradução é nossa.]

Associadas à diminuição do “verdadeiro” sentimento religioso, que, no grupo, é constantemente alimentado por meio de exercícios espirituais, danças, rituais e canto de hinos sagrados, estão as enfermidades consideradas “misteriosas”, aquelas que resultam do *Pochy* — a cólera, o mal —,³⁴ e não da alma terrena animal, que alimenta e é alimentada pelas imperfeições humanas (CADOGAN, 1949). Como podemos observar nos princípios da puericultura Guarani-Mbya, as normas de comportamento dos adultos para com seus filhos são destinadas a evitar que o *Pochy* se desenvolva na alma do adolescente. Por isso, “inculcam-lhes a necessidade de tratar seus filhos com doçura, vetando a aplicação dos castigos corporais e as recriminações violentas e proibindo-os de toda manifestação de raiva na presença deles.” (CADOGAN, 1949, p.31, tradução nossa) Aqueles que são dominados pelo *Pochy* passam a se dedicar ao conhecimento nocivo e podem se tornar feiticeiros capazes de provocar doenças graves e levar suas vítimas à morte. As enfermidades causadas por feitiçaria só podem ser curadas pelo xamã, que, por sua vez, ao se relacionar tanto com os espíritos benéficos quanto com os hostis, reveste-se de um poder ambivalente, capaz de curar, mas, ao mesmo tempo, de provocar doenças (CICCARONE, 2001).

Quanto à importância de se observarem as normas da puericultura Guarani-Mbya para a saúde da criança, foi possível observarmos em campo, com considerável frequência, atitudes, hábitos e discursos que confirmam sua persistência entre os Guarani, atualmente. Conforme nos disse um líder indígena da aldeia de Três Palmeiras, após o nascimento de uma criança, seus pais não devem discutir entre si ou com outras pessoas na frente do recém-nascido, pois, até o momento em que ele começa a dar os primeiros passos, seu espírito ainda passa por um processo de adaptação, não estando ainda definitivamente encarnado, podendo, assim, afastar-se dela por haver presenciado manifestações de raiva e fúria. Um possível afastamento do espírito da criança pode ocasionar sua morte ou deixar-lhe graves seqüelas. Faz-se necessário esclarecer que, ao se referir ao espírito da criança, o líder indígena vale-se de uma tradução do termo *nhe´e*, algo que pode perfeitamente ser compreendido, conforme definição utilizada por Cadogan (1992) em sua clássica obra *Ayvu Rapyta*, como a porção divina da alma humana, o princípio que anima a

³⁴ “[...] *Pochy*, a cólera, algo maligno, que, na eterna luta entre o bem e o mal, às vezes predomina, trazendo conseqüências funestas para os seres humanos” (CADOGAN, 1949, p.30; tradução nossa).

vida.

Para compreendermos as categorias de doença mais comuns, cujas respectivas formas de etiologia e cura constituem o ramo da medicina Guarani-Mbya denominado por Cadogan (1949) de “racional”, é necessário recorrer à noção de pessoa Guarani, determinada pela cosmologia do grupo, considerando que o processo saúde/doença entre os Guarani-Mbya está vinculado também à construção da identidade da pessoa (FERREIRA, 2003).

A crença na dualidade da alma, por suas implicações na construção da identidade da pessoa nos rituais e no modo de ser Guarani, configura-se como um dos aspectos fundamentais para o entendimento da cultura desse grupo, fato que a tornou praticamente “lugar comum” nos clássicos estudos que se reportam ao tema (CADOGAN, 1949; NIMUENDAJU, 1987; SCHADEN, 1974). Os Mbya acreditam na existência de uma alma de natureza divina, *nhe´e*, que é enviada pelos deuses, e outra de natureza telúrica, *ang*, produto das imperfeições, desejos e paixões humanas, a qual se junta à primeira quando a pessoa nasce e desenvolve-se à medida que ela cresce, vindo a revelar-se de forma mais perniciosa, após a sua morte.

No ritual de nomeação e batismo das crianças, *ñemongarai*, festividade religiosa de grandes dimensões na cosmologia e na vida social Guarani, o xamã, mediante seus poderes, identifica a palavra-alma divina que se encarnou na criança e o lugar que ela originalmente ocupava.³⁵ A palavra-alma de origem divina, desde que corretamente identificada pelo xamã, vai forjar-se com o indivíduo, definindo sua identidade até o fim de seus dias na Terra. Assim, nome e pessoa consubstanciam-se de tal forma, que o nome passa a ser a pessoa e a pessoa o seu nome: “o guarani não ‘se chama’ fulano de tal, mas ele ‘é’ este nome” (NIMUENDAJU, 1987, p. 31). O nome da pessoa pode ser trocado apenas em casos de sérias crises, como aquelas geradas por enfermidades de tamanha gravidade, que a iminência da morte autoriza o xamã a fazer essa troca como um último recurso para salvar a vida do doente (BARTOLOMÉ, 1977).

A importância do processo de construção da identidade da pessoa, perpassado pela

³⁵ A palavra-alma enviada pelos deuses corresponde ao nome da pessoa Guarani.

crença na dualidade da alma, justifica-se por se atribuir a origem de muitas doenças à influência da alma telúrica, a qual, como já mencionamos, une-se à alma divina para encarnar-se na pessoa, desenvolvendo-se como resultado das transgressões contra o código moral e os preceitos divinos. Assim, uma falha cometida pelo xamã na identificação do nome o expõe a questionamentos quanto a sua capacidade de receber dos deuses a palavra divina, sendo essa falha considerada gravíssima, por causar uma ascendência da alma telúrica sobre os indivíduos, acarretando sérias implicações para a existência dos Mbya, aí incluído o que diz respeito à saúde (CICCARONE, 2001). Ademais, ainda no caso de tal falha, quando a pessoa morre, sua alma telúrica não consegue seguir o mesmo caminho da alma divina rumo à morada do grande pai (CADOGAN, 1949). Fadada a vagar pela Terra, assombrando os vivos especialmente à noite, ela se converte no *mbogüa*, um espírito propagador de desgraças, enfermidades e mortes.

Nos limites desta dissertação, não seria possível expor, com a devida densidade, uma análise acerca das concepções Guarani do processo saúde/doença. Contudo, não podemos deixar de considerar três componentes estruturais do sistema de saúde dessa etnia, quais sejam: o xamã, a *opy* (casa de reza) e a mata.

Entre os Mbya, os xamãs são corriqueiramente chamados de pajés e/ou *Karai*, sendo a primeira denominação escolhida para ser usada nos diálogos com a participação de não-índios, já que possui o significado negativo de feiticeiro. Esses especialistas, que podem ser homens ou mulheres, definem-se primeiramente pela função de receber da principal divindade, *Nhanderu*, a orientação, sobretudo, para a cura e a prevenção da doença, além da já referida atuação na cerimônia de nomeação das crianças. Ao conduzir os rituais de cura, o xamã, em uma atuação que expressa, nas danças e nos cantos, uma mistura fina de intensidade e dramatização, relaciona-se diretamente com *Nhanderu*, que lhe revela a causa da doença. Nesses rituais, o uso intenso de tabaco (que chega a atingir, em certos momentos, proporções insuportáveis até mesmo para os Guarani, iniciados quando ainda crianças) consiste em um dos pré-requisitos para que o xamã possa receber a revelação e atuar na cura. A orientação voltada tanto para os assuntos que envolvem a saúde quanto para temas mais abrangentes, como o respeito às normas de conduta prescritas culturalmente, é feita através do aconselhamento. A

importância desse especialista no que tange a fortalecer espiritualmente o grupo e manter aceso o fogo da alma divina das pessoas, é realçada pela bibliografia concernente (FERREIRA, 2003; PISSOLATO, 2006), bem como ratificada pelos relatos dos próprios indígenas, que revelam haver consenso quanto à demanda para que cada aldeia tenha o seu próprio pajé.

A *opy*, por sua vez, figura dentre os principais elementos da cultura Guarani e da estrutura do sistema de saúde dessa etnia. Nesse espaço sagrado são realizados cotidianamente os rituais religiosos voltados para preservar a ligação da pessoa com o seu espírito divino, bem como para fazer jorrar, do exercício diário de rezas e dos cantos, o estado de alegria, fundamental para a sua saúde e bem-estar. A reza realizada diariamente na *opy*, além de manter essa ligação espiritual considerada fonte de boa saúde, preserva as pessoas, livrando-as dos males provocados pela prevalência de sentimentos tais como o ciúme, a raiva e a inveja. Quando estivemos em campo, não foram raras as oportunidades em que, ao responder a perguntas acerca da saúde, os Guarani iniciavam suas falas com afirmações tais como:

“Então, primeiramente, o que a gente tem que ter é uma casa de reza. Se adoecer uma criança, um adulto, então, ali faz um ritual, faz uma dança ali. É ali que Deus vai revelar, se é pra curar na medicina natural ou não.” (Especialista indígena de Boa Esperança)

Antes de descrever a importância atribuída à mata no sistema de saúde Guarani, consideramos oportuno tecer alguns breves esclarecimentos acerca do *tekoa*, uma categoria que, de acordo com Meliá (1981), remete, ao mesmo tempo, à organização espacial e à tradição. Conforme a máxima registrada pelo autor, consensualmente considerada pelos etnólogos nesse campo como muito importante para o entendimento da cultura desse grupo, “sem *tekoa*, não há *teko*” (MELIA, 1989, p. 336). Ou seja, sem a terra, sem um lugar apropriado (*tekoa*), não há como manter os costumes Guarani (*teko*), suas normas de conduta, seu modo de ser e de portar-se diante do mundo.

Os dados colhidos em campo, reforçados pelos estudos bibliográficos (LADEIRA, 2001) apontam para uma ocupação histórica, bem como para uma necessidade deste povo de viver na mata e da mata. As condições para garantir seu modo de ser

(*teko*) e, conseqüentemente, o *tekoa*³⁶, estão estritamente ligadas à existência da biodiversidade da floresta (*kagui*), em particular da Mata Atlântica, onde se encontra a maioria de seus aldeamentos, espalhados pelo território nacional.

Considerada uma das condições para o exercício pleno do modo de vida Guarani, a ausência da mata é vivenciada de modo profundamente aflitivo pelos indígenas. Da existência da mata dependem inúmeros fatores cuja relevância para a boa saúde é frequentemente lembrada, dentre os quais podemos destacar: o caminhar pela mata, o banho na cachoeira, a atividade da caça, o hábito de escutar os pássaros e, por fim, a existência das plantas medicinais usadas na cura dos infortúnios. Ademais, devemos considerar especialmente sua importância para o regime alimentar tido como ideal pelos Guarani, alterado em função do contato com a sociedade inclusiva e do desmatamento. A mata é a principal condição para a produção do alimento natural no sistema de agrofloresta, na medida em que boa parte do adubo natural, usado nas plantações, provém da matéria orgânica liberada pela vegetação. É também considerada uma rica fonte de alimentação, de onde são extraídas frutas e espécies como o palmito, muito apreciado entre os Guarani.

Em campo, foram colhidos relatos emocionados acerca de como os Guarani têm suportado a vida longe das condições descritas acima. Esses dados revelam haver uma consensual preocupação com a “tristeza” provocada, sobretudo nos mais velhos, pela ausência da mata e da caça. Os desdobramentos dessa tristeza podem ser sentidos no aumento do número de casos de hipertensão e alcoolismo nas aldeias.³⁷

O estado de desordem é o prenúncio da chegada do infortúnio às aldeias, ou seja, à medida que os Guarani se afastam do modo de vida prescrito culturalmente, aumenta a freqüência de mortes e doenças entre eles. Assim, Ciccarone (2001) trata da ligação entre os infortúnios e a desordem no mundo terreno, presente nas reflexões dos mais velhos, que associavam a desordem a uma deterioração dos

³⁶ “Aldeia já é um apelido que foi colocado pelos portugueses. Então Tekoa é onde tem uma comunidade Guarani, uma vida, uma cultura, uma organização diferente. Nós temos uma civilização diferente. Então se um lugar está revelado, ali vai formar um Tekoa, então vai organizar um lugar que é a identidade dos Guarani. Tekoa é igual ecossistema, pois está falando de tudo” (Associação de Programas em Tecnologias Alternativas, 2001b, p.7).

³⁷ Os dados que coletamos junto aos profissionais de saúde da Unidade de Boa Esperança revelam uma preocupação com o aumento dos casos de alcoolismo e hipertensão entre os Guarani.

recursos naturais necessários à sobrevivência do grupo e ao afastamento do seu modo de vida. Para evitar possíveis confusões, devemos esclarecer que esse afastamento não deve ser entendido unicamente sob o prisma da transformação das condições materiais e da intensificação nas relações com a sociedade envolvente, mas, sobretudo, como a transgressão de normas sociais estabelecidas no mito e na prática cotidiana, que remetem ao modo imperfeito de viver (*teko achy*).

As informações expostas até aqui já nos permitem entender por que, para os Guarani, a saúde não pode ser pensada apenas como ausência de processos patológicos determinados *a priori* por causas biológicas, cujo campo de observações restringe-se ao corpo, devendo ser entendida a partir de um conjunto de determinações observáveis/invisíveis naturais/sobrenaturais. No sistema Guarani, saúde é mais do que uma condição física ou ausência de sintomas. Desse modo, a procura da saúde não se restringe aos processos biológicos corporais, mas, necessariamente, envolve a busca de um equilíbrio sociocultural e psicobiológico.³⁸ Portanto, quando, em suas falas, os Guarani associam saúde a uma série de práticas como pescar, caçar e comer, que têm como condicionante a existência de equilíbrio nas relações entre homem e natureza, também estão expressando o quanto a degradação da natureza os aflige e os afeta.

Para concluir este tópico, devemos ressaltar que estamos conscientes do caráter parcial desta discussão acerca do sistema de saúde Guarani, especialmente considerando-se a magnitude e a complexidade do tema, além de não termos a pretensão de esgotá-lo, algo que, mesmo que fosse possível — e acreditamos que não —, fugiria aos objetivos centrais desta dissertação.

³⁸ Novas discussões em Antropologia questionam a dicotomia cartesiana presente no modelo biomédico e concebem saúde e doença como processos psicobiológicos e socioculturais. Nesta abordagem, a doença não é vista puramente como processo biológico/corporal, mas como o resultado do contexto cultural e da experiência subjetiva da aflição (LANGDON, 1995, p.1).

2.3 A DEMANDA PELO ATENDIMENTO ESPECÍFICO: mudanças e continuidades no decorrer dos acontecimentos que marcaram a saúde indígena no Espírito Santo da década de 1990 ao ano de 2008

Após ser instituído o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS),³⁹ foi criado, em 1994, o Núcleo Interinstitucional de Saúde Indígena do Espírito Santo (NISI-ES), constituído pelas lideranças indígenas Guarani e Tupiniquim e por órgãos governamentais e não-governamentais,⁴⁰ com o propósito de prestar serviços e desenvolver ações voltados à melhoria da saúde das populações indígenas na região do município de Aracruz. Expandindo o “Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio”, o NISI-ES, além da assistência à saúde, atuava também nas áreas de agricultura e educação. No que tange às ações na área da saúde, a criação, implantação e avaliação de projetos eram as atribuições da Subcomissão de Saúde, que, além das lideranças indígenas, contava com a participação de representantes do governo e das instituições não-governamentais.

A criação do NISI-ES refletia as disputas de interesses corporativos da FUNAI e da Fundação Nacional de Saúde (FNS), que passavam a dividir a responsabilidade pelas ações direcionadas à saúde indígena,⁴¹ e ia de encontro aos interesses dos povos indígenas expressos na II Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 1993, interesses esses que apontavam para a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Conquanto fossem claras as mudanças sob o prisma institucional e burocrático, no que tange à qualidade dos serviços prestados, perpetuava-se a mesma linha de ação adotada até então pela FUNAI com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Aracruz, balizada em uma perspectiva assistencialista e no atendimento emergencial, sem qualquer abertura para um enfoque diferenciado (GT/FUNAI, 2004), uma demanda que já constava na

³⁹ Leis nº 8080/90 e nº 8.142/90.

⁴⁰ Integravam o NISI-ES: a FUNAI, a Prefeitura Municipal de Aracruz (PMA), o governo do estado do Espírito Santo (por meio da SEJUC – Secretaria de Justiça e Cidadania), a Fundação Nacional de Saúde (FNS), a Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Espírito Santo (EMATER-ES), o Conselho Indigenista Missionário (CIMI) e a UFES. Atuavam também, enquanto parceiros, o Instituto para o Desenvolvimento e a Educação de Adultos (IDEA), as Aldeias Infantis SOS Brasil, a Igreja Metodista e a Aracruz Celulose.

⁴¹ Decreto Presidencial nº 1.141/1994.

agenda política da saúde indígena discutida na II Conferência Nacional de Saúde Indígena. A restrição das medidas preventivas à implantação de um sistema de saneamento básico e de abastecimento de água para todas as aldeias — o que constava já do primeiro projeto de saúde aprovado pelo NISI-ES (1994), o qual seria realizado no ano de 1995 — é um claro indício de uma leitura sanitária da aldeia como patologia social, um espaço de habitações anti-higiênicas sobre o qual urgia uma intervenção.

No ano de 2000, foi criado o Distrito Sanitário Especial Indígena Minas Gerais e Espírito Santo (DSEI-MG/ES), com sede em Governador Valadares (MG). No âmbito do DSEI-MG/ES, a participação e o controle social no Espírito Santo seriam efetivados através de um Conselho Local de Saúde, cuja composição inicial deu-se a partir da extinta Subcomissão de Saúde do NISI-ES.

No estado do Espírito Santo, a FUNASA terceirizou a prestação do atendimento à saúde indígena, transferindo-a para a Prefeitura Municipal de Aracruz, focalizando, assim, sua atuação na gestão da saúde indígena e no financiamento desses serviços. A partir de então, o Programa de Saúde Indígena (PSI) encontra-se subordinado à coordenadoria do Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Aracruz, que o transformou no Programa de Saúde da Família Indígena (PSFI). A forma precipitada pela qual se concretizou essa transição — haja vista a ausência de uma estrutura qualificada dos pontos de vista técnico e administrativo para lidar exclusivamente com a saúde do índio — mostrou-se em flagrante oposição à demanda dos povos indígenas de receberem um tratamento específico, que já havia sido formalmente contemplada nos dispositivos legais e na PNASPI.⁴²

Em termos de infra-estrutura, os Guarani e os Tupiniquim contam, na área de saúde, com um Pólo-Base, instalado de forma precária em um local cedido pela Associação Indígena Tupiniquim/Guarani (AITG) na aldeia Tupiniquim de Caieiras Velha, e com quatro Unidades de Saúde Indígena, cuja localização pode ser identificada no Quadro 3. As Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena que atuam nas USI contavam, até o final de 2006, com 45 servidores. Vale ressaltar o aumento

⁴² Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, regulamentada pelo Decreto nº 3.156, de 27/08/1999, pela Medida Provisória nº 1911-8 e pela lei nº 9.836/99, de 23/09/1999. Aprovada pela portaria MS nº 254, de 31/01/2002.

significativo no número de servidores das EMSI, que, em 2004, era de apenas 26. Ademais, em 2006 as EMSI foram reforçadas com a contratação de uma assistente social, uma nutricionista, uma médica ginecologista e uma médica pediatra. Os quatro servidores lotados no Pólo-Base são contratados mediante o convênio 1340/2004, entre a Missão Evangélica Caiuá e a Fundação Nacional de Saúde. Dos 45 servidores que atuam nas EMSI, 2 (barqueiros) são contratados pela Missão Evangélica Caiuá e o restante, pela PMA (FUNASA, 2006c).

No que concerne à composição das EMSI, não há incompatibilidade com a PNASPI (FUNASA, 2002), que determina apenas a inclusão de médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, sendo o número, a qualificação e o perfil dos profissionais determinados em conformidade com o planejamento de atividades, levando em consideração fatores como: quantidade de habitantes, dispersão populacional, condições de acesso, perfil epidemiológico e necessidades específicas para o controle das principais endemias. Entretanto, conforme os dados que coletamos entre os profissionais de saúde, a orientação contida nessa política, com vistas a que as equipes contem com a participação sistemática de antropólogos, não está sendo cumprida, algo que na visão dos profissionais, seria fundamental para proporcionar uma compreensão adequada da cultura Guarani e melhorar o relacionamento entre os indígenas e a equipe.

A composição do DSEI-MG/ES tem sido marcada por problemas de ordem institucional e burocrática, que prejudicam as ações voltadas para a saúde indígena no Espírito Santo e contribuem para a ocorrência de desgaste nas relações entre a Equipe de Saúde Indígena, o município de Aracruz e, sobretudo, os índios. A inexistência de uma estrutura oficial com atribuições e prerrogativas devidamente estabelecidas dentro da Coordenação Regional do Espírito Santo (CORE-ES) da FUNASA, bem como a falta de reconhecimento da própria Equipe de Saúde Indígena do Espírito Santo (ESAI/ES) pelo DSEI e/ou Departamento de Saúde Indígena (DESAI), contribuem para que a FUNASA não seja reconhecida enquanto órgão gestor da saúde indígena pelo município. Os problemas de articulação entre a FUNASA-ES e a PMA refletem-se também na dificuldade para a consolidação de um sistema eficiente de informações, pois impedem que ele seja abastecido e

atualizado de forma adequada.⁴³ No que concerne à relação com os índios, a ausência de uma estrutura oficial, com atribuições claramente definidas, consiste em um importante fator de possível geração e/ou agravamento de conflitos (FUNASA, 2005). Tal situação se reflete na operacionalização dos serviços de saúde, na medida em que a ausência, na prática, de hierarquia entre a FUNASA e PMA tem provocado certo grau de ambigüidade quanto aos procedimentos a serem adotados. A esse respeito, um(a) dos(as) profissionais de saúde entrevistados fez a seguinte observação:

Tem essa questão: “Eu sou funcionária, eu devo satisfação à Prefeitura de Aracruz”. Então, o que a Prefeitura manda fazer eu faço. Eu não sou “boba” de discordar, você está entendendo? Ai, o que, que acontece? A FUNASA vem e fala: “Por que não tá fazendo isso?” Ai eu fico ... “uai”, mas eu tenho que seguir isso ou o que a Prefeitura fala? O que a Prefeitura me passa! Então, por que um órgão só não administra tudo? Por que a gente não é FUNASA? Ou por que a Prefeitura não detém toda a administração indígena, sem DSEI, sem ESAI, sem não sei o quê?

Contudo, devemos ponderar que os problemas de ordem burocrática gerados pela ausência de hierarquia nas relações entre as instituições não são mais graves do que aqueles provenientes da falta de pactuação dos atores institucionais sobre o que fazer, bem como para definir metas e ações prioritárias. Certamente, nenhum dos problemas mencionados há pouco pode ser resolvido com uma simples definição sobre “quem manda e quem obedece”.

Por sua vez, os Guarani queixam-se da falta de compromisso no atendimento às suas reivindicações, quase sempre transformadas em objetos de um verdadeiro “jogo de empurra” de responsabilidades e troca de acusações, estabelecido entre a FUNASA e a PMA.

Então, a gente vê que, ai, a responsabilidade ficaria com quem? Quando a gente procura a FUNASA, fica: “Não, o recurso é repassado prá Prefeitura, a Prefeitura que tem que ver com isso”. Quando a gente procura a Prefeitura, a Prefeitura reclama: “Não, é a FUNASA, a FUNASA manda uma verba muito pouca, não sei

⁴³ “Estamos insistindo na elaboração e divulgação dos dados sobre saúde indígena por entendermos que é importante o registro dessas informações, entretanto como deve ter ficado claro houve uma série de contratempos que ao nosso entender levaram a um retrocesso na relação da equipe de saúde indígena da FUNASA com a Secretaria Municipal de Saúde/EMSI que resultaram num precário acompanhamento/controle das ações de saúde por parte da FUNASA. Os problemas relacionados ao fluxo de informação começaram em fevereiro de 2005, com as mudanças na composição das EMSI, e continuaram até o final do ano, apesar dos inúmeros apelos da FUNASA e da intervenção do próprio secretário municipal de saúde na tentativa de resolver” (FUNASA, 2005, p17).

o quê”. Então, vai inventando muitas coisas pra que as comunidades seja atendido daquela forma como eles querem. (Liderança indígena de Boa Esperança)

Como o demonstram os estudos que se reportam a esse tema, a luta dos Guarani por um atendimento específico no campo da saúde, no qual a medicina indígena desempenhe um papel de destaque, atravessou a década de 1990 e está bem próxima de fazer o mesmo em relação à década de 2000, sem que recebesse uma resposta integral (e merecida) da parte das instituições competentes. Assim o revela o diagnóstico participativo realizado no decorrer de maio de 1995, numa iniciativa da Secretaria de Saúde do Estado em resposta a uma exigência dos índios (GT/FUNAI, 2004). Permanecendo nessa linha argumentativa, o diagnóstico participativo da saúde nas aldeias indígenas do Espírito Santo, realizado em abril de 2001 — tendo por objetivo conhecer melhor a realidade indígena e, assim, possibilitar que se pensasse uma proposta de trabalho coerente com as expectativas das comunidades e adequada à sua cultura —, trazia nos relatórios de sistematização dos dados coletados nas aldeias Guarani de Três Palmeiras e Boa Esperança a reivindicação do tratamento específico, considerado consensualmente inexistente, bem como a exigência de apoio à medicina tradicional. A proposta formulada pelos Guarani para que tal apoio se concretizasse baseava-se na aplicação de recursos em espécies de plantas medicinais extintas pelo desmatamento, que seriam trazidas de outras aldeias Guarani, e no incentivo ao intercâmbio com especialistas de aldeias situadas em outros estados.

O não-reconhecimento da legitimidade dessa demanda dos Guarani aponta para uma gestão tecnocrática e verticalizada realizada pela FUNASA, que, dessa forma, atua na contramão dos recentes dispositivos legais destinados a garantir uma participação autônoma dos povos indígenas nas questões que afetam sua sobrevivência. Vale ressaltar que mais importante do que disponibilizar espaços para que os indígenas possam externar e defender suas demandas é desenvolver ações capazes de concretizá-las e fazê-las transpor a barreira da formalidade.

Quadro 3 - Distribuição dos recursos humanos por Unidade de Saúde Indígena e cargo

CARGO	USI BOA ESPERANÇA (GUARANI)	USI CAIEIRAS	USI COMBOIOS	USI PAU BRASIL	TOTAL
MÉDICO*	*	1	1	1	3
ODONTÓLOGO	0	1	1	1	3
ENFERMEIRO	1	1	1	1	4
TÉCNICA DE ENFERMAGEM **	2	4	2	2	10
AGENTE DE SAÚDE INDÍGENA	2	3	2	1	8
AGENTE DE SANEAMENTO	0	0	1	2	3
AUXILIAR DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO	0	1	1	1	3
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	2	0	1	1	4
BARQUEIRO (Missão Ev. Caiuá)	0	0	2	0	2
MOTORISTA	0	1	0	0	1
MÉDICA GINECOLOGISTA***	1	0	0	0	1
MÉDICA PEDIATRA***	1	0	0	0	1
ASSISTENTE SOCIAL ***	1	0	0	0	1
NUTRICIONISTA***	1	0	0	0	1
TOTAL DE MEMBROS DA EMSI	11	12	12	10	45

* O médico atende as USI de Pau Brasil e Boa Esperança.

** Duas técnicas de enfermagem de Caieiras são plantonistas, que atendem fora do horário normal de funcionamento da unidade.

*** Profissionais que atendem nas quatro USI, em dias alternados.

Fonte: FUNASA (2006c)

3 O RESPEITO À DIFERENÇA: contribuições da Teoria das Representações Sociais para as políticas de saúde voltadas a populações indígenas

“Mas se existisse uma sociedade mundial, não correria ela o risco de se esterilizar? Não tenhamos dúvida a respeito: forças obscuras estão agindo para restabelecer clivagens, as diferenças de potencial, cada vez que a diversidade é ameaçada, como é o caso atualmente”. Claude Lévi-Strauss

3.1 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, representou um marco histórico na política nacional de saúde indígena, cuja agenda começou a ser elaborada na I Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada no mesmo ano. Esse processo está relacionado a dois movimentos de maior amplitude que ocorreram no bojo da luta pela democratização do Brasil, quais sejam: de um lado, a atuação do movimento indígena, de grande efervescência nessa época, em torno da garantia de direitos para os índios e do reconhecimento de sua condição étnica peculiar; de outro lado, a mobilização pela conquista da saúde como um direito universal, que contou com a ampla participação de setores da sociedade civil (COHN, 2002). Vale ressaltar que os dois movimentos foram contemplados com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que, além de definir, em seu artigo 196, a saúde como direito de todos e dever do Estado, também reconhece os índios

como sujeitos de direitos, conforme o demonstram os artigos 231 e 232,⁴⁴ e a garantia, para eles, da atenção integral e específica em relação à saúde.

A I Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 1986, contou com uma expressiva participação de lideranças indígenas, representantes da FUNAI e do Ministério da Saúde, além de antropólogos, médicos e representantes de ONGs com histórico de atuação junto aos povos indígenas.

Na tentativa de melhorar o quadro da saúde indígena no País, que beirava o completo abandono, a I Conferência Nacional de Saúde Indígena estabeleceu dois princípios gerais, a saber: a urgência na criação de um subsistema único de saúde vinculado ao SUS e o respeito à cultura e às práticas tradicionais de cada grupo indígena (LANGDON, 1999). As discussões realizadas também apontaram para a necessidade de promover a participação dos indígenas em todas as etapas do processo, quais sejam: elaboração, planejamento, gestão, execução e avaliação das ações e serviços de saúde.

A partir da II Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 1993, entrou em pauta a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI),⁴⁵ para adequar o atendimento específico às realidades socioculturais peculiares dos grupos indígenas. Essa conferência foi de suma importância tanto para a formatação da Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) quanto para o movimento indígena, pois registrou, pela primeira vez, a participação paritária de delegados índios e não-índios. A importância dessa Conferência deve-se também à participação de um considerável número de povos indígenas no processo de discussão de propostas que precedeu a sua realização (MARQUES, 2003).

⁴⁴ Artigo 231 da Constituição Federal: “São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens.” Art. 232 da mesma Constituição: “Os índios, suas comunidades e organizações são partes legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses, intervindo o Ministério Público em todos os atos do processo.” (BRASIL, 1988)

⁴⁵ A definição de DSEI presente na PNASPI é a seguinte: “um modelo de organização de serviços, orientado para um espaço étnico-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social.” (FUNASA, 2002, p.19)

É importante esclarecer que, até ser transferida para a FUNASA, em 1991, por meio do Decreto nº 23, a responsabilidade pela saúde indígena era de competência da FUNAI. Os serviços mostravam-se insuficientes e inadequados no que concerne à organização, à infra-estrutura e aos recursos financeiros, além de haver importantes complicadores, como a incapacidade da FUNAI de atender com regularidade as áreas indígenas e os problemas decorrentes do agravamento da precária situação em que se encontravam os indígenas, devido a fatores como a exploração, a perda de território, mudanças ambientais e a ruína das técnicas de subsistência (LANGDON, 2004). A partir de então, tem início uma disputa política entre as duas instituições, fomentada pela resistência da FUNAI à transferência. Tal disputa culminou num rearranjo que, a despeito de ser aprovada a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas pela II Conferência Nacional de Saúde Indígena, reinstalou a FUNAI como órgão gestor e dividiu a responsabilidade pelas atividades preventivas na área da saúde com a FUNASA.⁴⁶ No ano de 1997, o Ministério público interveio e atribuiu a responsabilidade constitucional sobre a saúde dos povos indígenas ao Ministério da Saúde. Dois anos mais tarde, a execução das ações de saúde voltou a ser de responsabilidade da FUNASA.⁴⁷

Em 1999, ganhou força no Ministério da Saúde a orientação para uma política específica de saúde para os índios, o que culminou com a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, balizado nos princípios da descentralização, hierarquização e regionalização, tendo sido instalados 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas por todo o território nacional.

Com o propósito de analisar os obstáculos à implantação dos DSEIs, bem como os avanços resultantes de sua implantação, foi realizada, em 2001, a III Conferência Nacional de Saúde Indígena, que teve como participantes delegados índios e não-índios, escolhidos nas Conferências Distritais de Saúde Indígena, realizadas em cada um dos 34 DSEIs, além de integrantes de organizações governamentais e não-governamentais (MARQUES, 2003).

Em abril de 2004, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) assumiu efetivamente a responsabilidade pela execução das ações de saúde junto aos povos indígenas,

⁴⁶ Decreto nº 1.141/94.

⁴⁷ Portaria nº 1.163/GM, de 1999.

até então de competência da FUNAI, e o fez com uma proposta de trabalho pautada na valorização dos saberes e práticas tradicionais, levando-se em conta as particularidades de cada povo como condição essencial à atenção específica e integral à saúde (BRASIL, 2004b). Vale ressaltar, que num contexto marcado pela estratégia política do governo federal de progressivo esvaziamento das competências da FUNAI — vide o que vinha ocorrendo paralelamente com o setor da educação indígena, que passava a ser de competência do Ministério da Educação e Cultura (MEC) —, a FUNASA, embora estivesse administrativa e tecnicamente despreparada, recebeu como tarefa a concretização de uma proposta cujas bases já haviam sido estabelecidas no processo de discussão desencadeado pelas Conferências Nacionais de Saúde Indígena. Ademais, a proposta para a criação do subsistema de saúde indígena vinculado ao SUS também se alicerçou nas reivindicações que resultaram da realização das conferências. Acerca da formulação de uma proposta da FUNASA para a saúde indígena, Moreira (2002, p.102) informa que:

[...] Elaboramos uma proposta que busca resgatar o conteúdo das duas Conferências Nacionais de Saúde Indígena, incorporando quase que completamente suas deliberações. A proposta, portanto, não é do Ministério da Saúde, mas do movimento indígena, dos índios, das ONGs e dos indigenistas que participaram das conferências, absorvida pelo Ministério, embora certas limitações não tenham permitido a incorporação de alguns pontos.

Em 2005, foi realizada a IV Conferência Nacional de Saúde Indígena, tendo como tema “Distrito Sanitário Especial Indígena: território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições”. Dando prosseguimento às avaliações e ao norteamento da efetivação da agenda da PNASPI, o evento teve como objetivo analisar em profundidade as ações na área da saúde indígena. Os debates se balizaram em cinco eixos temáticos, quais sejam: direito à saúde; controle social⁴⁸ e gestão participativa; desafios indígenas atuais; trabalhadores indígenas e não-indígenas em saúde; segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável.

⁴⁸ A expressão “controle social” consta da Constituição Federal de 1988 e diz respeito à participação organizada da sociedade civil na fiscalização das ações do Estado no campo das políticas sociais. Refere-se, também, à participação da sociedade civil na formulação e na implementação dessas políticas (RAICHELIS, 1998), o que, em princípio, contribui para o aprofundamento da cidadania.

Consideramos oportuno expor, ainda que de forma sucinta, algumas questões pertinentes ao primeiro e ao segundo eixos temáticos mencionados acima. No que concerne ao direito à saúde, a Conferência ressaltou o caráter prioritário da abordagem particularizada e o desafio da consolidação da saúde indígena como um direito universal. Os principais obstáculos e desafios apontados foram: o pequeno avanço na estruturação e na organização dos serviços de saúde registrado nos cinco anos transcorridos desde a implantação dos DSEIs e a precariedade da saúde indígena em comparação com a saúde da população brasileira em geral — um quadro que tem sido agravado pela descontinuidade das ações na área da saúde. Dentre as propostas para a superação desses problemas, cabe citar a promoção da descentralização administrativa da FUNASA, a garantia de autonomia administrativa dos DSEIs e o uso da intersectorialidade como estratégia na implementação das ações de saúde. Em relação ao controle social e à gestão participativa, o documento da IV Conferência resalta o avanço proporcionado por esses mecanismos na compreensão e no exercício da cidadania por parte dos povos indígenas. No mesmo documento, considera-se que os principais obstáculos para consolidar o controle social e a gestão participativa na política de saúde indígena são: a conduta dos gestores que não reconhecem a importância do controle social para a PNASPI, sonogando, aos representantes indígenas, informações pertinentes para a avaliação dos programas de saúde e a aplicação de recursos financeiros; a ausência de infraestrutura para atuação nas instâncias local, distrital e nacional; por fim, a falta de cumprimento das deliberações dos Conselhos pelo órgão gestor (FUNASA, 2006a).

Para melhor compreendermos a PNASPI, é preciso considerar o quadro político-institucional dos anos 1990, período em que se inicia a implementação da chamada “reforma do Estado”. Tal reforma, iniciada ainda no governo Collor, foi aprofundada e sistematizada no governo Fernando Henrique Cardoso, tendo como principal “justificativa” a recuperação da capacidade investidora e gestora das políticas sociais por parte do Estado. Na retórica do governo, o argumento utilizado foi a possibilidade de modernizar a administração pública mediante a introdução de novas formas de gestão, capazes de superar os entraves do modelo burocrático.

Inicialmente, segundo o discurso oficial, a reforma deveria solucionar uma intensa crise fiscal, analisada pelo governo FHC como sendo uma crise do Estado. Sob a

ótica do governo, a crise resultava de um modelo arcaico de gestão e da ausência de mecanismos capazes de possibilitar a inserção da economia brasileira na economia mundial globalizada, não sendo considerados como fatores determinantes daquela crise os efeitos do “cataclismo” ocorrido no modo de produção capitalista mundial alguns anos antes.

A reforma do Estado brasileiro foi profundamente influenciada pelas novas configurações do capitalismo mundial, que culminaram no retorno da ideologia liberal. Com a crise estrutural que surge nos anos 70, demonstrando a ineficácia das propostas keynesianas no que tange a solucionar a queda gradual da taxa de lucro nos principais países capitalistas, as propostas liberais ganham força, novamente. O uso indiscriminado do receituário liberal inverteu essa queda na taxa de lucro, embora a um preço muito alto, principalmente para a classe operária dos países da periferia. Esse receituário pode ser resumido pelos seguintes aspectos: redução dos salários; aumento da lucratividade do capital e da participação nos lucros; formação de fluxos de rendas favoráveis às classes ricas, resultante do aumento dos juros ocorrido no golpe de 1979;⁴⁹ distribuição de dividendos (DUMÉNIL; LÉVY, 2005).

Estamos de acordo com a análise feita por Nogueira (2005), segundo a qual a reforma do Estado brasileiro se deu de uma forma submissa aos condicionantes do atual modelo capitalista de acumulação e se balizou na idéia de que era preciso adaptar a economia às exigências da globalização, superando um Estado gigantesco e ineficiente, pela cessão de espaço às iniciativas de mercado ou do chamado Terceiro Setor.

Embora perpassada pela influência do “pensamento único”, a reforma foi responsável pela introdução, na agenda política, de novos parâmetros para a gestão pública, calcados na reestruturação do modelo burocrático e na ampliação, em termos formais, do controle social e da participação (NOGUEIRA, 2005).

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado, elaborado pelo Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, Luiz Carlos Bresser Pereira, e

⁴⁹ Referimo-nos à decisão tomada em 1979 pelo Banco Central dos Estados Unidos, o Federal Reserve, de elevar a taxa de juros para controlar a inflação, sem levar em conta os efeitos dessa medida para o resto do mundo, marcando o início de uma nova ordem social com a hegemonia do neoliberalismo.

apresentado pelo governo Fernando Henrique em 1995, estabelece uma divisão entre as atividades exclusivas e não-exclusivas do Estado. As atividades exclusivas são: a regulamentação, a fiscalização, o fomento e a segurança pública. As atividades não-exclusivas, ou seja, os setores nos quais o Estado divide sua atuação com organizações públicas, não-estatais e privadas, envolvem a saúde e a educação (Universidades, Hospitais, Centros de Pesquisa e Museus) (MAGALHÃES, 2001).

Para desempenhar as atividades não-exclusivas do Estado, o Plano elege como ideal a propriedade pública não-estatal, ou seja, uma propriedade que não pode ser considerada pública, na medida em que ela não consiste em um meio para o exercício do poder do Estado, e, por outro lado, também não pode ser considerada privada, porque presta um serviço subsidiado. De acordo com o Plano, esse tipo de propriedade facilita o controle social por meio da participação, fomenta a parceria entre Estado e sociedade e proporciona maior autonomia administrativa às organizações (BRASIL, 1995).

Essa mudança, introduzida pelo Plano Diretor mencionado, terá reflexos importantes na participação e no controle social da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e se desdobrará em alguns problemas observados na operacionalização dessa política.

Em 1999, a FUNASA põe em prática um modelo que terceiriza as ações de saúde direcionadas às populações indígenas, sendo elas pactuadas por meio de convênio entre o governo e as organizações prestadoras. De acordo com Garnelo e Sampaio (2005), a forma pela qual a saúde indígena foi terceirizada não ocorreu em qualquer outra área do Sistema Único de Saúde, na medida em que a compra de serviços de entidades privadas não significou a renúncia da execução direta dos serviços. Ainda segundo as autoras, na relação entre os órgãos do governo federal e as esferas estadual e municipal, a Programação Pactuada Integrada (PPI) da gestão plena e básica da atenção e o repasse das verbas diretamente para os fundos de saúde contribuíram para agilizar o financiamento dos sistemas locais e proporcionar a continuidade dos programas. Ressaltam, entretanto, que esses mecanismos de gestão se aplicam apenas aos níveis de comando federal, estadual e municipal do SUS, permanecendo reguladas através de convênio as relações entre governo e

entidades civis. Cabe esclarecer que, atualmente, o Plano Nacional de Saúde (PNS) — Um Pacto Pela Saúde no Brasil — consiste no instrumento de gestão que define o monitoramento, a avaliação e o controle das ações de saúde, bem como o financiamento dos estados, municípios e instituições no âmbito do SUS.

A participação, um dos elementos centrais da Política Nacional de Saúde Indígena, é realizada através das Conferências Nacionais de Saúde Indígena, conforme já indicamos, e pela atuação dos representantes indígenas nos Conselhos de Saúde. Assim, obedecendo aos preceitos estabelecidos pela Constituição de 1988, a PNASPI estabelece que o controle social dos DSEIs deve ser exercido pelos conselhos locais e distritais de saúde (FUNASA, 2002). Os Conselhos Locais de Saúde são formados por representantes indígenas, incluindo lideranças tradicionais, professores, agentes indígenas de saúde, especialistas tradicionais, parteiras e outros, escolhidos por meio de um processo que deve contar com a participação intensa das comunidades da área de abrangência dos DSEIs. A indicação do representante deve ser formalizada pelo Chefe do Distrito. O Conselho Local deve: promover a articulação com os gestores locais e realizar discussões acerca da avaliação e necessidade dos serviços e ações de saúde na sua área de abrangência; indicar conselheiros para o Conselho Distrital de Saúde; e, por não possuir capacidade deliberativa, deve fazer recomendações ao Conselho Distrital. Os Conselhos Distritais, de caráter deliberativo, devem, em conformidade com a lei nº 8.142/90, apresentar uma composição paritária, ou seja, 50% de indígenas e 50% de representantes dos órgãos do governo e das prestadoras de serviço e profissionais de saúde. Suas atribuições são: aprovação do Plano Distrital; avaliação da execução das ações de saúde planejadas e a proposição, se necessária, de sua reprogramação parcial ou total; e por fim a apreciação da prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e serviços de atenção à saúde do índio (BRASIL, 1999b).

A interferência de elementos alheios às especificidades étnico-culturais dos povos indígenas pode ser observada também na forma de exercer o controle social mediante a escolha de representantes para os conselhos de saúde, um mecanismo elaborado segundo os princípios do modelo ocidental de democracia representativa.

Esse fato tem dificultado a gestão participativa nessa política pública, na medida em que a coloca em rota de colisão com os sistemas políticos desses grupos.

Vale lembrar que, nos sistemas políticos das sociedades indígenas, como brilhantemente o demonstrou Clastres (1990), não existe a figura de um indivíduo ao qual a coletividade delega o poder de representá-la. O papel desempenhado pelo chefe político é o de *fazedor da paz* — para continuar usando os termos de Clastres —, e o poder não se exerce pela coerção física ou pela obediência a normas escritas, mas, principalmente, por meio de uma instituição social, que é a *fala*, e, no caso dos Guarani, também pela referência às tradições coletivas. Dessa forma, busca-se atingir o consenso da coletividade para a solução dos problemas.

Partindo da experiência adquirida em sua participação como antropólogo nas reuniões dos Conselhos Locais e dos Conselhos Distritais dos DSEIs do Rio Negro e de Pernambuco, Athias (2004) observa que questões relacionadas à organização dos serviços de saúde têm sobrepujado uma discussão mais pertinente, voltada para o desenvolvimento de um sistema local de saúde. Assim, segundo o autor, os conselhos têm-se transformado em espaços para o debate de questões administrativas e, por conseguinte, vêm negligenciando temas importantes cuja discussão é viabilizada pelo modelo de atenção dos DSEIs, tais como a qualidade dos serviços, a satisfação das populações indígenas, a medicina tradicional e a medicina ocidental.

Apesar de a criação dos DSEIs representar um avanço na política de saúde indígena, o modelo ainda apresenta deficiências, como dificuldades de recrutamento de pessoal capacitado para trabalhar em um contexto intercultural e ausência de mecanismos eficientes para garantir a participação dos indígenas na avaliação dos serviços. É consenso entre alguns dos autores que analisaram a implementação dos DSEIs (GUARNELO; SAMPAIO, 2005; LANGDON, 2004) que o subsistema ainda apresenta problemas, como a ausência de um sistema de informação eficiente, a dificuldade de articulação com a rede de referência do Sistema Único de Saúde e a rotatividade de pessoal.

Mesmo atribuindo aos problemas citados acima a merecida importância, não podemos deixar de constatar que, no tocante à relação dos povos indígenas com o

Estado, a criação dos DSEIs pode ser interpretada como um avanço, na medida em que abala a relação tutelar tradicionalmente mantida pela FUNAI com os povos indígenas. Como demonstra Garnelo (2003), os convênios celebrados para o repasse de verbas públicas às organizações indígenas inauguram uma nova conjuntura política, marcada pela legitimação, por parte de setores do governo, das lutas étnicas, bem como pela aceitação/formalização do movimento indígena, cuja existência vinha sendo contestada por diversos órgãos, inclusive a FUNAI. Acreditamos que, se, por um lado, a participação das organizações não-governamentais na esfera da saúde indígena reflete um processo de transferência da responsabilidade por serviços constitucionalmente atrelados ao Estado, além de contribuir para que a prestação desses serviços seja orientada por uma lógica alheia ao interesse coletivo, também é imperativo reconhecer, por outro lado, que, nos casos em que as organizações indígenas firmaram convênios com a FUNASA, a participação direta daquelas organizações na gestão dos serviços de saúde proporcionou ao movimento indígena um “fôlego renovado” na luta pela autodeterminação. A esse respeito, Garnelo e Sampaio (2005) observam que a busca pelo *protagonismo político* levou algumas lideranças indígenas a arcarem com o risco de converter *organizações militantes*, voltadas para a reivindicação de direitos, em *organizações profissionais*, postas a serviço do movimento indígena.

Dentre os princípios que estruturam a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, pautada nas disposições constitucionais, está o reconhecimento da eficácia da medicina praticada pelos índios e o direito desses povos à sua cultura (FUNASA, 2002).

O agente indígena de saúde cumpre um papel relevante na efetivação desse princípio, na medida em que atua como *intermediário* na relação entre os dois sistemas de saúde, buscando, também, facilitar a comunicação entre as equipes de saúde e a comunidade a que pertence.⁵⁰

O objetivo de garantir as especificidades étnico-culturais dos povos indígenas levanta, de imediato, questões quanto à viabilidade da PNASPI, na medida em que

⁵⁰ A PNASPI estabelece: "A formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde é uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não." (FUNASA, 2002, p. 15)

cada uma das mais de 200 etnias indígenas, no Brasil, possui uma estrutura social que revela particularidades, seja na comparação com a sociedade envolvente, seja frente às demais populações indígenas. Assim, uma das questões levantadas pela IV Conferência de Saúde Indígena foi a necessidade de se aprofundar o conhecimento daquelas especificidades.

Alguns autores que avaliam a política nacional de saúde indígena a partir da variável “cultura” (CRUZ, 2003; COELHO, 2006) têm apontado a existência de uma contradição presente na política indigenista brasileira, qual seja: reconhecer as especificidades culturais dos índios no bojo da elaboração de uma Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, mas, ao mesmo tempo, balizá-la a partir dos *mesmos* princípios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde. Isso comprova que houve uma sobreposição de modelos, realizada sem que as questões relativas às especificidades étnico-culturais dos povos indígenas fossem pensadas de antemão. Ao realizar um estudo de caso sobre o processo de implantação do Pólo-Base de Amarante, que integra o DSEI do Maranhão, Cruz (2003) procura demonstrar que a PNASPI tem como base a Política Nacional de Saúde, considerando os mesmos princípios de universalidade, equidade, participação comunitária e controle social, e obedece a uma lógica fragmentada, incompatível com a forma de organização dos povos indígenas, que se baseia numa perspectiva de totalidade. Por sua vez, Coelho (2006) observa *incompatibilidades* presentes no discurso indigenista de respeito à diversidade, tais como o uso da categoria “medicina” para classificar as práticas de cura desses povos, o que, segundo a autora, aponta para uma *subalternização de saberes*.

Anos após a I Conferência Nacional de Saúde Indígena, a situação dos povos indígenas no País ainda é problemática, em especial no que tange à sua vulnerabilidade frente ao vírus HIV, à ameaça constante de epidemias de tuberculose, à malária e à desnutrição, como demonstra o documento-base da IV Conferência Nacional de Saúde Indígena.

No Espírito Santo, preocupa a alta taxa de óbitos causados por doenças do aparelho respiratório, que, em 2003, chegou a 20% do total, bem como o aumento do número

de casos de alcoolismo e hipertensão.⁵¹ Os hospitais e postos de saúde do município de Aracruz não conseguem suprir a demanda das populações Guarani e Tupiniquim, que, diante das dificuldades que encontram, recorrem aos hospitais da capital do estado (Vitória), que constituem referências, principalmente, para os casos de média e alta complexidade.

No entanto, e apesar da gravidade da situação, os últimos censos revelam que a população indígena, contrariando as projeções mais pessimistas — inferidas e disseminadas, até mesmo por pensadores clássicos das Ciências Sociais, como Darcy Ribeiro e Florestan Fernandes —, vem registrando um significativo crescimento.

Como procuramos demonstrar, o processo de elaboração da PNASPI foi fortemente influenciado pela intensa participação de um movimento étnico que, entre outras coisas, obteve o mérito de conquistar para os indígenas a condição de sujeitos de direitos. A participação dos índios e dos indigenistas nas Conferências de Saúde foi decisiva para a implantação de um modelo de gestão da saúde calcado nas conquistas ratificadas pela Constituição de 1988, quais sejam: responsabilidade federal, respeito às especificidades culturais, universalização e equidade. A implantação de um subsistema de saúde ligado ao Ministério da Saúde, composto por 34 DSEIs dotados de autonomia financeira e administrativa, e o controle social exercido pelos indígenas marcaram o início de um diálogo que, embora ainda revele uma considerável assimetria, apresenta-se como mais qualificado e inclinado a atender às demandas dos povos indígenas, que têm sido historicamente ignorados no processo decisório das questões que impactam sua própria existência.

Portanto, ao proporcionar um modelo de gestão que oferece canais de participação em todas as etapas do processo, a PNASPI significou uma ruptura de paradigmas no campo da política indigenista em nosso país, além de ter trazido ânimo novo à luta do movimento indígena com vistas a reverter o gravíssimo quadro de mortalidade e morbidade que, ainda hoje, apresenta taxas significativamente maiores entre os índios do que na sociedade envolvente.

⁵¹ De acordo com o GT/FUNAI (2004), os dados correspondentes, disponibilizados pelo Hospital São Camilo, registram um total de 44 casos de alcoolismo e 42 de hipertensão. Os dados relativos aos óbitos causados por doenças do aparelho respiratório foram levantados na FUNASA.

3.2 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E SUA APLICAÇÃO EM CONTEXTOS INTERÉTNICOS

Dentre as várias características da Teoria das Representações Sociais,⁵² aquela que melhor expressa a pertinência de sua aplicação em contextos interétnicos é, indubitavelmente, sua capacidade de fomentar a interdisciplinaridade — qualidade que se faz ainda mais necessária num período histórico em que o conhecimento apresenta-se cada vez mais especializado e, portanto, menos “qualificado” para dar conta de questões abrangentes e complexas, que, exatamente por isso, devem ser abordadas à luz de uma perspectiva totalizante.

Por outro lado, cabe apontar o “amplo florescimento” pelo qual vem passando essa teoria, o qual

[...] vem ocorrendo em vários aspectos: constantes inovações teóricas e metodológicas, imensa quantidade de pesquisas empíricas realizadas em diversas partes do mundo, presença marcante nas mais diferentes disciplinas que buscam conhecer a realidade social, forte tendência à interdisciplinaridade. [...] (LEITE, 2002, p. 126)

Tudo isso poderia levar à falsa suposição de que a aceitação de tal teoria não passa de mais um modismo. Entretanto, é necessário ter clareza quanto ao fato de que, no terreno da ciência, os modismos não suportam o exercício constante da crítica. Aliás, o mais importante teste ao qual não pode escapar uma teoria desse porte consiste em aferir sua capacidade de, frente à complexa realidade social — que Max Weber definiu, de forma precisa, como “inatingível” —, seguir respondendo às dificuldades com as quais o cientista se depara ao exercer seu ofício. Parece-nos muito sensato admitir que, nesse teste, a Teoria das Representações Sociais tem sido aprovada com louvor.

⁵² Vale adiantar, desde já, que trabalhamos, aqui, com o conceito de representação social tal como se faz presente na teoria cuja formulação original coube a Moscovici (1978). É adequada, para nossos propósitos, a caracterização de representação social apresentada por Jodelet (2001, p. 22): “[...] é uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber do senso comum ou ainda saber ingênuo, natural, esta forma de conhecimento é diferenciada, entre outras, do conhecimento científico.”

Em parte, o uso da Teoria das Representações Sociais em diferentes campos do saber possui raízes na própria diversidade de correntes teóricas que influenciaram o pensamento de Serge Moscovici, autor a quem coube a formulação original dessa teoria.

As influências sobre o pensamento de Moscovici são objeto de importantes pesquisas. Contudo, de acordo com Mora (2002), três aportes teóricos tiveram impacto considerável sobre o pensamento daquele autor, quais sejam: a Etnopsicologia de Wundt, o Interacionismo Simbólico de Mead e o conceito de representações coletivas formulado por Durkheim.

Consideramos oportuno, aqui, abordar com certo grau de atenção a *ambivalente* influência durkheimiana sobre o pensamento de Moscovici, pois, de certa forma, isso auxilia-nos a esclarecer melhor para o leitor a própria contribuição da teoria em questão para o presente trabalho.

O núcleo dos vínculos entre a teoria formulada por Moscovici e o pensamento de Durkheim reside no conceito de *representações coletivas*, uma das peças-chave no “quebra-cabeça” da sociologia durkheimiana.

Durkheim (1999) considera um erro procurar nos indivíduos a explicação para os fenômenos sociais, procura essa que se baseia em dois pressupostos: 1) a sociedade existe apenas na medida em que dos indivíduos é que emanam idéias e necessidades que determinam sua formação e 2) há nas sociedades apenas consciências individuais. Se tal atitude fosse correta, argumenta o autor, a Sociologia não teria contribuições teóricas relevantes a dar, visto que estaria destinada à formulação de leis submetidas às leis gerais da Psicologia. Ainda de acordo com Durkheim (1999), conquanto a sociedade seja constituída da soma dos indivíduos, dessa junção resulta algo maior, que se traduz no conceito de *consciência coletiva*, uma “categoria ontológica” que, apesar de formada pelo somatório das consciências individuais, não permitiria que se fizesse o caminho inverso, pois resulta em um *“todo maior do que as partes”*.

Além disso, de acordo com o pensamento durkheimiano, a consciência coletiva tem a peculiaridade de exercer *coerção* sobre as consciências individuais, de tal modo que não é nestas que se deve buscar a explicação para a consciência coletiva.

As manifestações concretas da consciência coletiva são as *representações coletivas*, e estas, de acordo com Durkheim, são objeto da Sociologia. Elas

são o produto de uma imensa cooperação, que se estende não apenas no espaço, mas no tempo; para fazê-las, uma multidão de espíritos diversos associaram, misturaram, combinaram suas idéias e sentimentos; longas séries de gerações acumularam aqui sua experiência e saber (DURKHEIM, 1978, p. 216).

Conforme Sá (1995, p. 21), as representações coletivas caracterizam-se basicamente pela autonomia, pela exterioridade e pela coercitividade em relação ao pensamento e ao comportamento do indivíduo.

Apesar da influência considerável dessa categoria durkheimiana no pensamento de Moscovici, qualquer tentativa de observar em tal influência uma transposição mecânica significaria incorrer em grave erro. Assim, é consensual entre os autores que tratam da questão (SÁ, 1995; OLIVEIRA, 2004) que a substituição, feita por Moscovici, da expressão “representações coletivas” por “representações sociais” não se deve a uma mera questão estilística, mas, sim, a uma necessidade de marcar *posição contrária* ao conteúdo do conceito em sua versão original. Aliás, como afirmam Guareschi e Jovchelovitch (1995, p. 19),

[...] Moscovici pensou com Durkheim e contra ele, dando-se conta de que na sociologia durkheimiana havia o perigo implícito de esquecer que a força do que é coletivo [...] encontra sua mobilidade na dinâmica do social, que é consensual, é reificado, mas abre-se permanentemente para os esforços dos sujeitos sociais, que o desafiam e se necessário o modificam.

Isso porque, antes de mais nada, para Moscovici as representações não possuem uma existência própria, desvinculada das estruturas sociais e cognitivas em que se apresentam ou, mesmo, dos sujeitos que aí se encontram. Elas variam, portanto, de acordo com as especificidades dos grupos sociais que as criam. Ora, considerar que as representações são sociovariáveis, como o faz Moscovici, significa reconhecer que a sociedade, em seu conjunto, não possui uma moral única ou, mesmo, formas homogêneas de pensar, agir e sentir. Assim, diferentes representações de um mesmo objeto podem se configurar, em função de conflitos entre essas diversas

parcelas de uma sociedade, e, em alguns casos, podem responder às demandas dos grupos por diferenciação.

Por outro lado, as representações estudadas pela teoria fundada por Moscovici são as das sociedades contemporâneas, fortemente marcadas pela fluidez; pela marcante presença dos meios de comunicação de massa; pela apropriação e reelaboração, por parte do senso comum, de objetos originalmente próprios do mundo acadêmico; pela ampla diversidade de ambientes sociais (MOSCOVICI, apud SÁ, 1995, p. 22; LEITE, 2002, p. 127).

Por sua vez, autores como Mora (2002) e Spink (1993) levantam pontos importantes para compreender as representações, especialmente em contextos interculturais. Para Mora (2002), as representações sociais atendem a demandas como: compreender acontecimentos complexos e dolorosos; justificar ações cometidas contra outros grupos; reafirmar diferenças quando elas parecem ter sido esquecidas. Spink (1993) destaca as seguintes funções cumpridas pelas representações sociais enquanto formas de conhecimento prático: “orientação das condutas e das comunicações (função social); proteção e legitimação das identidades sociais (função afetiva) e familiarização com a novidade (função cognitiva)” (1993, p. 306).

Aqui, também cabe ressaltar que Moscovici volta sua atenção para o senso comum, um tipo de conhecimento específico que, usualmente, é desqualificado ou, pelo menos, pouco valorizado por determinados segmentos da academia — senso comum que não se confunde com aquele analisado por Durkheim para identificar a origem das categorias no seio das religiões primitivas, e que, transformado por inúmeras gerações, permite a constituição do pensamento científico moderno. A ênfase no estudo do senso comum abre a possibilidade concreta de compreender formas alternativas de conhecimento, contrárias àquela/diversa daquela que o pensamento ocidental desenvolveu na “esteira” do racionalismo cartesiano, profundamente marcada por dicotomias como: sujeito/objeto, indivíduo/sociedade, natureza/cultura etc. Ademais, o uso da Teoria das Representações Sociais possibilita o entendimento da própria medicina ocidental como objeto de representação, embora tal entendimento seja dificultado pela presença de uma tendência à naturalização e à produção do seu discurso como uma verdade que, com frequência, é tomada como inquestionável, em um processo perpassado por

complexas relações de poder. É importante esclarecer que, quando nos referimos a complexas relações de poder, estamos pensando o poder como algo que transcende os limites de uma relação bilateral entre dois pólos — sujeitos, segundo a sociologia weberiana,⁵³ e classes (ou frações de classes), no âmbito da sociologia marxista —, que se estende de uma maneira *rizomática* por toda a sociedade e que, obviamente, abrange suas produções, dentre as quais consideramos de suma importância, para os fins deste trabalho, aquela que Foucault (2003) classifica como discursos.⁵⁴ Assim, podemos compreender que a medicina, enquanto discurso científico, está relacionada a uma ambição de poder evidenciada na relação estabelecida com os outros saberes hierarquicamente considerados como saberes dominados.⁵⁵ Uma relação que pode ser bem sintetizada pela seguinte questão: “[...] que tipo de saber vocês querem desqualificar no momento em que vocês dizem ‘é uma ciência’? [...]” (FOUCAULT, 2003, p.172).

Voltando ao assunto das dicotomias que marcam o pensamento ocidental, especificamente em relação à dicotomia indivíduo/sociedade, Moscovici refuta a primazia da sociedade sobre o indivíduo no processo de construção do conhecimento, atribuindo ao segundo um *papel ativo*. Assim, a explicação, nesse caso, não se vai apoiar num ou noutro pólo, mas na tensão entre ambos. Isso porque uma representação social carrega não apenas atributos do objeto a que ela se refere, como também *características do sujeito* que o representa. De acordo com LEITE (2002, p. 134), “o fato de os conteúdos das representações sociais trazerem em si *atributos do sujeito* é de suma importância. Demonstra, com toda nitidez, que elas *não são meros reflexos passivos do exterior* na mente desse sujeito”. Portanto,

⁵³ Sobre o conceito de poder em Weber, consultar *Economia e sociedade*.

⁵⁴ “Terceira precaução metodológica: não tomar o poder como um fenômeno de dominação maciço e homogêneo de um indivíduo sobre os outros, de um grupo sobre os outros, de uma classe sobre as outras; mas ter bem presente que poder — desde que não seja considerado de muito longe — não é algo que se possa dividir entre aqueles que o possuem e o detêm e aqueles que não o possuem e lhe são submetidos. O poder deve ser analisado como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia. [...] O poder funciona e se exerce em rede. Nas suas malhas os indivíduos não só circulam, mas estão sempre em posição de exercer esse poder e de sofrer sua ação; nunca são o alvo inerte ou consentido do poder, são sempre centros de transmissão [...]” (FOUCAULT, 2003, p.183)

⁵⁵ Entendemos por saberes dominados aquilo que Foucault (2003) chama de saberes que tenham sido desqualificados como desprovidos de maior elaboração, saberes ingênuos, abaixo do nível de cientificidade exigida, tais como os do doente e do médico paralelo e marginal em relação ao saber médico. Saberes que não devem ser considerados um senso comum, mas um saber local, diferencial, que não pode se tornar unânime e que tem sua força na oposição com todos aqueles que o circulam.

os sujeitos *constroem* suas representações relativas a diversos aspectos da realidade em que vivem, e o fazem a partir de seu *ser social*, dos *paradigmas prévios* que trazem consigo: a posição que ocupam na sociedade, seus valores culturais e ideológicos, suas histórias de vida, seus conhecimentos anteriores sobre diferentes facetas da vida em sociedade, seus afetos em relação aos diversos elementos da realidade etc.

Podemos dizer, então, que a sociedade é também um sistema de pensamento, no qual os sujeitos atuam como pensadores ativos, produzindo e comunicando representações, e, assim, construindo soluções para seus problemas (SÁ, 1995). Por outro lado, a Teoria das Representações Sociais possibilita entender “o pensamento social em sua dinâmica e diversidade” (ARRUDA, 2002). Para dar conta dessa diversidade, são apontados dois tipos de universos de pensamento, coexistentes nas sociedades contemporâneas: os *universos consensuais* e os *universos reificados*.

De acordo com Arruda (2002), os universos consensuais constituem-se nas conversas informais, em que opiniões, palpites e impressões são manifestadas pelos curiosos e “amadores”, com cumplicidade e igualdade, como se todos tivessem a mesma competência. Por outro lado, o universo reificado faz-se presente no campo da ciência, no mundo acadêmico. Neste, o diálogo desenvolve-se segundo uma hierarquia marcada pela primazia do *expert* em determinada área do conhecimento. Ainda segundo Arruda (2002), as representações sociais são construídas mais freqüentemente nos universos consensuais, embora os dois universos não sejam estanques e separados — principalmente se considerarmos que, nas sociedades contemporâneas, como já afirmamos, é comum que objetos originalmente próprios do saber científico passem a ser representados (e remodelados) no âmbito do senso comum.

Parece-nos não ser precipitado acrescentar que, em casos específicos, podem-se formar, dentro dos universos reificados, universos consensuais, que darão origem a representações sociais balizadas na visão de mundo que é construída, em parte, nos próprios espaços científicos. Assim, podemos apontar, a título de ilustração, as representações sociais próprias de alguns profissionais da saúde, nas quais a incidência de certas patologias que acometem os indígenas é associada ao modo de

vida destes, tido como propagador de doenças. De forma análoga, a problematização da favela por médicos higienistas, pouco depois da Proclamação da República, deu origem a uma leitura desse tipo de habitação como “doença social”, balizando-se, para tanto, na consideração de que os barracos amontoados não permitiam a passagem do ar e da luz, tão salutares ao organismo humano (VALLADARES, 2000). Outro exemplo, desta vez envolvendo relações interétnicas, pode ser extraído da análise feita por Joffe (1995) das representações sociais transculturais da Aids. Nesse estudo, a autora revela que as representações desse mal na cultura ocidental, marcadas pela presença do laço entre grupos estranhos, aberração e doença, tiveram suas sementes fornecidas pelas representações médicas e dos meios de comunicação a respeito da Aids. A História também fornece contribuições importantes para pensarmos as representações sociais como um domínio que não é de forma alguma exclusivo do senso comum. Nesse sentido, representações sociais das categorias “natureza” e “cultura”, como domínios separados, estão ancoradas no pensamento dicotômico predominante no Ocidente sob a influência, já mencionada, do racionalismo cartesiano, não sendo partilhada pelos povos indígenas. Assim, *o mito moderno da natureza intocada*, subjacente à idéia da construção de parques ecológicos a serem mantidos isolados da presença do homem, tido como destruidor da natureza, também foi construído com base num modelo ocidental de preservação (DIEGUES, 2000), influenciado pela perspectiva do homem urbano e pelas Ciências Naturais, sem abertura às contribuições advindas das ciências humanas. No outro extremo, encontra-se uma representação ancorada na “visão romântica” do colonizador — a mesma que inspirou a construção da figura do “*bom selvagem*” —, que identifica o indígena/primitivo com a natureza, como se o índio também não agisse em sua transformação.

As representações sociais respondem, também, à necessidade que temos de transformar o estranho — aquilo que ainda não dominamos, aquilo que é novo para nós — em familiar (SÁ, 1995; MOSCOVICI, 1978). Essa transformação só pode ser feita por meio de uma atividade cognitiva, que realiza *uma integração daquilo que será representado a uma rede de significados preexistentes* (LEITE, 2002). Isso remete, novamente, ao fato de que as representações sociais trazem em si não apenas características do objeto representado, mas, igualmente, atributos do sujeito que o representa. É óbvio que, por isso, elas podem distanciar-se, de modo

significativo, da “realidade objetiva”, ocorrendo, então, o que Jodelet (2001, p. 36) chama “defasagem [da representação] em relação a seu referente”.

A transformação de algo que, num primeiro momento, nos é completamente estranho em familiar acontece mediante dois processos que atuam na formação das representações sociais, quais sejam: a **ancoragem** e a **objetivação**.

No processo de ancoragem, atribui-se ao objeto representado um sentido preexistente no sistema de pensamento social (SÁ, 1995). Quando, por meio da associação, denominação ou classificação, fornecemos um contexto inteligível a algo que nos é estranho, este passa a incorporar características da rede de significados preexistentes no pensamento (LEITE, 2002). Por conseguinte, estamos transformando aquilo que, até então, era-nos completamente estranho em algo familiar. Assim, após esse processo de familiarização, o objeto deixa de constituir uma ameaça.

Para enfatizar a relevância do processo de ancoragem no estudo das representações sociais em contextos interétnicos, podemos remeter novamente ao trabalho realizado por Joffe (1995) acerca das representações sociais transculturais da Aids, na África do Sul e na Grã-Bretanha. Nesse estudo, a autora demonstra que uma das formas pelas quais as representações sociais da Aids são formadas é a ancoragem da doença às ideologias principais que circulam em cada uma dessas sociedades. Assim, tanto na África do Sul quanto na Grã-Bretanha, as representações sociais da Aids aparecem ancoradas no colonialismo, no individualismo e no heterossexualismo, ideologias comuns às duas sociedades. Entretanto, as representações sociais da Aids ancoradas no *apartheid* só aparecem entre os entrevistados da África do Sul. De forma análoga, as representações ancoradas na ideologia da conspiração, específica da Grã-Bretanha, só aparecem entre entrevistados dessa sociedade.

Por sua vez, o processo de objetivação consiste em fornecer ao objeto uma forma ou figura conhecida, “tornando concreto o conceito abstrato”, ou materializando a

palavra (SÁ, 1995). Segundo MOSCOVICI,⁵⁶ “[...] objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma idéia ou ser imprecisos, reproduzir um conceito em uma imagem.” Trata-se de tornar concreto, materializar, transformar em algo quase tangível um conceito ou objeto abstrato (SÁ, 1995, p. 34 e 39)

Sá (1995) esclarece o processo de objetivação fazendo referência, por exemplo, a um estudo sobre representações do corpo, nas quais o sexo feminino é materializado na figura do “tabernáculo sagrado da vida”. Tal imagem é, de fato, um reflexo da influência de idéias religiosas, tais como a interdição do sexo e sua restrição à reprodução. Trata-se, é claro, de características que marcam os sujeitos que representam dessa maneira o sexo feminino.

Ao analisar a relação entre a representação e o real, Arruda (2002) considera que a representação social é um “modo de conhecimento sociocêntrico” e que a defasagem entre o objeto e sua representação deve ser atribuída à presença de características culturais do grupo.

Acreditamos que todo o exposto permite-nos afirmar, com o devido respaldo acadêmico, a pertinência do uso da Teoria das Representações Sociais não apenas na *análise* de contextos interétnicos, como, também, na *intervenção* — sob a forma de políticas sociais — em realidades sociais marcadas por essa característica. Em nosso caso particular, a teoria em questão pode contribuir, de forma muito rica: 1^o) para uma compreensão apropriada das relações entre os profissionais de saúde e os indígenas — relações que, em larga medida, são mediadas pelas representações sociais que cada uma dessas categorias de sujeitos tem a respeito de si mesma e dos “outros”; 2^o) com base naquela compreensão, para um melhor entendimento do modo pelo qual as políticas sociais na área da saúde indígena vêm sendo implementadas; 3^o) para a possível elaboração de propostas alternativas nesse campo.

⁵⁶ MOSCOVICI, Serge. The Phenomenon of Social Representation. In: FARR, Robert M.; _____ (eds.). *Social Representations*. Cambridge: Cambridge University Press, 1984. p. 38. *Apud* SÁ (1995, p. 40)

3.3 OS IMPACTOS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA CONSTRUÇÃO DAS RELAÇÕES ENTRE OS INDÍGENAS E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Ao lado de tudo o que já apresentamos acerca da importância de conhecer as representações sociais próprias dos atores inseridos no campo das políticas de saúde indígena, aquela relevância funda-se, também, no fato de que as representações funcionam como uma “preparação para a ação” (MOSCOVICI, 1978), atuando não somente como expressão do conjunto material e simbólico da realidade, mas, também, impactando, de forma dialética, essa mesma realidade.

O já citado estudo feito por Joffe (1995) sobre representações sociais transculturais da Aids é um ótimo exemplo de como essa forma de conhecimento impacta a realidade. Ele demonstra que a construção do “outro” como “aberração” permite sua dominação e legitima sua discriminação. Ao internalizar tais representações — referimo-nos, aqui, ao que Jodelet (2002, p. 65) chama “aprendizagem da discriminação” —, os membros dos grupos marginalizados e/ou subalternos sofrem impactos negativos em suas identidades.

Desse modo, ao analisar a PNASPI, Langdon (1999) identifica algumas questões que se colocam como entraves tanto para um efetivo respeito às especificidades culturais dos indígenas, quanto para o devido reconhecimento de seus saberes. Inicialmente, a autora destaca, por parte dos profissionais de saúde, a ausência de respeito mútuo nas relações cotidianas, marcadas por manifestações de preconceitos contra os índios. Para superar esse obstáculo, a autora propõe que os profissionais compreendam a importância, para o êxito de seu trabalho, de reconhecer o sistema indígena de saúde enquanto parte de um sistema simbólico composto de valores, representações e significados inter-relacionados. Contudo, o maior obstáculo a ser superado consiste na dificuldade de relativizar nossa medicina e observá-la também como um entre vários sistemas culturais. Em sua análise, Langdon (1999) não pretende negar a eficiência atingida pela biomedicina no tratamento de certas doenças e sintomas físicos, mas ressaltar a eficácia do sistema

indígena tanto para o tratamento de doenças — que não se resumem à relação biológico/corporal — quanto para situar as doenças dentro de um quadro de significações estabelecido pelo grupo. A autora ressalta, também, a possibilidade de entendermos a biomedicina e o sistema de saúde indígena como complementares: a primeira, atuando nos processos biológicos do corpo; o segundo, encarregando-se de explicar o porquê da doença. Isso implicaria em desafios, tais como pensar a *formação dos profissionais* que atuariam nesse processo (já que, embora o problema não se restrinja a essa esfera, é o centro do debate, hoje, na área da saúde como um todo), o aspecto de intercruzamento destes múltiplos conhecimentos etc. No que concerne à saúde indígena, esses desafios nos convidam também a pensar sobre a necessidade de uma forma peculiar de atenção, a partir da elaboração proposta por Menéndez (2003), ou seja, considerando o fato de que as formas de auto-atenção constituem o núcleo principal de articulação com os serviços de saúde, e não o contrário.

Para compreendermos como se processa o encontro desses diferentes conhecimentos, construídos a partir de contextos histórico-culturais específicos, é preciso levar em conta as relações de poder que emergem do contato correspondente. Estamos de acordo com Follér (2004), para quem é necessário esclarecer que a aceitação da biomedicina, por parte dos povos indígenas, não se deve exclusivamente à superioridade tecnológica ou à eficácia de suas terapias, sendo também determinada por fatores ideológicos. Tais relações se desenrolam em uma zona de contato em que ocorre uma sobreposição mútua desses conhecimentos, tanto na teoria quanto na prática — ainda que os limites e distinções entre eles continuem estabelecidos —, formando uma *medicina híbrida* que mistura características do saber indígena e da biomedicina (FOLLÉR, 2004). A apropriação dos conhecimentos da medicina ocidental por parte dos indígenas não se realiza sem que haja, previamente, um processo de *re-interpretação*, que visa selecionar os elementos que possam ser utilizados no fortalecimento da etnomedicina, possibilitando, assim, de uma forma ambivalente, a aceitação dos conhecimentos da biomedicina e, ao mesmo tempo, a rejeição do poder e da ideologia coloniais presentes em seu discurso (FOLLÉR, 2004). Acerca da articulação entre os diferentes saberes, a PNASPI (FUNASA, 2002, p. 17-18) esclarece:

O reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas, a consideração e o respeito dos seus sistemas tradicionais de saúde são imprescindíveis para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção/promoção e educação para a saúde adequadas ao contexto local.

O princípio que permeia todas as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas.

A articulação com esses saberes e práticas deve ser estimulada para a obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas.

A compreensão do saber indígena e da medicina ocidental como sistemas culturais que, enquanto tais, precisam ser interpretados pelos atores dos grupos em contato — eis algo que é fundamental para demonstrar a importância que as representações elaboradas por esses atores assumem no contexto das relações entre os profissionais de saúde e os indígenas. Tal interpretação pode ser mais bem compreendida se considerarmos que as representações que os indígenas têm acerca dos serviços e das terapias utilizadas pelos profissionais de saúde são construídas com base em seus paradigmas prévios e revelam, simultaneamente, a presença de conteúdos estáveis e conteúdos dinâmicos. Ou seja: as representações são socialmente estruturadas na relação com os contextos sociais de curto ou longo alcance histórico (SPINK, 1993).

Assim sendo, para demonstrar como os Baniwa representam as práticas da medicina ocidental tomando como núcleo central o pensamento mítico, uma das formas usadas por Garnello e Wright (2001) foi associar a reivindicação de exames periódicos de sangue e fígado à existência do *mánheme*, uma categoria de doença indígena provocada por envenenamento, cuja origem remonta aos tempos imemoriais da explicação mítica. Outro exemplo empírico que demonstra como as representações sociais podem revelar a presença de conteúdos estáveis e dinâmicos é fornecido por um recente estudo etnográfico realizado por Bertolani (2005) entre os Guarani, no município de Aracruz (ES): eles distinguem as doenças do índio, cuja cura é um processo de elementos imbricados, fornecidos pela própria cultura (conteúdos estáveis), e as doenças do *juruá* (o não-índio), que devem ser tratadas com remédios da medicina ocidental (conteúdos dinâmicos). Conforme diz Toninho, cacique da aldeia Boa Esperança, “*se procurar apenas a medicina farmacêutica, eu posso ficar curado ou controlado*” (BERTOLANI, 2005). Está claro que, nas representações Guarani, a medicina ocidental é muito eficaz no combate

aos sintomas, mas permanecem as causas, a serem curadas conforme os meios fornecidos pelo sistema médico inserido no contexto da cultura do índio. Assim, são freqüentes, em suas reclamações, relatos de ocasiões em que, ao levarem os filhos ao médico, este não consegue identificar o problema, mas, já de volta para casa, as crianças, à noite, continuam se queixando por causa dos espíritos do mal — e, então, só quem cura é o xamã. Para melhor compreendermos essa representação, é preciso associá-la ao seu conteúdo estável, a saber: a cosmologia. Assim, faz-se necessário recordar que, conforme abordamos na segunda parte deste trabalho, os Guarani-Mbya acreditam possuir duas almas, uma de natureza divina, *nhe´e*, enviada pelos deuses, e outra de natureza telúrica, *ang*, produto das imperfeições, desejos e paixões humanas. Quando a pessoa morre, sua alma volta a se dividir e segue caminhos distintos: a divina segue para o paraíso e a animal ou terrena, por ter sua origem associada aos comportamentos humanos, fica vagando pela terra, especialmente à noite, e representa um grave perigo para os vivos, por se tornar *mbogüa*, um espírito propagador de desgraças, enfermidades e mortes que deseja se aproximar deles para se comunicar. Um dado etnográfico colhido recentemente em uma visita à aldeia Boa Esperança pode facilitar o entendimento dessa questão: quando perguntamos ao curandeiro sobre como estava o caso do assassinato de sua sobrinha, ele me respondeu, de forma conclusiva: o assassino está preso. Depois disso, seu silêncio e a expressão em seu rosto indicavam claramente que o assunto estava encerrado. Esse fato nos permite compreender por que “o Guarani tem muito mais medo dos mortos que da morte” (NIMUENDAJU, 1987, p. 35).

Por outro lado, as representações sociais que os profissionais de saúde têm do sistema de saúde e da cultura indígenas são igualmente estruturadas de acordo com contextos históricos de curto e longo alcance, e podem derivar tanto do universo consensual (campo dos “curiosos”, dos “amadores”, do senso comum) quanto do universo reificado (campo dos especialistas). Assim, tomando como exemplo o caso dos Guarani no Espírito Santo, cremos não ser precipitado inferir que as representações sociais construídas pelos profissionais de saúde acerca do sistema de saúde e da cultura indígenas podem ser ancoradas, quer em estereótipos disseminados durante mais de quinhentos anos de contato, quer em concepções ideológicas mais recentes, como aquela que estabelece sumariamente que os índios perderam a sua cultura — ou seja, já não seriam mais índios —, o que é propagado

pelos meios de comunicação locais e nacionais sem qualquer ingenuidade pela empresa Aracruz Celulose, em função de seu interesse pelas terras indígenas.

No campo das políticas de saúde indígena, é consenso entre os autores que a falta de preparo dos profissionais para atuar em contextos que envolvem relações interculturais impõe-se como um dos principais entraves para a efetivação de um atendimento específico à saúde indígena.⁵⁷

O despreparo dos profissionais para lidar com a alteridade⁵⁸ apresenta reflexos imediatos em sua relação com os indígenas, e pode ser observado, entre os Guarani, por meio de comentários sobre atitudes discriminatórias, só iguais a situações de etnocídio.⁵⁹

Os problemas relacionados à qualificação dos profissionais têm influência direta sobre a organização dos serviços de saúde. A formação dos profissionais de saúde, balizada em procedimentos de intervenção — que, em muitos casos, implicam mudança de comportamento —, dificulta, por um lado, o diálogo entre a medicina ocidental e o sistema de saúde indígena e, por outro, a compreensão, por parte de tais profissionais, da importância da participação dos índios nos processos que envolvem a atenção a sua saúde. A falta de conhecimento das concepções indígenas de saúde e doença que interferem no modelo de assistência já preconizado inviabiliza sua adaptação e prejudica a organização dos serviços de saúde (ATHIAS; MACHADO, 2001).

Atitudes discriminatórias, juntamente com a falta de conhecimento das representações indígenas da saúde e da doença, são alicerçadas numa forma específica que a sociedade ocidental tem de lidar com a alteridade. Essa relação se concretiza a partir de uma visão etnocêntrica — determinada *a priori* pela cultura na qual o observador se insere —, que busca definir os modos de pensar, agir e sentir

⁵⁷ Sobre o citado consenso, podem ser consultados: Garnelo (2003); Athias; Machado (2001); Ciccarone (2001).

⁵⁸ Nessa passagem, usamos o termo “alteridade” para fazer referência ao *outro essencialmente diferente de mim*, procurando enfatizar uma perspectiva de respeito à diferença. Diferença essa que, como brilhantemente demonstrou Laplantine (1996), não foi pensada pela filosofia social clássica, a qual, com frequência, buscou reduzi-la com toda a boa fé do mundo.

⁵⁹ Ciccarone (2001, p. 58) menciona um desses comentários: “Ah, eu não vou levar lá, não, porque chega lá, aquela doutora fala que a gente deixa as crianças no chão, e que os cachorros entram dentro de casa, que a gente é tudo um bando de porcos, e não sei o quê. Para passar vergonha, eu não vou.”

do outro pelo *critério da falta*. Nessa linha, os sistemas políticos das sociedades indígenas foram definidos a partir da ausência do Estado; as sociedades indígenas, entendidas como sem história, pela falta de escrita; os sistemas econômicos, tidos como inexistentes, pela falta de excedente; e os saberes indígenas, caracterizados pela suposta ausência de pensamento lógico.

Mesmo após Lévi-Strauss (2002) ter demonstrado ser o pensamento indígena dirigido por uma lógica tão complexa quanto a que serve de orientação para a ciência moderna ocidental — e depois de o evolucionismo ter perdido há muito a condição de paradigma hegemônico na Antropologia —, ainda persiste o entendimento dos sistemas de cura indígenas como resquícios de um pensamento mágico, anterior ao desenvolvimento da racionalidade científica.

É a partir desse prisma de análise que ganha destaque o já mencionado *critério da falta*, o realce da *negatividade*: destaca-se aquilo que os índios *não* pensam, *não* sentem e *não* fazem, e perde-se a possibilidade do entendimento das nuances que definem a sua *positividade concreta*,⁶⁰ ou seja, os modos pelos quais *efetivamente* pensam, sentem e fazem.

É claro que, na base da constituição de tal modo de pensar os índios, marcado pela negatividade, estão presentes, de forma marcante, *características do sujeito* que representa os indígenas: a ênfase sobre a falta expressa um modo de olhar “o outro” que tem como ponto de partida características do próprio “eu”/“nós”. Temos, aqui, aquele processo que, na Teoria das Representações Sociais, é chamado *focalização*, por meio do qual “... cada indivíduo ou grupo dá maior ou menor atenção a tal ou qual aspecto de um objeto segundo sua distância, seu envolvimento com ele”; recorta-o, dando “relevo aos pontos que estão em conformidade com suas preocupações.” (ARRUDA, 1995, p. 249).

O conceito de *alteridade radical*, usado por Jodelet (2002)⁶¹ para tratar de relações perpassadas por práticas como diferentes formas de violência, desprezo, intolerância, humilhação e exclusão, que expressam uma hierarquização em termos

⁶⁰ Sobre a idéia de *positividade concreta*, ver Sarti (2005, p. 36).

⁶¹ A noção de alteridade radical aplica-se aos “casos em que, num contexto plural, é colocada uma distância radical em relação a uma identidade.” (JODELET, 2002, p. 51) Ainda segundo a autora, é nos “modelos do racismo” que “a colocação em situação de alteridade [radical] toma suas formas mais extremas e alienantes.” (JODELET, 2002, p. 53).

de valor físico e simbólico, pode ser utilizado para compreender relações como aquela de que estamos tratando aqui.

Por sua vez, ao descrever ações direcionadas para a redução do uso abusivo de bebidas alcoólicas entre os Mbyá-Guarani no Rio Grande do Sul, Ferreira (2004) aponta caminhos muito interessantes para a concretização de uma política de saúde capaz de promover, de uma forma articulada, o reconhecimento dos índios como sujeitos dotados de capacidade de ação transformadora da realidade, o uso dos saberes indígenas na resolução dos seus problemas de saúde e o respeito à cultura desses povos. Segundo a autora, as medidas de intervenção tomaram como prioridade o uso das práticas tradicionais de auto-atenção à saúde e de organização política Mbyá-Guarani, tendo-se respaldado na participação das lideranças indígenas em sua formulação, organização e aplicação. Desse processo de participação emergiu a principal ação para a redução do consumo de álcool, qual seja: a realização de reuniões gerais dos *Karai*⁶² e de encontros locais promovidos pelos *Xondaro Marãgatu*,⁶³ tendo em vista fomentar a *instituição do aconselhamento por meio das boas palavras*, uma das formas de auto-atenção à saúde inserida no próprio sistema médico dos Mybyá-Guarani (FERREIRA, 2004). Para possibilitar uma melhor compreensão dessa proposta de intervenção, elaborada de forma conjunta com o grupo, a autora expõe a perspectiva cosmológica Mbyá acerca do uso de bebidas alcoólicas, ressaltando que, em tal perspectiva, o alcoolismo é considerado um problema cujas dimensões ultrapassam a dependência biológica do indivíduo, possuindo também uma dimensão social, em função dos efeitos desagregadores que causa na comunidade e na família, e uma dimensão espiritual, na medida em que o ato de beber prejudica a ligação entre a pessoa e o espírito. O afastamento do *espírito divino* deixa a pessoa a mercê dos *mbogüa* e dos *aña*, agentes patológicos que provocam comportamentos contrários ao modo de ser Mbyá-Guarani (FERREIRA, 2004). No que concerne aos resultados, a autora ressalta a importância, para a “auto-estima” do grupo, da participação da

⁶² Os *Karai* são “lideranças religiosas e especialistas tradicionais de cura que possuem contato direto com os deuses (*Nanderu*) e possuem o poder de receber suas mensagens divinas; por isso são os conhecedores das ‘boas palavras’.” (FERREIRA, 2004, p. 90)

⁶³ “Os *Xondaro Marãgatu* foram agentes de intervenção que emergiram durante o processo de desenvolvimento de ações aqui referidas. Eles são os ‘guardiões do espírito’, ‘os mensageiros dos *karai*’ que “têm” como tarefa o aconselhamento das comunidades Mbyá para a redução do consumo de álcool, por intermédio das ‘boas palavras’.” (FERREIRA, 2004, p. 91)

comunidade na busca de alternativas para solucionar os problemas que a afligem, bem como a redução significativa do consumo de álcool em algumas comunidades, relatada pelos próprios indígenas.

É imperativo que os profissionais de saúde indígena compreendam que, nessas sociedades, a saúde não significa um domínio separado das outras esferas sociais. Ou seja: não é possível compreender a saúde como algo exterior à economia, à política, à cosmologia e às questões relacionadas ao ambiente. Entre os indígenas, a saúde, como qualquer outro campo da vida social, deve ser compreendida no sentido de um *fato social total* (MAUSS, 1974), como um fenômeno que engloba aspectos biológicos, econômicos, jurídicos, históricos, religiosos e estéticos numa mesma realidade, a qual deve ser aprendida em suas diversas conexões internas. Dessa forma, as representações da medicina ocidental construídas pelos indígenas demonstram que a relação entre eles e os profissionais de saúde não se assenta apenas na necessidade de uso das terapias biológico-corporais da medicina ocidental, mas respondem também a demandas desse grupo, dentre as quais, no contexto das relações interétnicas, sobressai a reivindicação pelo direito à diferença. Certamente essa demanda Guarani está associada a um processo secular de resistência às pressões homogeneizadoras da cultura ocidental, processo que só pode ser compreendido de forma aproximada se devidamente associado ao conteúdo político da noção de *ñande reko*, ou *nosso modo de ser*, conteúdo esse registrado pelo etnólogo Bartolomeu Meliá (1981). As referências ao modo de ser Guarani tornam-se mais incisivas nos momentos em que são ameaçadas a sua identidade e as “fronteiras étnicas” que demarcam os limites do contato com o “branco” (MELIÁ, 1981). Foi assim no passado, quando era preciso impor resistência à “conquista espiritual” — tentada pelos jesuítas — e, de uma forma ainda mais ampla, ao projeto colonizador como um todo, do qual o proselitismo eclesiástico constituía apenas uma de suas facetas (MELIÁ, 1981). Também tem sido assim no presente, como podem demonstrar depoimentos dados por indígenas à imprensa e quando, no Espírito Santo, índios Guarani são ocasionalmente convidados para falar na Universidade — tentativas de estabelecer aliança com a sociedade envolvente para fortalecer a luta que travam pela terra contra a Aracruz Celulose —, ocasiões em que, em sua maioria, fazem referência à importância que a mata e todo equilíbrio ecológico que ela proporciona têm para a manutenção de seu modo de ser prescrito

culturalmente. Para citarmos um exemplo mais apropriado aos propósitos deste trabalho, podemos nos referir a uma importante questão que, no momento atual, coloca-se como uma das principais reivindicações dos Guarani junto à FUNASA, qual seja: a realização de partos normais. Com o propósito de extinguir a prática de cesarianas, as lideranças Guarani enfatizam, por meio de seus discursos, a *agressão* que essa prática representa ao seu *ñande reko* (modo de ser). “Nós, Guarani, jamais aceitamos e jamais iremos aceitar a cesariana, pois ela vai contra o modo de ser Guarani” (liderança indígena de Boa Esperança). “A maternidade é considerada pelos Mbyá como função sagrada” (CADOGAN, 1949, p.28). Do início da gravidez até o nascimento da criança, a mãe deve obedecer a todo um conjunto de regras preestabelecidas, cuja desobediência remete ao modo imperfeito de viver (Tekó Achy) e pode levar ao aborto.

Questões como essas servem para comprovar o quanto o conhecimento do outro — não pelo “paradigma da falta”, mas com base em sua *positividade concreta* — pode facilitar a compreensão de demandas do tipo da que estamos tratando aqui, sobretudo para esclarecer que elas apresentam como principal substrato uma lógica resultante de um sistema cultural⁶⁴ diverso daquele da sociedade ocidental, no qual está inserida a nossa medicina.

* * *

Como conclusão, podemos afirmar que a importância das representações sociais no campo da saúde indígena baliza-se nos seguintes eixos: em primeiro lugar, elas servem de substrato para a ação e, conseqüentemente, impactam o modelo de prestação de serviços de saúde às populações indígenas; em segundo lugar, e considerando que o contexto no qual são elas construídas é um espaço marcado por

⁶⁴ De acordo com Geertz (1989), os padrões culturais, ou seja, sistemas ou complexos de símbolos, fornecem moldes em torno dos quais se atribuem formas a processos externos a eles. “[...] Diferente dos genes e outras fontes de informação não-simbólicas, os quais são apenas modelos para, não modelos de, 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)

relações interétnicas, estas podem refletir a demanda dos índios de reafirmar as fronteiras que demarcam os limites do contato com a sociedade envolvente,⁶⁵ em terceiro lugar, os modos pelos quais os indígenas representam a medicina ocidental refletem um processo de familiarização que busca estabelecer a conexão entre as práticas da biomedicina e o sistema cultural do próprio grupo; por fim, em quarto lugar, o elevado grau de desconhecimento, pelos profissionais de saúde, sobre as representações indígenas, em conjunto com as representações que eles mesmos têm acerca da cultura e da saúde indígenas e de como estas últimas são representadas pelos índios — tudo isso pode produzir ou fomentar tensões prejudiciais à eficácia dos serviços prestados.

Isso posto, e considerando que “ao falarmos em políticas sociais, tratamos de ações fundamentadas em *escolhas* baseadas nos *valores assumidos*, de forma explícita ou implícita, por quem trabalha nessa área, seja na formulação de tais políticas, seja em sua execução” (LEITE, 2008) —, entendemos que o uso da Teoria das Representações Sociais apresenta-se como de grande relevância para a permanente avaliação dos serviços de saúde prestados às populações indígenas, bem como para fornecer indicadores que poderão ser utilizados na (re)formulação e no aprimoramento de projetos destinados a responder às demandas daquelas populações, engajadas na luta pelo direito à cidadania e pelo respeito à diferença. Tais estudos podem servir, ainda, como facilitadores da relação que envolve os profissionais de saúde e os indígenas.

Por fim, cabe lembrar que, como buscamos demonstrar, as representações sociais servem de orientação para a ação e são marcadas pela dinâmica, o que faz com que seu estudo apresente um considerável potencial para contribuir na construção de relações balizadas no *reconhecimento da diferença* e na *compreensão mútua*.

⁶⁵ Para o conceito de fronteira, ver Barth (1998).

4 LENTES EM AÇÃO: saúde e cultura próprias, do outro e para o outro

4.1 AS REPRESENTAÇÕES EXPRESSAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

4.1.1 “É preciso conhecer para respeitar.” “Respeita?” “Sim.” “Conhece?” “Não.”

O conhecimento e o reconhecimento da diversidade cultural e social dos povos indígenas têm se mostrado, nos últimos anos, o melhor caminho na busca de soluções plausíveis para os graves problemas que esses povos têm enfrentado em decorrência do contato com a sociedade envolvente. Destarte, a realização de laudos antropológicos utilizados como documentos e provas em processos de demarcação de terras indígenas no Brasil tem, por um lado, trazido à baila diferentes concepções de espaço e tempo, bem como maneiras diversas de esses povos se relacionarem com seu território,⁶⁶ pressionando, assim, a legislação brasileira no sentido de adequá-la formalmente às demandas dos povos indígenas, e, por outro lado, preenchido boa parte do tempo gasto por antropólogos com suas atividades profissionais. Como exemplo mais próximo desse tipo de situação, podemos citar a própria PNASPI (2002), em que o reconhecimento mencionado acima, somado ao respeito pelos sistemas tradicionais de saúde indígenas, aparece como condição para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de iniciativas direcionadas à prevenção/promoção de saúde e à educação para saúde, adequadas ao contexto local.

A análise dos dados obtidos junto aos profissionais de saúde entrevistados para a realização deste trabalho demonstra que a relação entre o conhecimento da cultura Guarani e o respeito a ela apresenta contornos bem definidos, chegando até a revelar a existência de uma incoerência, como veremos a seguir.

⁶⁶ A Antropologia vem trabalhando o conceito de território indígena enquanto espaço físico onde uma determinada sociedade desenvolve relações sociais, políticas e econômicas, segundo suas bases culturais. Por outro lado, as sociedades nacionais têm produzido categorias para definir as áreas destinadas aos índios, segundo um processo de confinamento e dominação dos povos indígenas. Impor limites tem tido como efeito confundir os conceitos de terra e território indígenas, intencionalmente ou pela ambigüidade dos termos e de suas implicações (GT/FUNAI, 2004).

De maneiras diversas, os entrevistados buscaram explicitar que respeitam a cultura Guarani.

“Olha, **o relacionamento é um relacionamento orientado — né? —, no respeito à cultura, os costumes**, é ... tem tudo aquilo que é do programa — né? —, mas destinado ao indígena mesmo, tendo este respeito — né? —, com a cultura, com os costumes.” (Profissional 3)

“Eu não conheço a fundo, não, entendeu? **Tem coisas que a gente tem que respeitar, né?** Um exemplo: quando ... quando nasce uma criança, por exemplo, ainda tem aqueles que a criança fica lá quietinha, entendeu? Dá no sétimo dia, ninguém vê a criança, não pode porque, se não, vai causar algum mal pra criança, entendeu?” (Profissional 1)

Quando perguntados sobre se vêem alguma importância em conhecer a cultura Guarani para realização do trabalho que desenvolviam na Unidade de saúde de Boa Esperança, os seis profissionais de saúde entrevistados responderam afirmativamente. Tal fato é corroborado por um importante dado a ser considerado, qual seja: quatro dos entrevistados apresentaram em suas respostas a assertiva preestabelecida aqui como correta, segundo a qual “é preciso conhecer para respeitar”.

“É importante, com certeza, porque a gente, conhecendo melhor, a gente aprende a respeitar, entendeu?” (Profissional 1)

“Acho! Eu acho importante, sim! A gente tem que conhecer! Eu leio alguma coisa. Eu acho que a gente tem que ter ... conseguir de algum jeito, eu não sei como, melhorar o relacionamento. Eu acho que a gente tá indo lá onde está o foco pra estar conhecendo. [...] Eu acho importante pra gente tá realmente respeitando os direitos deles.” (Profissional 2)

“... você entra numa aldeia indígena, onde você deve respeitar o espaço do outro — né? —, porque o seu direito termina onde começa o do outro. Então, você tem que respeitar o espaço do outro, mas você não compreende.” (Profissional 4)

“Eu acho que é uma relação que é positiva — né? —, às vezes, até por falta de entendimento nosso, mesmo, mais nosso — né? —, porque, quer queira, quer não, acaba sendo assim ... um preconceito — né? —, mas, na maioria das vezes, é porque a gente não entende a cultura indígena. [...] E, no fundo, no fundo, acredito eu que tá faltando mais conhecimento por parte da equipe do que dos próprios indígenas em aceitar o que a gente tá, quer queira, quer não, impondo — né? —, de certa forma.” (Profissional 5)

Conforme demonstram os excertos acima, os profissionais de saúde consideram o conhecimento da cultura Guarani como condição *sine qua non* tanto para se estabelecer um relacionamento baseado efetivamente no respeito — algo que levaria, indubitavelmente, a uma melhora significativa no relacionamento entre a equipe de saúde e os Guarani — quanto para o efetivo respeito aos direitos desse grupo.

No que tange aos direitos indígenas, é importante ressaltar que, principalmente após a Constituição de 1988, eles têm sido alvo de constantes questionamentos neocolonialistas, hipocritamente atrelados aos interesses capitalistas presentes na sociedade envolvente. Embora essa questão seja de natureza multifacetada, podendo ser observada também nos conflitos étnicos que envolvem a disputa pela terra, concentrar-nos-emos apenas em um de seus meandros, diretamente relacionado à questão da saúde. A PNASPI estabelece o direito dos povos indígenas a um tratamento diferenciado,⁶⁷ devido ao reconhecimento da gravidade da saúde indígena no Brasil, gravidade que, a nosso ver, não se resume a uma tão propagada inferioridade da barreira imunológica dos índios nem, tampouco, resulta exclusivamente da flagrante desvantagem dos indígenas nas trocas econômicas realizadas com a sociedade envolvente, mas que requer, sobretudo, uma adequação dos serviços às especificidades étnicas e às situações de risco nas quais se encontram esses povos. Podemos dizer, com base na pesquisa realizada, que, no Espírito Santo, o atendimento diferenciado tem se limitado à prática do financiamento para que algumas demandas dos indígenas sejam atendidas pela rede privada de saúde. Não são raras, principalmente para pesquisadores desse tema, as oportunidades em que somos confrontados com argumentos pífios que associam esse tipo de atendimento a privilégios injustificáveis. Tais argumentos se ancoram em uma ideologia liberal da igualdade, para declamar o fim da diferença,

⁶⁷ “As demandas que não forem atendidas no grau de resolutividade dos Pólos-Base deverão ser referenciadas para a rede de serviços do SUS, de acordo com a realidade de cada Distrito Sanitário Especial Indígena. Essa rede já tem sua localização geográfica definida e será articulada e incentivada a atender os índios, levando em consideração a realidade socioeconômica e a cultura de cada povo indígena, por intermédio de diferenciação de financiamento.

Com o objetivo de garantir o acesso à atenção de média e alta complexidades, deverão ser definidos procedimentos de referência, contra-referência e incentivo a unidades de saúde pela oferta de serviços diferenciados com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas (como os relativos a restrições/prescrições alimentares, acompanhamento por parentes e/ou intérprete, visita de terapeutas tradicionais, instalação de redes, entre outros) quando considerados necessários pelos próprios usuários e negociados com o prestador de serviço.” (FUNASA, 2002, p.15)

do incomodo de conviver com ela e de algo “ainda pior”: ser chamado a respeitá-la. Discursos desse tipo são vivenciados de forma profunda pelos Guarani e, por certo, impactam negativamente sua identidade, seu comportamento e a relação que estabelecem com a alteridade. Tais impactos podem ser observados nos relatos que apontam o comportamento demasiadamente tímido, ou “*fechado*”, dos indígenas quando são encaminhados à rede privada de saúde.

“Porque eu tenho o privilégio, a honra de tá atendendo aqui na prevenção e, às vezes, eu tenho que pegá-los lá no hospital, no tratamento, mesmo, na terapêutica. **Então, a gente vê como é que eles ficam lá: é outro mundo pra eles.**” (Profissional 5)

De certo modo, parte do que afirmamos acerca de como esses discursos ofensivos que circulam na sociedade afetam negativamente os Guarani pode ser depreendida do seguinte fragmento da entrevista que nos concedeu uma liderança indígena de Três Palmeiras:

“Da mesma forma na saúde, também, muitas pessoas dizem: ‘Ah, os índios têm tratamento diferenciado, não sei o quê, tá, tá, tá. Por quê? Os índios são igual a gente, por que que eles têm esse negócio de tratamento diferenciado?’ Mas, na verdade, as pessoas falam isso, criticam, mas não sabem que os índios, mesmo tendo essa palavra ‘diferenciado’, lá no hospital os índios são tratados da mesma forma como são tratado a população dos bairros, a população do município, né? . Então, assim pelo meu ver, não tem tratamento diferenciado, não.”

Mesmo reconhecendo a redundância da análise, é preciso enfatizar que a reivindicação contida na citação acima não se resume a um mero exercício de um direito legítimo e legalmente reconhecido como tal, mas se refere também ao reconhecimento e à afirmação desse direito que vem tendo a sua legitimidade questionada por uma parte significativa da sociedade envolvente.

Ainda considerando a relação entre conhecimento e respeito, ao perguntarmos aos profissionais de saúde se eles conheciam a cultura Guarani, obtivemos os seguintes tipos de respostas: três disseram que não; dois disseram não a conhecer a fundo; e apenas um disse conhecer “algumas coisas” a seu respeito.

Portanto, não podemos deixar de notar que, embora todos os profissionais de saúde entrevistados tenham procurado enfatizar o quanto respeitam a cultura Guarani, reconhecendo a importância de conhecê-la para a realização das suas atividades, e,

em sua maioria, tenham associado conhecimento e respeito, ao serem indagados sobre se conhecem essa cultura, suas respostas, quando não revelaram um completo desconhecimento, demonstraram um grau de informação demasiadamente superficial, sobretudo considerando-se o tipo de função que desempenham.

“Agora, quanto ... quanto à cultura, eu conheço a cultura dos índios em geral — né? —, no caso. O que eu achei estranho, igual eu tô te falando, é sobre ... é ... o problema, assim, deles mesmo, do pajé que preparava os medicamentos deles, tinham umas coisas que aqui eu não vejo, não sei se não é passado prá gente, a gente tem pouco contato. (Profissional 2)

“Se eu te falar que eu conheço a fundo eu to mentindo, né? É, eu aprendi com eles aqui. Então, eu sei que eles têm os rituais deles, que eles acreditam no pajé, que eles usam o cachimbo, mas, a fundo, nenhum de nós conhecemos assim.” (Profissional 5)

Ademais, com apenas uma exceção, os profissionais reconheceram a necessidade premente da realização de cursos destinados a capacitá-los para o trabalho em um contexto intercultural. Em se tratando de saúde indígena, é de suma importância que tal capacitação passe obrigatoriamente pelo conhecimento da cultura do grupo, o que deve ser entendido enquanto um pressuposto básico para o respeito à cultura.

Ao emitir opiniões acerca do comportamento dos índios, ou, como já mencionamos anteriormente, para tratar de temas relacionados à cultura Guarani e, principalmente, quando se referiam ao relacionamento dos índios com a equipe de saúde, os profissionais atribuem à falta de capacitação própria os seguintes problemas: desconhecimento da cultura Guarani; ausência de proximidade em sua relação com os índios para uma melhor verificação das demandas; e, por fim, embora não muito freqüentes, os casos de desentendimentos entre os índios e a equipe de saúde indígena.

“É ... não sei se faltaria, talvez, por exemplo, uma capacitação pra gente entrar aqui na lida e saber como se aproximar mais deles. Talvez é isto que falte, entendeu?” (Profissional 4)

Vale ressaltar que os dados apontam para um profundo descaso tanto da FUNASA quanto da Prefeitura Municipal de Aracruz no tocante a essa demanda, ao passo que as oportunidades de capacitação concernentes à medicina ocidental ocorrem

com relativa freqüência. Esse fato pode ser considerado um forte indício de que está sendo ofertado à população Guarani um atendimento inadequado em termos de respeito à diversidade cultural e ao sistema indígena de saúde.

Por outro lado, quatro dos profissionais, ao ser perguntados sobre se os órgãos competentes (FUNASA e PMA) têm oferecido cursos de capacitação voltados para proporcionar um maior conhecimento da cultura Guarani, demonstraram compreender capacitação profissional e capacitação cultural/social como questões distintas. Assim, conquanto os profissionais, de uma maneira bastante representativa, reconheçam a importância da realização de capacitação para solucionar o problema da falta de conhecimento da cultura Guarani, esse conhecimento não é pensado enquanto algo imprescindível, com a mesma freqüência. É como se não estivesse estabelecido, com a devida clareza, que conhecer a cultura e as questões sociais que impactam a realidade desses sujeitos é algo que integra o conjunto de conhecimentos necessários ao bom desempenho profissional nesse campo.

“No aspecto de capacitação profissional, eles têm ... eles têm atuado, né? A nível de capacitação profissional, a gente tem recebido as capacitações. Agora, em matéria de capacitação a nível cultural, a nível social, mesmo, assim, eu acredito que há mais coisas a se fazer.” (Profissional 1))

“Da cultura Guarani ... isso ai mais é relacionado mesmo com o relacionamento com a saúde e com o respeito que a gente tem que ter, né?” (Profissional 3)

Consideramos necessário esclarecer, de imediato, que não se trata de pesar sobre os ombros dos profissionais de saúde — que demonstraram um profundo engajamento com a melhora da saúde Guarani e com o aprimoramento do relacionamento com os índios — uma responsabilidade exclusiva pelas questões apresentadas até agora ou por aquelas que serão apresentadas adiante. Estamos, antes, inclinados a submeter ao exercício da crítica os pressupostos e concepções que embasam tal busca de melhora na saúde dos Guarani e as relações de poder que perpassam esse relacionamento. Assim, entendemos que, à frente de boas intenções, está a necessidade de responder a questões como as seguintes: a melhora na saúde que se pretende proporcionar aos índios é aquela preconizada nos quadros do modelo de saúde ocidental? Ou há que se considerar também o que os índios entendem como saúde? Por considerarmos que a única resposta positiva a

ser dada, de forma coerente, é a que se refere à segunda pergunta, faz-se necessário levantar ainda uma terceira questão: como fazê-lo sem o devido conhecimento do que os Guarani entendem por saúde?

Portanto, não poderíamos deixar de ponderar que *conhecer uma cultura é um pressuposto para respeitá-la*. Caso contrário, deve ser ressuscitado todo o conhecimento estéril e “sepultado” formulado pelo evolucionismo.⁶⁸

4.1.2 Em busca do elo perdido: a reificação da cultura

As representações da cultura dos Guarani entre os profissionais de saúde apareceram em diferentes momentos das entrevistas e com uma frequência bastante acentuada. Geralmente, a referência à cultura é feita como meio de justificar ou explicar determinadas práticas adotadas pelos próprios profissionais; na tentativa de compreender determinados comportamentos dos indígenas em seu relacionamento com a equipe de saúde; e para atribuir significado às formas de pensar, agir e sentir dos índios, que os profissionais acreditam estar diretamente relacionados à questão da saúde.

Inicialmente buscaremos compreender como os profissionais representam “cultura”, para, então, estabelecer as conexões entre tal representação e o modo pelo qual eles representam a cultura atualmente vivenciada e recriada pelos Guarani que vivem no Espírito Santo, sem perder de vista que ela não pode ser dissociada da representação do próprio grupo. Assim, quando, por exemplo, os profissionais de saúde referem-se aos Guarani como aculturados, estão associando aos indígenas uma representação que eles próprios — profissionais — fazem de cultura, representação essa que é, em grande medida, partilhada por outros segmentos da

⁶⁸ Corrente teórica da antropologia cuja característica principal consiste em categorizar os povos ditos primitivos segundo estágios evolutivos, localizando-os em uma escala linear definida através da comparação com o desenvolvimento técnico e a moral da sociedade ocidental.

sociedade envolvente e possui elevado grau de disseminação, especialmente em contextos marcados por contatos interétnicos acompanhados de conflitos.

Na grande maioria das ocasiões em que os profissionais de saúde emitiram opiniões e comentários sobre a cultura dos Guarani, eles usavam um ou outro dos seguintes termos: aculturação; cultura pura; miscigenação; evolução.

“(...) se bem que o índio tem uma influência muito grande do branco porque, pelo meio da ... da comunicação, da mídia ... então, eles não têm mais uma **cultura pura, já é uma coisa bem já misturada**, vamos dizer, né?” (Profissional 3)

“Eles, por um lado, eles **evoluíram** muito, e isso pra área deles não foi positivo, não. Houve uma **evolução rápida**, que fez com que eles **perdessem** algumas coisas que é importante tá mantendo.” (Profissional 5)

“Eles já estão muito **miscigenados**.” (Profissional 2)

“Sim, o que acontece aqui em Boa Esperança ... o público é bem diferente, é ... em outras aldeias que são maiores e que eles já são **mais aculturados**. Não é **aculturado** a palavra certa, né? Acho que é! **É aculturado!**” (Profissional 4)

Tais representações remetem a um conceito de cultura essencializado, estático e reificado, cujo tratamento demasiadamente confuso dispensado por alguns antropólogos ao assunto em questão contribuiu para transformá-lo em objeto de diversas críticas no meio acadêmico.⁶⁹ Dentre estas, vale ressaltar aquela que porta um conteúdo essencialmente político, e que atribui ao conceito a função de um *instrumento ideológico* que, ao ser utilizado para demarcar as fronteiras que separam os centros dominantes e as periferias dominadas, agiria no sentido de cristalizar diferenças e legitimar desigualdades inerentes ao capitalismo, tais como aquelas ligadas ao racismo, conforme aponta Sahlins (1997). Uma forma de responder a tal crítica, adotada pelo mesmo autor (SAHLINS, 1997), consiste em confrontá-la a um processo definido por ele como *indigenização da modernidade*. Esse processo é impulsionado por um movimento de resistência à ocidentalização, realizado por alguns povos que se têm valido do uso auto-reflexivo de suas culturas para transformá-las em armas na luta pelo controle das agências ocidentais com as quais se encontram em situação de contato, bem como contra as instituições e forças opressoras.

⁶⁹ “Eles criticam a tendência da disciplina *a supervalorizar a ordem*, a perceber a cultura como objetivada, reificada, superorgânica, essencializada, estereotipada, primordial, homogênea, lógica, coesa, fechada, excessivamente determinista e sistemática.” (SAHLINS, 1997, p. 49)

É importante lembrar que, conforme afirma Sahlins (1997), “há variedades, não graus de cultura”. O autor esclarece que esse conceito é “intrinsecamente plural” e, portanto, encontra-se em visível oposição à existência de uma razão universal capaz de conduzir todos ao modelo ocidental de civilização.

Desse modo, pensar os povos indígenas em termos de evoluídos, como não-portadores de culturas puras ou, ainda, como mais ou menos aculturados, tomando como âncora noções simplistas de aculturação, implica negar-lhes a condição de sujeitos históricos que, enquanto tais, mobilizam, criam e recriam comportamentos, símbolos e significados em conformidade com a sua realidade sociocultural, a qual, por sua vez, também é dinâmica. Assim, é importante ressaltar aqui o conceito de cultura que nos parece mais adequado:

[...] ele denota um padrão de significados transmitido historicamente, incorporado em símbolos, um sistema de concepções herdadas expressas em formas simbólicas por meio das quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem seu conhecimento e suas atividades em relação à vida. [...] (GEERTZ, 1989, p. 66)

Em consonância com as representações da cultura dos Guarani existentes entre os profissionais de saúde, está o fato de observarmos, nas falas destes, uma proeminência do uso de verbos como “perder”, “resgatar” e “voltar”, o que é condizente com uma conceituação essencializada, estática e reificada de cultura:

“Quer dizer, então: eles mesmo, assim, não ‘tão’ ... eles **perderam** essas coisas [**sic**] e tal e também não [...] têm um movimento organizado pra poder **ta resgatando** isso.” (Profissional 4)

“[...] E prá tá **voltando** a essas origens, entendeu?” (Profissional 1)

Pensar a cultura como algo que pode ser perdido e, depois, encontrado ou — sendo fiel aos termos utilizados — resgatado é o mesmo que reduzi-la a uma coisa, ou seja, reificá-la.

Tal maneira de pensar aparece geralmente acompanhada de outra, que superestima a influência da tecnologia na totalidade cultural. Seus pressupostos foram legados pelo evolucionismo, que, de forma análoga, numa época em que racionalismo, uma certa concepção de democracia, industrialismo e uma determinada concepção de ciência detinham ampla aceitação nas sociedades européia e americana, tomou-os

como critérios para a distribuição hierárquica dos “outros” povos em uma escala evolutiva.

Assim, algumas vezes os profissionais de saúde apontaram o uso de bens materiais produzidos com tecnologia ocidental como um sinal da referida aculturação ou perda da cultura.

“Esse bate-papo, mesmo — né? — ... hoje, nas casas, a gente encontra **televisão, DVD, videogame**, né? Aí, então, a família fica mais na frente da televisão e deixa de conversar. Não que eles não possam desfrutar disso aí, né? Mas o encanto ... acho que foi tão grande — né? —, que acabou por fazer **perder** a prática que eles tinham antigamente, porque o pouco que eu li, eu sei que **eles tinham** alguns rituais no final de tarde, né? **Existia** isso, né? [...] Eles se articulam mais no Dia do Índio, né? Aí, vão antes, começam a ensaiar as dancinhas com as crianças pra fazer alguma apresentação, mas isso no cotidiano **perdeu**. Eu vejo dessa forma.” (Profissional 5)

Diante da partilha dos bens materiais com a sociedade envolvente, decreta-se o fim da diferença e a perda da cultura por parte dos Guarani. Se tal noção de cultura fosse fiel à realidade, no atual contexto de globalização e capitalismo, ela só poderia ser observada como algo exposto nos museus espalhados pelo mundo afora. Nesses locais, poderia ser apreciada, tal como aparece nas representações que estamos analisando, como algo estático, uma coisa ou objeto que, em algum momento, encontrava-se perdido e, posteriormente, foi salvo do esquecimento para ser observado pelos olhares curiosos dos admiradores do passado.

É preciso objetar que essa mesma sociedade, no atual estágio de desenvolvimento do capitalismo, valoriza como nunca os bens materiais, algo que talvez ajude a explicar o fato de seus membros deixarem um pouco de lado os aspectos propriamente simbólicos ao representarem a cultura. O que estamos tentando demonstrar aqui é, tão somente, que a importância exagerada atribuída aos aspectos materiais da cultura é mais um julgamento de valor que ocorre nos limites de uma cultura específica do que, propriamente, uma reflexão que se aproxime da realidade a ponto de merecer de nós algum crédito. Podemos dizer que se trata de uma visão etnocêntrica da cultura em geral e da cultura Guarani, em particular.

A esse respeito, cabe fazer referência a uma importante contribuição para romper com a noção romântica que preconiza que só há diversidade étnica onde houver

isolamento, e que foi dada por Sahlins (1997), ao descrever como o sistema cultural dos povos das terras altas da Nova Guiné permanece orquestrando a transformação histórica. Definindo e categorizando com *destreza simbólica e técnica* objetos e modos de agir com os quais têm mantido amplo contato, esses povos têm atribuído significados e intensificado relações em consonância com o próprio sistema indígena. Nesse contexto “os bens eram europeus, mas não as necessidades ou intenções” (SAHLINS 1997, p. 63). Tal contribuição apresenta uma realidade totalmente diversa da ampla valorização da influência do aspecto material na cultura, praticada nas sociedades do Ocidente, a ponto de fazer com que esse aspecto apareça no ápice de uma hierarquia exclusivamente valorativa. Cabe lembrar que, nessas sociedades, tal hierarquia não tem no senso comum o seu único reduto. Seria, portanto, ilusório pensar que outras formas de representação e outros discursos estão alheios a ela. Apenas como exemplo, podemos citar a teoria marxiana da “base e superestrutura” que — influenciada pelo evolucionismo de Morgan —, supervaloriza a capacidade das forças produtivas de determinarem o conteúdo das relações simbólicas. Assim, para não abrir mão da tão estimada universalidade, os seguidores do marxismo ortodoxo precisaram ignorar os estudos antropológicos que apontaram a sua completa inadequação à estrutura social de algumas das sociedades ditas primitivas, demonstrando que em tais sociedades as relações materiais eram estruturadas pelo parentesco e não o contrário.⁷⁰ Devemos salientar, contudo que uma leitura atenta dos *Grundrisse*, por exemplo, irá mostrar que, para o próprio Marx, as relações entre os aspectos material e simbólico da realidade eram bem mais complexas do que tradicionalmente se atribui àquele autor.

Representações como as que estamos tratando aqui também são ancoradas na globalização, um fenômeno bastante difundido no senso comum em nossa sociedade, especialmente pelo destaque que tem alcançado na mídia, quer seja em

⁷⁰ “Temos razões para ser céticos, portanto, diante de noções simplistas de “aculturação”, concebida como uma consequência funcional necessária do envolvimento na economia de mercado. Marx dizia, nos *Grundrisse*, que as relações comunitárias arcaicas são destruídas pelo dinheiro, pois o dinheiro se torna a comunidade. É claro que ele não conhecia os povos da Nova Guiné, que fetichizam ritualmente notas novas de 20 *kina* como bens de troca. Incorporando a força masculina, essa é a espécie [*the monies*] usada pelos Anganen nas trocas rituais interclônicas, em oposição às moedas de metal [*coins*], associadas às mulheres e ao consumo diário. Adaptando as palavras de O.H.K. Spate (passando da realidade de Fiji para a Nova Guiné), o dinheiro permanece aqui sendo o servo do costume, em vez de seu senhor. Pode-se bem objetar que essa condição é necessariamente temporária, e que a “mercantilização”, o “consumismo” e a “dependência” irão, mais cedo ou mais tarde, subverter todas as boas intenções tradicionais. Talvez. Mas, como observou Durkheim, uma ciência do futuro não tem objeto.” (SAHLINS, 1997, p. 64)

debates ou em estratégias de **marketing**. Muitas pessoas associam a globalização a um processo de homogeneização de hábitos e pensamentos e atribuem às tecnologias de comunicação, por sua capacidade de aproximar as pessoas, o poder de tornar o mundo “menor” e mais homogêneo (ORTIZ, 1994).

“Como que um índio — porque a gente conhece índios aqui que são mais de idade — é ... [...] o tempo todo eles se sentem ... é ... invadido ... cê tá entendendo? Você percebe isso pela revolta que a pessoa tem. Ai, a gente colocou junto “uai”, mas se eles se sentem tanto invadidos, porque que eles usam as coisas ... **bota, calça, cinto** não sei o quê, **celular e tal?**

Pois é! Então, como que o índio vai andar pelado aqui e me ver com roupa, né? Então, você está nu e eu com roupa, como que eu vou me sentir? Como você vai se sentir? Você não vai se sentir constrangido? Quer dizer, então: não têm como. **Eles são forçados pela globalização, pelo sistema, eles são forçados a entrar nisso. Então, a culpa é do indígena?** Não, na minha opinião, não!” (Profissional 4)

Se, por um lado, a globalização e a adoção de um padrão na esfera produtiva conduziram, em certa medida, a uma homogeneização em nível mundial — sobretudo, em termos tecnológicos —, por outro lado, esse processo não teve os mesmos reflexos na esfera cultural, pela impossibilidade de as pressões homogeneizadoras globais superarem as forças heterogeneizadoras locais, que terminam por recriar as diferenças em seu nível (ORTIZ, 1994).

Ianni (1999) aborda o processo de globalização de uma perspectiva histórica, considerando que, se, por um lado, esse processo teria levado a uma ocidentalização do mundo, também é verdade que ele se desenvolve perpassado por elementos culturais e civilizatórios provenientes da África, Oceania, América indígena e africana. Assim, o autor defende a diversidade ao colocar a *ocidentalização* do mundo caminhando de *par em par* com uma *orientalização*, uma *indigenização* e uma *africanização*.

A transculturação, enquanto categoria analítica proposta pelo autor, possibilita a compreensão da globalização e, conseqüentemente, da expansão do capitalismo como processo que, ao invés de anular as diversidades, as singularidades e as excentricidades, recria-as por meio das tensões, lutas, contatos, intercâmbios, acomodações e transfigurações que provoca. Ainda segundo o mesmo autor (IANNI, 1999), o processo de transculturação não se resume a uma aculturação, ou seja, a uma sobreposição de um sistema cultural a outro: “*permeado de identidades e*

alteridades, tanto quanto de diversidades e desigualdades” (p. 48) ele implica, antes, uma transição de culturas que se relacionam enquanto contribuintes e cooperantes para o advento de uma nova realidade civilizatória.

É importante atentar para o fato de que, por traz de uma visão “ingênua”, que denota um intenso saudosismo dos habitantes das florestas que andavam nus e eram capazes de dialogar com os animais e demais seres da natureza, ecoam argumentos segundo os quais os índios perderam a sua cultura e, por isso, deixaram de ser índios. Os Guarani também “sentem na pele” essa outra face do preconceito, não menos cruel que a anterior, mas que se mostra mascarada de admiração pela cultura indígena “original” através de lamúrias pela sua suposta perda.

“Hoje, a gente pode estar usando coisas do branco, né? O carro ou, então, eletrodomésticos — né? —, essas coisas do homem branco — não é? —, ou até ler, ou até falar a língua do branco, mas ainda a gente cultiva, ainda a gente mantém essa tradição de seguir as regras.” (Liderança indígena de Três Palmeiras)

Devemos lembrar, aqui, uma questão de natureza teórica bastante esclarecedora, relacionada às representações sociais e segundo a qual estas, embora se refiram ao objeto representado, são reelaborações, recriações de sujeitos ativos diante da realidade e, portanto, trazem em si também características dos próprios sujeitos que as representam, distanciando-se, assim, sempre, em algum grau, da realidade “objetiva”.

Assim, ao analisarmos essas representações, não podemos deixar de mencionar novamente os impactos do longo conflito interétnico travado pelos Guarani e Tupiniquim contra a Aracruz Celulose e pela terra, sobretudo em virtude do alcance midiático das versões da empresa, que relatavam a inexistência de índios no estado do Espírito Santo.

Portanto, é necessário desconstruir alguns mitos, tão caros a determinadas parcelas da sociedade envolvente, que colocam os índios como seres exóticos, pertencentes a uma categoria muito distante da dos “seres humanos normais”, a ponto de comportamentos como deixar de “andar nu” e caçar com arco e flecha poderem significar deixar de ser índio. Afinal, já é tempo de saber que os índios são sujeitos

concretos e de interlocução que em nada se assemelham aos demônios antropófagos ou aos bons selvagens — figuras quixotescas que povoavam o imaginário colonizador. Ademais, os povos indígenas também possuem história e seria, portanto, absurdo pretender encontrar, hoje, os índios de 1492.

Outro importante dado demonstrativo de que os profissionais de saúde representam a cultura dos Guarani como uma cultura “misturada” ou “miscigenada” pode ser encontrado no fato de cinco dos seis profissionais entrevistados mencionarem a busca da medicina ocidental como uma prova da referida perda da cultura ou da miscigenação do grupo.

“Eles procuram mais o tratamento tradicional nosso. Eles já estão muito miscigenados.” (Profissional 2)

“Bom, eles ... mesmo eles estando aldeados, eles recebem muito esta influência do branco, eles saem muito da aldeia. **Então, eles captam muito a cultura do branco, e isso de modo geral e na saúde também: eles já deixaram de usar, por exemplo, o meio da medicina natural,** eles já procuram mais o que eles chamam de medicina do branco, mesmo.” (Profissional 3)

“Sim, eu, na minha opinião, eu acho que tinha que ter o resgate da cultura a esse nível, porque eles têm um pensamento assim, tanto que os Guaranis chamam ... **não chamam aqui de posto de saúde, chamam de farmácia.** Não sei se você sabe. **‘Vou lá na farmácia pegar um remédio’. E se vir aqui e ir embora sem o remédio, é um problema, entendeu?** Então, assim ... **eles já estão com aquela cultura que ‘eu vou lá pegar o remédio e vai passar a minha dor’.** [...] É o que eu ouço da boca deles ... é que eles querem remédio. (Profissional 4)

Consideramos um grave erro tentar compreender a relação dos Guarani com a medicina ocidental nesses termos, ou seja, como se o uso dos serviços e remédios alopáticos representasse um fator de aculturação e/ou substituição das práticas e representações indígenas acerca da saúde, ou, em outras palavras, como se isso fosse capaz de fazer sucumbir o sistema de saúde indígena. Isso faria sentido apenas se os índios fossem meros consumidores passivos desses bens, incapazes de promover a sua realocação em um contexto marcado por relações simbólicas e atribuições de significados. Assim sendo, as reivindicações contra a demora na chegada dos remédios podem ser entendidas, de um lado, como uma forma de luta política e, de outro lado, como uma reprovação da negação do “dom”,⁷¹ ou seja,

⁷¹ O “dom” remete a obrigação de retribuir que caracteriza o *potlatch* (a festa), uma instituição central nas sociedades tribais estudadas por Mauss (1974) na Melanésia Oriental e Central. O significado

como uma forma de questionar a recusa dos profissionais de participarem do “circuito da reciprocidade” promovendo a circulação desses remédios.⁷² A própria distinção feita pelos índios entre as doenças do índio, cuja cura é um processo imbricado de elementos fornecidos pela própria cultura, e as doenças do *juruá* (não-índio), as quais devem ser tratadas com remédios da medicina ocidental, demonstra uma construção simbólica cujo objetivo é demarcar e resguardar fronteiras entre os dois sistemas de saúde. Para melhor compreendermos as situações que envolvem o contato interétnico, é necessário observar a dinâmica cultural em que atuam processos de reinterpretação e recriação de elementos exógenos, bem como de reprodução e readaptação histórica da estrutura social (SAHLINS, 1987). De acordo com Barth (1998), as fronteiras étnicas colocadas por um grupo não podem ser percebidas meramente do ponto de vista do isolamento e da reprodução. O sistema de saúde indígena está inserido num contexto de relações interétnicas que, como fronteiras, ultrapassam uma noção estática de cultura, apontam para processos dinâmicos e constituem o campo em que emergem as formas de auto-atribuição e identificação da diferença. Assim, podemos compreender que o problema maior não está na busca, pelos Guarani, dos serviços de saúde, e, sim, nas relações que se constroem a partir dessa demanda. Quanto a isso, podemos adiantar que uma relação voltada para um controle externo das demandas indígenas seria absolutamente desastrosa, ao passo que uma relação orientada no sentido de garantir o aumento da participação dos Guarani no levantamento e atendimento das suas demandas traria, certamente, resultados positivos.

Portanto, podemos constatar que, perpassando as representações da cultura Guarani expressas pelos profissionais de saúde que foram entrevistados, encontra-se um “conceito” de cultura visto como algo estático, que denota uma reificação e não condiz com a realidade dos povos indígenas. Tais representações podem servir

mais aproximado para essa instituição seria o de um sistema de trocas e distribuições totais, na medida em que sobrepujam os fenômenos exclusivamente econômicos, dominando também a vida religiosa, jurídica e artística. Para um maior aprofundamento sobre a importância do “dom” nas sociedades tribais, ver Mauss (1974).

⁷² A circulação de remédios como forma de perpetuar relações recíprocas foi notada por Garnelo (2003) entre os Baniwa do Alto Rio Negro. Segundo a autora, esse grupo representa o agente de saúde como “aquele que dá remédios”, cobrando dele uma retribuição na forma de bens e serviços, em troca de sua escolha para ocupar esse cargo reconhecido como politicamente prestigioso. Ademais, a lógica comunitária, em confronto com a lógica técnica na qual os agentes são treinados, incorpora o remédio no conjunto de bens, promovendo a sua circulação em consonância com a norma da reciprocidade e em detrimento das necessidades biomédicas.

de substrato tanto para ações discriminatórias quanto para a não-adequação do modelo de saúde às especificidades do grupo, como, ainda, para a não-articulação desse modelo com as formas de auto-atenção dos indígenas.

Vale ressaltar que, na pesquisa que embasou o presente trabalho, a constante luta dos indígenas pela afirmação de sua condição étnica, ou seja, pelo direito e pelo respeito a sua condição de **diferente**, ofuscou completamente o brilho das mudanças provocadas por um suposto processo de "aculturação".

4.1.3 A cultura indígena como obstáculo à promoção da saúde: o modo de vida como facilitador de doenças

Como foi demonstrado acima, apesar de os profissionais de saúde representarem a cultura Guarani como miscigenada e se referirem aos índios como aculturados, curiosamente, por outro lado, a análise das entrevistas revelou que a cultura daquele grupo aparece, juntamente com problemas de ordem econômica que discutiremos adiante, como um dos principais obstáculos à promoção da saúde dos índios.

Todos os profissionais ouvidos na pesquisa manifestaram, de alguma forma, por meio de opiniões e comentários, uma visão da cultura dos Guarani segundo a qual esta é uma barreira ou obstáculo para a melhora no atendimento feito pela equipe de saúde. Três dos profissionais entrevistados fizeram colocações nesse sentido em, no mínimo, seis momentos da entrevista; um deles levantou a questão em duas oportunidades; os outros dois, apenas uma vez cada.

“Olha, eu acredito que o relacionamento é bom, entendeu? É ..., tem algumas resistências, até por causa da cultura deles, que a gente tem que respeitar. Mas a gente já tem avançado bastante — entendeu? — nessa questão de entendimento, de retorno da população — né? — que a gente passa uma atividade — né? — uma proposta e o retorno acontece. Não vai acontecer na hora que a gente quer, mas lentamente tem acontecido.” (Profissional 1)

“Já aqui, não, os Guaranis, porque eles são os Tupiniquins ... já os Guaranis ... eles ainda têm um pouco mais a cultura deles com relação às outras aldeias. Então, eles não me procuram, eles não me procuram.

[...] ‘Ah, eu mandei fulano plantar uma horta’ e, no fim, não vai plantar, não, é a cultura deles! Não adianta vir alguém lá da prefeitura e falar assim: ‘Por que que cê não mandou fazer uma horta?’ Não faz, entendeu? Quer dizer, não é da cultura deles, não vai fazer. No outro dia vai morrer, entendeu?[...] Então, quer dizer, adianta você tentar **bater de frente** com a cultura? Não adianta, você tem que seguir o ritmo!” (Profissional 4)

“[...] É ... o controle fica difícil — né? — fazer uma dieta, porque eles já têm o costume deles, aí, pra eles aderirem a esse novo ritmo, [...] esse novo costume, esse novo hábito, por exemplo, alimentar — né? — e também se exercitarem, aí, fica difícil.” (Profissional 3)

Na construção de tal representação, os profissionais de saúde se valem de uma noção de cultura segundo a qual esta aparece como um poder capaz de determinar comportamentos e atitudes, sem conceder espaço à ação dos sujeitos.⁷³ É preciso atentar para o fato de que, se a cultura tivesse o poder de, por si só, impor resistências a relacionamentos e ao uso de medicamentos, determinar a procura ou não de um serviço e, ainda, constituir entraves para ações individuais e coletivas, realmente não haveria mais nada a fazer, pois todo esforço seria inútil diante de tamanho obstáculo. Não pretendemos negar, com isso, o fato de que essas questões estão em certa medida relacionadas à cultura e que devem ser entendidas em seu contexto, mas, apenas, salientar que não se pode tomá-las como mera relação de causa e efeito, pois consideramos que o problema abordado aqui é algo bem mais complexo.

Os entrevistados se referiam de maneira mais incisiva à cultura do grupo como uma barreira ou obstáculo à medida que buscavam explicar questões como pequena procura dos serviços de saúde; problemas de relacionamento; distanciamento e problemas de comunicação; e, como veremos mais adiante, para explicar a incidência de algumas patologias.

“As resistências são mais assim ... na questão de adesão, mesmo ... um exemplo: a gente tem hipertensos aqui que não vêm na Unidade de Saúde. Eles sabem que são hipertensos, mas eles se limitam em não vir na Unidade e tomar os

⁷³ “Como sistemas entrelaçados de signos interpretáveis (o que eu chamaria símbolos, ignorando as utilizações provinciais), a cultura não é um poder, algo ao qual podem ser atribuídos casualmente os acontecimentos sociais, os comportamentos, as instituições ou os processos; ela é um contexto, algo dentro do qual eles podem ser descritos de forma inteligível – isto é, descritos com densidade.” (GEERTZ, 1989, p. 10)

remédios deles. Entendeu? As ervas deles, entendeu? É ... a gente sabe que às vezes eles falam que vão tomar e não tomam. Toda vez que a gente vai fazer visita, você sabe que a pressão tá alta, porque eles não estão fazendo uso de medicação nenhuma [...]. Tem também as mulheres, por exemplo, que são mais resistentes em tá vindo na Unidade, vindo no ginecologista, vindo colher — né? — os exames, né? Os exames preventivos do colo de útero, por exemplo ... tem mulheres que não colhem, né? Não são todas. Graças a Deus a gente pode apontar uma ou duas, mas que são aquelas que vai ser muito difícil a gente conseguir, mesmo, entendeu?

(...) Eu acredito que, no caso das mulheres, por exemplo ... é ... acontece entre as mais velhas, [...] por causa das raízes delas mesmo. Tem mulheres que nunca foram no médico [...], pra ter um parto no hospital. [...] o parto delas são todos domiciliares, era feito com parteiras. [...] Elas sentem vergonha. É uma coisa muito forte da cultura delas, assim.” (Profissional 1)

“[...] A gente está aqui aguardando, [...] mas eles não procuram. Só procuram quando tão grave, quando é caso pra internação, só. Isso eu acho que é só eles. Nas outras aldeias, não acontece, não.” (Profissional 2)

Esses comentários demonstram, com muita clareza, que a cultura aparece como o fator determinante para os casos de resistência a medicamentos alopáticos e para a recusa, por parte de alguns índios, de buscarem o tratamento oferecido na Unidade de Saúde. Colocar e pensar essas questões dessa forma significa reduzir o espaço para a ação intencional dos sujeitos, tanto quanto limitar o próprio campo de atuação dos profissionais de saúde. Assim, no que concerne ao uso de remédios alopáticos, há que se perguntar, antes, se eles são indicados de modo a se somar aos remédios e terapias próprias do sistema de saúde Guarani, tal como preconiza a PNASPI (2002), ou para substituí-los. Também é necessário considerar, como foi observado anteriormente, aquilo que os Guarani entendem como saúde e repensar o espaço ocupado pelo sistema de saúde indígena em sua relação com o ocidental.

O mesmo se aplica ao fato de alguns índios recusarem-se a buscar o tratamento, fazendo-o somente em situações de extrema gravidade, quando já se esgotaram todas as tentativas com o uso de seus próprios recursos. Contudo, nesse caso, devemos acrescentar duas outras variáveis muito importantes, quais sejam: a falta de proximidade no relacionamento entre os índios e os profissionais de saúde e os problemas de comunicação. O estabelecimento de uma relação recíproca em termos de proximidade e afinidade permitiria equacionar, por exemplo, o problema da recusa das mulheres de realizar os exames ginecológicos.

A análise das entrevistas e o trabalho de campo demonstraram que, embora exista consenso por parte dos índios e também dos profissionais quanto à melhora em seu relacionamento, sobretudo nos últimos anos, ainda há algumas “arestas” a serem aparadas.

Em determinados momentos, alguns dos profissionais de saúde revelaram sentir certo descontentamento com o fato de os Guarani, às vezes, mostrarem-se incomodados com a presença da equipe nas visitas domiciliares, explicitando esse sentimento por meio de atitudes como fechar a porta, sair para a casa ao lado ou ficar em silêncio.

“Apesar da população não aceitar muito, entendeu ...? Por exemplo, se vai o grupo, eu, a médica, a enfermeira, a técnica de enfermagem, a assistente social, eles já não aceitam bem, eles acham que é como se fosse uma invasão, entendeu? Muita gente indo na casa deles eles não aceitam, muita gente fecha a porta. Vê que você tá chegando, vai pra casa do vizinho, vai saindo, não quer aceitar. Mesmo assim, a gente tenta, né?” (Profissional 4)

“É ... bom, eu vejo que, assim ... tem uma proximidade muito grande, só que algumas pessoas, acredito não por ser equipe, pela própria cultura — né? —, às vezes não conversam com a gente em determinados dias, não querem conversar e o outro já te recebe muito bem.” (Profissional 6)

Embora devamos reconhecer a boa intenção dos profissionais ao realizar suas visitas e a nobre finalidade de suas profissões, que, de maneira geral, consiste em melhorar ou salvar a vida de pessoas, não podemos nos esquecer de que isso não é suficiente para os índios concederem, de bom grado, àqueles profissionais uma espécie de “passe livre” para visitá-los em suas casas e partilhar da intimidade do seu lar, sem que isso pareça invasão ou controle. Quanto a isso, faz-se necessário esclarecer que as relações estabelecidas pelos Guarani com os “não-índios”, apesar de freqüentes, não ocorrem desordenadamente, ou seja, sem obedecer a determinados limites, que influenciam, por exemplo, a própria ocupação do espaço nas aldeias. Veja-se, por exemplo, o que ocorre na aldeia de Três Palmeiras. As lideranças políticas, engajadas na manutenção do poder simbólico que essa função representa, e em virtude da necessidade que têm de se expor a um contato mais freqüente com os não-índios, ocupam preferencialmente as residências situadas no centro, por ser esse o local mais próximo da entrada da aldeia e a principal via de

acesso dos não-índios. Por sua vez, aqueles que não lidam bem com esse contato e/ou não dominam o Português preferem os locais mais distantes do centro.

Portanto, consideramos perfeitamente compreensível que as atitudes dos índios, em determinados casos, reflitam o incômodo gerado pela presença dos profissionais em suas casas, sobretudo em função de que as relações entre eles e os profissionais ainda não se consolidaram do ponto de vista da reciprocidade. Ademais, para que elas se consolidem, nesse contexto, é preciso oferecer mais do que assistência e remédios: é preciso “quebrar o gelo”, por meio da troca de afeto e intimidade.

Outra importante linha de argumentação para a compreensão das representações da cultura do grupo entre os profissionais de saúde encontra-se em atribuírem a causa de certas patologias ao modo de vida dos Guarani.

No instante seguinte à pergunta sobre quais as doenças que mais acometem os índios, os entrevistados eram convidados a responder a uma outra, qual seja: “O(a) senhor(a) saberia explicar por que isso acontece?” As respostas dadas à última pergunta demonstraram que todos os profissionais entrevistados consideram o modo de vida dos indígenas como causa de algumas das seguintes doenças: hipertensão arterial, diabetes, verminoses, pediculose, diarreia e alcoolismo.

“Olha só: eu acredito que, **quer queira, quer não, acaba ... é ... tá relacionada com a cultura deles** — né? —, porque eles não têm horário certo pra almoçar, pra fazer lanche, né? **As crianças ficam muito na terra, acaba que não lava as mãozinhas, ficam sujeirinhas por baixo da unha, entendeu?** A maioria das casas não tem ... não utilizam o filtro. A gente orienta pra tá fervendo a água, mas a gente sabe que acaba por não acontecer isso aí. Acho que são poucos mesmo os que aderem. Então, eu acredito que tá relacionado com esses casos, sim.”
(Profissional 5)

Das representações que associam o modo de vida dos Guarani com as doenças que os afligem podemos extrair três eixos temáticos, quais sejam: falta de higiene, sedentarismo/ociosidade e problemas relacionados à alimentação.

Uma característica comum a todos os temas, que perpassa a construção dessas representações, pode ser encontrada no fato de elas tomarem como referência os valores da sociedade na qual se inserem os sujeitos de tais representações. Assim, quando apontam o contato dos índios com a terra e com animais como indicativo da

sua falta de higiene, torna-se evidente que, para dar sentido a importantes questões com as quais se defrontam no exercício de suas atividades, esses sujeitos mobilizam também paradigmas presentes em seu próprio contexto social. Especificamente para esse caso, podemos observar a influência do paradigma antropocêntrico, cuja hegemonia é indiscutível em sociedades ocidentais, como o demonstra o fato de nelas haver um enorme abismo separando as categorias natureza e cultura, sendo a primeira entendida enquanto objeto de dominação e a segunda como algo que serve para legitimar/naturalizar essa dominação. Em contraposição a esse modelo, Descola (2000) observa que a relação entre humanos, animais e plantas nas cosmologias amazônicas, de um modo geral, e mesmo entre os povos que vivem em meio totalmente diferente, como é o caso dos índios da região subártica do Canadá, envolve reciprocidade, troca de emoções, sedução e respeito mútuo, ou seja, características possíveis apenas em uma relação concebida como sendo de sujeito para sujeito.⁷⁴

“Por uma falta de higiene, eu acho que aqui eles andam descalço. O contato com o branco, também — né? —, direto ... animais ... eles têm muitos animais — né? — e acabam pegando doenças.” (Profissional 2)

“[...] Agora, a questão da higiene — né? — fica muito a desejar, pelo sistema, pelo jeito que eles moram — né? —, com muitas famílias, às vezes são várias famílias, assim ... num ambiente pequeno. [...] É por isso que eu acho que tenha mais frequência dessas patologias.” (Profissional 3)

No tocante à relação entre os animais e as doenças, cabe mencionar um importante dado etnográfico. Ao caminhar pelas aldeias, podemos notar que parte considerável do total de casas possui ao menos um cachorro. Percebemos também, com muita facilidade, a proximidade entre os índios e esses animais. Tal proximidade, desconsiderando-se a frequência, poderia perfeitamente parecer, aos olhos de um observador comum, algo similar àquela que encontramos entre algumas pessoas da sociedade envolvente e seus animais. O dado relacionado a essas representações encontra-se nos relatos de que a “carrocinha” tem realizado algumas incursões nas aldeias para prender esses animais. Ironicamente, os índios justificam a importância

⁷⁴ “Os achuares da “Amazônia” equatorial, por exemplo, dizem que a maior parte das plantas e dos animais possui uma alma (wakan) semelhante à dos humanos, uma faculdade que os põe entre as “pessoas” (aents), uma vez que lhes garante a consciência reflexiva e a intencionalidade, torna-os capazes de experimentar emoções e permite-lhes trocar mensagens com seus pares e com outros membros de outras espécies, entre as quais os homens.” (DESCOLA, 2000 p. 151). Há exemplos similares na literatura sobre os Guarani. Consulte-se, a esse respeito, Schaden (1974).

da permanência dos cachorros pela sua capacidade, frente aos constantes furtos que têm ocorrido nas aldeias,⁷⁵ de proporcionar-lhes segurança — essa, sim, uma responsabilidade do Estado.

Ainda com relação à alegada falta de higiene, podemos observar nessas representações uma ênfase em aspectos que diferenciam os índios da sociedade envolvente, tais como o tamanho das moradias e o contato com a terra e com os animais. Algo similar ocorre quando os profissionais se referem aos problemas cuja gênese se atribui aos hábitos alimentares dos indígenas.

“No caso da hipertensão e diabetes, eu acho um pouco ... os fatores, assim, ... [...] que influenciam são ... é ... **o sedentarismo** — né? —, porque **eles são bem ociosos, assim**, e a questão da alimentação também — entendeu? —, porque eles não têm horário — né? — pra se alimentar, **eles têm a forma deles se alimentarem**. Vamos supor: eles acordam de manhã e já praticamente almoçam, e passam o dia todo, às vezes, sem ... sem ter um horário — né? — pro almoço, digamos — né? —. [...] O negocio deles é comer fritura ou tipa — né? —, frito — né? —, é massa e **eles não têm uma alimentação diversificada**, [...]. E, no caso das crianças, é por causa da questão — né? — que eles brincam ... é [...] estão sempre muito juntos — né? —, acaba passando de um pro outro um resfriado — né? —, enfim.” (Profissional 1)

O conteúdo estável que estrutura, de um lado, as representações da suposta má alimentação dos indígenas e, de outro lado, aquela segundo a qual os indígenas são vistos como ociosos e sedentários pode ser atribuído à ideologia colonial e a uma extensa produção literária que alimentou a disseminação de preconceitos no imaginário nacional. Como não nos lembrarmos da preguiça manifesta pelos índios no romance *O Guarani*, de Jose de Alencar? Associada à idéia do índio preguiçoso, encontra-se a opinião geral ora sobre a inexistência da economia indígena, ora acerca de suas limitações, tida como uma “*economia de subsistência*”, “*imagem antiga, sempre eficaz, da economia dos selvagens*”, como observou Clastres (1990, p. 133). É como se os indígenas vivessem numa condição de alienação permanente na busca de alimentos (CLASTRES, 1990). Como demonstram as representações aqui expostas, tais juízos de valor ainda persistem no imaginário da sociedade ocidental mesmo após ter sido suficientemente comprovada, por uma extensa literatura etnográfica, a relevância do trabalho e a existência de uma concepção própria de produtividade nas sociedades indígenas.

⁷⁵ Durante a realização do trabalho de campo, ocorreram dois furtos: o primeiro, de equipamentos na Unidade de saúde de Boa Esperança, e o segundo, de um transformador em Piraquê-Açu.

“Acho que é por estarem próximas às comunidades não-índias — né? — que ... que ai tem essa proximidade com o álcool, **a falta do que fazer — né? —, o momento, o período ocioso que eles têm.** E aí eles não estão numa aldeia separada da comunidade branca — né? —, não-índia.” (Profissional 6)

Chama a atenção o fato de o contato com os brancos ter sido apontado por apenas dois dos profissionais como causa das doenças que acometem os Guarani. Nota-se também a completa ausência de referência a fatores como a histórica expropriação que, conseqüentemente, levou a uma significativa redução das áreas indígenas e dos recursos naturais indispensáveis ao modo de vida dos índios, bem como a frenética poluição ambiental decorrente da instalação de indústrias e da urbanização das áreas de entorno. No que concerne à higiene, não foi mencionada, sequer uma única vez, a presença de uma estação de tratamento de esgoto mantida pela Prefeitura de Aracruz, localizada a céu aberto na aldeia de Piraquê-Açu, cuja falta de isolamento causou, há alguns anos, a morte de uma criança por afogamento.

4.1.4 Saber subalterno: treinamento, capacitação e segurança

Ao representar o saber Guarani, os profissionais de saúde expuseram a existência da seguinte contradição entre suas afirmações e o conteúdo de seus discursos: a despeito de todos haverem afirmado considerar como medicina as formas de auto-atenção indígenas, seus comentários e opiniões revelaram que a medicina Guarani é representada como um saber subalterno.

Não poderíamos, de forma alguma, deixar de ressaltar aqui, como um fato que entendemos ser o primeiro passo na direção do respeito ao saber local, a resposta positiva dada por todos os profissionais ao serem questionados sobre se viam alguma importância em promover a articulação entre as duas formas de tratamento.

Entretanto, quando lhes foram solicitados esclarecimentos acerca desse ponto de vista, ou quando emitiam comentários acerca do saber local, suas repostas

lançaram luz sobre a real posição ocupada pela medicina Guarani na relação com a ocidental.

“Eu acho legal, bacana e aprovo e tento aproveitar, quando eles têm alguma resistência, porque, quer queira, quer não, por vezes o remédio é importantíssimo — né? —, **só o chazinho, só a erva não vai resolver**. Então, eu tento somar. Quando eu pego aquele hipertenso resistente que nós temos aqui — né? —, eu falo assim: “Prepara o seu chazinho e junto com o chazinho toma esse remedinho”. Você vai ver como vai ajudar, né? [...] Então, eu acho que deve continuar, até porque, como dizem os antigos, **“se o chá não fizer bem, mal também não faz” — né? —, e a nossa cabeça faz milagres, né?”** (Profissional 5)

“É importante mas a gente também ... é ... busca informar da importância do tratamento não [...] De estar articulando os dois, né? A gente está informando sempre, porque, **às vezes, eles não têm — né? — o resultado que eles esperam e aí ...** Tem os que gostam — né? —, e já tem os outros que querem cuidar só da parte tradicional, mesmo, **mas sabem que não tem como fazer isso.**” (Profissional 6)

”Não, inclusive é desde os meus antepassados ... vários chás dão certo. Você não precisa ficar se enchendo de remédio. Então, muitas vezes ... porque, por exemplo, o paracetamol ... ele é tóxico, e quem sabe disso? Quer dizer, se você ... “Ah, não, vou lá e vou pegar um paracetamol, porque eu tô com dor de cabeça”, “vou pegar o paracetamol por causa disso, por causa daquilo”, toda hora se enche de remédio. **Então, quer dizer, eles não têm ... não têm a informação do quanto isso pode tá agravando o outro lado.**” (Profissional 4)

Conforme podemos depreender dos relatos acima, o saber Guarani é considerado como portador de uma eficácia mais simbólica do que propriamente concreta. Destarte, ele é tomado como incapaz de equiparar-se, em termos de resultados, à medicina ocidental, por não se encontrar no mesmo patamar de cientificidade desta. As semelhanças entre tais representações e o paradigma evolucionista não podem ser consideradas meras coincidências, pois, para descartar a crença em um possível acaso, seria suficiente demonstrar a total “afinação” entre tais formas de pensar e aquele modelo teórico, o qual preconizava que as sociedades ditas primitivas tinham suas formas de pensar, agir e sentir determinadas pela magia, um estágio pré-lógico anterior à religião e à ciência.

Outro dado importante para demonstrar que o saber indígena aparece nas representações ora em análise como algo que ocupa uma posição subalterna encontra-se na proeminência das seguintes expressões na fala de alguns profissionais: “as parteiras deles”, “a fitoterapia deles”, “os remédios deles”. Quanto a

isso, acreditamos não ser necessário um grande esforço de pensamento para concluir que o uso de tais expressões pode ser interpretado como uma restrição da validade/aceitação desses recursos e especialistas circunscrita aos Guarani.

Há outro fato que corrobora a condição de eficácia simbólica à qual foi relegada a medicina Guarani, nas representações expressas pelos profissionais de saúde. Convidados a opinar sobre a realização de partos feitos pelas próprias parteiras indígenas nas aldeias, as respostas dadas por quatro profissionais revelaram, de um lado, uma intensa preocupação com a falta de segurança à qual estariam sendo submetidas a mãe e a criança, caso ocorresse algum problema, e, de outro lado, a necessidade premente de que as parteiras realizassem um treinamento e/ou uma capacitação para estar devidamente qualificadas a desempenhar essa função.

“[...] Isso é, [...] já foi falado em reuniões de planejamento da FUNASA de tá voltando, mas aí dando meio que uma **capacitação** para **as parteiras deles** [...]. Eu acho interessante, eu acho que deveria voltar, sim, desde que seja uma coisa em parceria, mesmo, meio que **supervisionada** — né? —, pra não ter nenhum **risco**, não oferecer nenhum **risco**. Desde que seja com **segurança**, que aquela gestante pode ter neném, ... [...] a partir do momento que elas são acompanhadas com o pré-natal.” (Profissional 1)

“Eu acho complicado, porque, se tiver alguma coisa, **eles podem ter problemas**. Parto domiciliar aqui na aldeia é muito difícil, muito raro, aqui, porque eles buscam mais o hospital. **Se tiver parteira treinada, acho que é bom.**” (Profissional 2)

“[...] então, é importante realmente haver uma **capacitação**, um **treinamento** pra gente conseguir resolver tudo que possa acontecer durante o parto, né? Começar por ser ... **correndo risco de prejudicar mãe e o bebê** é complicado, né?” (Profissional 5)

Por sua vez, os especialistas Guarani retrucam, dizendo que “os médicos não sabem fazer parto”. Baseando-se em suas próprias representações de saúde, consideram que os problemas decorrentes da não-realização de determinados procedimentos — tais como enterrar a placenta atrás da casa — podem provocar sérios problemas à saúde da criança. Uma liderança indígena da aldeia de Piraquê-Açu informou-nos que teve seis filhos, cinco deles em casa. Curiosamente, o parto do único filho nascido no hospital, em obediência a orientações médicas, apresentou problemas que, segundo ela, foram provocados pelo atraso na realização do parto,

prolongado ainda mais pela exigência de um depósito no valor de dois mil reais para que a cesariana fosse realizada.⁷⁶

Devemos esclarecer que o cerne da questão não está em questionar a qualidade e a eficiência dos equipamentos e técnicas utilizados pela medicina ocidental e, menos ainda, em colocar em discussão os benefícios dela — embora, nesse caso, eles devam ser pensados também sob o ponto de vista do grupo, e não apenas de forma absoluta e universal. Pretendemos, tão somente, questionar o autoritarismo presente em um discurso capaz de propor treinamento a uma parteira que pode, eventualmente, ter realizado mais partos do que boa parte dos profissionais entrevistados, ou, até mesmo, todos eles juntos. Tal proposta é interpretada pelos Guarani como um completo desrespeito pelo saber transmitido por seus antepassados. Um saber que permitiu a seu(sua) detentor(a) desfrutar, por boa parte de sua vida, de bens simbólicos oriundos da sua aquisição, e que, naquele discurso, aparece como algo descartável.

“O pessoal de Caieiras Velhas falou assim que tem que fazer curso de parteira, mas não é por aí, não, porque a gente aprendeu com a nossa bisavó. Ela falava pra nós, mostrava como é que era o parto.” (Liderança indígena de Piraquê-Açu)

Portanto, é preciso ponderar que, ao propor capacitação e treinamento às parteiras Guarani, o discurso médico que se defende com a retórica de agir “em nome da segurança” e para o bem dos índios promove, de uma forma autoritária, a subalternização do saber indígena.

⁷⁶ “Eu acho que, no caso do meu último parto, o culpado foi o médico, porque já passou do dia. Era pra mim ganhar antes, aí eu fui no hospital e o médico falou assim, que não era hora ainda, mas só que já estava passando. Aí passou da hora de nascer. Aí, como pediu o [sic] dois mil reais, pelo menos dois mil reais de entrada pra fazer aquele negócio de cesária — né? —, aí, como ele não tinha, aí, me deixou no quarto esperando nascer. Aí, complicou um pouquinho.”

4.1.5 Dificuldades e limitações: a definição a partir do paradigma da falta

Importantes estudos no campo das representações⁷⁷ e da antropologia renderam esforços para afirmar a idéia de que a compreensão do outro com base na “falta” consiste no resultado de uma projeção, sobre o outro, de uma imagem de si mesmo. Para tanto, os antropólogos puseram em ação a sua mais poderosa arma contra o evolucionismo, qual seja, o conceito de etnocentrismo. Esse conceito refere-se a uma tendência, igualmente partilhada por todas as culturas, de estabelecer como limite da humanidade a fronteira do próprio grupo. Ao explicá-lo, Clastres (1990, p. 14) faz a seguinte observação: “[...] toda cultura é, poder-se-ia dizer, por definição etnocêntrica em sua relação narcisista consigo mesma”. A partir dessa afirmação, pode-se facilmente compreender que muitas características que um determinado grupo julga faltar no outro são selecionadas tomando-se como pré-requisitos os valores considerados essenciais no âmbito do contexto cultural no qual está inserido o grupo observador.

Por sua vez, a Teoria das Representações Sociais, abordada na terceira parte deste trabalho, apresenta-nos como algo normal o fato de que, ao nos relacionar com aquilo que nos é estranho, damos início a um processo de familiarização, que toma por base os paradigmas do grupo no qual o sujeito está inserido, bem como as características dele próprio. Ademais, não devemos nos esquecer de que outra função das representações sociais consiste exatamente em reafirmar diferenças e identidades quando elas são ameaçadas ou parecem ter sido esquecidas.

A análise das entrevistas com os profissionais de saúde lança luz ao uso de expressões e palavras que expõem uma forma de se referir ao indígena enfatizando, ora as suas dificuldades e/ou limitações, ora aquilo que eles não possuem, tomando como referência, para tanto, os valores, as condutas e os bens da sociedade envolvente.

⁷⁷ Como exemplos, podemos citar aquele sobre representações da miséria em segmentos sociais não atingidos pela pobreza, de autoria de Leite (2002) e o estudo sobre a moral dos pobres realizado por Sarti (2005).

No tocante a essa questão, vale lembrar que, quando abordamos as representações sociais da cultura Guarani entre os profissionais entrevistados, os termos “aculturados” e “miscigenados”, utilizados por eles para caracterizá-la, também denotam uma referência à falta de “originalidade” e de “pureza” dessa cultura. Nesse prisma de análise, o termo “resgate”, que aparece associado à cultura, também pode ser compreendido como relativo a algo que os índios perderam e, portanto, precisa ser resgatado. De forma análoga, podemos supor, ainda, que a ociosidade atribuída aos indígenas possui como contraponto o tempo e o trabalho alienantes e fatigantes da sociedade envolvente.

Conforme observamos anteriormente, a compreensão da realidade pelo “paradigma da falta” perpassa também a compreensão dos problemas econômicos enfrentados pelos Guarani.

“Dificuldades pra trabalhar com plantas medicinais ... **eles não plantam** praticamente nada, **não têm horta, não têm planta, não têm trabalho desse, não**. Pelo menos, eu não vejo.” (Profissional 2)

“(…) Como que eu vou entregar uma dieta pro ... pra uma mãe que tem uma criança que tá com baixo peso? Olha, o básico ... eu não coloco comida diferente, por exemplo: leite, fruta, verdura, carne, feijão arroz **não tem! Não tem dinheiro!** A cesta básica que eles ganham é à base de carboidrato: é farinha, arroz, macarrão e um leite em pó que vem com muito açúcar, entendeu? [...] E aí vem feijão e óleo. E, aí, a carne, aonde que entra a carne nessa família? A renovação de proteína pra essa criança crescer, pra essa criança ficar saudável, pro sistema imune dela estar bom? E as verduras e as frutas? Quando tem no pé, eles catam e comem! E quando não tem? Você vê, então ... [...] Eu acho que assim ... é ... primeiro, teria que ser feito um serviço de base. Qual? Mais social. [...] Então, a gente esbarra nesse tipo de coisa. É ... é difícil você ver uma criança passando fome. [...] corta o coração, mas acontece. E o que você pode fazer nesses casos? Nada, infelizmente!” (Profissional 4)

Parece-nos bem claro que não se podem negar as dificuldades econômicas enfrentadas atualmente pelos Guarani e, menos ainda, seus impactos sobre a saúde do grupo. Mas é preciso frisar, também, que elas não resultam da falta de capacidade dos indígenas de promoverem ações capazes de transformar a sua realidade. Vale lembrar que, conforme abordamos na segunda parte deste trabalho, a história dos Guarani no Espírito Santo, desde a sua chegada no período da ditadura militar, denuncia a forma pela qual esses índios foram tratados como entraves ao desenvolvimento capitalista na região, bem como a frenética redução

dos recursos naturais necessários a sua subsistência. Como exemplo de ações desenvolvidas pelos próprios índios para enfrentar suas dificuldades, podemos citar a mais recente vitória na luta contra a empresa Aracruz Celulose, pela reaqusição de suas terras. Considerar os índios como sujeitos que agem com vistas à transformação de sua própria realidade pode representar um primeiro passo para que o Estado brasileiro renuncie a políticas assistencialistas, que remontam a um modelo paternalista e tutelar, e passe a atuar de maneira mais enfática na defesa dos direitos dos povos indígenas.

Dando prosseguimento à principal linha argumentativa defendida aqui, é importante notar que todos os profissionais entrevistados salientaram a existência de dificuldades por parte dos Guarani em relação à aceitação, compreensão e adoção de uma conduta adequada ao tratamento da saúde.

“**Não costumam** esperar resultado, entendeu? Vamos supor: o médico ... uma criança precisa tomar um antibiótico. Bom, **a gente sabe que o prazo mínimo pro efeito do antibiótico são cinco dias**, mas aí, uma coisa ... Eles trazem no médico hoje, hoje a doutora prescreve a medicação. Amanhã, se a criança continua com febre, eles acham que hoje não resolveu nada, entendeu? **Eles não acreditam**. Aí, eles voltam de novo, ou vão no outro médico [...]. Eles querem ver o resultado na hora e, às vezes, também **não conseguem** dar o remédio nos horários certinho, **não conseguem** acompanhar o tratamento direitinho. “(Profissional 1)

“A **dificuldade** com eles, que eu estava falando em relação ao trabalho aqui, é que uns aceitam bem o acompanhamento, outros acham que a doença ... que só é pra acompanhar a doença. A prevenção, só em relação a vacina. A prevenção em relação com a doença eles não têm interesse. (Profissional 2)

Na tentativa de explicar tais dificuldades, alguns desses profissionais mencionaram algo que entendem como “limitações” dos Guarani. De modo geral, tais limitações são definidas *a priori* pelo fato de eles não serem alfabetizados e não dominarem o idioma português.

“**Alguns têm dificuldade, por ... pelas limitações mesmo, né?** Então, a gente tem que tá naquela vigília, solicitar o agente pra tá olhando, se tá tomando remedinho, né? **Tem dificuldade de entendimento da receita** [...] eles têm **dificuldade de comunicação, uns não são alfabetizados**, entendeu? [...] Então, dificulta mais ainda. Então, **pega-se as limitações deles** com as receitas também, que não colaboram, né?” (Profissional 5)

“Ocorre, sim, porque **tem aqueles índios que conseguem falar o Português fluentemente e conseguem chegar no médico e explicar o que estão sentindo. Tem, né? São menos acanhados e tem aqueles que não conseguem se comunicar.** Eles entendem o **Português**, mas, na hora de passar pra gente o que eles estão sentindo — né? —, na hora de falar o **Português, eles sentem uma certa dificuldade, entendeu?**” (Profissional 1)

Algumas vezes, tais explicações beiram o absurdo de atribuir ao indígena um déficit de aprendizagem, constatado a partir da persistência das dificuldades de compreensão do tratamento mesmo após terem sido realizadas algumas campanhas educativas e apesar dos esforços desses profissionais, no sentido de prestar-lhes os esclarecimentos devidos. Podemos objetar que, em tal forma de pensar, não há espaço para a compreensão da intencionalidade de manter o não-entendimento das terapias e práticas da medicina ocidental como um ato de resistência de alguns indígenas, por não aceitarem se submeter a elas. Assim, o próprio ato de se recusar a apreender o idioma português aparece como forma bastante eficaz de evitar o contato com o não-índio e as relações assimétricas provenientes desse contato.

“É só pra entregar remédio, e não pra fazer um movimento de promoção de saúde e de prevenção de doenças, que é o objetivo daqui. Não é só curativa. É mais preventiva do que curativa, **só que eles não têm essa visão.** Eles só procuram depois que já aconteceu, ou quando tá muito ruim ou ... entendeu? **A gente não consegue, a gente tenta fazer campanhas educativas pra prevenir, mas é muito difícil colocar na cabeça.**” (Profissional 4)

Como demonstram os relatos acima, tais dificuldades aparecem associadas sempre a uma capacidade ou aprendizado que os indígenas não têm em relação ao não-índio, desconsiderando, assim, a influência da utilização de conceitos, instrumentos e técnicas estranhos ao contexto social no qual se inserem aqueles sujeitos e, por conseguinte, com os quais não estão socializados na mesma medida que a população não-indígena.

Destarte, o problema não está localizado em uma suposta “falta” de educação dos indígenas e, menos ainda, em suas “limitações”, mas na ausência de enquadramento da medicina ocidental na educação Guarani, ou, melhor dizendo, em seu processo cotidiano de transmissão de saber, que não se restringe àqueles que freqüentam a escola, e nem se resume àquilo que é aprendido nela durante um determinado período de tempo. Transcendendo períodos e ultrapassando a relação

entre professor e aluno, esse processo de aquisição de conhecimento se desenvolve a partir de uma rede de relações e signos e dura uma vida inteira. Não se trata, pois, da *falta* de algo, de uma *ausência*, mas da *existência de diferenças*. Há, sim, uma falta, mas de compreensão do outro em sua *positividade concreta*.⁷⁸

Assim, antes de atribuir a determinado grupo uma imagem fundada no critério da falta, não condizente com sua *positividade concreta*, devemos nos perguntar se ela não está sendo projetada através de uma lente narcisista, desejosa de encontrar no outro aquilo que se considera como mais belo em si mesmo.

Por tudo o que dissemos até aqui, acreditamos ser imprescindível, para que os profissionais possam concretizar o respeito pela cultura Guarani e pelo sistema de saúde indígena, que ocorram iniciativas direcionadas a proporcionar o conhecimento necessário tanto para que eles possam trabalhar adequadamente em um contexto interétnico quanto para que possam balizar suas ações nas determinações contidas na PNASPI (2002).

* * *

O que foi apresentado até aqui, em referência às representações sociais ora analisadas e existentes entre os profissionais de saúde, permite fazer o balanço que se segue.

Tais representações sociais revelam um profundo desconhecimento, seja da cultura, em sentido geral, seja das concepções de saúde dos Guarani e do próprio sistema de saúde indígena, em particular. As conseqüências de tal desconhecimento são diversas e abrem um amplo campo de atuação para promover, em termos qualitativos, uma melhora das ações voltadas aos Guarani, no campo da saúde.

⁷⁸ A idéia de positividade concreta é utilizada por Sarti (2005) em contraposição a uma *representação "negativa"*, que realça no outro algo que lhe falta e manifesta uma visão dele como *o avesso do que deveria ser*.

Acreditamos que o conhecimento da cultura Guarani, somado a um breve contato com conceitos básicos de Antropologia aplicados à saúde indígena (tais como os de etnocentrismo e relativismo cultural), além de facilitar a inserção dos profissionais de saúde no circuito de trocas balizadas nas regras da reciprocidade — algo, a nosso ver, muito importante para o desempenho de suas funções —, serviria, por exemplo, para que os profissionais questionassem representações preconceituosas, como aquela segundo a qual o modo de vida dos Guarani aparece como anti-higiênico e, por conseguinte, como patogênico. Por sua vez, o contato com a história dos Guarani no Espírito Santo poderia demonstrar que, contrariando essas representações, algumas das doenças que acometem os Guarani, tais como a diarreia, além dos casos de alcoolismo — cujas causas têm um forte componente social — estão fortemente vinculadas à deterioração das condições necessárias ao modo de vida culturalmente prescrito dos Guarani, deterioração essa que não é de responsabilidade dos próprios índios.

Quanto à relação da biomedicina com o sistema de saúde Guarani, pôde-se constatar que, embora haja, aparentemente, por parte dos profissionais, certo grau de respeito às formas de auto-atenção indígenas, uma análise mais profunda de suas representações revela que elas se caracterizam pela assimetria e pela hierarquização dos saberes. Certamente, a subalternização do saber indígena, representado (conforme demonstramos acima) como portador de uma eficácia mais simbólica do que propriamente empírica, deriva também do desconhecimento das concepções de saúde próprias daquele povo. Como veremos na próxima seção, nas representações dos Guarani — que tomam como referência uma explicação do processo saúde/doença inserida no contexto cultural do grupo —, a medicina indígena é considerada essencial para a prevenção de doenças e a manutenção do bem-estar, além de ser vista como o único saber reconhecidamente eficaz para o diagnóstico e a cura de determinados tipos de doença.

Os dados analisados fornecem-nos indícios consistentes para tentarmos estabelecer uma ligação entre, de um lado, a omissão dos órgãos competentes em relação ao atendimento da demanda Guarani por um atendimento específico, capaz de integrar e reconhecer efetivamente a sua medicina e, de outro lado, as representações que os profissionais de saúde têm dos Guarani, expressas mediante o uso de termos

como “aculturados”, “miscigenados” etc., ou por meio de referências aos índios como portadores de uma cultura que já não é mais “pura”. Em tais representações, encontram-se as palavras-chave de uma retórica balizada no paradigma da falta, ora usada para legitimar um atendimento que em muito se assemelha àquele fornecido à população pobre da sociedade envolvente, ora utilizada como argumento para a negação do direito dos índios de terem atendidas essas demandas.

A prevalência do pressuposto da falta, que serve de base para a construção de uma identidade negativa do outro, desenvolve-se e perpetua-se principalmente em função do próprio desconhecimento que o sustenta. Isso significa que, na ausência de referenciais prévios para uma compreensão do outro em sua positividade concreta, aumentam as possibilidades de se buscar compreendê-lo como sendo o contrário do que deveria ser. Todavia, se considerarmos, uma vez mais, o caráter dinâmico das representações sociais, são grandes as possibilidades de apropriação desses novos referenciais pelo pensamento e, por conseguinte de uma ampla valorização do outro em termos do que ele realmente é.

4.2 AS REPRESENTAÇÕES EXPRESSAS PELOS GUARANI

4.2.1 A saúde como modo de vida: a relação com o outro orientada pela busca da paz

Para compreendermos o processo de construção das representações sociais de saúde entre os Guarani, bem como o movimento de elementos estruturais e estruturantes nele mobilizados, parece-nos muito pertinente o uso de sua analogia com o caleidoscópio.⁷⁹ Dessa maneira, é possível observar, com maior nitidez, como

⁷⁹ Semelhante comparação foi feita por Levi-Strauss (2002) para explicar como a lógica das classificações totêmicas constrói estruturas a partir de *pedaços e sobras*.

são formadas diferentes unidades semânticas a partir de distintos movimentos seqüenciais de elementos socioculturais, econômicos e políticos que compõem a estrutura social do grupo.

Embora não possamos ignorar a influência das informações resultantes do contato com a sociedade envolvente, os dados coletados no trabalho de campo e nas entrevistas revelam uma clara ligação entre a construção das representações sociais e um movimento de estruturas sociais e significados simbólicos que dificilmente poderia ser descrito com base em uma lógica linear. Desse modo, e como veremos adiante com maior profundidade, a representação social de certa doença, expressa pelos especialistas Guarani, pode mobilizar formas simbólicas historicamente construídas, juntamente com determinados bens simbólicos e demandas, para impulsionar ações com vistas a preservar o poder de conferir uma explicação da doença aceita pelo grupo e, a partir delas, proceder a uma tentativa de exercer maior controle sobre a agência ocidental com a qual mantêm contato.

O trabalho de campo e análise das entrevistas revelaram que a saúde aparece, nas representações Guarani, como um estado associado a algo relacionado à ontologia desse povo, a saber: a determinação, contida em seu modo de vida, para o relacionamento de pessoa para pessoa, de pessoa para com os seres da natureza e com a comunidade, balizado no respeito e na busca pela paz. Tal relacionamento termina por evidenciar o movimento de estruturas e significados que mencionamos acima, ao revelar-se como uma das principais condições para a alegria — um estado de espírito essencial para que a pessoa Guarani possa gozar de boa saúde.

É necessário esclarecer que, por se tratar de uma orientação, não há motivos, evidentemente, para se pressupor, de forma ingênua, que inexistam conflitos na sociedade Guarani e, menos ainda, que há uma relação de completa harmonia do grupo para com o meio ambiente. Entretanto, isso não nega o fato de haver, sim, motivos de sobra para atribuímos a tal orientação a existência de uma relação de maior tolerância entre os membros dessa etnia, em comparação com a sociedade envolvente, tolerância essa que, embora apareça de forma mais clara nas relações desdobradas no contexto da rede de parentesco, não deixa de se estender para além de seus limites. Para confirmar esse fato, acreditamos não ser necessária uma longa convivência ou um amplo domínio da extensa literatura acadêmica relativa aos

Guarani, pois, tão logo se constroem relações que permitam certo grau de intimidade, pode-se notá-lo com absoluta clareza. Assim, ao desfrutarmos da companhia dos Guarani na intimidade de seus lares, foi-nos possível observar, em algumas ocasiões, situações nas quais as pessoas, embora se deparassem com conflitos e intrigas, por vezes vinculadas a estratégias políticas que poderiam perfeitamente ser consideradas inadmissíveis em outro contexto, buscavam sempre a via do diálogo e do aconselhamento, num esforço contínuo para alcançar soluções pacíficas e restabelecer o equilíbrio social.

“[...] eu tenho a minha alma, o meu espírito — né? — e eu tenho que seguir e viver em paz. Eu tenho que viver em paz com as pessoas. [...] O meu espírito não aceita que eu fale algo que vá magoar uma outra pessoa. Se eu chegar, por exemplo, discutir com uma pessoa e dizer assim: ‘Você é um mau caráter’, e xingar a pessoa, e dizer que aquela pessoa está fazendo coisa errada, dizer que aquela pessoa não presta, que não sei o quê, eu vou estar magoando a pessoa. E, mesmo sendo verbal, o espírito da pessoa vai ficar triste, mas [...] meu espírito não aceita isso. Pode ser que minha boca mexe, meu corpo mexe quando eu estou fazendo gestos, ou então maltratando, ou dizendo qualquer coisa pras pessoas, mas, no fundo, no fundo, o meu espírito não aceita isso, né? Porque todos somos irmãos e [...] no ver espiritual indígena Guarani, nosso espírito foi aconselhado pra vir para essa terra fazer parte dum corpo, pra viver nessa terra, é ... bem ... viver em harmonia.” (Liderança indígena de Três Palmeiras)

“A saúde, pra mim, é primeiramente amizade e compreensão pelo outro e viver bem assim, é ... na aldeia conviver com os outros em paz.” (Liderança indígena de Piraquê-Açu)

Os depoimentos acima são exemplos que corroboram a construção de relacionamentos pautados na busca recíproca da paz e da harmonia como uma norma cuja inobservância pode ocasionar sérios abalos à saúde da pessoa, na medida em que isso implica causar tristeza, não de um tipo qualquer, mas aquela que atinge a alma, atrasando-a em sua busca terrena pela “perfeição”, única garantia de seguir o seu caminho de volta a *Ñhanderu* (divindade maior do *pantheon* guarani).

Em recente estudo junto às populações Guarani Mbya que vivem hoje no litoral do estado do Rio de Janeiro, Pissolato (2006) aborda a centralidade do ideal de longevidade nas práticas e discursos indígenas, demonstrando sua afirmação no contexto do ritual e da reza. A autora observa que um dos motivos fundamentais da

reza diária é evitar os excessos das pessoas, sobretudo aqueles associados a sentimentos como antipatia, irritação e enfurecimento contra o outro.

Ademais, como relatamos na terceira parte deste trabalho, as relações de amor, carinho e tolerância, bem como a busca do autocontrole emocional, tendo em vista evitar manifestações de cólera na presença dos filhos, são entendidas como pré-requisitos fundamentais para a saúde das crianças.⁸⁰

Outro indício que aponta na direção da importância das relações centradas no respeito, no amor e na busca da paz para a saúde Guarani encontra-se em comentários acerca de como deve ser a personalidade do xamã e o seu comportamento em relação aos outros. Quanto a isso, é importante notar que o prestígio que advém do reconhecimento desse especialista pode ser atribuído à eficácia de seu tratamento, a seu envolvimento e influência no campo da política, para os quais contribui sua inserção em uma extensa rede de parentesco, além de seu empenho e sua capacidade de estabelecer relações recíprocas do tipo que estamos abordando aqui.

“Então, por que todo mundo chama de deusinho, né? Então, aí não pode ... essa pessoa, esse curandeiro ele é todo ... de madrugada, levanta, já faz oração dele, pede pra Deus, tudo isso ele já vai pedindo prá Deus. Então, ele nunca pode ficar bravo, ele nunca pode xingar o outro, ele nunca pode maltratar aquela pessoa. Ele tem é que andar assim.” (Especialista de Boa Esperança)

“E os pajé [...] aí, ele já é preparado, já desde criancinha, já Deus mesmo prepara, né? Aí, vai crescendo, fica um homem, um rapazinho, aí ele já não anda bebendo, já não anda ... é ... fazendo mal aos outros, já não anda atrás de mulher prostituta, [...] é ... já vai andá na linha — né? —, andar como Deus quer. Aí, ele já tá preparado.” (Especialista de Três Palmeiras)

Quanto aos relacionamentos com os enfermos, estabelece-se um importante contraste entre o tratamento fornecido pelo xamã e aquele ofertado pelo médico. Conquanto possa variar em função do tipo de doença a ser curada, o atendimento feito pelo xamã geralmente requer um tempo muito maior do que pode durar a

⁸⁰ “Então, assim, pra que os filhos tenham uma boa educação, pra que as filhas e os filhos tenham assim, uma cabeça boa — entendeu? —, os pais têm que tá com a cabeça boa pra orientar seus filhos. Olhar seus filhos, pra encaminhar por um caminho seguro, pra que a pessoa tenha aquele conhecimento de amor e de alegria — né? —, pra que as pessoas vivam bem espiritualmente, entendeu? Está sempre ligado ao mundo espiritual, que é o Ñhanderu, falar com Deus, rezar, falar, respeitar as pessoas, respeitar a vida, respeitar tudo. Assim, a gente não fica doente! (Liderança indígena de Três Palmeiras)

maioria dos atendimentos na Unidade de Saúde, além de ter na conversa um componente indispensável para a eficácia do tratamento. Se, do ponto de vista não-indígena, podem ser facilmente compreendidas as razões pelas quais os profissionais da biomedicina encontram-se em desvantagem na referida comparação, os índios, por sua vez, tomam-nas como fundamento para as ferrenhas críticas feitas aos profissionais que realizam as consultas com muita rapidez, deixando, assim, escapar a oportunidade de reforçar relações de confiança e respeito aos índios e aumentando as possibilidades de ocorrerem erros nos diagnósticos.

Para o Guarani, viver respeitando as normas de conduta estabelecidas em seu modo de ser e de se portar diante do mundo é algo que está para a saúde tal como o desrespeito a elas está para a doença. Assim, percorrer as trilhas e caminhos da aldeia após o cair da noite pode trazer proteção e saúde se a pessoa estiver voltando da casa de reza, mas, por outro lado, pode igualmente acarretar-lhe uma completa exposição à influência dos espíritos maléficos, caso esteja retornando de locais situados fora dos limites da aldeia (tais como o “forró”, bares e outros tipos de clubes e festas regadas a bebida alcoólica) e que indicam uma atitude transgressora. No que tange ao espaço das aldeias, para evitar doenças, os Guarani consideram prudente manter-se afastados de locais sabidamente freqüentados por espíritos maus, geralmente aqueles onde ocorreram mortes e acontecimentos traumáticos para o grupo.

“... Até hoje mesmo, aqui mesmo, muitas pessoas não obedece, a gente fala, dá conselho pra não beber, assim ... bebida alcoólica e eles sempre bebe, vai lá fora. Então, isso aí que mais acontece.

Não pode andar de noite porque, então, isso que eu tava falando ... que, às vezes, a pessoa que não bebesse, às vezes, se andar de noite, então, aí, espírito mau vem e sempre não perturba aquela pessoa. Bom, é como a gente, por exemplo ... se tem uma casa de reza lá no Três Palmeiras, se a gente vai de noite ... Bom, volta — né? — pro lado de onze horas, meia noite, aí tudo bem, mas porque, aí, está com Deus, tá com Deus, já tá livre de espírito mau. Então, aí, tá com o espírito de Deus, Deus traz, Deus leva lá, pode ser de noite. Mas aquela pessoa que só vai lá fora, que vai no forró, que vai beber alguma bebida numa festa, assim ... porque é festa e vão, então, isto, é ... sempre vem com essas coisas de maldade.” (Especialista de Boa Esperança)

A própria forma de representar a doença proveniente do contato com espíritos maléficos como uma espécie de distúrbio desencadeador de atitudes

desagregadoras cumpre a função de manter a prevalência das relações pacíficas no convívio intergrupar.

“Então, aí, se o espírito mau toma conta daquela pessoa, já anda de qualquer maneira, briga, quer brigar, já quer fazer as coisas, maldade com as pessoas. Então, isso que é perturbada de espírito mau.” (Especialista Guarani, de Boa Esperança)

O aconselhamento consiste na principal forma de auto-atenção inserida no contexto dos recursos disponibilizados pelo próprio grupo. Sua eficácia foi realçada por todos os especialistas e lideranças indígenas com os quais tivemos contato, sendo utilizado no combate a essas doenças e ao alcoolismo. As ocasiões nas quais os índios reúnem-se para receber os conselhos do xamã são consideradas essenciais para o fortalecimento espiritual dos Guarani e, conseqüentemente, para sua saúde. Para explicar a importância desses eventos, os indígenas relatam que, ao proferir palavras belas e amorosas reveladas por *Ñhanderu*, o xamã os mantém alegres e fortalecidos, preservando-os, assim, da influencia dos maus espíritos e reafirmando a necessidade de viver conforme o seu modo de vida. Quanto a isso, chama muita atenção a forma serena — sem, no entanto, deixar de ser alegre — adotada não apenas pelo xamã nas reuniões de aconselhamento, mas também pelos pais e avós ao aconselharem seus filhos e netos tendo em vista proporcionar-lhes uma boa saúde.

“... então, os avós dá conselho, faz um reunião das meninas, dos rapazinhos que tá se formando ... é ... moças, rapaz ... Então, tem uma reunião assim só pra eles e os mais velhos. Os avós falam, chamam ali prá dar conselho, porque é prá não acontecer as coisas ruim, assim, pra não chegar esse espírito mau e perturbar aquela pessoa. Porque, se não obedecer, então o espírito mau sempre tá aí no mundo. Então, aquele que não obedece cai na mão do espírito mau. Aí, é o espírito mau que toma conta daquela pessoa.” (Especialista de Boa Esperança)

“[...] aí, o que os *yvyra’i ja* (pajés) faz, ele já é preparado por Deus, que Deus que dá revelação pra ele, fala assim: ‘Ó, fala pra essa pessoa pra andar direitinho, pra não andar errado, que Deus não gosta disso’, né? Aí, eles já têm essa palavra pra dar pras comunidades tudo, né? Aí, a comunidade tem que ouvir. [...] Então, pra isso Deus preparou — né? — o *yvyra’i ja Tenonde* pra que a comunidade ir crescendo com saúde — né? —, porque todas coisinhas trás doença pros índios. Aí, tem que andar assim! Só assim a pessoa não fica doente, né? (Especialista de Três Palmeiras)

As representações expressas pelos Guarani do modo de vida como sinônimo de saúde também remetem à relação que os seres humanos mantêm com a natureza.

Assim, os indígenas atribuem a incidência de certas patologias, como diarreia e doenças respiratórias, à degradação ambiental que os têm privado dos recursos naturais considerados primordiais para sua saúde.

As entrevistas e os relatos colhidos em campo revelam uma intensa preocupação com a poluição dos rios e, por conseguinte, com o efeito que o tratamento da água à base de cloro pode causar sobre a saúde dos Guarani; com o desmatamento, por reduzir drasticamente a possibilidade de uma alimentação saudável, aumentando a dependência do grupo em relação aos alimentos chamados *industrializados*, considerados causadores de doenças, bem como inviabilizando o já referido ideal de viver na mata, muito importante dentro da cosmologia Guarani; e, por fim, com a poluição, considerada como a principal causa de doenças respiratórias.⁸¹

“A saúde, pra nós, também está ligado não só na medicina, tá ligado na saúde e também na mente — né? —, que a gente sempre tem que ter água saudável e não cheia de cloro, tudo isso, né?” (Liderança indígena e especialista de Boa Esperança)

“Bom ... é que não é como antigamente. Antigamente, não tinha poluição, não tinha poluição de fábrica, essas coisas. Então, aí, adoecia assim de às vezes tá com febre, dor de cabeça [...]. Mas, como agora — né? —, muita poluição, já vem poluição da fábrica, todo o mundo inteiro. Então, ai afeta mais.” (Especialista de Boa Esperança)

“E, aí, os índios também ficam prejudicados, porque os animais vão embora, os rios que ficam dentro das aldeias também secam e, aí, não tem como o índio pescar e caçar, e como há destruição de floresta — né? —, ao redor das aldeias, o solo também acaba sendo empobrecido dentro até mesmo das áreas indígenas. Com isso, os índios não conseguem sobreviver adequadamente como era antigamente — né? Aí, acaba então fazendo artesanato, ou então vendendo coisas que ainda tem — né? —, que ainda conseguem tirar da terra e com isso vai. Quando pegam dinheiro, acaba indo pro supermercado comprando alimentos — né? —, já industrializados e isso acaba trazendo pro índio a doença. Os índios Guarani, por exemplo, comem comidas naturais, o beiju feito de trigo, come o milho, come a batata-doce, come a banana, come a mandioca, o aipim — né? —, coisas da floresta, mesmo, da mata, mesmo, tem é mamão. Consomem isso, mas também consomem a comida da cidade. Então, talvez isso ajuda o índio a não ter muita doença, ao contrário dos nossos parentes Tupiniquim, que usam bastante a comida industrializada. Então, isso acaba trazendo a eles mais doenças, entendeu? Não têm tanta defesa contra essas coisas causadoras, né?” (Liderança indígena de Três Palmeiras)

⁸¹ Como se pode notar na fala de um de seus especialistas, o ar, para os Guarani, é um veículo, que transporta várias coisas, entre elas, a doença (CICCARONE, 2001).

Com base nos excertos acima, podemos inferir que os Guarani procuram explicar os agravos na saúde do grupo de um modo substancialmente diferente dos profissionais de saúde. Em seus discursos, os indígenas enfatizam o desdobramento de eventos cujas gênese e dinâmica encontram-se atreladas às demandas da sociedade envolvente, às quais se opõem de modo flagrante. No que concerne à alimentação, cabe destacar o uso de uma versão que se mostra alternativa àquela marcada pela falta, por ressaltar o consumo de alguns alimentos naturais inseridos na cultura Guarani como fator determinante para a maior resistência desses índios a doenças, em comparação com os Tupiniquim.

Corroborando a importância atribuída às pressões da sociedade envolvente nas explicações dos agravos à saúde dos Guarani, a cidade é representada como um espaço causador de doenças. Nessa linha argumentativa, um dado importante a ser observado é que quatro entre os sete indígenas entrevistados mencionaram a proximidade da cidade como um fator de influência decisiva para a chegada de enfermidades às aldeias. Essa consideração encontra-se em consonância com aquela segundo a qual a saúde está vinculada ao modo de vida Guarani, na medida em que a cidade aparece como um espaço aglutinador de pressões e comportamentos contrários a esse modo de viver. Estabelece-se, pois, a oposição aldeia/cidade, a primeira sendo representada como o lugar da alegria, da mata, de proteção, do fortalecimento espiritual e de uma vida em melhores condições ambientais, enquanto que a cidade, por sua vez, é percebida como o lugar da tristeza e do risco, um espaço capaz de potencializar comportamentos transgressores e, sobretudo, no qual ocorre uma intensa degradação ambiental.

“Então, isso, agora, como muita cidade ... né? Às vezes, eles vão pra ... aqui é perto da cidade, [...] então, às vezes, vão lá Santa Cruz, ali em Mutirão, eles bebem, chega assim, hora da noite. Então, isso não é bom pra o povo Guarani. Então, é isso!” (Especialista de Boa Esperança)

“Mas aí são aldeias que ficam distantes das grandes cidades e bairros — né? — e aí, então, esses índios ficam mais é ... guardados — né? — , mais prevenidos contra essas doenças que existem aí. [...] Hoje, os rios já estão poluídos porque o homem branco, o esgoto dele vai direto pras águas — né? — e depois vai pra praia. Então, essas águas passam perto das aldeias e, aí, os peixes já são doentes, a água já é poluída, né? Mesmo que façam poço artesiano, se não tiver tratamento, também corre o risco de pegar uma doença — né? — , que futuramente pode dar câncer, pode dar qualquer tipo de doença nas pessoas. E assim o ar também, que é tão poluído — né? — , que perto das aldeias já existem

indústria. É o caso nosso aqui no Espírito Santo com a fábrica Aracruz Celulose — né? —, que todo momento há poluição no ar, né? [...] Aliás, não foi o índio que foi até à cidade, foi a cidade que foi chegando — né? —, a população vai crescendo, o homem branco multiplica cada vez mais do que os índios e, aí, vão fazendo casas em volta das aldeias, em volta dos limites de áreas indígenas e acaba trazendo transtorno para os índios. De uma forma ou de outra, traz de qualquer maneira violência, existe doenças sexualmente transmissíveis e outras mais, que acabam atingindo, de qualquer modo, a população indígena.” (Liderança indígena de Três Palmeiras)

Associados à proximidade com a cidade, aparecem, nos discursos dos índios entrevistados, temas como o alcoolismo e os problemas sociais atrelados, principalmente a violência; o risco de doenças sexualmente transmissíveis, a redução de suas áreas e dos recursos naturais necessários para sua sobrevivência, a dependência de alimentos considerados não-naturais e prejudiciais à saúde, a falta de plantas medicinais e a poluição dos rios e do ar.

Respaldando-nos em tudo que foi exposto até aqui, podemos afirmar que, contrariando as representações expressas pelos profissionais de saúde, o modo de vida, para os Guarani, certamente está longe de significar algo capaz de facilitar a contração e/ou a proliferação de enfermidades, sendo, antes, considerado como uma fonte inesgotável de saúde, conforme atesta o fato de esses índios, por vezes, falarem sobre saúde como se falassem sobre seu modo de vida, e vice-versa.

4.2.2 O velho jogo das oposições binárias: alegria e saúde X tristeza e doença

Nas representações que os Guarani expressam acerca da saúde e da doença, a oposição entre alegria e tristeza equivale a um princípio estrutural. Para que pudéssemos chegar a tal conclusão, contribuiu de forma decisiva a proposição teórica formulada por Levi-Strauss (2002) segundo a qual o pensamento selvagem, tomando por base oposições binárias, atua no sentido de estruturar a totalidade. É necessário esclarecer, desde já, que, diante da impossibilidade de separarmos ação

de representação, ao organizar as representações, a lógica de oposições define também o campo das relações humanas (SARTI, 2005).

Destarte, entre os Guarani, a oposição entre alegria e tristeza deve ser compreendida como parte da estrutura das relações humanas, naturais e sobrenaturais, englobando, assim, em um mesmo sistema de comunicação, as relações entre seres humanos e destes com os seres da natureza e com os deuses e os espíritos.

A considerável freqüência com a qual os Guarani fazem uso das palavras “alegria” e “saúde” como se fossem sinônimas e, de forma similar, empregam as palavras “tristeza” e “doença” sem fazer maiores distinções entre seus significados, por si só, já mereceria, de nossa parte, um grande esforço na tentativa de compreendê-la. Apenas a título de ilustração, podemos citar a fala de uma mulher da aldeia de Três Palmeiras. Após revelar que dois de seus filhos estavam hospedados na casa de parentes em uma das aldeias Guarani no estado de São Paulo e que os meninos estavam impossibilitados de voltar por falta de recursos financeiros para custear as passagens, disse, demonstrando muita aflição, que eles estavam “começando a ficar tristes”. Depois, aparentemente explicando-se, afirmou: “Eles estão começando a ficar doentes”.⁸²

O valor atribuído ao estado de alegria entre os Guarani pode ser medido por meio de atitudes e práticas que vão desde as mais corriqueiras e cotidianas, como caçar do não-índio em Guarani para que ele não compreenda, até as mais importantes, como os rituais na casa de reza (*opy*), ocasiões nas quais eles rezam e cantam para espantar a tristeza e perpetuar a alegria.⁸³ Os rituais de dança, os cânticos e as

⁸² A associação entre doença e tristeza foi identificada também em um recente estudo realizado por Pellon (2008, p. 153): “Contudo, a doença manifestada como sentimento de tristeza ou impotência perante a situação restritiva de se viver a saúde em sua dimensão cultural ampla foi descrita como uma importante categoria atual, assim como já havia sido abordada com relação aos tempos pretéritos. A tristeza mórbida dos Guarani Mbyá é uma resposta evidente à desestruturação das bases simbólicas que sustentam a vida social e asseguram o fortalecimento espiritual do grupo contra as ameaças da desordem terrena [...]”

⁸³ “Então, assim, existe cânticos para tudo, cânticos de agradecimento — né? —, o cântico que já é uma oração — né? —, que faz bem o espírito. O índio canta quando tá triste pra se alegrar e, se tá alegre, canta porque é muito bom pro espírito, e o espírito sempre tem que tá limpo, o sentimento, o amar, o coração sempre tem que tá ativo, mas numa coisa positiva. Não pode estar ligada numa coisa negativa, porque, quando é ligada numa coisa negativa, ai, então, a pessoa fica doente — né? —, o espírito fica doente e o corpo também acaba ficando doente.” (Liderança indígena de Três Palmeiras)

rezas são considerados essenciais para a saúde, por fortalecerem e alegrarem o grupo, bem como por afastarem os sentimentos de raiva e de dor. Na medida em que esses sentimentos impedem o *ficar alegre*, eles se opõem ao bem-estar das pessoas, podendo levar ao fim da vida (PISSOLATO, 2006). Ao nos indagarmos sobre o que representaria a vida longe dessas condições, não há como não pensar nos benefícios dessas representações para a integração social do grupo.

A análise das entrevistas também demonstrou, com absoluta clareza, que a oposição entre alegria e tristeza, por vezes, aparece ocupando o lugar daquela entre saúde e doença.

“Não sentia dor, não sentia nada, porém, tava emagrecendo. As pessoas que me conhecia falava: ‘Poxa, você tá emagrecendo.’ O que é que tá acontecendo comigo? Ai **eu ficava, assim, triste com nada, não tinha nada**, aí, assim, ouvi na minha cabeça, alguma coisa assim, que eu tinha que ir para o pajé, e eu tava viajando pra outra cidade também. Aí, eu fui lá pra casa de reza e me apresentei para o pajé. [...] **Aí, me viu aí, daí, foi e agora tô feliz, hoje.**” (Agente Indígena de Saúde)

“Então, se o meu espírito acabou não aceitando aquela coisa, aquele episódio que aconteceu, **eu vou ficar doente. Se o meu espírito ficar triste**, as conseqüências ... né? Aí, então, meu corpo fica fraco, e aí que é a hora que a gente acaba ficando doente, o nosso corpo fica doente, você fica ferido, né? **O seu espírito tá ferido, tá triste e o seu corpo também fica triste.** Aí, então, você corre o risco de ter várias doenças: primeiro, doença espiritual; depois, segundo, doença corporal.” (Liderança indígena de Três Palmeiras)

“Aí, eu me lembro que a minha avó falava assim: ‘quando você joga a placenta assim jogando, **criança fica triste, criança fica doente**, e não pode fazer’.” (Liderança indígena de Piraquê-Açu)

Conforme podemos observar nos excertos acima, a doença é representada como um estado de tristeza, ao passo que estar feliz aparece ocupando o lugar do estar com saúde.

Como não poderia deixar de ser, o impacto dessa oposição se faz sentir no próprio sistema de classificação de doenças presente no pensamento do grupo. Assim, uma categoria de doença espiritual considerada muito grave pelos Guarani é chamada de “espírito triste”. No tocante à gravidade dessa doença, um especialista da aldeia Boa Esperança nos disse que, nos casos em que o doente está com “espírito triste”, se o

diagnóstico não for feito a tempo, não haverá nada que o xamã e o médico, por mais competentes que sejam, possam fazer, pois, segundo suas próprias palavras “Se está com ‘espírito triste’ e não procurar logo ajuda do pajé, ai não tem jeito: vai morrer, mesmo”. Essa doença é contraída em função do contato com espíritos maléficos,⁸⁴ os quais não podem ser vistos por ninguém a não ser pelo xamã. Somente o xamã é capaz de, no ritual de cura através da reza e dos cantos, comunicar-se com *Ñhanderu* pedindo-lhe para revelar aquilo que os outros não podem ver. Continuando sua explicação, o especialista emendou: “Nesses casos, não adianta cortar, como os médicos gostam de fazer, pois ninguém consegue descobrir nada a respeito. Somente o pajé pode curar esse tipo de doença.”

“Eu posso até falar um pouco sobre a cura, porque, muitas vezes, a doença — né? — também não é só fisicamente. Então, a doença também pode estar sendo através do espírito, né? [...] O poder da cura está no espírito, também. Então, muitas vezes, tem uns que pode ser curado através do remédio natural e têm outros que é através dos curandeiros, os curandeiros Guarani que têm que cuidar.” (Liderança indígena e especialista de Boa Esperança)

“Antes, a gente não tinha o pajé, aqui, específico pra isso. A gente tinha que correr atrás do pessoal pra trazer um pajé lá de São Paulo pra tá vindo pra cá, dando batizado às crianças e também às pessoas adultas que têm **doença espiritual, que, às vezes, não é feliz, fica triste, né?** Aí tem que passar por isso, também.” (Agente Indígena de Saúde)

A capacidade de ver aquilo que não pode ser visto pelas pessoas comuns é atribuída à erudição do xamã e ao fato de ele representar o papel de um escolhido por *Ñhanderu* para curar as pessoas. A soma desses fatores resulta em grande parte do capital simbólico⁸⁵ possuído pelo xamã, que serve de base para sua legitimidade e prestígio social.

A oposição entre alegria e tristeza parece-nos estar ligada também à maneira pela qual os índios representam o hospital como um lugar de tristeza. Em tal representação, a aldeia, certamente, é pensada em contra-referência ao hospital, como o lugar de alegria, em virtude da presença, ali, de fatores como a inserção em

⁸⁴ “Que, se um espírito desses encostar numa pessoa, a pessoa amanhece triste, amanhece mal, amanhece com febre, amanhece doente e não sabe por que que tá doente.” (Liderança indígena de Três Palmeiras)

⁸⁵ É relevante, para nossos propósitos, a conceituação de capital simbólico como a legitimação e o reconhecimento atribuídos pelo grupo a uma pessoa em função da confiança nela depositada. (BOURDIEU, 2007).

uma rede de proteção, a prática cotidiana da reza e dos cantos e a possibilidade de comunicação na língua materna.

Alguns dados etnográficos são muito ilustrativos dessa forma de representar o hospital. Em uma das ocasiões em que visitamos as aldeias, uma liderança indígena falou sobre a morte de seu irmão, deixando mulher e filho quando era ainda muito jovem. Conforme nos disse, seu irmão não aparentava ter uma doença muito grave quando deixou a aldeia para ir internar-se no hospital, mas, assim mesmo, saiu morto da instituição hospitalar. Como explicação para o ocorrido, observou que o irmão não tinha por hábito sair da aldeia, o que pode ter sido determinante para que, ao ser internado, fosse “tomado” por um mortal sentimento de tristeza provocado pela condição de “estar preso” em um lugar tão triste como o hospital.

Essa representação é de suma importância para compreendermos a resistência de alguns índios ao serem encaminhados ao hospital, bem como o fato de que, mesmo no caso daqueles que para lá vão de boa vontade, não gostam de permanecer internados lá por muito tempo. Voltamos, assim, à associação entre oposição, pensamento, representação e ação humana.

“A gente teve dois casos aqui de pacientes assim, inclusive gravíssimo, e eles não estavam querendo aceitar o atendimento médico, mas, na maioria das vezes — né? —, é aceito de bom grado. Só não gostam de ficar muito internado, não gostam de ficar muito tempo. Eles têm os limites deles, também, entendeu?”
(Profissional de saúde)

Entretanto, o assunto não se esgota aí, pois, subjacentes à resistência de alguns Guarani à internação e aos encaminhamentos para o hospital, além da representação deste tipo de instituição como um lugar de tristeza, encontram-se ainda dois outros fatores igualmente importantes e, a nosso ver, indissociáveis, quais sejam: o histórico de manifestações de preconceitos contra os índios nesse local e os constrangimentos causados pelas dificuldades de comunicação por parte dos índios que só falam o idioma Guarani.

As situações nas quais os índios defrontam-se com o preconceito de profissionais de saúde nos hospitais, embora tenham sido amenizadas pela presença do Agente Indígena de Saúde (AIS) e pelos esforços dos órgãos competentes para coibi-las,

ainda continuam acontecendo com alguma freqüência, conforme denunciam os índios.

“No ultimo dia que eu fui no hospital, a minha menininha estava com dor de barriga, diarréia feia. Aí, lá dentro do hospital, eu briguei um pouquinho com o doutor, lá com o doutor [sic], porque ele não tava atendendo. Como já tinha criança, aí no último era ela, a minha menina, aí ele saiu, foi embora. Aí, esperei quase duas horas. A minha menina tava com dor, dor, dor. Aí, depois que ele chegou pra atender a gente. [...] Aí, a recepcionista falou assim: ‘Então, o doutor está descansando um pouquinho’. Depois de duas horas e pouco, ele veio atender. [...] Eu falei pra enfermeira: Talvez não queira atender nós, né?” (Liderança indígena de Piraquê-Açu)

Situações como essas têm contribuído para aflorar nos índios um sentimento que os leva a estabelecer uma linha tênue entre a desconfiança e a realidade. Esse sentimento pode ser identificado nos momentos em que, ao falar sobre o assunto, ressaltam o quanto são capazes de enxergar o preconceito por meio de um simples olhar. Indubitavelmente, trata-se de mais uma de suas capacidades desenvolvidas bem ao estilo de um saber concreto. Cabe lembrar, uma vez mais, conforme mencionamos na terceira parte desta dissertação, os impactos negativos na identidade de grupos marginalizados e/ou subalternos, provocados pelo que Jodelet (2002, p. 65) chama de “aprendizagem da discriminação”.⁸⁶

“É, a gente vê uma pequena melhora aí — né? —, mas os que vão ainda sofrem preconceito. Sofrem preconceito devido ser índio, né? Então, as pessoas olham para o índio assim, de um jeito ... ah, não sei ... não sei o que as pessoas pensam, mas **têm um olhar de preconceito**. Os índios já são desconfiados e já vê o preconceito no olho da pessoa.” (Liderança indígena de Três Palmeiras)

“Mas ... porém, tem algumas pessoas que é funcionário novo, né? Aí, chega lá e, às vezes, tem preconceito conosco, né? Aí, às vezes, tem que [...] explicar. Aí, **às vezes, olha assim** ... parece que nem conversa direito, né? Aí, a gente tem que ficar de olhos abertos por causa disso, também, né?” (Agente Indígena de Saúde)

Aliados ao preconceito do não-índio, aparecem também os sentimentos de vergonha e constrangimento entre os indígenas, e que se expressam não apenas nos hospitais, mas também na Unidade de Saúde de Boa Esperança, em consequência dos problemas de comunicação entre os profissionais de saúde e aqueles indígenas que não dominam o Português.

⁸⁶ No tocante ao Hospital São Camilo, às discriminações somam-se problemas como faltas e falhas de diagnósticos em casos de óbitos, infecções hospitalares e problemas de relacionamento entre os indígenas e os médicos e enfermeiros do hospital (GT/FUNAI, 2004).

“Então, eles têm essa resistência. Por exemplo, teve famílias que chegaram recentemente de São Paulo e eles não conversavam o Português. Quer dizer, a gente tentava pelo menos o nome, até ficava meia hora pra tentar arrancar o nome da pessoa. A gente ficava assim: ‘Por favor, seu nome’, e o Agente de Saúde conversando em Guarani, junto.” (Profissional de saúde)

“Às vezes, sentem vergonha de ir para o hospital ... é ... vergonha de falar com o branco — né? Nem falam Português direito, é por isso.” (Agente Indígena de Saúde)

Quanto a isso, consideramos oportuno esclarecer que a língua é, para os Guarani, algo cuja importância dificilmente poderia ser retratada nos limites desta dissertação. Contudo, não poderíamos deixar de mencionar que, além de representar uma importante “fonte de orgulho” para esse povo, o idioma Guarani se converte em valorosa moeda de troca no mercado de bens simbólicos estabelecido com a sociedade envolvente. Assim, nota-se facilmente, entre os Guarani que vivem no Espírito Santo, o mais profundo zelo no trato com a língua e os profundos esforços dispensados com vistas a preservá-la. À exceção da comunicação com o não-índio, o Português raramente é utilizado, além de ser vetado para as crianças com até seis anos de idade. Ademais, observa-se sua importância também, de uma forma muito rica, no próprio sistema de saúde desse povo. Assim, atos como os de entoar os cânticos curativos, de rezar e de ouvir a orientação professada através das “belas palavras” divinas — os quais são imprescindíveis para a saúde e o estado de alegria (que, conforme observamos anteriormente, está ligado ao bem-estar do grupo) — certamente não seriam possíveis sem a preservação de seu idioma.

Corroborando a importância do idioma Guarani de uma forma geral e, sobretudo, para a saúde, uma liderança indígena, misturando indignação e ironia, relatou o quanto a incomoda não poder utilizar o seu “nome natural” (obtido no batismo (*ñemongarai*) e considerado fundamental para a saúde da pessoa) no registro civil de nascimento, assim como a forma pela qual os não-índios proclamam tal impedimento através de comentários queixosos — tais como: “Ah, tem que falar a língua do branco” —, geralmente proferidos após a pronúncia do nome indígena em Guarani.

Constata-se, assim, que a saúde é, para os Guarani, algo que, para além de um bem-estar meramente biológico-corporal, abrange também processos socioculturais

que permitem aos indivíduos até mesmo algo considerado imprescindível, qual seja: gozar de um certo estado de espírito.

4.2.3 Doença espiritual e doença de “*juruá*”: o poder simbólico da atribuição do sentido

Os relatos das lideranças indígenas e dos índios que compõem o corpo de especialistas do seu sistema de saúde revelam que, ao distinguir as doenças de *juruá* (branco) das doenças de índio (as quais também costumam chamar de doenças espirituais), os Guarani atribuem uma relevância maior à segunda categoria.

A ênfase dada à doença espiritual pode ser confirmada pelo fato de os indígenas a considerarem, dentre outras coisas, como uma espécie de “porta de entrada” para as outras enfermidades corporais, que também se traduzem como doenças de branco. Nota-se, entretanto, que a capacidade extraordinária de provocar e/ou facilitar o surgimento de outras enfermidades é peculiar aos males do espírito. Logo, o Guarani que padece desse tipo de doença pode, em função disso, vir a ser acometido também por doenças de branco. Contudo, se a situação fosse inversa, o mesmo não sucederia. Ou seja: caso sofresse de uma doença de branco, ele não correria qualquer risco de evoluir para um quadro de doença espiritual.

“A doença é causada não só por essa ... pelo que eu falei anteriormente — né? — sobre indústria, sobre outras coisas, às vezes quando uma pessoa tá doente, é ... tá doente corporalmente porque primeiro o espírito foi atingido. Se a pessoa está doente espiritualmente — né? —, com certeza vai estar doente espiritualmente e também, por estar doente espiritualmente, a pessoa está doente também corporal.

[...] pra tá bem de saúde, tem que tá bem de espírito, pra tá bem de espírito pra não ser atingido é ... e pode até ficar doente por uma virose, ou alguma coisa assim, mas coisas leves, entendeu? Mas, se tiver com doença espiritual, aí fica muito mais fácil ter doença da pesada, entendeu? Porque a pessoa pode se embriagar, estar triste, pode se machucar, cair e se machucar, ou, então, pode

maltratar as pessoas, né? E a doença fica muito mais fácil não só nesse sentido que eu tô falando, mas geral, a pessoa fica doente e pode morrer.” (Liderança indígena de Três Palmeiras)

Para melhor compreendermos o modo de interpretar a doença espiritual que é hegemônico entre os Guarani, é preciso considerá-la, de um lado, como o resultado de operações intelectuais realizadas para suprir um intenso desejo de ordenação da realidade (LÉVI-STRAUSS, 2002) e, de outro lado, como resposta aos interesses do corpo de especialistas e lideranças de preservarem o *status* derivado de sua condição de detentores do saber no campo da saúde e de buscarem maiores participação e controle dos serviços ofertados pela medicina ocidental.

Destarte, podemos inferir que, ao enfatizar a doença espiritual, seja pela gravidade que a caracteriza, seja pela já referida incapacidade da biomedicina de lidar com ela, os Guarani procedem a uma mobilização do seu capital simbólico, tendo em vista garantir, dentro do próprio grupo, a hegemonia do sistema de saúde Guarani no campo de poder composto juntamente com o sistema ocidental, para, partindo de tal hegemonia, buscar uma transformação, no âmbito externo, das relações de força que se processam nesse campo.⁸⁷

Claro está que, em sua luta pelo controle da agência ocidental — luta que pode ser também entendida como uma *guerra de sentidos* —, os indígenas valem-se, inclusive, do uso do poder simbólico de impor significações, ou, melhor dizendo, de impô-las como legítimas.⁸⁸

Portanto, ao representar a doença espiritual como uma das causas dos males que se incluem na categoria de doenças de branco, os Guarani constroem uma explicação para as últimas, coerente com sua própria cultura, ao mesmo tempo em

⁸⁷ Valemo-nos, aqui, de uma noção de *campo* proposta por Bourdieu (2007), como espaço onde se defrontam diferentes agentes e instituições em lutas simbólicas pelo poder simbólico, algo que ocorre inclusive pela mobilização de diferentes formas de capital (econômico ou simbólico).

⁸⁸ O conceito de poder simbólico, do qual nos valemos aqui é definido por Bourdieu (2007, p. 14-15) da seguinte forma: “O poder simbólico como poder de constituir o dado pela enunciação, de fazer ver e fazer crer, de confirmar ou de transformar a visão do mundo e, deste modo, a acção sobre o mundo, portanto o mundo; poder quase mágico que permite obter o equivalente daquilo que é obtido pela força (física ou econômica), graças ao efeito específico de mobilização, só se exerce se for reconhecido, quer dizer, ignorado como arbitrário. Isto significa que o poder simbólico não reside nos sistemas simbólicos, em forma de uma ‘força de elocução’, mas que se define numa relação determinada — e por meio desta — entre os que exercem o poder e os que lhes estão sujeitos, quer dizer, isto é, na própria estrutura do campo em que se produz e se reproduz a *crença*.”

que enfatizam a necessidade de uma maior atenção por parte da FUNASA à suas demandas no campo da saúde.

Em consonância com a necessidade premente de transpor os obstáculos que impedem a articulação entre os saberes indígenas e ocidentais, um importante dado etnográfico a ser citado refere-se à importância consensualmente atribuída pelo grupo ao xamã no que tange, sobretudo, à determinação do diagnóstico e do tratamento a ser indicado nos casos de doenças do espírito.

“Porque, muitas vezes, algumas doenças que era prá ser curado na aldeia, às vezes, quando leva pro hospital, o doutor não sabe o que ele está sentindo. Se for levar só pro hospital, aí, muitas vezes alguns Guarani não têm como voltar do hospital. Pode voltar morto, né? Porque até a própria, a medicina lá não pode tá ajudando ou pode ser o espírito.” (Liderança e especialista indígena de Boa Esperança)

“[...] tem que ir nas casas de reza porque, primeiramente, o pajé vai saber se a pessoa tá doente espiritualmente, né? Se for coisa espiritual, o pajé já resolve. Se for doença corporal, ele vai falar: ‘Olha, essa doença você vai curar lá na cidade, ou lá no Pronto Socorro, lá no Posto Médico [...]’.” (Liderança indígena de Três Plameiras)

É necessário ressaltar que a importância atribuída ao xamã, embora realçada nos casos de doença espiritual, não se limita a esses casos. Pelo contrário, ela é amplamente reconhecida pelo grupo no âmbito da saúde e, até mesmo, em assuntos de outras esferas da vida social, sobretudo no tocante às questões políticas.

No que concerne à relação entre os sistemas de saúde indígena e ocidental, os Guarani reivindicam o reconhecimento da equivalência do saber do grupo àquele da biomedicina. Assim o demonstra o fato de quatro entre cinco dos especialistas e lideranças indígenas entrevistados referirem-se ao pajé como portador de conhecimentos que permitem equipará-lo à figura de um doutor (médico). Certamente, ao se referir ao pajé como um doutor, fazem-no como forma de afirmação de um sentido portador de notável eficácia simbólica no campo da saúde.⁸⁹

⁸⁹ Vale lembrar que o uso do termo “pajé”, considerado negativo pelos Guarani, por indicar o feiticeiro, é aqui usado por eles para falar com o não-índio, na língua do branco.

Os indígenas defendem que, embora atue de modos diferentes e, até mesmo, para certos casos, em questões diferentes (doenças de branco e doenças de índio) da medicina ocidental, o saber empírico (ou, melhor dizendo, concreto) — desenvolvido por meio de um processo caracterizado pela realização de operações analógicas no curso de sua história, transmitido geração após geração e adquirido pelo pajé por meio de uma aprendizagem cuja duração se conta aos anos — deve ser considerado no mesmo patamar de complexidade daquele recebido pelo médico em sua trajetória acadêmica e profissional. É importante abrirmos um pequeno espaço para esclarecer que, apesar da referência a um aprendizado, os Guarani não deixam de enfatizar que o treinamento por si só não é capaz de formar um xamã, haja vista que tornar-se xamã não é uma escolha dos homens, mas de *Nhanderu*, divindade que atribui ao homem capacidade e inspiração imprescindíveis para a intervenção desse especialista no processo saúde e doença.⁹⁰

“[...] Porque, pra nós, os médicos, dentro do nosso saber, era os nossos curandeiros — né? —, a pessoa que cuida de como fazer a medicina natural pra nossas comunidades. Então, a pessoa que faz esses remédios que faz a pessoa ficar bom de novo — né? — de alguns problemas de saúde ... então, essas pessoas é reconhecido como um médico, como um doutor da nossa tribo. Então, mesmo que ele não tenha diploma, mesmo que não tenha o estudo na faculdade, mesmo que ele não tem isso, mas as comunidades reconhecem ele, [...] como uma pessoa muito sábia, né? Então, não precisa de ter um diploma pra dizer que ele é um doutor: as comunidades reconhece.” (Liderança e especialista indígena de Boa Esperança)

“Bom, curandeiro ele é tipo um médico, um médico mesmo, um curandeiro. Então, ele já desde pequeno, de rapazinho, ele vai andar com o pajé, então aí ele vai ... já vai aprendendo o que o pajé manda, fala assim: ‘Traz aquele folha, traz aquele raiz pra gente fazer’. Então, aí, já vai aprendendo, e se às vezes vai curar aquela pessoa, então ele tem que pegar um cachimbo também pra cachimbará ali. Então, é assim que é pra ser um pajé, pra ser um curandeiro. Ai, já vai aprendendo desde pequeno. Aí, quando ele já vai por volta de vinte anos pra cima, ele já pode ... já é um pajé formado, já.” (Especialista indígena de Boa Esperança)

O significado político da reivindicação pela equivalência dos saberes na relação com a biomedicina revela-se com clareza ainda maior na luta para que a FUNASA reconheça a importância do xamã no contexto da saúde Guarani. Em relação a tal luta, consideramos oportuno relatar que, por volta de um ou dois meses antes de

⁹⁰ A respeito dos múltiplos sentidos atribuídos pelos Guarani ao falarem sobre a sabedoria xamânica (*arandu porá*), consultar Ciccarone (2001).

iniciarmos o trabalho de campo, os Guarani reivindicavam à FUNASA a aprovação de um recurso financeiro destinado ao custeio das passagens de um xamã, que vivia em São Paulo e de lá se deslocaria juntamente com a família, para morar na aldeia de Três Palmeiras. Buscando fundamentar esta reivindicação, os indígenas tomavam como principal linha argumentativa a importância da vinda desse especialista para atender a demandas que, segundo suas próprias concepções, são imprescindíveis à saúde do grupo, tais como a realização de batismos, reuniões de aconselhamento e rituais de cura, bem como a promoção das práticas cotidianas destinadas a preservar e fortalecer o bem-estar das pessoas (reza e canto). Quando essa solicitação foi apreciada, os Guarani esbarraram nos entraves burocráticos que serviram até mesmo para embasar as alegações da FUNASA de que não havia recursos disponíveis para serem gastos dessa forma. Diante da indiferença manifestada pela FUNASA, os próprios indígenas fizeram, segundo suas palavras, uma “vaquinha” para arcar com as despesas da viagem do xamã, viabilizando, assim, sua vinda para a aldeia de Três Palmeiras.⁹¹

Cientes de que a FUNASA vem realizando em outros estados, como Rio Grande do Sul e São Paulo — nesse último, estão localizadas aldeias Guarani com as quais mantêm alianças fomentadas mediante laços de parentesco —, uma gestão mais aberta tanto a demandas como as que acabamos de citar quanto à participação dos indígenas na gestão dos serviços por ela disponibilizados, os Guarani demonstram acentuada indignação quanto à postura daquele órgão em relação aos índios aldeados no Espírito Santo.

Em algumas aldeias do Brasil, em algumas aldeias Guarani, por exemplo, em São Paulo, a FUNASA parece que tá trabalhando, começando a trabalhar bem com os índios Guarani, lá. Porque parece que a FUNASA ... ela tá financiando projetos, nesse sentido aí, de tá mandando o pajé pras aldeias, né? Porque tomaram na consciência de que o pajé também é um doutor, doutor espiritual. Lá em Rio Grande do Sul, em Santa Catarina, me parece que a FUNASA tá tendo um bom trabalho também, entendeu? Agora, aqui no Espírito Santo e na Bahia, tem uma situação semelhante — né? — assim ... nessa parte. A gente já falou sobre esse

⁹¹ “A FUNASA: ‘Não, a gente não tem recurso prá isso, e a gente vai solicitar à FUNAI, a FUNAI também tá aí pra atender’. Mas só que nem a FUNASA nem a FUNAI não atendeu esse pedido. Então, solicitamos, e agora solicitei de novo, diretamente. Conversei com a pessoa responsável — né? — e essa pessoa falou: ‘Não, vamos ver, vamos ver como é que é esse caso, e tal’. Então, vamos ver, porque aí é uma coisa que já começa a querer dizer: ‘Ah, não consegui porque isso não está aprovado no regulamento da FUNASA’. E até isso eles dizem, né?”

assunto de pajé aqui e as pessoas ouviram e nunca deram resposta, nunca falaram assim, que é importante, né? [...] E esse assunto de tá financiando, trazendo o pajé, dando uma passagem de ônibus pra trazer, porque o gasto é pouco. Não custa nada fazer um documento, um relatório: ‘esse recurso foi utilizado para tana, na, na, na’ e prestar conta. (Liderança indígena de Três Palmeiras)

“[...] É essa questão, a gente sempre correu atrás [...] da FUNASA para que eles vissem esse lado também, que nós Guarani acreditamos muito no pajé, né? E, por exemplo, essa aldeia Três Palmeiras ... ela é esquecida por esse lado — né? —, porque o pessoal ... a gente sempre fala muito: ‘Poxa vida, a gente queria que a FUNASA pelo menos desse atenção prá nós’. Que, no caso dessas necessidades, se for urgente mesmo, que o pessoal ... os médicos não pode tá reconhecendo essas doenças, o paciente acredita muito no pajé. Que conseguisse um recurso pro pajé tá se deslocando de lá ou daqui, indo pra lá, pra eles tá comparecendo, né? Mas só que esse lado até hoje a gente tá brigando por isso, mas só que tá difícil.” (Agente Indígena de Saúde)

Corroborando a reivindicação pela equivalência dos saberes Guarani à biomedicina, os indígenas expressam uma representação desta última como um saber que ostenta, de forma pretensiosa, superioridade em relação ao saber do grupo. Frente a isso, argumentam, por exemplo, que, em determinadas questões de saúde (tais como a cura e a prevenção das doenças espirituais, conforme já mencionamos anteriormente), o saber indígena é indubitavelmente mais eficaz.⁹² Os Guarani questionam também as ações tomadas por parte de alguns profissionais de saúde com vistas a proibir e/ou inibir o tratamento feito com o uso de plantas medicinais e outros produtos da farmacopéia Guarani. Cabe ressaltar que ações desse tipo, além de discriminatórias, contrariam sumariamente os princípios da PNASPI. Ademais, segundo pudemos apurar nas entrevistas, os indígenas tecem severas críticas à FUNASA, em virtude do distanciamento que o órgão mantém frente às comunidades Guarani. Isso se manifesta claramente em atitudes como aquela a que já nos referimos, de acenar com pedantes propostas de treinar as parteiras indígenas, ao invés de buscar compreender a cultura e o saber Guarani para respeitar suas demandas e promover uma efetiva articulação entre os dois sistemas de saúde.

⁹² “Se é o espírito que tá doente, então, ai, não tem nem um doutor melhor que está ai, por ai no hospital, atendendo os pacientes por ai. Mesmo pode ter o diploma de qualquer faculdade, eles pode se achar como superior, mas nunca vai estar curando uma pessoa Guarani com problemas espiritual. Então, isso, muitas vezes, já aconteceu bastante, porque não conhece a realidade do nosso povo.” (Liderança e especialista Indígena de Boa Esperança)

“[...] eles só vêem a medicina deles como principal verdadeiro curador da doença, né? Mas, só que dentro disso, tem algumas pessoas que conhece também a realidade. Mas tem algumas pessoas que [...] não aceitam que a medicina natural seja usada quando um paciente está com problemas de saúde. Eles querem que seja usado a medicina farmacêutica, né? Tem que procurar o posto de saúde, tem que procurar o hospital. Então, tem algumas pessoas que trabalha nessa área de saúde nas aldeias, tem algumas que querem que esqueça da medicina natural e tem que partir pra outro lado. Mas tem uns que não: tem uns que respeitam [...] Tem algumas pessoas, mas não é muito. Mas tem o chefe desses equipes que não respeita, mas tem algumas pessoas que trabalham na aldeia que respeitam.” (Liderança e especialista indígena de Boa Esperança)

“A FUNASA não vai entender [...] Aliás, a FUNASA nem pergunta, ela só quer fazer por fazer. Eles falam “treinar, tem que treinar pra fazer parto, tem que ter alguém profissional pra ensinar a outra pessoa pra fazer.” (Liderança indígena de Piraquê-açu)

Uma representação muito interessante da medicina ocidental, coerente com sua pretensão de superioridade, aparece quando os índios a ela se referem como “um meio para encher o bolso”.

Nos comentários tecidos com vistas a esclarecer os motivos que os levam a se referir a “medicina do branco” dessa forma, aparecem desde alguns fatos não raramente denunciados pela imprensa, como aquele que expôs recentemente o envolvimento de alguns péssimos profissionais da área de saúde em esquemas para venda de órgãos, passando por escândalos de desvio de verbas destinadas à saúde indígena em outros estados,⁹³ até experiências vivenciadas pelos próprios Guarani, que ajudam a confirmar a representação segundo a qual, no sistema ocidental, o dinheiro vem primeiro e a saúde é posta em segundo plano. Assim, circulam nas aldeias versões sobre um fato lamentável ocorrido em um parto realizado há alguns anos no Hospital São Camilo. Segundo uma liderança indígena, “*eles forçaram a criança a nascer de parto normal, quando deveriam ter feito uma cesariana, porque o menino era muito grande*”, gerando complicações no parto e seqüelas que levaram à transferência do bebê para Vitória em estado de tamanha gravidade, que o médico que o recebeu, e dele cuidou por 28 dias, chegou a dizer ao pai que um atraso de dez minutos na chegada da ambulância poderia ter custado a vida da criança. O motivo que teria levado ao atraso e, conseqüentemente, à impossibilidade de

⁹³ “Aí, eles falam: ‘Não, porque existe um limite, existe uma coisa tudo certinho tem que ser prestado conta dessa forma e tal’. Mas, pra desviar dinheiro, desviam, né? E isso é certo? Então, quer dizer, essas coisas não podem acontecer, né? (Liderança indígena de Três Palmeiras)

realização da cesariana teria sido, segundo a mãe do bebê, o não-pagamento de uma importância de dois mil reais, que, naquela ocasião, representou para os índios o valor atribuído à vida da criança.⁹⁴ Vale ressaltar que esse fato motivou a abertura de um processo contra o hospital.

“Simplesmente, é uma coisa muito importante que todo mundo incentivasse pra área de parto normal. Porque também os doutores — né? —, as doutoras, olha também se for fazer o parto cesariana. Eles estão olhando, também, não pra salvar a vida da criança e da mãe, **mas, às vezes, tem uns que olha mais pelo bolso deles, para que o valor, o dinheiro, entra mais no bolso dele**, né? Então, isso também é uma coisa que nós sempre alertamos as pessoas, [...] pra tá sabendo o que se deve fazer.” (Liderança e especialista indígena de Boa Esperança)

Podemos depreender, com base no que acabamos de expor neste item, que as representações sociais expressas pelos Guarani acerca da biomedicina tomam por base os paradigmas prévios inseridos no próprio pensamento indígena e remetem a um conjunto de demandas que se articulam em torno daquela que lhes é central, qual seja: o reconhecimento e o respeito de sua condição étnica específica.

4.2.4 A medicina natural e a medicina farmacêutica: o remédio natural como puro e condição para a saúde; o remédio alopático como misturado, químico, droga e possível causador de dependência e doenças futuras

As representações da medicina ocidental entre os especialistas e lideranças Guarani estruturam-se a partir de sua oposição ao saber local. Assim, a medicina ocidental, em função do uso de remédios alopáticos, é denominada de medicina farmacêutica, e a Guarani, por sua vez, é chamada de natural, pois vale-se de remédios em sua maioria extraídos da mata.

⁹⁴ “Eu acho que não. Só naquele dia mesmo, quando fui ganhar o [sic] eles não queria me atender. Só aquele dia que queria fazer a cesária pelo dinheiro, mesmo, né? Se tivesse dinheiro, ele fazia a cesária na hora.”

Compreende-se dessa forma a razão pela qual os indígenas se referem à Unidade de Saúde de Boa Esperança como farmácia, fato constatado pelos próprios profissionais de saúde. Esse dado causou-nos profundo estranhamento, e até certo constrangimento nos momentos iniciais da pesquisa de campo, pois, ao retornarmos da Unidade de saúde para a aldeia, éramos frequentemente surpreendidos com perguntas do tipo: “Está voltando da farmácia?” Nessas ocasiões, ainda sem o devido conhecimento do fato, não nos restava alternativa a responder que retornávamos da Unidade de Saúde de Boa Esperança.

A análise das entrevistas demonstra que os especialistas e lideranças indígenas, ao mencionar os remédios alopáticos, sempre faziam uso de, no mínimo, uma das seguintes palavras: “misturado”, “droga”, “química” e “industrializado”.

Atrelada às definições da medicina ocidental como medicina química e/ou farmacêutica, está a concepção segundo a qual o uso de seus remédios pode provocar sérios danos à saúde do índio, em função de eles serem produzidos mediante processos químicos e de conterem, em suas fórmulas, a mistura de diferentes substâncias. Os Guarani queixam-se também da rígida disciplina de acompanhar os intervalos entre as doses exigida no tratamento com uso de remédios alopáticos — exigência essa que, não sendo observada corretamente, pode aumentar as possibilidades de provocar agravos a sua saúde. Nota-se, também, o entendimento da medicina ocidental como portadora de uma eficácia restrita, de combater os sintomas da doença, ou segundo seus próprios termos, “que serve apenas para controlá-la”, reservando-se para o saber Guarani (pensado não apenas no âmbito das suas terapias, mas, sobretudo, enquanto máxima orientadora de vida) a capacidade de evitar as enfermidades e combater suas causas.

“Mas, quando você usa a medicina química, farmacêutica, aí você pode estar controlando, mas não estaria curando de verdade. Pode criar outros problemas no futuro [...]. Então, a gente, entendemos que a saúde, prá nós, é o que os nossos antepassados tinham muito, que hoje, o jovem não, quanto mais quando está tomando remédio químico — né? —, as drogas — né? —, as drogas! O que tem na farmácia são drogas, né? [...] Por isso que é chamado de drogaria!

A medicina dos brancos é somente pra controlar, né? [...] Então, tudo isso, muitas vezes [...] **na parte de alimentação já tem muito química, e usar a medicina de drogaria, da farmácia ... então vai acumulando esse problema mais sério. [...]** Se, por acaso, uma criança tomar um antibiótico cheio de química — né? —,

então, ela pode correr risco, porque, se tomar uma coisa daquela com o estômago vazio, é problema muito sério que vai ter.” (Liderança e especialista indígena de Boa Esperança)

“Bom ... é ... eu acho que [...] o medicina do branco eles tem hora, hora certo, ele tem que tomar na hora certa e não pode atrasar. Se atrasar, às vezes, é ... faz mal [...]. Então, tudo isso eu sei. **Então, por isso, eu não tomo muito, não tomo assim ... remédio da farmácia, porque, às vezes, se tomar, piora mais.** [...] Agora, porque isso aí já é ... já [...] **mistura muito com química.** Então, isso não é bom pra organismo do índio, porque ele já é diferente.” (Especialista de Boa Esperança)

“**Porque o remédio que o índio toma, que a FUNASA pode comprar, pode tá curando uma situação, mas pode tá dando uma outra situação, entendeu?** Como muitas vezes já ouvi ... já ouvi as comunidades falá: ‘Poxa, eu fui lá no médico, ele me deu um remédio pra curar uma dor — né? — e acabou gerando a outra dor’, entendeu? [...] Esse negócio de é ... penicilina, essas coisas e tal, acaba prejudicando, mesmo.” (Liderança indígena de Três Palmeiras)

Essa representação pode ser mais bem compreendida se nos lembrarmos de que, conforme já foi afirmado, ao representar a saúde como uma condição indissociável de seu modo de vida, os Guarani observam que, juntamente com os alimentos industrializados, chegam também as enfermidades à aldeia. Por razões análogas, não utilizam em seus sistemas agroflorestais nenhuma espécie de insumo químico, deixando para as árvores sob as quais cultivam seus alimentos e para as próprias culturas a tarefa de nutrir o solo. Ademais, considera-se inadmissível o uso de adubo químico no plantio de espécies sagradas, tais como o milho da variedade *avaxí etei*.

Pelo que acabamos de relatar, a medicina Guarani é representada como superior à ocidental também em função do uso de remédios naturais, considerados mais saudáveis para o organismo do índio. Quanto a tal representação, circulam nas aldeias histórias de pessoas que ingeriram remédios alopáticos e tiveram fortes dores na barriga, de crianças que engasgaram com tampa de remédio e, até mesmo, a de um índio que não usava remédio natural, e certo dia, sem que ninguém esperasse, a despeito de sua aparência saudável, foi encaminhado por um médico da Unidade de Saúde ao hospital e lá veio a falecer.⁹⁵

⁹⁵ “É porque esses tempo passado ... é ... meu tio tava forte — né? — tava forte, aí, de repente, adoeceu. Aí, então, esse médico que estava aí, aqui na farmácia, ele levou meu tio pra Aracruz, lá no hospital, e depois não sei o quê, piorou mais. Então, aí, depois, levou pra Vitória. Aí, quando diz que a ... [sic] tava com ele, levando, assim, no hospital, aí, então, os médicos botou pra dentro ali e não sei o que fez. Então, aí, acho que fez alguns exames. Aí, então, quando a ... [sic] foi lá vê ele, já tava

Certamente, esses dados auxiliam-nos a compreender os motivos subjacentes à atitude de alguns índios, de resistirem à medicação prescrita na Unidade de saúde. No que concerne às ações adotadas visando solucionar o problema, ou a falta delas, podemos acrescentar um último dado, muito revelador da forma pela qual vêm sendo abordados os Guarani que se mostram resistentes aos medicamentos alopáticos, e fornecido por um dos Agentes Indígenas de Saúde entrevistados, ao ser perguntado sobre o trabalho que desenvolvia:

“Porque, pra desenvolver, é assim ... muito difícil pra nós, porque nós temos uma cultura que é Guarani, a cultura e essa aí, e também porque trabalha para o pessoal de fora, por exemplo, Unidade de Saúde com remédio, também. Então, é muito difícil, né? Às vezes, as pessoas não aceita bem porque é mais antigo, tem que ter informação super ... é tentando supercarinhoso — né? — pra gente tá conquistando eles também — né? —, falando pra eles.”

O relato acima é apenas um indício da redução da atuação do AIS, de um mediador cuja ação é fundamental na promoção do diálogo entre os dois sistemas de saúde, para um interlocutor da medicina ocidental. Tal redução pôde ser confirmada pelas descrições de suas atividades, fornecidas inclusive pelos profissionais de saúde, como subordinadas unilateralmente aos procedimentos da medicina ocidental. Assim, dentre tais atividades, tem-se destacado a função de tradutor. Ademais, conforme constatamos nas entrevistas, os cursos e capacitações destinados a formação do AIS vão de encontro às determinações da PNASPI (2002), por privilegiar a aquisição de conhecimentos da medicina ocidental, deixando de lado iniciativas que visem promover sua articulação com o saber local.⁹⁶ Contudo, seria injusto, de nossa parte, deixar de ressaltar que ambos os Agentes Indígenas de Saúde entrevistados consideram importante o uso da medicina Guarani e mostraram-se solidarizados com o grupo em sua reivindicação pela garantia de que o saber local passe a ocupar um maior espaço na relação com o sistema de saúde ocidental.

quase ... é ... já tava, já tava morrendo. Então, aí, isso eu alembrei: ‘Puxa vida, meu tio tava forte, aí levou pro hospital, depois ele acabou falecendo lá no hospital.’ Por isso que não gosto de remédio da farmácia, porque meu tio ... ele não tomava remédio natural também e não sei o que que ele tinha, aí morreu. Então, é isso que sempre falo, que eu não vou no hospital. Se eu tô doente, eu vou fazer meu remédio e eu vou tomar o meu remédio natural.” (Especialista de Boa Esperança)

⁹⁶ A formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde é uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não. (FUNASA, 2002, p.15)

“Isso ai, prá te falar a verdade, a gente ... a gente queria que eles passassem pelo menos ... ajudasse a gente — né? — a buscar aquilo ali de novo, pra tá passando aqueles remédios. Um exemplo: é muito importante para nós, como Agente Indígena de Saúde — né? —, prá gente, está resgatando esses remédios. Mas, porém, isso ai fica mais ou menos de lado. Eles não passa muito isso aí, não.”

As representações que estão sendo abordadas aqui ajudam a esclarecer que o fato de os Guarani chamarem a Unidade de Saúde de “farmácia” não resulta da existência de uma “cultura de pegar remédio”, ou de uma crença ingênua e incontestável dos índios na capacidade desses remédios de proporcionar-lhes saúde nem, tão pouco, serve de confirmação para esses fatos. Parece-nos mais sensato considerar que tal denominação originou-se de uma representação da Unidade de Saúde como “o lugar onde se pega o remédio químico”. Ademais, o nome “farmácia” é citado em algumas ocasiões expressando uma crítica ao uso exclusivo desses remédios, feita bem ao estilo Guarani de dizer “a verdade” sorrindo.

“E até um dia eu tava lembrando ... tava falando que ‘puxa vida, você tem que visitar a farmácia [US Boa Esperança], você tem que tomar remédio’. Ai, eu falei que ‘pra mim, remédio da farmácia não precisa. Eu preciso mais é de remédio natural [...]’.” (Especialista de Boa Esperança)

“Então, quando nós ... quando nós, indígenas, as comunidades Guarani, sabe que o que nos temos na mata ... a medicina que é tirada da mata, o remédio vivo — né? —, que a gente fala [...] nós entendemos que esse não é droga. Então, é por isso que os nossos antepassados sempre usava isso — né? — e hoje a gente, eu acredito que uns 60 %, a gente Guarani nós usamos até hoje.” (Liderança indígena de Boa Esperança)

“Alguns índios se recusam a tomar esse remédio, essa droga que é — né? — o comprimido, essas coisas, vacina, essas coisa. Então, tem índios que não aceita isso, né? Isso não faz parte da cultura deles.” (Liderança indígena de Três Palmeiras)

O fomento e a merecida valorização, por parte da FUNASA, de seus remédios naturais e de suas próprias formas de auto-atenção, tal como determina a PNASPI, ainda permanecem entre as principais reivindicações dos Guarani no campo da saúde.⁹⁷ Confirmando a importância dessa demanda, podemos apontar o fato de ela ter sido citada por seis dos sete Guarani entrevistados na pesquisa que embasou o

⁹⁷ “Devem também compor essas ações as práticas de saúde tradicionais dos povos indígenas, que envolvem o conhecimento e o uso de plantas medicinais e demais produtos da farmacopéia tradicional no tratamento de doenças e outros agravos a saúde. Essa prática deve ser valorizada e incentivada, articulando-a com as demais ações de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.” (FUNASA, 2002, p.18)

presente trabalho. Todas as reivindicações foram expressas de modos semelhantes entre si, fato que nos permite reproduzi-las com bastante fidelidade nas palavras do Toninho, cacique de Boa Esperança e representante das três aldeias nos Conselhos Local e Distrital de Saúde:

“Então, algumas aldeias não têm ... não tem mata, não têm medicina natural — né? —, já acabou. Então, tem alguns lugares que vai ... vai está precisando da FUNASA. Mas só que a FUNASA tem que ... é ... tem que ter um recurso que possa garantir também que, se aquela comunidade quer fazer hortas medicinais, também tem que apoiar aquilo e não ter recurso só pra comprar um monte de caixa de remédio químico. Então, tem que ter recurso pra atender com a medicina natural.

[...] Então, isso [...] que a FUNASA até agora não entende ainda, é quando a gente vê que a FUNASA não aprova [...] a nossa área da saúde, porque eles entende que a saúde tem que ser o jeito deles — né? —, como SUS [...]. [...] Nós entendemos que nós temos que manter a saúde da nossa forma, porque nós entendemos que a saúde Guarani — né? —, a saúde das comunidades, se continuar tomando remédio de fora, trazido lá na ... pegado lá na drogaria, a saúde indígena, a saúde Guarani, pode estar sendo ameaçado mais adiante, mais no futuro. Então, continua sendo ameaçado a saúde se o governo federal não respeitar o sistema da saúde indígena.”

De acordo com os indígenas entrevistados, essa demanda não vem sendo tratada pela FUNASA com a importância que merece. A nosso ver, isso demonstra, de um lado, uma completa desconsideração pela eficácia empírica e simbólica do saber local e, de outro lado, o não-reconhecimento das especificidades étnicas do grupo.⁹⁸ Vale lembrarmos que, segundo a PNASPI (FUNASA, 2002), a melhoria da saúde dos povos indígenas não deve ser alcançada pela simples imposição de conhecimentos e técnicas da biomedicina. Destarte, ao ignorar a importância ou, até mesmo, a presença de um sistema de saúde inserido no contexto cultural, o Estado brasileiro transforma as conquistas descritas na PNASPI em um conjunto de “letras mortas” e atribui às suas ações um caráter assimilacionista.

* * *

⁹⁸ “Bom, aí ... é ... acho que tem esse daí da FUNASA que não gosta que a gente faz remédios natural. Então, aí, primeiro falava que não pode usar porque ... falava isso, mas agora a gente fala que não: eles têm que respeitar também nosso remédio natural. Aí, agora, às vez tá mudando isso aí. Agora tá melhorando, agora eles não vai proibir, porque antes proibia, mesmo.” (Liderança Indígena de Boa Esperança)

A análise das representações da saúde, da biomedicina e da atual relação dela com seu próprio saber, existentes entre os Guarani, revela uma profunda incompatibilidade entre, de um lado, um modelo de saúde disponibilizado aos indígenas, calcado no discurso biomédico, e que serviu de base para as falas dos profissionais de saúde, e, de outro lado, àquele que aparece sendo legitimado pelo discurso dos especialistas e lideranças indígenas e reivindicado pelos Guarani.

Assim o demonstra a oposição estabelecida entre as representações do modo de vida Guarani, expressas pelos profissionais de saúde e pelo próprio grupo, qual seja: de uma parte, a representação identificada nos dados fornecidos pelos profissionais, e segundo a qual o modo de vida indígena é considerado anti-higiênico e patogênico; de outra parte, a representação indígena, de acordo com a qual, e em contraposição à primeira, o modo de vida é representado como condição primordial para a saúde, a ponto de esta aparecer em seus discursos como sinônimo de saúde e vice-versa.

Tal oposição encontra-se no centro de uma luta política empreendida pelos indígenas no campo da saúde, na medida em que várias de suas principais reivindicações — por apoio ao uso de plantas medicinais, por partos normais e realizados por parteiras Guarani, pelo reconhecimento da importância e do saber do xamã, bem como da eficácia empírica do seu sistema de saúde e, conseqüentemente, pela concretização do reconhecimento público de sua hegemonia na relação com o sistema ocidental — têm como principal substrato e capital simbólico a referência ao modo de vida Guarani.

Na luta pelo controle e pela participação na gestão dos serviços de saúde a eles prestados, e pelo reconhecimento do direito legítimo a um atendimento específico, os Guarani parecem ter adotado como principal estratégia política de combate a ênfase na importância cultural e na eficácia de suas próprias formas de auto-atenção. É verdade que essa estratégia não se tem mostrado forte o suficiente para transpor obstáculos tais como os entraves burocráticos existentes, o desconhecimento da realidade sociocultural dos Guarani pela FUNASA e pelos profissionais de saúde, a aclamada superioridade da medicina ocidental (o que dificulta relativizá-la) e a indiferença da FUNASA em relação a muitas de suas demandas. No entanto, por outro lado, a estratégia mencionada pode tornar-se

muito eficaz na modificação de representações como aquelas expressas pelos profissionais de saúde, as quais, ancoradas em elevado grau de desconhecimento, ajudam a disseminar juízos de valor relacionados à cultura e ao sistema de saúde Guarani.

Portanto, aquela estratégia possui uma eficácia simbólica que pode vir a contribuir, de forma decisiva, para legitimar o reconhecimento do direito à diferença e, a partir daí, concretizar um atendimento efetivamente específico aos indígenas, levando-se em conta, uma vez mais, os vínculos entre as representações sociais e a ação.

4.3 NOTAS PARA UM DIÁLOGO ENTRE SUJEITOS PRESENTES NO CAMPO DA SAÚDE INDÍGENA

Embora a análise dos dados, as inferências e os comentários feitos no decorrer deste estudo (sobretudo, nesta parte 4) tenham, a nosso ver, demonstrado quanto é relevante para o campo da saúde indígena esse conteúdo subjetivado da realidade que é composto pelas representações sociais, a busca pela prazerosa sensação do “dever cumprido” impõe-nos a necessidade de tecer alguns breves comentários sobre sua contribuição para a intervenção no âmbito da saúde indígena.

Inicialmente, é preciso lembrar, uma vez mais, a relação dialética existente entre representações sociais e realidade “objetiva”, concretizada nas ações dos sujeitos, (LEITE, 2002; MOSCOVICI, 1978; SARTI, 2005), bem como o caráter dinâmico das representações sociais, para, a partir daí, podermos ter clareza quanto à dimensão de sua importância para o tema aqui abordado. Preparando o terreno para o passo seguinte, devemos considerar também a já referida proposição teórica segundo a qual as representações sociais expressam atributos não apenas dos objetos representados, mas também dos sujeitos que representam — aí incluídos seus valores. Valores esses que não devem ser ignorados em se tratando de profissionais da área de Política Social, uma vez que perpassam as escolhas feitas por tais

profissionais em diversas questões, tais como formas de intervenção, modo de relacionamento com a população a ser atendida, distribuição de recursos etc. (LEITE, 2008).

No âmbito da gestão da saúde indígena, acreditamos que conhecer os modos pelos quais os Guarani representam a saúde e a biomedicina possibilitará uma melhor compreensão das demandas dos indígenas em relação aos serviços a eles prestados. Por sua vez, conhecer as formas pelas quais os profissionais de saúde pensam a cultura daquele grupo, seu modo de vida, o sistema tradicional de saúde e o comportamento dos sujeitos em questões relacionadas à saúde e aos serviços prestados, é algo que pode ser relevante para um atendimento de saúde efetivamente capaz de conciliar a melhora da saúde dos Guarani com o respeito a suas especificidades culturais. Se considerarmos que as representações sociais orientam também, em certa proporção, as próprias demandas da população a ser atendida — vide as reivindicações Guarani pelo incentivo ao uso de remédios naturais e custeio das despesas com a vinda do xamã —, aquela proposição torna-se ainda mais clara.

Sendo assim, e no tocante à saúde indígena, podemos defender, com suficiente alicerce teórico, que o estudo das representações sociais abre um importante leque de possibilidades para uma melhora significativa, quer seja nas ações dos profissionais que atuam diretamente nas USI, quer na esfera da gestão dos serviços prestados. Por certo, não haverá qualquer possibilidade de se consolidar um atendimento específico para os povos indígenas, balizado no respeito à diversidade cultural e no reconhecimento da eficácia empírica e simbólica dos seus sistemas tradicionais de saúde — tal como estabelece a PNASPI —, sem que se levem em conta, de antemão, as formas pelas quais os atores envolvidos representam os múltiplos aspectos dessa realidade, no intuito de atribuir sentido as suas ações.

Permanecendo nessa linha argumentativa, a representação do grupo a ser atendido na área da saúde como sendo *aculturado*, *miscigenado* ou portador de uma *cultura impura* — o que, a nosso ver (em que pese o flagrante desconhecimento, por parte dos profissionais de saúde, dos conceitos mencionados), ancora-se em uma imagem estereotipada do índio e perpetua uma postura quinhentista de se referir a ele com base no paradigma da falta — prejudica profundamente a efetividade das

ações planejadas e o alcance dos objetivos preconizados pela PNASPI, sobretudo pela importância que têm as relações intersubjetivas, regidas pelo princípio da reciprocidade, para a atuação em sociedades indígenas. Ademais, tais representações impactam negativamente a construção da identidade desses sujeitos. Não por acaso, em suas falas, os indígenas acusam o “golpe” desferido mediante freqüentes comentários que colocam em xeque a “pureza” ou a indianidade dos Guarani que habitam o município de Aracruz (ES), nelas enfatizando, sempre, as condições adversas e as pressões impostas pela sociedade envolvente, que os levaram a modificar os hábitos tradicionais e a absorver, em seu cotidiano, objetos pertencentes ao mundo do branco (os não-indios), como se estivessem desculpando-se por tais mudanças.

O reconhecimento da eficácia dos sistemas tradicionais de saúde dos povos indígenas também não está alheio aos danos provocados pela hegemonia do “paradigma da falta”. Assim o demonstram, de um lado, as representações do sistema de saúde Guarani expressas pelos profissionais de saúde (nas quais o conhecimento indígena é considerado como inferior ao da biomedicina) e, de outro lado, as ações que trazem implícitos os conteúdos de tais representações, como é o caso da proposição de treinamento às parteiras Guarani ... em nome da segurança (ou — devemos dizer? — em função da falta dela).

O conhecimento mais acurado da forma pela qual os Guarani representam a saúde pode contribuir para que o saber local seja observado pelos profissionais que atuam na gestão dos serviços ou na USI a partir de um prisma que busque suas conexões com a realidade histórica, cultural e social do próprio grupo, evitando-se, assim, tratá-lo como um saber não-medicinal, bem como compará-lo com a biomedicina — atitudes que, na ausência de outra finalidade mais importante, atendem ao propósito colonialista de desqualificar o sistema indígena de saúde e subalternizá-lo. Os profissionais devem entender que sua relação com o sistema de saúde Guarani não deve limitar-se a um pseudo-respeito — a palavra respeito foi muito utilizada nas entrevistas — às terapias xamânicas realizadas na casa de reza, uma vez que, na prática, elas desempenham um papel não mais importante do que o de misticismos incapazes de produzir resultados que ultrapassem meros efeitos psicossomáticos. O efetivo respeito, a nosso ver, passa também pelo reconhecimento da existência de

um saber concreto e eficaz e pela legitimidade do direito ao seu uso e incentivo por parte do Estado, tal como está previsto na política brasileira de saúde específica para os povos indígenas.

É mister modificar uma atuação ainda fortemente marcada pela tendência a medicalizar a diferença e os problemas sociais por meio da imposição de conhecimentos de higiene, biomedicina e saneamento, e na qual a cultura do outro aparece como um entrave ao desenvolvimento (FOLLÉR, 2004). Os indígenas não têm mais necessidade da medicina ocidental do que os membros da sociedade envolvente apenas por terem modos de vida diferentes do estilo ocidental. Aliás, esta retórica é parte de um poderoso discurso colonizador que, há séculos, vem-se valendo da biomedicina como uma de suas principais armas. Por outro lado, tal retórica age também de forma ambivalente, ao sustentar um atendimento assistencialista e indiscriminado, cuja legitimidade repousa não em um direito histórico, mas na carência material dos Guarani, definida também com base em padrões de consumo existentes na sociedade envolvente. Vale ressaltar que a compreensão da realidade do outro com base no que ele não tem proporciona, no campo da Política Social, um terreno fértil para o assistencialismo, fortalecendo uma “ética do auxílio”, incompatível com a postura adequada a ser tomada quando se trata de sujeitos de direitos e quando se quer fomentar o protagonismo das populações atendidas (LEITE, 2008).

Enfim, para concretizar uma atenção diferenciada, os profissionais de saúde devem compreender que o trabalho com os índios requer uma predisposição para o convite a um diálogo de sujeito para sujeito, capaz de desenrolar-se sem assimetrias ou a interferência de posições ou saberes hierarquizados — algo para o que é imprescindível a compreensão do outro em sua *positividade concreta*.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todo o esforço analítico empreendido neste trabalho leva-nos a considerar que, no tocante aos Guarani aldeados no Espírito Santo, o *reconhecimento da eficácia da medicina indígena e do direito desses povos à sua cultura* ainda não foi concretizado pelo Estado brasileiro, conquanto encontre-se ratificado, de um ponto de vista formal, pela Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI (FUNASA, 2002). Tal reconhecimento soma-se, assim, a muitas outras conquistas e direitos indígenas que compõem um enorme “alfabeto de letras mortas”.

Corroborando essa assertiva, a relação entre os sistemas de saúde ocidental e indígena, contrariamente àquilo que prevê a referida Política Nacional, revela-se ambivalente em dois aspectos: a existência de um diálogo assimétrico e a subalternização dos saberes indígenas. Assim, se a agência ocidental⁹⁹ propõe-se *dominar* o saber indígena, não reconhecendo sua eficácia empírica (conforme o demonstram a maneira pela qual os profissionais de saúde representam a medicina Guarani e ações como a de propor treinamento as parteiras indígenas), por sua vez, os Guarani criticam a ineficácia da biomedicina quando se trata de diagnosticar e curar as doenças de índio. O que temos, então? De um lado, as representações da medicina Guarani expressas pelos profissionais de saúde devem ser compreendidas como partes integrantes de um discurso inclinado a dominar o saber indígena, reduzindo sua importância a um âmbito ritual e religioso. De outro lado, as representações dos especialistas e lideranças indígenas, que compõem a mesma rede de poder,¹⁰⁰ revelam uma intensa resistência a tais tentativas de dominação. Para tanto, os indígenas procedem a uma ampla mobilização de seu capital simbólico, buscando, continuamente, configurar estratégias destinadas a controlar a articulação de seu sistema de saúde com a medicina ocidental. Visam, assim, manter, no interior do grupo, a hegemonia de seu próprio sistema de saúde, galgando, *a posteriori*, a ocupação de novas posições na luta por maior autonomia no campo da saúde.

⁹⁹ Referimo-nos a toda a estrutura de saúde com a qual os Guarani estão em contato.

¹⁰⁰ Remete-se, aqui, à noção foucaultiana de poder como algo que circula e se exerce em rede.

Embora esteja prevista no estatuto legal, conforme mostramos anteriormente, uma gama de ações, orientações e mecanismos voltados a proporcionar maior autonomia aos povos indígenas, bem como para um tipo de gestão que se pretende mais participativo do que tecnocrático, a realidade dos Guarani aponta, de fato, no sentido oposto. Os resultados da pesquisa de campo e das entrevistas revelaram uma anteposição e uma imposição do modelo biomédico às características culturais e ao próprio sistema de saúde Guarani, acompanhadas de uma gestão verticalizada por parte da FUNASA.

Constata-se, assim, uma completa inversão de papéis no “cenário” das políticas de saúde indígena no Espírito Santo, com a substituição do protagonismo — que, em se tratando de Política Social, deve ser exercido pelos sujeitos para os quais ela se reporta — pela condição de figurantes de tais sujeitos. O contraste é evidente: a FUNASA ressalta, em tom de autopromoção, grandes investimentos na contratação de profissionais de nível superior, em infra-estrutura, em melhorias sanitárias e na compra de medicamentos alopáticos (FUNASA, 2006c),¹⁰¹ ao passo que os indígenas reclamam do descaso do órgão para com demandas importantes, como a realização de cursos destinados aos profissionais de saúde para que melhor compreendam a cultura Guarani, respeitem efetivamente suas formas de auto-atenção e construam uma relação de proximidade com o grupo (leia-se: entrar no circuito da reciprocidade); a realização de partos na próprio aldeia, e feitos pelas parteiras indígenas; investimentos em espécies medicinais e outros produtos da farmacopéia Guarani, bem como na realização de intercâmbio com especialistas das aldeias de outros estados e de encontros de saúde, tais como as reuniões de aconselhamento e o ritual de batismo (*ñemongarai*).

Por certo, os parâmetros utilizados para se aferir a qualidade da assistência à saúde dos povos indígenas não se encontram em consonância com a visão de mundo dos Guarani — conforme foi-nos possível observar por meio de suas representações de

¹⁰¹ “Conforme procuramos mostrar com a divulgação desses dados, consideramos que a população indígena aldeada de Aracruz dispõe de meios para ter uma assistência à saúde de qualidade. Em 2006, o aporte de recursos orçamentários/financeiros para o município e FUNASA aumentaram; ocorreram novas contratações para as EMSI, que agora contam também com assistente social, nutricionista, médica ginecologista e médica pediatra; instalação de pólo-base em Caiaras Velha; aquisição de seis veículos pelo município; início do funcionamento das estações de tratamento de esgoto, realização de melhorias sanitárias, acréscimo de novos medicamentos na cesta básica do município, etc..” (FUNASA, 2006c, f. 21)

saúde —, sendo, antes, “tomados em empréstimo” ao sistema de saúde ocidental para ser impostos, de forma unilateral, a esse grupo étnico pela FUNASA. Todavia, devemos ponderar que, para haver um ganho significativo em termos de qualidade das ações, faz-se necessário concretizar um sistema capaz de expandir para uma efetiva ênfase na prevenção os limites de um atendimento atualmente restritos a práticas curativas e emergenciais. Tal proposta, conquanto esteja idealizada no atual modelo de assistência à saúde indígena, apenas poderá ser realizada na íntegra se forem revistas tanto a importância que a cultura e as concepções imbricadas no processo saúde/doença têm para a promoção das ações preventivas quanto, também, os termos da relação daquele modelo com o sistema de saúde Guarani.

Se pensarmos os instrumentos de participação e o controle social¹⁰² como possibilidades que têm os povos indígenas de levarem suas demandas ao Estado, interferindo, assim, na política de saúde a eles direcionada, podemos observar, para o caso do grupo focado neste estudo, que ainda predominam o paternalismo tutelar e as ações assimilacionistas e integracionistas da política adotada pelo Estado brasileiro em tempos pretéritos, na qual se via, de forma explícita, a cultura dos povos indígenas como obstáculo ao desenvolvimento da sociedade capitalista.

A análise envolvendo, de um lado, as representações sociais construídas pelos Guarani acerca da saúde, do seu próprio sistema de saúde, da biomedicina, dos serviços de atenção à saúde a eles direcionados e da forma pela qual pensam ser representados pelos profissionais da área de saúde e, de outro lado, as representações sociais que esses profissionais constroem acerca da cultura Guarani, do sistema de saúde indígena e do modo pelo qual são representados pelos indígenas — tudo isso impõe a necessidade premente de aludir algumas questões que merecem respostas por parte das instituições responsáveis pela gestão e pela prestação dos serviços de saúde direcionados aos indígenas. São elas: quais estratégias adotar no intuito de proporcionar efetivamente um atendimento adequado às especificidades étnicas do grupo e condizente com o ideal — presente na Constituição de 1988 e na PNASPI — de respeito à diferença? Como preparar os profissionais de saúde para lidar com a diferença respeitando a

¹⁰² “Os Conselhos Distritais de Saúde serão instâncias de Controle Social, de caráter deliberativo e constituídos, de acordo com a Lei nº 8.142/90, observando em sua composição a paridade de 50% de usuários e 50% de organizações governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores do setor de saúde dos respectivos distritos.” (FUNASA, 2002, p. 21)

positividade concreta do *outro* (ou seja, sem reduzi-lo ou compreendê-lo com base no que lhe *falta*, tomando como referência os padrões de quem o representa)? Por fim: qual a maneira mais adequada de se buscar estabelecer um diálogo com o sistema de saúde dos indígenas que seja voltado para a construção de uma relação calcada no respeito a sua autonomia e no reconhecimento de sua hegemonia no interior do grupo?

A prevalência da assimetria no diálogo entre os sistemas ora mencionados — a despeito da boa vontade dos profissionais de saúde e das reivindicações dos Guarani — sugere a necessidade de mudanças estruturais, centradas no estabelecimento de novos termos, capazes de orientar tal diálogo numa perspectiva menos alicerçada na razão técnica do que nas normas de reciprocidade. Urge pensar o saber indígena como um bem simbólico inserido num contexto de trocas simbólicas orientadas pela obrigação de retribuir. Assim, notar-se-á com maior facilidade que a falta de valorização, de reconhecimento e de espaço para o sistema Guarani na relação com a biomedicina implicará maior resistência aos serviços prestados, corroborada pela redução na taxa de adesão ao tratamento com medicamentos alopáticos, bem como por uma diminuição da procura pelos serviços de saúde. Por outro lado, iniciativas que visem incentivar o saber local, reconhecendo sua eficácia, representarão a garantia de maior retorno e envolvimento dos indígenas em relação aos serviços a eles prestados. Portanto, para que o sistema ocidental seja reconhecido e valorizado pelos Guarani, é preciso bem mais do que um discurso alicerçado na defesa da superioridade do saber biomédico: deve-se começar substituindo a concepção segundo a qual os indígenas não passam de “receptores passivos” por outra concepção, em cujo centro esteja o respeito pelo saber do outro.

Quanto à importância das representações sociais para a política de saúde direcionada aos Guarani que vivem no estado do Espírito Santo, acreditamos que o presente estudo tenha contribuído para demonstrar que as formas pelas quais os profissionais pensam os indígenas e a realidade vivenciada por estes, bem como os modos pelos quais os próprios índios pensam sobre si, sobre sua realidade, e sobre como são representados — tudo isso interfere no relacionamento da equipe com os índios e contribui para uma adequada compreensão da legitimidade das demandas indígenas.

Em defesa da importância mencionada acima, trouxemos à baila os impactos das representações na construção da identidade dos indígenas, em seu comportamento e nas relações construídas com a alteridade. Todavia, faz-se necessário refletir também acerca de que algumas das representações abordadas nesse estudo figuram no discurso dos atores envolvidos, como justificativas para um tratamento etnocêntrico, orientado por uma racionalidade tecnoburocrática e incapaz de abarcar o devido respeito pela diferença.

No decorrer deste trabalho, buscamos também desenvolver a idéia segundo a qual, em contextos interculturais, as representações sociais podem ser tomadas como elementos importantes para o planejamento de ações, especialmente aquelas destinadas a melhorar o relacionamento entre as partes. Parece-nos que isso é válido, sobretudo, nos casos que envolvem sociedades indígenas, considerando a importância das normas de reciprocidade para reger os relacionamentos, bem como os já referidos impactos das representações sobre a construção da identidade dos sujeitos. Apenas para acrescentar mais um elemento a essa discussão, consideramos oportuno propor uma reflexão, fundamentada na educação permanente, acerca do quão proveitoso seria realizar, entre os profissionais que atuam na Unidade de Saúde Indígena de Boa Esperança — seja para as visitas aos núcleos familiares, seja para o atendimento na Unidade —, cursos contemplando conceitos básicos de Antropologia (cultura, etnocentrismo, relativismo cultural), cultura Guarani, saúde indígena e as maneiras pelas quais os Guarani representam saúde.

Em consonância com sua visão de mundo, as representações de saúde existentes entre os Guarani revelam a existência de uma rede composta por significados simbólicos e elementos da estrutura social, vinculados de tal forma, que se torna impossível compreendê-los separadamente. Assim, se tomarmos como exemplo a alegria, algo indispensável no interior das concepções de saúde desse grupo, veremos que ela resulta de uma série de fatores interdependentes e circunscritos em seu modo de vida, tais como: a relação com os seres sobrenaturais na casa de reza por meio dos cantos, as relações com o outro centradas no respeito e na busca pela paz e a preservação de um conjunto de fatores ambientais considerados imprescindíveis para a manutenção do bem-estar do grupo. Portanto, parece muito sensato inferir que dificilmente esses fatores poderão vir a ser contemplados por um

sistema de saúde calcado em uma rígida racionalidade tecnoburocrática, o que, por certo, justifica e confere caráter de urgência às reivindicações indígenas por maior autonomia e incentivo ao próprio sistema de saúde.

6 REFERÊNCIAS

ARRUDA, A. Teoria das Representações Sociais e Teoria de Gênero. **Cadernos de Pesquisa**, Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, n. 117, p. 127-147, novembro/2002.

_____. Ecologia e desenvolvimento: representações de especialistas em formação. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da Psicologia Social. São Paulo: Brasiliense, 1995. Parte I, capítulo 4, p. 234-265.

ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESPÍRITO SANTO. **CPI da Aracruz**, maio 2002. Processo n.º 156.

Associação de Programas em Tecnologias Alternativas. Relatório de sistematização do diagnóstico rápido, participativo, da comunidade indígena de Mboapy Pindo/Três Palmeiras, 2001a [Documento não-publicado].

_____. Relatório de sistematização do diagnóstico rápido, participativo, da comunidade indígena de Tekoa Porã/Boa Esperança, 2001b [Documento não-publicado].

ATHIAS, R. Índios, antropólogos e gestores de saúde no âmbito dos Distritos Sanitários Indígenas. In: LANGDON, E.J.; GARNELO, L. (Org.). **Saúde dos povos indígenas**: reflexões sobre a antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa/Associação Brasileira de Antropologia; 2004. p. 217-232.

ATHIAS, R.; MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 425-431, mar/abr. 2001.

BARTH, F. **Grupos étnicos e suas fronteiras**. São Paulo: Editora da UNESP, 1998.

BARTOLOMÉ, M. A. **Orekuera Royhendu (lo que escuchamos en sueños)**: shamanismo y religión entre los Ava-Katu-Ete del Paraguay. México: Instituto Indigenista Interamericano, 1977.

BAUER, M. W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (editores). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. cap. 8, p.189-217.

BECKER, H. S. **Métodos de pesquisa em Ciências Sociais**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

BERTOLANI, M. N. **Ambiente, saúde e desenvolvimento entre os Guarani no Espírito Santo**. 2005. 66 f. Monografia (Graduação em Ciências Sociais). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.

BERTOLANI, M. N. Agroindústria, agrofloresta e conflito no campo. **Geografares**, Vitória, n. 5, p. 67-78, 2006.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. 11. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.

BRASIL. Constituição (1967). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao67.htm>.

Acesso em: 30 de out. de 2007.

_____. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**.

Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 30 de out. de 2007.

_____. **Decreto nº 5.051**, de 19 de abril de 2004. Promulga a Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho – OIT sobre Povos Indígenas e Tribais.

Disponível em: [htf://ccr6:pgr.mpf.gov.br](http://ccr6.pgr.mpf.gov.br). Acesso em: 20 de jan. de 2007.

_____. **Portaria MS nº 70**, de 20 de janeiro de 2004b - Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena.

_____. **Portaria MJ nº 1.463**, de 27 de Agosto de 2007 - Declara de posse permanente dos índios Tupiniquim e Guarani Mbyá a Terra Indígena Tupiniquim, com superfície aproximada de 14.227 ha (quatorze mil duzentos e vinte e sete hectares).

_____. **Lei Federal nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. Lei nº 8.142, de 28/12/1990 - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

_____. **Lei Federal nº 9.836**, de 23 de setembro de 1999a. Acrescenta dispositivo à Lei nº 8.080, que “dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Saúde Indígena.

_____. **Decreto nº 3.156**, DE 27 DE AGOSTO DE 1999b. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nºs 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências.

_____. **Portaria MS nº 254**, de 31 de janeiro de 2002. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Ministério Público Federal. Disponível em: <http://www.pgv.mpf.gov.br>. Acesso em: 20 de jan. de 2007.

BRASIL. **Portaria nº 1.163/GM**, de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da saúde, determinando a execução das ações de atenção à saúde dos

povos indígenas por intermédio da Funasa.

_____. Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Estado**. Brasília: MARE, 1995.

CADOGAN, L. Síntesis de la Medicina Racional y Mística Mbyá-Guarani. **América Indíg.** v. 9, n. 1, p. 21-35, Enero 1949.

_____. **AYVU ROPYTA. Textos Míticos de los Mbyá-Guarani del Guairá.** Biblioteca Paraguaya de Antropología. Vol.XVI. Edición Bartomeu Melià. Asunción. 1992.

CICCARONE, C. **Drama e sensibilidade:** migração, xamanismo e mulheres Guarani-Mbya. 2001. Tese (Doutorado em Antropologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

CLASTRES, P. **A sociedade contra o Estado**. 5. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

COELHO, E. M. B. **Saúde indigenista no Brasil:** mobilização e participação indígena. Brasil. [s.d.]. Disponível em: <http://www.alasru.org/cdalasru2006/25%20GT%20Elizabeth%20Coelho.pdf>. Acesso em: 20 de jan. 2007.

COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAUREL, A. C. (Org). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 225-244.

CRUZ, K. R. da. **Povos indígenas e a política de saúde no Brasil:** o específico e o diferenciado como desafios. 2003. 164 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão, São Luis, 2003.

DESCOLA, P. Ecologia e cosmologia. In: DIEGUES, A. C. (Org.). **Etnoconservação:** novos rumos para a proteção da natureza nos trópicos. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 149-164.

DIEGUES, A. C. Etnoconservação da natureza: enfoques alternativos. In: _____ (Org.). **Etnoconservação:** novos rumos para a proteção da natureza nos trópicos. São Paulo: Hucitec, 2000.

DUMÉNIL, G.; LÉVI, D. O neoliberalismo sob a hegemonia estadunidense. In : CHESNAIS, F. (Org). **A finança mundializada** – raízes sociais e políticas, configurações, conseqüências. São Paulo: Boitempo, 2005. p. 85-108.

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. As formas elementares da vida religiosa. In: _____. **Da divisão do trabalho social; As regras do método sociológico; O suicídio; As formas**

elementares da vida religiosa. São Paulo: Abril Cultura, 1978. (Os Pensadores)

FERREIRA, L. O. A pessoa Mbyá-Guarani e a emergência da cultura do beber: causas e consequências do uso abusivo de bebidas alcoólicas entre os Mbyá-Guarani no RS. **Comunidade Virtual de Antropologia**, 2003. Disponível em: <http://www.antropologia.com.br/arti/colab/vram2003/a13-loferreira.pdf>. Acesso em: junho de 2007.

_____. 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: Contracapa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia, 2004. p. 89-110.

FOLLÉR, M. A. Intermedicalidade: a 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: Contracapa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia, 2004. p. 129-147.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 18. ed. Rio de Janeiro, Edições Graal, 2003.

FUNASA. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br>. Acesso em: dezembro de 2006.

_____. **4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena – Caldas Novas - 2006.** Goiás: Funasa/Ministério da Saúde, 2006a. (Caderno de documentos)

_____. **Conferências Nacionais de Saúde Indígena, Relatórios Finais: I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do índio – Brasília, 1986; II Conferência Nacional de Saúde Para os Povos Indígenas – Luziânia, 1993; III Conferência Nacional de Saúde Indígena – Luziânia, 2001.** Brasília: Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2006b.

_____. **Relatório anual 2006.** Relatório técnico anual elaborado pela Equipe de Saúde Indígena (ESAI) da FUNASA, Vitória, 2006c. [Documento não-publicado]

_____. Levantamento de informações sobre a saúde da população indígena do Espírito Santo elaborado pela Equipe de Saúde Indígena (ESAI) da FUNASA, Vitória, 2004. [Documento não-publicado]

_____. Relatório anual 2005. Relatório técnico anual elaborado pela Equipe de Saúde Indígena (ESAI) da FUNASA, Vitória, 2005. [Documento não-publicado]

GARLET, I. J. **Mobilidade Mbya: história e significação.** 1997. 190 f. Dissertação (Mestrado em História) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1997.

GARNELO, L. **Poder, hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro.** Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2003.

GARNELO, L et al. Medicina Tradicional Baniwa: uma experiência de intervenção social em busca de uma teoria. In: LANGDON E. J.; GARNELO, L. (Org.). **Saúde dos povos indígenas**: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contracapa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia, 2004. p. 171-194.

GARNELO, L.; SAMPAIO, S. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” nas políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1217-1223, jul./ago. 2005.

GARNELO, L.; WRIGHT, R. Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, v. 17, n. 2, p. 273-284, mar.-abr. 2001.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GT/FUNAI. **Gasoduto Cacimbas – Vitória**. Relatório de pesquisa. Rio de Janeiro, 2004.

GT/FUNAI. **Relatório final de reestudo da identificação das terras indígenas Caieiras Velhas, Pau Brasil e Comobios**. Portaria n.º 0783/94. Vitória, 1994. Mimeo.

GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. Introdução. In: _____; _____. (Org.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995. p. 17-25.

IANNI, O. Sociedade global, história e transculturação In: SANTOS, J.V.T. **Violência em tempos de globalização Parte I**. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 43-65

JODELET, D. A alteridade como produto e processo psicossocial. In: ARRUDA, A. (Org.) **Representando a alteridade**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 47-67.

_____. Representações sociais: um domínio em expansão. In: _____(Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001, p. 17-44.

JOFFE, H. “Eu não”, “o meu grupo não”: representações sociais transculturais da AIDS. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.) **Textos em representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995. Parte III, p. 297-322.

LADEIRA, M.I. **Espaço geográfico Guarani-Mbya**: significado, constituição e uso. São Paulo, 2001. 236 f. Tese (Doutorado em Geografia) – Programa de Pós-Graduação em Geografia Humana da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, 2001.

LANGDON, E. J. 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: Contracapa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia, 2004. p. 89-110.

_____. Saúde e povos indígenas: os desafios na virada do século. In: Congresso Latino-americano de Ciências Sociales y Medicina, 5, 1999, Isla de Margarita, Venezuela. [Trabalhos apresentados] Disponível em: www.cfh.ufsc.br/~nessi/margsav.htm#_ftn1 Acesso em: 18 jan. 2007 às 19h00min.

_____. **A doença como experiência**: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. Palestra oferecida na Conferência 30 anos Xingu, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1995. Disponível em: www.cfh.ufsc.br/~nessi/a%20doença%como%20experiencia.htm. Acesso em: 18 jan. 2007, às 19h10min.

LAPLANTINE, F. **Aprender Antropologia**, São Paulo: Brasiliense, 1996.

LEITE, Izildo Corrêa. A Teoria das Representações Sociais e sua contribuição para a análise dos dados primários. In: _____. **Desconhecimento, piedade e distância**: representações da miséria e dos miseráveis em segmentos sociais não atingidos pela pobreza. 2002. Tese (Doutorado em Sociologia) — Faculdade de Ciências e Letras (Campus de Araraquara). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Cap. 2, p. 123-38.

_____. Novos olhares, novos lugares: por uma Política Social de combate à pobreza condizente com a construção da cidadania. *Convergencia*. Toluca (México), Universidad Autónoma del Estado de México, v. 15, n. 47, p. 73-100, mayo/agosto 2008.

LÉVI-STRAUSS, C. **O pensamento selvagem**. 3. ed. Campinas, SP: Papyrus, 2002.

MAGALHÃES, E. D. **O Estado e a saúde indígena**: a experiência do Distrito Sanitário Yanomami. 2001. 187 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2001.

MALINOWSKI, B. Introdução. In: _____. **Argonautas do Pacífico Ocidental**: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné Melanésia. São Paulo: Abril Cultural, 1978. (Os Pensadores)

MARQUES, I. M. da S. F. **A Política de atenção à saúde indígena**: implementação do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá. 2003. 228 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: EDUSP, 1974. Vol. II.

MELIÁ, B. A experiência religiosa Guarani. In: MARZAL, Manuel M. et al. **O rosto índio de Deus**: desafios da religião do povo. São Paulo: Vozes, 1989. (Teologia e Libertação) Tomo I, Série VII, p. 293-357.

_____. El “modo de ser” guaraní en la primera documentación jesuítica (1594-1639). **Revista de Antropologia**, São Paulo: USP, vol. 24, p. 1-24, 1981.

MENÉNDEZ, E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas

y articulaciones prácticas. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 8, n. 1, p. 185-208, 2003.

MINAYO, M. C. de S. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 25, n. 3, p. 233-38, 1991.

MORA, M. La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. **Athenea Digital** – num. 2, otoño de 2002. Disponível:
www.paginasprodigy.com/peimber/Repsoc.pdf Acesso em: 18 set. 2007, às 19h30min.

MORANDI, A. M. **Na mão da História: A CST na siderurgia mundial**. Edufes: Vitória, 1997.

MOREIRA, U. P. A FUNASA e a implementação de Distritos Sanitários Especiais Indígenas. In: SOUZA LIMA, A. C.; BARROSO-HOFFMANN, M. (Org). **Estados e povos indígenas: bases para uma nova política indigenista II**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria / LACED, 2002. p. 101-106.

MOSCOVICI, S. **A representação social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. (Psyché)

NIMUENDAJU, C. **As lendas da criação e destruição do mundo como fundamentos da religião dos Apococuva-Guarani**. São Paulo: HUCITEC/USP. 1987.

NISI-ES. PROJETO SAÚDE ALDEIAS INDÍGENAS 1995 - Aracruz, setembro, 1994.

NOGUEIRA, M. A. **Um Estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

OLIVEIRA, J. P. de. Uma etnologia dos “índios misturados”? Situação colonial, territorialização e fluxos culturais. In: **Mana: Revista de Antropologia Social**, PPGAS/UFRJ. Rio de Janeiro: Contracapa, 1998, v. 4/1.

OLIVEIRA, L. R. C. de. Pesquisa em vs. pesquisa com seres humanos. Brasília: 2003. Série Antropologia, n. 336. Disponível em:
<http://www.unb.br/ics/dan/Serie336empdf.pdf>. Acesso em: 11 de março de 2007 às 19h00min.

OLIVEIRA, M. S. B. S. de. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 55, 2004.

ORTIZ R. **Mundialização e cultura**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

PELLON, L. H. C. **Saúde Guarani: uma abordagem antropológica**. 2005. 85 f. Trabalho de conclusão de curso de graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem Luiza de Marillac, Rio de Janeiro, 2005.

_____. **Tensões interculturais e os impactos no processo saúde-doença na população Guarani Mbyá do município de Aracruz, Espírito Santo**. 2008. 243 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro.

RAICHELIS, R. **Esfera pública e os Conselhos de Assistência Social**: caminhos da construção democrática. São Paulo: Cortez, 1998.

SÁ, C. P. de. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da Psicologia Social. São Paulo: Brasiliense, 1995. Parte I, capítulo 1, p.19-45.

_____. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SAHLINS, M. **Ilhas de história**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.

_____. O "pessimismo sentimental" e a experiência etnográfica: por que a cultura não é um "objeto" em via de extinção (parte I). **Mana**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, 1997. p. 41-73

_____. O "pessimismo sentimental" e a experiência etnográfica: por que a cultura não é um "objeto" em via de extinção (parte II). **Mana**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, 1997. p. 103-150

SARTI, C. A. **A família como espelho**: um estudo sobre a moral dos pobres. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

SCHADEN, E. **Aspectos fundamentais da cultura Guarani**. 3. ed. São Paulo: EPU/ EDUSP, 1974.

SPINK, M. J. P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 300-308, jul./set. 1993.

SPINK, M. J. P. O estudo empírico das representações sociais. In: _____ (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da Psicologia Social. São Paulo: Brasiliense, 1995. Parte I, capítulo 5, p.85-108.

VALLADARES, L. A Gênese da favela carioca: a produção anterior às Ciências Sociais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 15, n. 44, out. 2000.

VÉRAS, M. P. B. Por uma sociologia da alteridade: estranhos e estrangeiros em São Paulo. In: BERNARDO, T.; TÓTORA, S. (Org.). **Ciências Sociais na atualidade**: percursos e desafios. São Paulo: Cortez, 2004. p. 153-172.

VIVEIROS DE CASTRO, E. ; SEEGER, A. ; DAMATTA, R. . A Construção da pessoa nas sociedades Indígenas brasileiras. **Boletim do Museu Nacional**, v. 32, n. 1-2, p. 2-19, 1979.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro das Entrevistas com os Guarani

- 1) O que é saúde, para o(a) sr(a).?
- 2) O que é doença, para o(a) sr(a).?
- 3) O que o(a) sr(a). poderia me falar sobre a medicina Guarani? Por exemplo: como são a cura e a explicação da doença?
- 4) O(a) sr(a). considera importante usar a medicina Guarani? Por quê?
- 5) O que o(a) sr(a). pensa a respeito da medicina do branco?
- 6) Quando o(a) sr(a). está doente, quem procura primeiro: o pajé ou a Unidade de Saúde?
- 7) Como é o atendimento aqui na Unidade de Saúde de Boa Esperança e nos hospitais?
[Se a resposta for vaga — como: “É bom”, “É regular” etc. —, perguntar: “Como os índios têm sido tratados pelos profissionais de saúde?]
- 8) Como é o relacionamento com a equipe de saúde indígena que atende na Unidade de Saúde de Boa Esperança?
- 9) Alguma vez o(a) sr(a). já se sentiu vítima de preconceito por parte de algum profissional de saúde?
- 10) Os profissionais de saúde da Unidade respeitam a cultura Guarani e o direito dos índios a recorrerem a sua própria medicina?
- 11) O tratamento é feito de forma articulada com a medicina Guarani?
(Os profissionais trabalham com a medicina natural ou apenas com remédios químicos?)
- 12) O(a) sr(a). saberia explicar por que os Guarani preferem o parto normal e não a cesariana? Gostaria que o(a) sr(a). me falasse sobre isso e sobre como a FUNASA vem tratando essa questão.
- 13) Como o(a) sr(a). avalia a atuação da FUNASA em relação à saúde indígena?

APÊNDICE B - Roteiro das Entrevistas com os Profissionais de Saúde

- 1) Como é o trabalho aqui na Unidade de Saúde de Boa Esperança?
- 2) Que opinião o(a) sr(a). tem sobre o relacionamento da equipe com os índios?
[Se a resposta for vaga — como: “É bom”, “É regular” etc. —, perguntar: “O(a) sr(a). poderia explicar melhor essa opinião?"]
- 3) O(a) sr(a). conhece a cultura Guarani? Se sim, o sr(a). poderia citar alguns exemplos de elementos dessa cultura?
- 4) O(a) sr(a). vê alguma importância em conhecer a cultura Guarani para realizar o trabalho desenvolvido aqui na Unidade de Saúde? Por quê?
- 5) Nos atendimentos realizados aqui na Unidade, tem ocorrido algum tipo de problema (por exemplo, de comunicação)? Se sim, quais?
- 6) Quais as doenças que mais acometem os índios? Por que isso acontece?
- 7) Como os índios costumam agir em relação ao tratamento indicado?
- 8) Quando os Guarani são encaminhados aos hospitais, existe algum tipo de resistência da parte deles?
- 9) Que opinião o(a) sr(a). tem sobre o tratamento da saúde tradicionalmente feito pelos próprios Guarani? O(a) sr(a). considera que esse tipo de tratamento pode ser classificado como medicina?
- 10) O tratamento realizado aqui na Unidade de Saúde é feito de forma articulada com as formas tradicionais de tratamento da saúde feito pelos próprios índios?
- 11) O(a) sr(a). considera importante que haja uma articulação entre o tratamento praticado pelos profissionais de saúde e as formas tradicionais de tratamento feito pelos próprios Guarani? Por quê?
- 12) O(a) sr(a). sabe qual é a posição dos índios sobre essa articulação? O que o(a) sr(a). pensa sobre essa posição dos índios?
- 13) O que o(a) sr(a). pensa a respeito da realização de partos na aldeia? Qual sua opinião sobre a preferência dos Guarani pelo parto normal?
- 14) O(a) sr(a). conhece a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas? Se sim, quais pontos o(a) sr(a). destacaria como positivos e como negativos?

APÊNDICE C

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Etnia Guarani)

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), de uma pesquisa sobre a Política de Saúde Indígena entre os Guarani, uma dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Política Social da UFES. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que tem duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado(a), de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Representações sociais de saúde entre os Guarani no Espírito Santo: uma análise da relação entre o sistema de saúde indígena e a biomedicina

Pesquisador responsável: Marlon Neves Bertolani

Telefone para contato (inclusive para ligações a cobrar): 3226-5853

Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar as relações entre dois diferentes sistemas de saúde — a medicina Guarani e a “medicina do branco”, aquela praticada pelos profissionais de saúde —, no contexto das ações direcionadas aos Guarani aldeados no município de Aracruz (ES), buscando compreender como as formas de pensar construídas pelos profissionais de saúde e pelos indígenas afetam as ações desenvolvidas nessa área.

Por isso, será preciso conhecer como os indígenas entendem saúde e doença, quais tratamentos seus especialistas acham os mais adequados e o que é necessário para prevenir a doença. Também será importante entender como os indígenas consideram e utilizam a medicina praticada pelos profissionais de saúde e a medicina indígena. Pretendemos analisar o que os profissionais de saúde pensam a respeito dos métodos de cura indígena e dos modos pelos quais os Guarani lidam com os tratamentos da medicina praticada pelos profissionais de saúde.

O pesquisador sabe que sua interferência pode gerar discussões e debates sobre os problemas de saúde e sobre os conflitos quanto às formas de tratamento das doenças. Por isso, vai assumir todos os cuidados para que tais situações levem a uma maior valorização da medicina indígena e a uma melhoria na relação entre indígenas e profissionais de saúde, buscando evitar que tais discussões possam trazer desentendimentos.

Pretendemos, com esta pesquisa, fornecer uma pequena contribuição para as reivindicações dos indígenas quanto à garantia dos seus direitos à saúde e para a melhora do diálogo com os profissionais de saúde no que se refere ao atendimento para os indígenas, assim como para uma participação efetiva destes no planejamento e na gestão das políticas de saúde.

Para realizar esta pesquisa, serão feitas entrevistas com os índios e a equipe de saúde, além de ser realizado o acompanhamento do atendimento dos casos de doença, na aldeia e na Unidade de Saúde Indígena de Boa Esperança. Na observação dos atendimentos na Unidade de Saúde e na aldeia, as informações serão anotadas no diário de campo do pesquisador. Não observaremos os

atendimentos ginecológicos. As entrevistas com os profissionais de saúde e os indígenas serão gravadas.

O tempo de permanência do pesquisador nas aldeias, para a pesquisa de campo, será de aproximadamente três meses. Os Guarani, nesse período, acompanharão o trabalho de pesquisa e, em qualquer momento, terão direito de retirar sua permissão tanto para a permanência do pesquisador nas aldeias quanto para o uso das informações coletadas, sem que isso traga qualquer tipo de penalidade ou prejuízo. As possíveis despesas provocadas pela participação nesta pesquisa serão pagas pelo pesquisador. A identidade dos participantes será mantida em sigilo, para evitar quaisquer tipos de problema. Antes de ser tornado público, o material da pesquisa ficará disponível para os participantes, caso entendam que isso é necessário. Será garantida aos Guarani a devolução do produto final da pesquisa.

◆ Nome e assinatura do pesquisador _____
Marlon Neves Bertolani

◆ **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Eu, _____, RG/ CPF/ n.º de prontuário _____, abaixo assinado(a), concordo em participar do estudo _____, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador Marlon Neves Bertolani sobre a pesquisa, sobre os procedimentos nela envolvidos, assim como sobre os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Nome e assinatura do sujeito ou responsável: _____

APÊNDICE D

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Profissionais de saúde)

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), de uma pesquisa sobre a Política de Saúde Indígena entre os Guarani, uma dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Política Social da UFES. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que tem duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado(a), de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Representações sociais de saúde entre os Guarani no Espírito Santo: uma análise da relação entre o sistema de saúde indígena e a biomedicina
Telefone para contato (inclusive para ligações a cobrar): 3226-5853

Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar as relações entre dois diferentes sistemas de saúde — a biomedicina e o sistema de saúde indígena —, no contexto das ações direcionadas aos Guarani aldeados no município de Aracruz (ES), buscando compreender como as representações sociais construídas pelos profissionais de saúde e pelos indígenas impactam as ações desenvolvidas nessa área.

Por isso, será preciso conhecer como os indígenas entendem saúde e doença, quais são os tratamentos mais adequados e o que é necessário para prevenir a doença. Também será importante entender as estratégias indígenas de utilização da medicina praticada pelos profissionais de saúde e de ambos os sistemas de saúde. Pretendemos analisar as representações dos profissionais de saúde a respeito dos métodos de cura indígena e dos modos como os Guarani lidam com os tratamentos da medicina praticada pelos profissionais de saúde.

O pesquisador está ciente de que sua interferência pode ocasionar a emergência de discussões e debates sobre os problemas de saúde e sobre os conflitos quanto às formas de gestão das doenças. Por isso, vai assumir todos os cuidados para que tais situações venham a proporcionar uma melhora na valorização da medicina indígena e no entendimento entre indígenas e profissionais de saúde, buscando evitar que tais debates se tornem facilitadores de desentendimentos.

Pretendemos, com esta pesquisa, fornecer subsídios para reivindicações dos indígenas no tocante aos seus direitos à saúde e para o aperfeiçoamento do diálogo com os profissionais de saúde no que se refere ao atendimento para os indígenas, assim como para a efetivação da participação destes últimos no planejamento e na execução das políticas de saúde.

Para realizar esta pesquisa, serão feitas entrevistas com índios e a equipe de saúde e realizado o acompanhamento do atendimento dos casos de doença, na aldeia e na Unidade de Saúde Indígena de Boa Esperança. Na observação dos atendimentos na Unidade de Saúde e na aldeia, o diário de campo será o instrumento utilizado para coleta de dados. Ressaltamos que não observaremos os

atendimentos ginecológicos. Na realização das entrevistas com os profissionais de saúde e os indígenas, faremos uso do gravador para o registro dos dados.

O prazo para a pesquisa de campo é de aproximadamente três meses, e os Guarani têm direito de retirar o consentimento tanto para permanência do pesquisador nas aldeias quanto para o uso dos dados coletados, em qualquer momento da pesquisa, sem que isso implique em qualquer tipo de penalidade. O mesmo direito se estende a qualquer outro participante da pesquisa no tocante ao uso dos dados coletados. As eventuais despesas decorrentes da participação nesta pesquisa correrão por conta do pesquisador responsável. A identidade dos participantes será preservada, tendo em vista evitar conseqüências indesejáveis. Antes de ser tornado público, o material da pesquisa ficará disponível para os participantes, caso entendam que isso é necessário. Será garantida aos Guarani a devolução do produto final da pesquisa.

◆ Nome e Assinatura do pesquisador _____
Marlon Neves Bertolani

◆ **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Eu, _____, RG/ CPF/ n.º de matrícula _____, abaixo assinado(a), concordo em participar do estudo _____, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador Marlon Neves Bertolani sobre a pesquisa, sobre os procedimentos nela envolvidos, assim como sobre os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Nome e assinatura do sujeito: _____

ANEXOS