

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Fundação Oswaldo Cruz
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
Núcleo de Estudos em Saúde de Populações Indígenas.

NESPI - Av. Brasil, 4036, sala 703 - Manguinhos - 21040-361 - Tel. 590-9122 r/ 271 - Fax. 290-3893



RELATÓRIO FINAL

Projeto de Antropologia e Saúde para a Etnia Guarani de Paraty (RJ)

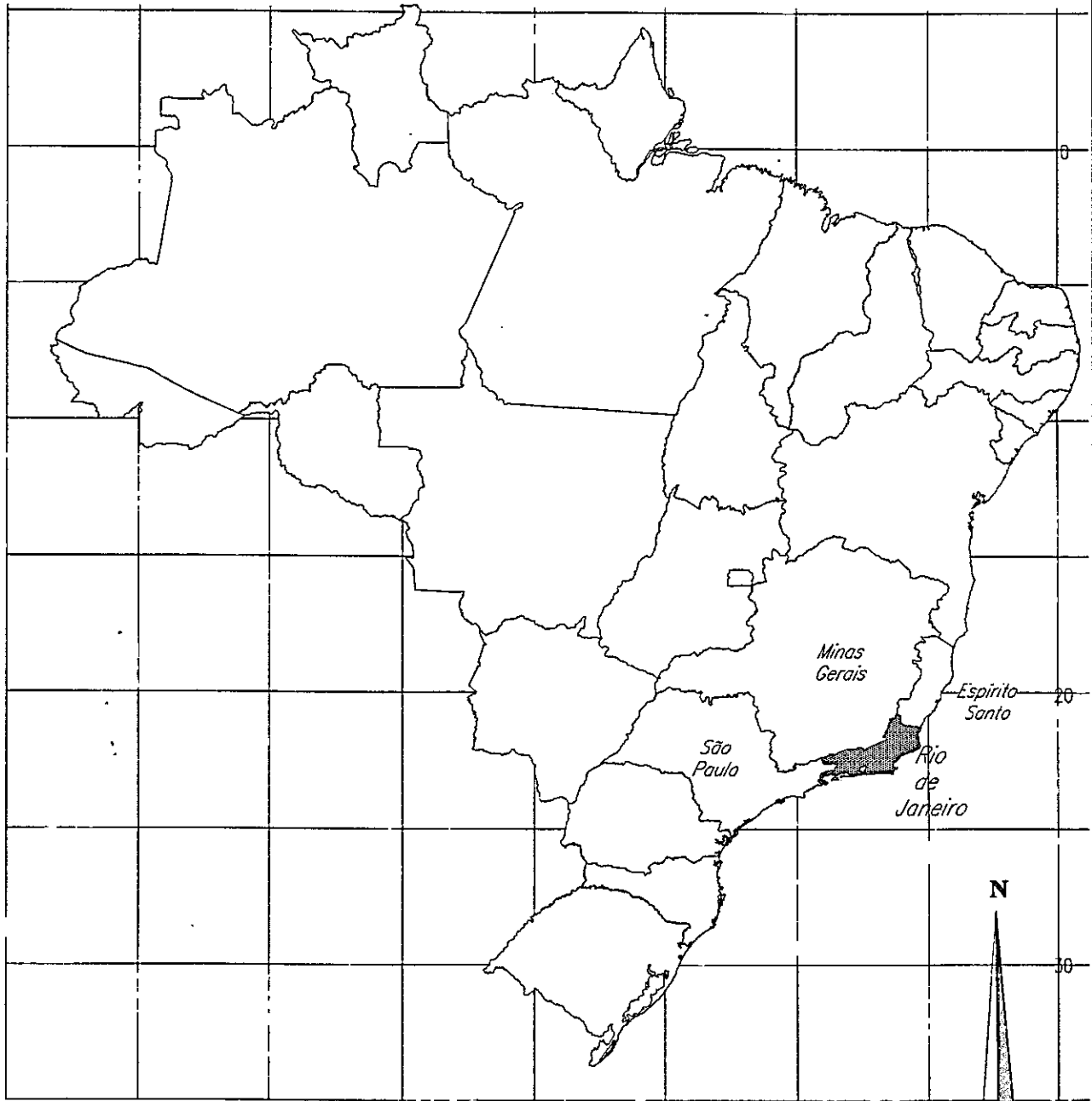
NESPI/ENSP/FIOCRUZ

Coordenação do Projeto:
Ulisses E. C. Confalonieri e Diana Pinheiro Marinho

Financiamento: **PROJETO BRA/93-015 / FNS com o UNITED
NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME -
UNDP.**

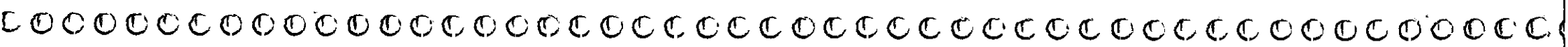
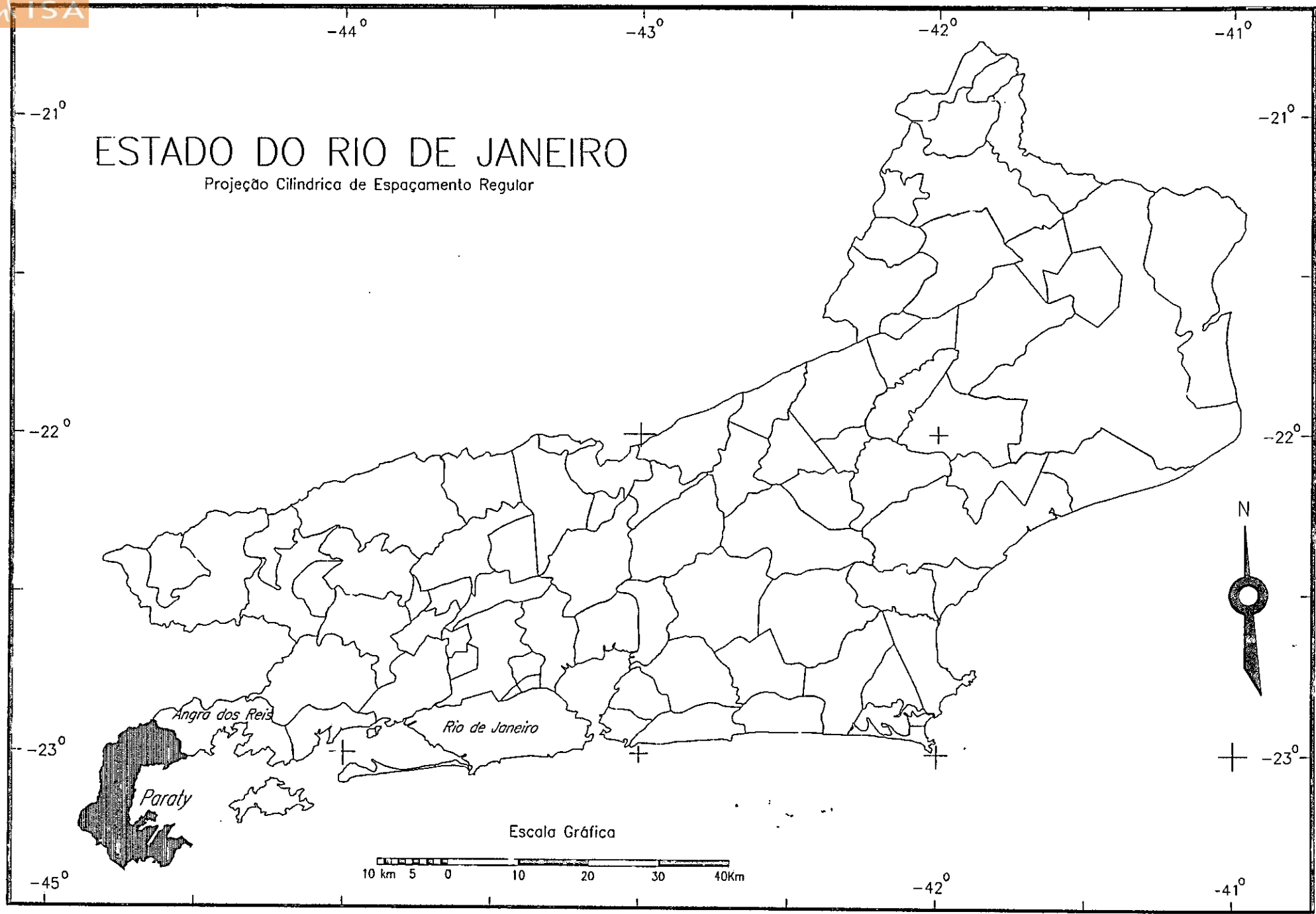
REPÚBLICA FEDERATIVA do BRASIL

Divisão Política

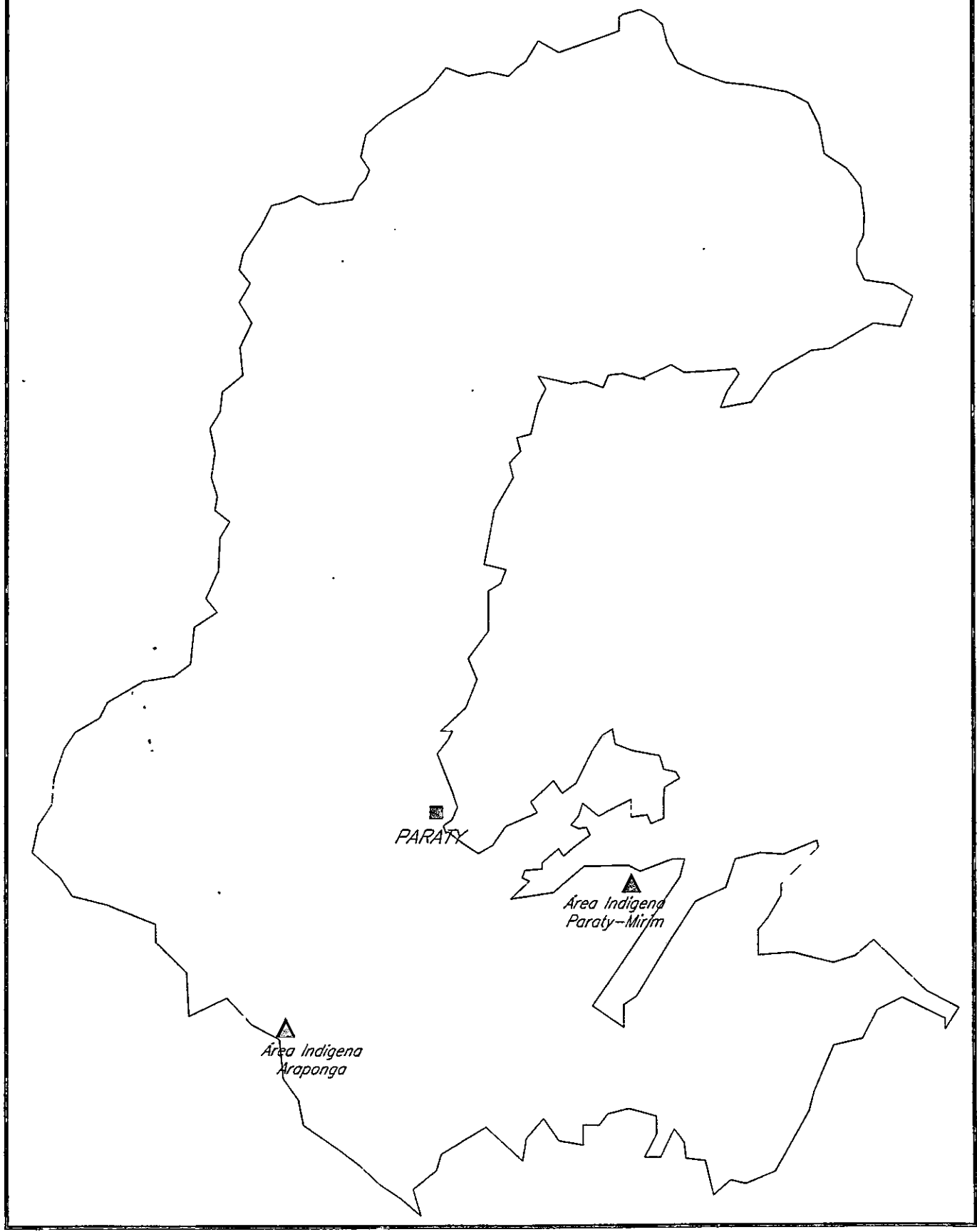


75 65 55 45 35

Escala Aproximada:
1/ 25 750 00 no Equador



ALDEIAS INDÍGENAS GUARANI MUNICÍPIO DE PARATY



COMPONENTE ANTROPOLÓGICO

Orientação:
Cibele Barretto Lins Verani

Pesquisa de Campo:
Ivan Soares Farias

Elaboração:
Ivan Soares Farias e Cibele Barretto Lins Verani

I - PARTE

COMPONENTE ANTROPOLÓGICO

INTRODUÇÃO:

Este relatório refere-se à parte final acordada no contrato, de número 95/00004803, estabelecido entre Ivan Soares Farias, como consultor técnico em Antropologia, e United Nations Development Programme, como contratante e financiadora do Projeto BRA/93-015 gerenciado pelo Núcleo de Estudos em Saúde de Populações Indígenas-NESPI da FIOCRUZ, do qual a pesquisadora e antropóloga Cibele Barretto Lins Verani cabe a responsabilidade da supervisão antropológica.

Ainda neste, apresentamos esclarecimentos quanto às características culturais da etnia indígena Guarani, com o intuito de deixarem num único documento informações que tragam uma melhor compreensão da composição das aldeias de Araponga e Paraty-Mirim na cidade de Paraty, bem como o texto de análise das representações sobre saúde/doença baseado nos levantamentos etnográficos, colhidos junto às aldeias deste Município.

Quanto à formação das aldeias, privilegiamos o relato indígena como forma de legitimar sua visão dos acontecimentos históricos. Assim, não se encontra nesta parte uma descrição pormenorizada nem tampouco cronológica dos acontecimentos, tão comuns à nossas explicações dos fatos, mas sim uma descrição lógica dos aspectos, vistos pelos depoentes, como os mais importantes acontecimentos.

O texto de análise, de título A Etnomedicina Guarani-Mbyá, compreende a principal razão da pesquisa e, desta feita, sugere em outro capítulo algumas recomendações no campo da saúde que devem ser tomados como sugestões aos órgãos oficiais prestadores da assistência à saúde indígena, no que se refere às duas aldeias situadas no Município de Paraty, Estado do Rio de Janeiro.

Longe de ser um documento que define totalmente as condições estruturais e características sócio-culturais, tal relatório testemunha à favor da idéia de continuidade de trabalhos desta natureza, visando a implantação de um Distrito Sanitário Especial Indígena nas aldeias Guarani do litoral do Rio de Janeiro e São Paulo.

LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA E ESTRUTURA DAS ALDEIAS

A aldeia de Araponga, que possui uma área de 60ha¹ de Mata Atlântica, está situada no bairro de Patrimônio e dista 25km do centro da cidade de Paraty, cerca de 1:30h, de carro, e mais 20min. à pé, totalizando quase 2:00h, se o tempo não estiver chuvoso e o carro for apropriado (um Engesa da FUNAI, de tração nas quatro rodas) devido ao local ser de difícil acesso.

A aldeia não dispõe de saneamento básico embora seja servida por três nascentes de água. Seu líder chama-se Agostinho e o nº de moradores chega a 30 pessoas. O atendimento à saúde é feito pela FUNAI através da visita à comunidade de uma atendente de enfermagem, quando

¹ Informação colhida do Mapa de Localização da FUNAI e Centro de Trabalho Indigenista.

solicitada. Muitos casos têm sido resolvidos na própria aldeia por ações medicamentosas pertencentes a tradição indígena daquela etnia (xamanismo, fitoterapia, "rezas", etc.).

A aldeia Guarani de Paraty-Mirim está situada em Reserva demarcada e homologada de 70ha, sendo 40% desta ocupada por posseiros, localizada acerca de 40min de carro do centro da cidade de Paraty, a beira da estrada que dá acesso a uma das praias mais turísticas pertencentes ao Município.

São, hoje, 80 moradores permanentes distribuídos, de acordo com seu padrão familiar, por 15 casas (outras estão em construção). A aldeia abriga, ainda, uma 'Casa de Reza', uma escolinha e um Posto de Saúde que é administrado pela FUNAI. Não existe energia elétrica, rede de esgoto e abastecimento de água (A Fundação Nacional de Saúde-FNS e a Prefeitura de Paraty estão, desde maio/96, realizando a instalação de caixas d'água para o armazenamento de água direto da fonte - a obra encontra-se parada - que não possui manancial suficiente para suprimento regular).

Da mesma maneira que os moradores de Araponga, os Guarani de Paraty-Mirim praticam a agricultura de subsistência, produzem artesanatos como fonte de renda e, eventualmente, realizam algum trabalho de forma assalariada nas cidades ou fazendas próximas para complementar uma renda que lhes permita comprar alguns elementos de cozinha, já francamente absorvidos pela cultura (panela, óleo, açúcar, sal, etc...).

O atendimento oficial de saúde é prestado no Posto de Saúde por uma atendente de enfermagem da FUNAI, três dias por semana, e um médico do Município, uma vez por semana. Casos graves ou exames mais elaborados são encaminhados para o hospital da cidade. Ações de imunização são realizadas pela FNS, com apoio de pessoal e insumos do Posto Ambulatorial do Município.

A ORIGEM E AS MIGRAÇÕES GUARANI

Os Guarani provêm da grande família lingüística Tupi-guarani que deu origem a diversas etnias indígenas presentes na América Meridional. Uma antiga tese afirma que os Tupi-guarani formaram, muito antes da presença inicial dos europeus em território indígena, um só povo que se localizara às margens do médio Paraná-Paraguai, de onde, tempos depois, empreenderam uma grande migração que tomaria três direções: a) um dos ramos subiria o litoral atingindo a foz do Amazonas; b) outro ramo estenderia-se para o noroeste; c) e um terceiro, desceria os cursos dos rios Tapajós, Madeira e Ucaiali.

A migração litorânea da grande família lingüística foi presenciada pelos colonizadores como atestam vários relatos. Por outro lado, as massas étnicas do sul - que seriam classificadas pela literatura como os Guarani - possuiriam, no dizer do etnólogo Estevão Pinto, "língua mais contracta e primitiva" (Cf. PINTO, 1944 (a)), denotando, possivelmente, um tempo mais remoto de construção lingüística.

A prova da realidade de tal centro dispersivo se tiraria do exame das aculturações daquela enorme família (a maloca quadrangular de tetos e paredes constituídas de um só elemento, a rede de algodão, a cultura da mandioca, a maneira de fumar o tabaco, o tipo do arco e da flecha, o tacape, etc...), visto que, se os Tupi tivessem vindo do Alto Amazonas ou do Noroeste da América Meridional, como pretendem os estudos clássicos, provavelmente teriam espalhado o tipo de habitação comum a estas regiões, isto é, a cabana de forma oval ou circular.

Os Tupi-guarani dispersos em território do litoral brasileiro ficaram conhecidos, à época da colonização, como Tupinambá, Tamoio, Tupiniquim, Carijó, Caeté, Tabajara, Potiguara, Guajajara, etc... e dividiriam-se em duas vertentes de troncos lingüísticos, segundo ainda Estevão Pinto:

- a) um Ramo Meridional: os Cainguás (Guarani-Mbyá) do médio Paraná-Paraguai; os Guarani (Guarani-Kaiowá) do rio Iguatemi; os Apapokuva (Guarani-Ñandeva), que no séc.XVI ocupavam o Lago dos Patos e Cananéia; os Guaiiqui de 25° a 27° de latitude Sul; os Arés da fronteira paraguaia e outros.
- b) Vertente Andina e Bolívia Oriental: os Omágua da foz do rio Napo; os Oiampi do vale do Oiapoc; os Parintintin do rio Ji-Paraná; os Pacajé do Xingú; os Tapirauá do Tocantins; os Apiacá do Tapajós; os Juruna do médio Xingú; os Avá-Canoeiro da Ilha do Bananal, etc.

Existem tantos estudos sobre os Guarani, que um dos mais eminentes etnólogos nacionais, Kurt Unkel Nimuendajú, chegou a afirmar que estes eram tão conhecidos que parecia ser supérfluo dizer algo mais a seu respeito. Entretanto, provavelmente, na mesma proporção do nº de obras sobre os Guarani, existem diferentes nomenclaturas para classificar os vários grupos pertencentes a esta etnia. Após esforço da produção literária mais recente, chegou-se a um consenso de que no Brasil habitam três grupos Guarani de dialetos e fundamentos culturais diferenciados: os Ñandeva (maior população em território brasileiro), os Mbyá (compõem a maioria das aldeias do litoral paulista, Rio de Janeiro e Espírito Santo) e os Kaiowá (maior presença no sul de Mato Grosso do Sul, onde tem ocorrido grande número de suicídios).

Os Guarani que habitam hoje os aldeamentos do litoral paulista, regiões de Angra dos Reis e Paraty no Estado do Rio de Janeiro e Aracruz no Espírito Santo compreendem os grupos Ñandeva e Mbyá. Os primeiros começaram a migrar para o leste, vindos da margem direita do rio Paraná, no início do século passado quando, pretendendo atingir o litoral, fundam aldeias em Itapetininga, Itapeva da Faxina, Pirajú e Rio Verde no Estado do Paraná. Na segunda metade do século XIX, algumas famílias fundam o aldeamento de Bananal na cabeceiras do rio Preto, já no interior do Estado de São Paulo. No início deste século, em função de ataques dos Kaingang (etnia tradicionalmente rival dos Guarani), abandonam os sertões de Baurú e fundam nova aldeia na foz do rio Avari, afluente do médio Batalha. Com o avanço da Estrada de Ferro Noroeste são obrigados novamente a migrar. Em 1911, o antigo Serviço de Proteção aos Índios-SPI (hoje, FUNAI), por insistência de Kurt Nimuendajú, cria a Povoação Indígena de Araribá (atualmente município de Avaí/SP) que passou a abrigar os remanescentes Apapokuva (Ñandeva) que viviam na região. O etnólogo, então funcionário do SPI, passará os anos de 1912/13 visitando os grupos Guarani do litoral paulista com o intuito de transladá-los para a nova povoação, onde não enfrentariam problemas de terra e poderiam contar com a assistência do SPI. No entanto, os Ñandeva de Itariri e Bananal (São Paulo) recusariam a oferta e, dos grupos que seguiram para Araribá, poucos ali se estabeleceram. Boa parte desses grupos vieram para o litoral procurando se fixar ao longo da Serra do Mar, movimento este que se prolongou durante as décadas seguintes.

A partir das primeiras décadas deste século, os Ñandeva do litoral passam a receber o reforço de grupos Mbyá. Estes, a partir das décadas de 50 e 60, passam a constituir a população dominante no litoral. O habitat original dos Mbyá, onde permanece o grosso de sua população, compreende ao norte, a porção do Paraguai oriental e ao sul, o Alto Paraná, ainda em território paraguaio; avançaram para o leste, penetrando em território argentino e brasileiro (nos Estados do Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina).

Por território brasileiro as rotas de penetração dos Mbyá indicam que pelo Rio Grande do Sul, vindos da Argentina, mais tarde, formarão os aldeamentos de Rio Branco(SP); de Boa Esperança(ES) e Boa Vista(SP); e outra rota que do Paraguai atinge o estado do Paraná formará vários aldeamentos (Palmeirinha, Rio das Cobras, etc.) e que mais tarde será responsável pela grosso da população dos aldeamentos de São Paulo e Rio de Janeiro.

O leitor, a esta altura, deve estar intrigado pelo intenso movimento migratório realizado pelos Guarani. Vejamos: segundo a autora Maria Inês Ladeira, nem sempre a saída de um grupo familiar, de um lugar anterior ou de origem, tem uma causa exclusiva e relacionada a razões puramente transcendentais, muito embora os motivos da escolha do novo local para o estabelecimento temporário ou "permanente" estejam sempre subordinados a manifestações de ordem divina. Muitas vezes, as "ordens" que emanam do divino através dos sonhos, se fundam num princípio orientador mesclado de razões decorrentes do relacionamento com o branco, mas

para que possam provocar mudanças é preciso que essas razões passem a figurar no plano das questões transcendentais, no conjunto das premonições.

Assim podemos entender que, apesar do constante avanço da sociedade nacional sobre o mundo Guarani que fez com que o aumento da especulação imobiliária, após a construção da rodovia Rio-Santos, forçasse-os a viver sob ameaças de invasões, ao mesmo tempo que os pressionava a assimilar outros meios de produção econômica, não foi determinante para sua massiva migração rumo ao leste. É certo que a pressão que sofreram e sofrem ainda hoje, influencia nos deslocamentos, mas o fazem muito mais para acelerar sua chegada à "Terra Sem Mal" do que propriamente para fugir das constantes ameaças. A exemplo dos Ñandeva, as migrações Mbyá se fizeram por intermédio dos chefes religiosos que conduziram seus grupos por orientação dos deuses-heróis (*Ñanderu-Miri*) à procura da terra da felicidade ou "Terra Sem Mal" (*Yvy-Maraey* ou *Opy'u*, segundo nosso informante Mbyá), situada do outro lado do mar.

Maria Inês Ladeira diz que antigos relatos colhidos por etnógrafos como Nimuendajú podem ser confirmados ainda hoje sobre as intenções migratórias e a importância do mar para os Guarani: "o mar, no pensamento e cosmologia Guarani, ocupa um lugar ambíguo: ao mesmo tempo obstáculo a transpor, para se atingir o paraíso, e ponto de chegada, pois é ali, nas proximidades, que o destino Guarani pode se realizar" (Cf. LADEIRA, 1988: 20). A Serra do Mar, neste contexto, adquiriria uma significação toda especial para os Guarani: ela seria o "dique do mar". Para a autora citada, parece correto supor que a predileção dos Mbyá e Ñandeva pela Serra do Mar encontre fundamento no mito de origem que, em determinada versão, conta que esta terra foi criada por *Tupã* em meio ao oceano resultante da inundação que destruiu a "primeira terra"; esta, como a primeira, estaria fadada à destruição: diz o mito que isso irá acontecer quando o Criador, ateando fogo na terra (no oeste), destruirá o seu 'suporte' (de madeira) provocando assim sua inundação. Segundo Nimuendajú, é o medo desta inundação catastrófica o motivo das migrações Guarani para o leste. Não obstante, nosso principal informante de Paraty-Mirim referiu-se ao fato de ter sido ali, na atual vila de Paraty-Mirim, que um antigo Guarani teria feito a passagem para a 'Terra Sem Mal', ainda em vida e levando todos os seus familiares e co-residentes, por força de uma ética ascética e de sua fé, expressa nos rituais diários de "reza". Teria assim, sensibilizado Ñanderu, o Deus Criador, a passar com seu barco divino e permitir-lhes acesso ao mesmo. Esta proximidade do local sagrado, relatada pelo informante, seria um dos principais motivos de seu desejo em retornar à aldeia de Paraty-Mirim. Confirmando a interpretação de Ladeira (op.cit.), nosso informante fundou seu projeto de vida e seus movimentos migratórios na possibilidade de um destino agraciado e propiciado pela proximidade do Mar.

CARACTERIZAÇÃO SOCIAL, ECONÔMICA E POLÍTICA DOS GUARANI

A organização espacial se caracteriza por um conglomerado de casas dispersas aleatoriamente sem um "centro" que as ordene. São os *tekoa* (aldeia - grupo local), que se constituem destas casas e certos caminhos que atravessam áreas com árvores frutíferas, plantas medicinais, etc

Para um visitante desavisado é possível que as aldeias Guarani dêem a impressão de um certo caos ambiental e espacial, até se comparadas com aldeias de outras etnias. Contudo elas revelam o modo Guarani de viver em sociedade: convívio estreito da família nuclear com distância, entre si, proporcional ao grau de parentesco - tudo relacionado com a autonomia econômica progressiva (que é crescente, face à confecção e comercialização do artesanato) da família conjugal.

Um dado interessante da organização social é o fato dos Guarani não estabelecerem grandes concentrações populacionais buscando uma estratégia cultural que vai afirmar que os fatores que contribuem para isso sejam: acusações de feitiçaria, mortes súbitas, casamentos, conflitos com os brancos invasores, falta de terras agricultáveis, etc. Entretanto, tais fatores não devem ser vistos como determinantes para sua mobilidade, mas como esquemas sócio-culturais criados para afirmar suas opções ecológicas e míticas.

A organização social tradicional é mantida: pequenos núcleos estruturados a partir da "família grande" (composta por filhos, genros e netos de um homem em posição de pai/sogro), a unidade social e econômica básica, que dispõem de autonomia política e, em geral, de território próprio. É a regra de residência (uxorilocalidade inicial) que determina a composição da "família grande" cujo esquema caracteriza-se pelo 'serviço da noiva': o genro deve "pagar", por um determinado tempo, ao pai da noiva, os serviços sexuais e culinários prestados por esta; enquanto isso o genro mora na casa do sogro até o nascimento do primeiro filho, quando então estará livre para decidir seu destino residencial, podendo permanecer próximo ao sogro ou retornar a sua aldeia de origem. No caso dos chefes, tal "serviço" estaria de certo modo compensado pelo seu próprio prestígio.

Outrora, os Nandeva e Mbyá viveram em moradias mais amplas em que abrigava a "família grande"; contudo, é importante atentarmos ao fato de que a adoção de um tipo pequeno de moradia obedece às necessidades impostas por uma nova relação econômica que atende a um processo de individualização em atividades extrativas e produtivas regionais, no qual a família nuclear torna-se a unidade fundamental de produção e consumo.

Quanto às vestimentas, tornaram-se tão necessárias para eles quanto o são para nós; nem tanto para lhes servirem de proteção contra o frio e a chuva mas porque, em suas relações com gente estranha, exigem que o índio apresente-se vestido. A roupa dá ao Guarani maior segurança de atitude e capacidade de auto-afirmação diante do civilizado que encara a nudez do índio como eloqüente expressão de atraso cultural. Segundo o Antropólogo Egon Schaden (1974:31), é também vestido que o Guarani mais fácil conserva outros valores culturais que em hipótese alguma quer renunciar. No entanto, o padrão de higiene das roupas são, ainda, mal integrados à sua cultura até porque, em seu habitat natural, a terra, a poeira e a fumaça se integram ao meio sem que sejam entendidos como sujeiras.

No campo econômico, o artesanato torna-se cada vez mais a principal fonte de renda e de subsistência, pois com o dinheiro da comercialização adquirem objetos industrializados. Para os Mbyá, a caça sempre prevaleceu sobre o trabalho da roça, mas com o aumento da escassez de animais nas áreas ocupadas, a agricultura ganha maior importância.

A economia está estritamente ligada à vida religiosa. A colheita de produtos da roça são motivo para acompanharem de atividades de dança e rezas, principalmente se este produto é o milho. Este ocupa um lugar superior na hierarquia de importância das espécies cultivadas pelos Guarani: o plantio deste elemento determina a noção do tempo nas aldeias, além de representar figura mítica em seu pensamento; o milho foi um presente dado diretamente por *Nanderu* ao povo Guarani. Também cultiva-se muito, em importância secundária, a mandioca, o feijão, o arroz, a cana-de-açúcar, o tabaco, a banana, a melancia, o mamão e outros. A criação de aves (galinhas, gansos e patos) e porcos também é importante, fornecendo nutrientes de origem animal às refeições principais (a primeira, ao acordar, é leve e baseada em frutas, café e pão).

No aspecto político, segundo os padrões tradicionais, a chefia do grupo coincide com a liderança carismática do rezador, que pode ou não ser o chefe de "família grande". Os chefes de "famílias grande" formam uma espécie de Conselho de função consultiva e deliberativa. Em grupos com grande influência do antigo SPI, o poder político passou a ser concentrado nas mãos do 'capitão da aldeia' - sujeito criado por nomeação do SPI para facilitar o contato e a relação entre a aldeia e o órgão oficial. Contudo, o pouco relevo dado pelos Guarani ao exercício do poder, enquanto fator essencialmente político, a figura do 'capitão' não trouxe conflitos de competência e este foi reinterpretado e integrado pela cultura, coincidindo com a chefia tradicional da "grande família" e da liderança religiosa numa só pessoa, e o mais importante: sem

que este se conceba como um centro de poder ao qual tudo lhe cabe, ao contrário, o poder é exercido tal qual a vontade e o interesse da comunidade. O bom chefe é aquele que agrada a sua aldeia. Como na maior parte dos grupos indígenas, o chefe agrada por exercer bem sua função de “grande provedor” de alimentos, consequência de sua capacidade em liderar grandes grupos para o trabalho coletivo nas roças.

Coesão interna às aldeias e Migrações

Construir uma casa como forma de atrair as pequenas famílias nucleares das aldeias distantes, onde residem junto aos afins, parece constituir uma estratégia bastante usada pelo pai para motivar um filho ou filha a juntar-se a ele, ampliando sua “família-grande” na aldeia e seu prestígio político. Testemunham, diversas casas em construções em Paraty-Mirim e Araponga. Essa estratégia vem, naturalmente, acompanhada de uma avaliação sobre a capacidade do território ocupado (em termos de disponibilidade de terras agricultáveis, água potável, etc.) em fornecer recursos para a sobrevivência. dessa maneira, as relações com as agências públicas e seu investimento na melhoria da oferta de serviços na aldeia constituem, igualmente, fator de atração e manutenção de parentes na aldeia, garantindo a coesão social da comunidade de aldeia.

Finalmente, as relações sociais, em particular a existência de conflitos internos ou de aspirações por autonomia de determinada parentela secundária, que viria crescendo pelo próprio movimento interno de crescimento e casamento de filhos e netos, tornando seu líder um pai ou sogro carismático, parece contribuir para determinação de certos direcionamentos migratórios.

Contribui, finalmente, para a manutenção da coesão interna à aldeia, a existência de um xamã que, preside as sessões diárias de “reza” e constroe assim, um sentimento de unidade do grupo, do qual a exclusão expressaria a posição de marginalidade de determinado membro ou grupo familiar da aldeia.

O Ritual e a Casa de Rezas

Observemos o contexto da “reza” (*porahêi*), apreendida do trabalho etnográfico desta pesquisa:

A Casa de Reza (*opy*) é um local amplo (a maior casa da aldeia) onde todas as noites ocorrem rituais de rezas e/ou curas. Esta casa é muito bem barreada de modo a não entrar nenhuma luz; não possui janela alguma, somente uma porta cuja frente é voltada ao nascente. É nesta extremidade que os dirigentes da reza (*yvyraitja*) e todos os outros que participam cantando (*oporaive*) realizam o ritual.

Na *opy*, duas garrafas com querosene fazem as vezes de lâmparinas, garantindo o mínimo de luz necessário aos movimentos. Instrumentos musicais, como o *takuapu* (de percussão feminino, feito de taquara), o *mbaraka* (de percussão masculino, feito em forma de chocalho de cabaça), o violão (usado pelos dirigentes espirituais masculinos), também os cachimbos de barro ou madeira, as cuias de chimarrão, juntamente com as flechas sagradas, ocupam um lugar privilegiado no interior da Casa de Reza, bem como em todo o ritual. Tais instrumentos ficam dispostos junto à parede de fundo oposta a porta de entrada; as flechas são as únicas que não são retirados de seu lugar com o andamento da reza.

O ritual se inicia, no início da noite, com um leve som retirado do violão, com o intuito de avisar e atrair as pessoas à celebração. Aos poucos vão chegando. As mulheres trazem suas crianças e vão se sentando ao chão junto as paredes laterais e parede oposta a dos instrumentos; eventualmente algumas vagas nos bancos usados pelos homens podem ser ocupados pelas mulheres, contudo a preferência pelo chão, onde estendem cobertores ou lençóis, dá a idéia de maior conforto devido a companhia das crianças.

Os homens são os últimos a chegar. Alguns deles, com cachimbo, dão início a uma preparação anterior a reza: fumigam os instrumentos musicais e sagrados e a cabeça de todos os presentes, numa espécie de defumação feita pela fumaça do fumo de tabaco; eventualmente as crianças (de qualquer idade) participam, também, defumando o ambiente. Todo esse movimento é acompanhado pelo ritmo monótono da música retirada do violão.

A reza tem início quando um homem (qualquer um, embora seja preferencialmente o pajé) começa a cantar em ritmos alternados consistindo em gritos, sussurros e lamentos na língua guarani. Em determinado momento parece chorar com as mãos no rosto e o cachimbo na boca. O ritmo da música aumenta e a oração executada pela liderança espiritual se assemelha mais, agora, a um canto. O ambiente vai tomando um aspecto de festa, onde todos participam com alegria, respeito e fé. As crianças sempre tão brincalhonas, agora possuem um ar de seriedade e responsabilidade para com a celebração.

Cada homem, em rodizio, pode e deve cantar/rezar, pelo menos uma vez, fazendo com que todos os presentes participem. O violão, também passa, sempre, às mãos de outro, embora os portadores mantenham a mesma postura: olhos fechados, corpo curvado sobre o instrumento e dança circundante ao centro da Casa. Paralelamente a isso, o canto é acompanhado de outra dança, frente ao local dos instrumentos sagrados; nesta, as mulheres, as adolescentes e crianças são as promotoras. Batendo ao chão o *takuapu*, cantam e pulam para os lados, para frente e para trás em uma coreografia interessante e graciosa deixando-se entrever um entrosamento construído há muitos anos de tradição.

A reza é a ocasião em que o pajé realiza a cura de enfermidades. Se alguém se queixa de dor ou algum mal-estar, é atendido pelo pajé durante o dia; dependendo do diagnóstico feito, por este, o tratamento se inicia com o uso de ervas e remédios caseiros, medicamentos dos brancos e, possivelmente, tem a continuidade ou cura definitiva com a pajelança realizada durante a reza.

Esta pajelança consiste em situar o enfermo sentado sobre um banquinho de madeira no centro da Casa, de frente para a parede onde se situam os instrumentos sagrados. Após a dança em volta do enfermo, o pajé usando o cachimbo, fumiga-o na nuca, por várias vezes, depois a todo o corpo do doente até se concentrar na parte onde se situaria a dor. Depois é utilizado o recurso da massagem e do esfregaço. Tudo isso, simultaneamente ao aumento do ritmo da música, da dança e da reza/canto e permeado da exaltação dos participantes, o líder espiritual elabora a expulsão do mal causador da enfermidade, retirando por sucção do corpo do doente um elemento representador do malefício (objeto patogênico). Neste momento todos correm para ver o objeto maléfico e o júbilo coletivo toma expressão de total euforia nas rezas.

Motta (1992:69) refere-se ao papel do ritual de rezas na manutenção e como expressão da coesão interna à aldeia. Esta autora sugere que esse ritual consistiria na construção de um discurso coletivo, que se sobreporia ao discurso individual, expressando a essência mística do Ser Guarani enquanto membro de uma comunidade ou grupo social (idem, *ibid*:70). À maneira dos demais rituais que tanto expressam a realidade social e contribuem para a sua reprodução a partir dos modelos que os rituais conferem à sociedade (Cf. GEERTZ, 1978), as “rezas” Guarani vêm expressar e garantir a continuidade da coesão grupal e da identidade étnica através da reprodução, através da palavra sagrada, do sentimento de unidade mística e social. A não participação nestes rituais coletivos, portanto, seria de crise ou desagregação social (idem, *ibid*.).

A COSMOLOGIA GUARANI

Para Egon Shaden “ O Guarani distingue ações boas e más, indivíduos bons e maus mas a sua doutrina original não reconhece, a não ser vagamente, responsabilidade moral,. O indivíduo é bom ou mau por natureza... não há livre arbítrio porque a “indole”, as qualidades inatas obrigam o

indivíduo a agir de determinada forma. Não há, no sentido rigoroso do termo, sanções, castigo ou condenação, prêmio ou recompensa..." (idem *ibid*:104). Aqui se situa o ponto de divergência fundamental entre as concepções religiosas Cristã e a dos Guarani: Schaden afirma a existência de pontos irreduzíveis e mutuamente exclusivos: dentre eles, o mais importante talvez seja a ligação entre o destino da alma e a responsabilidade moral do indivíduo. Para a noção Cristã, a alma será julgada, condenada ou recompensada de acordo com os preceitos morais, ao passo que o Guarani não reconhece ligação direta entre arbítrio e as condições *pós mortem* (após a morte). O que pode haver é infelicidade do espírito dos que morrem de feitiço mas, ao fim de tudo, todos se encontrarão no Além. O Guarani não precisa merecer o Céu, todos são destinados à felicidade eterna.

O sistema cosmológico Guarani-Mbyá deve ser entendido à luz da noção de "alma humana" que por sua vez é relativa a noção de concepção. São obscuras as idéias entre relações sexuais e concepção, em vários autores, porém são unânimes em afirmar que relações sexuais representam papel coadjuvante na idéia de concepção Mbyá. De preferência, ela ocorre devido a causas sobrenaturais, por intermédio do sonho: a criança é enviada, pelos deuses-heróis ou parentes falecidos, ao pai que a recebe em sonho e conta à mãe que engravida.

Vejamos este relato: "Tinha morrido o filho mais velho de Poýdjú. Mais tarde os outros dois também morreram; Poýdjú ficou muito sentido e quase louco. Andava de noite no mato, sozinho, sem saber o que fazer. Uma noite, em sonho, ouviu alguém dizer: '...não chore mais, não, que ele vem trazendo outra vez para você, os dois, todos os dois.' Era o falecido pai de Poýdjú que os vinha trazendo, e era o irmão finado, Avákaudjú (pai adotivo de Kurt Nimuendajú), que estava falando: '... abra bem a porta para ele entrar...'. Em sonho Poýdjú abriu a porta e foi receber os dois. O pai os entregou e falou: '...entregue para a mulher de você?'. A mulher respondeu (em sonho): '... eu podia pegar, mas não posso criar porque não tenho leite...'. E ela não os pegou. 'E eu cá no sonho imaginei como ia fazer com esses dois... e aí garrei a chorar e já rezando; com isso acordei, e rezei até amanhecer. Nesse dia mesmo de manhã contei o sonho para minha velha e nisso à enteada. Aí ela disse: 'ah! então você sonhou assim? Pois eu crio!' E pegou os peitos e disse: 'Dando para mim, dou um peito para um e outro para o outro'. Depois de algum tempo ela ficou grávida e nasceram gêmeos... Daí é que fiquei acreditando o que o Nanderu contava. Antes eu não rezava... agora não duvido mais'. Antes disso, Poýdjú, ao que afirma, não tinha reza, isto é, não recebera em sonho inspiração individual neste sentido. Diz que ficou velho sem reza."(Cf. SCHADEN, 1974)

O relato acima nos ajuda a perceber que na noção de concepção Guarani está presente a idéia de reencarnação que, do ponto de vista social, desempenha importante função pelo fato de garantir um certo diálogo e a continuidade entre gerações passadas e futuras; estabelecendo uma comunhão perene entre este mundo e o outro, o mundo do Além que, para a mentalidade Guarani, faz parte de um todo indissolúvel. Revela, ainda, a importância da "reza" (*porahêi*) que, por sua vez, constitui uma dádiva sobrenatural. É a "reza"- palavra sagrada - recebida por qualquer indivíduo que fará a ligação da pessoa à ordem do divino.

No caso da reencarnação é sempre o espírito de uma criança falecida que renasce pela mesma mãe, logo após a morte ou mais tarde, sem relações sexuais, por intermédio de sonhos ou mesmo de danças religiosas (*djeroký*). Os adultos nunca renascem.

O autor Leon Cadogan revela a crença Guarani na dualidade da alma e vê similaridade na visão dos três grupos da etnia. Segundo o autor, o Mbyá crê que por ocasião do nascimento do indivíduo, duas almas lhe são incorporadas: o *ñe'e*, de origem divina, e *teko achy kue*, de origem telúrica. Um estudo do guarani clássico revelaria que *ñe'e* significa falar, significa linguagem humana e seria responsável pelos sentimentos e manifestações mais nobres do indivíduo; a função primordial desta alma é conferir ao portador o dom da fala, o dom da linguagem e, por extensão, da "reza". Diz a poesia sagrada Mbyá (Cf. CADOGAN, 1952):

Ayvu rapyta ó guerojera
o guero-yvára Ñande Ru
ñe'e mbyte rã

O fundamento da linguagem humana o criou
e quis Nosso Pai que formassem parte de sua divindade,
para compor a medula da futura alma

A alma de origem telúrica, *teko achy kue*, que no guarani clássico significa 'alma de defunto' quer dizer, no uso corrente, "produto da vida imperfeita"; constitui a porção grosseira e terrena da alma humana. Está ligado a idéia do irracional, do profano, das paixões, dos desejos mais instintivos do ser e que, após a morte da pessoa, fica a vagar pela terra até converter-se em *angue* ou *anguêry*, fantasma muito temido e ao qual inúmeros malefícios, relacionados principalmente a doenças e mortes, lhe são atribuídos. Este fantasma vaga infeliz pela terra e é a causa de muitos males, caso interponha-se no caminho de algum vivente. Há várias espécies de males motivados pelo tipo de contato entre vivos e mortos: um simples esbarrão, sua visão, seu toque e seu abraço, que faria a pessoa viva sentir seu "frio" intenso. A identificação entre frio e morte remete à dicotomia frio x quente na etiologia etnomédica Guarani, e opõe-se à relação estabelecida entre Sol (calor) e Ñanderu. Não obstante, um "vento quente" também pode ascender da terra e causar doenças. Entretanto, longe de ser um espírito mau, é considerado muito infeliz. A alma de origem divina, *ñe'e*, por sua vez, após a morte da pessoa, retorna ao Criador. Note-se aqui, a relação feita entre infelicidade e o vagar pela terra, sendo um dos traços mais característicos da cultura Guarani, as migrações almejam a busca de um destino permanente.

Observemos que "alma" (de origem divina) tem o significado de fala, de linguagem e que, um pouco mais acima, percebemos que a "reza" (*porahêi*), enquanto palavra sagrada, desempenha o importante papel de ligação do indivíduo com o mundo divino e que pode ser responsável pela dádiva da vida. Ora, foi através da inspiração da "reza" que Poýdjú obteve a graça da concepção, revelando que "reza" e "alma" possuiriam uma identificação divina, misturando-se e confundindo-se entre si. Sim, porque se esta "alma" (*ñe'e*) que provém do divino tem o significado da fala, da linguagem, da palavra e esta "reza" (*porahêi*) é palavra sagrada adquirida para comunicação com Deus (*Ñanderu*), podemos dizer que alma e palavra, ou melhor, que alma e língua Mbyá sejam a mesma coisa.

A idéia se reforça, ao analisarmos o ritual do batismo do milho, presente em cerimônia nos três grupos Guarani: a época da colheita do milho tradicional (*avaxi etei* = milho verdadeiro) é o momento propício para a revelação dos nomes das crianças. É, na maioria das vezes, nesse momento que *Ñande Ru Eté* (Deus Supremo) ou *Tupã* (Cf. LADEIRA, 1992) se manifesta com relação ao envio de almas.

Notemos a estreita ligação entre o batismo (nomeação das crianças) e a encarnação da "alma de origem divina". A palavra que os nomeia, após inspiração divina, será sua "alma", *ñe'e*. Ela indica de que parte do paraíso esta viria e a que divindade, dentre os filhos de *Ñanderu*, estaria ligada.

Daí, talvez, possamos começar a entender a razão, apesar de tantos anos de aculturação através do contato com nossa civilização, tantas transformações e adaptações culturais realizadas pelos Guarani, o porquê estes não foram suficientes para fazê-los perder ou transformar sua língua de origem. Evidentemente, ao proteger sua língua, os Guarani, sabiamente, resguardaram sua alma.

Céu e Terra, Frio e Quente - Espaços e Princípios Cosmológicos

Segundo Cadogan (1949:33), o espaço cosmológico Guarani é dividido em quatro partes que correspondem aos filhos de *Ñanderu*, o grande Deus Criador: Sol (*Nhamandu*), Primavera (*Jakairá*), Chuva (*Tupã*) e Fogo (*Karat*), dos quais provêm as almas-palavras que nomeiam os

recém-nascidos. Em cada uma das partes deste Paraíso, as divindades se compõem de um correspondente feminino.

A dicotomia entre espaço divino (Terra Sem Males - *opy'u*) e espaço terrestre (do mundo - *teko achy*) permeia toda a cosmologia Guarani. Se no espaço sagrado reina Ñanderu e este é associado ao Sol (ao calor? a luz?) na terra existem seres sobrenaturais ou “donos” de todos os elementos (pedras, árvores; caminhos das matas, etc.). Nosso informante de Paraty-Mirim referiu-se a um Ser, de estatura de Ñanderu (porém, com seus poderes semelhantes limitados pelo último, a fim de subordiná-lo) que teria criado o mundo.

Se é da terra que '*teko achy*' se origina, é também “pelo mundo” que ela vagueia após a morte na forma de '*angue*', sendo a principal característica maléfica deste ser sua extrema frieza. Podemos supor, portanto, que frio e escuridão são qualidades negativas que caracterizam esse espaço telúrico, bem como à morte. Cadogan (1949: 21;30-31) menciona ainda *Mbaé Pochy* (Mal) como originador das doenças mais severas (as doenças espirituais).

Motta (1970: 66) propõe ainda uma série de oposições binárias fundamentais que estariam ainda relacionadas nesse sistema binário, expressas em uma versão Ñandeva do mito de origem Guarani:

- escuridão x luz
- morte x nascimento
- velho x jovem
- homem x mulher
- secreto (sagrado) x revelado (profano)
- cultura x natureza
- natureza animal x natureza humana
- natureza animal x natureza divina
- alma animal x alma divina

Finalmente, parece fundamental mencionar a associação entre fim do mundo, escuridão e recomeço na cosmologia Guarani, pois foi da escuridão que *Ñanderu* criou a luz no início dos tempos. Considerando-se a ameaça iminente de destruição do mundo, fundamental à cultura Guarani, e que isto já teria ocorrido anteriormente, postulamos a semelhança deste processo com o permanente fluxo de desagregação social das aldeias Guarani em constante migração de grupos em busca de um recomeço em outras terras. Perambular, na terra e na alma, em busca da 'Terra Sem Males', controlando e evitando *Pochy*, o cólera (o sentimento anti-social por excelência) parece ser uma metáfora espiritual do viver em sociedade Guarani.

A ETNOMEDICINA GUARANI-MBYÁ

Concepção de Doença

Os Guarani, como ademais todos os grupos indígenas, percebem a doença de forma coerente com sua visão de mundo e a cosmologia, que adquirem o sentido de realidade vivida a partir da experiência pessoal da doença.

Nesse estudo introdutório da etnomedicina Guarani, não foi possível determinarmos exatamente as principais categorias nosológicas ou seus princípios classificatórios devido ao inexistente domínio da língua e por limitações de tempo.

Os relatos de episódios de doença em português indicavam sintomas como tosse, febre, mal-estar no corpo, choro e não querer ficar no chão, no caso de crianças, fraqueza, emagrecimento e apatia (moleza). Algumas formas de comportamento considerados irregrados ou anormais, como “andar no mato falando”, o sentimento de raiva são mencionados como indício de doença. O uso de categorias nosológicas da medicina ocidental é bastante disseminado (pneumonia, gripe, problema de urina, asma, etc.), ao menos no discurso com os profissionais de saúde e demais “brancos”.

Três categorias básicas porém são utilizadas: “doença espiritual”, “doença do mundo”, e “doença de fora” (dos brancos). Uma quarta categoria de doença foi utilizada nos discursos : a “doença pequena”, referindo-se a episódios de menor gravidade, por oposição a “doença espiritual”. Aparentemente, essa categoria seria de outra ordem, e poderia se referir, segundo o nível de gravidade dos sintomas, a tanto as doenças “do mundo” (que também teriam um componente “espiritual”, i. e. referir-se a etiologias tradicionais da cultura Guarani relacionadas ao sobrenatural) quanto a doenças “de fora”. À semelhança da dicotomia “doença de branco/doença de índio”, tão disseminada nos estudos de etnomedicina de grupos indígenas brasileiros, essas categorias parecem designar mais aspectos da doença ou níveis distintos de elaboração das especulações etiológicas, referidos à gravidade ou persistência dos sintomas (cf. Buchillet, 1991: 27 a respeito da teoria dos níveis de causalidade) do que categorias estanques.

A esses níveis estariam referidos o tipo de tratamento utilizado. Assim, uma febre, um mal estar ou outro sintoma passageiro, poderia ser classificado como “doença de fora” ou “doença do mundo” (originada de seres sobrenaturais que habitam as pedras, algumas espécies de árvores, as matas e as águas), e tratados com remédios caseiros da farmacopéia tradicional ou remédios da farmácia (da medicina ocidental). Já as doenças de ordem “espiritual” só poderiam ser tratadas eficazmente por um pajé “forte”, embora o uso de rezas, pajelações feitas por xamãs iniciantes e remédios caseiros conhecidos por certos indivíduos não-xamãs tenha sido observado, na ausência de um pajé “forte” na aldeia. O recurso à medicina ocidental também é feito nos episódios graves, recorrendo-se ao hospital, na ausência ou com a anuência do pajé.

O diagnóstico do mal (que coincide com sua origem, unindo categorias nosológicas e etiológicas) e a escolha das opções terapêuticas são feitos exclusivamente pelo pajé (xamã), segundo relatam os informantes. Mas, na ausência deste, observamos casos em que os parentes da vítima foram informados diretamente por Nanderu, em sonhos, sobre a origem do mal ou mesmo sua gravidade. Os parentes não se furtam a viagens distantes e alguns sacrifícios para levar o parente doente a um pajé. Essa expectativa de que o diagnóstico só possa ser feito pelo xamã (que, por definição, é aquele que detém os meios de comunicação não perigosa com o sobrenatural) é melhor explicitada no episódio seguinte:

Um menino guarani, observado durante o trabalho de campo, aproximou-se do Posto da Aldeia para consultar-se com o médico durante uma de suas visitas, o médico, ao questioná-lo para fazer a anamnese buscando sintomas, não obteve resposta. Como através do exame clínico não encontrara nenhum sinal aparente de doença, o médico insistiu que o menino relatasse suas queixas, sem o que não poderia fazer o diagnóstico. O menino surpreendeu a todos, ao retrucar:

- “Ué! Mas você não é o médico? você deve saber!”

Neste episódio, o menino, ainda insuficientemente socializado nos códigos e padrões de comportamento da cultura e medicina ocidental, tinha a expectativa de que o médico se comportasse como um pajé, diagnosticando o mal (que é imediatamente sua causa, demonstrando a imbricação entre categorias nosológicas e etiológicas) sem o paciente relatar queixas. Talvez, inclusive, uma das funções do pajé seja buscar junto a familiares e demais membros do grupo, os sinais de doença que seriam também de ordem social, como ademais o são nas concepções sobre doença dos demais grupos indígenas estudados.

Categorias Etiológicas

É, novamente, a noção de “alma” Mbyá que nos ajuda a pensar a relação causal sintoma/doença: a palavra-alma, *ñe'e*, está destinada a retornar ao Criador, enquanto o “produto das imperfeições”, *teko achy kue* (*teko*= vida, costume; *achy*= imperfeito, doloroso; *kue*=o produto) (Cadogan, 1949:24), destina-se a vagar na terra e converter-se em, *angue*, perigoso espírito que anuncia numerosas enfermidades, *mba'achy*, e desgraças. Ele deve ser afastado com pregações religiosas, danças e rezas, e as numerosas enfermidades que lhe são atribuídas, devem-se à inobservância de preceitos divinos e às infrações ao código moral que, por sua vez, sofrem influência das paixões e dos desejos humanos.

O *angue* é um ser infeliz (que vagueia, “não para nunca”) que se apresenta de diversas formas à vítima, adoecendo-a. Pode aparecer aos pedaços, por exemplo, sem cabeça ou somente com a parte superior do tronco; pode esbarrar, sem ser visto, na vítima; pode segurar, agarrar ou mesmo abraçar a pessoa. A cada uma destas formas de contato com o fantasma de um morto corresponde maior gravidade da doença.

Outra espécie de seres causadores de doenças, característicos “do mundo”, são os “donos” ou seres sobrenaturais que habitam pedras, animais, lugares escuros na mata, certas espécies de árvore, o fogo ou a água. Deve-se a esta crença a restrição imposta às crianças de caminhar, à noite, pelos caminhos e na mata, guardando-se a escuridão para o ritual coletivo de rezas no *Opy*. Por exemplo, uma cobre grande, sem cabeça apareceu em sonho a um pai de uma criança, posteriormente falecida, “bloqueando o caminho dela”.

Esses seres seriam agentes de M'baé Pochy (a Raiva, Cólera, o Mal) (cf. Cadogan, *ibid.*) na causa dos males. Este ser seria o próprio criador do mundo terreno, imperfeito, causador de infelicidades e maléfico, tendo assim o mesmo poder criador de Nanderu. O Deus pai, no entanto, teria limitado seus poderes para que aquele lhe fosse subordinado.

A raiva e outros sentimentos anti-sociais (egoísmo, inveja? ciúme?), devem ser controlados. Grande parte das regras restritivas alimentares e de comportamento (abstinência sexual, evitação de tecer laços e fazer artesanatos, etc.) presentes nos estados liminares, parecem contribuir para a construção de uma personalidade autocontrolada e com obrigações morais (ser afável e bondoso), característica de uma ética ascética, também presente em outras culturas indígenas brasileiras (cf. Verani, 1991:78-81;85).

A “doença espiritual”, uma única para cada pessoa e resultado de sua própria história de vida, pode acompanhá-la durante a vida, segundo depoimento de nosso informante. Ela corresponde à história das imperfeições e paixões próprias de cada indivíduo, característica de seu *Teko Achy kue*.

Vejamos o depoimento seguinte:

Entrevista com o cacique Miguel:

O informante, um chefe de aldeia, diz estar bem de saúde. Andou adoentado mas já melhorou com o tratamento do pajé. Este passou remédio caseiro para melhorar o “juízo”, ou seja a memória. Conta que tem uma doença que o pegou quando jovem, quando trabalhava na roça da fazenda do patrão. Este vinha trazer comida do almoço debaixo do sol forte. Certo dia, quando foi pegar um tronco de madeira após o almoço, sentiu fraqueza e logo percebeu que uma doença havia lhe pegado. Sobre o que teria sentido, informou que deu tonteira, sentiu frio, seus “olhos” escureceram e ficou mole como se não tivesse mais ossos. Foi internado durante 01 mês mas o médico não teria descoberto o que ele tinha. Segundo o informante, o médico não disse o nome da doença falando que ele não estava doente, passou uns comprimidos e o mandou para casa. O informante teria ficado uns dois anos sem poder trabalhar; só quem trabalhava eram seus filhos e sua

esposa, ele não conseguia sequer levantar da cama, sentia que “o sangue sumia e voltava de 5 em 5 minutos”. Desde então, a doença nunca mais lhe deixou, apesar de não sentir qualquer dor.

Um certo pajé lhe atendeu e passou remédio do mato; foi o que fez melhorar. Indagado o porque teria acontecido com ele, respondeu que foi feitiço para matá-lo mas não deu totalmente certo. O pajé conseguiu livrá-lo, embora ele não fosse de grande capacidade para retirar todo o mau. O informante acredita que somente quatro fortes pajés poderiam resolver o problema.

Fala da doença que levou à morte sua netinha, filha de seu filho (relato anexo): seria um espírito mau que teria dado um “choque” na nenenzinha. A origem desse espírito se daria quando uma pessoa cruel, má, ruim morre e Deus não a recebe de volta; teria que retornar à terra e ficar vagando por aí.

Às vezes, segundo o informante, basta o Guarani caminhar na estrada para ele (o espírito mau) pegá-lo. O pajé tem orientado as pessoas a não andarem à noite porque ele se aproveita. Ele viria do vento e “faz ficar tudo frio na hora”. Conta que uma criança já morta devido uma doença adquirida da “friagem” da terra, voltou a viver novamente graças a ação do pajé, o único que pode fazer tal coisa.

Sobre o atual pajé de Paraty-Mirim, Miguel confia muito. Ele estava em Bracuí mas já havia sido palavrado em Rio das Cobras (SC). Quanto a Cecílio que estaria se preparando para ser pajé, afirmou que ele é “fraquinho” pois tem estado doente também e não procura ajuda, não fala o que sente, não se mostra, nem tem rezado mais. E lança uma pergunta: “como pode ele querer ser pajé, e viver doente como anda?”.

A “doença espiritual” por excelência, portanto, seria deixar-se dominar por esse sentimento (provavelmente personificado como uma entidade, um ser) disruptivo da ordem social e base para a construção da personalidade do “feiticeiro”.

A feitiçaria, resultado das ações e técnicas (a “ciência do feiticeiro”, segundo Cadogan, op.cit.) de um feiticeiro, seria a categoria etiológica mais grave e responsável pela morte dos doentes. Como em outras culturas indígenas, a dissolução da unidade social corresponde à dissolução da integridade espiritual e física.

Finalmente, a dicotomia “frio x quente”, presente em diversas etnias do continente americano, é responsável por um grande número de enfermidades, os remédios da farmacopéia tradicional sendo usados segundo esse sistema de classificações para contrabalançar o equilíbrio desses estados no corpo doente. No caso da cultura Guarani, supomos haver relação com a atribuição de qualidades simbólicas a estes dois estados, presentes na cosmologia como alguns dos princípios ordenadores do cosmos.

Desta feita, poderíamos dizer que os males que afetam a saúde Mbyá pertencem ao campo de representação cosmológica, ou melhor, a um conjunto transcendental no qual a gravidade do sintoma será o responsável pela escolha do caminho terapêutico - inclusive à assistência dos órgãos oficiais (FUNAI, Município e FNS) - através do pajé, que diagnosticará a doença e indicará seus tratamentos.

Os estados liminares e o risco de adoecer

Na existência do indivíduo Mbyá, o nascimento, a maturação biológica, o nascimento dos filhos, as doenças e a morte são momentos especiais, e acompanhados pela primeira colheita do milho verde, viagens e outros acontecimentos, rompem de alguma forma o equilíbrio da vida cotidiana e exigem, muitas vezes, medidas rituais. Em quase todas estas situações, em que Schaden chama de “estados de crise”, observou-se preceitos realizados pelos Mbyá, com grande rigor, ainda que hoje perceba-se o abandono de muitos deles.

Entre os Mbyá, este estado recebe o nome de *odjêkóakü*, é o mais corriqueiro é o que decorre do nascimento de uma criança, o qual implica numa série de precauções do pai e da mãe

relativos à segurança e boa saúde do filho recém nascido. Já durante a gravidez, a mulher é obrigada a várias restrições alimentares, como por exemplo não comer mel de determinada abelha sob pena de ter um parto laborioso. Tomará cuidado para não se zangar, uma vez que a Raiva passaria para a carne, os ossos e o espírito da criança (possivelmente, ao *teko achy kue*) e esta tornar-se-ia um feiticeiro mau. Após o nascimento da criança a mãe não pode banhar-se, não trabalha na roça, não cozinha, nem come carne. Após a queda do cordão umbilical estará isenta de quaisquer restrições.

Mas é sobretudo o pai que se vê rodeado de prescrições a fim de facilitar o parto da esposa e proteger a criança: mal descobre que ela está grávida, abstém-se de amarrar o que quer que seja, evitando especialmente a confecção de armadilhas e laços, porque do contrário a criança ficaria presa no útero da mãe; na medida do possível, não baterá em coisa alguma para não ferir a criança e também fará dieta. Regem essas precauções, como na quase totalidade das culturas indígenas e tribais, o princípio da similitude mágica (o semelhante atrai o semelhante), também presente na fitoterapia e farmacopéia tradicional.

Por vários meses após o nascimento, prolongam-se as precauções do pai com relação ao filho. O *ñe'e* da criança o segue por toda a parte, razão pela qual cuidará, por ex., de fechar os atalhos dos caminhos que percorra, a fim de que ela não se perca. E quando atravessa algum riacho, coloca sobre ele uma vara para que por ela passe também a alma do filho.

O estado de *odjékóakii* é também observado logo que as 'regras' da menina se manifestem. O pai corta-lhe os cabelos e a coloca recolhida a uma tarimba alta, onde não a possa alcançar o *yv'ydjá* (espírito da terra), ficando sujeita a rigorosa dieta alimentar. Diariamente é tratada com fumo de tabaco e evita o fogo e qualquer tipo de trabalho. No entanto, é o momento em que lhe é ensinado, pela mãe e avó, habilidades manuais como descaroçar algodão, fiar, trançar, costurar, talhar e outras. Passados por volta de três meses, é isenta das obrigações.

Práticas Terapêuticas

Ñande Ru Eté, criador da "reza", formulador do código moral e leis que até hoje regem os atos públicos e privados dos Mbyá, que já havia aniquilado três palavras-alma de seres malignos que acoassavam a humanidade (outrora, noção múltipla de alma?!), deu ao Guaraní medicamentos e ensinou práticas curativas (Cf. CADOGAN, 1949) para combater as "imperfeições".

Destas práticas, preceitos concernentes a puericultura proíbem terminantemente os castigos corporais, as recriminações violentas e ordenam manter as crianças satisfeitas e alegres. Além de dietas para jovens pubescentes de ambos os sexos, prescrições higiênicas e alimentícias para a mulher nos períodos pré e pós-natal, existem múltiplas receitas para tratar doenças comuns: irritações na garganta, dores de ouvido, feridas causadas por cortes e acidentes, luxações e fraturas, febres provenientes de contusões, dores de cabeça, etc..., são tratados através de infusão e fervura de diversos tipos de ervas e cascas; com sumos e polpas de frutas; com pastas de flores; com gordura animal, etc..., e usados de várias maneiras, bebendo, esfregando e fazendo curativos.

As enfermidades constituem provações a que todo ser humano deve submeter-se durante peregrinação terrena. No entanto, existem enfermidades misteriosas, inexplicáveis, impossíveis de serem tratadas e curadas pela administração de ervas medicinais. Proteger a aldeia contra o perigo que representam as manifestações malignas, sejam elas fruto da ação de *angue* ou fruto de feitiços, é missão do pajé, líder espiritual e (do) curandeiro que inspirado pelos deuses adquire a boa ciência.

O pajé é figura de grande importância para a estrutura cosmológica desta cultura, é ele quem representa, de forma mais concreta, o diálogo com os seres divinos existentes no cosmo. É terapeuta, interpreta os significados dos fenômenos meteorológicos, recebe mensagens dos deuses-heróis referente aos problemas que afetam a vida da aldeia, é responsável pelo local de assentamento de seu povo, além de saber de qual região do Paraíso provêm as almas-palavras que encarnam nas pessoas.

O pajé recebe mensagem dos deuses informando a natureza do mal que aflinge o enfermo, podem ser causados por feitiçaria ou por espíritos malévolos. Em ambos os casos, o pajé deve agir de acordo com a gravidade da enfermidade; existem doenças comuns que nem são levadas a ele, sendo mais responsabilidade do curandeiro que, hoje, não é apenas uma só pessoa e nem ocupa papel oficial na sociedade. O tratamento ou cura do doente se dá, geralmente, por seções espirituais, presentes na "reza" (*porahêi*), entoando hinos sagrados, dançando, fumigando a região dolorida até que, por meio de sucção, procede a retirada do mau do corpo do doente (o objeto patogênico).

O jovem que deseja ser pajé (podendo ser homem ou mulher) deve seguir rigorosos preceitos desde sua tenra existência, além de ser virtuoso, casto e ajustado ao código moral. Deve participar todos os dias de danças ritualísticas (as "rezas") e procurar dialogar com as principais divindades do panteão religioso dos Mbyá, a fim de obter merecimento que ocorrerá quando em estado de "transe" (Schaden , 1974) receberá mensagem divina.

No esquema de tratamento e cura dos Guarani-Mbyá, são observados diversas técnicas: sucção, sopro, fumigação, esfregaço, pintura e incisões, quase sempre acompanhadas de abstinências alimentares e sexuais, ou mesmo jejuns. Contudo, existem momentos adequados e pessoas certas para a utilização de tais técnicas. Vejamos:

Utilizadas pelo <u>pajé</u>	sucção, sopro, fumigação com tabaco e esfregaço. (males referentes ao espírito, grandes males).
Utilizadas pelos <u>curandeiros</u>	fumigação, pintura, infusão e chás de ervas, pastas de flores e gordura animal. (doenças intestinais, dores de cabeça e ouvido, irritações na garganta, feridas causadas por cortes e acidentes, luxações, fraturas, febres provenientes de contusões, etc.).
Utilizadas por <u>qualquer um</u>	fumigação, pintura, abstinência e jejum. (alguns problemas de pele e ocasiões especiais que exigem cuidados de saúde).

Além das funções acima, o pajé deve dirimir os conflitos sociais (intrínseca à noção tradicional de cura), zelando pelo bem estar psicológico e social do doente e demais membros da aldeia. Atribuindo o nome ao recém-nascido, ele possibilita sua existência enquanto ser social, através da identificação da origem da palavra-alma dentre os espaços cosmológicos. Finalmente, efetuando o diagnóstico etiológico, reafirma as regras sociais e controla comportamentos anti-sociais. O pajé é, portanto, fundamental à reprodução da sociedade e cultura Guarani.

O xamanismo Mbyá, como o de outros grupos étnicos, tem por função efetuar a "cura", percebida como a manipulação social e cultural de forças cósmicas negativas, sobrenaturais, psicológicas e sociais, excedendo largamente assim as funções do médico ocidental de cura dos males físicos.

Um episódio paradigmático de doença e morte

Entrevista com Pedro (Agente de Saúde Indígena).

Pedro: No início da doença da minha filhinha, eu percebi alguma tossinha, alguma gripe e eu não sabia que era pneumonia, mas quando eu levei para o hospital o médico mandou tirar chapa e disse que era pneumonia. A mãe dela ficou junto internada e eu dava os remédios que o médico passava, durante quatro meses.

Ela começou a ficar boazinha, ficou gordinha, mas de repente aconteceu de novo... a noite ela chorava, se sentia mal. Aí, um dia depois eu pensei que era a mesma doença, mas não era não! Eu percebi de levar de volta para o hospital mas não deu mais tempo. Eu peguei a bicicleta na casa de minha mãe e desci para pedir dinheiro ao meu patrão, ao menos R\$ 5,00, já que eu não tinha nada e não dava para levar para o hospital. Peguei rapidinho e cheguei na Casa de Reza onde ela estava, mas meu irmão Roque disse para eu esperar um pouquinho porque não tinha horário de ônibus.

Minha filha já estava começando a se espichar e não tinha mais jeito. Aí, nós procuramos um pajé, mas não tinha nenhum por aqui perto; só em Bracuí, mas não tinha dinheiro para ir buscar ele. Aí não deu tempo e aconteceu a morte de minha filha.

(Ela já tinha ficado internada antes no hospital). Uma vez, ficou 20 dias, depois ela não ficou mais não! (O médico diagnosticou pneumonia) na 1ª vez,. Na 2ª, ela teve problema de urina (infecção de urina).

Eu tirei várias chapas dela, já não havia mais nada; dei o remédio direitinho. Acho que quando chega a hora de morrer, não adianta fazer nada. Não adianta médico nem pajé.

Iracema (esposa): O pai e a mãe de Pedro fizeram chá de erva do mato... (Só que como não adiantou... Teve que levar no médico) ... quando é assim a gente leva logo.

Pedro: A gente não sabe (se a ausência de pajé na aldeia prejudicou). A gente não sabia qual era a doença e se devia ser curada só pelo pajé. Mas eu tinha visto que era doença de fora mesmo. Doença que tinha deixado ela mole, fraca. Ela estava bem, de repente ficou doente, não queria se acostumar no chão! Bem dizer, o espírito dela já estava saindo dela... Na hora que saí para buscar dinheiro, meu pai disse à Iracema para levar ela para a casa de Reza para fazer oração. Daí, nós corremos atrás do pajé mas não deu, o pajé de Araponga estava com problema, cansado...mas eu falo, não é culpa do pajé, não é culpa do médico, não é culpa de ninguém, a hora da morte só Deus sabe. Eu estava percebendo que o problema (de doença da filha) era espiritual; não era caso de levar pro médico, porque o problema era pro pajé! Eu percebi isso antes (de levá-la para o médico). Tanto, que levei ela duas vezes ao pajé em Araponga. E ela ficou boa, mas depois começou a voltar, e não deu.

Ela pegou um susto quando dormia e passou a sentir medo de mim e da mãe. Aí, eu pedi a Deus para proteger, porque se for alguma maldade da noite, que a gente não vê, porque é espiritual, pedi para que Deus mostrasse no meu sonho. Aí, Nãnderu mostrou (através de sonho) o que ela estava vendo e se assustando. Tinha um caminhozinho assim, no mato, que era muito longo, muito longe. E tinha uma cobra preta que saía e entrava, assim, no mato; saía para a estrada e fazia uma volta e entrava no mato. Mas era cobra do mundo inteiro... Era uma só, mas era do mundo inteiro! Comandava o mundo inteiro.

Assim o nenenzinho não conseguia passar no caminho. Quando tentava, se assustava com a cobra.

Aí, eu não conseguia fazer nada; não via a cabeça da cobra, só o corpo. Mas Ñanderu contou que era do mundo, a cobra, que o nenenzinho estava se assustando. No dia seguinte ela morreu.

(Se tivesse um pajé aqui) eu acho que dava para evitar a morte. Depois que ela morreu, passou três dias e ela estava com o corpo quentinho. Muito pajé consegue fazer viver muitas pessoas que morreram, pouco tempo depois.

Eu acho que a doença espiritual não tem hora, nem avisa. A gente tá bom agora, daqui a meia hora a gente tá sentindo uma dor, uma febre.

Não acho que foi feitiço. Tem as pedras, tem a água, tem o mato que são tudo dono, né?! Eles têm um dono. Aí, essa doença vem de longe, vem passando. Ñanderu avisa para se cuidar na semana seguinte, no mês depois, que vai acontecer um probleminha aqui na aldeia. Ele conta para o pajé, mas não diz o que vai ser, né?! Só manda se cuidar. Aí, a gente fala para as crianças não brincar à noite, principalmente, no caminho, porque no caminho tem muitos que a gente não vê.

Essa doença é muito incrível! A gente não sente, não vê. Se ele achar bem a gente, mata na hora. (É um espírito mal que fica vagando por aí).

Eu (como agente de saúde) dou remédio quando a doença é pequena, quando não é espiritual, quando a doença é de fora, quando vem do branco. Agora, se for espiritual, a gente faz remédio aqui mesmo de raiz e folha e tudo; mas depende do pajé mandar. É ele que sabe qual é a doença, então ele vai dizer qual é a raiz e a folha. (Se for uma gripe, uma dor de cabeça, uma coisa mais simples que tiver remédio aí na farmácia, ainda assim o pajé atende a pessoa) Primeira coisa quem vê, é o pajé. Se estou com dor de cabeça, já vou no pajé. Se for coisa pequena, ele manda tomar remédio, se for espiritual, ele já tira ali mesmo.

Meio dia também se reza; é a hora que procuramos o pajé para falar de problema. A noite a gente reza forte.

FORMAÇÃO E COMPOSIÇÃO DAS ALDEIAS DE ARAPONGA E PARATY-MIRIM

A história da aldeia de Araponga, contada por atuais e ex-moradores revela a dinâmica social das relações familiares concebidas por este grupo Guarani: primeiro veio o velho Alcides e sua esposa com os filhos de outros casamentos. Depois, sua irmã Tereza e seu marido Argemiro com seus oito filhos. Duas famílias-grande se constituíam atraindo casamentos da linha de descendência da aldeia de Boa Vista, em Ubatuba (SP). Constituído o interesse de construir uma aldeia na localidade, a FUNAI e o Centro de Trabalho Indigenista-CTI impuseram esforços para o levantamento de identificação da área de ocupação indígena.

A aldeia de Araponga, situada numa área de 60ha de Mata Atlântica, está na Serra do Paraty - limite entre os Estados do Rio de Janeiro e São Paulo e é protegida pelo Parque Nacional da Serra da Bocaina. Desde 1987 é reconhecida como Área Indígena, e sua demarcação não foi precedida de conflitos, visto que se tratou de área, em parte, doada por proprietário e, em parte, comprada pela FUNAI.

O velho cacique Alcides não teve filhos, embora tenha criado os de sua esposa. Antes de falecer passou o comando para o pajé, Agostinho, que lidera, atualmente, um grupo de cerca de 30 pessoas, na sua maioria, membros de sua grande família. Agostinho nasceu no sul e mudou-se com seus pais para a Argentina. Lá conheceu sua atual esposa (Marciana) migrando juntos na juventude, novamente para o Brasil. Agostinho diz-se Ñandeva, e suas relações com parentes residentes em Silveira (interior de São Paulo) testemunham um padrão migratório diverso daquele da população de Paraty-Mirim.

Esta aldeia abrigou por dois anos a família-grande de Miguel, atual cacique de Paraty-Mirim. Vieram de Bracuí com a intenção de ocuparem a região de Paraty-Mirim, lugar onde seus antepassados moraram. Vencida a luta pela demarcação dividiram o grupo: família-grande de Miguel foi para Paraty-Mirim e família-grande de Agostinho permaneceu. As relações foram mantidas embora não tão estreitas: apenas um membro da aldeia de Paraty-Mirim é casado com outro de Araponga, e ambos com relações matrimoniais em Bracuí (RJ) e Boa Vista (SP).

Cacique Miguel veio de Foz do Iguaçu (PR) e sua família provém do Paraguai. Após a morte da mãe (o pai morreu em guerra pelos brancos...) ele e o irmão se separaram, quando tinha uns 12 anos. Seu irmão trabalhava para um homem branco e teria tido a sorte de estudar em escola dos brancos. Miguel caiu no mundo, viajando e trabalhando para patrões. Diz que aprendeu muito. Em determinado momento a FUNAI lhe contactou para unir-se a uma aldeia Guarani em Rio das Cobras (SC). Lá casou com D^a Ângela em 1952, tinha 20 anos. Logo depois uma doença... Ficou em Rio das Cobras durante muitos anos, constituindo família de vários filhos, até que resolveu mudar-se para a aldeia de Boa Esperança (ES) onde conheceu seu grande amigo (primo-irmão) João Carvalho. Este lhe ofereceu estadia mas lhe disse que havia uma terra em Paraty onde havia morado sua avó e outros parentes distantes. Miguel e os filhos, já adultos e alguns casados, se interessaram e depois de visitarem o local, entraram em contato com a FUNAI para iniciar nova luta por demarcação na cidade de Paraty.

A demarcação de Paraty-Mirim não foi tão calma quanto a de Araponga. Na primeira, quando da chegada dos índios, encontraram posseiros de vários anos. O conflito parecia eminente, os índios foram ameaçados e resistiram, mas a intervenção da FUNAI e, sobretudo, a liderança calma de Miguel apaziguaram os ânimos fazendo as partes interessadas chegarem a um acordo de não agressão: deixaram a solução da posse da terra para a Justiça representada pelos advogados dos posseiros e a FUNAI.

Em 1994, a Justiça reconheceu 70ha da região de Paraty-Mirim como área indígena, entretanto não foi suficiente para retirar os posseiros que ocupam cerca de 40% das terras. A luta continua com o constante agravamento da escassez da produção agrícola indígena que precisa otimizar seus espaços e não é possível face a ocupação dos posseiros em terras férteis.

A presença dos posseiros em terras Guarani de Paraty-Mirim é relatada, pelos Guarani, em diversos depoimentos, como o principal problema que a aldeia enfrenta para alcançar melhores dias. Na verdade, a preocupação com a presença dos posseiros é tão grande que chegam a minimizar o grave problema da falta d'água; outro grande responsável pela incerteza da continuidade de existência da aldeia.

Composição das aldeias de Araponga e Paraty-Mirim

O esquemas de parentesco, em anexo, expressam as relações familiares (relações de consangüinidade e afinidade) das principais parentelas que compõem a população Guarani das aldeias de Paraty-Mirim e Araponga.

Em Araponga, uma única parentela ou "família-grande"(extensa) predomina, a partir de um processo já relatado, visando sua hegemonia política, liderado por Seu Agostinho em detrimento da parentela de Miguel Benite, fundador de Paraty-Mirim. S. Agostinho relatou seu empenho em atrair filhos, irmãos e até parentes mais distantes (prima paralela), expressando grande capacidade de liderança ao atrair e manter os afins como co-residentes. Sua liderança parece ser legitimada, igualmente, por suas atribuições como xamã. Faz parte de seus projetos para o futuro atrair mais parentes para residir em Araponga, em particular a esposa e filhos de Rodrigo, o filho professor, e o filho Nirio, ainda em "serviço da noiva" na casa dos pais da esposa, todos em Silveira (SP).

A prima Creuza, recém -chegada com seu marido e residindo na escola, ainda tem 4 filhos em Ubatuba, podendo eles reunirem-se aos pais assim que estes se instalarem na nova casa em construção.

Ligado a S. Agostinho por laços de afinidade, encontramos S. Romão cujo filho mais velho, esposa e filhos residem em Bracuí (RJ).

A residência de S. Romão, cunhado do chefe, encontra-se situada um pouco distante do centro da aldeia, podendo revelar uma certa distância social. Segundo Miguel (chefe de Paraty-Mirim), S. Romão deveria ter sido escolhido cacique por S. Alcides, o antigo chefe de Araponga, por ser o mais velho.

Em Paraty-Mirim, a "família-grande de S. Miguel é a parentela principal, formada em torno de sua liderança de chefe e fundador da aldeia. S. Miguel, como já descrito, encontrou em Aracruz (ES) seu parente João Carvalho, tendo comungado com este o plano de retornarem ao local onde teria vivido anteriormente uma avó comum. O processo de ocupação da área de Paraty-Mirim exemplifica o que parece ser trajetória comum às famílias-grande Guarani, em seu movimento de busca mística e fundação de aldeias. Baseia-se em um plano preestabelecido, porém a necessidade de sobrevivência obriga-os a estadas relativamente prolongadas em aldeias a meio caminho. Esse foi o caso da estadia de S. Miguel em Araponga, a espera de condições (apoio da FUNAI/CTI) para ocupar a área desejada. A escolha destas estadias provisórias certamente seguem a lógica da proximidade social (parentesco ou amizade). Para Seu Miguel, o local na proximidade do mar, onde já teria morado sua avó, também é um destino místico, pois ali mesmo, na vila de Paraty-Mirim teria ocorrido a passagem de um Guarani e sua família à Terra Sem Mal ainda em vida. Contribuíram ainda para o projeto de mudança para o local, a necessidade de mais terra fértil para alimentar os tantos filhos, genros e netos que constituem a família de S. Miguel. Segundo ele, seu destino se cumpriria ali e não há expectativa de mudança posterior.

A parentela secundária de João Carvalho relaciona-se, portanto à de S. Miguel, não só pelos laços de parentesco por consangüinidade e afinidade, como pelo compartilhar de lembranças que fundamentaram o projeto de S. Miguel.

Cecílio irmão classificatório (primo?) de João Carvalho seria sogro de duas filhas de Miguel Benite. Essas duas parentelas, portanto, seriam interligadas por esses laços. não obstante, a presença da posseira em terras férteis (reduzindo a área agricultável para os vários grupos residentes) e as promessas de meios facilitadores para aquisição de novas terras por instituição não-governamental recentemente atuando na aldeia (uma associação de artesãos e artistas de Graúna) foram relatados por João Carvalho como possíveis motivos para uma futura migração. Esse projeto, diga-se de passagem, contrapõe-se às expectativas de S. Miguel em manter a coesão interna à aldeia, sendo possivelmente a origem de conflitos recentes.

Tito, o pajé da aldeia que chegou a Paraty-Mirim em setembro do ano passado por convite de S. Miguel. A presença de um pajé na aldeia de Paraty-Mirim foi considerada essencial para a autonomia da aldeia. Embora 2 filhos de S. Miguel já apresentassem os sinais (recebidos em sonho de Nanderu) de recrutamento e início da formação à carreira de xamã, tendo inclusive realizado curas com extração de objeto patogênico do corpo de doentes, a presença de Tito como um pajé "forte"(experiente, poderoso) é fundamental para a reprodução da cultura Guarani naquela sociedade de aldeia.

A parentela de Tito, embora tenha como liderança de maior prestígio, é formada basicamente por seus parentes por afinidade, descendentes de sua sogra, D. Lúcia uma das mais idosas moradoras de Paraty-Mirim. não existe relação de afinidade ou consangüinidade entre esta parentela e as demais. Provavelmente, portanto, a vinda deste grupo deva-se às relações de amizade com S. Miguel (ênfaticadas por este último).

Finalmente, D. Maria Augusta que, embora tenha vindo para Paraty-Mirim com seu irmão mais velho (Adolfo, mudou-se para outra aldeia), reside sozinha com um sobrinho que cria. É parente distante de Telvina, esposa de um cunhado de Tito. D. Maria Augusta é aposentada e

doente de asma, dependendo dos “sobrinhos” (filhos de Telvina) para a realização de trabalhos domésticos. Por ser aposentada, devido a incapacidade para o trabalho por sua doença, mantém uma certa autonomia, contratando até outros membros da aldeia para roçar o terreno próximo de sua casa para plantar milho, abóbora e outras plantas medicinais. No entanto, mantém relação afastada com a sobrinha, tendo D. Maria Augusta considerado-a “doente” (“louca”), como os demais membros da aldeia entrevistados a respeito.

Telvina relatou uma história de acusações e ameaças, por parte dos demais moradores da aldeia, e tentou conseguir carona com a equipe de pesquisa para fugir para Bracuí, onde tem um irmão. Negando as acusações, Telvina justificou a má-vontade da coletividade da aldeia para com ela pelo fato de não possuir “parentes” (consangüíneos) na aldeia, associando ainda a ausência nas rezas à sua posição de marginalidade social. O chefe da aldeia, seu cunhado e outros (dentre eles sua “tia”) diagnosticaram-na como “doente” e relataram que ela encontra-se em tratamento pelo pajé. Solicitaram-nos inclusive não dar carona a Telvina, “por receio de que ela se perdesse no caminho” para Bracuí.

COMPONENTE SAÚDE

Pesquisa de Campo:

Diana Pinheiro Marinho e Vania Maria Pettersen da Silva Soares

Elaboração:

Diana Pinheiro Marinho e Vania Maria Pettersen da Silva Soares

II - PARTE

COMPONENTE SAÚDE

SERVIÇOS DE SAÚDE

O Município de Paraty tem os seguintes recursos disponíveis:

- ⇒ Um Hospital
- ⇒ Um Centro de Saúde
- ⇒ Quinze Sub-postos de Saúde
- ⇒ Um Posto de Saúde na aldeia de Paraty-Mirim (só para os índios).

O **Hospital Municipal São Pedro de Alcântara** localiza-se na área urbana do Município. Funciona em regime de plantão, onde 18 Médicos com as especialidades clínica médica, pediatria e obstetrícia, trabalham em regime de plantões de 24 horas semanais e na sua grande maioria não residem em Paraty. Conta com 52 leitos, porém apenas 38 estão ativados, assim distribuídos 12 leitos para clínica médica, sendo 06 masculino e 06 feminino, 10 na pediatria, 08 na maternidade, 02 no isolamento e 06 no pré-parto. Tem 01 centro cirúrgico que realiza pequenas cirurgias. No seu quadro de pessoal há também 06 Enfermeiras Padrão e cerca de 30 Auxiliares de Enfermagem.

A capacidade de atendimento do hospital é para os níveis primário e secundário, devido a sua infra estrutura e falta de recursos humanos. Quando o caso exige cuidados a partir do nível terciário o paciente é transportado para o Hospital de Praia Brava (Hospital de FURNAS, que fica no Município de Angra dos Reis) ou algum hospital de referência na cidade do Rio de Janeiro.

Quando necessário, os pacientes indígenas residentes em Paraty, utilizam os serviços do hospital, tanto a parte ambulatorial quanto a internação. Apesar disto a frequência é baixa.

O **Centro Integrado de Saúde** também se localiza na área urbana do Município, mantém atendimento médico regular na parte da manhã, contando com algumas especialidades. É responsável pela vacinação e acompanhamento de doentes crônico-degenerativos, através de grupos de diabéticos e hipertensos. No Centro funciona o único laboratório de análise clínica do Município. Conta no seu quadro de pessoal, com 06 Médicos Clínicos, 01 Médico Pediátrico, 01 Médico Epidemiologista, 03 Odontólogos, 02 Enfermeira Padrão e 06 Auxiliares de Enfermagem. Como no hospital, o Centro também tem carência de recursos humanos.

Os índios, quando necessário, também procuram o Centro de Saúde, porém numa frequência menor que o hospital.

VACINAÇÃO: A vacinação é feita pela Fundação Nacional de Saúde - RJ (FNS) em parceria com o Município de Paraty através do Centro Integrado de Saúde. Há frequência regular e sistemática da equipe de vacinação nas aldeias. Em Paraty-Mirim todas as crianças menores de 1 ano já receberam a dose da BCG, o esquema básico de vacinação está completo, com raras exceções, pois ocorre de não se encontrar todos os índios na aldeia devido a estarem na roça, terem ido à cidade ou terem viajado com parentes. A vacinação é feita no Posto de Saúde da aldeia e conta com a colaboração de Auxiliares de Enfermagem do Município, da Técnica de Enfermagem da FUNAI e da Enfermeira responsável pela ESAI/FNS/RJ. Em Araponga o esquema depende da situação climática, isto é, se não estiver chovendo a equipe vai até a aldeia, se estiver chovendo os índios são convidados ir até o Sub-Posto de Saúde de Patrimônio. Na segunda opção a frequência cai, pois o percurso é muito longo e acidentado para crianças pequenas. Como na aldeia anterior, todas as criança menores de 1 ano já tomaram BCG, e o esquema básico está completo, porém com a mesma ressalva da aldeia de Paraty-Mirim.

Como os índios Guarani são semi-nômades e os das aldeias de Paraty-Mirim e Araponga não são diferentes, transitam muito pelos Estados do Espírito Santo e São Paulo e em ambos, eles recebem também vacinas. Na campanha da vacina TRÍPLICE VIRAL (MMR)houve vacinação nas duas aldeias e foram encontradas carteiras de vacinação de vários índios constando a dose da MMR.

Os **Sub-Postos de Saúde** são em número de 15, espalhados no Município, porém menos da metade está em funcionamento devido à falta de infra-estrutura física adequada e/ou falta de recursos humanos qualificados.

Dentre os Sub-postos, os índios da aldeia de Araponga procuram, muito raramente, o de Patrimônio, por ficar mais próximo. Há somente uma Auxiliar de Enfermagem para atender a comunidade índia e não índia. São feitos curativos, aplicação de injeção, distribuição de algum analgésico, etc. Qualquer outro tipo de atendimento é encaminhado para o Centro de Saúde ou Hospital.

Nenhum dos serviços acima citados tem atendimento diferenciado para as populações indígenas, sendo estes atendidos juntamente com os demais da comunidade não índia. Sabe-se o quanto é prejudicial na relação entre o serviço de saúde oficial e o índio quando não há uma linguagem e um tratamento adequado, pois trata-se de uma população culturalmente diferenciada e que tem dificuldades de entender, principalmente, a linguagem dos não índios.

O **Posto de Saúde da Aldeia de Paraty-Mirim** funciona dentro da aldeia e não é municipalizado, portanto não está cadastrado no SUS. Mantém-se com doações, com a ajuda da FUNAI, que mantém uma Técnica de Enfermagem 03 dias por semana no local, e com a ajuda da FNS, que forneceu o material para a construção (a mão de obra para construção do Posto foi doada pela Auxiliar de Enfermagem da FUNAI) e equipou o posto.

Um médico do Município visita a aldeia às quintas-feiras, atende primeiro a demanda, para em seguida iniciar um trabalho de busca ativa, visitando a cada semana algumas famílias em suas residências. Está implantado um novo sistema de cadastro familiar e fazendo um acompanhamento de peso e altura em todas as crianças de até 05 anos. Todo o trabalho é sempre acompanhado pela Técnica de Enfermagem da FUNAI - Carla, e o Agente Indígena de Saúde - Pedro.

Na aldeia de Araponga, não há um Posto de Saúde montado e nem há assistência médica sistematizada como em Paraty-Mirim devido principalmente ao problema de acesso à área.

Quando acontece algum problema mais grave, os próprios índios levam o paciente para o hospital. Quando o caso é mais leve e o pajé já liberou o doente para tratamento com a medicina ocidental, eles chamam a Técnica de Enfermagem do Posto de Paraty-Mirim ou o médico que atende naquela aldeia.

RECURSOS HUMANOS CAPACITADOS

As populações indígenas que residem no Município de Paraty contam atualmente com os seguintes profissionais capacitados para trabalhar com comunidades culturalmente diferenciadas: 01 Médico, 01 Técnico de Enfermagem, 03 Auxiliares de Enfermagem (no período de vacinação), 01 Odontólogo, 01 Enfermeira Padrão, 01 Assistente Social, 01 Indigenista e 01 Nutricionista. O único Agente Indígena de Saúde que há na área, na aldeia de Paraty-Mirim, não recebeu treinamento oficial sistemático; somente durante as atividades desenvolvidas pela equipe da pesquisa e pelo Médico que atende na aldeia, o AIS é convidado a participar, sempre supervisionado.

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

Sendo a população Guarani nas 02 (duas) aldeias de 120 índios, os dados desta pesquisa, serão expressos em valores absolutos.

TABELA Nº 01

POPULAÇÕES GUARANI DE PARATY - RJ SEGUNDO: ALDEIA, GRUPO ETÁRIA E SEXO - DEZ / 1996

FAIXA ETÁRIA	PARATY-MIRIM		ARAPONGA		TOTAL
	MAS	FEM	MAS	FEM	
00 - 02a	6	4	1	3	14
02a - 05a	1	8	1	2	12
05a - 10a	11	5	4	1	21
10a - 15a	7	5	2	3	17
15a - 20a	4	3	4	0	11
20a - 30a	3	7	3	2	15
30a - 40a	3	2	0	1	6
40a - 50a	1	0	1	1	3
> - 50a	6	4	1	4	15
TOTAL	42	38	17	17	114

* HÁ 06 PESSOAS COM IDADE DESCONHECIDA NA ALDEIA DE ARAPONGA ALTERANDO O TOTAL PARA 40.

FONTE: CENSO REALIZADO NAS ALDEIAS PELA EQUIPE DA PESQUISA

As tabelas (02, 03 e 04) ora apresentadas representam os agravos registrados no Posto de Saúde da Aldeia de Paraty-Mirim / Araponga e Hospital São Pedro de Alcântara, em número absoluto de casos.

A tabela referente ao Posto da Aldeia mostra que a **verminose** foi o agravo que apresentou o maior número de casos na aldeia de Paraty-Mirim, seguida por **impetigo**, **gripe** e **amigdalite**. Foram registrados 74 casos de verminose no inquérito parasitológico que foi realizado. O resultado mostrou que, numa amostragem de 77,5% da população, 75,8% estavam contaminados e, na sua maioria, com mais de um tipo de parasita. O impetigo é uma doença mais comum nas crianças, e está associada às doenças dermatológicas, picadas de insetos e piolhos.

Não foi encontrado nenhuma doença crônico-degenerativa.

Nos dados coletada no Posto de Saúde da Aldeia consta anotações sobre:

➤ **Alcoolismo** - apesar de só haver registrado um caso, sabe-se que, principalmente na data em que os índios aposentados vão receber o seu pagamento no banco, eles se embriagam,

ATENDIMENTOS NO POSTO DE SAÚDE DA ALDEIA POR FAIXA ETÁRIA E SEXO EM 1996
 ETNIA : GUARANI MBYÁ / ÁREA: PARATY MIRIM

FAIXAS ETÁRIAS	0 A 11m		1a A 5a		6a A 10a		11a A 15a		16a A 20a		21a A 25a		26a A 30a		31a A 35a		36a A 40a		41a A 45a		46a A 50a		51a A 55a		56a A 60a		61a A 65a		66a A 70a		71a E MAIS		SUBTOTAS		TOTAIS			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		M	F	
ABCESSO	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
ALCOOLISMO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
AMIGDALITE	0	2	3	2	1	4	1	0	0	0	1	0	0	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	8	11	19	6		
ANEMIA	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
ARTRALGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
ASMA BRONQ.	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	5	0	0	0	7	7			
AZIA/DOR ESTO.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2		
BRONQUITE	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	1	5	6	6			
CANDIDÍASE O.	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1		
CATAPORA	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1		
CONJUNTIVITE	0	0	1	1	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	7	7		
CORTE INFEÇ.	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2		
CURETAGEM U.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	
DESIDRATAÇÃO	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	3		
DIARRÉIA	0	0	4	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5	4	9	9		
DOR DE DENTE	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	3	3		
DOR DESCONH.	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	
DOEN. DERMAT.	3	0	2	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6	6	12	12		
EXANTEMA	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1		
ESTOMATITE	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2		
FEBRE	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	3		
FERIDA BUCAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	3		
FRAQUEZA	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1		
FRATURA BRAÇ.	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	
GASTROENTER.	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1		
GESTANTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1		
GRIPE	0	3	6	10	0	2	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	11	17	28	28			
HEPATITE VIRAL	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	4	4	
IMPETIGO	1	4	4	10	2	7	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	22	31	31		
INFEÇ. DENTAR.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1		
INFLAM. JOELHO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1		
LOMBALGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1		
OTITE	0	0	6	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	2	9	9		
PARTO / ALDEIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1		
PARTO HOSPIT.	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1		
PEDICULOSE	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1		
PNEUMONIA	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	3		
QUEIMADURA	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1		
SINUSITE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1			
TONTEIRA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	2	2			
TOSSE	0	0	1	1	0	1	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0	7	4	11	11			
VERMINOSE	0	2	23	16	10	12	4	1	0	1	1	4	4	0	0	1	0	2	0	0	1	0	0	3	1	0	0	0	0	2	0	46	42	88	88			
TOTAIS																																			121	159	280	

FONTE: DADOS COLETADOS DO POSTO DE SAÚDE DA ALDEIA PARATY MIRIM PELA EQUIPE DA PESQUISA

TABELA Nº 03

ATENDIMENTOS NA ALDEIA DE ARAPONGA POR FAIXA ETÁRIA E SEXO EM 1996

ETNIA: GUARANI MBYA

ÁREA: ARAPONGA

FAIXAS ETÁRIAS	0 A 11m	1a A 5a	6a A 10a	11a A 15a	16a A 20a	21a A 25a	26a A 30a	31a A 35a	36a A 40a	41a A 45a	46a A 50a	51a A 55a	56a A 60a	61a A 65a	66a A 70a	71a E MAIS	SUBTOTALS		TOTAIS											
DOENÇAS / SEXO	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F										
FERIDA	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1									
FERIDA BOCA	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1								
IMPETIGO	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1								
VERMINOSE	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	1	6	4	10
TOTAIS																					6	7	13							

FONTE: DADOS COLETADOS DO POSTO DE SAÚDE DA ALDEIA PARATY MIRIM PELA EQUIPE DA PESQUISA

TABELA Nº 04

ATENDIMENTOS NO HOSPITAL SÃO PEDRO DE ALCANTARA POR FAIXA ETÁRIA E SEXO EM 1996

ETNIA: GUARANI MBYA

ÁREAS: PARATY MIRIM E ARAPONGA

FAIXAS ETÁRIAS	0 A 11m	1a A 5a	6a A 10a	11a A 15a	16a A 20a	21a A 25a	26a A 30a	31a A 35a	36a A 40a	41a A 45a	46a A 50a	51a A 55a	56a A 60a	61a A 65a	66a A 70a	71a E MAIS	SUBTOTALS		TOTAIS				
DOENÇAS / SEXO	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			
ASMA BRONQ.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	
GRIPE	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	
IMPETIGO	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
PNEUMONIA	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
TOTAIS																					0	5	5

FONTE: DADOS COLETADOS NO HOSPITAL SÃO PEDRO DE ALCANTARA DO MUNICÍPIO DE PARATY PELA EQUIPE DA PESQUISA

como também uma grande parte da população, principalmente masculina, ingere bebidas alcóolicas.

➤ Gestantes - só estava registrado um caso, porém só nos três últimos meses do ano de 1996 nasceram 03 crianças e há mais algumas índias que deverão parir no primeiro semestre de 1997. Não se pode precisar o número de grávidas porque as índias gestantes não informam, a não ser que estejam sentindo algum problema de saúde ou quando já dá para se perceber. Não há pré-natal nas áreas.

➤ Parto hospitalar - por orientação da Técnica de Enfermagem local, uma adolescente de 14 anos de idade foi parir seu primeiro filho no hospital. Este procedimento não é comum.

➤ Partos na aldeia - ocorreram 02 no ano de 1996.

➤ Pediculose - consta um caso, porém a infestação é de toda a população, vem causando algumas lesões de pele mais graves.

No Centro Integrado de Saúde não foi encontrado nenhum registro de atendimento de índios no ano de 1996.

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

INTRODUÇÃO / OBJETIVO

Conhecer o estado nutricional dos Grupos Indígenas é importante para se promover ações de saúde, caso seja necessário, uma vez que estes Grupos encontram-se em número reduzido, devido a sua distribuição rarefeita em grandes áreas geográficas. Fica assim, difícil obter-se uma amostragem significativa, que possibilite informar representativamente o estado nutricional destas comunidades.

O trabalho de campo foi realizado no período de junho a dezembro de 1996, com viagens de 01 (uma) semana a cada mês. Ao final deste período foram pesados e medidos 89 índios das 02 (duas) aldeias (Tab.01). Foram selecionadas 18 (dezoito) crianças com idade ≤ 5 anos (12 meninas e 06 meninos) e 32 adultos com idade ≥ 20 anos (16 mulheres e 16 homens), utilizando-se indicadores antropométricos e clínicos na avaliação, para as crianças e os adultos

MÉTODOS:

Foi utilizado balança plataforma Filizola, com precisão de 100g para pesar as crianças > 01 ano e os adultos. A estatura foi medida no estadiômetro da própria balança, com precisão de 0,1cm.

Para as crianças ≤ 01 ano, foi utilizada a balança pediátrica Filizola, com precisão de 10g, para o peso, e a fita metálica para a medição da altura.

Para avaliar o Estado Nutricional (EN) das crianças com idade ≤ 05 anos foram utilizados os índices antropométricos peso/idade; altura/idade e adequação peso/ altura, analisados segundo os métodos de Gomez, Waterlow e Rutshauser, Kanawaty e McLaren e Waterlow,

respectivamente. Tendo como correspondência o percentil 50 de uma população de referência (no caso, a tabela do NCHS (National Center For Health Statistics)).

Para os adultos (>20 anos), foi utilizado o índice de massa corporal ($IMC = Kg(m^2)^{-1}$). O IMC, indica o EN como baixo peso (BP; $IM < 20$), normal ($20 \leq IMC < 25$), sobrepeso (SP: $25 \leq IMC < 30$) e obeso ($IMC \geq 30$) (Bray 1989-(3)).

RESULTADO

Estado Nutricional das crianças ≤ 5 anos:

TABELA Nº 05

PERCENTIL CORRESPONDENTE AO PESO/ IDADE; ALTURA/IDADE E PESO/ALTURA
CLASSIFICAÇÃO DO EN CORRESPONDENTE AO PERCENTIL 50 NAS CRIANÇAS GUARANI ≤ 5 ANOS SEGUNDO SEXO E IDADE - 1996

CRIANÇAS	IDADE	SEXO	PERCENTIL			CLASSIFICAÇÃO DO EN *		
			P / I	A / I	P / A	P / I	A / I	P / A
1	5a	M	< 3	< 3	40	N	M	N
2	22 dias	M	40	40	50	N	N	N
3	1a 7m	M	< 3	< 3	40	M	S	N
4	1a 8m	M	5	< 3	60	L	S	N
5	2a	M	20	< 3	> 97	N	S	OB
6	4a	M	40	< 3	> 97	N	S	OB
7	2a 6m	F	10	5	40	L	L	N
8	4a	F	3	< 3	> 97	L	S	EX
9	3a	F	60	10	95	N	N	EX
10	4a	F	20	< 3	> 97	N	S	OB
11	5 dias	F	90	40	90	OB	N	EX
12	1a 6m	F	< 3	< 3	60	M	S	N
13	4m	F	30	10	70	N	L	N
14	5a	F	95	20	> 97	OB	N	OB
15	5a	F	< 3	< 3	20	M	M	N
16	1a	F	< 3	< 3	70	M	S	EX
17	3a	F	20	< 3	> 97	L	M	EX
18	4a	F	30	5	90	N	L	N

EN = Estado Nutricional

N = Normal

L = Desnutrição Leve

M = Desnutrição Moderada

S = Desnutrição Severa

EX = Excesso

OB = Obesidade

Estado Nutricional dos adultos:

TABELA Nº 06

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL DAS MULHERES GUARANI (> 20 ANOS) DE PARATY RJ DEZ /96

Nº	IDADE	MASSA Kg	ESTATURA (cm)	ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (Kg (m ²) ⁻¹)
1	32	43,30	1,38	24,18
2	29	42,40	1,35	23,29
3	68	47,00	1,49	21,17
4	36	44,50	1,42	22,13
5	23	44,40	1,46	20,84
6	26	48,10	1,47	22,26
7	27	57,90	1,52	25,06
8	58	48,40	1,56	19,91
9	20	52,50	1,50	23,33
10	60	56,40	1,51	24,73
11	21	46,00	1,40	23,46
12	29	38,50	1,44	18,59
13	70	48,80	1,49	21,98
14	20	47,20	1,44	22,80
15	40	43,20	1,40	22,04
16	23	50,70	1,48	23,15

TABELA Nº 07

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL DOS HOMENS GUARANI (> 20 ANOS) DE PARATY-RJ DEZ /96

Nº	IDADE	MASSA - Kg	ESTATURA (cm)	ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (Kg (m ²) ⁻¹)
1	76	46,10	1,45	21,90
2	20	59,60	1,58	24,83
3	71	52,20	1,57	21,20
4	41	57,20	1,54	24,23
5	30	53,30	1,58	21,40
6	23	65,40	1,56	26,91
7	69	58,50	1,60	22,85
8	31	62,50	1,61	24,13
9	37	55,90	1,51	24,51
10	57	59,20	1,46	27,79
11	52	61,20	1,58	24,87
12	34	68,10	1,60	26,60
13	65	53,40	1,59	20,60
14	26	59,40	1,44	28,69
15	70	62,50	1,52	27,05
16	24	49,30	1,47	22,82

Foi avaliado o índice de massa corporal das mulheres Guarani, comparando -se com o dos homens (Tabelas 06 e 07).

Estas crianças foram avaliadas clinicamente e não observamos sinais de desnutrição severa, apesar dos dados clínicos, só se manifestarem em fases avançadas do processo quando se tornam visíveis o desgaste dos tecidos, a pele de pergaminho, a presença de manchas pelagroides, de edemas, hepatomegalia, despigmentação e desprendimento fácil dos cabelos, etc. em função da forma clínica que cada situação assume (Batista Filho, 1994: 365 - 381).

Buscou-se o percentil correspondente ao Peso/Idade (P/I), Altura/Idade (A/I) e Peso/Altura (P/A) de cada criança e comparou-se com a classificação do Estado Nutricional (EN a saber:).

P/I (Pontos de corte de Gomez)

- > 110% Obesidade
- 90 - 110% Normalidade
- 75 - 90% Desnutrição Leve
- 61 - 75% Desnutrição Moderada

A/I (Pontos de corte: Waterlow e Rutishauser, Kanaway e McLaren

- ≥ 95% Normalidade
- 90 - 95% Desnutrição Leve
- 85 - 90% Desnutrição Moderada
- Menor 85% Desnutrição Severa

P/A (Pontos de corte: Waterlow)

- ≥ 120% obesidade
- 111 - 119% Excesso
- 90 - 110% Normalidade
- 80 - 90% Desnutrição Leve
- 70 - 80% Desnutrição Moderada
- ≤70% Desnutrição Severa

BP IMC < 20

SP; 25 ≤ IMC < 30

N 20 ≤ IMC < 25

OBESO IMC ≥ 30

BP *baixo peso*

N = *normal*

SP = *sobre peso*

DISCUSSÃO:

Neste trabalho incluiu-se as crianças com idade ≤ 05 anos e os adultos ≥ 20 anos para a avaliação nutricional da população Guarani de Paraty-RJ.

Comparou-se 03 índices antropométricos e observou-se que a equivalência peso/altura, é o que melhor refletiu o estado nutricional atual das crianças quando comparado ao exame clínico geral.

Observou-se estados de desnutrição severa quando utilizado o índice altura/idade, seguido pelo índice peso/idade. Estes dados foram modificados quando avaliados no índice de adequação peso /altura, refletindo equilíbrio no EN das crianças, o que pode indicar a influência genética.

Dois recém nascidos apresentaram bom peso ao nascer, o que mostra ser um bom indicador do estado de saúde e nutrição das mães durante a gravidez (Batista Filho 1994: 365 - 381).

No Brasil, adota-se, há vários anos, o cartão da criança, elaborado pelo Ministério de Saúde como norma para a avaliação antropométrica do crescimento e, por extensão, do estado nutricional de crianças. A linha inferior do referido gráfico, corresponde ao percentil 10 (p.10) de população de referência (no caso, a tabela NCHS) (Batista Filho, 1994: 365 - 381).

Neste trabalho pode-se ver que 12 crianças das 18 avaliadas encontram-se abaixo do p.10 pela análise do índice altura/idade; 07 com p < 10 para peso/idade e todas com p > 20 quando vistos pelo índice de adequação peso/altura.

O estado nutricional se define como a disponibilidade e utilização de energia e nutrientes em nível celular. Se a disponibilidade de calorias e nutrientes situa-se abaixo das necessidades, estabelecem-se as condições para o aparecimento das doenças carenciais. Ao, contrário, se a oferta excede as exigências biológicas acima dos níveis toleráveis, a tendência é para a instalação da chamada patologia dos excessos nutricionais, que tem na obesidade sua expressão mais comum e representativa. A mais comum é a situação criada por “déficits” nutritivos, configurando o quadro das doenças carenciais. (Batista Filho, 1994: 365 - 381)

Constituindo a “patologia basal” dos povos subdesenvolvidos, as carências nutritivas geralmente se associam aos processos infecciosos, estabelecendo um ciclo de ações sinérgicas, no qual a desnutrição favorece a infecção, e esta, por sua vez, agrava a desnutrição. Entre as situações carenciais mais características incluem-se: a **desnutrição energético-proteica (DEP)**; as **anemias**; a **hipovitaminose A**; o bócio endêmico; a **cárie dental**; o raquitismo infantil e osteomalácia; a pelagra; o beribéri; a arriboflavinose e o escarbuto. É muito comum observar-se formas consorciadas, sendo freqüente a combinação entre a desnutrição energético-proteica, as anemias e a hipovitaminose A. Sendo assim, sugere-se a dosagem da hemoglobina e hematócrito nas crianças avaliadas para um aprofundamento da investigação sobre o estado nutricional ao nível bioquímico. Neste caso, o nível de hemoglobina no sangue é considerado como indicador eletivo das anemias. Secundariamente, pode-se utilizar o hematócrito como indicador (Batista Filho, 1994: 365 - 381).

As crianças < 06 anos e as gestantes constituem os principais grupos biológicos afetados pelas anemias. Com relação ao EN interessa as anemias carenciais, pela deficiência de ferro

BP IMC < 20

SP; $25 \leq \text{IMC} < 30$

$N \geq 20 \leq \text{IMC} < 25$

OBESO IMC ≥ 30

BP = *baixo peso*

N = *normal*

SP = *sobre peso*

DISCUSSÃO:

Neste trabalho incluiu-se as crianças com idade ≤ 05 anos e os adultos ≥ 20 anos para a avaliação nutricional da população Guarani de Paraty-RJ.

Comparou-se 03 índices antropométricos e observou-se que a equivalência peso/altura, é o que melhor refletiu o estado nutricional atual das crianças quando comparado ao exame clínico geral.

Observou-se estados de desnutrição severa quando utilizado o índice altura/idade, seguido pelo índice peso/idade. Estes dados foram modificados quando avaliados no índice de adequação peso /altura, refletindo equilíbrio no EN das crianças, o que pode indicar a influência genética.

Dois recém nascidos apresentaram bom peso ao nascer, o que mostra ser um bom indicador do estado de saúde e nutrição das mães durante a gravidez (Batista Filho 1994: 365 - 381).

No Brasil, adota-se, há vários anos, o cartão da criança, elaborado pelo Ministério de Saúde como norma para a avaliação antropométrica do crescimento e, por extensão, do estado nutricional de crianças. A linha inferior do referido gráfico, corresponde ao percentil 10 (p.10) de população de referência (no caso, a tabela NCHS) (Batista Filho, 1994: 365 - 381).

Neste trabalho pode-se ver que 12 crianças das 18 avaliadas encontram-se abaixo do p.10 pela análise do índice altura/idade; 07 com $p < 10$ para peso/idade e todas com $p > 20$ quando vistos pelo índice de adequação peso/altura.

O estado nutricional se define como a disponibilidade e utilização de energia e nutrientes em nível celular. Se a disponibilidade de calorias e nutrientes situa-se abaixo das necessidades, estabelecem-se as condições para o aparecimento das doenças carenciais. Ao, contrário, se a oferta excede as exigências biológicas acima dos níveis toleráveis, a tendência é para a instalação da chamada patologia dos excessos nutricionais, que tem na obesidade sua expressão mais comum e representativa. A mais comum é a situação criada por "déficits" nutritivos, configurando o quadro das doenças carenciais. (Batista Filho, 1994: 365 - 381)

Constituindo a "patologia basal" dos povos subdesenvolvidos, as carências nutritivas geralmente se associam aos processos infecciosos, estabelecendo um ciclo de ações sinérgicas, no qual a desnutrição favorece a infecção, e esta, por sua vez, agrava a desnutrição. Entre as situações carenciais mais características incluem-se: a **desnutrição energético-proteica (DEP)**; **as anemias**; a **hipovitaminose A**; o **bócio endêmico**; a **cárie dental**; o **raquitismo infantil** e **osteomalácia**; a **pelagra**; o **beribéri**; a **arriboflavinose** e o **escarbuta**. É muito comum observar-se formas consorciadas, sendo freqüente a combinação entre a desnutrição energético-proteica, as anemias e a hipovitaminose A. Sendo assim, sugere-se a dosagem da hemoglobina e hematócrito nas crianças avaliadas para um aprofundamento da investigação sobre o estado nutricional ao nível bioquímico. Neste caso, o nível de hemoglobina no sangue é considerado como indicador eletivo das anemias. Secundariamente, pode-se utilizar o hematócrito como indicador (Batista Filho, 1994: 365 - 381).

As crianças < 06 anos e as gestantes constituem os principais grupos biológicos afetados pelas anemias. Com relação ao EN interessa as anemias carenciais, pela deficiência de ferro

(Batista 1, 1994). Para os adultos, é necessário que se desenvolva metodologia simples da avaliação da composição corporal, já que não se pode utilizar o crescimento físico (Anjos, 1992).

Comparações das dimensões corporais, como massa corporal e, principalmente, estatura com padrões internacionais também não devem ser feitas, já que a estatura do adulto sofre influência genética importante, que não se consegue distinguir dos outros fatores ambientais (Anjos, 1992), o que na criança se dá de forma oposta, principalmente por estarem mais suscetíveis as alterações do EN.

O índice de massa corporal (IMC) é utilizado por ter alta correlação com a massa corporal e gordura corporal e baixa correlação com a estatura. Apesar do IMC ser preconizado como indicador do EN de adultos (WHO, 1985) (Anjos, 1992), ainda não se tem clareza sobre os pontos de corte de normalidade em relação ao sexo e idade (Bray, 1989) (Anjos, 1992).

Utilizou-se um valor único (IMC > 25) como critério de sobrepeso, para ambos os sexos e para todas as faixas etárias (Anjos, 1992). Observou-se maior sobrepeso nos homens comparado às mulheres.

No estudo antropológico foi observado-se que os homens Guarani recebem maior quantidade de alimento que as mulheres. Levar em conta o histórico gestacional.

Duas mulheres apresentaram baixo-peso. Sabe-se que a mulher nº 12 se encontra em tratamento com o Pajé. Ela vem sendo marginalizada na aldeia, é vista como "louca", dizendo-se acusada de feitiçaria, além de ter o marido doente (cf. relatório antropológico). Esta mulher tem 02 filhos, com EN normal.

Os índios destas comunidades, alimentam-se basicamente com milho, feijão, arroz, mandioca, batata-doce, mamão, melancia, banana e proteína animal (frango, porco) (cf. relatório antropológico).

A prática do aleitamento natural prolongado é o principal fator contribuinte do estado de eutrofia de populações minoritárias ou daquelas consideradas menos favorecidas em decorrência do baixo nível sócio-econômico (Fagundes, 1981). Não foi observado durante esta avaliação a frequência do aleitamento natural, o que deverá ser feito nos próximos trabalhos.

Como a maior concentração da população encontra-se na faixa etária entre 10 e 20 anos; pela problemática do alcoolismo em alguns membros da aldeia; pelo processo intenso de contato com a população não índia; as doenças sexualmente transmissíveis e outros, é imprescindível um programa de saúde para o adolescente.

Pelos resultados observados seria precoce uma conclusão sobre a avaliação do estado nutricional da população Guarani, tornando-se necessário um estudo longitudinal e mais aprofundado do assunto em questão.

INQUÉRITO PARASITOLÓGICO

Foi realizado um levantamento parasitológico nas 02 (duas) aldeias onde foram colhidas 74 amostras de fezes, e executado exames parasitológico, segundo o método de Hoffman, durante o mesmo período, no laboratório do Centro Integrado de Saúde de Paraty. As amostras foram analisadas pela equipe da FNS-RJ e FUNAI-SP, para pesquisa de protozoários e helmintos.

Os índios foram informados e orientados sobre a coleta das fezes, 02 semanas antes.

Em Araponga, por ocasião da coleta das fezes, só se encontravam 15 pessoas na aldeia, estando as demais em viagens para outras aldeias.

Conforme a tabela abaixo a maioria da população está infestada por mais de um tipo de parasita, destacando-se *Ascaris lumbricoides* e *Entamoeba hystolytica* e *E. coli*. Também ocorreram 02 casos de *Taenia sp.*

Toda a população recebeu tratamento específico, utilizando-se o Mebendazol, o Tiabendazol e Metronidazol, de acordo com os resultados dos EPF realizados. Tal conduta se justifica pela existência de casos sintomáticos e pelo número reduzido da população, tendo-se em conta que tal medida leva a diminuição do índice de infestação parasitaria contribuindo para a melhoria do estado geral dos indivíduos.

TABELA Nº 08
NÚMERO DE HELMINTOS E PROTOZOÁRIOS ENCONTRADOS EM 74 AMOSTRAS
DE FEZES NA POPULAÇÃO GUARANI DE PARATY-RJ, SEGUNDO ALDEIA -
OUT/96

AGENTES	PARATY-MIRIM	ARAPONGA	TOTAL
ANCILOSTOMIDEO - SP	14	3	17
ASCARIS LUMBRICÓIDES	30	5	35
ENDOLIMAX NANA	6	1	7
ENTAMOEBA COLI	25	3	28
ENTAMOEBA HYSTOLYTICA	32	6	38
ENTEROBIOS VERMICULARIS	0	0	0
GIARDIA LAMBLIA	10	2	12
HYMENOLEPIS NANA	3	0	3
IOBOAMOEBIA BUTSCHLII	0	1	1
STRONGYLOIDES STERCORALIS	8	2	10
TAENIA SP	2	0	2
TRICHURIS TRICHURA	3	0	3

MORTALIDADE E NATALIDADE

Os dados sobre mortalidade e natalidade referentes às aldeias de Paraty-Mirim e Araponga foram coletados no Centro Integrado de Saúde, no Hospital e no Posto de Saúde da Aldeia, no ano de 1996. Como aconteceu com os dados de morbidade, também aqui os registros estavam incompletos ou inexistentes. Observe a tabela 09:

TABELA Nº 09

MORTALIDADE E NATALIDADE
ÁREAS INDÍGENAS PARATY-MIRIM E ARAPONGA
PERÍODO: 1996

ÁREAS INDÍGENAS	NASCIDOS VIVOS	NASCIDOS MORTOS	ÓBITO MAIOR DE 1 ANO
PARATY-MIRIM	03	00	01
ARAPONGA	00	00	00

Como se pode observar na tabela acima, em Paraty -Mirim ocorreram 03 nascimentos, sendo 02 crianças no sexo feminino e 01 criança do sexo masculino. O único óbito que ocorreu foi de uma criança do sexo feminino e com 2 anos na ocasião. No diagnóstico do médico, a causa morte foi pneumonia associada a desnutrição, mas para os índios ela foi acometida por "doença de índio" (cf. relatório antropológico).

Um estudo mais longo sobre mortalidade será necessário.

Não há registros nem atendimento odontológico regular.

CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS:

Foi realizado um curso de Introdução à Saúde do Índio, com 50 horas-aula, que contou com a participação, entre outros, de profissionais da área de saúde da rede municipal que trabalham mais diretamente com as populações indígenas residentes no Município. A clientela foi formada por: 01 Médico, 01 Enfermeira Padrão, 01 Odontólogo, 01 Assistente Social, 01 Nutricionista, 01 Professor da rede estadual, 01 Indigenista, 03 Auxiliares de Enfermagem e 01 Guarda de Endemia da FNS/RJ.

O curso abordou os seguintes temas:

- Antropologia Geral
- Etnologia e Etnomedicina Guarani
- Epidemiologia
- Agente Indígena de Saúde - sua importância
- DSEI (Distrito Sanitário Especial Indígena)
- Panorama sobre os índios brasileiros.

A avaliação do curso foi subjetiva, os alunos foram observados nas suas atividades profissionais junto aos índios antes e após o curso e a mudança foi muito significativa, pois demonstraram ter absorvido muito bem a questão do trabalho com uma população culturalmente diferenciada e o porque do tratamento diferenciado. Os próprios alunos declaram o quanto o curso foi esclarecedor.

Estava previsto no projeto original um curso de formação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS), porém não foi possível realizá-lo, e o principal motivo foi falta de financiamento, pois apesar de ter sido informado que o projeto tinha sido aprovado como um todo, no decorrer do período de execução começaram os cortes e informaram que não havia mais recursos disponíveis. Assim, inviabilizou-se a realização do treinamento dentro das diretrizes propostas no documento final das oficinas de formação de AIS.

DIFICULDADES ENCONTRADAS

Todos os dados de morbidades correspondem ao ano de 1996 e foram coletados no Hospital, Centro de Saúde, Sub-Postos de Saúde e Posto de Saúde da Aldeia. Apesar da presteza e da boa vontade dos funcionários em fornecer os poucos dados que tinham registrados, surgiram algumas dificuldades, tipo:

HOSPITAL

- Não há uma organização dos dados.
- Não há prontuário.
- Não há uma separação entre as fichas dos índios e dos não índios.
- As anotações que são feitas têm como objetivo o repasse de verba do SUS para o hospital e são, após ter passado pela contabilidade, lançados num livro obedecendo uma ordem cronológica de pagamento e não de ocorrência dos casos.

CENTRO DE SAÚDE

- Não há registro de doenças de notificação obrigatória.
- Falta organização, sistematização nos fichários.
- Existe mais de um fichário para as mesmas fichas.
- As fichas dos índios e dos não índios estão juntas por ordem alfabética. Como os índios são semi-nômades, trocam de nomes, e usam nomes de não índios (e por vezes esquece o próprio nome de não índio), fica difícil identificar as fichas após algum tempo.
- Nas poucas fichas localizadas , na sua grande maioria, só constavam dados de vacinação.

SUB-POSTO DE SAÚDE

- Envia todo e qualquer atendimento para o Centro de Saúde.

POSTO DE SAÚDE DA ALDEIA

- Antes da implantação do novo sistema de fichas, feitas pelo médico que atende aos índios na aldeia, funcionava da seguinte forma: existiam fichas por família que foram confeccionada por alguém que não conhecia a área (ADR da FUNAI - Baurú) ocasionando portanto, trocas de nomes, sexo, idade e filiação.
- A Técnica de Enfermagem faz as anotações em um livro de ocorrências, juntando sintomas, queixas, diagnósticos e procedimentos.

CONSIDERAÇÕES GERAIS:

O ótimo entrosamento entre a equipe local de saúde, a equipe da pesquisa e a FNS-RJ favoreceu muito o sucesso da pesquisa. A todos MUITO OBRIGADO.

Paraty é uma cidade de pequeno porte, tem 23.871 hab. (Censo de 1990 - IBGE) e tem no turismo a sua principal fonte de renda. Pode-se observar que a assistência à saúde sofre com a política municipal e traz transtornos à população. Devido ao grande número de demissões nos serviços de saúde do município, no final do mandato do último prefeito, não se pode definir o número de técnicos disponíveis, ficando efetivamente para trabalhar apenas uns poucos.

O mal gerenciamento financeiro, o excesso de formulários e as mudanças constantes de procedimentos do PRODOC/FNS, prejudicaram o bom andamento do projeto. Para que o mesmo chegasse até o seu final contou-se com a paciência e a boa vontade dos pesquisadores e dos funcionários técnicos de campo..

SUGESTÕES E CONCLUSÕES

1. Os Guarani do Município de Paraty mantém viva e reproduzem a cultura Guarani, entendida aqui enquanto um sistema simbólico que determina a visão de mundo deste povo e, conseqüentemente, seu comportamento e atitudes em relação à sociedade envolvente. A língua, a cosmologia, os rituais de "reza", o xamanismo e a extrema mobilidade, interna à aldeia e interaldeias (de âmbito intermunicipal, interestadual e interpaíses), são os traços mais característicos da cultura Guarani.

2. O processo saúde-doença é percebido de acordo com as representações "tradicionais" sobre saúde e doença (etnomedicina) Guarani, o que determina em parte, o comportamento e atitudes frente aos profissionais e serviços de saúde disponíveis.

3. Os determinantes sócio-culturais do processo saúde-doença têm papel importante no perfil epidemiológico e de saúde, merecendo, no entanto, aprofundamento desta relação através de pesquisa antropológica e epidemiológica de saúde. Os fatores sócio-culturais são fundamentais nas relações dos Guarani com os serviços de saúde e determinam a busca de opções terapêuticas "tradicionais" (fitoterapia, rezas, xamanismo, observância de regras restritivas alimentares e abstinências, etc.) ou ocidentais (medicina oficial).

4. O xamanismo é crucial na determinação do diagnóstico tradicional e escolha das terapias adequadas, inclusive as da medicina oficial, bem como para a manutenção da coesão social interna da aldeia.

5. A adesão ao tratamento ocidental depende, portanto, do xamã e das relações com os profissionais de saúde. Estes últimos devem priorizar a atendimento local (na aldeia) e ampliar as relações sociais com a população Guarani para além da relação médico-paciente. Quando for necessário a população indígena utilizar um serviço de referência preestabelecido (Posto de Saúde, Hospital de Paraty, Hospital de Furnas ou Centro Terciário de Rio de Janeiro e São Paulo), deverão ser reconhecidos profissionais de saúde de referência, com treinamento apropriado para o atendimento intercultural à saúde, evitando assim o abandono do tratamento ou subnotificação.

A interação da população Guarani com os profissionais de saúde é mais enfatizada que as relações com as instituições.

6. A FNS deverá priorizar a instalação dos equipamentos para fornecimento de água potável, em Paraty-Mirim, e de saneamento básico nas duas aldeias do município, através de programas específicos.

7. Os serviços municipais de saúde deverão garantir através da manutenção dos profissionais de referência já identificados e atualmente envolvidos com a questão indígena, um atendimento diferenciado à população Guarani em suas unidades de saúde. Também seria essencial o apoio do veículo Engesa, cedido pela FNS, para deslocamento semanal da equipe à Araponga. Sua manutenção, bem como a manutenção dos veículos de posse da FUNAI deverão ser garantidas, mesmo que com recursos externos, assim como verba para combustível.

8. O Programa de Imunização deverá ser mantido regularmente através da colaboração FNS/Secretaria Municipal de Saúde, como tem sido.

9. Avaliações periódicas da cobertura vacinal, situação nutricional, fatores sócio-culturais e perfil epidemiológico, deverão ser mantidas. Deverá ser implantado um sistema de integração interinstitucional, através de reuniões periódicas a nível local, com participação de representantes indígenas, visando a implantação de um Conselho local de Saúde indígena, base de um Distrito Sanitário Especial Guarani do litoral dos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo. Este Distrito deverá ter um sistema de articulação das informações e referências com os municípios de Angra dos Reis, Paraty e Ubatuba, devido aos laços de parentesco que unem as famílias extensas das aldeias dos mesmos, motivando migrações futuras.

10. O sistema diferenciado de registro de dados de nível local (aldeia), implantado recentemente em Paraty-Mirim (com fotos e organizado por grupos residenciais) deverá ser mantido e analisado periodicamente, e implementado também em Araponga. Esse sistema deverá ser flexível o suficiente para comportar as freqüentes migrações dos grupos familiares (nucleares e extensos). Para auxiliar a manutenção e atualização dos registros, assim como a previsão dos fluxos migratórios, deverá ser aprofundado o estudo antropológico sobre parentesco guarani.

11. Deverá ser implantado a nível local (aldeia) um programa preventivo de saúde bucal com identificação preliminar do índice CPOD, atividades de educação e prevenção da cárie, de forma prioritária. Isso não será possível sem um programa mínimo curativo de tratamento de cáries e exodontias visando a captação da clientela para as atividades preventivas. As populações indígenas, como ademais a maioria da população nacional, priorizam o tratamento emergencial e não vêm sentido nas atividades preventivas por fatores de ordem cultural. O município de Paraty poderá garantir profissional de odontologia já devidamente capacitado para o atendimento local. Insumos, equipamentos, e transporte poderão ser garantidos por projeto com financiamento externo. Esse projeto deverá ser articulado com a assessoria antropológica da FIOCRUZ. Faz-se necessário a capacitação de 02(dois) índios (um para cada aldeia), para atuarem como Agentes Indígenas de Saúde Bucal.

12. O Hospital de Furnas deverá comprometer-se (através de convênio) com a identificação e treinamento apropriado de profissionais de referência para o atendimento diferenciado (com previsão das expectativas dos Guarani em relação ao atendimento, à presença de acompanhantes/intérprete no hospital, percepção diferenciada do diagnóstico e terapêuticas, respeito às restrições alimentares e apoio afetivo para evitar fugas e abandono do tratamento, bem como facilitar a aceitação de tratamento precoce).

13. A FUNAI deverá priorizar a indenização e retirada da área de posseiros que ocupam as melhores terras agricultáveis de Paraty-Mirim, fator preponderante nos conflitos e insatisfações internas e que pode ameaçar a coesão da aldeia. A FUNAI também deverá implementar projeto de apoio à atividades de subsistência nas aldeias de Paraty.

14. Faz-se imprescindível a aquisição de 02 rádios transmissores para serem instalados nas aldeia Paraty-Mirim e Araponga.

15. A FUNAI, na pessoa de seu representante legal no local, deverá criar condições para a implantação de projetos de subsistência para as aldeias de Paraty-Mirim e Araponga.

16. A FIOCRUZ foi bem recebida neste projeto piloto, tanto por parte da população indígena quanto pelos profissionais de saúde do município e deverá manter suas atividades de pesquisa operacional, treinamento, articulação interinstitucional e assessoria técnica. A supervisão e o aprofundamento da formação de agentes de saúde deverá ser empreendida por profissionais de nível local (Município e FUNAI) com apoio da FIOCRUZ e FNS, de forma sistemática e permanente (e não intermitente, como tem sido). Seu objetivo deverá ser a capacitação para identificação precoce de sinais de risco dos agravos de maior letalidade (IRA, doenças diarreicas, desnutrição grave, acidentes e de doenças de notificação obrigatória). Para a continuidade das ações da FIOCRUZ, porém, é necessário garantir-se verbas para deslocamento, material e pagamento de profissionais (médico e antropólogo de campo).

17. Sugerir a implantação de um sistema de registros de dados diferenciados para os índios, a nível do hospital e centro de saúde, semelhante ao que está sendo implantado no posto da aldeia, favorecendo assim o acompanhamento dos mesmos anos serviços oficiais de saúde.

18.. É recomendável também uma avaliação do perfil reprodutivo nas mulheres, e aleitamento natural..

19. Desenvolver programas de atenção à saúde da mulher, da criança e do adolescente.

20. Implantar o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) para crianças e adultos.

21. Medir dosagem de hemoglobina e hematócritos nas crianças \leq 06 anos.

22. Pesquisar episódios diarréicos, de infecções respiratórias e cutânea.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA FILHO, Noamar & ROUQUAYROL, Maria Zélia. *Introdução à Epidemiologia Moderna*. Rio de Janeiro. COOPMED Editora, ABRASCO, 2ª edição. 1992.
- ANJOS, Luiz A. dos; SILVA Denise O.; SERRÃO, Simone A. & SILVA, Cláudia V. C.: *Vigilância Nutricional em Adultos: Experiência de uma Unidade de Saúde Atendendo População Favelada*. Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 8 (1): 50-56, jan/mar, 1992.
- ARRUDA, Bertoldo K. G. de. *Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, Frustrações, Desafios e Perspectivas*. 8 (1): 96-101, jan/mar, 1992.
- BATISTA FILHO, Malaquias *Saúde e Nutrição*. in ROUQUAYROL (org). *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 4ª Edição, 1994, p365-381.
- BUCHILLET, Dominique. A Antropologia da Doença e os Sistemas Oficiais de Saúde. In Buchillet (org.) *Medicinas Tradicionais e Medicina ocidental na Amazônia*. Belém, Edições CEJUP/MPEG, 1991. pp. 21-44.
- CADOGAN, Leon. *El Concepto Guarani de "Alma ": su Interpretación Semántica*. Ediciones Keiron en Folia Lingüística Americana, vol I, nº 1, Buenos Aires, 1952.
- CADOGAN, Leon. *Síntesis de La Medicina Racional y Mística Mbyá-Guarani*. América Indígena; México, 9(1), p21-35, 1949., vol I, nº 1, Buenos Aires, 1952.
- GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.
- LADEIRA, Mª Inês & [et. at]. *Relatório de Estudo Dirigido à Diretoria de Assuntos Fundiários da FUNAI DF*. São Paulo: mimeo, 1993.
- LADEIRA, Mª Inês. *O Caminho Sob a Luz: o Território Mbyá a Beira do Oceano*. mimeo; dissertação de mestrado na PUC/SP, 1992.
- LADEIRA, Mª Inês & AZANHA, Gilberto. *Os Índios da Serra do Mar: a presença Mbyá-Guarani em São Paulo*. Nova Stella Editorial/CTI; São Paulo, 1988.
- LAURENTI, Ruy & [et. at]. *Estatística de Saúde*. São Paulo: EPU, 1987.
- MOTA, Clarice Novaes da. *A escuridão e o Mar: começo e fim dos Guarani*. mimeo; trabalho apresentado no Cong. Inter. de Americanistas; Nova Orleans, 1991.
- NETO, Ulisses Fagundes, *Avaliação Nutricional das crianças Índias do Alto Xingu*, mimeo, resumo do trabalho de Tese de Doutorado, EPM, 1977.
- OMS. *Use and Interpretation of Anthropometric Indicators of Nutricional Satus*. Bulletin of the World Health Organization, 64(6): 929-941, 1986.
- PINTO, Estevão. *Os Tupi-Guarani*. Actas Cibas, Rio de Janeiro, 11(3/4), p.42-43, 1994 (a).
- PINTO, Estevão. *A Estranha Figura do Pajé Tupinambá*. Rio de Janeiro, 11(3/4), p.51-61, 1994(b).
- PINTO, Estevão. *Terapêutica e Conhecimento Mediciniais dos Tupi-Guarani*. Actas Cibas, Rio de Janeiro, 11(3/4), p.44-50, 1994 (c).
- RIVERA, F. Javier Uribe (org). *Planejamento e Programação em Saúde : um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez Editora/ ABRASCO, 1992.

- SANTOS, Leonor M.P. & [et. at]. *Situação Nutricional e Alimentar de Pré-escolares no Semi-árido da Bahia (Brasil): I. Avaliação Antropométrica*. Rio de Janeiro: Rev. Saúde Pública, 29(6): 463-71, 1995.
- SCHADEN, Egon. *Aspectos Fundamentais da Cultura Guarani*. EDUSP; São Paulo, 1974.
- SCHADEN, Egon. *Caracteres Específicos da Cultura Mbyá-Guarani: subsídios e sugestões para um estudo*. Revista Antropológica, jun/dez., 1963. 11(1e2), p.83-94.
- SCHADEN, Egon. *Entre os Índios do Litoral Paulista*. Paulistana; documentário, nº 23, p.16-18, maio/jun., 1948.
- VAUGHAN, J. P. & MORROW, R. H. *Epidemiologia para Municípios: manual para gerenciamento de Distritos Sanitários*. São Paulo: Editora Hucitec, 1992.

Censo Populacional da Aldeia de Parati-Mirim novembro de 1996

- | | |
|---|--|
| <p>1- Miguel Benite (cacique) (71anos)
M^a Ângela (68 anos)
Márcio Benite (07 anos)</p> <p>2- Afonso Roque Benite (vice-cacique) (41 anos)
Ana Rosa Pereira (36 anos)
Ivonete P. Benite (12 anos)
Cátia P. Benite (06 anos)
Tatiana P. Benite (02 anos)
Loureço Pereira (30 anos)</p> <p>3- Joaquim Benite (20 anos)
Iracema Nunes (23 anos)
Jaquellino N. Benite (01 ano)
Luciana N. Benite (03 anos)</p> <p>4- Vilmar Vilharve (17 anos)
Deva Benite (20 anos)
Gérson Benite (03 anos)</p> <p>5- João da Silva (31 anos)
Eva Benite (26 anos)
Elisa(beth) Benite (04 anos)
Tiago B. Silva (02 anos)
Maria Estela dos Santos (21 anos)
Juliana dos Santos (09 anos)
Mariana dos Santos (07 anos)
Jacira dos Santos (01 ano)</p> <p>6- Pedro Benite (agente de saúde) (23 anos)
Iracema Garcia (23 anos)
Ramon G. Benite (08 anos)
Adilson G. Benite (06 anos)
Jucy ou Gilse G. Benite (03 anos)</p> <p>7- Serafim Benite (37 anos)
Maria Garcia (27 anos)
Lúcia G. Benite (11 anos)
Neuci G. Benite (10 anos)
Fábio G. Benite (08 anos)
Vanderley G. Benite (05 anos)
Ronildo G. Benite (04 anos)
Romeu ou Rafael G. Benite (02 anos)
Clarissa (01 mês)
Vitorino Garcia (69 anos)</p> <p>8- Sebastião Armandez (professor) (34 anos)
Paulina Benite (16 anos)</p> | <p>9- Tito Duarte (pajé) (70 anos)
Verónica (40 anos)
Denise Duarte (12 anos)
Vicente Duarte (10 anos)
Cláudio Duarte (06 anos)
Anísio (24 anos)
Neuzira Duarte (23 anos)
Aníia (06 anos)
Márcia (04 anos)
Hamilton (02 anos)
Reinaldo Duarte (17 anos)
Cleonícia (15 anos)
Tiago (01 mês)</p> <p>10- M^a Augusta dos S. Mariano (60 anos)
Inácio dos Santos (12 anos)</p> <p>11- Hélio Vilharve (19 anos)
Geni ou Genilda Pires (15 anos)
Janete P. Vilharve (1,6 ano)</p> <p>12- Cecílio Vilharve (57 anos)
Bernardina Gonzalez (55 anos)
Nelson G. Vilharve (14 anos)
Ataide G. Vilharve (12 anos)
Dirceu G. Vilharve (06 anos)</p> <p>13- João Carvalho (52 anos)
Leonardo (11 anos)
Bento (13 anos)
Vera Carvalho (20 anos)
Janaína (05 anos)
Jéssica (05 meses)</p> <p>14- Paulo Soares (65 anos)
Marcelo Soares (13 anos)
Mauro Soares (12 anos)
Nardo ou Ronaldo Soares (10 anos)
Roberto Soares (08 anos)
Lúcia (70 anos)</p> <p>15- Canísio (26 anos)
Telvina (29 anos)
Valdeci (06 anos)
Airton (08 anos)</p> |
|---|--|

Censo Populacional da Aldeia de Araponga dezembro de 1996

- 1- Agostinho da Silva (cacique e pajé) (77 anos)
 Marciana de Oliveira (68 anos)
 Níria da Silva (23 anos)
 Maninho da Silva (05 anos)
 Nina da Silva (12 anos)
 Marina da Silva (11 anos)
 Márcio da Silva (06 anos)
 Márcia da Silva (02 anos)

- 2- Ilda da Silva (23 anos)

- 3- Claudiomiro ou Valdemir Rodrigues da Silva (20 anos)
 Nino Benite da Silva (15 anos)

- 4- Rodrigo da Silva (27 anos)
 Marinalva de Oliveira (24 anos)
 Marlis de Oliveira (11 anos)
 Vilmar da Silva (09 anos)
 Gilmar da Silva (07 anos)
 Felipe de Oliveira (04 anos)

- 5- Mário Henrique da Silva (? anos)
 Creuza Dionísio da Silva (43 anos)

- 6- Itelvina da Silva (69 anos)
 Kirina Dalva (27 anos)
 Nízia da Silva (10 anos)
 Gino da Silva (05 anos)
 Martina de Oliveira (98 anos)

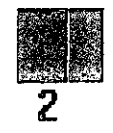
- 7- Romão Alves dos Santos (73 anos)
 Jurventina da Silva (73 anos)
 Dorvalino Alves dos Santos (17 anos)

OBS: Os censos populacionais estão sujeitos a constantes mudanças face a grande mobilidade dos grupos de família, seja internamente, seja interaldeia.

Aldeia de Araponga



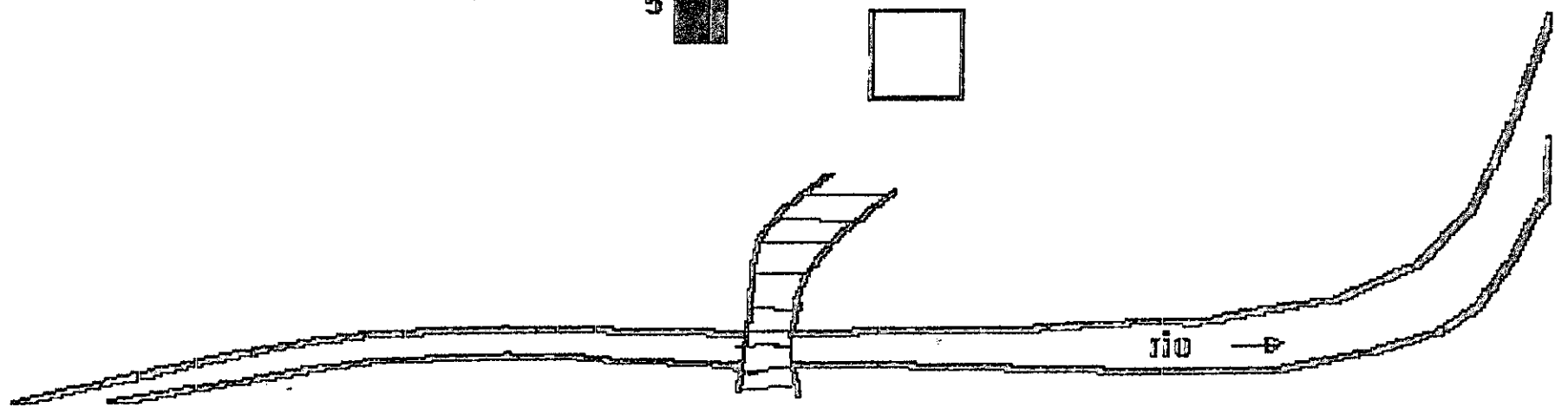
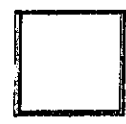
subida



Casa de Reza



Escola



Aldeia de Parati-Mirim

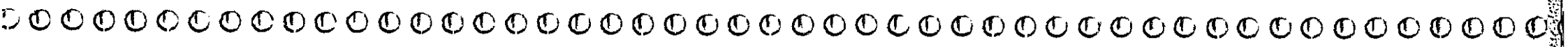
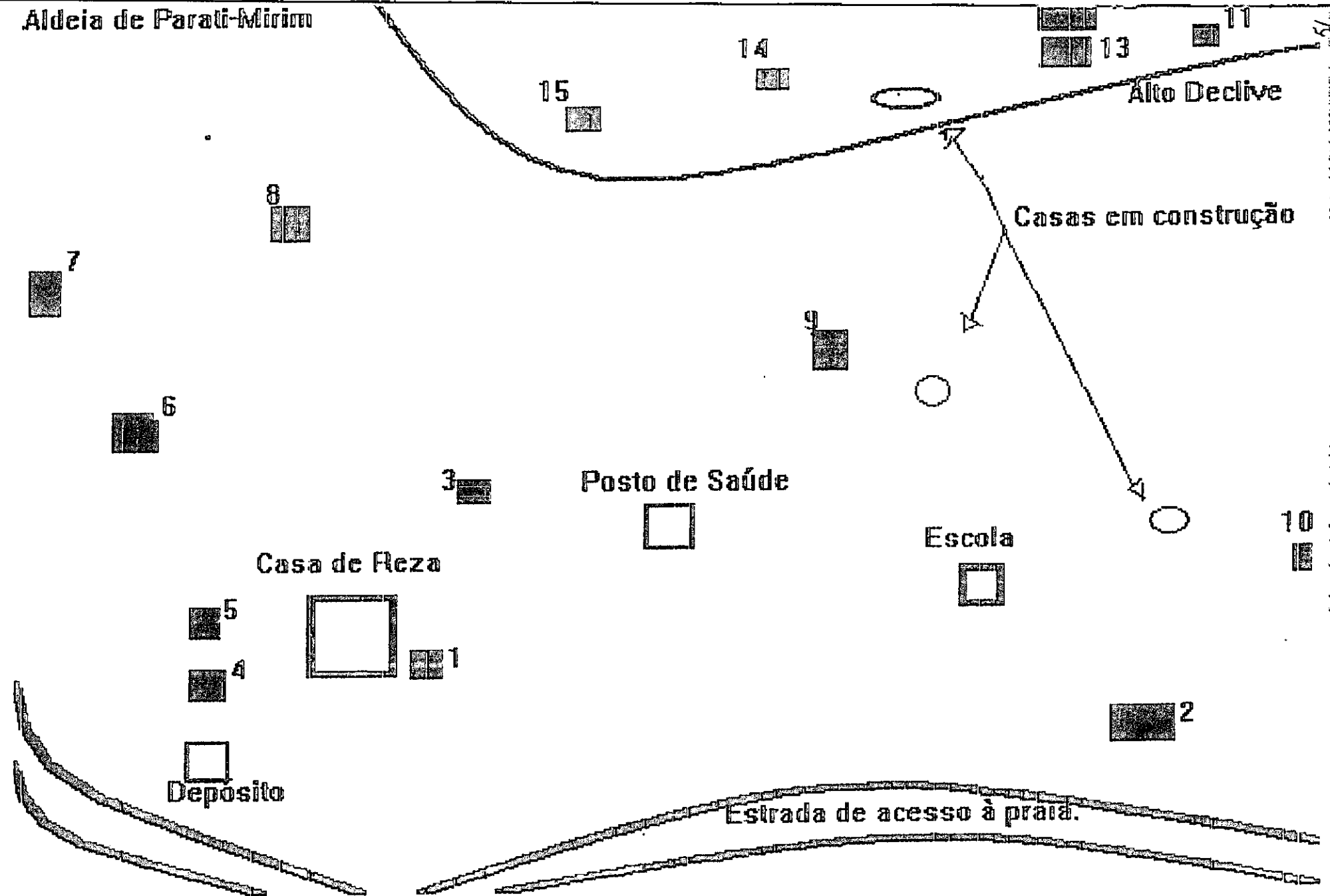
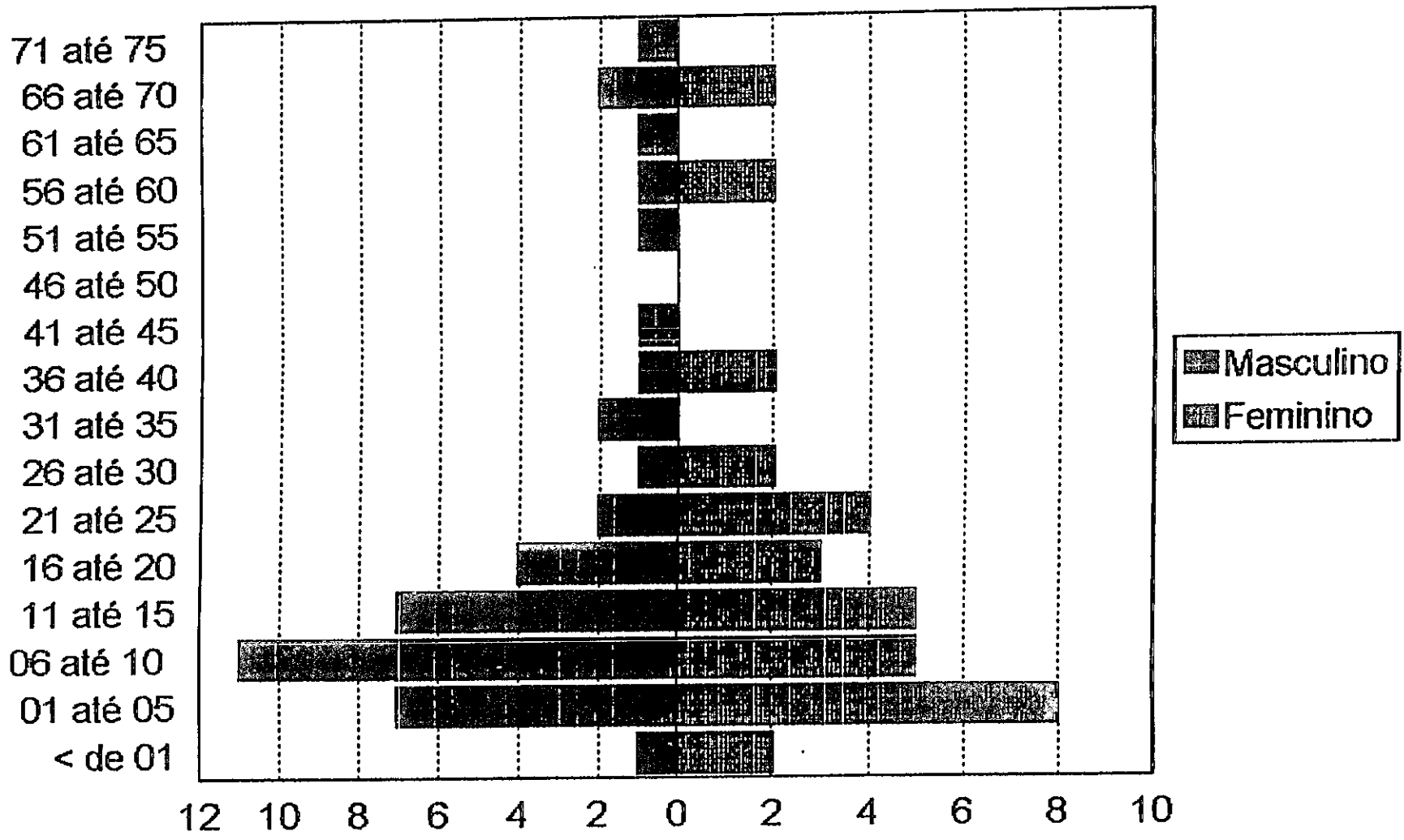


Gráfico de Idade por Sexo

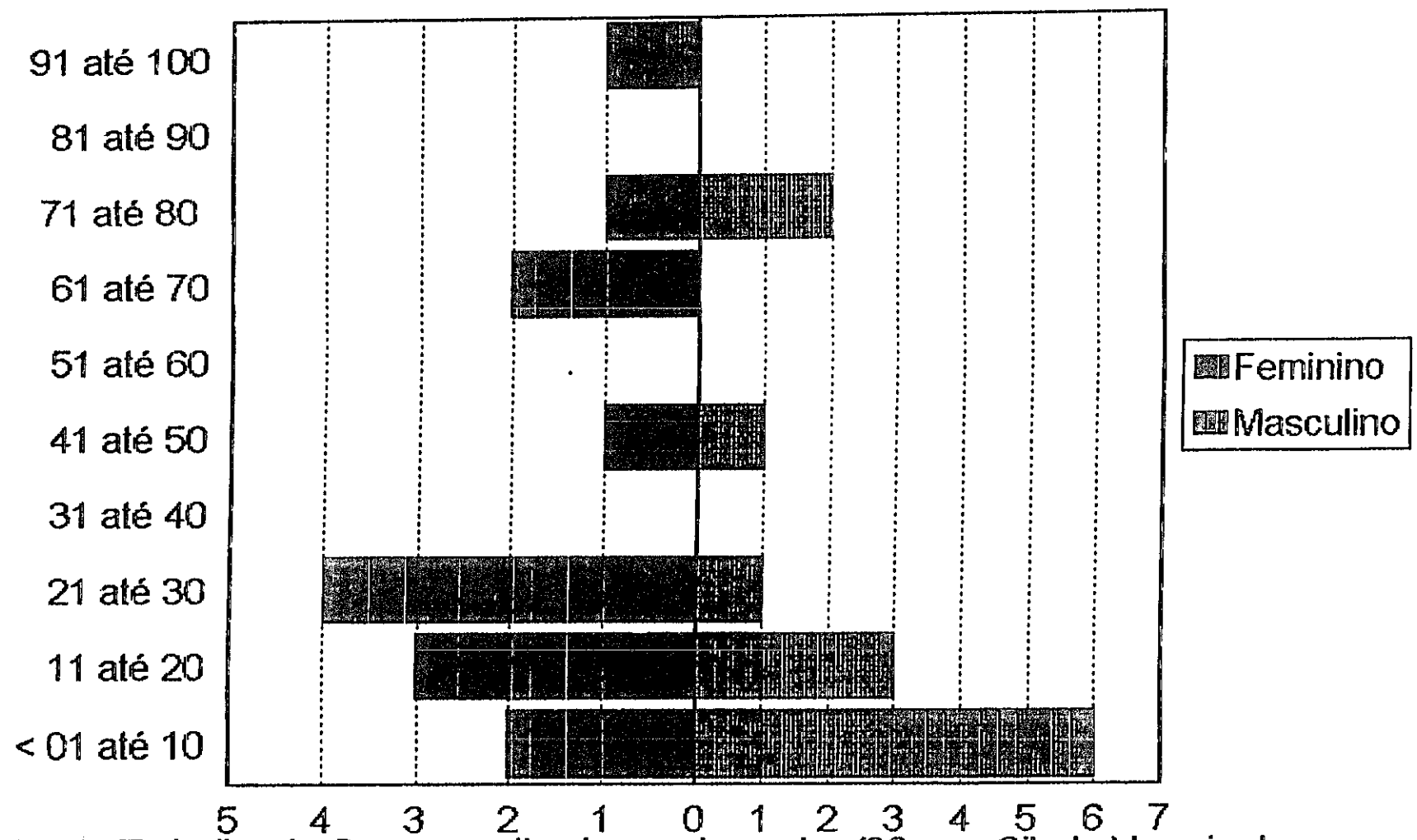
População Guarani da Aldeia de Parati-Mirim



Fonte: Trabalho de Campo realizado em novembro/96, por Ivan S. Farias.

Gráfico de Idade por Sexo

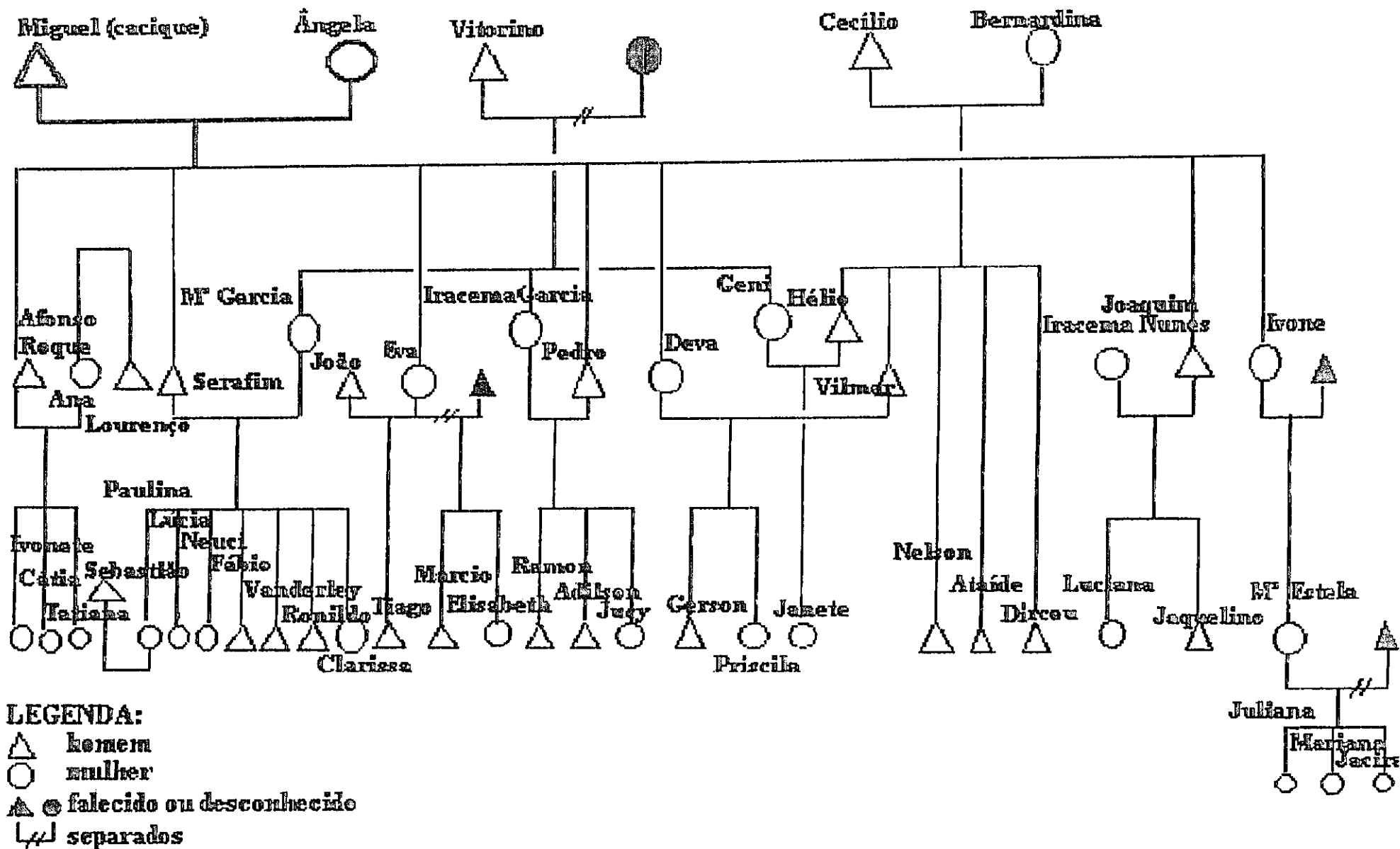
População Guarani da Aldeia de Araponga



Fonte: Trabalho de Campo realizado em dezembro/96, por Cibele Verani e Ivan Farias.



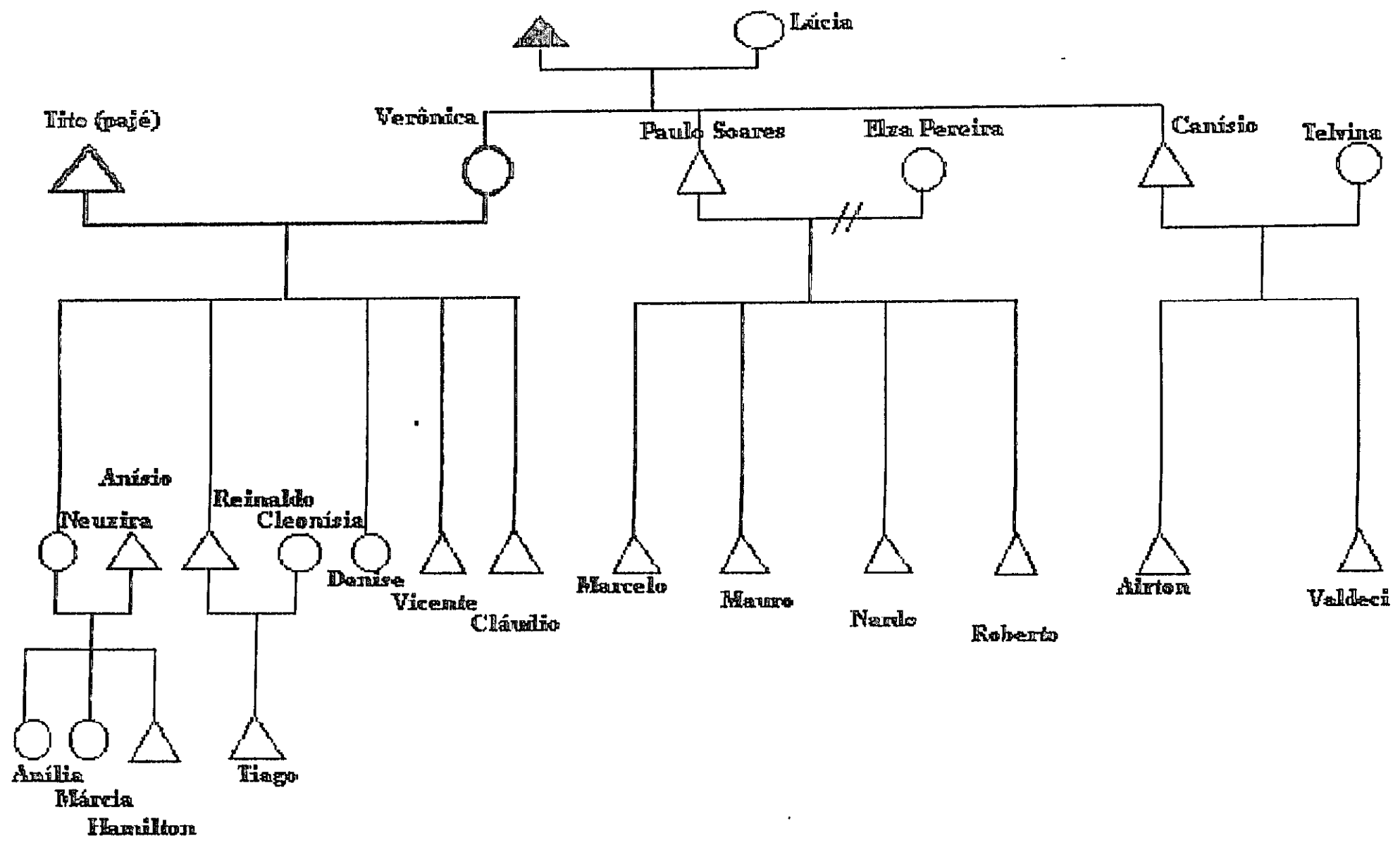
Principal "família-grande"



LEGENDA:

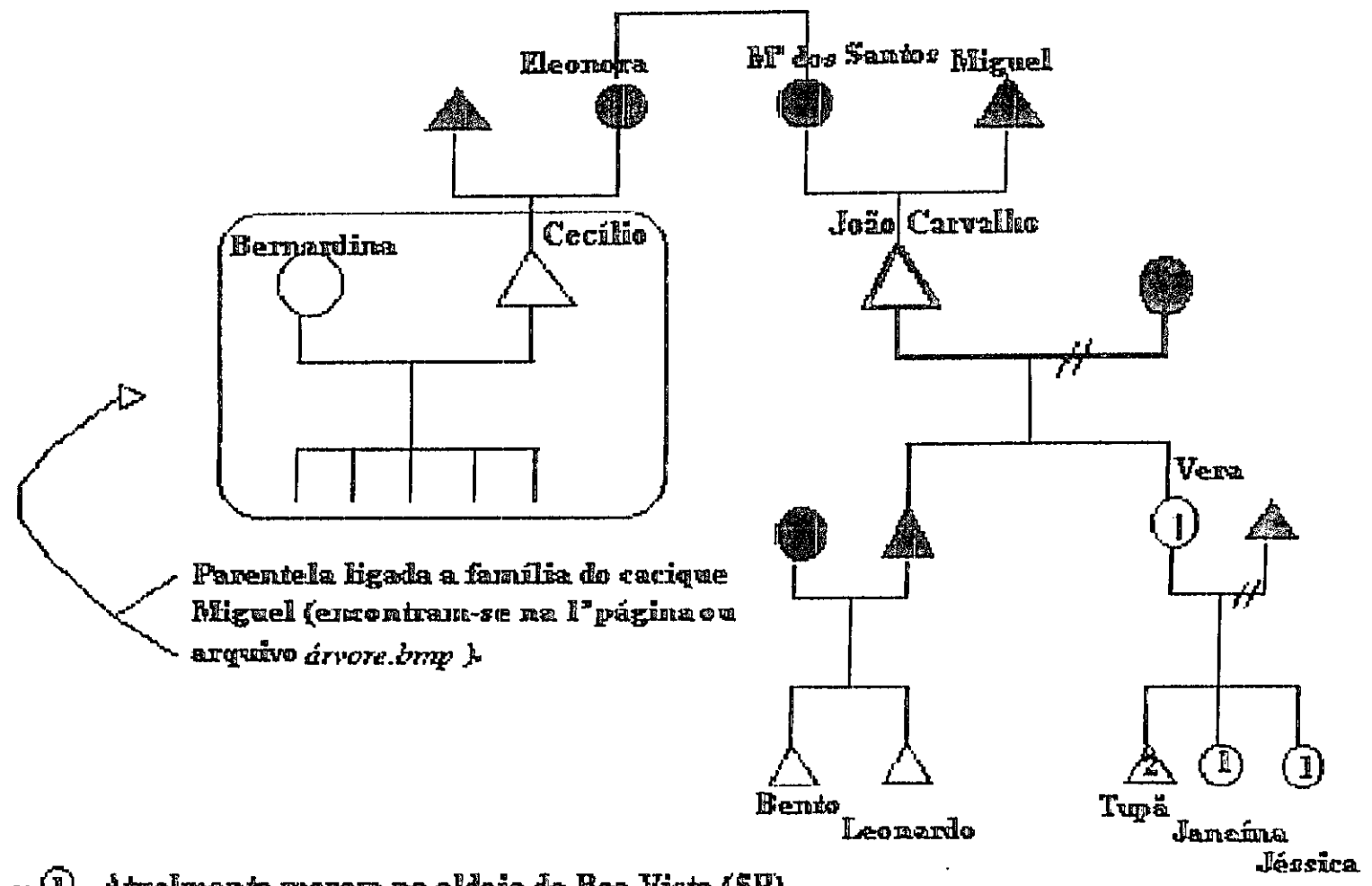
- ▲ homem
- mulher
- ▲ ● falecido ou desconhecido
- || separados



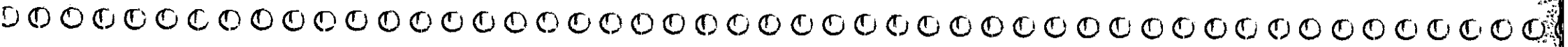


Parentela secundária (do Tito) de Parati-Mirim

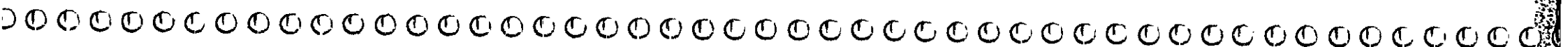
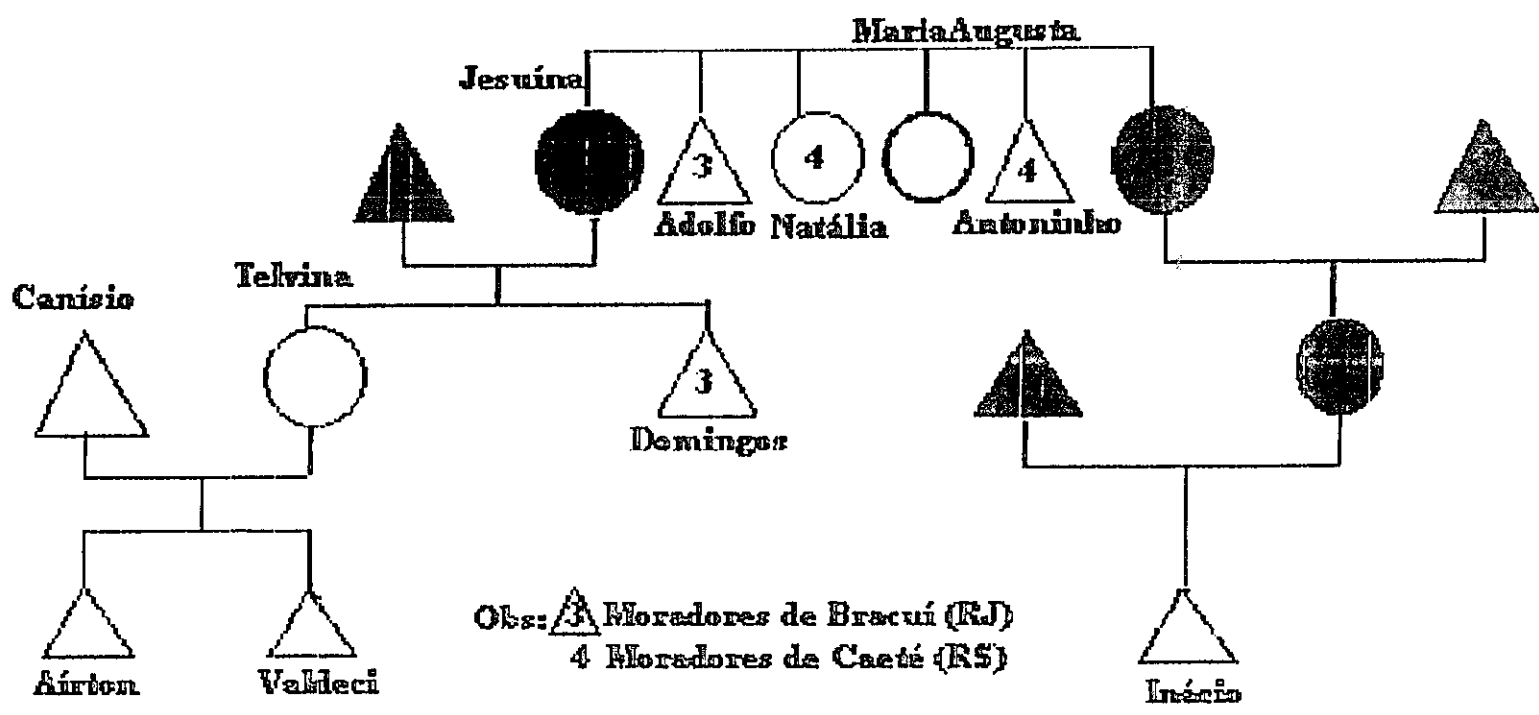


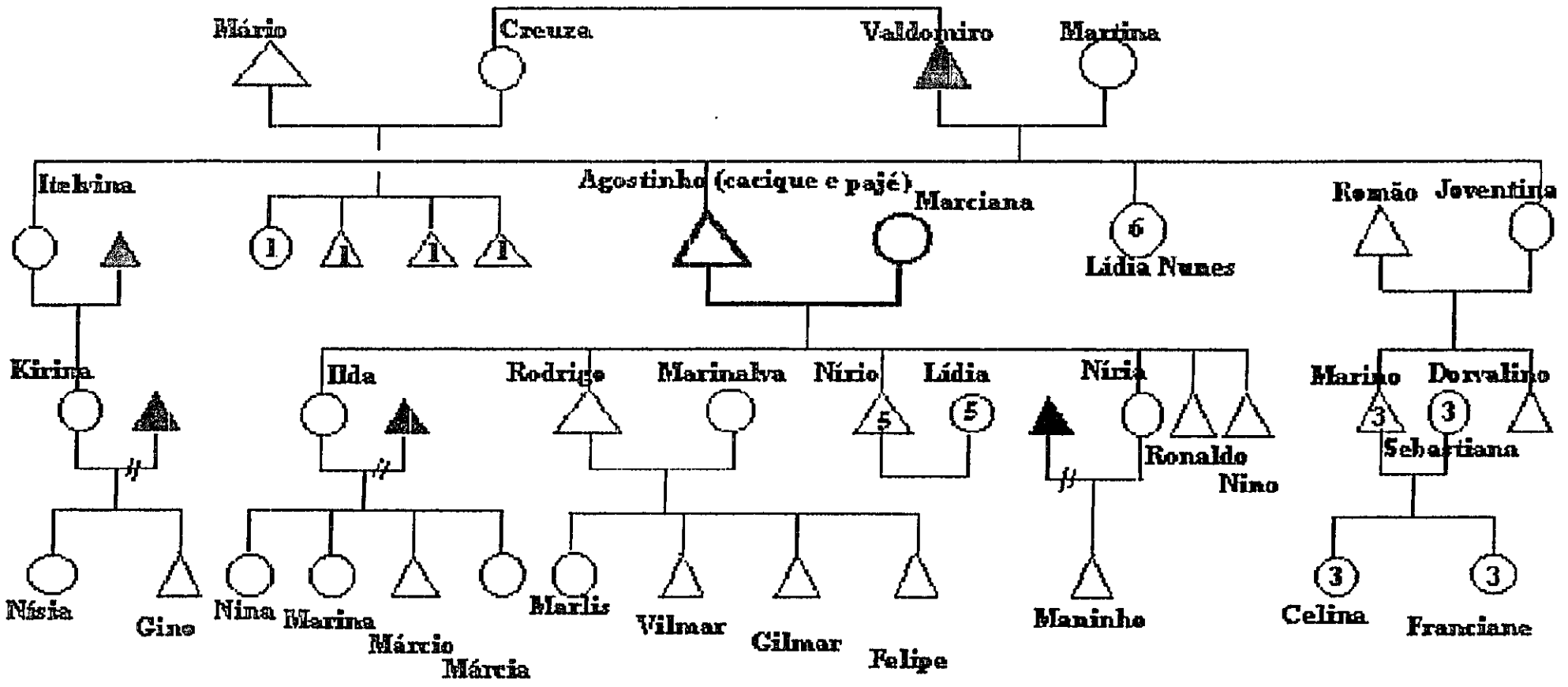


Obs: ① Atualmente moram na aldeia de Boa Vista (SP)
 ② Atualmente mora entre brancos em Ubatuba (SP)



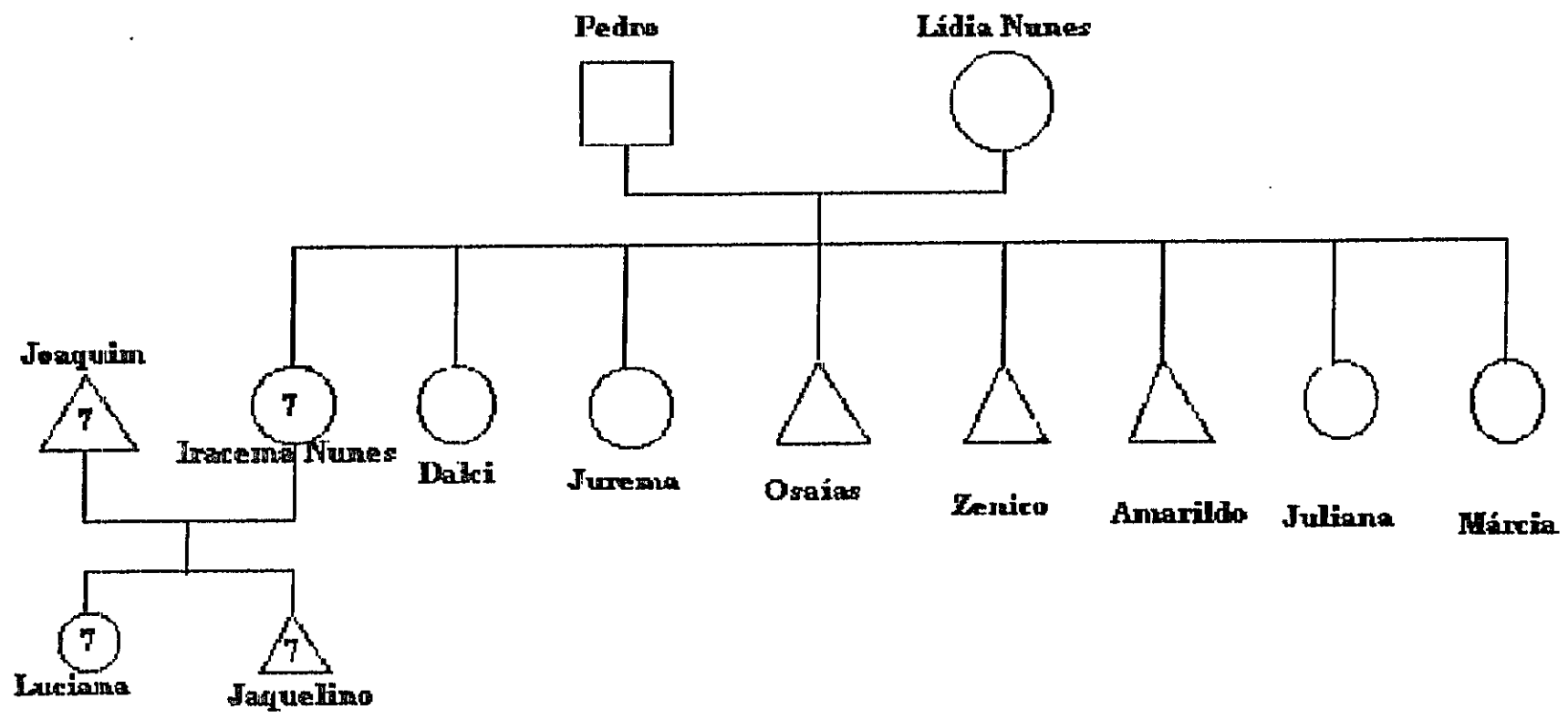
PARENTELA COMPLEMENTAR DA ALDEIA DE PARATI-MIRIM





Obs: 1 Moradores de Boa Vista (SP)
 3 Moradores de Bracuí (RJ)
 5 Moradores de Silveira (SP)
 6 Moradora desaldeiada

ÁRVORE DE PARENTESCO DA ALDEIA DE ARAPONGA



Obs: □ Homem branco
7 Moradores de Parati-Mirim