

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**

A FECUNDIDADE ENTRE OS GUARANI:

UM LEGADO DE KUNHANKARAI

Tese de Doutorado

Doutoranda: Gloria Margarita Alcaraz López

Orientador: Ulisses E. C. Confalonieri

Co-Orientador: Humberto Ramirez

Rio de Janeiro – RJ

Dezembro – 2000

GLORIA MARGARITA ALCARAZ LÓPEZ

A FECUNDIDADE ENTRE OS GUARANI: UM LEGADO DE KUNHANKARAI

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública
Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para obtenção
do grau de Doutora em Ciências da Saúde.

Orientadores:
Ulisses E. C. Confalonieri
Prof. Dr.
Humberto Ramirez
Prof. Mestre

Rio de Janeiro – RJ
Dezembro – 2000

DEDICATÓRIA

Este trabalho está dedicado a minha mãe, a quem devo tudo de bom que há em mim.

A meu pai (*in memoriam*), de quem herdei o ânimo e a disposição para realizar trabalhos nas áreas rurais e seu espírito aventureiro e caminhante.

À minha família, em geral, pelo apoio moral e afetivo que deram para que eu continuasse nesta linha de pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço profundamente a minha família que, apesar da distância física, sempre me acompanhou mentalmente.

Minha profunda gratidão aos Guarani-Mbyá de Paraty, ao cacique Miguel Benite, ao cacique Agostinho da Silva, a Pedro Benite, agente indígena de saúde, e a toda a comunidade Guarani. Eles tornaram possível a realização desta pesquisa, pesquisa que voltará para eles, a fim de que possam ter por escrito uma pequena parcela de sua cultura em relação à fecundidade.

Agradeço à Universidade de Antioquia, especialmente à Faculdade de Enfermagem, pelo apoio para que eu realizasse este doutorado. Gostaria de agradecer à ENSP/FIOCRUZ, por abrir suas portas para minha formação, e ao pessoal da Secretaria Acadêmica da ENSP, pelo ótimo atendimento. À FUNAI, especialmente ao Cristino C. Machado, por seu valioso apoio nas conexões com as aldeias indígenas. Agradeço ao CNPq pelo apoio financeiro para minha formação.

Meus agradecimentos vão para tantas pessoas que deram suas contribuições para culminar este trabalho, seja pelas discussões, pela leitura e correções na escrita, ou pelos comentários nas versões preliminares. Agradeço assim a Diana Marinho e seu esposo Nilo C. Coelho, a Cibele Verani, a Maria Cristina M. da Silva, a Wilson Bens, a Inés Dominguez, a Jacqueline A. de Oliveira e a Leidi Herrera.

Minha mais profunda gratidão aos meus orientadores: o Professor Doutor Ulisses E. C. Confalonieri e ao o Professor Doutor Humberto Ramirez.

Finalmente agradeço, de coração, a Anna Maria O. de Carvalho, que me mimou, cuidou de mim e me deu apoio como se fosse minha mãe — na verdade, ela foi minha “mãe brasileira”.

Lista de Figuras

- Figura 1 – Mapa do Brasil com a divisão política. Localização geográfica do Estado do Rio de Janeiro
- Figura 2 – Localização geográfica das aldeias indígenas no município de Paraty, Rio de Janeiro, 1999
- Figura 3 – Pirâmide populacional dos Guarani-Mbyá. Paraty, Rio de Janeiro, 1999
- Figura 4 – Representação esquemática dos paraísos
- Figura 5 – Fluxo de chegada dos indígenas maiores de 14 anos nas aldeias de Paraty-Mirim e Araponga (RJ), no período de 1933 a junho de 1999
- Figura 6 – Fluxo migratório de um casal de indígena Guarani-Mbyá da aldeia de Paraty-Mirim, Rio de Janeiro, no período de 1933 a junho de 1999
- Figura 7 – Classificação das doenças
- Figura 8 – *Teko Guasu* e a Fecundidade

Lista de Tabelas

- Tabela 1 – Dados de fecundidade em grupos indígenas do Brasil
- Tabela 2 – Composição por idade e sexo
- Tabela 3 – Índice de masculinidade
- Tabela 4 – Mudanças populacionais nos Guarani-Mbyá, de 1991 a 1999
- Tabela 5 – Tempo de duplicação da população Guarani-Mbyá
- Tabela 6 – Eventos obstétricos nas mulheres, de 14 a 49 anos
- Tabela 7 – Eventos obstétricos nas mulheres que terminaram seu período reprodutivo
- Tabela 8 – Variáveis intermediárias da fecundidade em mulheres, segundo grupo etário
- Tabela 9 – Filhos nascidos vivos nos homens e mulheres entre 15 a 49 anos
- Tabela 10 – Filhos nascidos vivos pelos homens e mulheres maiores de 50 anos
- Tabela 11 – Intervalo intergenésico por grupo etário
- Tabela 12 – Índice geral de estresse reprodutivo em mulheres
- Tabela 13 – Índice de estresse reprodutivo por grupo etário em mulheres
- Tabela 14 – Taxa anual média de natalidade, 1996 a 1999
- Tabela 15 – Taxa anual de fecundidade geral, 1996 a 1999
- Tabela 16 – Taxa acumulada de filhos nascidos vivos por grupo etário em 1999
- Tabela 17 – Taxa de fecundidade específica para o período 1997 a 1999
- Tabela 18 – Taxa específica de fecundidade e taxas gerais de fecundidade retrospectiva, por sexênios de 1946 a 1999
- Tabela 19 – Taxa específica de fecundidade retrospectiva e taxa acumulada, 1946 a 1999
- Tabela 20 – Taxa geral de fecundidade por sexênio, de 1946 a 1999
- Tabela 21 – Taxa de fecundidade específica retrospectiva, 1946 a 1999
- Tabela 22 – Migrações e demografia dos Guarani das missões Jesuíticas, entre 1641 e 1807
- Tabela 23 – Lugar de nascimento dos Guarani-Mbyá segundo sexo
- Tabela 24 – Movimentos migratórios nos Homens e Mulheres Guarani-Mbyá
- Tabela 25 – A passagem dos Guarani-Mbyá pelos diferentes Estados do Brasil e Exterior
- Tabela 26 – Média de migrações, matrimônio e filhos, segundo sexo e grupo etário
- Tabela 27 – Frequência de migrações, nas mulheres, a partir da primeira gravidez
- Tabela 28 – Migração, matrimônio e filhos de um casal jovem

Tabela 29 – Migração, matrimônio e filhos de um casal velho

Tabela 30 – Resumo das medidas da fecundidade nas mulheres em idade fértil, 14–49 anos

Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Índice de masculinidade por grupo etário. Guarani-Mbyá, Paraty, Rio de Janeiro, 1999

Gráfico 2 – Variáveis intermediárias da fecundidade, segundo grupo etário

Gráfico 3 – Variáveis intermediárias da fecundidade, segundo grupo etário

Gráfico 4 – Tendência do índice de estresse reprodutivo em mulheres Guarani–Mbyá

Gráfico 5 – Índice de estresse reprodutivo por grupo etário

Gráfico 6 – Taxa anual média de natalidade, 1996 a 1999

Gráfico 7 – Taxa anual de fecundidade geral, 1996 a 1999

Gráfico 8 – Taxa acumulada de filhos nascidos vivos

Gráfico 9 – Taxa anual de fecundidade específica, 1997 a 1999

Gráfico 10 – Taxa Acumulada de Filhos nascidos Vivos, 1946 a 1999

Gráfico 11 – Taxa geral de fecundidade retrospectiva por sexênio, 1946 a 1999

Gráfico 12 – Taxa de fecundidade específica retrospectiva, 1946 a 1999

Gráfico 13 – Migrações, matrimônio e filhos por sexo e grupo etário

Lista de Quadros

Quadro 1 – Ciclo anual agrícola entre os Guarani-Mbyá. Paraty, Rio de Janeiro, 1999

Quadro 2 – Causas de morte dos filhos das mulheres durante seu período reprodutivo

Quadro 3 – Frequência de moradia nas diferentes aldeias

Quadro 4 – Migrações, matrimônios e filhos, segundo sexo e grupo etário

RESUMO

O trabalho identifica o padrão de fecundidade das mulheres indígenas Guarani-Mbyá, do Município de Paraty, Rio de Janeiro, e analisa as inter-relações entre a fecundidade e as formas de ver e vivenciar o mundo nessa cultura. O texto se desenvolve através de uma triangulação metodológica, entre métodos quantitativos e qualitativos, e retrocede ao período Jesuítico (1641-1808), para compor o comportamento da fecundidade nessa época. Os achados mostram, para 1997-1999, uma Taxa Bruta de Natalidade de 61 por 1.000, e uma Taxa de Fecundidade Total de 12 filhos. Esse padrão supera em mais de três vezes o reportado para a população brasileira. Encontrou-se uma fecundidade elevada, entre 1641-1808 e entre 1946-1999, a qual não apresentou mudanças. O padrão continua similar, apesar da média de 5 migrações por pessoa, sendo as práticas culturais um dos fatores contribuintes para o padrão de elevada fecundidade. De fato, o mundo Guarani vivencia duas dimensões: uma terrestre e outra sobrenatural. Ambas se entrelaçam, formando um tecido amplo e complexo onde circulam deuses, espíritos maus, espíritos da natureza, espíritos dos mortos e os Guarani. Nesse tecido tem destaque a importância social e religiosa que a fecundidade representa para os Guarani e como eles, através da fecundidade, exercem parte do controle social do grupo. Com os dados coletados constata-se a importância de iniciar reflexões em saúde reprodutiva, com a participação dos homens e mulheres, assim como realizar trabalhos em saúde indígena, dentro de um marco de interdisciplinaridade e interculturalidade.

Palavras-chave: indígenas, padrão de fecundidade, Índice de Estresse Fisiológico Reprodutivo, cultura, migração, políticas indigenistas de saúde.

ABSTRACT

The work identifies the pattern of fecundity of the indigenous women Guarani-Mbyá, of Paraty municipality, in Rio de Janeiro, and analyzes the interrelations between the fecundity and the ways their culture view the world and live. The text develops a methodological triangulation, by using quantitative and qualitative methods, and goes back to the Jesuitical period (years 1641-1808), to disclose the behavior of fecundity in this period. The net birth rate of 61 per cent and the fecundity global rate of 12 children, for the years 1997-1999, show a fecundity pattern that overcomes, more than three times, the one reported for the Brazilian population. We found also that the fecundity between 1641-1808 and between 1946-1999 did not change, the pattern remained similar, although there was an elevated migration rate — 5 migrations for each person, on average. This means that the migration is not interfering in fecundity. The Guarani world comprises two dimensions: one terrestrial and the other supernatural. Both interlace and become a large and complex tissue where gods, bad spirits, nature spirits, dead people's spirits and the Guarani circulate. In this tissue appears the social and religious relevance represented by fecundity, to the Guarani and the way that the Guarani people, through fecundity, practice part of the social control of the group. With the collected data, we verify the importance of beginning the reflections on reproductive health with the participation of men and women, as well as carrying out Indian health work, within an interdisciplinary and inter-cultural framework.

Key-words: Guarani, fecundity pattern, reproductive physiological stress index, culture, migration, Indian health policy.

SUMÁRIO

Item	Pág.
LISTA DE FIGURAS	v
LISTA DE TABELAS	v
LISTA DE GRÁFICOS	vi
LISTA DE QUADROS	vi
RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I – A TEMÁTICA DO ESTUDO E ABORDAGEM METODOLÓGICA	15
1.1. A POPULAÇÃO INDÍGENA NO BRASIL	15
1.2. OS GUARANI	16
1.2.1. Os Guarani e seus Territórios	16
1.2.2. Comunidade Estudada: os Guarani-Mbyá	19
1.2.3. Os Guarani Mbyá do Município de Paraty, Rio de Janeiro	19
1.2.3.1. Localização das aldeias Guarani	19
1.2.4. A Origem Cosmológica dos Guarani-Mbyá	23
1.3. SELEÇÃO DA TEMÁTICA DE ESTUDO E OBJETIVOS	26
1.3.1. Pontos Chaves para Selecionar a Pesquisa	26
1.3.2. Objetivos da Pesquisa	27
1.4. TEMA DO ESTUDO: FECUNDIDADE E CULTURA DOS GUARANI	28
1.4.1. Reprodução e fecundidade	28
1.4.1.1. Saúde Reprodutiva	29
1.4.1.2. Medidas Clássicas de Fecundidade	31
1.4.1.3. Variáveis Intermediárias da Fecundidade	33
1.4.1.4. Índice de Estresse Fisiológico Reprodutivo (IER)	34
1.4.1.5. Os estudos sobre fecundidade nos Guarani	36
1.4.1.6. Fecundidade e Nutrição	37
1.4.2. Reprodução e Cultura	38
1.4.2.1. Fecundidade e Cultura	38
1.4.2.2. Fatores de Risco em Perspectiva Ocidental e da Cultural Guarani-Mbyá	41
1.5. CONSIDERAÇÕES A PARTIR DA ÉTICA	44
1.6. METODOLOGIA, POPULAÇÃO E AMOSTRA	46
1.6.1. As bases que suportam a Metodologia do Estudo	46
1.6.2. Os Desafios no Trabalho Demográfico com Populações Pequenas	49
1.6.3. População e Técnica	51
1.6.3.1. População e Amostra	51
1.6.3.2. O método quantitativo	52
1.6.3.3. O Método Qualitativo	55
1.6.4. Retribuição à comunidade: cursos de saúde	58
CAPÍTULO II – OS GUARANI-MBYÁ EM SUA PEREGRINAÇÃO POR PARATY	59

2.1.	POPULAÇÃO	59
2.1.1.	Estrutura populacional dos Guarani-Mbyá de Paraty	60
2.1.2.	Índice de Masculinidade	62
2.1.3.	População dependente	64
2.1.4.	Mudanças Populacionais nos Guarani-Mbyá de Paraty	65
2.2.	ORGANIZAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA	66
2.2.1.	Padrão de povoamento e moradia	66
2.2.2.	Organização Social	68
2.2.2.1.	Família	68
2.2.2.2.	Escolaridade	69
2.2.2.3.	Organização Política	70
2.2.3.	Meios de Subsistência dos Guarani-Mbyá	71
2.2.3.1.	Produtos Cultivados pelos Guarani de Paraty	72
2.2.4.	Questões Referentes à Terra e População	75
	CAPÍTULO III – O LEGADO DE KUNHANKARAI	79
3.1.	CICLO VITAL E VARIÁVEIS INTERMEDIÁRIAS DA FECUNDIDADE	79
3.1.1.	Nupcialidade	81
3.1.2.	A Concepção	85
3.1.3.	Gravidez	86
3.1.4.	O anúncio da gravidez	90
3.1.5.	Predição do sexo	91
3.1.6.	Parto	91
3.1.7.	Aleitamento Materno	94
3.1.8.	Número de Partos	95
3.1.9.	A Esterilidade	97
3.1.10.	Alma e Nome (Batismo)	97
3.1.11.	A Criança	103
3.1.12.	Menarca e Menstruação	104
3.1.13.	Menstruação	106
3.1.14.	Menopausa	107
3.1.15.	Morte	108
3.1.16.	A cultura Guarani frente à morte	111
3.1.17.	Aborto	113
3.1.18.	Intervalo Intergenésico	114
3.1.19.	Índice de Estresse reprodutivo	115
	CAPÍTULO IV – EM RESPOSTA AO LEGADO DE KUNHANKARAI ...	120
4.1.	A FECUNDIDADE ATUAL E RETROSPECTIVA	120
4.1.1.	Fecundidade no Período 1996–1999	120
4.1.1.1.	Taxa Anual Média de Natalidade (TN)	120
4.1.1.2.	Taxa Anual de Fecundidade Geral (TFG)	121
4.1.1.3.	Taxa Acumulada de Filhos Nascidos Vivos por Mulher em 1999	123
4.1.1.4.	Taxa de Fecundidade Específica, 1997 a 1999	124
4.1.1.5.	Taxa de Fecundidade Total (TFT)	125
4.1.1.6.	Taxa Bruta de Reprodução (TBR)	126
4.1.2.	Fecundidade Retrospectiva, 1946–1999	126
4.1.2.1.	Taxa Específica de Fecundidade e Taxa Geral de Fecundidade	126
4.1.2.2.	Taxa Geral de Fecundidade por Sexênio de 1946 a 1999	128
4.2.	ATITUDE SOBRE O NÚMERO DE FILHOS E LIMITAÇÃO DA FAMÍLIA .	131

4.3.	FECUNDIDADE E MIGRAÇÃO ENTRE OS GUARANI DO MUNICÍPIO DE PARATY, RIO DE JANEIRO	134
4.3.1.	A Migração	134
4.3.2.	Migração dos Guarani do Paraguai no período Jesuítico: 1641 a 1808	135
4.3.3.	O Itinerário Migratório dos Guarani-Mbyá do Município de Paraty, Rio de Janeiro ..	137
4.3.4.	A Corrente Migratória dos Guarani do Município de Paraty, Rio de Janeiro	138
4.3.5.	Migração e Fecundidade nos Guarani-Mbyá	143
4.4	PASSADO E PRESENTE NA FECUNDIDADE DOS GUARANI	149
CAPÍTULO V – O SISTEMA MÉDICO DOS GUARANI-MBYÁ DE PARATY: REALIDADES E ILUSÕES NAS POLÍTICAS DE SAÚDE REPRODUTIVA		153
5.1.	O SISTEMA MÉDICO DOS GUARANI-MBYÁ	153
5.1.1.	A Saúde e o Bem Estar nos Guarani-Mbyá	153
5.1.2.	O Bem Estar entre os Guarani-Mbyá	155
5.1.3.	Classificação das Doenças	156
5.1.3.1.	Classificação das Doenças, segundo a direção do agente ou entidade que atinge o indivíduo	156
5.1.3.2.	Classificação das doenças segundo a origem	157
5.2.	O SISTEMA MÉDICO GUARANI-MBYÁ	163
5.2.1.	Especialistas médicos entre os Guarani-Mbyá de Paraty	163
5.2.2.	Tratamento das doenças	165
5.2.3.	Práticas que promovem a saúde e o bem estar	169
5.3.	RISCOS/PERIGOS RELATIVOS AOS EVENTOS OBSTÉTRICOS	169
5.3.1.	Fatores de Riscos Biológicos	170
5.3.2.	Fatores de Risco Sócio-Econômicos	173
5.4.	REALIDADES E ILUSÕES NAS POLÍTICAS EM SAÚDE REPRODUTIVA	175
5.4.1.	Políticas em Saúde Reprodutiva a Nível Nacional e a Nível Internacional	175
5.4.1.1.	As Políticas a Nível Nacional	175
5.4.1.2.	As Políticas em Saúde a Nível Internacional	178
5.4.2.	Ilusões	180
A FORÇA DOS DEUSES NA FECUNDIDADE DOS GUARANI-MBYÁ: Considerações Finais		186
1.	A FECUNDIDADE NOS GUARANI-MBYÁ	186
2.	A FECUNDIDADE E O <i>TEKO GUASU</i>	191
3.	ABORDAGEM INTERCULTURAL E INTERDISCIPLINAR	196
BIBLIOGRAFIA		200
ANEXOS		212

INTRODUÇÃO

Meu transitar em trabalhos sobre saúde com os povos Emberá e Kuna da Colômbia me levou, neste estudo de doutorado, a incursionar nos Guarani-Mbyá, do Município de Paraty, Estado do Rio de Janeiro, Brasil.

Um de meus temores era o fato de enfrentar sozinha uma cultura desconhecida, com uma língua própria, e ainda por cima, sem que eu dominasse o português. Esses temores foram se desvanecendo devagar, pois na medida em que me entreguei ao grupo, eles abriram sua alma e dela surgiu a luz — “a luz das divinas palavras”, que eu trato de socializar nesta tese sobre fecundidade e cultura dos Guarani-Mbyá.

Outro temor era o pouco conhecimento sobre os indígenas do Brasil e, principalmente, sobre as políticas nacionais e estatais para esses povos indígenas: suas intenções, implicações, os vaivéns, etc. Igualmente, de forma lenta, fui adentrando o mundo indígena do Brasil e os nexos entre a sociedade indígena e a sociedade brasileira, que a envolve.

Não aprendi tudo o que queria apreender dos Guarani-Mbyá, porque sua cultura é mais que uma história, é mais que um poema, ela é uma vivência. Não entendi tudo sobre as políticas nacionais e estatais para os povos indígenas, posto que cada uma delas pertenceu a um momento determinado articulado à história do país, nessa época.

No entanto, desse conhecimento que obtive deles, ponho meu grão de areia, com o objetivo de que essa comunidade indígena Guarani do Município de Paraty, ágrafa por excelência, possa ter por escrito uma parte de sua cultura frente à fecundidade, e que o Estado do Rio de Janeiro possa ter um instrumento para o planejamento de políticas em saúde para os Guarani.

Através de uma triangulação entre os métodos quantitativo e qualitativo, se faz a identificação do padrão de fecundidade, o Índice de Estresse Fisiológico Reprodutivo e as inter-relações entre fecundidade e cultura dos Guarani-Mbyá.

Utilizando entrevistas semi-estruturadas para a tomada de dados demográficos, e entrevistas semi-estruturadas e abertas sobre os aspectos culturais da fecundidade; somadas

à observação participante, foi possível obter os dados empíricos que norteiam esta pesquisa. As análises sobre fecundidade e cultura dos Guarani-Mbyá de Paraty estão distribuídas em cinco capítulos.

O primeiro capítulo tenta contextualizar o território ancestral e a origem mitológica dos Guarani-Mbyá, assim como aborda as bases conceituais da fecundidade e a cultura em relação à fecundidade. O capítulo analisa as questões enfrentadas pelos profissionais que trabalham com populações de reduzido número de pessoas, e aborda os aspectos éticos do trabalho com populações indígenas. A partir dessas bases e dos dados empíricos, constrói-se o segundo capítulo. Este faz referência à estrutura populacional. Neste capítulo analisa-se, para o caso da aldeia de Paraty-Mirim, a problemática referente ao curto tempo de duplicação da população e às implicações com a pouca quantidade de terra, as técnicas tradicionais da agricultura de subsistência praticadas por esses indígenas, o trabalho assalariado, o papel da aposentadoria dos velhos nessa problemática.

O terceiro capítulo refere-se ao Legado de *Kunhankarai*: a fecundidade. Neste são analisadas as variáveis intermediárias da fecundidade articuladas ao ciclo vital dos Guarani. É um capítulo que está respaldado pelos depoimentos dos Guarani e nele estão consignados os rituais de passagem do grupo. Dentro dos rituais de passagem, a Nomeação (batismo) desempenha papel importante na determinação, entre outros, das capacidades para o trabalho físico — neste caso a lavoura, trabalho do qual não escapa o sexo feminino. Portanto a mulher, além de ter que aceitar o legado dos deuses, a fecundidade, tem parte importante como produtora no grupo.

Como resposta ao Legado de *Kunhankarai*, o quarto capítulo analisa as medidas de fecundidade para o período 1996 a 1997; analisa o período 1946 a 1999, além de desenvolver análise sobre migração e fecundidade. Compara a fecundidade atual com a fecundidade dos Guarani, do Paraguai, no período Jesuítico (1641 a 1807), segundo dados de Maeder (1990). Com as cifras tiradas do período Jesuítico e as cifras da fecundidade atual, localiza-se a dinâmica demográfica dos Guarani-Mbyá dentro das teorias de transição demográfica; analisa-se ainda a possibilidade de progredir até a terceira etapa da transição.

Sendo que as mulheres Guarani-Mbyá têm um padrão de fecundidade elevado, nos perguntamos como concebe o Guarani o bem-estar e a doença? Quais são as doenças

das mulheres em idade reprodutiva? E qual é a aplicação das políticas em saúde reprodutiva para as mulheres indígenas deste estudo? São essas políticas realidades ou ilusões? Estas questões são analisadas no quinto capítulo.

O trabalho consigna, por último, as considerações finais, sob o título “A Força dos Deuses na Fecundidade”. Esse item praticamente faz uma reflexão geral sobre a força da cultura na fecundidade e sobre a necessidade de que, nós profissionais de saúde, façamos um trabalho intercultural e interdisciplinar.

CAPÍTULO I

A TEMÁTICA DO ESTUDO E A ABORDAGEM METODOLÓGICA

1.1. A POPULAÇÃO INDÍGENA NO BRASIL

As estimativas sobre a população indígena brasileira no momento do contato com os europeus são diferentes: Ribeiro D. (1986) referenciou que a população indígena brasileira estava entre 4-6 milhões. Enquanto que Steward (1949 *apud* Oliveira, 1995) estimou que a população indígena brasileira no momento do contato com europeus era de 1.100.000 indígenas; esta cifra, comparada com o número atual de indígenas, 326.000 (Informe da Presidência da República, 1996), representa uma perda populacional de 70,9%. Apesar de não haver consenso sobre o número de população nativa no momento do contato com os europeus, percebe-se que a redução desse número foi muito elevada.

As análises feitas por Ribeiro D. (*op. cit.*) mostram que em 1957 existia no Brasil uma população indígena entre 68.100 e 99.700; esta cifra não alcançava 0,2% da população nacional. Em 1993, estimava-se uma população aproximada de 250.000 indígenas e no ano de 1996 estimava-se um número aproximado de 300.000 indígenas (COSAI, 1996), cifra que representava 0,2% da população total do Brasil. Nesse mesmo ano, segundo o informe da Presidência da República (*op. cit.*), a população indígena era estimada em 326.000 indivíduos. No momento atual, o Brasil conta com 200 grupos indígenas, falantes de 170 línguas (Fernandes, 1993); cada língua significa uma visão do mundo, hábitos, religião e sistema econômico diferentes.

Comparando-se a população indígena brasileira reportada por Ribeiro D. (*op. cit.*) para 1957 (99.700), com a população do ano 1996 (326.000), observa-se um aumento de 3,2 vezes nos últimos 39 anos. Apesar da elevada mortalidade (causada pelo contágio de doenças introduzidas e não reconhecidas pelo sistema imunológico dos indígenas), das crises de identidade (em consequência do contato com a cultura ocidental e das perdas de seus territórios ancestrais), o indígena brasileiro continua vivendo e lutando por sua sobrevivência.

1.2. OS GUARANI¹

A maioria dos grupos indígenas do Brasil está formada por microssociedades, isto é, grupos com população de até 200 pessoas. Em termos gerais, cerca de 77% dos povos indígenas do Brasil têm uma população de até 1.000 indivíduos, e 27% têm mais de 1.000 pessoas, tendo o maior grupo de indígenas Tupi-Guarani 30.000 indígenas (Ricardo, 1995).

Dentro do grupo Guarani encontram-se: o Mbyá², o Nhandeva, o Xetá, o Kaiwá, o Guarani antigo, o Guarani Paraguaio, o Guayaki, o Tapiete, o Chiriguano e o Izoceño (Rodrigues, 1984 *apud* Meliá *et al.*, 1987). Os Guarani têm habitado terras de Argentina, Uruguai, Paraguai, Bolívia, Peru e Brasil. De acordo com Ricardo (*op. cit.*), na Argentina moram 3.000 Guarani; no Paraguai, 25.000; na Bolívia, 50.000 e no Brasil, 30.000. No território brasileiro encontram-se os subgrupos Guarani: Nhandeva, o Mbyá e o Kaiwá. Eles habitam Mato Grosso do Sul, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo (Ricardo, *op. cit.*; Ladeira, 1992). E, segundo alguns indígenas da aldeia de Paraty-Mirim, de Paraty, RJ, um pequeno grupo de Guarani encontra-se no Maranhão e em Goiás (3 pessoas de Paraty-Mirim nasceram em Goiás e relatam ter morado no Maranhão).

Linguisticamente, o Guarani constitui um subconjunto de línguas e/ou dialetos da família Tupi-Guarani. Os Guarani do Município de Paraty pertencem ao tronco lingüístico Tupi, família Tupi-Guarani, língua Guarani, dialeto Mbyá (Orlandi, 1993). Um fato importante em relação à língua dos Mbyá, segundo Cadogan (1948), é que esta é mais rica que a língua geral e parece que a língua desse subgrupo ocupa lugar intermediário entre a língua mãe e o ramo mais desenvolvido dos Guarani. Além disso, sua língua tem um vocabulário esotérico, utilizado para os rituais.

1.2.1. Os Guarani e seus Territórios

Segundo Pinto (1944), uma antiga tese relata que os Tupi-Guarani formavam um só povo, localizado nas proximidades do Istmo do Panamá, de onde migraram para o sul, chegando às margens do médio Paraná-Paraguai. Logo depois dispersaram-se em três

¹ A convenção para a grafia dos nomes “tribais” estabelecida pela Associação Brasileira de Antropologia (ABA) determina que os nomes “tribais” escrevem-se em maiúscula, mesmo quando a palavra tem função de adjetivo, e estabelece também o não uso de plural, por exemplo os Guarani (Ricardo, 1995).

² Os antropólogos grafam a língua dos indígenas de forma estranha porque eles têm sons que não encontram representação direta nas letras do alfabeto português. Portanto os Antropólogos recorrem à combinação de letras para representar os sons das línguas indígenas (Ricardo, *op. cit.*).

direções: um dos ramos subiu para o litoral e atingiu a foz do Amazonas; um segundo seguiu para o noroeste e um terceiro desceu os cursos dos rios Tapajós, Madeira e Ucaiali.

Porém, Metraux (*apud* Pinto, *op. cit.*) expõe outra hipótese, na qual conclui “que os Tupi-Guarani constituem um grupo, cuja cultura se compunha de elementos com distribuição oriental e setentrional (América do Sul), sendo o seu centro de dispersão a área limitada ao norte pelo Amazonas, ao sul pelo Paraguai, a leste pelo Tocantins e a oeste pelo Madeira” (*apud* Pinto, 1944: 43). Sendo exata essa teoria, de que os Tupi-Guarani habitaram essa ampla região descrita, isto explicaria por que o termo *pajé*, de origem Tupi, foi encontrado nas Antilhas e no México; nas Antilhas como *piaché*, e no México como *payni*. Imbellone (*apud* Pinto, *op. cit.*) expõe que o hábitat dos Guarani era o Amazonas; logo, a partir daí foi fácil a dispersão para o norte. Mas argumenta-se que, se os Tupi-Guarani eram do Alto Amazonas ou do noroeste da América meridional, por que eles não têm uma vivenda de forma oval? E por que eles não têm as outras características dos indígenas do Amazonas? Sendo o centro de dispersão dos Tupi-Guarani a área limitada ao norte pelo Amazonas, ao sul pelo Paraguai, a leste pelo Tocantins e a oeste pelo Madeira, isto explicaria a construção da vivenda quadrangular de teto e paredes construídas de um só elemento, a cultura da mandioca, a maneira de fumar tabaco, o tipo de arco e de flecha, entre outros (Pinto, *op. cit.*).

Tem-se certeza absoluta de que na época do contato com os europeus, um grande número de Guarani habitava no médio Paraná-Paraguai, e outros muitos já tinham iniciado as migrações pelo litoral brasileiro (a temática da migração será tratada no capítulo IV). Segundo Melatti (1993), a presença de cerâmica característica dos Tupi-Guarani, no litoral brasileiro, por volta do ano 1000 AC., é considerada como indicativa da presença da população Tupi-Guarani nessa área.

De acordo com a História, os Guarani têm realizado grandes migrações. Conforme Meliá (1989 *apud* Litaiff, 1996), uma delas ocorreu há aproximadamente dois mil anos e, segundo parece, foi motivada por um elevado aumento demográfico. Segundo as pesquisas de Clastres (1978), a mais antiga data de migração dos Tupi-Guarani deu-se por volta de 1539, empurrando milhares de Tupi do Brasil até Peru. Foram dez anos de peregrinação. Mas não sabe exatamente de que ponto do litoral brasileiro partiram nem que itinerário seguiram. Segundo a crônica, só trezentos indígenas chegaram ao Peru, onde foram capturados pelos habitantes da cidade de Chachapoya.

Segundo Gandavo, citado por Clastres (1978), os motivos das migrações era a procura da Terra Sem Mal. O texto de Clastres registra outras migrações pelo território brasileiro, em torno do século XVII, todas elas dirigidas por líderes religiosos de grande poder. Esse autor expressa que se por um lado, os Tupi através das migrações procuravam a Terra Sem Mal e por outro lado, as migrações para esta Terra ilustra uma das possíveis saídas para as crises manifestadas pelas tendências irreconciliáveis do religioso e o político das sociedades Tupi-Guarani

Reporta-se, por exemplo, de acordo com Maeder (1990), que entre 1641 e 1807 o povo Guarani, localizado entre Paraguai, Argentina e Rio Grande do Sul (área sob proteção das missões Jesuíticas), fez migrações, por pressão tanto de outros grupos indígenas (guerras, captura de gente etc.), como por pressão de espanhóis. Essas migrações foram para locais de mata mais fechada. Ainda que tais migrações por si só não tenham tido impacto sobre a estrutura populacional, se somada à mortalidade da época (ocasionada pela epidemias de varíola, sarampo e gripe), tiveram sim um forte impacto sobre ela, tal como poderá ser apreciado no capítulo IV.

Não existe consenso sobre o que motivou esses movimentos; alguns referem que se devem a motivos religiosos: encontro da Terra sem Mal, o Paraíso Mítico dos Guarani, tal como o expressa Nimuendajú (1987), Clastres (1978) e Ladeira, *et al.* (1988); enquanto que, para Dias Martines (1985 *apud* Litaiff, *op. cit.*), as migrações também foram motivadas por assuntos econômicos. Tal nomadismo, outrora religioso e econômico, transforma-se em social, político-econômico: recuperação do território, a modernidade que pressiona mudança no grupo, a presença do branco em seu território; a recuperação do território, a procura de terra para cultivar, garantir e titular (Almeida, 1995); a procura dos familiares que migraram; os conflitos sociais, ou as aspirações de autonomia de determinada parentela secundária que tem crescido pelo próprio movimento interno e pelo casamento dos filhos e netos, sendo seu líder uma pessoa carismática (Verani *et al.*, 1996).

Os motivos das migrações dos Guarani são múltiplos. Aspectos de segurança social, segurança na saúde, segurança econômica e segurança política, todos eles permeados pela religião Guarani. Isto forma um sistema emaranhado, no qual é difícil estabelecer uma ordem de prioridade, posto que o comportamento desses indígenas não pode ser dissociado de sua cosmovisão.

1.2.2. Comunidade Estudada: os Guarani-Mbyá

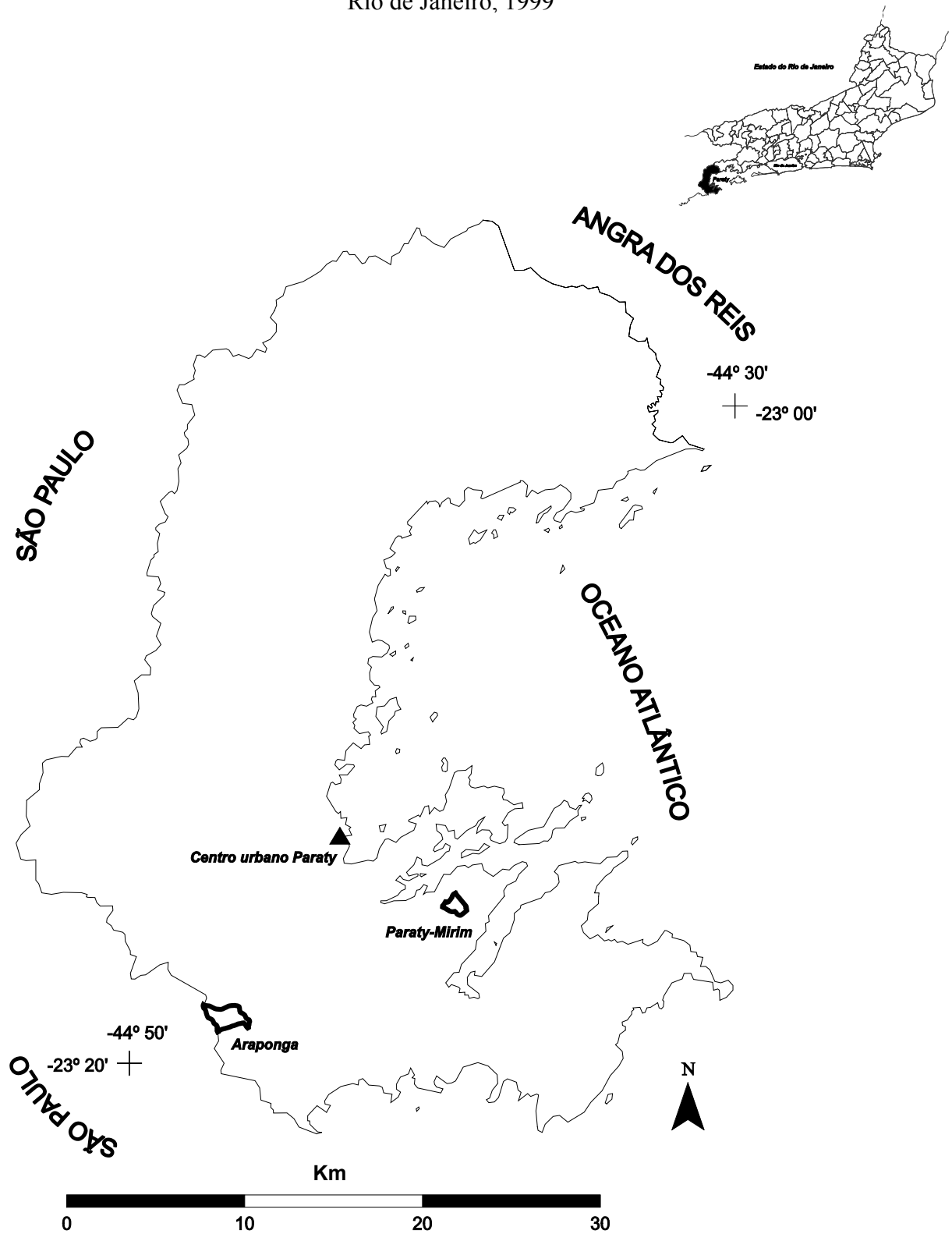
Este estudo se refere aos Guarani-Mbyá que habitam o Município de Paraty, Estado do Rio de Janeiro (a localização geográfica do Estado do Rio de Janeiro encontra-se na Figura 1). Face ao fato de que se tem poucas notícias dos Mbyá em território brasileiro, segundo Ladeira (*op. cit.*), esta autora faz um estudo sobre os Mbyá. Os Mbyá moradores de São Paulo, cujo hábitat original tem como limite, ao norte, região do Paraguai oriental, entre os rios Yuguazu e Monday e, ao sul, o Alto Paraná. Estes começaram sua migração para o leste, no século passado, entrando primeiro em território argentino, e continuando para o Brasil, através dos estados do Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina. Segundo Meliá (*op. cit.*), um grupo Mbyá entrou no Brasil, passando pela Argentina e entrando no Estado do Rio Grande do Sul, deslocando-se logo para Rio Branco (São Paulo), continuando para Boa Esperança (Espírito Santo) e Boa Vista (São Paulo). O outro grupo saiu do Paraguai, entrou no Brasil e fundou as aldeias de Palmeirinhas e Rio das Cobras no Estado do Paraná, continuou logo para São Paulo e Rio de Janeiro. É importante notar que as análises sobre migração e fecundidade dos Guarani-Mbyá do município de Paraty, aqui apresentadas, corroboram tais rotas de penetração (Capítulo IV).

1.2.3. Os Guarani Mbyá do Município de Paraty, Rio de Janeiro

1.2.3.1. Localização das aldeias Guarani

O município de Paraty foi fundado no fim do século XVI. Está localizado ao extremo sul do Estado do Rio de Janeiro, nas coordenadas: longitude $-44^{\circ}.71'305''$ e latitude $-23^{\circ}.21'777''$; dista 248 km da cidade do Rio de Janeiro. Limita-se ao Norte com o Estado de São Paulo; ao Sul, com o Oceano Atlântico; a Leste, com Oceano Atlântico e Angra dos Reis (Estado de Rio do Janeiro); e a Oeste com o Estado de São Paulo (ver Figura 2). A temperatura média é de 27 graus centígrados (80 graus Fahrenheit), o clima é quente úmido, sem estação seca. O Município de Paraty está localizado na orla do mar e faz parte da Serra do Mar; seu relevo tem parte montanhosa e uma baixada descontínua ao longo do litoral, com altitude máxima de 1.600 m. A população total do município é de 29.000 habitantes; a economia está baseada principalmente no turismo, seguida da pesca, comércio, produção de aguardente, e agricultura, principalmente de banana (Secretaria Municipal de Turismo, Paraty, 1999).

Figura 2 – Localização geográfica das aldeias indígenas no município de Paraty
Rio de Janeiro, 1999



O Município de Paraty tem as aldeias de Paraty-Mirim e Araponga, cujas terras estão homologadas³ e livres de posseiros. No entanto, os indígenas não têm escritura das terras em seu nome, posto que estas terras pertencem ao Estado, “as terras tradicionalmente ocupadas pelos índios (...)” (parágrafo 2, art. 231) integram “os bens da União”, ou seja eles não são proprietários das terras que ocupam (Santos, 1995: 88), portanto não podem vender nem fazer negócios com elas. Os indígenas brasileiros são considerados pelo Código Civil como relativamente capazes. Razão pela qual a Fundação Nacional do Índio, FUNAI, deve assisti-los e protegê-los (Barbosa, 1984).

A aldeia de Paraty-Mirim dista 15 km do centro urbano da cidade de Paraty. O acesso para a aldeia se dá através de ônibus, que por ali passa três vezes por dia. Paraty-Mirim possui 79,1997 hectares (setenta e nove hectares, dezenove ares e noventa e sete centiares). A demarcação da terra começou em 1976 e terminou em 1996. A terra está homologada, sendo que uma parte dela pertence à reserva da Mata Atlântica (Livro Nº 2-A de Registro Geral de Imóveis, ficha 2.467, referente à matrícula 1.882, sob o Nº 1 e AV-1-1882, janeiro de 1996, cartório do Município de Paraty). Os Guarani chegaram a Paraty-Mirim, com fins de moradia permanente no ano de 1991, tal como será expresso no Capítulo IV.

A aldeia de Araponga dista 25 km do centro da cidade de Paraty. Seus habitantes possuem 223,612 hectares (duzentos e vinte três hectares, seis ares e doze centiares) de terra. A demarcação começou em 1969, quando havia 48,4 ha. Em 1983, a terra aumentou para 60 ha e, em 1992, definiu-se a quantidade de 223,612 ha (Livro Nº 2-A de Registro Geral de Imóveis, ficha Nº 2.466, referente a matrícula 1.881, sob o Nº 1 e AV-1-1881,

³ “A demarcação das terras indígenas envolve as seguintes etapas: **Identificação** - consiste na elaboração pela FUNAI da proposta de criação de uma área indígena, a partir da localização de um grupo específico e da realização de estudos etno-históricos, demográficos e sociológicos e do levantamento cartográfico e fundiário da região onde se encontram. A proposta da FUNAI é publicada, e terceiros interessados têm noventa dias para apresentar suas eventuais objeções. A FUNAI elabora o parecer e encaminha a proposta de demarcação, devidamente instruída, à aprovação pelo Ministro de Justiça. **Demarcação** - aprovando a proposta da FUNAI, o Ministro da Justiça baixa portaria declarando a área de ocupação indígena e a manda demarcar, com a colocação física de sinais de delimitação. [...]. Durante o procedimento de demarcação, o órgão fundiário federal deve proceder ao reassentamento dos ocupantes não-índios. **Homologação** - consiste na ratificação formal do procedimento de demarcação e dos limites da área indígena mediante a expedição de decreto pelo Presidente da República. As áreas homologadas são registradas como propriedade da União em livro próprio na Secretaria do Patrimônio e no cartório da comarca em que se localizam. **Regularização fundiária** - que consiste na completa desintrusão das áreas da presença de ocupantes não-índios, e o saneamento das freqüentes pendências judiciais envolvendo títulos de propriedade incidentes sobre as áreas indígenas e a manutenção de posse por terceiros” (Presidência da República, Brasília, 1996: 17).

julho de 1995, cartório do Município de Paraty). A terra está homologada e uma parte corresponde à Reserva Nacional da Mata Atlântica.

1.2.4. A Origem Cosmológica dos Guarani-Mbyá

Ainda que os Guarani-Mbyá tenham mantido contato com os brancos desde os tempos da conquista, sua identidade étnica, a manutenção da sua língua e sua visão do mundo são características marcantes deste grupo. A cosmologia dos Guarani-Mbyá inclui desde a criação do mundo, passando pela morte até a reencarnação das crianças. A vida social, o comportamento reprodutivo, as práticas produtivas, tudo é veiculado por seu conceito de um ser superior, *Nhanderú* e pelas outras deidades que circulam no seu mundo.

A narrativa sobre a criação do mundo dada pelo cacique de Paraty-Mirim é similar à consignada na pesquisa feita por Ladeira (1992) com Guarani Mbyá do litoral de São Paulo. Porquanto registramos neste texto o depoimento pegado por Ladeira. Existiu um primeiro mundo, o qual foi destruído por *Nhanderú* através de um terremoto.

“Por ser frágil, era um experimento de Nhanderú (nosso pai). E foi destruído por yvy omyi (terremoto) para que, revirando-se a terra de dentro para fora o mundo adquirisse uma nova forma com vales e montanhas. Seus habitantes salvaram-se todos [...] com seu corpo e sua alma (chegaram), yvy mara, o lugar de Nhanderú. [...]. Yy ovu (a água que inundou o mundo) não destruiu o mundo, suas formas. O mundo depois do dilúvio continuou igual. Seus suportes de pedra ‘não se acabam’. O dilúvio destruiu as pessoas, os ‘seres fracos’. Nhanderú passou a criar, então uma nova sociedade. A destruição através do dilúvio não pretendia afetar as formas do mundo que já havia sido definidas com o terremoto. A questão era, pois, o julgamento da conduta humana. Nhanderú através dos ‘mais fortes’, queria aperfeiçoar a sociedade Mbyá” (Ladeira, 1992: 72).

Logo depois *Nhanderú* mandou para este mundo um filho e uma filha de cada paraíso para que, entre eles, formassem casais e povoassem o mundo.

Segundo Cadogan (*op. cit.*), em seu trabalho com os Guarani paraguaios, aparecem também os relatos sobre a destruição da primeira terra por causa do dilúvio. Os homens virtuosos ascendem ao céu, os homens pecadores foram transformados em insetos, aves e outros animais, os quais também subiram ao paraíso. Logo depois que a terra foi reconstruída voltou a ser povoada, sendo os Mbyá descendentes diretos de uma mulher que morava no centro da terra e do deus que reconstruiu a terra, *Ysaup-i*. Portanto, na religião dos Mbyás ocupa lugar importante *Kuary*, o senhor de corpo como o sol, filho de deus e de uma mulher, *Kunhankarai*.

De acordo com este autor, o Criador apareceu antes de existir o universo; surgiu no meio das trevas originárias “(...) Nuestro padre último-último primero (el Supremo, el absoluto) para su próprio cuerpo creó de las tinieblas antiguas.” (Cadogan, 1948: 133). O deus dos Guarani, *Nhanderú*, surgiu antes de existir todo o universo e, apesar da escuridão, esse personagem viveu na luz emanada do seu coração. *Nhanderú* criou quatro grandes seres, os quais foram criados mas não gerados, que portanto carecem de umbigo. São eles: *Karai*, dono do barulho e do fogo, com sua esposa *Kerechú*; *Jakairá*, deus da primavera, com sua esposa *Ysapy*; *Nhamandú*, deus do sol, com sua esposa *Jachuká*; *Tupã*, deus das chuvas e do trovão, com sua esposa *Pará*. Cada casal mora num paraíso, com várias outras almas. Esses quatro deuses com suas mulheres são os encarregados de enviar almas à terra para que sejam encarnadas nas crianças (Cadogan, *op. cit.*).

Em relação ao mito de *Kunhankarai* e os gêmeos, a história é contada pelos Guarani-Mbyá de Paraty, não sem antes advertir que a história é complicada para o branco compreender e, portanto, eles dizem, “*bom, vamos tentar contar para que você compreenda*”⁴.

“Muito tempo antes do dilúvio viviam Kunhankarai e seu marido um karai i’ wrai’ já’ (pajé) muito poderoso, esse pajé plantava de manhã e de tarde ou no dia seguinte, o awati ete (milho do índio) estava pronto para a colheita. O marido sempre falava à sua mulher: ‘vai pegar awati’, e ela respondia: ‘mas como se você plantou hoje de manhã?’. Um dia o marido diz: ‘vai pegar awati’, e Kunhankarai diz: ‘ué mas você plantou hoje de manhã?, não tem nada para pegar’. E ele diz: ‘vai pegar awati’. A mulher sai mau humorada e brava para a roça, quando chegou lá, o awati estava amarelado, pronto para comer assado ou em bodjapel (bolo de milho), ela pegou o milho e quando chegou à casa seu marido não estava mais. Ela perguntou a seus filhos que estavam em sua barriga: ‘para onde seu pai foi?’, e eles responderam: ‘ele foi para Nhanderú ra pe’ (caminho de Nhanderú)’ ‘e como chego lá?’, eles dizem: ‘vai pelo caminho que a gente indica’. Ela saiu e em cada encruzilhada, a mãe perguntava: ‘por qual caminho?’, e eles indicavam. No caminho, as crianças pediam flores bonitas e a mãe pegava para eles. Estavam no caminho quando as crianças disseram a sua mãe: ‘queremos essa flor’, quando a mulher pegou a flor uma mamangava (marimbondo) picou seu dedo. Ela ficou zangada e bateu na barriga, e disse: ‘por que vocês me enviam a pegar essa flor, se vocês sabiam que lá havia uma mamangava?’, eles não responderam, e daí em diante a mãe perguntava: ‘por qual caminho’ e eles não respondiam, então ela sem saber por que trilha pegar, pegou a trilha que a levou à casa de uma onça. Quando ela chegou, a onça disse: ‘por que você veio até aqui se meus filhos são bravos? Eu vou esconder você’. A onça colocou-a num canto da casa e virou sobre ela uma panela de barro. Quando os filhos

⁴ Nesta investigação todos os depoimentos dos indígenas Guarani-Mbyá do município de Paraty serão registrados entre aspas e com letra itálica.

chegaram, sentiram o cheiro, eles perguntam a sua mãe onça: ‘como, você saiu a caçar?’ A onça disse: ‘eu não’, os filhos dizem: ‘a casa tem cheiro de kunha (mulher)’. E de imediato, eles procuram e encontram a mulher. Eles matam-na para comê-la. A mãe onça disse ‘como eu não tenho dentes, eu quero os fetos para mim sugar’. Mas logo a onça pensou assim: ‘eu não vou comê-los, eu vou cuidar’, e assim aconteceu. Quando as crianças cresceram, começaram a chamar a onça de mamãe, eles pedem à onça que faça arco, flecha e armadilhas para caçar, a onça faz, e eles trazem pássaros e animais pequenos para ela se alimentar. As onças eram o diabo. Sempre a onça dizia: ‘não vai para este lado’, e as crianças sempre obedeciam. Um dia elas foram para o setor proibido, lá tinha muito animalzinho para caçar. Eles foram matar um papagaio e, quando Kuarai, o irmão mais velho, foi disparar sua flecha o papagaio riu forte e disse: ‘como vocês vão me matar, eu não fiz mal a vocês, vocês devem matar as onças, elas que mataram e comeram a sua mãe’. Aí o papagaio contou toda a história e eles choraram muito sobre todo Jaxi, o irmão caçula. Quando chegaram à casa, a onça perguntou: ‘o que aconteceu? Porque vocês têm olhos vermelhos?’ e eles disseram que algo havia entrado nos olhos. Logo Kuarai buscou os ossos da mãe, arrumou-os para ressuscitar a Kunhankarai, mas cada vez que estava quase pronta, Jaxi pulava para mamar e, aí não dava. Então Kuarai, não podendo ter sua mãe de volta, pensou em vingar-se e planejou com seu irmãozinho, como matar as onças. Kuarai e Jaxi convidaram às onças para caçar no outro lado do rio, mas eles já tinham combinado que, quando as onças tivessem no meio da pinguela, esta seria virada e assim elas cairiam na água e morreriam todas. Primeiro passou Kuarai, logo começaram a passar as onças, mas Jaxi estava com muito medo e perguntava a Kuarai (na língua deles a qual não era compreendida pelas onças), que já estava na outra beirada: ‘já posso virar a pinguela?’ e Kuarai respondia ‘ainda não’. Mas Jaxi não suportou e virou a pinguela, então uma onça grávida que era a última na pinguela conseguiu pular, fugiu e salvou-se. Então Kuarai ficou numa beirada do rio e Jaxi ficou sozinho na outra. Jaxi perguntava a seu irmão: ‘posso comer disto’ e ele respondia: ‘sim ou não’, e assim (...). Um dia Jaxi perguntou: ‘posso comer água i’ ‘ e Kuarai disse: ‘come e guarda a semente, com a semente você faz assim: pega dois paus esfrega e faz fogo. Coloca a semente de água i’ no fogo, pega um pau como se fosse um bastão e, quando a semente estourar, você, apoiado no bastão, pula alto’. Jaxi fez assim e, quando chegou no outro lado, ele virou para atrás e viu o mar e disse: ‘meu irmão eu pulei tudo isso!’. Aí eles continuaram, e logo eles tiveram relações sexuais com a diaba. Logo eles continuaram o caminho para chegar a Nhanderú. Assim Kuarai que era o mais forte vai para o sol e Jaxi vai para a lua” (Cacique Miguel Benite, sua mulher de 73 anos e seu filho de 26 anos).

Dos relatos citados por Mota (*op. cit.*), dos Guarani Nhandeva do litoral paulista, temos que os deuses criadores são homens: *Nhanderú guatsu*, o pai maior; *Mbae kuai*, coisa ser; e *Nhanderú miri*, o pai menor; seguido do terceiro deus, *Nhanderú*, o pai maior, criou a mulher, *Kunhankarai*, para que dela saíssem os “gêmeos”, povoadores da terra.

(grifo meu). Foi a mulher quem tirou o mundo da escuridão, trouxe o sol e deu luz à luz do sol. *Nhanderú* trouxe o fogo e coube à mulher cuidá-lo, é por isso que as mulheres Guarani são responsáveis pela cozinha e pelo cuidado do fogo nos rituais. Sem mulher não há fogo, sem fogo não há cultura nem organização social.

Segundo Cadogan (1948; 1949; 1952) os Guarani-Mbyá acreditam que por ação do nascimento do indivíduo, duas almas são incorporadas: *teko achy kue*, de origem telúrica, esta alma significa vida imperfeita, vida dolorosa que causa doenças, e *ne'e* de origem divina; *ne'e* significa falar, significa linguagem humana. Por ser alma divina, é também parte “social” e “bem comportada” da pessoa. A função principal da alma é dar o dom de falar, o dom da linguagem e, portanto, o dom da reza. A reza corresponde a um ritual diário realizado à noite, na qual através da linguagem como palavra sagrada, da reflexão, da dança, do fumo, o Guarani une-se ao mundo divino ou sobrenatural. Para essa etnia, a linguagem constitui-se num mecanismo de coesão, de identidade étnica e de comunicação com suas deidades.

Para uma pessoa se considerar Guarani-Mbyá, deve ter os seguintes marcadores de identidade: nascer e viver na aldeia; praticar endogamia, unindo-se a membros da aldeia Guarani; praticar as regras sociais e religiosas contempladas em seu sistema cultural; não cometer atos de violência contra as pessoas; preservar os territórios naturais; obedecer ao cacique da aldeia; falar o idioma Guarani (Litaiff, *op. cit.*). E segundo os Guarani de Paraty, quando ocorrer um matrimônio com um homem ou mulher branca, este/esta só é integrada à comunidade no momento em que souber falar a língua Guarani.

1.3. SELEÇÃO DA TEMÁTICA DE ESTUDO E OBJETIVOS

1.3.1. Pontos Chaves para Selecionar a Pesquisa

Os fatores que nos levaram a selecionar os Guarani-Mbya de Paraty para este estudo estão:

- a) A carência de estudos sobre este grupo. “Dizia Curt Nimuendajú serem tão conhecidos os Guarani que poderia parecer supérfluo escrever mais alguma coisa sobre eles (...).” (*apud* Schaden, 1963: 83). Schaden comenta que, entretanto, estamos longe de um conhecimento exaustivo sobre os vários grupos Guarani. Quanto à fecundidade das mulheres Guarani, há dados, dos anos de 1641 a 1807, os quais expressam índices de natalidade entre 50 e 70

para cada 1.000 (Maeder, *op. cit.*). Segundo Schaden (1974), em todos os grupos Guarani a natalidade é muito elevada; eles chegam a ter em torno de 10 ou 12 filhos, dos quais um pouco mais da metade chega à vida adulta. Porém, não existem estudos consistentes sobre demografia dos Guarani nem tampouco sobre fecundidade desse grupo indígena.

- b) No Brasil existem grandes bases de dados para a construção de indicadores sociais e de saúde. No entanto, a maioria deles não permite análises segundo a categoria de etnia (Coimbra, 1997). No país são poucos os estudos publicados sobre saúde indígena e sobre saúde reprodutiva. Isto se deve à falta de estatísticas vitais confiáveis, por parte da FUNAI e da FNS (Souza, 1999);
- c) O Estado de Rio de Janeiro não dispõe de dados sistematizados sobre fecundidade das mulheres indígenas, nem tem conhecimento aprofundado sobre fecundidade e cultura que possa permitir-lhe adequar os programas de saúde.
- d) Outro fator a ser levado em conta é que o Brasil está iniciando (no ano de 1999) um projeto de apoio para a implementação do Subsistema de Saúde para os grupos indígenas⁵. Considera-se que, na medida em que se avança na implementação do subsistema, são necessárias mais informações para o seu refinamento.

1.3.2. Objetivos da Pesquisa

Pelas razões expostas anteriormente, este estudo estabelece como objetivo geral: identificar o padrão de fecundidade e o Índice de Estresse Fisiológico Reprodutivo no qual se encontram as mulheres indígenas Guarani-Mbyá; iniciar as análises sobre as inter-relações entre fecundidade e cultura deste grupo, contribuindo assim para a geração de ações integradas que, dentro de um marco ético, jurídico e político, promovam melhores condições de vida dos Guarani-Mbyá do Município do Rio de Janeiro, Brasil.

Para cobrir o objetivo geral, o estudo visa a analisar, em primeiro lugar, as variáveis intermediárias da fecundidade, o Índice de Estresse Fisiológico Reprodutivo e os indicadores de fecundidade. Em segunda instância, coletar dados etnográficos referentes à

⁵ C.f. – Projeto VIGISUS – CASAI/BM; Relatório da Oficina sobre DSEI/CISI/COSAI, outubro, 1998.

fecundidade, com os quais serão feitas as análises sobre a relação entre fecundidade e cultura.

Outro objetivo relaciona-se à função social do investigador de que se espera contribuir para retroalimentar os programas (específicos do tema) e a apropriação dos resultados do trabalho por parte dos grupos participantes da pesquisa. Razão pela qual serão levados à comunidade os resultados do estudo, de tal forma que este grupo agráfo, possa-se reconhecer no texto escrito. Que o texto permita, no momento que quiserem, realizar uma reflexão tendente a manter uma ótima qualidade de vida de suas mulheres e, portanto, do grupo. Como último objetivo, pretende-se que este trabalho seja uma ferramenta para as instituições que trabalham com comunidades indígenas. E que, a partir daqui, as instituições possam tirar elementos de planejamento dos programas para os Guarani.

1.4. TEMA DO ESTUDO: FECUNDIDADE E CULTURA DOS GUARANI

Considerando que a definição do objeto de estudo ou problema pode partir da formulação de perguntas (Minayo, *et al.*, 1994 e 1999; Gil, 1989), este estudo propõe as seguintes perguntas: qual é o padrão de fecundidade das mulheres indígenas Guarani do Estado de Rio de Janeiro? Qual é o índice de estresse fisiológico reprodutivo (IER)? E, em segundo, como atua a cultura na fecundidade Guarani? Ou como se articulam a fecundidade e cultura? Para abordar essas perguntas, o projeto trabalha em duas dimensões: reprodução e as medidas de fecundidade e, em segundo lugar reprodução e cultura.

1.4.1. Reprodução e a Fecundidade

Para começar, é importante esclarecer a diferença entre os termos fecundidade e fertilidade. A fertilidade refere-se à capacidade reprodutiva de uma mulher, ou seja, a capacidade de ficar grávida. Certos fatores biológicos têm relação com a fertilidade, como a herança, a idade da mulher, o aleitamento materno, a saúde da mulher, os ciclos ovulatórios (Rico-Velasco, 1990). No entanto, a fecundidade é a capacidade reprodutiva de uma população. A fecundidade numa população mantém direta relação com a fertilidade e com os aspectos psicossociais e econômicos dos grupos (Haupt & Kane, 1991). Essa relação entre a fecundidade e os aspectos culturais gera o chamado padrão reprodutivo. Esse padrão se refere às idades em que as mães têm seus filhos, a duração dos intervalos

entre partos e o número total de partos de cada mulher. Nesta pesquisa serão considerados os aspectos relativos à fecundidade. Fica como objeto de outras futuras pesquisas os aspectos relativos à fertilidade dos Guarani-Mbyá.

1.4.1.1. Saúde Reprodutiva

Antes da década de 60, os programas ocidentais de saúde orientavam-se exclusivamente para cobrir os eventos reprodutivos (gravidez e parto), deixando de fora as mulheres que, em idade reprodutiva, não estavam nesses eventos. Na década de 60, os programas de saúde foram centrados nas mulheres como veículo de controle para o crescimento demográfico (através do planejamento familiar) e como responsável pela saúde infantil. Em 1987, gerou-se a iniciativa para uma Maternidade sem Riscos, cujo objetivo era reduzir os problemas por consequência da gravidez, parto, pós-parto e as complicações do planejamento familiar. Essa iniciativa deixou de fora, uma vez mais, as mulheres que não estavam grávidas ou que não desejavam ter filhos (Starrs, 1985 *apud* Langer, 1997).

Em 1992, com base na definição clássica de saúde da OMS, Fathalla (1992) propõe o conceito de Saúde Reprodutiva, o qual é adotado pela Conferência Internacional sobre População e o Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994. A saúde reprodutiva é definida como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relativos à reprodução. Essa definição envolve a capacidade de procriar e a liberdade de decidir fazê-lo ou não fazê-lo; ter gravidez e parto seguro. O homem e a mulher têm o direito de escolher o método de planejamento familiar mais conveniente e de maneira livre e informada; têm direito a uma vida sexual satisfatória e livre de coerção e enfermidades (Fathalla, *op. cit.*). Essa definição, ainda utópica, é importante, na medida em que não se limita aos eventos de gravidez e parto, e cobre a mulher com maior integralidade. É importante também porque abrange os homens e diz respeito à vida sexual e reprodutiva de homens e mulheres.

Os estudos sobre fecundidade têm-se centrado na mulher, deixando de lado o desenvolvimento de indicadores de processo reprodutivo masculino. Porém, a demografia clássica tem assumido que o padrão de fecundidade das mulheres reflete o padrão de fecundidade de seu marido (Sauvy, 1976). Por exemplo, nos escritos de demografia se encontra com frequência a “fecundidade dos casais”, quando na verdade se está referindo à fecundidade das mulheres. A partir da década de 90, iniciam-se estudos referentes à

fecundidade dos homens, com o objetivo de conhecer a realidade sobre o processo reprodutivo destes, posto que o comportamento da fecundidade reflete um processo de construção social que inclui mulheres e homens (Figueroa, 1995; Alfonso *et al.*, 1998).

É importante ter em conta que a saúde reprodutiva está inserida num contexto mais amplo como é a saúde geral. E por sua vez a saúde geral está permeada por fatores macro como os econômicos, sociais e culturais: desigualdade econômica, desigualdade social, desigualdade no acesso aos serviços de saúde, entre outros, os quais contribuem na geração de perfis de morbi-mortalidade elevados.

Em relação às populações indígenas do continente americano, a OPS (1993) refere que os povos indígenas de América apresentam condições inferiores as médias nacionais enquanto a situação de pobreza, condições de vida, ingresso *per capita*, trabalho assalariado, educação, acesso aos serviços básicos como água, saneamento, saúde, as condições da vivenda e disponibilidade de alimentos. Segundo esse organismo, o perfil de saúde dos povos indígenas de América se caracteriza pela presença de doenças virais (sarampo, varíola, influenza, hepatites B) doenças respiratórias, doenças endêmicas nas áreas subtropicais e tropicais (*leishmaniasis*, *oncocercosis*, doenças de chagas etc.) e problemas de má nutrição, entre outras.

Especificamente sobre as mulheres indígenas, a OPS (*op. cit.*) expressa que além das doenças já descritas, elas têm os problemas derivados de sua função reprodutiva: gravidez precoce, complicações da gravidez e parto, anemia por carência de ferro, entre outras. Refere também que o perfil de saúde da mulher indígena está em boa parte determinado pela situação de dupla subordinação, tanto na relação com seu parceiro como com os setores dominantes da sociedade local e nacional.

Queremos dizer então que, apesar de a saúde reprodutiva estar inserida num contexto mais amplo, esta pesquisa está centrada na fecundidade e na relação desta com a cultura dos Guarani-Mbyá de Paraty, Rio de Janeiro.

Para trabalhar o conceito de saúde reprodutiva nos povos indígenas, deve-se ter em conta que eles atuam de acordo com suas próprias lógicas culturais. Na maioria das comunidades indígenas, a reprodução é um aspecto central, o que inclui; entre outros, os cultos à fecundidade, as representações vinculadas à maternidade e a evolução da situação da mulher segundo sua posição no ciclo da fecundidade (Meillassoux, 1977). Além disso, a

mulher fica com a responsabilidade de evitar a extinção do grupo através da reprodução biológica.

Portanto, abordar a saúde reprodutiva com os grupos indígenas — neste caso com os Guarani-Mbyá, abrangendo mulheres/homens e procurando, para ambos, o bem-estar físico em relação à reprodução — implica, como recomenda a OPS (*op. cit.*), entrar na esfera do endo-cultural, refletindo, tanto homens como mulheres, sobre aspectos relativos a: o que seria para eles a saúde reprodutiva? Quais são as necessidades em saúde diferenciadas por gênero? Qual é o *status* de cada um dentro da sociedade Guarani? Quais são as relações entre fecundidade e cultura? Qual é o papel da religião frente à fecundidade? E ainda, a prévia caracterização do padrão reprodutivo.

1.4.1.2. Medidas Clássicas de Fecundidade

Entre as investigações que delimitam o objeto deste trabalho, estão as relacionadas com os padrões reprodutivos em comunidades indígenas do Brasil. Esses estudos mostram que as mulheres indígenas sustentam elevados índices de fecundidade, natalidade e mortalidade frente aos da sociedade nacional, tal como se aprecia nos dados da Tabela 1:

Tabela 1 – Dados de fecundidade em grupos indígenas do Brasil

ETNIA	ANO	PAÍS	T.F.G.	T.F.T.	T.B.R.	P.F.CO.	AUTOR
Kaingang	1961	Brasil				6.6	Hern/91
Shipibo	1977	Brasil	.305	9.9	4.9	9.3	Hern/91
Shipibo	1980	Brasil	.278	8.5	4.4	7.6	Hern/91
Xavánte	1994	Brasil	.224	7,31			Flowers/94
Yanomami	1990	Brasil	.268	7.9		7,9	Early & Peters/90
Yanomami	1978	Brasil		7.0		8.2	Hern/91
Kaxináwa	1968	Brasil				5.7	Hern/91
Xavánte	1999	Brasil	.249	8.6			Souza G./99
Yanomami	1984	Bras/Ven	.240				Schkolnik/84

T.F.G. = taxa de fecundidade geral.

T.F.T. = taxa de fecundidade total.

T.B.R. = taxa bruta de reprodução.

P.F.CO. = média de fertilidade ao terminar o período fértil.

Tomando-se como base os dados da Tabela 1, observa-se que nas comunidades indígenas há um número de nascimentos vivos acima de 200 para cada 1.000 mil mulheres em idade reprodutiva (T.F.G.); o número de filhos que hoje em dia cada mulher está tendo é alto: acima de 7 (T.F.T.); o número de meninas que está nascendo em cada mulher é também muito elevado: superior a 4 (T.B.R.). Essa situação indica que essas mulheres indígenas estão com um perfil de fecundidade muito elevado.

Como se observa ainda na Tabela 1, os indicadores de fecundidade são expressos através das medidas clássicas de fecundidade. Essas medidas incluem: a Taxa Bruta Anual de Natalidade (T.B.N.), a Taxa de Fecundidade Total (T.F.T.), as Taxas Específicas de Fecundidade e a Taxa Bruta de Reprodução (T.B.R.). As medidas clássicas de fecundidade estão desenhadas para trabalhar com populações numerosas e estruturam-se a partir de coortes hipotéticas de mulheres. Destas, supõe-se que o comportamento reprodutivo tenha permanecido constante nas novas gerações, que a população não tenha estado exposta aos riscos da mortalidade desde o nascimento até o término de sua vida fértil e que a migração não tenha feito significativo (Camisa, 1975; Haupt & Kane, 1991).

As cifras tiradas dos indicadores clássicos de fecundidade são bastante importantes, porque elas têm alimentado uma dimensão política, por exemplo, permitindo o estabelecimento de programas de saúde reprodutiva. Mas ao trabalhar as taxas de fecundidade com grupos pequenos geram-se grandes oscilações, posto que pode ocorrer que, num ano, a maioria das mulheres esteja grávida e, no ano seguinte, no aleitamento, porém as taxas podem estar elevadas num ano e no ano seguinte estarem baixas. É por isso que Early & Peters (1990) referem-se à “volatilidade” e Gálvez *et al.* (1999), a “médias móveis”. As dificuldades na coleta dos dados demográficos e a mobilidade das taxas, constituem desafio para os pesquisadores. Com muita frequência, seus resultados são questionados. No entanto, isto não pode paralisar as pesquisas, porque tais indicadores clássicos (taxas de fecundidade) permitirão, no nível político, visualizar a situação de fecundidade dos Guarani-Mbyá e permitirão o planejamento de programas em saúde.

Para enfrentar a situação já descrita, serão feitas confrontações das taxas por três anos consecutivos ou mais. Assim, pode-se ver as tendências da fecundidade no grupo indígena e pode-se também tirar as taxas médias da fecundidade para períodos determinados. Mais ainda, quando as populações são pequenas, as taxas podem ser explicadas internamente, a partir da taxa final de fecundidade e das variáveis intermediárias da fecundidade, conferindo assim uma validade interna aos resultados.

1.4.1.3. Variáveis Intermediárias da Fecundidade

Existe um grupo de variáveis chamadas intermediárias, ou variáveis intrínsecas, as quais não sendo indicadores diretos da fecundidade, são importantes porque influenciam o nível da fecundidade, explicam a magnitude dos indicadores de fecundidade e são fortemente direcionadas pela cultura de cada grupo e (Camiza, 1975; Rico-Velasco, *op. cit.*). Essas são: idade da menarca, idade na primeira união, idade na primeira gravidez, idade no primeiro parto, idade do último parto, número de gestações, número de partos, tempo de aleitamento materno, intervalo entre um parto e outro, ou entre um parto e o início de uma gravidez.

Com respeito às variáveis intermediárias temos que, para um grande número de comunidades indígenas da América, registram-se gestações em idades muito precoces (OPS, *op. cit.*), elevado número de filhos, tal como expressado na Tabela 1, além de intervalos curtos entre partos e longos períodos de aleitamento materno.

Os intervalos intergenésicos fazem parte do processo reprodutivo e estão em íntima relação com a saúde de mãe e filho. Considera-se que um intervalo menor de três anos implica risco para a saúde da mulher e da criança (Omran, 1985; Viteri, 1984). Segundo Omran (*op. cit.*), os intervalos entre partos e gravidez podem ser analisados de diferentes formas: intervalo entre um parto e o seguinte; intervalo entre o início de uma gestação e o início da outra; ou intervalo entre um parto e o início de uma gravidez⁶.

Entre os pesquisadores que contemplam o estudo da temática de intervalos intergenésicos nos indígenas do Brasil (intervalo entre um parto e início de uma gravidez ou entre parto e parto), estão Early & Peters (*op. cit.*) e Flowers (1994). Os primeiros reportam para os Yanomami um intervalo entre partos de 2 a 3,5 anos, e a segunda reporta para os Xavante um intervalo de 20,9 meses e, quando se tem morte infantil, o intervalo é de 16,6 meses.

O presente estudo trabalha com o intervalo entre um parto e o início de uma nova gravidez. Ao trabalhar esse intervalo, pode-se determinar os tempos de gravidez que terminaram em aborto; tal tempo soma para a determinação do Índice de Estresse Reprodutivo (IER). Além disso, tomando-se esse intervalo, pode-se indagar sobre os nascidos vivos, natimortos e perdas fetais.

⁶ Para a determinação dos diferentes intervalos intergenésicos, pode-se consultar Omran (1985: 52).

1.4.1.4. Índice de Estresse Fisiológico Reprodutivo (IER)

Considerando que as medidas clássicas de fecundidade não avaliam o desgaste fisiológico materno, devido aos eventos de gravidez e aleitamento materno, Harrington (1983) propõe a avaliação do desgaste fisiológico em mulheres que se encontram continuamente entre dois eventos reprodutivos.

Os estudos sobre mulheres da cultura ocidental foram centrados inicialmente nas enfermidades relacionadas com os processos reprodutivos. Nas últimas décadas, os trabalhos têm focalizado papéis de gênero e *status* feminino, ficando um pouco esquecido o estresse fisiológico nutricional do qual padece a mulher, pelo fato de estar continuamente entre gestação e aleitamento materno. São necessários então mais estudos demográficos que aportem conhecimento sobre o desgaste fisiológico nas mulheres, relacionado com os eventos reprodutivos.

Os estudos em demografia, segundo Harrington (*op. cit.*), deveriam ser conduzidos e centrados sobre categorias de experiência real de vida, para que os “sujeitos” possam reconhecer-se a si mesmos em sua situação real de vida e, deste modo, reconhecer suas necessidades. É por isso que esta autora, de acordo com suas pesquisas na África, propõe trabalhar o Índice de Estresse Físico e Nutricional nas mulheres.

Harrington parte das seguintes suposições:

- a) as mulheres da África Ocidental e muitas mulheres do Terceiro Mundo passam o maior tempo de sua vida reprodutiva entre gravidez e aleitamento materno;
- b) estas mulheres devem trabalhar para contribuir com o sustento econômico da família;
- c) a gravidez e o aleitamento materno são processos que demandam consumos extras de calorias e nutrientes;
- d) dá-se muita ênfase à gravidez, e tem-se descuido do aleitamento materno. O aleitamento demanda da mãe mais nutrientes do que a própria gravidez;
- e) propõe-se o aleitamento materno como um mecanismo para distanciar os nascimentos e para manter a sobrevivência das crianças, mas não se faz promoção para que essas mães tenham um consumo extra de nutrientes;

- f) as medidas clássicas de fecundidade não levam em conta o desgaste fisiológico materno (Harrington, *op. cit.*).

Harrington (*op. cit.*) propõe trabalhar “The Index of Physical and Nutritional Stress”, o qual é chamado por Daltabuit (1992) como Índice de Estresse Reprodutivo.

Este índice avalia a pressão fisiológica da gravidez e o aleitamento materno em relação ao tempo em que a mulher tem estado exposta. Para conhecer este índice, deve-se levantar o tempo que cada mulher, entre 15-49 anos, tem estado entre gravidez e aleitamento materno.

$$\text{IER} = \frac{\text{duração total do estresse fisiológico e nutricional} \times 100}{\text{duração da vida reprodutiva na data atual}}$$

- O numerador corresponde ao número total de meses em gestação mais o número total de meses dedicados ao aleitamento materno.
- O denominador corresponde à duração da vida reprodutiva até a data atual: idade atual menos a idade que tenha tido o primeiro parto.

Harrington propõe as seguintes categorias:

- 1 - 20 % - estresse leve
- 21 - 40 % - estresse regular
- 41 - 60 % - estresse alto
- 61 - 80 % - estresse muito alto

Entre alguns dos eventos que podem distorcer o Índice estão: a idade precoce na união marital (posto que as mulheres têm seus filhos mais cedo e possivelmente terão mais crianças que as mulheres que contraem núpcias em idades mais tardias); a distribuição das idades (pois este indicador não leva em conta o declínio da fecundidade, portanto pode-se aumentar o tempo de afastamento entre gravidez e aleitamento materno com respeito ao tempo de vida reprodutiva). Para melhor explicitar essa distorção, o projeto trabalhará o índice por idade quinquenal. Desta maneira, pode-se fazer uma detecção mais precisa sobre o grupo de mulheres de mais elevado IER, sobre as quais devem-se focalizar as ações de saúde.

São poucos os estudos em populações indígenas que trabalham o IER. Para indígenas do Brasil, têm-se o estudo feito por Early and Peters (*op. cit.*). Eles fazem a seguinte análise: a mulher Yanomami passa a maior parte do tempo de sua vida, dos 16 aos 42 anos de idade, entre gravidez e aleitamento materno: idade da primeira gravidez, 16 anos; idade no último nascimento, 39,9 anos; mais 2,25 anos de aleitamento por filho. Quer dizer, a mulher finaliza aos 42 anos seu período reprodutivo, o que representa 26 anos de vida reprodutiva. Agora, a média de 8 nascimentos vivos significam 72 meses ($8 \times 9 = 72$), ou 6 anos, de sua vida em gravidez e 2,25 anos de aleitamento materno para cada criança, representando 18,24 anos dedicados ao aleitamento. Somados, esses tempos de gravidez e aleitamento dariam 24,24 anos. Portanto, uma mulher Yanomami passa em média 24 anos entre gravidez e aleitamento materno de seus 26 anos de sua vida reprodutiva; isto significa que ela passa 92% de sua vida reprodutiva nesses dois eventos. Passando a vista pela América Latina encontramos que, segundo Daltabuit (*op. cit.*), as mulheres Maya, do México, em idades entre 25-45 anos têm permanecido mais de 80% de sua vida adulta entre gravidez e aleitamento materno. Gálvez *et al.* (*op. cit.*) reportam para indígenas de Antioquia, Colômbia, um Índice de Estresse Reprodutivo de 64,1% para mulheres Zenú; de 72,9% para mulheres Kuna; entre 66,2-75% para Emberá, e de 58,1% para o subgrupo Emberá Chamí. Portanto, esse panorama expressa que uma grande proporção das mulheres indígenas aqui referenciadas encontra-se sob um estresse reprodutivo forte ou muito forte.

1.4.1.5. Os estudos sobre fecundidade nos Guarani

Estudos sobre fecundidade nos Guarani, são muito poucos. No texto intitulado *O Guarani uma bibliografia etnológica* (Melia *et al.*, *op. cit.*), entre 1.056 bibliografias levantadas, só três fazem referência à fertilidade: plantas medicinais que regulam a fecundidade em populações indígenas e rurais do Paraguai (Arenas, 1974); plantas utilizadas como abortivas, contraceptivas, esterilizantes e fecundantes pelos indígenas do Paraguai (Arenas & Moreno, 1975); reprodução, matrimônio e família dos aborígenes do Paraguai (Moreno & Gini, 1974).

Entrando diretamente no caso dos Guarani do Estado do Rio de Janeiro, encontra-se um Relatório sobre os indígenas da aldeia de Paraty que registra, para a população geral, uma alta parasitose intestinal (de 77,5% de população avaliada, 75,8% tinham parasitose), gripes, impetigo, amigdalite. No referente à fecundidade o Relatório expressa:

“gestantes, só estava registrado um caso, porém só nos três últimos meses do ano de 1996 nasceram três crianças e há mais algumas 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.” (Marinho *et al.*, 1996: 22).

São poucos os trabalhos sistematizados sobre fecundidade nas mulheres Guarani, só o dado de informantes referindo que as mulheres dessa etnia começam a ter filhos em idades precoces e têm “muitos filhos”.

1.4.1.6. Fecundidade e Nutrição

As investigações em saúde reprodutiva referente ao biológico reportam que, para uma mulher sustentar uma gravidez necessita, além de seus próprios requerimentos nutricionais, uma quantidade extra para cobrir demandas do feto em formação. Por exemplo, estima-se que o requerimento médio de Kilocalorias (Kcal) extra para a mulher suprir a gravidez durante esse período é de 85.000 Kcal — isto significa que, durante a gravidez, a mulher deve incrementar o consumo de Kcal a 300 a mais por dia. No que diz respeito ao aleitamento materno, reporta-se que a produção de 850 ml de leite/dia exige aproximadamente de 750 Kcal/dia (King *et al.*, 1991). Portanto os profissionais em saúde recomendam, para que as mulheres da cultura ocidental possam manter o aleitamento materno sem riscos para a saúde da mãe e filho, um consumo extra de 550 Kcal/dia. O não cumprimento dessas recomendações implica que o feto se desenvolva ou o leite materno se produza totalmente a partir dos próprios nutrientes da mãe. Logicamente, não há diferenças fisiológicas entre o corpo da mulher ocidental e da mulher indígena, portanto faz-se a pergunta: se as mulheres indígenas não recebem calorias e nutrientes extras para a gravidez e o aleitamento, e se elas estão continuamente entre os dois eventos (gravidez e aleitamento), como fazem para manter as demandas fisiológicas ocasionadas por esses processos?

Com respeito ao consumo de nutrientes, tem-se poucos estudos quantificando a ingestão de macronutrientes em povos indígenas. Segundo esses estudos, os carboidratos são a maior fonte de calorias. Esses estudos referem-se às populações em geral e não especificam mulheres grávidas ou lactantes (Doufour, 1991; Alcaraz, 1991; Daltabuit, *op. cit.*). Do ponto de vista da medicina ocidental, há uma inquietude quanto às mulheres

indígenas, que têm um perfil de fecundidade elevado e um grande número delas têm dietas “inadequadas”: “como elas sustentam sua gravidez e os períodos de aleitamento materno?”, “como é possível que mulheres desnutridas possam satisfazer as quantidades adicionais de nutrientes e minerais requeridos por seus fetos ou bebês lactentes e reproduzir-se com tanto sucesso?” (Prentice, 1988 *apud* Daltabuit, 1992: 43). E nossas perguntas seriam: como passam as mulheres Guarani-Myá de Paraty por esses processos? Como se articulam tais processos com a cultura?

1.4.2. Reprodução e Cultura

1.4.2.1. Fecundidade e Cultura

As práticas culturais têm um papel importante na reprodução biológica. É o caso da relação entre fecundação e cosmovisão, por exemplo, para o grupo Guarani-Mbyá:

“O sistema cosmológico Guarani-Mbyá deve ser entendido à luz da noção de ‘alma humana’ que, por sua vez, é relativa à noção de concepção. São obscuras as idéias entre relações sexuais e concepção, em vários autores, porém são unânimes em afirmar que as relações sexuais representam um 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 recebe em sonho e conta a mãe que engravida” (Verani *et al.*, 1996: 9).

Segundo a cosmovisão Guarani-Mbyá, a gravidez das mulheres conforma um meio de comunicação entre o mundo do humano e o mundo sobrenatural. Pode-se então considerar que a fecundidade constitui-se num vínculo entre o mundo terreno e o mundo sobrenatural. A idéia de reencarnação, do ponto de vista da sociedade Guarani, apresenta um papel importante pelo fato de garantir o diálogo entre as gerações passadas e futuras (Verani *et al.*, *op. cit.*). A pergunta que surge é: “em razão de sustentar esse diálogo, essa união entre o mundo terreno e o mundo sobrenatural, a maternidade teria um caráter sagrado e de aceitação social?”. Gera-se também a inquietude sobre “quais seriam as pautas culturais dos Guarani durante os eventos reprodutivos?”. “Como elas se articulam a sua religião?”. E “como influenciam os eventos da reprodução?”.

Para esta pesquisa tomamos o conceito de cultura de Geertz (1978). Para o autor, o conceito de cultura é essencialmente semiótico. “Acreditando, como Max Weber, que o

homem é um animal amarrado a teias de significado que ele mesmo teceu, assumo cultura como sendo essas teias e a sua análise” (Geertz, 1978: 15). Segundo o mesmo autor, a cultura como sistema simbólico, inicia-se com o pressuposto de que o pensamento humano é social e público, e no movimento desse pensamento, mobilizam-se símbolos significantes. Nas culturas, as palavras, os sons musicais, os gestos, movimentos, silêncios, artifícios mecânicos ou objetos materiais estão carregados de simbolismo. Continuando com Geertz, quando o indivíduo nasce, encontra-se com símbolos preestabelecidos; a pessoa em toda sua vida utiliza os símbolos para fazer construções dos acontecimentos e estes continuam em circulação depois de sua morte. Isto leva a considerar a cultura como “(...) padrão de significados transmitidos historicamente, incorporados em símbolos, um sistema de concepções herdadas expressas em forma simbólicas, por meio das quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem seus conhecimentos e suas atividades em relação à vida” (Geertz, 1978: 103). Tais elementos da cultura são construídos na medida em que transcorre o tempo e na medida em que se movimentam no espaço. Essa massa de conhecimentos que cada grupo vai construindo é dotada de uma lógica própria, que lhe dá explicação e sentido à vida e aos acontecimentos. Portanto os sistemas culturais estão sempre em mudanças para se ajustarem aos eventos reais de cada contexto — isto é, as culturas são dinâmicas.

Os princípios, explícitos e implícitos, das culturas, mostram aos grupos a forma de ver o mundo, de vivenciá-lo emocionalmente, de se comportar frente a ele mesmo, com suas deidades, com a natureza e com a sociedade (Helman, 1994). Mas quando as condições excedem os limites, podem-se apresentar nos indivíduos alterações biofísicas, psicossociais ou distúrbios nas relações sociais (Armêlagos *et al.*, 1992).

O impacto das culturas, no nível biológico, é ilustrado por Laraia (1986.) com os escravos trazidos da África para Brasil, os quais morriam por “banzo” ou “saudade”, isto é uma forma de morte por apatia. Segundo Laraia, foi também a apatia que eliminou parte da população indígena Kaingang de São Paulo, quando seu território foi invadido para a construção do Ferro Noroeste. Quando o indivíduo está imerso nesse campo de significações, o impacto das emoções no sistema cerebral desencadeia a cascata de neuropeptídios e endorfinas, os quais atuam provocando doenças, como o referenciam os antropólogos na morte por *voodoo*, ou possibilitando curas. As doenças psicossomáticas estão fortemente influenciadas pela cultura; as culturas também são capazes de curar enfermidades reais ou imaginárias (Laraia, *op. cit.*; Moerman, 1979; Moerman, 1983;

Bibeau, 1983; Prince, 1982; Lévi-Strauss, 1968; Laburthe-Tolra *et al.*, 1999; Borysenko, 1987).

O impacto das culturas na reprodução pode ser visto nos diferentes níveis:

- a) estrutura da família: nuclear ou extensa;
- b) tamanho da família: famílias de cidades industrializadas têm em média dois ou três filhos, as famílias de sociedade caçadoras têm quatro ou seis filhos; as famílias que derivam o sustento da agricultura têm seis ou oito filhos (McElroy & Townsend, *op. cit.*);
- c) padrões de matrimônio: monogâmico ou poligâmico;
- d) comportamento sexual: proibição de relações sexuais pré-matrimoniais; extra-conjugais; períodos de abstinência sexual em rituais de passagem, etc.;
- e) a fragilidade nas uniões conjugais, ou o divórcio, são situações que permitem à mulher permanecer determinados períodos de tempo sem companheiro, portanto um fator de controle ao número de nascimentos de crianças;
- f) a idade do matrimônio: ao permitir culturalmente o matrimônio em idades muito precoces ou em idades mais tardias, repercutem na fecundidade;
- g) a ausência dos homens por longos períodos, quando vão à caça, ou à procura de opções de trabalho;
- h) o uso de anticoncepcionais ou de coitos interrompidos podem limitar a fecundidade;
- i) outro aspecto importante que pode impactar a população corresponde ao aborto e ao infanticídio: algumas comunidades, como os Yanomamis, permitem o aborto quando consideram que a mulher é muito jovem para levar uma nova gravidez (Early & Peters, *op. cit.*). Indígenas da Amazônia, como os Jívaros, praticam infanticídio, quando o bebê nasce com deformações ou o pai é de outra aldeia; os Kayapó praticam infanticídio quando nascem gêmeos ou quando a mãe morre no parto ou logo depois (Meggers, 1976). O infanticídio,

como nos Kun Sang da África, é praticado pelas mulheres quando ela considera que outro infante ainda não está em condições de sobreviver sem a dedicação exclusiva da mãe (Howell, 1979).

Em relação aos Guarani-Mbyá do Paraguai, refere-se que o acervo cultural dos Mbyá não é nada mais que a manifestação de sua vida religiosa, pois a religião permeia toda a vida dos Guarani (Cadogan, 1949). Neste sentido perguntamo-nos: “como a cultura molda a fecundidade dos Guarani Mbyá de Paraty?”.

1.4.2.2. Fatores de Risco em Perspectiva Ocidental e da Cultural Guarani-Mbyá

Para dar uma forma mais integral a este trabalho, permitindo a compreensão e abordagem da fecundidade dos Guarani-Mbyá, deve-se proceder às análises sobre os fatores de risco para a saúde, sob a perspectiva do conhecimento ocidental e da cultura Guarani.

Desde a década de 1980, a OMS e a OPS vêm propagando o enfoque de risco materno-infantil, que tem sido fortemente adotado em nível mundial. Em termos gerais, o risco é a probabilidade de um fato ou alteração da saúde se dar (doença, morte, etc.) (OPS, 1986). Isto é, o risco é a probabilidade de que um fenômeno seja apresentado, mas sendo uma probabilidade, não é uma certeza absoluta.

O fator de risco é postulado como uma característica ou circunstância detectável em indivíduos e grupos. Sabe-se que tal fator muito provavelmente irá desenvolver um processo mórbido (OPS, *op. cit.*). Last (*apud* OPS, *op. cit.*) oferece três conotações diferentes ao fator de risco: um atributo ou exposição que se associa a uma probabilidade maior de desenvolvimento do fato; um atributo que aumenta a probabilidade de ocorrência de uma doença; e fator de risco como um determinante que pode ser modificado por uma intervenção. Os fatores de risco podem ser causa ou indicadores, observáveis e identificáveis antes que o fato seja produzido (OPS, *op. cit.*).

Esses fatores de risco, observáveis e quantificáveis, são trabalhados pela epidemiologia através do “enfoque de risco”. O enfoque de risco é um método utilizado para medir a necessidade de atendimento dos grupos específicos. Ajuda a determinar

prioridades em saúde e também é uma ferramenta para definir as necessidades de reorganização dos serviços de saúde. No entanto, como acontece quase sempre, “(...) a definição e seleção de prioridades são, em essência, juízos de valores que acabam por colocar em jogo as ideologias tanto políticas como profissionais dos que participam do processo de decisão (...)” (Osuna *apud* OPS, 1984: 18-19). Visto desta forma, a seleção dos riscos prioritários nem sempre tem origem nas necessidades sentidas e expressas pela comunidade, posto que normalmente a comunidade não faz parte do processo da tomada de decisões.

A partir da área da saúde, o risco materno-infantil pode ser abordado em três categorias centrais: riscos biológicos, riscos ambientais e riscos socioculturais, sendo a demografia e a epidemiologia ferramentas principais para medir o risco.

Os fatores socioculturais, especificamente os culturais, têm sido menos discutidos e desenvolvidos no âmbito da área da saúde, talvez pela baixa quantidade de estudos publicados sobre saúde e cultura. Ou talvez ainda pela dificuldade que enfrenta um profissional de saúde, ao ter que compreender e direcionar fatores culturais que dificilmente são quantificáveis, que não têm limites concretos e cujo sentido de risco é construído no interior da própria cultura do grupo. Os fatores de risco culturais estão mascarados pela complexidade, e isso tem limitado a realização de estudos de tais fatores.

A partir do enfoque das ciências sociais, o risco será abordado, neste trabalho, de acordo com os postulados de Douglas (1996). Os estudos de Douglas procuram encontrar razões pelas quais diferentes culturas selecionam e dirigem sua atenção nos riscos específicos e definem determinadas práticas como parte integrante de seus sistemas de valores e crenças. Nesta perspectiva, parece que os grupos humanos desenvolvem estratégias de prevenção a partir de elementos contidos em seus modos de viver. Estudar o risco do ponto de vista do social implica considerar o pensamento humano como originariamente social. Sendo assim, esse pensamento social seria a base da construção da experiência social, a qual está fortemente articulada à vida cotidiana. E tal pensamento social seria a base da geração das categorias cognitivas. O risco é uma construção social, portanto “(...) a cultura parecia ser o princípio codificador pelo qual são reconhecidos os perigos. As pautas culturais que constituem riscos apropriados e não apropriados emergem como parte da atribuição de responsabilidades e são fundamentais para a vida social (...)” (Douglas, 1996: 109). A autora comenta que “dever-se-ia levar o foco de atenção à

modelagem da influência cultural sobre a percepção e eleição do risco” (Douglas, 1996: 127).

Segundo Castiel (1999), a sociologia da saúde procura abordar o risco em dois níveis: um específico e outro geral. O nível específico refere-se à dimensão individualizada da pessoa para interpretar os fatores de risco e suas interações com a vida cotidiana. O nível geral relaciona-se ao papel das estruturas e instituições na configuração do risco. Para compreender a forma como um grupo faz a construção do risco, deve-se ver desde o interior da cultura, estudando-se tanto a percepção do risco dos indivíduos como das instituições. Ainda assim, nem sempre os fatores de risco levantados são verdadeiros; eles podem ser falsos — seja por possuir evidências insuficientes ou por causa da metodologia utilizada. Neste sentido, acrescenta Douglas (*op. cit.*), as noções de risco nem sempre correspondem a razões práticas; elas são construídas culturalmente e enfatizam alguns perigos e ignoram outros, ou fazem variações do risco segundo a posição social dos atores. Em relação aos Guarani-Mbyá, podem ocorrer variações do risco — por exemplo, o impacto dos missionários na religião desse grupo. É o caso da origem do povo: para alguns Guarani-Mbyá, a mulher *Kunhankarai* engravidou de gêmeos; para outros, a mulher engravidou de uma criança. Se o último conceito (a mulher engravidou só de uma criança) fosse uma variação do mito, pede-se-ia pensar que tal variação surgiu possivelmente como mecanismo para evitar a noção de perigo, face o nascimento de gêmeos, e para não praticar o infanticídio nessas crianças, dadas às representações negativas ligadas à gravidez múltipla que expressam alguns grupos Guarani, exemplo os Mbyá estudados por Ladeira (*op. cit* 92) (ver Cap V).

Voltando ao campo da saúde, temos que, para os profissionais da área, é mais fácil medir os riscos biológicos do que os culturais. A compreensão da construção dos riscos culturais fica sob a teoria da complexidade. A complexidade é “muitas vezes sinônimo de complicação, isto é, de um emaranhado de ações, interações, retroações, que nem o espírito humano nem um computador extremamente potente poderiam medir, ou mesmo discernir, os elementos e os processos dessa teia emaranhada” (Morin, 1983: 14). Desvendar a complexidade implica entrar num trabalho interdisciplinar, ou num pensamento interdisciplinar. Implica, também, sair do determinismo, do biologicismo e aceitar, como é expressado por Prigogine (1996), que as certezas absolutas terminaram, que o mundo está cheio de incertezas.

Em relação à avaliação do risco, até o presente momento não há consenso entre profissionais das Ciências da Saúde e profissionais das Ciências Sociais, porque os primeiros expressam que todos os riscos podem ser objetivamente medidos, isto é, uma mesma regra ou fórmula pode avaliar os diferentes risco. Por outro lado, os cientistas sociais argumentam que nem todos os riscos podem ser medidos com os mesmos parâmetros, porque qualquer julgamento ou avaliação do risco é meramente uma construção social (Douglas, 1996). Para Shrader-Frechette (1991), a avaliação do risco em ambos enfoques tem erros. Ele refere que se deveria refletir sobre as dimensões humanas da valorização do perigo e da avaliação, e também refletir sobre qual seria o método para garantir a racionalidade na avaliação do risco. Expressa ainda que a avaliação deveria ser mais democrática e não ficar somente nas mãos dos técnicos.

Fica clara então que, para identificar os perigos nas mulheres Guarani-Mbyá de Paraty em idade fértil, e para avaliá-los, seria necessário articular ferramentas da epidemiologia e das Ciências Sociais. Isto é, implicaria uma triangulação metodológica. Até o momento atual não existe proposta de uma avaliação mais democrática, que responda à realidade dos grupos. Esta pesquisa não pretende fazer avaliação dos riscos (perigos, segundo os Guarani deste estudo), portanto, não entramos nessa discussão. Pretende, em contrapartida, fazer o levantamento sobre os fatores de risco relativos à fecundidade nos Guarani-Mbyá, nas duas perspectivas, ocidental e cultural. Isto permitirá abrir um campo de reflexão mais democrático, visando a um planejamento de programas e de atenção mais em conformidade com a cultura Guarani-Mbyá.

1.5. CONSIDERAÇÕES A PARTIR DA ÉTICA

A saúde reprodutiva é um assunto que deve ser tratado com delicadeza, em razão de que “es um importante bien social, su promoción y las condiciones para su realización son una obligación ética” (Isaacs *et al.*, 1996: 199). Os estudos de histórias de vida reprodutiva e sua relação com a cultura mexe com a vida privada de homens e mulheres e com a racionalidade específica do grupo mexem com o “*ethos* social”, procurando informação que possa apoiar no futuro, planejamento de políticas demográficas. Nesse contato com o “Outro” (a comunidade indígena), surge a pergunta: como fazer os trabalhos sem lesar as dimensões sociais e individuais dos direitos humanos? E como chegar à esfera

da medicina ocidental, que ainda procura soluções universais, percebendo nas diferenças culturais e na diversidade, limitações para atender os direitos à saúde?

Este trabalho tem como centro as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisas envolvendo seres humanos — Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil (FIOCRUZ, 1998) —, a qual acolhe os princípios emanados do Código de Nuremberg (1947): princípios de autonomia da pessoa, da beneficência, da justiça e da não-maleficência, além da responsabilidade, da prudência e do compromisso social do pesquisador.

- a) Princípio de Autonomia: consentimento livre e esclarecido. A Resolução 196/96 expressa, literalmente: “e) em comunidades culturalmente diferenciadas, inclusive indígenas, deve-se contar com a anuência antecipada da comunidade através dos seus próprios líderes, não se dispensando, porém, esforços no sentido de obtenção do consentimento individual” (Resolução nº 196/96:26). Acatando este princípio, foi realizada reunião prévia com a comunidade Guarani-Mbyá do Município de Paraty, Rio de Janeiro. Recebendo logo após o consentimento para realizar a pesquisa, obteve-se também o consentimento da FUNAI, como órgão tutor dos indígenas no Brasil. Obteve-se ainda o consentimento do Comitê de Ética da ENSP/ FIOCRUZ, centro no qual se inscreve esta pesquisa; também obteve-se consentimento do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa, CONEP (Conselho Nacional de Saúde, Ministério Nacional de Saúde, Brasília).
- b) Princípio de beneficência: ponderação entre risco e benefício. Ao indagar sobre as generalidades e especificidade dos discursos relativos à fecundidade e cultura, e ao decodificar esses discursos, abrem-se caminhos para avaliar as possibilidades e as adequações das políticas e programas em saúde para os Guarani do Rio de Janeiro, no marco de respeito cultural e de valorização da cultura.
- c) Princípio de Justiça e Equidade: a relevância social da pesquisa, como compromisso social e ético do “Outro”, o pesquisador. Este se compromete a retribuir as comunidades com cursos de saúde segundo as necessidades expressas por eles, e levar-lhes os resultados da pesquisa, de modo que os

indivíduos conheçam cada vez melhor o discurso do “*ethos* social”, o qual está nas suas mentes como tão óbvio, tão claro, que fica em silêncio entre eles. Essa socialização do discurso Guarani frente à fecundidade pode provocar a participação nas políticas e programas em saúde visando a uma melhoria nas condições de vida e no exercício de seus direitos.

1.6. METODOLOGIA, POPULAÇÃO E AMOSTRA

1.6.1 As bases que suportam a Metodologia do Estudo

Trabalhar o processo saúde-enfermidade de uma população não é uma tarefa fácil. De fato, definir o que é saúde é tão difícil quanto definir uma pessoa — toda definição ou conceitualização fica pequena. No entanto, observa-se que há uma tendência a se definir a saúde de três maneiras diferentes: pela ausência de um sintoma; por sentir bem-estar e por poder desempenhar um papel social (Baumann, 1978 e Herzlich, 1978 *apud* de la Cuesta, 1996). A saúde, então, não é apenas um fato biológico, mas também um fato social; a saúde emerge e interpreta-se no contexto sociocultural.

No caso das comunidades indígenas, o biológico e o sociocultural não podem se desligar do processo saúde-enfermidade, posto que o indígena se concebe sua vida numa relação de corpo e alma e sociedade. Vista dessa maneira, a investigação do processo saúde-enfermidade (neste caso com a saúde reprodutiva) abrange o biológico e o social. Portanto, o processo investigativo envolve tanto o enfoque quantitativo das ciências matemáticas e naturais, como o enfoque qualitativo das ciências humanas.

Praticamente até hoje os estudos em saúde indígena têm sido abordados desde as metodologias quantitativas, e os estudos em cultura têm-se centrado nas metodologias qualitativas— ambos os enfoques têm sido conduzidos em separado. No entanto, os novos paradigmas abrem as portas para analisar a saúde e o bem-estar em formas mais holísticas. Autores como Bachelard (1983) alertavam que a ciência — que no século passado acreditava-se homogênea, organizada por uma razão universal e estável, na qual não se discutiam os princípios e as medidas — precisava ser abordada desde outro olhar, no qual os fenômenos que não se sujeitavam às ciências, esses fenômenos que apresentavam dúvidas, precisavam um seguimento de estudos e reflexões desligados dos fantasmas e preconceitos já estabelecidos. Argumentava Bachelard que as reflexões dão sentido aos fenômenos iniciais.

Moles (1995), em seu livro *Ciências do Impreciso*, além de analisar por que as ciências do impreciso são ciências, mostra habilmente que o espírito do homem no meio das trevas, da incerteza, capta os acontecimentos da vida, articula e cria o conhecimento. E que, embora as ciências sociais tenham correlações imprecisas e fracas, são precisamente estas que indicam a presença de correlações, diferentemente de não ter correlações.

Morin (1996) expressa que as competências cognitivas humanas necessitam de um aparelho cognitivo, o cérebro, que é uma formidável máquina bio-físico-química. Existe uma unidade tripla: cérebro, espírito e cultura: o cérebro como unidade computante com capacidade cognitiva; o espírito é a esfera na qual os processos computantes assumem forma cogitante, ou seja, de pensamento, da linguagem, de sentido e a cultura que permeia esses processos. Porém, as aptidões cognitivas humanas só podem ser compreendidas dentro da cultura que as produziu, conservou, transmitiu a linguagem, a lógica e os critérios de verdade. O conhecimento é universal e multidimensional, e não pode ser dissociado da vida humana e das relações sociais.

Portanto, a construção do conhecimento sobre fecundidade e cultura nos Guarani-Mbyá de Paraty implica pegar ferramentas das ciências matemáticas, ferramentas das ciências naturais e ferramentas das ciências humanas. É como se o conhecimento estivesse sendo construído numa espiral, a qual capta elementos daqui, de acolá, de uma disciplina, de outra, de um ator social, de outro, até chegar à compreensão de uma realidade. O fato de trabalhar a fecundidade e cultura sob o olhar das ciências naturais e sociais, e com métodos qualitativos e quantitativos, abre espaço para analisá-los em forma de triangulação. A triangulação metodológica foi considerada a opção mais adequada para a abordagem do tema de estudo.

Triangulação. Segundo Jict (1972) e Pedersen (1992), a triangulação surge como uma forma de mobilizar-se num *continuum* entre um pólo quantitativo e um pólo qualitativo.

“A metáfora de ‘triangulação’ é derivada do uso — com fins militares ou de navegação — de múltiplos pontos de referência para identificar com precisão a posição de um objeto afastado. (...). A triangulação procura algo similar: “melhorar a exatidão ou precisão dos julgamentos e melhorar significativamente a confiabilidade dos resultados através da coleta de dados

sobre o mesmo fenômeno, a partir de diferentes perspectivas” (Pedersen, *op. cit.*: 206 - tradução da autora).

Jict (*op. cit.*) argumenta que essa mobilização se dá em toda pesquisa científica. De fato, a combinação de métodos surge quando se trata de analisar dados produzidos entre diferentes disciplinas ou com diferentes instrumentos. Por exemplo, articular um resultado com outros, apoiar uma medição com outras, correlacionar uma variável com outras, etc. (Samaja, 1992; Hammersley *et al.*, 1994). A premissa que leva à triangulação consiste em que cada método em separado possui elementos mínimos para responder a questões abrangentes de uma pesquisa, ou seja, cada método em separado é fraco.

Minayo (1993) alerta que a relação entre o qualitativo e o quantitativo, entre o subjetivo e o objetivo, não se reduz a um *continuum*, nem pode ser pensada como oposição contraditória. Precisa-se de uma reflexão dialética que leve a compreender que os dados qualitativos, como significados, interpretações culturais e os dados quantitativos, como os indicadores, são inseparáveis e interdependentes (Minayo *et al.*, 1997). Porém a reflexão dialética entre os métodos permite o equilíbrio e, portanto, uma compreensão mais holística da realidade e um avanço na construção do conhecimento mais integral.

A triangulação pode ser interna, isto é, entre o mesmo método, como é usado pelos cientistas sociais para validar seus resultados; externa, ou seja, entre metodologias ou entre profissionais de diferentes disciplinas (Hammersly *et al.*, *op. cit.*). Desta, depreende-se o trabalho interdisciplinar. A interdisciplinaridade refere-se a várias disciplinas que compartilham uma finalidade. Caracterizam-se pela intensidade dos intercâmbios entre os especialistas e pelo grau de integração real (Japiassu, 1976)⁷. A interdisciplinaridade começa na mente de cada cientista: disposição para conhecer das outras disciplinas seus métodos, sua linguagem, suas técnicas, suas formas de análises; deste modo facilita-se a procura de pontos de articulação entre os saberes.

A partir das taxas de fecundidade e de natalidade da Tabela 1, concluímos que elas são três vezes maiores ou mais, face às reportadas para a sociedade envolvente. Assim, perguntamo-nos: “como fazem essas mulheres para manter-se nesse estresse reprodutivo tão forte e continuar com a reprodução da etnia? A partir do quantitativo, tem-se dados que

⁷ Com muita frequência fala-se de trabalho interdisciplinar, e na realidade o que se faz é trabalho multidisciplinar. A multidisciplinaridade consiste na justaposição de diferentes disciplinas, situadas

geram mil interrogações. Aqui os achados qualitativos entram e se articulam com os quantitativos para conseguirem uma maior compreensão do fenômeno e para construir um conhecimento mais holístico face a essas situações interrogadas. Portanto, a presente investigação pretende analisar os resultados quantitativos à luz dos resultados qualitativos, visando a formar os observáveis mais válidos.

1.6.2. Os Desafios no Trabalho Demográfico com Populações Pequenas

A demografia, assim como a estatística, tem sido desenhada para trabalhar com grandes números e com grandes bancos de dados de acontecimentos vitais. Isto acarreta dificuldade para os estudos com populações indígenas. Muitas comunidades indígenas brasileiras têm menos de 1.000 pessoas por aldeia (como já foi dito). É o caso a que se refere Schkolnik (1984). Ela reporta, em seu estudo demográfico com os Yanomami da Serra Parima (divisa entre Venezuela e Brasil), 125 aldeias e uma média de 80 pessoas por aldeia. Early & Peters (*op. cit.*) reportam para os Yanomami do Mucajai do Brasil, 551 indígenas distribuídos em 6 aldeias. Werner (1983) trabalha com 285 indígenas Mekranoti do Brasil.

É muito difícil (e objeto de grandes discussões e até de desvalorização de pesquisas) a determinação das idades, os registros de mortalidade, de aborto e de gestações, entre outros. As taxas brutas, por exemplo, com muita frequência são questionadas. Isto nos coloca um problema, posto que, no nível político, necessita-se das taxas para tomar decisões. Nossa pergunta é: usar a taxa bruta? Ou expressar que não existem dados? Ou ficar em silêncio, desconhecendo o dado? O fato de se desconhecer o dado pode ser convertido numa forma de exclusão das populações indígenas.

Os demógrafos têm criado métodos indiretos para trabalhar com populações pequenas, como os métodos de Brass (Brass, 1975 e Brass & Coale, 1968 *apud* Gage, 1985), que partem de informação retrospectiva, centrando o trabalho sobre o número de crianças nascidas vivas e o número de crianças atualmente vivas por mulher, segundo faixa etária. Esse método apresenta uma dificuldade porque pode-se subestimar as informações sobre o número de crianças nascidas vivas devido a viés cultural. Outros métodos são baseado na teoria de população estável e na teoria de população não estável. O primeiro estabelece que uma população é estável quando as taxas de natalidade e mortalidade são

geralmente no mesmo plano hierárquico, com objetivos múltiplos, nas quais há cooperação sem coordenação (Japiassu, 1976: 73-74).

constantes, e a estrutura por idade e sexo toma gradualmente uma única configuração: a de uma população estável. Propõe essa teoria que o número de pessoas em cada faixa de idade e sexo permanece constante. O método tem a vantagem que, tendo-se duas das variáveis, a terceira pode ser estimada. O outro método refere-se à teoria de população não estável. Esse método é muito similar ao de população estável, só que este trabalha com a estrutura de idade observada em cada faixa etária.

Deve-se considerar que os Guarani de Paraty não correspondem a uma população estável, pois não há registros das taxas de nascimento e morte para poder considerá-las constantes. Os Guarani do Município de Paraty são uma população demasiadamente pequena. O estudo não planejou trabalhar a mortalidade nem a expectativa de vida ao nascer, devido às dificuldades com os dados de mortalidade. Neste estudo não se trabalhou a fecundidade com os modelos de população estável ou não estável; trabalhou-se a fecundidade com os métodos diretos e indiretos dos dados empíricos coletados no campo por diferentes técnicas.

Em relação à coleta de dados, os demógrafos referem que para trabalhar a demografia, o ideal é se ter dois censos feitos em diferentes tempos, sendo a população fechada à migração. Segundo Gage (*op. cit.*), o ideal seria que o espaço entre os censos, em populações pequenas, fosse de 5 a 15 anos, para haver mais eventos vitais. A vantagem dos dois censos é permitir determinar a presença ou ausência de um indivíduo e seu(s) descendente(s), de um censo para o próximo. Assim, a informação é usada para controlar a migração e assegurar que o censo foi coletado sobre a mesma população. O autor expressa que, quando a migração líquida é conhecida, a correção pode ser feita simplesmente somando-se a cada faixa etária a emigração líquida. Neste estudo, a população total foi controlada por faixa etária, tal como é recomendado por Gage (*op. cit.*).

A determinação do número de abortos, infanticídio ou morte infantil na maioria das vezes é uma tarefa difícil. Em muitas comunidades, as famílias tendem a “esquecer” as crianças mortas, porque lembrá-las é trazer a dor ou quebrar uma norma. Obter dados sobre aborto e infanticídio também é problemático. Segundo Early & Peters (*op. cit.*), os Yanomami definem infanticídio como aborto terminal, ou seja, que se confunde aborto com infanticídio. Esses processos ficam invisíveis em muitas histórias obstétricas das mulheres indígenas, motivo pela qual algumas análises ficam inconsistentes.

Outro desafio no trabalho com pequenas populações ocorre porque estes são grupos muito pequenos — portanto, as taxas de mortalidade e fecundidade variam muito de um ano para outro, tal como foi referido. Considerando que os estudos de corte transversal só expressam a situação do ano no qual se realiza a pesquisa, o ideal seria realizar estudos de séries históricas ou longitudinais. Ou então trabalhar, como fez Schkolnik (*op. cit.*), a qual, para determinar as taxas de fecundidade, utilizou a média de nascimentos nos três últimos anos, com fins de atenuar as flutuações devidas ao acaso e a erros no registro dos dados.

As entrevistas de fecundidade e saúde são outros desafios. Como é óbvio, as comunidades indígenas não estão inseridas na cultura ocidental, logo para elas é extremamente estranho que um profissional em saúde queira levantar sua história reprodutiva. Posição similar ocorre com a busca de dados em saúde: *“para que você quer falar de doença, se isso já passou? Falar de doença é chamar a doença”*. Situações como estas apresentam-se no trabalho de campo. Para levantar uma história reprodutiva em mulheres indígenas, deve-se trabalhar com ferramentas das ciências médicas e ferramentas das ciências sociais: esperar o momento oportuno para iniciar a entrevista, perguntar e esperar respostas com calma. Muitas vezes deve-se recuar e iniciar, lembrando um pouco até onde havia-se coletado a informação, para permitir que a pessoa entrevistada se lembre dos eventos. Outras vezes, é necessário continuar a entrevista em outros momentos mais adequados ou confirmar os dados com outros informantes da comunidade.

1.6.3. População e Técnica

1.6.3.1. População e Amostra

Esta pesquisa pretendia trabalhar com os Guarani-Mbyá do Município de Paraty e Angra dos Reis. Os Guarani do último município eram importantes, por terem o maior número de indígenas (350 aproximadamente). No entanto, problemas internos que estavam acontecendo então na comunidade de Angra dos Reis, somados a dificuldades entre funcionários e alguns setores da comunidade, dificultaram o acesso a esse grupo indígena. Procedeu-se então com os Guarani-Mbyá de Ubatuba, São Paulo, que aceitaram imediatamente o trabalho. Só que, por não haver agente indígena de saúde, eles solicitaram a companhia da auxiliar de enfermagem do posto de saúde localizado na aldeia. Entretanto, a auxiliar de enfermagem estava de férias naquela época e ninguém sabia que ela emendaria uma licença com as férias, porquanto tampouco foi possível trabalhar. Por

essas razões, a pesquisa só cobriu os Guarani-Mbyá do Município de Paraty, Rio de Janeiro.

A população total das aldeias de Paraty-Mirim e Araponga, do Município de Paraty, Estado do Rio de Janeiro, soma 156 pessoas. Para analisar a fecundidade e o Índice de Estresse Reprodutivo foram consideradas todas as mulheres Guarani maiores de 14 anos (33 mulheres) e, para efeito da migração e sua relação com a fecundidade, foram considerados os homens maiores de 15 anos e as mulheres maiores de 14 anos (62 pessoas).

A investigação contempla dois aspectos principais: as medidas de fecundidade em que é contemplado o IER, e os aspectos socioculturais face à reprodução. O primeiro bloco terá um tratamento quantitativo e o segundo terá um tratamento qualitativo, no entanto o projeto tem como centro a triangulação.

1.6.3.2. O método quantitativo

Este utilizou como ferramenta a demografia. Por se tratar de uma população numericamente pequena (156 pessoas), não foi feita amostragem. Foi considerado o universo de mulheres em idade reprodutivas (14-49 anos) para um total de 28 em idade fértil, e 5 que finalizaram seu período reprodutivo. Também foram levantados alguns dados de fecundidade nos homens das aldeias Guarani do Município de Paraty.

- a) Censo – na aldeia de Araponga o estudo partiu do censo realizado em 1996 por Marinho *et al.* (*op. cit.*); este registrou as famílias com os nomes e as idades de cada pessoa. Logo após foi levantado, pela autora do presente estudo, o censo para o ano de 1999. Na aldeia de Paraty-Mirim, o estudo partiu do levantamento do censo no momento em que foi reiniciado o povoamento, em 1991. Esse censo foi feito pela autora do presente estudo, nele foi registrada cada família com o número de pessoas e as idades. A seguir, foi considerado o censo realizado em 1996 por Marinho *et al.* (*op. cit.*), o qual tinha registrado as famílias com os nomes e as idades de cada um. Em seguida a população foi registrada, pela autora do presente estudo, nos anos de 1997, 1998, 1999. Confrontou-se, em cada um, os imigrantes, os emigrantes e os acontecimentos vitais. O censo foi realizado, visitando-se casa a casa. Este procedimento casa a casa foi feito porque, com muita facilidade, o entrevistado pode esquecer crianças, ou não referi-las porque não pode dizer o nome em Guarani (algumas

vezes o nome de uma pessoa é segredo e enunciá-lo seria chamar a fatalidade), e não lembra o nome em português, ou porque, não tendo a criança apelido ou nome em português, prefere-se omitir a criança. Também pode-se omitir a criança do censo por ser esta enteada(o) ou parente, ou seja, por não ser filho da entrevistada/entrevistado. Além disso, o censo casa a casa permite comprovar a existência de cada pessoa dessa família. O censo coletou, além da idade, dados sobre escolaridade e trabalho.

- b) Idade – a idade cronológica, que a partir da demografia é uma variável-chave, não tem relevância para os indígenas Guarani-Mbyá, como para outros grupos indígenas, tal como é referido para os Yanomami (Schkolnik, *op. cit.*; Early & Peters, *op. cit.*), para os Mekranoti (Werner, *op. cit.*) e para os Kung San da África (Howell, 1979). Nos Guarani não todas as pessoas têm registros de nascimento ou anotações das datas de nascimento dos filhos. Para estimar a idade das mulheres sem registro, tomou-se como referência a idade da menarca, por ser este fato bastante importante na vida das Guarani-Mbyá. Teve-se como referência movimentos migratórios e sua posição no ciclo vital no momento de chegada a Paraty. Também foi realizada confrontação de suas idades com pessoas que, conhecendo a data precisa de seu nascimento, expressam ser da mesma idade de outras, e as idades também foram corroboradas a partir dos levantamentos das histórias obstétricas.
- c) História de fecundidade – em populações ocidentais é fácil fazer entrevistas estruturadas, relativas a fecundidade, nas quais pode-se perguntar a uma mulher, por exemplo: “quando você tinha 30 anos, quantos filhos vivos você tinha tido?” A mulher ocidental que já está acostumada a essas entrevistas, leva seu próprio registro de fatos vitais, responde sem maiores dificuldades. No entanto, no caso das indígenas, geralmente apresentam dificuldade para responder a esse tipo de entrevista, e pode acontecer que elas respondam um número qualquer, só para satisfazer o pesquisador.

As histórias de fecundidade foram compiladas de todas as mulheres maiores de 14 anos, incluídas as maiores de 50 anos. Começou-se perguntando a cada uma se lembrava da idade da menarca. Esta pergunta gerava na maioria delas um sorriso, pois era esquisito que um acontecimento tão importante nas suas vidas e tão íntimo para a mulher,

como para a cultura, tivesse importância para um “branco”. Daí em diante a barreira cultural ficava fraca. A pergunta seguinte era se se lembrava depois de quanto tempo de ter tido o ritual da menarca tinha tido o primeiro esposo. A outra pergunta era quanto tempo depois de ter seu primeiro marido teve o primeiro filho, se este está vivo ou morto e qual é seu nome; quantos meses tinha esse filho, quando ficou novamente grávida; quando iniciou a outra gravidez ainda estava amamentando o filho anterior, quem é esse segundo filho? Está vivo ou morto? Como se chama? E assim sucessivamente. Nas histórias com espaços de 3, 4 anos ou mais, entre um nascimento e o seguinte, procedeu-se a uma indagação profunda, com a mulher e com ajuda de outras pessoas da família, a fim de detectar abortos ou morte infantil. Vale dizer que lembrar a morte de uma criança gera dor para os pais, portanto são acontecimentos que muitos Guarani voluntariamente omitem nas entrevistas.

As histórias obstétricas foram também refinadas através das entrevistas sobre migração e fecundidade. Com as histórias construídas, procedeu-se à determinação da idade da mãe quando do nascimento de cada um de seu filhos. Determinou-se, segundo a idade da mãe e dos filhos, sua localização nos grupos etários, para estimar a fecundidade retrospectiva desde 1946.

- d) Migração e fecundidade – Além do censo e das histórias obstétricas, foi aplicada uma entrevista semi-estruturada sobre migração, matrimônio e filhos tidos em cada lugar de moradia. Foram realizadas 62 entrevistas (incluídos os homens com mais de 15 anos). Estas tinham inicialmente o caráter privado, no entanto, pelo tempo transcorrido no trabalho de campo e pela amizade e confiança que eles depositaram nesta pesquisadora, as entrevistas converteram-se de forma espontânea em entrevistas coletivas, só em dois de seus líderes com suas respectivas mulheres, as entrevistas foram privadas.

O caráter coletivo foi muito importante porque permitiu controlar o viés de lembrança, na medida em que, na entrevista de uma pessoa, as outras colaboravam lembrando fatos importantes como matrimônios, nascimento de crianças, morte de crianças etc.

- e) Análises dos dados quantitativos – Por se tratar de um número pequeno de mulheres, as variáveis intermediárias da fecundidade são trabalhadas como médias gerais. Além disso, as mulheres são classificadas em três grupos

etários, seguindo critérios de classificação demográficos: menos de 25 anos; 25 a 44 anos e 45 e mais

Por se tratar de sociedades que apresentam muita variabilidade nas taxas, este estudo trabalha as taxas médias de fecundidade para os últimos quatro anos, comparando-se a Taxa de Fecundidade Total com a Taxa de Fecundidade das mulheres ao finalizar o seu período reprodutivo (esta é também chamada Taxa Final de Fecundidade ou Taxa Completada de Fecundidade). Procederam-se ainda às análises retrospectivas da fecundidade, pretendendo-se analisar as tendências da fecundidade nos últimos 53 anos, comparar a Taxa de Fecundidade Total, projetada desde 1946, com a Taxa de Fecundidade Total no momento atual e, por sua vez, compará-la com a Taxa de Fecundidade das mulheres maiores de 50 anos.

Atualmente, o número de mulheres é muito reduzido (28 em idade reprodutiva, e 5 que finalizaram seu período), mas o refinamento na coleta de dados e a confrontação dos dados obtidos pelas variáveis intermediárias da fecundidade, pelas taxas de fecundidade e sua correlação com a própria cultura conferem ao estudo validade interna.

1.6.3.3 O Método Qualitativo

O método utilizado para os aspectos qualitativos foi o etnográfico. A etnografia é um método de pesquisa social em que o etnógrafo participa, de forma encoberta ou aberta, da vida cotidiana e coleta todo tipo de dados concernentes ao tema que deseja estudar. O etnógrafo observa, escuta, pergunta, grava conversações ou rituais e fotografa cenas (Hammersly & Atkinson, 1984.).

O trabalho qualitativo foi feito com informante-chave. Os informantes-chaves foram pessoas que, além de ter conhecimento, tinham facilidade para socializá-lo, disposição para fazê-lo; sendo os informantes homens e mulheres, porque a reprodução faz referência as dimensões de organização genérica, identidade masculina e feminina, papéis de gênero e exercício da sexualidade (Figueroa, *op. cit.*). Os informantes foram selecionados pelo método de “bola de neve”: um informante orienta o pesquisador sobre quem pode ser outro informante (Taylor & Bogdan, 1992: 109). Por muitos Guarani de Paraty não falarem português, ou terem vergonha de falá-lo, procedeu-se à ajuda de tradutor, sendo este o agente indígena de saúde, mas algumas vezes foi outro homem ou uma mulher da comunidade.

O estudo não pretendeu ter uma amostra estatisticamente representativa, porém procurou-se detectar atores relevantes para obter as diversas interpretações, as atitudes e crenças face aos eventos obstétricos. A amostragem de pessoas foi feita segundo:

- a) idade: pessoas jovens, pessoas de idade média e pessoas de idade avançada;
- b) *status* social: professor, promotor de saúde, chefe, parteira, líderes etc., posto que eles, em vista de sua posição social, desempenham um papel decisivo na formação e propagação de opinião dentro da comunidade;
- c) gênero: os conhecimentos dos homens podem ser diferentes daqueles das mulheres. De fato, elas experimentam na própria carne a experiência da fecundidade.

Para o projeto foram selecionados como informantes:

- a) duas mulheres parteiras, com mais de 50 anos, por serem depositárias de uma maior experiência e conhecimento que socializam com a população mais jovem;
- b) cinco mulheres com idades entre 14 a 49 anos, por estarem vivendo, nesse momento, a experiência reprodutiva;
- c) dois homens, por serem estes depositários de imagens culturais que conferem a cada gênero um lugar na reprodução na sociedade, e por serem atores que na comunidade Guarani mediam na intervenção social sobre a fecundidade;
- d) cinco líderes: 2 caciques; 1 pajé, que logo após tirar consentimento de Nhanderú procederam gentilmente à entrevista; 1 agente indígena de saúde (este foi a primeira pessoa a ser entrevistada); 1 professor.

Não foi planejado um número específico de pessoas a entrevistar, pois no momento em que o investigador acha que a informação começa a se repetir e que não aparecem novos elementos de importância para o tema de estudo, pode-se considerar terminada a coleta da informação. Essa determinação tem sido chamada *saturação teórica*, (Glaser & Strauss, 1967 *apud* Taylor & Bogdan, *op. cit.*), e *saturação de conhecimento*, por Bertaux (1993). A *saturação*, segundo esses autores, confere a idéia de “representatividade”.

Como ferramenta básica foram trabalhadas as entrevistas. A entrevista é uma técnica que comporta a utilização de perguntas mais ou menos diretas, dirigidas a um informante. O propósito é reunir dados sobre o tema objeto de estudo. Através da entrevista, o investigador procura obter relatório contidos na fala dos atores sociais, visando a compreender o ponto de vista destes (Minayo, 1994 e 1999). As modalidades de entrevistas utilizadas foram a semi-estruturada e a entrevista em profundidade. Na fase avançada do projeto, foi trabalhada a entrevista aberta, com o propósito de que o relato livre do informante permitisse ampliar a matéria do estudo, para a compreensão mais integral da realidade e do conhecimento que estava sendo produzido. Igualmente foi feita observação participante, compreendida como observação e contato direto do investigador com o fenômeno observado, a fim de tomar as ações dos atores em seu contexto natural (Chizzotti, 1995). Por se tratar de um trabalho etnográfico, dá-se preferência aos depoimentos dos informantes, os quais são transcritos no texto entre aspas (“...”) e com letra itálica.

Alguns etnógrafos argumentam a importância de socializar as análises feitas com os próprios atores, a fim de comprovar se eles reconhecem ou concordam com os juízos emitidos (Bloor, 1978 *apud* Hammersley & Atkinson, 1994). Por se tratar aqui de temas muito transcendentais nas vidas dos Guarani-Mbyá de Paraty, como parte da metodologia, uma vez sistematizado o material coletado no campo, analisado e confrontado com a literatura, o mesmo foi analisado novamente com os Guarani. Ou seja, ocorreu um processo interativo.

O tempo de trabalho de campo foi de 80 dias, distribuídos em períodos entre 15 a 7 dias. Os períodos foram curtos porque o Guarani é muito fechado ao “branco”, o que é uma forma de preservar sua cultura. Face à boa amizade feita com eles e de ter tido o privilégio de participar no ritual da reza, por convite espontâneo deles, às vezes se “sentiu no ar” o desejo de estarem sozinhos. De qualquer jeito, o pesquisador é um agente estranho e, às vezes, as comunidades acham que eles interferem de algum modo em seu cotidiano. Por respeito ao grupo, preferiu-se fazer o trabalho de campo por curtos períodos.

Os Anexos 1⁸ e 2 consignam os formulários das entrevistas de demografia e fecundidade, e o Anexo 3 apresenta os aspectos chaves referentes à percepção cultural

⁸ No formulário nº1, a palavra “Ego” é a forma como a antropologia designa a posição a partir da qual se descrevem as relações de parentesco (Héritier, 1996;. Castro, 1992).

sobre os eventos reprodutivos. Tais formulários não foram uma ferramenta fechada; as perguntas foram moldadas de acordo com o gênero dos informantes e segundo a forma que as entrevistas tomaram em seu desenvolvimento ou conforme os aspectos que, de acordo com a cultura, mereceriam o devido respeito.

1.6.4. Retribuição à comunidade: cursos de saúde

Quando se fala de triangulação ou de interdisciplinaridade, refere-se a uma articulação, a um intercâmbio entre duas ou mais disciplinas, no qual se constrói o conhecimento e, no final do processo, ambas disciplinas saem enriquecidas. Na presente investigação, o trabalho foi realizado entre dois atores: comunidade Guarani e investigador. O investigador sempre sai enriquecido e a comunidade quase sempre fica “aí, e na mesma”. Por questões éticas, por compromisso social do pesquisador, através deste projeto foi feito um curso de saúde, por meio de prévio acordo com a comunidade e segundo suas necessidades. Procurou-se, através do curso, abrir um espaço para que a comunidade refletisse sobre práticas preventivas de enfermidades; para encontrar pontos de articulação entre o saber tradicional e o saber ocidental em saúde, que redundasse em benefício dos indígenas Guarani. O curso de saúde foi sobre Plantas Medicinais Disponíveis na Aldeia de Paraty-Mirim, e a partir deste foi elaborada uma cartilha que está de posse da aldeia. Além disso, um exemplar desta pesquisa será entregue aos Guarani.

CAPÍTULO II

OS GUARANI-MBYÁ EM SUA PEREGRINAÇÃO POR PARATY

2.1. POPULAÇÃO

O povoamento de Paraty-Mirim reiniciou-se no ano de 1991. O cacique Miguel Benite assim relata o motivo de sua vinda:

“Eu nasci em Foz de Iguaçu, Paraná, meus pais eram do Paraguai. De Foz de Iguaçu passei morar em Porto Aguirre (Argentina). Logo voltei para Toledo (Paraná), de aí morei em Porto Guaira (Foz de Iguaçu), logo em Porto Mendes (Pato Brogado, PR), logo morei em Palmerinha (PR) onde casei com Maria Ângela, de aí passei para Rio das Cobras (Laranjeiras do Sul, PR), lá nasceram todos meus filhos. Depois fomos morar em Palmerinha (PR), de lá voltamos para Rio das Cobras (Laranjeiras do Sul, PR), de lá viajamos para Itariri (SP), ficamos pouco tempo em Itariri. Logo fomos convidados para viver em Boa Esperança (Aracruz, ES). Eu morava em Boa Esperança, um dia dona Maria, minha avô, perguntou para mim: ‘Você se agrada aqui em nossa aldeia?’, ‘Me agrado sim’, respondi, ‘mas não muito, porque o que se planta não cresce muito’, e ela disse: ‘Olha meu filho, eu sei de um lugar que é nosso, mais você tem que virar para trás, tem que virar para trás... você, eu vou mandar com meu filho João, mas, você tem que virar, vai e investiga em Paraty, se tem moradores lá’. A gente viajou, vimos as terras, voltamos para o Espírito Santo, ficamos pensando. Daí procuramos a Mariza da FUNAI, viemos com ela: eu, Mariza, Rômulo, João meu primo irmão e outro rapaz, eles fizeram o levantamento. Logo depois viemos morar em Bracuí, para trabalhar na recuperação da terra, estando mais perto. Logo Rômulo levou-nos para Araponga, para ficar ainda mais perto. Cinco anos demorou para ficar pronto Paraty-Mirim. Chegamos, fizemos uma barraca com plástico e a FUNAI providenciou comida por 4 meses”. (Miguel Benite, cacique de Paraty Mirim)

Segundo o cacique da aldeia, *“chegar a Paraty-Mirim foi importante porque, neste lugar aconteceu um fato importante com um pajé”*, por tanto, o cacique expressa o desejo de *“ser levados ao céu em corpo e alma como ocorreu com o pajé Aparecido: ele e sua família foram levados por Nhananderú-, em corpo e alma ao céu, das praias de Paraty-Mirim; se nós formos bem comportados, poderemos ganhar de Nhanderú a subida ao céu”* (Miguel Benite, cacique de Paraty).

A Paraty chegaram no ano de 1991 o senhor Miguel Benite (de 65 anos), dona Maria Angela, sua mulher (de 64 anos), sua filha Deva, Márcio, filho da Deva, Paulina Benite, neta; Eva Benite com seu esposo João da Silva; Serafim Benite com sua esposa Maria Garcia e seus quatro filhos; Pedro Benite e Iracema Garcia, sua mulher, mais dois

filhos; Roque Benite com sua mulher Ana Rosa Pereira da Silva e dois filhos. O senhor Miguel e seus parentes fizeram uma barraca onde moraram inicialmente juntos, para logo depois construir, cada um, sua casa. Após o assentamento dessa família, outras famílias começaram a chegar a Paraty-Mirim.

A aldeia de Araponga iniciou o povoamento em 1969; teve um primeiro cacique, cujo nome os indígenas não lembram, logo teve o segundo chamado Alcides, e após Alcides toma a chefia o Sr. Agostinho da Silva, que chegou a Araponga em 1987 com sua mulher, Marciana de Oliveira e seis filhos. A história do cacique de Araponga é diferente, posto que ele não viajou com fins de fundar uma aldeia; sua chegada a Araponga é relatada assim:

“Eu nasci em Chapecou (Chapecou, PR), lá eu casei e teve um filho, logo me separei de minha mulher e viajei para Uruguai. No Uruguai me casei com Marciana. De Uruguai voltamos para Guarita (Tenente Portela, RS), de lá fomos morar Cacique Dobler (Cacique Dobler, RS), de lá fomos para Osório (Porto Alegre, RS). De lá viajamos a Palmerinha (PR) e de Palmerinha fomos para Ibirama (SC). A história é longa... Faz quarenta anos que começou a aldeia, eu sou o terceiro cacique. Quando eu vim para cá Arcides saiu para Barragem, era Natal. Quando Arcides chegou lá a gente fez festa, festa de Natal, ele tomou pinga, e caiu na água e morreu. Então FUNAI falou: o cacique morreu, você tem que ser cacique porque vai entrar a medição da terra, e aí eu fiquei cacique. Antes de Araponga eu morava em Ibirama, SC. Em Bracuí morava meu parente, ele me diz que no Rio de Janeiro tinha mais terra e mato para morar, que tinha mais peixe e mato que Santa Catarina e Paraná, por que em Paraná e Santa Catarina já não tem mato, o índio cortou e vendeu. Então nós saímos com o cacique Marciano e filhos e chegamos a Ubatuba, lá ficamos um tempinho. Logo após, o cacique João, de Bracuí, que é meu primo, me convidou para morar lá; ficamos morando lá três anos. Logo o cacique de Araponga que era meu tio falou: você quer vir para cá, aqui vamos plantar e morar. Quando eu tinha três meses de moradia (em Araponga), aí foi que Arcides fez a viagem para Barragem, e aí aconteceu... Gosto de ser cacique porque Araponga não tem branco; porque não entra branco; porque não temos problemas com o branco. Mas Araponga tem problema porque é muito longe da estrada, é difícil para sair e entrar com carga, agora ganhamos da FUNAI dois burros para ajudar”(Agostinho da Silva, cacique de Araponga).

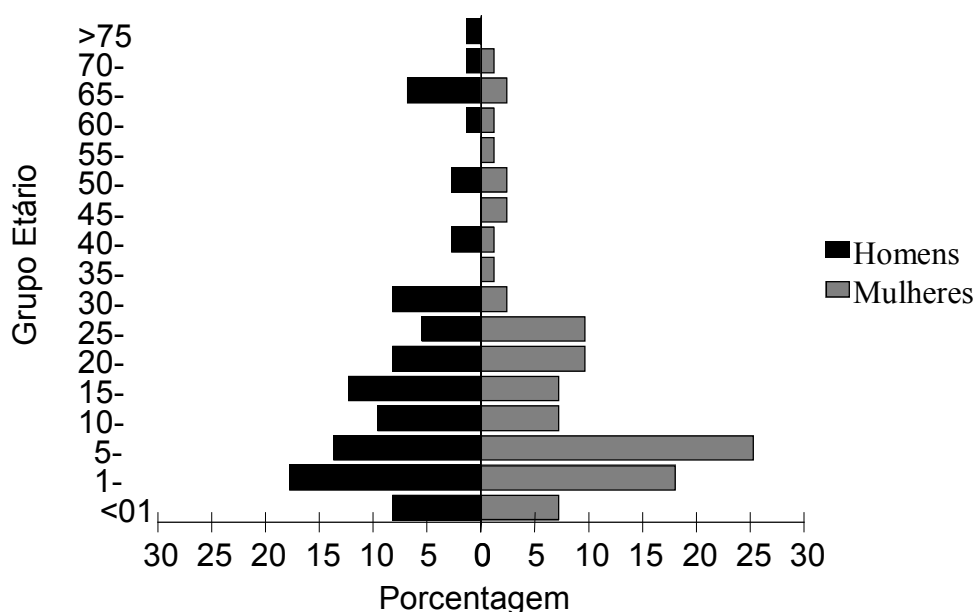
2.1.1. Estrutura populacional dos Guarani-Mbyá de Paraty

Um dos objetivos fundamentais da demografia é o estudo sistemático da população: sua distribuição no tempo e espaço, sua estrutura por idade e sexo, e as mudanças que acontecem no seu desenvolvimento (Rico-Velasco, 1990). O gráfico da estrutura de população por idade e sexo na pirâmide populacional fornece evidências de

fatos vitais, como fecundidade, mortalidade e fatos sociais, como migração (Haupt & Kane, 1991). A partir dessas estruturas, pode-se analisar as implicações e imbricações na vida social e econômica dos grupos. No momento de trabalho de campo, os Guarani-Mbyá totalizavam 156 pessoas e nesse grupo foram feitas as análises.

Figura 3

**Pirâmide Populacional dos Guarani-Mbyá
Paraty, Rio de Janeiro - 1999**



A pirâmide populacional abrange um grande número de gerações em diferentes fases de sua evolução, mas não fornece a evolução de uma geração no tempo. No entanto, a visão transversal dá uma idéia de evolução da população, isto é, sobre as mudanças no tempo (Haupt & Kane, *op. cit.*). Tendo presente que este estudo trata dos Guarani-Mbyá que recentemente chegaram a essa localidade, é difícil afirmar que temos uma visão da evolução longitudinal dessa população. Se esse grupo tivesse um assentamento de longo tempo poder-se-ia perguntar: onde estão os homens na faixa etária de 35-39 anos, de 45-49 anos? Morreram? Fugiram? Migraram?

A pirâmide populacional dos Guarani de Paraty, para o ano de 1999 (Figura 3), mostra uma população de alta fecundidade, alta mortalidade e predomínio de população jovem. Observa-se uma estrutura populacional progressiva, segundo Wipple (*apud* Santos *et al.*, 1980) ou pirâmide com perfil populacional expansivo, segundo Haupt & Kane (*op. cit.*), na qual as idades menores apresentam um número populacional maior que a faixa de idade seguinte.

Ao analisar a estrutura da população por idade e sexo (Tabela 2), encontra-se que 26,28% da população corresponde a menores de 5 anos; 53,21% a menores de 15 anos; 18,5% mulheres em idade fértil (14-49anos); 6,4% população maior que 64 anos, e 71,15% corresponde ao grupo materno-infantil (menores de 15 anos e mulheres de 14-49 anos). A idade média é de 19,07 anos, e a idade mediana é de 12.92 anos, o quer dizer que 50% da população é menor que 12,9 anos.

Tabela 2 - Composição por idade e sexo
Guarani-Mbyá, Paraty, Rio de Janeiro, 1999

Grupo Etário	Homens		Mulheres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
> 1	6	8.22	6	7.23	12	7.69
1 a 4	13	17.81	15	18.07	28	17.95
5 a 9	10	13.70	21	25.30	31	19.87
10 a 14	7	9.59	6	7.23	13	8.33
15 a 19	9	12.33	6	7.23	15	9.62
20 a 24	6	8.22	8	9.64	14	8.97
25 a 29	4	5.48	8	9.64	12	7.69
30 a 34	6	8.22	2	2.41	8	5.13
35 a 39	0	0.00	1	1.20	1	0.64
40 a 44	2	2.74	1	1.20	3	1.92
45 a 49	0	0.00	2	2.41	2	1.28
50 a 54	2	2.74	2	2.41	4	2.56
55 a 59	0	0.00	1	1.20	1	0.64
60 a 64	1	1.37	1	1.20	2	1.28
65 a 69	5	6.85	2	2.41	7	4.49
70 a 74	1	1.37	1	1.20	2	1.28
75 E +	1	1.37	0	0.00	1	0.64
TOTAL	73	100	83	100	156	100

2.1.2. Índice de Masculinidade

Normalmente se espera o nascimento de 105 meninos frente a 100 meninas, mas durante o decorrer da vida morrem mais homens que mulheres, diminuindo nas idades superiores o número de homens. Essas mudanças, na razão de sexo, levam a variações em

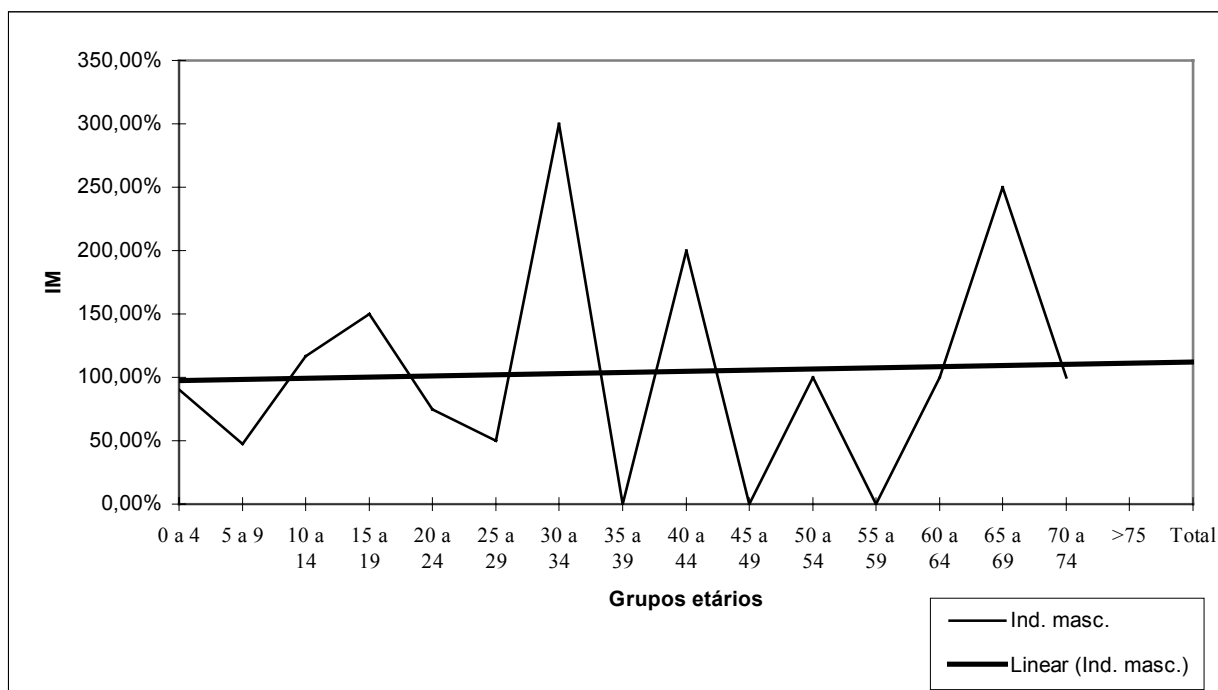
alguns dos papéis sociais e culturais (Rico-Velasco, 1990: 15). Em termos gerais, o índice de masculinidade para os Guarani de Paraty tem um comportamento muito variável nos diferentes grupos de idade (Tabela 3). No entanto, ao compor graficamente o índice por grupo etário (Gráfico 1), se simula uma tendência quase contínua, isto é, a proporção de homens e mulheres sustenta-se igualmente através dos grupos etários

Sendo numericamente similar o número de homens de 15-49 anos com respeito às mulheres do mesmo grupo etário, socialmente a carência de homens em dois grupos etários, segundo a observação participante, representa um custo social e econômico elevado. Isso porque duas mulheres jovens e solteiras não têm opção dentro da comunidade para eleger companheiro e, igualmente, duas mulheres separadas e com filhos encontram-se sem opção para ter um novo esposo dentro da aldeia. Um esposo é importante, para que a ajude a levar a carga econômica, ou para seu apoio social ou afetivo. Isto implica mobilidade das mulheres para outras aldeias ou migração de homens para esse município. Numa leitura do ponto de vista demográfico, o grupo estaria em equilíbrio entre o número de mulheres e homens, mas por se tratar de um grupo numericamente pequeno, no qual 80% são famílias, esse balanço não existe.

Tabela 3 - Índice de masculinidade
Guarani-Mbyá, Paraty, Rio de Janeiro, 1999

Grupos Etários	Homens	Mulheres	Ind. Masc. %
0 a 4	19	21	90,48
5 a 9	10	21	47,62
10 a 14	7	6	116,67
15 a 19	9	6	150,00
20 a 24	6	8	75,00
25 a 29	4	8	50,00
30 a 34	6	2	300,00
35 a 39	0	1	0,00
40 a 44	2	1	200,00
45 a 49	0	2	0,00
50 a 54	2	2	100,00
55 a 59	0	1	0,00
60 a 64	1	1	100,00
65 a 69	5	2	250,00
70 a 74	1	1	100,00
>75	1	0	100,00
Total	73	83	87,95

Gráfico 1 - Índice de masculinidade por grupo etário
Guarani-Mbyá, Paraty, Rio de Janeiro, 1999



2.1.3. População dependente

Na análise da população dependente — compreendida como a relação entre pessoas em idade dependente (menores de 15 anos e maiores de 64 anos) e as pessoas em idade economicamente produtiva (15 a 64 anos) (Haupt & Kane, *op. cit.*) — temos uma razão de 1,52; isto quer dizer que cada adulto deve sustentar-se a si mesmo e a 1,5 pessoas mais. Fazendo a leitura desde o ponto de vista da cultura Guarani, encontra-se que a população maior de 64 anos continua trabalhando na agricultura até se incapacitar fisicamente e os meninos começam a trabalhar a partir dos 12 anos de idade. Porém, a razão de população dependente, de acordo com a leitura cultural, é de 1/1, ou seja, cada pessoa com idade de trabalhar deve cuidar de si mesmo e de mais outra pessoa.

A incorporação de jovens Guarani menores de 15 anos nas atividades econômicas e a continuidade dos velhos na lavoura, são fatores que favorecem esse indicador. Isso ocorre porque os compromissos econômicos são compartilhados dentro do grupo familiar — neste caso, por se tratar de lavouras agrícolas para a auto-sustentação. No entanto, nos momentos de escassez alimentar, a população muito jovem ou a população velha não são incluídas no trabalho com o branco. Isso aumenta a razão da população dependente e ainda eleva o esforço de trabalho da população independente.

2.1.4. Mudanças Populacionais nos Guarani-Mbyá de Paraty

As análises sobre a extensão territorial e as variações na população dadas pelos nascimentos, pelas mortes e pelas migrações têm importância, no sentido de permitir olhar o presente e visualizar o futuro. Adiante, analisa-se o aumento natural, a taxa de aumento natural, a taxa de crescimento e o tempo de duplicação da população, se o grupo continuar com essa dinâmica populacional. As taxas são calculadas para os anos de 1997, 1998, 1999. A Tabela 4 apresenta as informações básicas que darão origem às taxas que relacionam as mudanças na dinâmica demográfica da população em estudo.

Como se observa na Tabela 5, a Taxa (%) líquida de migração para esses anos (1997, 1998, 1999) oscila em torno de -0,64 e 10,27. A taxa de aumento natural (a qual relaciona os nascimentos menos os óbitos, sobre a população total), que expressa o ritmo no qual a população está aumentando, gira de 4,79 a 7,05 pessoas por ano. A taxa de crescimento (que relaciona a taxa de aumento natural mais a taxa líquida de migração) refere um aumento em torno de 6,41 e 15,06 pessoas X 100. Tanto a taxa de aumento como a de crescimento são muito elevadas. A razão pela qual a taxa de crescimento é mais elevada deve-se a que esta tem em conta a migração. Em relação ao tempo de duplicação da população, os resultados da Tabela 5 expressam que, se a dinâmica populacional continuar nesse ritmo, a população Guarani do Município de Paraty se duplicaria em torno de 4,65 anos e 10,92 anos¹. O curto período de tempo para duplicação da população tem grandes repercussões sociais e econômicas, principalmente na aldeia de Paraty-Mirim, em razão da pouca extensão de terra, tal como será analisado no final deste capítulo.

Tabela 4 - Mudanças populacionais nos Guarani-Mbyá, de 1991 a 1999
Paraty, Rio de Janeiro, 1999

Ano	População do ano anterior	Nascimentos	Imigrantes	Emigrantes	População total	Mortes
1991	63					
1996	105	6			111	
1997	111	9	28	23	124	1
1998	124	7	51	36	146	
1999	146	11	14	15	156	

¹O aumento populacional não é só dos Guarani de Paraty. Ribeiro D. (1986: 432) estimava, para 1957, uma população Tupi de doze mil e quatrocentos pessoas e Ricardo (1995) reportava, para 1995, um número de 30.000 indígenas. Comparando o número dos Guarani dado por Ribeiro D para o ano de 1957 com o número de 30.000 que reporta Ricardo, pode-se dizer que os Guarani do Brasil aumentaram 2,4 vezes seu número num período de 38 anos.

Tabela 5 - Tempo de duplicação da população Guarani-Mbyá
Paraty, Rio de Janeiro, 1999

Anos	Taxa de Imigração (X100)	Taxa de emigração (X100)	Taxa Líquida de Migração (X 100)	Taxa de aumento natural	Taxa de Crescimento (100)	Tempo de duplicação
1991						
1996						
1997	22,58	18,55	4,03	6,45*	10,48	6,66
1998	34,93	2,46	10,27	4,79	15,06	4,65
1999	8,97	9,61	- 0,64	7,05	6,41	10,92

*Ocorreu um óbito infantil.

2.2. ORGANIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA

2.2.1. Padrão de povoamento e moradia

Os Guarani do Município de Paraty têm um povoamento nuclear. A localização das casas não segue um centro geográfico, o padrão de referência é dado pela casa do cacique ou do líder principal, ou pela casa de reza.

A casa de reza corresponde a uma construção especial para a celebração diária dos rituais religiosos noturno e para os rituais de “cura” ou xamanismo, rituais de batismos, rituais funerários, entre outros. Corresponde a um só espaço de forma retangular. Em geral a casa de reza, dos Guarani de Paraty, apresenta 5 metros de fundo e 4 metros de largura, sendo tais dimensões o dobro do tamanho de uma casa normal. As paredes são feitas de bambu e barro, teto de duas águas de fibra vegetal (palha), o chão em terra batida. Apresenta só uma porta, dirigida para o leste, e não apresenta janelas. O interior é iluminado por lâmpadas de querosene. No lado oeste se encontra uma tarimba de madeira, na qual repousam os instrumentos musicais: a *takuara* (instrumento de percussão feminino), o *mbaraka* (instrumento de percussão masculino), violão, as flechas sagradas. Num canto deste setor, oeste, localizam-se uma garrafa grande com água e uma xícara (na medida que avança a reza, as pessoas que estão liderando vão tomando goles de água para enxaguar suas bocas, também bebem um pouco de água). De frente para a tarimba é colocado um banco de madeira reservado para as pessoas que acionam os instrumentos musicais. Nos lados laterais da casa de reza encontram-se bancos de madeira; um lado é reservado para os homens e o outro para as mulheres. Estas também levam lenços para colocar no chão, deste jeito as crianças podem repousar e até dormir enquanto dura o ritual.

Ao redor ou vizinho à casa de reza ou à casa do cacique, são construídas as vivendas dos filhos casados e parentes do cacique. Seguidamente, localizam-se as outras casas. As casas não seguem uma posição circular ou linear (Verani e Soares, 1996).

Os Guarani expressam que “*antigamente, nós não fazíamos casas, nossos avós moravam no mato, mas a história diz que, há muito tempo surgiu um monstro, e o antepassado descobriu a moradia como uma forma de se defender*” (professor de Paraty-Mirim). As vivendas são retangulares, feitas de paredes de bambu e barro, teto de duas águas de fibra vegetal (palha), com o chão em terra batida. As casas têm dois compartimentos: um pequeno, correspondente à cozinha, e outro maior, que corresponde basicamente a área de dormitório. Os dois compartimentos estão separados por uma parede feita do mesmo material da casa e se comunicam por uma porta. O espaço do dormitório consta de várias *tarimbas* (cama) de madeira, elaboradas por eles mesmos; as roupas são penduradas num pau que atravessa do extremo de uma parede a outra. O espaço do dormitório também tem cestos de fibra vegetal para guardar seus pertences.

A cozinha apresenta uma mesa alta feita em madeira, o fogão de lenha é construído sob o chão. A localização do fogão depende da corrente de circulação do ar, isto é, procura-se que as correntes de vento levem a maior quantidade da fumaça, ficando só uma pouca quantidade circulando pela vivenda, de tal forma que esta seja repelente contra os mosquitos e, além disso, o calor do fogão es quente a casa à noite. A área que circunda a casa é livre do mato e de lama. No caso da aldeia Araponga, por se tratar de uma única família extensa, o setor da cozinha é comunitário e a sua localização fica fora das casas. Portanto, à noite, cada família faz uma pequena fogueira dentro de sua casa pelos motivos já assinalados.

Paraty-Mirim tira água de um poço artesiano através de energia solar, e também possui um pequeno riacho que cruza a aldeia, porém sua água não é utilizada, por estar poluída com produtos químicos vindos de fazendas que ficam acima da aldeia. Entretanto, Araponga é abastecida por três riachos que possuem mananciais suficientes para a aldeia.

A aldeia de Araponga apresenta um menor número de moradores (20 pessoas) e a aldeia de Paraty-Mirim apresenta um número maior (136 pessoas). As diferenças no tamanho das populações podem estar relacionadas com a distância entre o ponto do ônibus e a aldeia de Araponga (7 km), que é percorrida pelos indígenas a pé. Isto dificulta a saída

de uma pessoa doente, ou a entrada ou saída de uma carga de alimento, ou de outro material. A outra razão pode ser o fato de que as famílias indígenas não queiram se submeter à autoridade do cacique atual de Araponga, que exerce uma autoridade muito rigorosa. Além disso, a aldeia de Paraty-Mirim está localizada na estrada que une a cidade à praia turística de Paraty-Mirim, permitindo a passagem contínua de turistas e possibilitando a venda do artesanato na estrada. Um ônibus passa pela aldeia três vezes ao dia. Por sua vez o ônibus permite um fácil deslocamento dos indígenas para a cidade.

2.2.2. Organização Social

2.2.2.1. Família

A base da família é dada pelos esposos. O casamento como instituição exige o cumprimento de certas regras sociais que dão legitimidade à aliança (Laburthe-Tolra & Warnier, 1999). No caso da cultura Guarani:

“o noivo deve dar periodicamente presentes aos sogros para agrada-lhes. Os noivos dizem que querem se casar, o pajé ou o cacique faz reza na casa de reza. A reza pode ser ao meio dia; nessa cerimônia simples dá-se conselhos aos noivos para viverem bem, para se agradarem mutuamente). A mulher deve obedecer sem responder nem uma palavra e não deve trair seu marido, o homem também deve respeitar a sua mulher, não trai-la, logo se puder, faz uma festinha para agradecer” (homem de 44 anos).

Os casais podem entrar em união oficialmente, em cerimônia feita pelo pajé ou líder, ou pela simples união dos casais; não tendo consentimento afirmativo pelas famílias dos noivos, o casal pode fugir. Nos Guarani-Mbyá de Paraty, o casamento é monogâmico e é proibido o incesto: casamento entre familiares é proibido, eles expressam que uma pessoa por exemplo da família Benite pode casar com um outra da família da Silva, mas não pode casar uma pessoa da família Benite com outra da família Benite. Nesta pesquisa não se aprofundou os graus de consangüinidade no parentesco ou tipo de parentesco). A proibição de matrimônio entre famílias tem sua raiz na religião. Retomando uns dos relatos do Capítulo I, referente ao povoamento do mundo, ter-se-ia que *Nhanderú* cuidou para que os casais fossem homens e mulheres de paraísos diferentes.

Nos Guarani-Mbyá, a residência tem um padrão de bilocalidade, isto é, pode ser virilocal (mora-se na casa dos pais do noivo) ou uxorilocal (morando na casa dos pais da noiva). No entanto, segundo as observações de campo, a preferência é por uma residência inicialmente uxorilocal. Dependendo das condições econômicas, ou do relacionamento

com a família, os casais podem trocar a residência por virilocal ou neolocal (casa independente).

Nas duas aldeias encontram-se 22 vivendas: 19 de Paraty-Mirim e 3 de Araponga. A média geral de pessoas por vivenda é de 7,59. Fazendo-se a análise por tipo de família, encontra-se que 65% delas são nucleares (família composta por pai, mãe e filhos), nas quais a média de pessoas é de 5,8; 35% são famílias extensas (família constituída por várias gerações), com uma média de 11,28 pessoas. Sendo o chefe da família, de preferência, o cônjuge da família principal da vivenda, ou o homem mais idoso, economicamente ativo e mentalmente lúcido.

2.2.2.2. Escolaridade

Os artigos 210, parágrafo II, e 231 da Constituição Brasileira garantem o direito à educação em sua própria língua e o respeito de seus costumes e tradições². As crianças Guarani de Paraty recebem aulas de professores indígenas bilíngües, sendo alfabetizadas na língua Guarani e, posteriormente, é dada ênfase na aprendizagem da língua portuguesa, pois conhecer a língua portuguesa é considerado um mecanismo de sobrevivência. Os currículos de estudo estão centrados nos da sociedade envolvente, mas isto não quer dizer que os professores indígenas não ensinam sobre a base da cultura Guarani; de fato, os professores estão tentando resgatar e fortalecer todos os aspectos da cultura.

A importância da escola, segundo o líder principal de Paraty-Mirim, cacique Miguel Benite, é relacionada à necessidade de estudar ou pelo menos saber ler e escrever, para se defender do branco. Existe nessas comunidades a necessidade de se preparar, principalmente, em leitura e escrita na língua portuguesa. Vejamos o depoimento do professor indígena:

“Estudei dois anos com o professor Machado. A gente falava em minha comunidade (Boa Vista/SP) o problema que se apresentava por não estudar. Me imaginei que era importante trabalhar em educação para passar o que sei para as crianças. Compreendi que essa era minha missão, mesmo que eu não tenha quem pague para mim (remuneração econômica). Me interessei em educação porque futuramente posso trazer reforços para a comunidade daqui ou de outra aldeia. Quando cheguei aqui (Paraty-

² Segundo os dados da Presidência da República, para o ano de 1992, Brasil estimava que 46.900 indígenas estavam estudando (Presidência da República, 1992), no entanto o informe não esclarece os graus de escolaridade. Conforme os padrões da cultura ocidental, os indígenas apresentam uma porcentagem muito elevada de analfabetismo. A educação formal se dá, na maioria dos casos, com currículos da população não indígena; em algumas comunidades conta-se com professores bilíngües.

Mirim/RJ), com intenção de ficar uma semana, porque logo iria para São Paulo, só que nesse dia o cacique fez uma reunião dizendo que faltava um professor para dar educação, e aí o cacique falou para mim, se não poderia ajudar por dois anos, e aí fiquei. Trabalho com currículo de branco e de índio, [...]. Alguns pais opinam que a escola faz a criança preguiçosa, que a escola é ruim, outros, ao contrário, opinam que a escola é boa e gostam que as crianças assistam a ela e apoiam a escola”.(Professor de Paraty-Mirim)

As duas aldeias têm professores que não estão vinculados ao Ministério da Educação. Paraty-Mirim não tem local apropriado, o professor dá aula na casa de reza; por ser este um lugar fechado, trabalha-se à luz de lamparinas de querosene. A aldeia de Araponga tem escola construída por eles mesmos. Atualmente, 22 crianças estudam em Paraty-Mirim e 8 em Araponga, cursando primeira série do ensino fundamental. Por não ter vinculação com o Ministério da Educação, os professores não recebem salário, e por isso mesmo as crianças não têm direito a merenda escolar.

Entre as pessoas maiores de 15 anos, 36% informam saber ler e escrever; das 22 famílias, em 18 delas há, no mínimo, uma pessoa que sabe ler e escrever. Os anos de escolaridade entre os maiores de 15 anos, que estudaram, correspondem ao ensino fundamental: 43,3% - primeira série; 23,3% - segunda série; 13,3% - terceira série, ou seja, 79,9% cursaram até a terceira série; a porcentagem restante corresponde a quarta, quinta, sexta e sétima séries. Duas pessoas manifestam ter estudado, mas não aprenderam a ler nem a escrever, e 64% da população não sabem ler nem escrever.

2.2.2.3. Organização Política

Cada grupo indígena brasileiro possui uma organização interna, muitas delas baseadas na autonomia do grupo familiar, a qual não precisa obrigatoriamente ser reconhecida pelas autoridades do Governo nacional. Face à necessidade de haver mediadores entre as comunidades e as instituições do país, os grupos indígenas têm formado suas próprias organizações. Os Guarani do Estado do Rio de Janeiro têm uma estrutura organizativa que os representa frente ao governo e à sociedade envolvente. Essa organização está formada por um cacique, um vice-cacique, um secretário e um tesoureiro. No entanto, a organização não tem muito peso frente ao contexto do município de Paraty, o qual significa que este grupo indígena não tem um órgão próprio capacitado para mediar e intervir nas decisões que o governo considere para eles. De fato, os indígenas brasileiros estão sob tutela da Fundação Nacional do Índio (FUNAI).

O cacique Guarani-Mbyá é o líder político principal. Sua consagração pode ser por eleição da própria comunidade, tendo em conta seu conhecimento da cultura, sua capacidade para a reza e sua liderança; ou pode-se auto-eleger, pelo fato de dirigir uma migração e formar um novo aldeamento, como ocorreu com o cacique de Paraty-Mirim. O cacique tem caráter vitalício, mas pode renunciar ao cargo por doenças ou velhice, podendo ainda ser retirado do cargo, por mau comportamento.

2.2.3. Meios de Subsistência dos Guarani-Mbyá

A terra é a base da subsistência dos Guarani, que dela utilizam seus recursos ao mesmo tempo em que a preservam, pois sabem que é sua garantia da vida. Para os Mbyá, a terra é um bem divino, foi feita por *Nhanderu* para que todas as criaturas vivam nela (Monteiro *et al.*, 1984). A terra, para o Guarani, transcende a figura jurídica e econômica. A territorialidade engloba a noção de *eTekoho guasu*, que abrange o *Tekoha* e o *Yvy marã ey*. A primeira corresponde ao espaço físico, ao lugar natural onde se realiza a vida em comunidade, e a segunda, ao espaço sobrenatural (ver Figura nº 8). A terra, para os Guarani-Mbyá, deve ter as seguintes qualidades: ter mato para realizar as atividades de caça e pesca, ser apta para se plantar, ter água e pedras, ser alta, para que possa ser mantida uma distância (não necessariamente física) dos *jurua* (branco). (Ladeira, 1988).

O sustento econômico dos Guarani-Mbyá de Paraty deriva da economia de subsistência. Esta economia é conhecida como “(...) aquela que gera recursos apenas para a satisfação imediata das necessidades, sem produzir excedentes, isto é, ‘sobras’. Implícita no conceito de subsistência está a idéia de uma economia de escassez e do trabalho constante para obtenção de alimentos” (Silva, 1995: 341). Mas quando as condições das colheitas de alimento não são favoráveis, os Guarani de Paraty se vêem obrigados a trabalhar na agricultura, nas fazendas dos brancos, trabalhos que correspondem aos períodos sazonais³.

O sistema agrícola do grupo estudado se baseia na agricultura de derrubada, queima e plantação e de rotatividade da terra para plantar. A técnica segue os lineamentos

³ Essas economias de subsistência apresentam problemas, sobretudo quando uma epidemia que atinge todo o grupo, pela paralisação das atividades produtivas, pelo acometimento quase simultâneo de toda a comunidade. Tendo presente que a maioria das comunidades indígenas não estoca alimentos, a epidemia poderia exterminar os grupos pela doença e pela fome (Ribeiro D., 1986).

referenciados por Meggers (1976) e (Ribeiro B., 1995). Esse sistema consiste em cortar a vegetação e deixar decorrer um tempo; segundo, esse tempo seria de três meses. Logo se faz a queima, antes das primeiras chuvas. A queima permite que as cinzas e o apodrecimento dos galhos e troncos deixados sem queimar devolvam ao solo nutrientes para alimentar os brotos. Começando as chuvas, dá-se início à plantação de sementes ou mudas, assim se reduz ao mínimo a perda do nitrogênio. Além disso, os troncos que ainda estão apodrecendo vão liberando lentamente nutrientes à plantação. Segundo os Guarani de Paraty, deve-se também ter em conta a fase da lua; o momento ideal para plantar é quando a lua está mais ou menos na metade da lua crescente.

Os Guarani-Mbyá de Paraty não utilizam fertilizantes nem agrotóxico em suas terras, porém devem alternar os espaços para plantar. A estimativa para alternar os espaços baseia-se na quantidade e qualidade das colheitas de alimentos: quando o produto é pouco ou de má qualidade quer dizer que a terra está baixa em nutrientes. O território deverá então descansar por um ano e as plantações deverão ser feitas em outro setor. Esse tipo de cultivo determina que o indígena, para se sustentar, deve ter uma extensão territorial muito grande, que permita alternância dos terrenos.

2.2.3.1. Produtos Cultivados pelos Guarani de Paraty

Milho (*Zea mais*)⁴, chamado em língua Guarani, *awati*. O deus criador plantou o milho, alimento tradicional e sagrado, e o deus criador engravidou a *Kunhankarai*, ou seja, plantou vida e plantou alimento. Em razão de ser um legado de *Nhanderú* e da associação entre alimento e vida, o milho é um alimento muito valorizado pelos Guarani. É plantado nos meses de agosto, setembro e outubro; a colheita é em janeiro, para o milho verde, e fevereiro, para o milho maduro. As variedades de milho, segundo os Guarani, são: *awati ete*, milho próprio do Guarani, coletado em janeiro, quando está “amarelando”, ou seja, verde. Este milho é básico para fazer o *bodjapel* (bolo de milho) para a festa de *onhemongarai* (festa de nomeação das crianças - batismo). O outro milho é o milho do branco simplesmente denominado *awati*. É coletado no mês de fevereiro e armazenado para o consumo diário familiar. Além do bolo de milho, eles gostam de comer milho verde assado; também fazem canjica e sopas.

⁴ Os nomes científicos das plantas foram dados pela Seção de Produtos Naturais de Farmanguinhos da Fiocruz (L.Q.P.N.-Pni).

Feijão (*Phaseolus sp*), chamado em língua Guarani como *kumandã*, pode-se plantar junto com o milho, ou em qualquer mês do ano. Eles preferem plantar em tempo pouco chuvoso. As variedades reconhecidas pelos Guarani são: *kumanda sa i'*, feijão próprio do Guarani (segundo eles, é uma espécie de árvore pequena que dá uma vagem comprida por todo o ano, só que é muito suscetível a formiga); *kumanda ju*, feijão preto, do branco. Também gostam de cultivar as variedades carioquinha e vermelho.

Batata doce (*Ipomoea batatas*), chamada em língua Guarani como *je' ti'*, é plantada em setembro e colhida seis meses após. As variedades são: *je'ti'i'*, que dá todo o ano, e *je'ti'guatxu*, que é batata do branco. Cada planta nasce só uma vez por ano.

Mandioca (*Manihot esculenta*), chamada em língua Guarani de *mandi o*, pode-se plantar em qualquer mês do ano, sendo maio e agosto os melhores. A colheita da mandioca é feita um ano após a sua plantação, no entanto pode-se colher aos 6 meses. As variedades conhecidas são: *mandi o ju'*, que é mandioca amarela, e *mandi o xi*, que é mandioca branca. A mandioca, segundo a literatura, é pouco suscetível a pragas, é de alto rendimento por unidade e cresce em todo tipo de solo tropical. Sendo pobre em proteínas, tira pouco nitrogênio do solo e tem um bom aporte em calorias (Ribeiro B., 1995).

Banana (*Musa sp*), chamada em língua Guarani como *pakoba'*, é plantada em qualquer mês do ano. São selecionadas as mudas mais fortes para cultivar. As variedades que plantam são: *pakoba'ouro* e *pakoba' karape*. A banana é consumida verde (cozida) ou madura.

Cana de açúcar (*Sacttarum officinarum L.*), chamada em língua Guarani de *ta kua re' e'*. O melhor mês para plantá-la é em agosto, havendo coleta após seis meses. As variedades são: *ta kua re' e' miri*. Segundo eles, esta é uma “cana fininha e mole, cresce muito comprida, ela dá espiga, a semente dessa espiga são plantadas assim: logo que queimar o lugar para plantar, pega os grãos da espiga e joga forte sobre o terreno, não precisa de buraco, cresce em quatro meses e, é o melhor para fazer melado” (homem de 76 anos). As outras variedades de cana são: *ta kua' re' parã*, que também é cana própria do Guarani, e *ta kua're'guatxu*, que é cana do branco. Neste momento, a aldeia de Paraty-Mirim tem todos os aparelhos para produzir o melado e o estão produzindo. O melado é uma excelente fonte de calorias, mas no futuro próximo pode ter conseqüências negativas. Se não forem estabelecidas com os Guarani práticas de higiene bucal, haverá efeitos

nocivos do doce sobre os dentes (quando o doce não é removido a tempo, provoca a cárie dental).

Arroz (*Oryza sativa L.*) plantam preferivelmente em 15 de outubro e a colheita é feita após quatro meses.

Palmito (*Euterpe edulis m.*) plantam em qualquer mês do ano, e colhem após quatro anos do plantio. Este produto não faz parte da dieta diária do Guarani, porém atualmente está sendo plantado com objetivo comercial.

Quadro 1 - Ciclo anual agrícola entre os Guarani-Mbyá
Paraty, Rio de Janeiro, 1999

Meses	Cultivo	Colheita	Perene
Janeiro	Feijão da seca	Milho verde, feijão, arroz	Batata doce
Fevereiro	Feijão da seca	Milho maduro	Mandioca
Março	Capinam		Banana
Abril	Capinam		Batata doce
Maio			Mandioca
Junho		Feijão da seca	Banana
Julho		Feijão da seca	Batata doce
Agosto	Milho, Feijão, Mandioca		Mandioca
Setembro	Milho, Feijão		Banana
Outubro	Milho, Feijão		Batata doce
Novembro	Capinam		Mandioca
Dezembro	Capinam		Banana

Tal como se apresenta no Quadro 1, a safra de milho e feijão ocorre nos meses de janeiro e fevereiro. Dessa colheita depende a alimentação dos Guarani, mas a quantidade e qualidade da terra, e qualidade das sementes, impedem a sustentação durante todo o ano. A safra de milho e feijão sustenta o grupo nos primeiros meses do ano, mas a partir de maio termina a excelente mistura de feijão e milho⁵, e a comunidade fica dependendo da compra de alimentos proteicos e de alimentos energéticos industrializados.

A caça. Paraty-Mirim não dispõe de animais para caçar, no entanto, Araonga tem oferta de animais como: porco do mato, tatu, paca, cateto (é parecido com o porco do mato), quati, macaco e pássaros. O mês ideal para caçar, segundo o cacique de Araonga,

⁵ A mistura de milho e feijão é excelente, porque o feijão tem como aminoácido limitante (carente) a metionina. O qual impede que o *pool* de aminoácidos essenciais do feijão seja igual ao de uma proteína de elevado valor biológico, como a proteína do ovo. O milho tem metionina, portanto o consumo conjunto de milho e feijão provê o *pool* de aminoácidos essenciais.

“é maio, neste mês ao estar próximo o inverno os animais estão gordos, julho e agosto pelo inverno não dá para caçar, outubro, novembro e dezembro os animais estão criando e não se pode caçar”.

A pesca. Araponga não dispõe de mar ou rios para essa atividade, Paraty-Mirim faz pesca no mar através de tarrafa (espécie de rede de pesca). No entanto, de acordo com as observações do campo, raros foram os momentos nos quais eles saíram para pescar. De fato, se a atividade de pesca fosse boa, as crianças não estariam com desnutrição por déficit de proteína.

Animais domésticos. Os animais domésticos que seriam alimento para os indígenas correspondem basicamente à criação de aves, como as galinhas. A criação se faz em baixa escala, pela carência de milho para alimentá-las.

Outros alimentos, como carnes, leite, óleo, alho, cebola, macarrão, biscoito, pão, sal, açúcar etc. devem ser comprados na cidade. A compra de alimentos depende do dinheiro da venda do artesanato, só que esta é em baixa escala. Dependem do dinheiro da aposentadoria dos velhos e também do dinheiro ganho pelo trabalho sazonal para o branco.

2.2.4. Questões Referentes à Terra e População

Que implicações sociais e econômicas têm a quantidade de terra, a técnica agrícola, a economia de subsistência, a carência de alimentos protéicos, a elevada proporção de população dependente e o tempo de duplicação da população entre 4,65 e 10,9 anos, para os Guarani de Paraty?

A temática sobre a quantidade de terra que se registra para os indígenas do Brasil gera muitas discussões, porque geralmente se refere a uma cifra global de terra, sem detalhar sua especificidade. Por exemplo, o território brasileiro é 8.511.965 km² e, para o ano de 1992, segundo o Informe da Presidência da República (1992), a extensão territorial indígena era de 895.424 km², o que representava 10,52% do território brasileiro. Aproximadamente 408.000 km² dessas terras estavam em “propriedade indígena”, isto é, estavam demarcadas e homologadas. A terra restante encontrava-se em identificação ou delimitação. Para 1992 os dados referentes a terra, mostram um total de 90,081 milhões de hectares de terra para os indígenas do Brasil (Oliveira, 1995). A cifra representa 10% do território brasileiro; para 1992 reportava-se uma população indígena de 270.000,

representando 0,2% do total da população brasileira. Então a pergunta é: 0,2% da população tem 10% do território? Mas ao analisar-se as especificidades, encontra-se que dos 90,081 milhões de hectares de terra, 57,5% estão demarcados, outra parte está em vias de demarcação, outra está em processo de identificação e algumas aldeias ainda nem sequer estão identificadas. Por outra parte, as unidades energéticas existentes (usinas hidroelétricas) e as que estão em planejamento afetam quase 40% do total das terras indígenas. As estradas e ferrovias afetam 73 áreas indígenas, outras áreas estão em poder de garimpeiros e fazendeiros, outras em mãos de empresas mineradoras e madeireiras. Portanto, os 90,081 milhões de hectares de terra não estão sendo utilizados totalmente pelos indígenas brasileiros.

Com a cifra global de 90,081 milhões de hectares de terra para a população atual, (320.000 indígenas) obter-se-ia um índice de densidade populacional de 281 ha por pessoa. De forma real, cada comunidade indígena teria a possibilidade de praticar suas técnicas agrícolas, alternando as terras para o cultivo. A generalidade esconde diferenças, porque 98% das terras indígenas estão na Amazônia Legal, ficando só 2,0% das terras para os indígenas que moram no Sul, no Sudeste, Centro Oeste e no Nordeste brasileiro (Oliveira, 1995). De fato, a proporção de terra dos Guarani de Paraty corresponde a 0,33% em relação ao total das terras destinadas aos indígenas brasileiros.

Totalizando as terras indígenas do Município de Paraty, a cifra é de 302 ha de terra, e na análise global o índice de densidade populacional é de 1,9 ha por pessoa. Ao se diferenciar por aldeia, as proporções mudam: a aldeia de Araonga dispõe de 223 ha para 20 pessoas, o que dá um índice de 11,15 ha por pessoa; no entanto, a aldeia de Paraty-Mirim dispõe de 79 ha para 136 pessoas, representando um índice de densidade populacional de 0,58 ha por pessoa. Isto mostra que as cifras globais escondem diferenças importantes, ocultando dificuldades, como é o caso de Paraty-Mirim.

As dificuldades apresentadas por Paraty-Mirim são: a técnica agrícola de derrubar, queimar e plantar e alternar o terreno de cultivo requer muita extensão de terra. Os 79 ha não são suficientes para alternar os cultivos e os indígenas não utilizam fertilizantes, o que

influencia na qualidade e quantidade das safras. Segundo análises do cacique de Paraty-Mirim, a comunidade precisa de 1 a 2 ha por pessoa⁶. Os Guarani de Paraty-Mirim necessitam entre 136 a 272 ha, ou seja, estão precisando de 57 a 193 ha a mais de terra para cultivar, a fim de se sustentarem. Se a terra não aumentar, e em dez anos eles se duplicarem, esse território não poderá sustentar a auto-suficiência alimentar do grupo. E se neste momento algumas crianças já apresentam desnutrição por déficit de proteína e demais nutrientes, qual será a situação em dez anos? E quais as possibilidades?

As possibilidades poderiam ser que a fome faça o controle demográfico, do tipo teorias Malthusiana? Ou fechar suas portas para outros imigrantes indígenas? Produzir o artesanato em escala industrial? Trabalhar no mercado da economia formal? Fragmentar o grupo, procurando novos horizontes, tal como é relatado por Meggers (1976)? Por não haver meios de aumentar a produção, as aldeias teriam que se dividir assim que elas atingissem determinado tamanho populacional.

O trabalho na lavoura que faz o Guarani de Paraty para os “brancos” é escasso, esporádico; ele ganha por dia de 6 a 7 reais. Supondo que os Guarani de Paraty-Mirim tivessem que entrar no trabalho agrícola assalariado, quais seriam as dificuldades? Pense-se que, além de receber um salário muito baixo, que dificilmente sustentaria a família, os homens teriam uma forte carga de trabalho físico, porque o número de homens em idade de trabalho assalariado (15 a 64 anos) é de 25 homens e o número de população dependente seria de 111 pessoas. Ou seja, uma razão de 1/4,4. Em outras palavras, cada um desses homens em idade de trabalhar teria que sustentar 4,4 pessoas. Agora, quando se pensa que a disposição e a capacidade para o trabalho físico são em boa parte determinadas pela origem da alma da pessoa, então não se poderia garantir que Paraty tivesse realmente 25 homens aptos para o trabalho físico assalariado, pelo fato de alguns terem obrigações determinadas pela origem de sua alma — por exemplo aptidão para pajé, para aconselhar, para liderar, entre outros. Sendo assim, a razão de dependência seria maior.

Outra possibilidade para a sobrevivência dos Guarani de Paraty seria que a venda do artesanato sustentasse o grupo. Segundo as estimativas, a venda de artesanato contribui

⁶ Não existe consenso sobre a quantidade de terra para os indígenas, posto que esta depende do tipo de economia de cada grupo. Por exemplo, estabeleceu-se uma média aproximada de terra na região de Rio Negro de 8.000m² por família de cinco pessoas. Para os Tenetehara, a estimativa oscilou entre 5.000 a 25.000m²; para os Kaiwá estimou-se uma quantidade entre 5.000 a 20.000 m², Todas essas estimativas para o sustento de uma família (Galvão 1979).

entre um 8% a 10% de sua economia. Para ter artesanato em maior escala, visando a sustentar o grupo, seria necessário realizar o cultivo sustentável do bambu, planta da qual se extrai a fibra, do refinamento dos produtos, de um bom lugar para a venda, de uma preparação para a comercialização e de controle social firme, para que o dinheiro da venda do artesanato não seja convertido pelos adultos em álcool ou drogas.

Neste momento, a porcentagem de pessoas que recebem aposentadoria é de 8,3%. Cada idoso recebe R\$ 151,00 por mês (78 US), com os quais as famílias asseguram a compra de alimentos básicos, como carnes, leite, óleo, açúcar, etc., compra de medicamentos, de roupas, de chimarrão e fumo, além do dinheiro que os homens utilizam no consumo de cachaça. Isto é, nos meses em que há escassez de alimentos, os 8,3% dos velhos quase que estão sustentando 90% da população. Dito de outra maneira, ter hoje pessoas velhas na família é garantir certa seguridade econômica, pois o velho é um personagem social muito importante, em razão de sua sabedoria e de sua seguridade econômica. Então, se agora a aposentadoria dos velhos representa uma seguridade econômica familiar, qual vai ser a situação em dez anos, se eles não tiverem terra suficiente para se sustentar? Como vai ser a briga entre os filhos para ter a guarda dos idosos? E como fazer render o dinheiro dessas aposentadorias?

Não se pretende, aqui, apontar soluções aos problemas da população e da terra que se vislumbra, num futuro, para o Guarani. Pretende-se, sim, chamar a atenção para a necessidade de se realizar um debate crítico relativo a uma situação complexa, a fim de concertar ações num marco de igualdade, equidade e interculturalidade entre as entidades governamentais e a comunidade Guarani do Município de Paraty, Rio de Janeiro.

CAPÍTULO III

O LEGADO DE *KUNHANKARAI*

3.1. CICLO VITAL E VARIÁVEIS INTERMEDIÁRIAS DA FECUNDIDADE

Atrair o interesse do leitor para a introdução sobre ciclo vital em perspectiva cultural é difícil, pois a vida dos Guarani-Mbyá de Paraty é uma relação em sua mitologia, em sua cotidiano: os gestos, movimentos, silêncios, tudo está ligado à sua mitologia e a seus rituais. Neste sentido, Ladeira (1992: 64) expressa, com relação aos Guarani-Mbyá, que “(...) ‘viver os mitos’ enquanto ‘experiência religiosa’ não se distingue da vida cotidiana, pois o cotidiano está impregnado de relações míticas com o universo”.

Ritual são as ações do comportamento formal não dado pela rotina tecnológica e faz referência à essência de poderes místicos (Turner, 1967). Os rituais são representações de acontecimentos ou situações das sociedades, os quais possuem importantes dimensões sociais, psicológicas e simbólicas. Reafirmam sistematicamente determinados valores e princípios de uma sociedade, indicam aos indivíduos as formas de agir diante de outros indivíduos e o comportamento ideal frente ao mundo natural e sobrenatural (Helman, 1994). Os rituais põem em relevo os valores em seu nível mais profundo, através dos quais se pode ter a chave para compreender as conformações das sociedades humanas (Wilson, 1954 *apud* Turner, 1965). As palavras não são suficientes; somente a partir da leitura dos próprios depoimentos, pode-se compreender um pouco das entranhas da cultura Guarani-Mbyá de Paraty relativa à fecundidade. É por isso que este capítulo está escrito em forma etnográfica, dando preferência às intervenções dos homens e mulheres Guarani; registrando, em seus depoimentos, tanto as concordâncias e discordâncias, como também os problemas relativos ao controle social do grupo.

As passagens mais significativas na cultura Guarani-Mbyá são: o ato da concepção, o nascimento, o batismo (nomeação), a iniciação pubertária da mulher, a maternidade/paternidade e a morte (Meliá, 1991 *apud* Pereira, 1995).

Estados de passagem, segundo Van Gennep (1960 *apud* Turner, 1969: 101) designam qualquer tipo de condição estável ou recorrente culturalmente reconhecida,

enquanto que a fase liminar dos rituais de passagem é definida pelo mesmo autor como “ritos que acompanham toda troca de lugar, estado ou posição social e idade” (tradução da autora). De acordo com Van Gennep, *op. cit.*), os rituais de passagem caracterizam-se por três fases: separação, margem (umbral) e incorporação. Esses estados de passagem são perigosos porque a transição não é um estado, nem o seguinte. Neste se passa de um lugar ou posição para outro, a pessoa é indefinível. Ela/ele está em perigo e emana perigo. O perigo é controlado pela observância das normas da comunidade e principalmente pelo ritual que o separa de seu antigo *status* e o reconhece em seu novo *status* (Turner, 1969).

Neste capítulo, o leitor poderá ver que nos Guarani de Paraty, os eventos do ciclo vital estão impregnados de idéias-crenças sobre perigo, poluição, sujeira e sobre o limpo. Porquanto damos uma olhada rápida sobre esses critérios, segundo Mery Douglas (1976).

Segundo os postulados de Douglas (1976), em seu livro *Pureza e Perigo*, a sujeira é basicamente uma desordem, eliminá-la não é uma tarefa negativa, é um esforço positivo para organizar o ambiente. “A ordem ideal da sociedade é guardada por perigos que ameaçam os transgressores. Essas crenças-perigos são tanto ameaças que um homem utiliza para coagir um outro, como são perigos que ele próprio teme incorrer por lapso de retidão. Elas são uma linguagem forte de exortação mútua. Nesse nível, as leis da natureza são introduzidas para sancionar o código moral” (Douglas, 1976: 13-14). Continuando com esta autora, “a reflexão sobre sujeira envolve reflexão sobre a relação entre a ordem e a desordem, ser e não ser, forma e não forma, vida e morte” (Douglas, *op. cit.* 16). Porquanto as idéias de separar, purificar, demarcar e punir transgressões têm como função principal impor sistematização numa experiência inerentemente desordenada. E é através desses rituais que os padrões simbólicos são executados e publicamente manifestados. Dentro desses padrões, elementos díspares são relacionados e a experiência díspar assume significado.

Nas crenças de poluição, os tipos de contatos como perigosos carregam uma carga simbólica. Essas crenças e seu simbolismo estão continuamente se modificando e enriquecendo, constituindo-se numa das formas para manter a ordem social. Razão pela qual esses conceitos de contaminação, de sujeira, de pureza, não são acontecimentos isolados. O único modo no qual as crenças de poluição fazem sentido é em referência à estrutura total de pensamento na qual está inserida e cujo ponto-chave para compreender o sentido é através da observância das normas e dos rituais nos estados de passagem.

Nos Guarani-Mbyá de Paraty são identificados estados de passagem e ritos de passagem. Nos Guarani de Paraty, os estados da passagem correspondem principalmente ao processo da gravidez e em segundo lugar à menopausa. Os ritos de passagem são chamados como *adjereko kuae'* e, segundo Schaden (1963), os Guarani-Mbyá do litoral brasileiro o denominavam *odjekóakú*. Nesses rituais, a mulher passa pelos três estados já descritos. Nos Guarani deste estudo observa-se o *odjereko kuae'* (ritual de passagem) na menarca, batismo (nomeação), menstruação, pós-parto e funeral.

Tal como foi exposto no Capítulo I, as variáveis intermediárias da fecundidade são permeadas pela cultura, portanto este capítulo faz uma inter-relação entre as passagens mais significativas na cultura Guarani-Mbyá com as variáveis intermediárias da fecundidade. A carência de estudos sobre as variáveis intermediárias da fecundidade nos Guarani-Mbyá e o baixo número de mulheres indígenas no Município de Paraty, Rio de Janeiro, levam-nos a trabalhar os dados obtidos nas 33 mulheres de forma minuciosa, analisando a informação por meio de diferentes métodos, a fim de determinar o comportamento reprodutivo de forma mais precisa.

3.1.1 Nupcialidade

O casamento e o divórcio são fenômenos sociológicos, mas também são acontecimentos demográficos se a mulher ainda está em idade fértil, no sentido que cada um desses eventos repercute na fecundidade.

A celebração do primeiro matrimônio entre os Guarani-Mbyá é entre casal com *status* de casado, ou seja, entre uma *Kunhatxy* (mulher que está em período reprodutivo ou mulher adulta) e um *Kunumingue* (homem adulto). Como refere Fernandes (1993), o casamento entre os Guarani se faz muito cedo e não dura muito. Mas enquanto dura o relacionamento entre os casais, é intenso. Segundo Fernandes (*op. cit.*), os jovens chegam ao casamento com bastante experiência sexual.

Tabela 6 – Eventos obstétricos nas mulheres, de 14 a 49 anos

Guarani-Mbyá, Paraty, Rio de Janeiro, 1999

Cod.	Idade	Menarca	1ª União	1ª Gravidez	Última Gravidez.	União	Gravidez	Partos	Nasc. Vivos	Atualm. Vivos	Aborto	Mortos	T.V.R.	T.GR.	T.AL.	T.IN.IG.	M.IN.IG.	IER
1	21,166	13	14	14	19,92	2	4	4	4	4	0	0	86	36	54	44	14,66	104,65%
2	29,416	14	18	18,58	25,92	3	4	4	4	4	0	0	173	36	75	61	20,33	64,16%
3	31,5	12	13	14,25	29,83	2	8	8	8	8	0	0	207	72	130	124	17,7	97,58%
4	25,333	12	13,67	14	24,67	1	7	7	7	5	0	2	133	63	63	72	12,33	94,74%
5	25,916	12	15,5	16	25,08	2	5	5	5	5	0	0	131	45	72	73	18,25	89,31%
6	14,833	12	13,67	13,67		1	1	1	1	1	0	0	14	9	2			78,57%
7	24,833	12	14,5	14,75	23,25	2	5	5	5	4	0	1	121	45	80	66	16,5	103,31%
8	22,416	13	15	15,17	21,67	2	4	4	4	4	0	0	89	36	54	51	17	101,12%
9	36,833	14	20	20,25	35,75	1	9	9	9	7	0	2	259	81	108	104	13	72,97%
10	26,083	15	16	16,67	25,58	1	5	5	5	5	0	0	133	45	77	67	16,75	91,73%
11	33,000	14	15	15,25	32,5	2	9	8	8	7	0	1	216	75	133	124	15,5	96,30%
12	17,5	13	14	14,83	16,75	1	2	2	2	2	0	0	38	18	16	14	14	89,47%
13	27,666	13	14	14,5	25,75	2	7	7	7	5	0	2	158	63	75	75	12,5	87,34%
14	44,333	10	12	14,25	43,67	3	7	7	7	6	0	1	361	63	128	323	53,8	52,91%
15	22	13	15	16,67	19,83	1	4	2	2	2	1	0	84	22	29	54	18	60,71%
16	49,416	13	15	15,25	39,25	1	12	12	12	5	0	7	413	108	215	174	15,8	78,21%
17	16,666	12	16,17	16,67		1	1	0	0				18	3				16,67%
18	17,833	13					0						25					
19	14,75	13	14	14,25		1	1	0	0				2	2				100,00%
20	46	12	13	13,75	31,25	4	8	8	8	5	0	3	385	72	156	145	20,07	59,22%
21	25,666	11	11	11,25	25,42	1	6	5	5	5	0	0	174	48	91	119	23,8	79,89%
22	17,416	15	16	17,42		1	1	0	0				29	9	12			72,41%
23	23,166	11	16	16,17	20,5	2	2	2	2	2	0	0	98	18	41	42	21	60,20%
24	27	12	17	18	25,25	2	3	3	3	2	0	1	144	27	54	69	34	56,25%
25	26,919	12	18	20,25		1	1	1	1	1	0	0	143	9	24			23,08%
26	17,166	13	13	13,25		1	1	1	1	1	0	0	47	9	36			95,74%
27	21	14				0	0						72					
28	20	13	15	16,25	18,58	2	2	2	2	1	0	1	60	18	19	19	19	61,67%
Média	25,92	12,71	14,90	15,59	26,52	1,59	4,58	4,31	4,31	3,96	0,04	0,91	136,18	39,69	72,67	91,00	19,7	72,80%

T.VR. = Tempo de vida reprodutiva; T.GR. = Tempo de gravidez; T.AL. = Tempo de aleitamento; T.IN.IG. = Tempo de intervalo intergenésico;
M.IN.IG. = Média de intervalo intergenésico; IER = Índice de Estresse Fisiológico Reprodutivo

Tabela 7 – Eventos obstétricos nas mulheres que terminaram seu período reprodutivo
Guarani-Mbyá, Paraty, Rio de Janeiro, 1999

Cod.	Idade	Menarca	1ª União	1ª Gravidez	Última Gravidez.	União	Gravidez	Partos	Nasc. Vivos	Atualm. Vivos	Aborto	Mortos	T.V.R.	T.GR.	T.AL.	T.IN.IG.	M.IN.IG.	IER
1	65.00	14	17	16,25	44,75	2	12	12	12	8	0	4	420	108	222	209	19	78,57
2	51,25	15	16	17,25	44,58	3	12	12	12	9	0	3	420	108	246	215	19	84,29
3	51,83	13	15	15,58	48,08	2	13	11	11	9	2	2	420	147	248	270	22	94,05
4	61,91	15	20	21,25	44,25	1	8	8	8	3	0	5	420	96	132	213	30	54,29
5	70.00	14	18	18,25	48,25	1	11	11	11	6	0	5	420	132	194	270	27	77,62
6	65.00	13	15			3							420					
Média	60.83	14	16.8	17.72	45.98	2	11.2	10.8	10.8	7	0.4	3,80	420	118	208	235	23	64,80

T.VR. = Tempo de vida reprodutiva; T.GR. = Tempo de gravidez; T.AL. = Tempo de aleitamento; T.IN.IG. = Tempo de intervalo intergenésico;
M.IN.IG. = Média de intervalo intergenésico; IER = Índice de Estresse Fisiológico Reprodutivo

Tabela 8 – Variáveis intermediárias da fecundidade em mulheres. Segundo grupos etários
Guarani-Mbyá, , Paraty, Rio de Janeiro, 1999

Grupo Etário	Menarca	1ª União	1ª Gravidez	Última gravidez	Gravidez	Partos	Nascidos Vivos	Atualmente vivos	Mortes	IER (%)
< 25	12,86	14,7	15,26	20,07	2,33	2,55	2,55	2,33	0,2	72,5
25 a 44.11	12,58	15,3	16,1	29,04	5,92	5,75	5,75	5	0,8	74,2
Acima de 45	13,63	16,1	16,8	42,92	10,86	10,57	10,57	6,43	4,1	75,4

IER = Índice de Estresse Fisiológico Reprodutivo

Gráfico 2

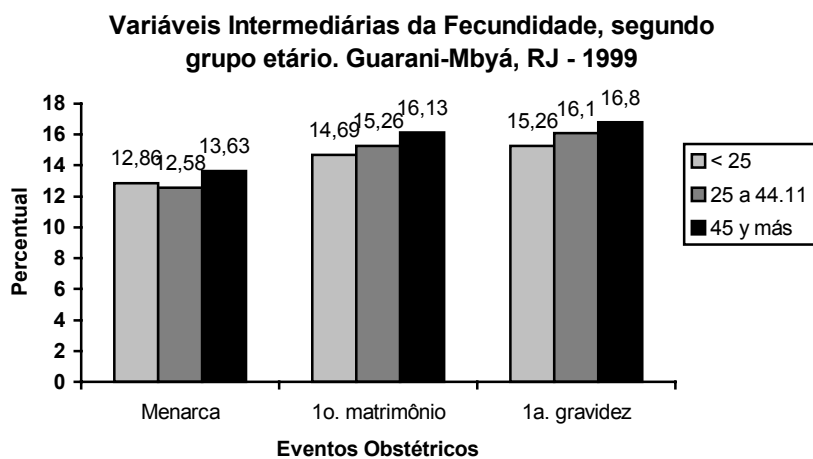
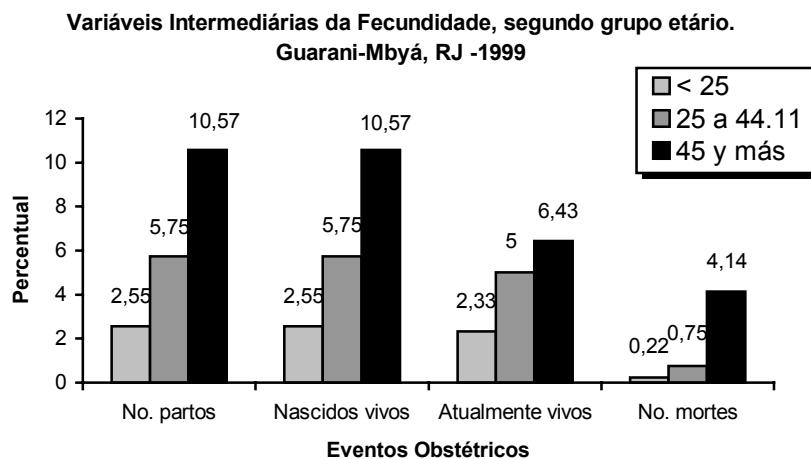


Gráfico 3



A idade do primeiro casamento das mulheres Guarani-Mbyá que agora estão no período reprodutivo é de 14,9 anos. Atualmente, a maioria dos matrimônios se faz pouco depois da menarca. É uma idade muito precoce, ainda mais se comparada com a idade de matrimônio de 16,8 anos das mulheres que atualmente terminaram seu período fértil (mulheres maiores de 50 anos) (Tabela 6 e 7). A queda na idade para o primeiro matrimônio observa-se com maior clareza na Tabela 8. A idade do primeiro matrimônio está diminuindo em concordância com a idade da menarca e, em resposta, também tem baixado a idade da primeira gravidez e do primeiro parto. Segundo pessoas idosas dessas aldeias, o matrimônio da mulher era a partir dos 20 anos; sendo isto verdadeiro, as mulheres Guarani-Mbyá- de Paraty estariam diminuindo a idade da união conjugal. Tal diminuição, de acordo com os velhos, não é determinada pela cultura, mas sim por dificuldades no controle social do grupo.

“O antigo falava que o matrimônio da mulher era a partir dos 20 anos de idade, agora não se espera. Logo dos 6 meses de sua Ynhengué’ (menarca), a menina já pode procurar marido, antes não. Agora, quebrou-se o sistema antigo, algumas meninas não contam que chegou o primeiro txerekó’ (menstruação), algumas casam sem ter txerekó’, a autoridade fala, mas elas não escutam” (cacique de Araponga).

3.1.2. A Concepção

Sendo o Guarani uma articulação entre o biológico, espiritual, psicológico e social, o ato conceptivo não está ligado exclusivamente ao plano físico e biológico; nele está presente a bondade dos deuses Guarani. A mulher, como reprodutora biológica, está presente na história dos Guarani desde o momento da criação do mundo, tal como foi referido no Capítulo I.

Segundo os Guarani-Mbyá:

“As relações sexuais não são suficientes, precisa-se da bondade de Nhanderú e Kunhankarai para ficar grávida. A relação sexual não faz nada, as relações pertencem ao plano material dos homens enquanto que a gravidez é do plano espiritual do plano de Deus”(pajé de Paraty).

“A mãe e o pai não faz criança, é o pai Nhanderú e Kunhankarai, são eles que dão espírito para ficar grávidas. Eu não fiz a criança, é Deus, nós somos para o sexo e Kunhankarai e Karai são a essência”. (Cacique de Paraty)

De acordo com as pesquisas de (Cadogan, 1952: 31) com os Guarani-Mbyá do Paraguai, quando é gerada uma criança, seu Deus diz a seus ajudantes “a nossa terra te envia alma boa para que ponha o pé (se encarne)”. A alma que é enviada para morar nesse

ser que está sendo criado é uma alma divina, que o Guarani-Mbyá denomina como *ne'e*, que significa “falar, linguagem humano”, “alma de origem divino” (Cadogan, 1952: 33).

Voltando ao plano “material”, temos que, em relação à participação física no desenvolvimento da criança no ventre materno, os Guarani-Mbyá de Paraty expressam: “(...) *na formação de uma criança participam o sangue do pai e o sangue da mãe e ambos devem estar em equilíbrio: se o pai está frio ou quente ou se a mãe está fria ou quente não podem ter criança*”.(homem de 44 anos)

Isto é, o ato conceptivo se dá em dois níveis: um divino, que dá a essência, alma; e outro físico, que aporta os sangues do homem e da mulher. E mais, o fato de aportar o sangue não garante a fecundação, é preciso que tanto o homem como a mulher estejam em equilíbrio em relação ao sistema frio-quente; o desequilíbrio em um dos cônjuges implica fracasso da fecundação.

Os Guarani de Paraty desconhecem os mecanismos de ovulação e também presença dos espermatozóides. O relato deles coincide com o expressado por Héritier (1996: 99), quando a concepção não é atribuída somente a causas espirituais, ela é considerada como resultado de uma relação entre duas “águas” ou “entre dois sangues”, levando o sangue paterno o esperma.

Na concepção, a mulher Guarani-Mbyá, é tão receptora, aportadora e transformadora do sangue e o pai é aportador do sangue, isto permite que a criança, ao nascer, esteja dotada de uma parte dos atributos do pai e outra da mãe. De fato, ao interrogar os Guarani-Mbyá sobre como se desenvolvia uma criança no ventre da mulher, eles não testemunharam um processo, só expressaram que a criança nasce com uma parte do pai e outra da mãe, à diferença dos Tupinambá, para os quais a mulher não tem participação como genitora, sendo um recipiente para o desenvolvimento do filho (Melatti, 1993). O aporte do sangue de ambos os pais Guarani-Mbyá para a formação da criança faz com que, desde a vida uterina, esta esteja unida a eles espiritualmente, e continue até que a criança alcance uma idade em torno de cinco anos.

3.1.3. Gravidez

Os nomes com os quais os Guarani-Mbyá de Paraty especificam a gravidez são:

- *Ypuruá*, que quer dizer gravidez, significa também “barriga grande”. barriga que leva um nené.

- *Txe purua*, que denota barriga, neném, gravidez.

A primeira gravidez é vivida com surpresa, pois a mulher e o homem aprendem por experiência própria. São os pais ou os avôs quem dão as dicas segundo sua posição no ciclo vital e segundo a necessidade do momento.

A idade média da primeira gravidez nas mulheres Guarani-Mbyá que estão em período fértil é de 15,59 anos, e nas mulheres que terminaram seu período é de 17,72 anos (Tabelas 6 e 7). Ao diferenciar a idade da primeira gravidez por grupo etário (Tabela 8 e Gráfico 2), pode-se ver que essa idade está diminuindo nas gerações novas. Esta é própria de populações com fecundidade precoce, com todos os riscos que conduzem um evento obstétrico nessa idade. Pela visão ocidental, a maternidade em mulheres com idades inferiores a 20 anos ou superiores a 35 anos constitui-se em gravidez de elevado risco obstétrico: risco de aborto e desnutrição, que contribuirão para o aumento da mortalidade materno-infantil (OMS, 1995) — (ver Capítulo V).

Tal como se aprecia nas Tabelas 8, a idade da menarca está intimamente ligada à idade da primeira união, a idade da primeira gravidez e do primeiro parto. Segundo os valores médios que se registram por faixa etária (Tabela 8), dois anos depois da menarca se dá início a primeira união. No entanto, em alguns casos, a primeira união se dá logo depois da menarca, ou um ano depois desta. É regra geral que, no primeiro ano do primeiro casamento, todas as mulheres fiquem grávidas — isso ocorre tanto com as mulheres que atualmente estão no período fértil como nas que já finalizaram seu período reprodutivo, o que significa que as mulheres Guarani têm sido e estão sendo mães adolescentes.

A leitura feita a partir do aspecto cultural deixa ver que a primeira gravidez é a expressão da mulher, que mostra ao grupo sua função de reprodutora biológica; mais ainda, é a expressão de *Nhanderú* e *Kunhankarai* sobre essa mulher, posto que são eles quem dão a vida através da mulher. Isto significa que a gravidez nas mulheres adolescentes não leva uma carga de sentimentos negativos. No entanto, os caciques e velhos do grupo se queixam, porque, segundo eles, as mulheres estão entrando muito jovens nos eventos obstétricos, menores de 15 anos, e segundo eles, “*isso é perigoso, tão cedo é perigoso*”. Os Guarani consideram que “*a mulher adolescente e sem marido que fica grávida, é porque está sendo tentada pelo demônio*” (cacique de Paraty-Mirim). Isto quer dizer que a preocupação principal com a adolescente grávida é mais para tirar o demônio tentador que para cuidar dos riscos biológicos dessa gravidez.

Em relação ao número de gestações, encontrou-se que, nas mulheres que ainda estão em idade fértil, a média é de 4,58; e nas mulheres que terminaram seu período fértil, a média de gravidez correspondeu a 11,2 (Tabelas 6 e 7). Analisando o número de gravidez por faixa etária, pode-se ver, que número de gestações duplica de um grupo etário para o seguinte (Tabela 8). Esse comportamento começa a perfilar, nos Guarani-Mbyá de Paraty, do Rio de Janeiro, um padrão reprodutivo elevado.

Durante a gravidez, as normas alimentares e comportamentais devem ser acolhidas pela mulher e pelo homem posto que, na fecundação, tanto o homem como a mulher aportaram seu sangue. Na relação de aporte de cada um estabelece-se uma relação simpática entre o pai e a mãe com o feto e/ou criança dotada de uma identidade X. Portanto, as regras devem ser cumpridas pelo casais; qualquer malversação dos pais atinge o feto e eles mesmos.

O Guarani-Mbyá de Paraty estimula no “casal gestante” o consumo de alimentos próprios dos Guarani. Controla-se o consumo de alimentos com elevado quantidade de sal, açúcar e óleo, por estes serem alimentos do branco e, além disso, por sua qualidade de alimento frio. Proíbe-se o consumo de quati, animal considerado “lombriguento” (lombrigueiro); proíbe-se o tatu, por ser animal que tem casco de proteção, o qual faria com que a criança no momento do parto ficasse presa no útero da mãe; proíbe-se também comer banha de coco, posto que esta está fechada dentro do coco, portanto pode levar a criança a ficar presa no útero materno e tornar o parto complicado. Igualmente, proíbe-se comer batata doce e alimentos em muita quantidade. Estimula-se o consumo de animais do mato, pela sua energia: por exemplo, o consumo da onça é bem valorizado, por transmitir força para a mãe e criança em formação.

Durante a gravidez estimula-se também a ingestão de chás, que por suas qualidades facilitariam o processo de parto de curta duração.

“Durante a gravidez eu faço massagem na barriga, eu dou remedinho de uma semente que só eu uso, uma semente igualzinha a este que eu tenho aqui (mostra um colar de sementes brancas e pretas, já secas, as quais ele furou e passou um fio a maneira de colar), essa pretinha é para remédio de mulher grávida. Essa semente eu pego do mato, a frutinha é lisa, e desliza, então eu queimo e faço pó, eu faço chá para a mulher não sofrer. Como a fruta é lisa isso faz que a criança deslize no momento do parto e o parto seja rapidinho, bebe desse chá nos últimos meses e no momento do parto, bebe quentinho” (Pajé de Paraty-Mirim).

Quanto às regras comportamentais, é de muita importância o estado de ânimo da mãe para a modelagem da personalidade da criança em formação; essa relação simpática entre mãe e feto repercute na personalidade do Guarani. Pereira (1995: 28), em suas pesquisas com Guarani Nhandéva e Kaiwá do Mato Grosso do Sul, Brasil, expressa-se que: “O modo de ser calmo, moderado paciente e sobretudo silencioso, esse modo retrocede à época anterior ao nascimento; começa a ser vivido no útero materno, na fase pré-natal. Em diálogo constante com o feto, a gestante prepara-se para o parto e, simultaneamente, dá início à modelagem da personalidade *Kiriri* daquele que vai nascer”. Pensamento similar encontra-se nos Guarani-Mbyá deste estudo. E ainda mais, os Guarani deste estudo expressam que a raiva durante a gravidez, pelo fato de penetrar até os ossos, propicia o nascimento de um Guarani feiticeiro mau, personagem desagradável e muito temido pela comunidade.

A raiva, a tristeza, e a inveja durante a gravidez são mal vistas entre os Guarani-Mbyá de Paraty, porque elas atingem negativamente o feto, tendo como perigo o aborto. A preguiça e vida sedentária induzem o parto complicado. O mau comportamento dos pais, como ter relações extraconjugais ou não responder pela sua família, podem provocar o aborto; as relações extra-conjugais se devem a tentações do demônio; se os pais não controlam essas tentações, o demônio pode atingir o feto, provocando o aborto; se os pais não respondem pela sua família, *Nhanderú* castiga levando a criança. Durante o tempo da gravidez, os pais não podem confeccionar armadilhas para caçar, sob pena de que seu filho fique preso no útero materno. A quebra de todas essas regras pode pôr em risco o processo da gravidez, ou o processo do parto; os perigos podem atingir tanto à mãe como a criança, levando-a à morte.

A ligação entre a criança e seus pais, logo após o nascimento, já era referida por Schaden (1963) e é praticada e confirmada pelos Guarani-Mbyá de Paraty em seus comportamentos. Os Guarani deste estudo argumentam que a relação pode ir até a criança completar cinco anos de idade:

“Os meninos acompanham o pai, as meninas, a mãe; o espírito do pai está unido ao menino e o espírito da mãe está unido à menina. Se o pai sai da casa sem levar o filho, tem que falar para que o espírito de menino não fique sozinho; e quando vai para o mato, deve fechar os atalhos para que o espírito da criança não se perca. Quando vai para a cidade (sem o filho) tem que falar com o menino e quando subir ao ônibus diz, “suba meu filho”. Se o pai passa por um rio ou cachoeira deve por uma vara ou pau

para que o espírito da criança passe. Se o pai não se despede, o filho fica sozinho, triste e assim (...)” (Agente indígena de saúde).

3.1.4. O anúncio da gravidez

Geralmente o conhecimento de uma nova gravidez nos Guarani de Paraty é dado pelo sonho. Através deste, um familiar morto, um herói deles ou um pássaro, anuncia a gravidez. O Guarani acredita na reencarnação de crianças que morrem antes de 10 anos de idade. Os sonhos são com aves, porque elas representam os espíritos inocentes (crianças), os outros animais são impuros. Os papagaios, os periquitos, os pássaros representam as almas dos inocentes que chegam ao ventre materno. Essas almas, em alguns casos, correspondem às almas de crianças mortas:

“Uma mulher está pronta para ser mãe pouco depois de que começa a sangrar. Quando tive a primeira gravidez sonhei que um tio, que já havia morrido, veio e disse você vai ganhar criança, eu ganhei. Quando a criança tinha um ano e oito meses morreu, eu nunca sonhei com ela, logo depois eu sonhei que alguém trazia um periquito para mim e entregava nas minhas mãos, eu fiquei grávida, eu acho que o espírito do outro neném chegou a mim” (Mulher de 52 anos).

“Os sonhos anunciam que uma mulher vai ficar grávida. Para uma mulher ficar grávida Nhanderú mostra pelo sonho. Sonhar, por exemplo, com faca bonita, espingarda bonita, revólver bonito ou passarinho ou papagaio (...) Então Nhanderú já faz sonhar o pai e a mãe (...) No primeiro filho que eu tive, eu sonhei que tinha um buraco de papagaio (assinalou o teto da casa), eu o peguei e desci com ele na mão, ele falou, falou para mim o papagaio: ‘Eu estou vindo para vocês ficarem fortes, eu quero ver vocês sorrindo, quero, eu vim aqui na casa do meu dono, não falou pai nem mãe, eu quero ver vocês alegres, contentes comigo, e eu também estou contente com vocês’. Então esse papagaio já veio de lá de onde o sol nasce, que é onde mora Nhanderú” (Cacique de Paraty-Mirim).

“Dá-se conta que vai ficar grávida pelo sonho. Um sonho com passarinho quer dizer que em pouco tempo vai ficar grávida; dois passarinhos é espírito da criança, ela ganha um e outra mulher vai ganhar outro. Podem sonhar o homem ou mulher. Com meu primeiro filho, eu sonhei que chegou um papagaio a minha casa, logo foi embora e ao quinto dia voltou, minha mulher pegou-lhe e colocou-lhe na gaiola. No outro dia acordei e contei a minha mulher o sonho. Logo depois de 3 meses ela me disse que estava grávida. Sonhei com o segundo filho, sonhei que um pombo branco chegou ao teto de minha casa, minha mulher tomou-lhe e ele ficou tranqüilo em seu braço, minha mulher desceu do teto e entrou na casa com o pombo. Dois meses depois ela me comunicou que estava grávida”.(Pajé de Paraty).

Verifica-se, nos depoimentos acima, como o símbolo mesmo circula na comunidade e seu significado é partilhado.

3.1.5. Predição do sexo

Não existe uma preferência por menino ou menina, mas o Guarani gosta de saber o sexo da criança que vai nascer:

“Se nós homens sonhar com bela flor é garoto, se a mulher sonhar com uma faca ou espingarda, com revólver ou com um papagaio vai ser uma menina. [...]. Por exemplo eu estou sonhando com bela flor e, nesse momento eu pego outro, como disse, aquele anu branco (anu branco, é identificado como passarinho que vive na cidade), se a gente pega esse também, diz que o filho nasce mas não vive, morre. Se os pais têm sonho com faca, revólver é porque a criança será menina e se sonham com passarinho é homem”.(Cacique de Paraty-Mirim)

3.1.6. Parto

Os nomes que recebe o parto em língua Guarani são:

- *momenby* quer dizer: *o*, é casa e, *momenby* é nasce, ou seja, nasce em casa.
- *Mitã o bajaú*: *mitã* é criança, *o* é deus e *bajaú* é banho. Os parteiros deram banho na criança.
- *Ãnegue o djaú*: *Ãnegue* quer dizer hoje, *o djaú*, significa, nasceu; para dizer que nasceu sem colaboração de ninguém.
- *Kyrigue ryru*: *kyrigue* significa criança, *ryru* sai, mas também significa a bolsa que envolve a criança.
- *Jaiu`mã*: já ganhou.

Os nomes que recebe a placenta são:

- *Mitã ryry*: *mitã*, significa, criança; *ryry*: sacolinha, ou seja, sacolinha da criança.
- *Kyrigue rendakue*: *kyrigue*, significa, criança; *rendakue* sacolinha.
- *Ipuruã rendague*: *Ipuruã*: umbigo; *redague*: final; ou seja, umbigo que sai do final da sacolinha.
- *Nendague*: bolsa.

O nascimento é um acontecimento importante nos Guarani-Mbyá, já que nesse processo é incorporada a alma de origem telúrica; a alma de origem divina estava pronta desde o momento da concepção. De acordo com Numuendaju (1987), os Guarani Apapocúva expressavam que pouco depois do nascimento junta-se a essa criança a alma terrena, a qual era denominada pelos antigos Guarani *acyiguá*, que significa *acy*, como substantivo quer dizer “dor”, e como adjetivo e advérbio significa “vivaz, violento, vigoroso”. O *acyguá* significa, então, “alma animal”. Segundo Cadogan (1952: 33; 1948), os Guarani-Mbyá denominam a segunda alma com o nome de *teko achy kue*, que significa “o produto da vida imperfeita”, que é responsável pelas ações profanas e irracionais, pelas paixões e pelos maus comportamentos das pessoas.

O parto, para os Guarani de Paraty, é um processo que transcorre dentro de casa, num ambiente sossegado, sob o cuidado de uma parteira. Desde que se iniciou este estudo, em 1996, algumas mulheres têm tido parto no hospital: uma menina de 14 anos de idade foi enviada ao hospital, argumentando o agente indígena de saúde e a família da menina que, pela pouca idade, era perigoso o parto dentro da aldeia; três mulheres reportaram seu último parto no hospital: duas delas falaram que foram enviadas ao hospital porque passaram três dias em trabalho de parto e a terceira falou que foi ao hospital por sua própria decisão.

No momento do parto, as crianças que moram nesse lar são levadas para outra casa. Permanecem, de preferência, dentro de casa, a parteira e o marido da mulher em parto. Em essência, qualquer mulher após a menopausa pode dar atendimento ao parto; no entanto, existem mulheres que têm certo grau de especialização, recebendo o nome de parteira.

O sucesso do parto está marcado pelo cumprimento das regras comportamentais e alimentares, mas, além disso, o sucesso é assegurado mediante o consumo de chás de ervas ou sementes, que por sua consistência de deslizante, facilitam a passagem da criança pelo canal vaginal. É utilizado também o consumo de café amargo, por ser considerado quente. A cultura acredita que, no momento do parto, a mulher está muito quente, e após nascer a criatura a mulher precisa continuar quente. No caso de esfriar seu corpo, a *Mitã ryry* (placenta) não nascerá e a mãe pode morrer; por esse motivo, providencia-se café forte e sem açúcar e outros chás, assegurando assim o estado quente da mulher até que a placenta esteja fora e o parto culmine.

A placenta, como moradia que foi para uma criança que tinha uma alma divina, não pode ser jogada fora nem pode ser comida pelos animais, mas é enterrada num buraco dentro da casa, preferivelmente embaixo do fogão. O cordão umbilical significa a união com *Nhanderú*, que se perpetua após o nascimento, razão pela qual as mães o guardam e, no momento em que seu filho se comporta mal, a mãe coloca o cordão no peito do filho, reforçando assim a união do filho com *Nhanderú*, e o comportamento da pessoa muda. Os Guarani dizem que:

“(...) quando umbigo seca e cai a mãe guarda, e quando a criança ou adulto está esquecido (mal comportado), a mãe põe o umbigo numa sacolinha e coloca no pescoço da criança em forma de colar, deste jeito a

criança não se esquece, ele estará sempre alegre pois ele estará com Nhanderú". (Mulher parteira)

Passado o parto, a mulher continua sujeita a normas alimentares e comportamentais, dado que ela está num estado transição. Entre as regras estão, por exemplo, abstinência sexual, isto é, os casais logo após o parto podem dormir juntos, mas devem esperar de três a 12 meses para ter relações sexuais. Enquanto a mulher estiver sangrando não pode sair de casa, pelo perigo de ser atingida pelos espíritos que circundam a vida dos Guarani e também porque, segundo eles: *"quando a mulher ganha neném fica em estado frio, por isso não pode caminhar fora porque arruina planta, as plantas secam, morrem, por isso quando a mulher ganha neném tem que ficar em casa guardada"*. (Mulher parteira). No resguardo, a mulher toma banho, de preferência preparado à base de ervas de qualidade quente.

Em relação à alimentação da mulher no período que precede o parto, a cultura valoriza o consumo de certos alimentos e proíbe outros. Os alimentos valorizados para o consumo são: pombo, passarinho, galinha, animais do mato (com exceção de tatu e quati). Após o parto, a mulher pode comer arroz, macarrão, peixe com escamas, chás, um pouco de sal. Aos 15 dias, pode comer aipim, mandioca e após um mês pode comer feijão. Os alimentos proibidos são: açúcar, peixe sem escamas, camarão, carne de gado, tatu, quati. A comida deve ser de consistência mole, porque a mulher está num estado de fragilidade, além disso *"ela não pode fazer força por causa do útero, o útero pode cair, tem que esperar um tempinho"*. Os depoimento sobre o parto são:

"Quando eu me casei sabia pouco sobre as relações sexuais. Quando fiquei grávida tampouco sabia. Eu contei para minha mãe que o txerekó' o não veio mais e ela falou: 'Então você está grávida', e aí foi, ela falou que eu teria um nenezinho, perguntei: 'Como?' e ela disse: 'Você vai saber'. Quando chegou o momento do parto, minha mãe colocou no chão folhas de bananeira e sobre elas colocou um lenço, eu fiquei de cócoras, meu marido me pegou pelos braços (ela mostra as axilas). Quando nasceu a criança, minha mãe recebeu e cortou umbigo e amarrou com um fio, logo depois tomei banho com água morna. Deram para mim alimentos sem sal nem açúcar, fiquei bem guardada 5 dias, nos 20 dias comecei a fazer tudo normal" (Mulher de 29 anos).

"A mulher que ajuda ao parto tem que ser que já não tenha mais txerekó', mulher que ainda esteja com txerekó' não pode ser parteira, mulher que tem txerekó' não pode estar perto da mulher que vai ter parto. A Mitã rryry (placenta), Deus já mandou próprio para a mãe, por isso a gente não deve jogar não lixo, deve enterrar. Quando a criança nasce corta umbigo, e 5 dedos da mão, amarra com fio de costurar e corta com taquarinha bem

amolada. Guaviroba é menta do mato, é para parto rápido, ferve e bebe morno. Logo depois do parto toma banho, não pode comer comidas com sal ou doce, não come carne de gado, pode comer carne de mato e galinha, passarinho, pombo. Parto demorado bebe remédios tradicionais e o pajé reza”.(Mulher parteira)

“O parto não quer sair, se dá chapéu de couro ou café amargo puro e criança cai, não dá massagem, só tomar. A parteira já tem todo remédio chapéu de couro, café. Tem tudo pronto para quando chegar o momento. O parto é dentro da casa, antigamente era em qualquer lugar porque índio antigo não tinha casa. Ele caminhava todo tempo, portanto o parto podia ser no mato ou em casa. O parto é no chão, coloca folha de banana ou palmeira no chão e logo coloca sobre elas um pano, então a mulher fica de cócoras o marido traz um banco e agarra por aqui (assinala as axilas) para ela não sentar, ele sustenta ela. Quando a criatura cai, a parteira agarra para a criatura não se machucar. A mulher tem dor, ela pode chorar, corta umbigo com fibra de taquara, agora corta com uma gilete nova, corta um palmo (palmo da mão), porque muito curto é perigoso, porque daí sai muito sangue e é perigoso e não sara rápido, mas um palmo não, não tem perigo, a parteira enxuga bem. Corta um palmo, dobra e amarra com linha de costurar e pronto, não coloca mais nada. Só que, ao cortar umbigo, enxuga com um pouco de azeite desse de comer. Para enxugar a crotadinha (cortadinha), os antigos passavam azeite de quati morno e punham um pouquinho de algodão, porque antigos tinham plantas de algodão, então cortavam umbigo, colocavam gordura morna de quati e logo depois um pouco de algodão e dobravam e pronto. A mãe coloca um pano em forma de banda para segurar umbigo. Umbigo cai após de um mês. Passado o parto, não toma banho, aos 15 dias, toma banho com plantas quentes, água morna e dentro da casa, deve ficar em casa um mês e quinze dias. Hoje não esperam mais e sai mais rápido” (Cacique de Paraty-Mirim).

3.1.7. Aleitamento Materno

Uma vez que a criança tiver nascido, em torno de 15 minutos após, é colocada no peito da mãe, se a mãe ainda não tiver o leite, a criança recebe um mingau muito fraco de maizena, dado com colher. Normalmente, não referem problemas com o aleitamento (problemas como pouco leite, infecções etc.). A prática do aleitamento é a livre demanda e não existe prescrição sobre a posição do corpo da mãe para oferecer o peito a sua criança. Sendo um ato tão natural, este está rodeado de um ambiente sossegado e tranquilo. O uso de mamadeiras, visto durante o trabalho de campo foi muito reduzido e sua manipulação não segue os códigos de higiene determinados pela cultura ocidental.

O tempo médio de aleitamento é de 18,2 meses, sendo que esse período pode ser mais longo, 36 meses, ou mais reduzido, 6 meses. Este porque, ao ser constatada uma nova

gravidez, a mãe tira o leite da criança. Os alimentos que ajudam a aumentar a produção do leite são canjica de milho ou sopa de milho:

“A mãe bebe canjica de milho para aumentar o leite. Pega o milho, manda socar e manda cozinhar. Não muito cozido, tem que ficar um pouco duro, a mãe tem que mastigar porque o milho tem vitamina, ele é doce. Também toma sopa de milho. O milho é milho seco, por isso deve socar, vai comendo e tomando a sopa, com isto aumenta o leite, aos poucos já tem muita leite”.
(Mulher de 52 anos)

Considera-se que, no primeiro mês logo após o parto, as qualidades frias dos alimentos passam ao leite e deste à criança. Igualmente, passam as impurezas dos animais (considerados impuros). Logo nesses dias a família cuida de não preparar tais alimentos: feijão preto, abacate, peixe sem escamas, tatu. Os Guarani comentam, em relação ao consumo de porco do mato, que:

“Quando a mãe ganha neném e se a família pegar um porco do mato ou outro animal de caça, e se a mãe quer comer dele, deve-se primeiro queimar o rabo do animal, para assim queimar o espírito ruim do animal. Depois de preparar o animal, a sogra ou qualquer pessoa pega três pedacinhos de carne e leva num prato para a casa de reza. O pajé ou qualquer pessoa fuma sobre ela o cachimbo da paz para tirar mau espírito que está nessa carne, aí a mulher já pode cozinhar, fritar, ou que for”.(Cacique de Paraty-Mirim)

3.1.8. Número de Partos

O número de partos, em cada geração de mulheres, tem permanecido constante nos diferentes grupos etários, durante os últimos 50 anos. O número de partos e nascidos vivos duplica de um grupo etário para outro: 2,55; 5,75; 10,57 (Tabelas 8 e Gráficos 3).

As análises sobre o número de filhos tidos vivos nos homens e nas mulheres centra sua atenção na característica cultural do grupo, tal como será visto no Capítulo IV. Sendo os Guarani uma comunidade praticamente monogâmica, espera-se, pela leitura ocidental, que o número de filhos tidos vivos pelas mulheres seja similar ao número de filhos tidos vivos pelos homens. No entanto, ao comparar o número de partos das mulheres com respeito aos homens Guarani-Mbyá, encontra-se que os homens estão tendo mais filhos que as mulheres. Isto é, 80% dos homens, com idade entre 15 a 49 anos, tem tido entre 1 e 9 filhos; e 75% das mulheres, com idades entre 14 a 49 anos, têm tido entre 1 e 9 filhos (Tabela 9). Apresentamos como hipótese que, se as mulheres devem mostrar sua capacidade reprodutiva tendo filhos, os homens também. O fato de os homens terem maior

mobilidade que as mulheres permitiria a expressão de sua capacidade reprodutiva, tendo filhos nos diferentes locais de moradia, ou com sua nova esposa.

Tabela 9 - Filhos nascidos vivos nos homens e mulheres entre 15 a 49 anos
Guarani-Mbyá, Paraty, Rio de Janeiro, 1999

Número de Filhos	Homens	%	Mulheres	%
0	2	10,53%	5	17,86%
1	3	15,79%	3	10,71%
2	2	10,53%	4	14,29%
3	4	21,05%	1	3,57%
4	0	0,00%	3	10,71%
5	3	15,79%	4	14,29%
6	0	0,00%	0	0,00%
7	2	10,53%	3	10,71%
8	0	0,00%	3	10,71%
9	2	10,53%	1	3,57%
10	1	5,26%	0	0,00%
11	0	0,00%	0	0,00%
12	0	0,00%	1	3,57%
13	0	0,00%	0	0,00%
Total	19	100,00%	28	100,00%

Numa leitura do presente para o futuro, em relação ao número de filhos que estão tendo as mulheres, temos que: a idade média das mulheres que estão em idade fértil é de 25,9 anos e a média de filhos nascidos vivos é de 4.3 (Tabela 6). Ou seja, essas mulheres, com 10 anos em média de vida fértil (de 15 a 25,9), têm tido em média 4,3 filhos. Se elas ainda têm pela frente 23 anos de vida fértil (26 a 49), quantos filhos mais elas poderiam ter, ao terminar seu período reprodutivo?

Tabela 10 - Filhos nascidos vivos pelos homens e mulheres maiores de 50 anos
Guarani-Mbyá, Paraty, Rio de Janeiro, 1999

Número de Filhos	Homens	%	Mulheres	%
0	1	10,00%	1	16,67%
1	1	10,00%	0	0,00%
6	2	20,00%	1	16,67%
7	1	10,00%	1	16,67%
9	1	10,00%	0	0,00%
11	2	20,00%	1	16,67%
12	1	10,00%	1	16,67%
13	1	10,00%	1	16,67%
Total	10	100,00%	6	100,00%

Em relação aos filhos tidos vivos por homens e mulheres maiores de 50 anos (Tabela 10), vemos que 83,3% das mulheres e 80% dos homens tiveram entre 6 a 13 filhos

nascidos vivos. Registra-se apenas um homem e uma mulher sem filhos. Chama a atenção o fato de um homem ter só um filho, um caso isolado, que se refere a um homem que, em seu matrimônio anterior, não teve filhos, casou-se novamente faz três anos e engravidou a sua mulher e ganhou uma criança.

3.1.9. A Esterilidade

A esterilidade, na cultura Guarani, é considerada como castigo. Os Guarani-Mbyá de Paraty expressam que a esterilidade é: *“castigo de Nhanderú, ou seja, desconto do útero ou de alguma coisa, por essa pessoa ter feito algo errado”*. E, segundo Cadogan (1949: 29), para os Guarani: *“a mulher sem filhos é um ser incompleto comparável a uma árvore sem folhas nem galhos”*; *“é anormal e não desempenha a função para a qual foi criada”*. Com respeito à esterilidade dos homens, não se fala. A mulher Guarani-Mbyá de Paraty estéril não recebe repúdio público, posto que a religião Guarani-Mbyá fala de não criticar. Tal como se aprecia na Tabela 10, apresenta-se um homem maior de 50 anos sem filhos e uma mulher que, apesar de ter vários matrimônios, não teve nenhuma gravidez. Ao não ganhar filhos, ela adotou dois irmãos homens; ou seja, com a adoção, desempenhou seu papel de mulher cuidadora de filhos.

3.1.10. Batismo ou nomeação: Alma e Nome

O ritual do batismo ou nomeação é considerado um dos mais importantes na cultura do Guarani de Paraty. Sua importância reside no fato de que, neste, o pajé encontra o lugar de onde o espírito da criança veio, e o lugar determina qual é o nome da criança. Esse nome é dado aos pais da criança. É uma cerimônia na qual o Guarani, através da dança, do canto e do fumo, é exortado à alegria e à comunhão, tanto entre eles, como com seus deuses, porque quando o Guarani está tendo a festa do batismo, lá no céu está acontecendo a mesma festa. Nessa cerimônia o pajé estabelece contato com *Nhanderú* e com as outras deidades que moram no céu para saber o lugar de onde veio a alma da criança e o seu nome.

De acordo com Nimuendajú (1987), os Guarani Apapocúva expressavam que logo pós de nascer uma criança, o pajé encarregado dá início à cerimônia para determinar “que alma veio ter conosco”. A alma pode ter vindo do Zênit, onde vive *Ñanderyquey*, ou da “Nossa Mãe” no Oriente, ou pode ter vindo dos domínios do deus do trovão *Tupã*, no Ocidente. O pajé vai-se dirigindo às diversas potências celestiais mediante cantos

apropriados a cada uma delas, indagando a procedência da alma e seu nome. Isto exige sempre um tremendo esforço da parte do pajé, até conseguir entrar em contato com os seres celestes, o que aliás só é possível em estado de êxtase.

Os estudos com os Guarani Nhandéva, Kiwá referem que, tradicionalmente, a criança ao começar a falar recebe um nome indígena, que lhe é dado pela inspiração divina do pajé. Esse nome vai confirmar sua identidade Guarani, pois até então a criança era apenas um ser. Portanto seu nome é também o nome de sua alma divina, inseparável de sua pessoa até a morte (Pereira, 1995). Nimuendajú (1987) diz que, logo depois de nascer a criança, dá-se a cerimônia de batismo. Pereira (1995) comenta que quando a criança começa a falar, recebe o nome. No entanto, nos Guarani-Mbyá de Paraty, não necessariamente a cerimônia tem que ser aos dois anos de idade, ou logo depois de nascer; para eles a cerimônia de preferêcia é na época de verão, mês de janeiro, tendo colheita de milho. Este ritual é denominado pelos Guarani-Mbyá de Paraty como *onhemongarai*.

Dos estudos de Numuendaju (1987) com os Guarani Apapocúva, temos que a palavra *nimõngarai* significa: *ni* = se; *mõ* = fazer; *carai* = magia. O autor dizia que essa era a dança mais importante de todas as danças de pajelança, e se realizava uma vez por ano na época da colheita de milho. A festa também visava a proteger homens, plantas e animais comestíveis durante todo o ano, contra maus eflúvios. Schaden (1967) referia que o ritual de Nimongarai entre os Guarani tinha como objetivo identificar, com auxílio das divindades, a alma que encarnou na criança e assim descobrir o nome que lhe cabe. Continuando com Schaden, o ritual de Nimongarai é a festa de confraternização, amizade e concórdia, em que se esquecem os mal-entendidos e malquerenças.

Voltando aos Guarani de Paraty, o pajé de Paraty, após tirar nas horas da noite o consentimento de *Nhanderú* para nos dar esta informação, faz uma bela narração da cerimonia do batismo. Pensamos que é mais bonito o depoimento do pajé sobre o batismo do que nossas palavras possam dizer:

“Batismo, o pajé vê no céu, na época de arapau (época de verão) uma trovejada sem chuva, é bonito, bom de ver e de ouvir. Logo depois desse trovão, se faz o batismo. Através do trovão, Nhanderú comunica-se comigo e me diz que o batismo se pode fazer. Então, na colheita de milho, eu falo com Deus que disse para mim do qual lugar do céu vêm as almas para dar o nome a cada criança. Nhanderú já manda as crianças com nome, só que eu (o pajé) depois peço de novo a Deus para poder saber a verdade do nome da criança. Então, onhemongarai (batismo), em janeiro, no dia 20 de janeiro, por essa data, então, as mulheres fazem um bolo, um tipo de bolo

de bodyapel que é feito de milho (plantado dentro da aldeia, ou seja, milho próprio) com mel. Todas as mulheres fazem bodyapel, os homens trazem mel de abelha procurada no mato, então levam ali, na casa de reza. Faz aquela festa, amanhece de manhã todo mundo que está ali vem comer picadinho com a faca, e todo mundo vem comer aquele bolo com mel, os homens, crianças, com alegria, aquela grande festa. Ali dançamos, cantamos e fumamos e aí eu me comunico com Nhanderú, com Kunhankarai, com Karai e com todos para que me digam de onde a alma veio. Então Nhanderú fala, fala na coroa do pajé, o nome da criança é esse, porque Deus tem Nhanderú que é filho disse assim: Jesus é filho de José, então as crianças têm nome José, São João, nome dos apóstolos, São Pedro, São Roque, São Miguel, e as mães têm Santa Maria, Santa Rosa. Nhanderú dá os nomes das crianças, ou seja, o nome é mandato de Nhanderú, o pajé é quem conta, seu nome é este ou esse. Cada criança tem nome em Guarani e em português. Por exemplo, se o nome em português é João, em guarani seria Karai, ou Tupá, se a mulher chama Santa Maria, em Guarani seria Pará Ybá Rete (Rete é santa Maria), e assim (...). O milho é importante no batismo porque é milho nosso, é nosso próprio milho que é natural, não é milho do branco. Então, Nhanderú lá em cima chama toda sua gente para pegar o milho que eles plantam lá acima, esse próprio milho deles, é nosso milho aqui na terra, o mesmo milho que a gente usa aqui, Nhanderú também está usando lá em cima. Então na época de onhemongarai, de batismo, Nhanderú faz aquela festa, que está fazendo então, ele manda aqui na terra que a gente faça a mesma coisa que ele está fazendo lá em cima. Então eles fazendo lá, manda dizer através do pajé: vocês precisam fazer também, acompanhando-nos fazer esse batismo, então vocês precisam fazer na terra também, eu quero que vocês também façam. Nhanderú conta para mim pelo sonho, aí, eu aviso a gente: tal dia vai ser onhemongarai. Geralmente é entre o dia 20 e 23 de janeiro para a gente ficar preparado para fazer a festa”. Para o batismo, se faz bolo de awati ete (milho), com mel, prepara-se o tabaco. O ritual usa muito tabaco, todos usamos tabaco, os homens, as mulheres. Na cabeça da criança soltamos a fumaça do tabaco, depois no final, eu (pajé) vou soltando a fumaça do tabaco na cabeça dos meninos e as meninas, aí, eu canto, eu peço para Nhanderú, para contar o nome, aí já conta. Isto é, à meia noite. Logo depois a gente fica contente e chama a criança pelo nome, não dá sonho. No outro dia, todos comemos bolo, todo mundo está contente e alegre. Fumaça do tabaco é porque Nhanderú lá em cima já usa esse, a fumaça do tabaco é igual a essa nuvem que a gente está vendo (assinala uma nuvem no céu). Nhanderú solta a fumaça do tabaco para toda a terra, para tirar o espírito mau. Com a fumaça que Nhanderú solta, limpa de maus espíritos, por isso que a gente pode falar pode andar. Através da fumaça do tabaco de Nhanderú, é que a gente fala, conversa, come, caminha, ri, e tudo” (Pajé de Paraty-Mirim).

De acordo com os Guarani-Mbyá, as almas podem vir da parte mais alta do céu, onde mora *Kuarai Ru Eta* com sua mulher, da parte mais baixa do céu, onde mora *ara ixi i* (o irmão caçula de *kuarai* que mora na lua) ou dos paraísos localizados no leste e oeste (Figura 4). Portanto o pajé se dirige, através de cantos e danças apropriados, a cada

potência, para indagar-lhes a origem e o nome da criança. Dependendo do paraíso de procedência das almas, elas têm seus nomes e suas qualidades. Os nomes e qualidades seguem as narrativas de Nimuendaju (1987), Cadogan (1950) e Ladeira (1992), as quais são corroboradas pelos Guarani-Mbyá de Paraty. Esses paraísos (*ambas*), com seus nomes e qualidades são:

a) Paraíso de *Nhanderú Ete e Nhandexy Ete*¹. É o paraíso mais importante, onde moram *Nhanderú Ete e Nhandexy Ete*, os pais maiores dos Guarani-Mbyá. Ele fica no Leste, onde nasce o sol. Este paraíso é considerado pelos Guarani-Mbyá como o centro do céu. As almas que vêm daí têm os seguintes nomes e qualidades.

- Almas femininas: *Kkunhankarai; Jaxuka; Jaxuka Miri; Nhanju; Ara Mirim; Ara Poty*.
- Almas masculinas: *Avarãta; Kuarai Mimbi; Kuarai Rata*.
- As almas femininas que provêm do paraíso de *Nhanderú* têm a capacidade de reunir o grupo e de orientá-lo, têm boa voz para o canto e rezas coletivas, têm capacidade de ver, para tirar a família dos perigos, e podem orientar o caminho para chegar a *yvy marae*, Terra sem Mal. Essas almas femininas são bastante apreciadas pela família.
- As almas masculinas têm a capacidade de ser bom rezador, curandeiro e tem capacidade para dirigir os trabalhos na roça.

b) Paraíso de *Kuarai Ru Ete e Kuarai Xy Ete* (lugar mais alto do céu):

- Almas femininas: *Poty; Para; Para Poty; Para Miri; Para Guaxu, Jerai*.
- Almas masculinas: *Poty; Kuaray; Miri; Nhamandu; Tataendy; Xapyra* etc
- As almas femininas são enviadas para acompanhar seus pais e irmão, são boas para o artesanato, não são boas para trabalho físico.
- As almas masculinas deste setor são bons para indicar o caminho do grupo, trabalham muito bem o artesanato.

c) Paraíso de *Tupã Ru Ete e Tupã Xy Ete*.

- Almas femininas: *Ara; Arai; Krexu; Krexu Miri; Ara Poty; Tataxi; Tataxi; Pará; Para Poty*.
- Almas masculinas: *Tupã; Vera; Vera Miri; Vera Xunuá; Tupã Miri; Ava Ropeju; etc*.

¹ A terminação *xy* refere-se ao feminino, ou seja, a mulher de cada deus.

- As almas de *Tupã* têm muita força física. As femininas são boas para ensinar, para cantar e rezar, não são boas para plantar.
- As almas masculinas têm muita força física, são boas para o trabalho na roça, na construção de casas, têm capacidade de ação “policial”.

d) Paraíso de *Karai Ru Ete e Karai Xy Ete*

- Almas femininas: *Kerxu; Kerexu; Potxy; Kerexu Atá; Kerexu Ratá á; Kerexu Yvá.*
- Almas masculinas: *Karai Ratá; Karai Tataendy; Karai Miri; Karai Poty; Karai Tatandy.*
- As almas de *Karai* são fortes para dirigir as rezas, orientar os caminhos, dar conselhos.
- As almas masculinas são boas para dirigir trabalhos na lavoura, fabricar casa e para zelar pela aldeia.

e) Paraíso de *Jakaira Ru Ete e Jakaira Xy Ete.*

- Almas femininas: *Tataxi; Yvá.*
- Almas masculinas: *Kuarai Ataxy; Mberú Ataxy; Jeguaka; Jeguaka Miri.*
- As almas deste setor são boas para a reza e não são boas para a lavoura.

f) Paraíso de *Nhamandú Ru Ete e Nhamandy Xy Ete.*

- Almas femininas: *Jaxuka; Jaxuka Ratá á; Ara Miri; Ara Jerá; Ara Poty.*

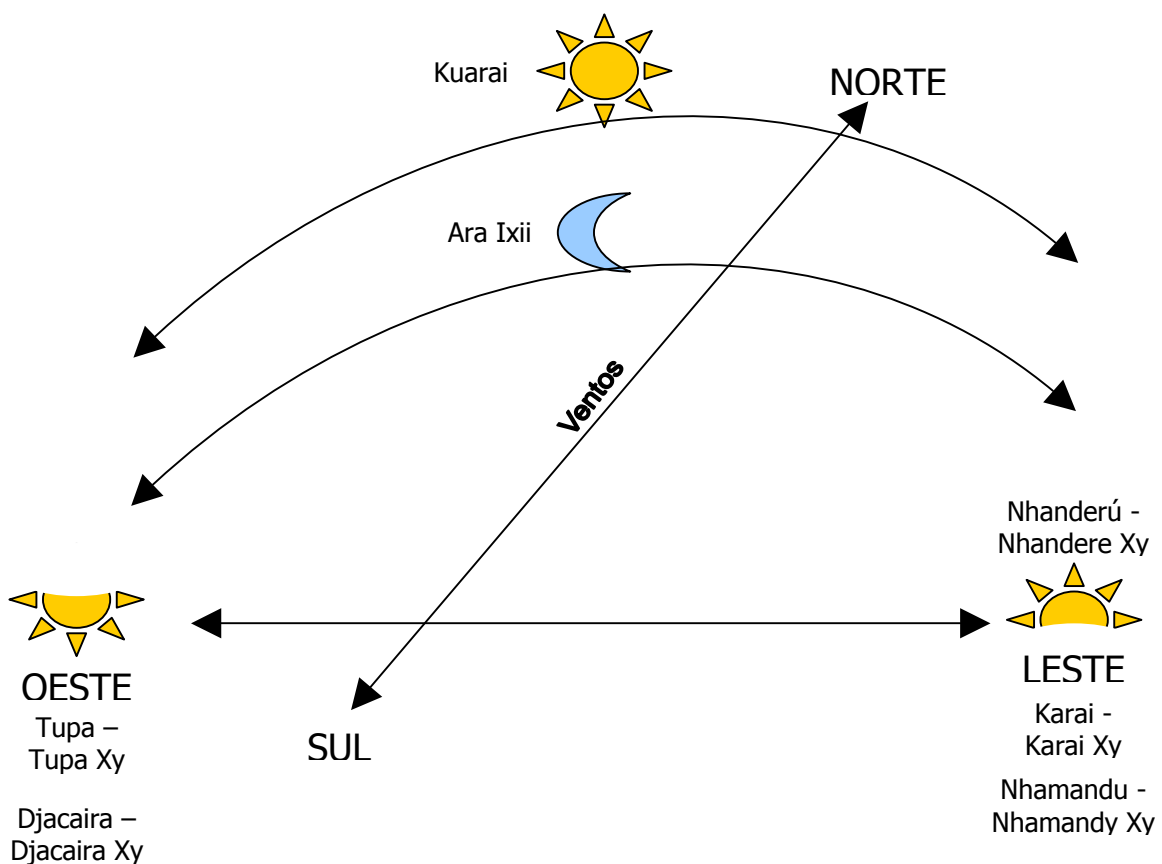
g) De *Arai ixi i* (o irmão caçula de *kuarai*, que mora na Lua, lugar mais baixo do céu).

Nesse espaço, segundo Ladeira (1992), há almas que são enviadas às pessoas cujos pais quebram as normas comportamentais. Essas almas possuem qualidades depreciativas: fraqueza, braveza, raiva, maldade.

Por tal razão “O nome determinado deste modo tem para o Guarani uma significação muito superior à de simples agregado sonoro usado para chamar seu possuidor. O nome, a seus olhos, é a bem dizer, um pedaço do seu portador, ou mesmo quase idêntico a ele, inseparável da pessoa. O Guarani não ‘se chama’ fulano de tal, mas ele ‘é’ este nome. O fato de malbaratar o nome pode prejudicar gravemente seu portador.” (Nimuendajú, 1987:3 2). É por esse motivo que pais cautelosos, especialmente ante pessoas de fora, guardam segredo sobre o verdadeiro nome, e ainda hoje a prática é observada. Portanto, não é nem a família nem o pajé que dá o nome. O pajé recebe a informação de quem é o espírito da pessoa e qual é seu nome e transmite-o à família.

As almas de cada parte têm habilidades e aptidões diferentes: para liderar e dirigir o grupo, para ser pajé, para trabalhar na lavoura, para o artesanato, para dirigir a reza, para construir casas, etc. Isto indica que o comportamento dos adultos não tem um caráter crítico, nem tem caráter crítico o trabalho das mulheres nas lavouras agrícolas. De fato, os Guarani expressam que um dos fatores de bem-estar é não criticar, posto que a origem de sua alma determina tais comportamentos. No entanto, comportamentos que saem do normal são impugnados ao demônio.

Figura 4 – Representação esquemática dos paraísos Guarani-Mbyá, Paraty, Rio de Janeiro, 1999



É bem importante para os Guarani ter dentro de sua família almas com capacidade para liderar, dirigir o grupo, dirigir a reza, realizar o trabalho físico. Agora, dentro de cada grupo de almas, têm-se almas fortes e almas fracas². Em alguns casos o lugar da origem das almas e sua determinação entre fortes e fraca é considerado para as uniões

² Para aprofundar neste tema de almas fortes e fracas pode-se consultar Ladeira (1992: 123-131).

matrimoniais. É bem valorizado que uma família tenha almas dos diferentes paraísos, porque isto permite uma diversificação de atividades e segurança econômica e religiosa.

3.1.11. A Criança

Segundo Pereira (1995: 26), nos guarani Nhandéva e Kaiwá: “à criança Guarani não se faz nenhum ensinamento, em razão de sua concepção também ter-se originado, em primeiro lugar, no plano sagrado, por um ato divino. Ela, no mundo, atualiza com sabedoria aquele repertório que lhe foi depositado pelas divindades. A socialização consiste fundamentalmente em apontar a direção para a criança não se afastar desse repertório e caminhar rumo à conquista do estado da perfeição. A criança é socializada para assumir a vida religiosa. No plano da cultura Guarani, o processo de socialização tem apenas valor supletivo”. Procura-se, através da socialização, ensinar à criança a solidariedade, o trabalho, o amor ao próximo e a religião. E segundo (Schaden, 1963), em virtude de sua qualidade de indivíduo renascido, a criança Guarani não é submetida a processos educacionais corretivos.

A criança Guarani-Mbyá de Paraty goza de liberdade. Palavras como “cuidado, não faça, não mexa”, os gritos e os castigos físicos pouco se observam. Em relação ao desenvolvimento da criança, temos que as condutas motoras e da linguagem (por exemplo, ensinar a coordenar movimentos como caminhar; ensinar aspectos relativos à motricidade fina, como a tirar os grãos de milho da espiga, ou ensinamento da linguagem) assumem uma forma natural, no sentido que a criança aprende sem ter estritamente um ensinamento. Sua convivência tão de perto com todo o grupo familiar e social permitem o desenvolvimento dessas condutas.

O Guarani de Paraty procuram transmitir às novas gerações o patrimônio cultural, normas morais e até material mágico para assegurar segurança na vida adulta, para que possam defender-se de influências maléficas. Em seu empenho de ganhar o céu, está mais interessado na inserção da criança nas vidas social e religiosa. As crianças começam a se socializar nesses aspectos através da participação nas danças, que se efetuam diariamente na casa de reza, da participação nos corais infantis de música religiosa Guarani e das reuniões comunitárias.

A vida das crianças transcorre no meio de jogos infantis, da colaboração nas tarefas de casa e da lavoura, da participação dos rituais religiosos e dos deveres da escola. Culmina esse período nas meninas com a presença da menarca, e nos meninos com a presença das ejaculações.

3.1.12. Menarca e Menstruação

- *Kunhatai* significa mulher jovem;
- *Kunumi* significa homem jovem.

O nome que recebe o primeiro período menstrual é *Ynhengue'*, o qual é enviado por *Kunhankarai*. A palavra *Ynhengue'* quer dizer menarca ou primeiro sangrado. *Ynhé* significa derrama; *ngue* significa acabou — literalmente seria acabou de derramar, ou seja, derrama o primeiro sinal de mulher adulta, ou deixa de ser criança e passa a ser mulher. Os Guarani também referem o *Ynhéngue'* como a primeira menstruação; *Ynhengue'* quer dizer ganhou, ou seja, a jovem está liberada para encontrar um companheiro, para se casar.

A idade média da menarca, para as mulheres que se encontram em idade reprodutiva, foi de 12,71 anos e de 14 anos para as mulheres que já finalizaram sua idade fértil. Na análise por grupo etário (Tabela 8 e Gráfico 3), pode-se ver que a idade da menarca tem diminuído nos últimos 50 anos.

A menarca é um processo que, em muitas culturas, está cercado de tabus e condutas especiais para proteger tanto a mulher quanto o homem. Considera-se que a mulher durante esse período é vulnerável e deve-se proteger o homem do poder poluidor do sangue menstrual, como é referido por (Helman, 1994) e Douglas (1976). Tal situação apresenta similaridades com os Guarani-Mbyá. Para os Guarani-Mbyá deste estudo, a presença da menarca dá início ao ritual da passagem, chamado *odjereko Kuae'*. Neste, a púbere entra num rito de iniciação.

Dos estudos de Schaden (1945) com populações indígenas brasileiras, temos que a iniciação garante a perpetuação das tradições da comunidade e constitui um elo na corrente que liga os antepassados à prosperidade. Constitui ainda um movimento de extraordinária importância na vida dos indivíduos. Nos rituais de iniciação morre a pessoa imatura e nasce o homem maduro.

No ritual de iniciação da menina Guarani-Mbyá de Paraty, ela é separada do grupo social e é considerada susceptível a que qualquer espírito pegue ou roube sua alma. Considera-se também que a menina está num estado muito quente, portanto seu olhar afetaria a vida de homens e crianças que olhassem para ela. Igualmente seu olhar poderia arruinar plantações completas. A menina é colocada sobre um catre de madeira (cama), elevado do chão para que os espíritos da terra não possam atingi-la, e é coberta com um lenço. O sangue é recolhido em panos e jogados fora pela mãe da púbere. Consideram os Guarani que esse sangue “é ruim, é sujo, é poluído”. Esse sangue tem a capacidade de roubar a energia dos homens. Esse sangue não se mistura com o outro sangue do corpo. Diariamente a menina é purificada com fumaça para que os espíritos não possam atingi-la. Recebe uma dieta livre de alimentos que aumentem o fluxo do sangue, como açúcar, sal, carne de boi. Os alimentos devem ser de consistência mole, devido ao estado de fragilidade no qual se encontra a púbere. De acordo com Pereira (1995), o rito de iniciação nos Guarani Nhandéva e Kaiwá constitui-se numa prática de exercícios preparatórios para a escuta das tradições mitológicas e para os cantos e danças.

Enquanto a menina Guarani deste estudo, está no resguardo, ela aprende sobre seu papel de mulher adulta. Estando no resguardo, a mãe da menina corta o cabelo, enrola-o e o amarra debaixo do joelho e por cima do tornozelo. “Isto é simpatia”, para a mulher em sua vida adulta não pegar reumatismo. Terminado o resguardo, a jovem coloca um lenço sobre sua cabeça, esperando seu cabelo crescer.

Em termos gerais, a púbere Guarani-Mbyá é separada e logo depois incorporada à comunidade com seu novo *status*, mulher adulta, à qual é conferida uma nova identidade social. Os depoimentos das mulheres entrevistadas sobre a experiência da menarca foram similares:

“Ynhengué’, a menina fica guardada em casa. Quando sente que vai começar, a menina comunica à mãe, a mãe comunica ao pai, que faz dentro da casa um catre de madeira e coloca alto. A mãe ergue (levanta) a filha no catre. Ela é coberta por um pano, porque ela não pode olhar para ninguém, tampouco pode escutar a conversa. Fica ai até que passe. Logo desce, mas não anda, não brinca, lava o rosto com água morna. A mãe corta o cabelo e amarra um lenço na cabeça. Não pode comer carne de porco, de boi, feijão preto, porque este é muito forte, não pode comer batata doce. Pode comer carne de aves, galinha pouco gordurosa, pode comer macarrão, pão, milho, mandioca e feijão que não seja preto”. (Mulher maior de 52 anos)

“Quando eu tive meu ynhengué’, eu comecei a chorar, estava apavorada, não sabia o que era, minha mãe, me encontrou chorando, e eu contei, ela

falou: “Fica calma, isso dá a todas as mulheres”. Logo ela chamou meu pai, que estava no mato, ele fez um catre de madeira e alto, minha mãe me levou para cima, me deu um lenço e falou que eu não poderia sair nem olhar para ninguém, nem falar com ninguém, eu fiquei lá 15 dias, logo eu desci e tomei banho com água morna, minha mãe cortou o cabelo e deu um lenço para a cabeça. Durante os dias de estar guardada, ela me ensinou todo o que a mulher deve fazer: fazer comida, fazer limpeza, remendar, costurar e tudo. Quando a mulher tem Ynhengué’ toma o primeiro banho aos 15 ou 20 dias com água morna, troca roupas no dia do banho, o banho é preferível com planta, erva santa maria, com banho desta erva não pega frialdade (frieza)”. (mulher de 29 anos)

Os Guarani estimam que a idade ideal da menarca é entre 11 a 15 anos, sendo perigoso antes ou depois dessas datas. Se a menarca acontece fora da data ideal, considera-se que a menina está sendo tentada pelo demônio. Nesse caso deve-se consultar o pajé: *“se ficar grávida sem ter ynhengué’ é perigoso, isso quer dizer que ela está fazendo o que o demônio está dizendo, ou seja, que o demônio está dominando ela, por isso que acontece”*.

3.1.13. Menstruação

Os nomes que recebe a menstruação são:

- *Txerekó’*. *Txe* significa em mim; *rekó’* significa está dando, ou eu tenho; *Txere* significa eu; *kó’* significa natureza, ou seja, a natureza em mim está-se dando.
- *Kunhankue*, mulher com menstruação. Em relação à menstruação, os Guarani acreditam que “Deus fez isso para a mulher”.

De forma similar à menarca, o Guarani-Mbyá acredita que o sangue da menstruação é sangue ruim. *“É sangue ruim, sangue sujo; não se mistura com sangue normal; o sangue normal do corpo é rygy”*. A descrição do sangue menstrual como sangue poluído, sujo, ruim, determinando-se igualmente a separação da mulher do grupo, pelo risco de agredir ou ser agredida.

Durante o período menstrual, a mulher Guarani-Mbyá fica de resguardo em casa, tem proibido o consumo de alimentos que, por suas qualidades frias ou quentes, podem aumentar o fluxo menstrual. Não pode ter relações sexuais com seu marido, não pode ter contato com mulher grávida ou com crianças (a criança fica fraca, chora e fica doente), não pode visitar a lavoura porque arruinaria as plantações, não pode passar por lugares com pedras ou por águas profundas, pelo perigo de sua alma ser roubada pelos donos desses

lugares. Ou seja, ela está num estado dual, no qual ela pode agredir as pessoas, por sua forte energia, mas também é susceptível de perder sua alma para os donos da natureza.

Acredita-se que cólica menstrual é ausência da menstruação, não estando a mulher grávida, se dá porque o sangue, poluído, fica coalhado no útero materno, sendo considerado como muito perigoso. Para que o sangue coalhado fique líquido, utilizam remédios tradicionais à base de ervas.

“A mulher com txerekó’ não pode comer açúcar, nem sal, nem carne de porco, nem de boi, pode comer sopinha de frango feita pela mãe, não feita por ela, se ela comer açúcar ou comida com sal, o sangue aumenta, e fica com txerekó’ 15 ou 20 dias, então para não prejudicar isso, para não demorar txerekó’, não pode comer nada de sal, nem açúcar, nem tomar banho, ela pode comer comida sem sal, não pode tomar banho”. (mulher de 21 anos)

Algumas mulheres comentam que, depois de *Ynhengué’* no seguinte *txerekó’*, também ficam sobre o catre e continuam até a sexta *txerekó’*. Nos primeiros períodos a mãe continua ensinando à menina os deveres da casa, os deveres da mulher e a costurar. A partir do sétimo período menstrual, elas ficam com a *txerekó’* dentro de casa, caminham com cuidado, não podem tomar banho, não podem sair para o rio, nem para o exterior da casa.

“Mulher com txerekó’ fica em casa guardada, não pode sair à noite, não pode brincar, nem fazer trabalhos fortes; a comida deve ser fraca, não pode ter contato com mulher grávida, não pode olhar nem uma rosa porque estraga tudo e não pode olhar para homens. O sangue que ela está jogando fora é ruim, esse é separado do sangue normal do corpo. Marido não pode dormir com mulher com txerekó’. A mulher com txerekó’ tem energia forte, não pode caminhar onde tem plantas (lavoura), porque arruina todo, não pode ir na roça, ela tem uma energia muito forte, não pode caminhar no rio, só pode onde não tem plantas (lavouras)” (Cacique de Paraty-Mirim)

“O marido tem que respeitar a mulher menstruada, porque a mulher rouba a energia: logo depois o homem fica sofrendo dor de cabeça, dor nas costas, dor de barriga. A dor de barriga deve-se a que, a cólica da mulher passa ao marido devido à posição na relação sexual. A mulher menstruada é quente na medida que perde o sangue vai ficando fria, fraca, logo depois ela chega ao equilíbrio”(Mulher de 52 anos).

3.1.14. Menopausa

Os nomes que recebe a menopausa são:

- *Daetxavei*: *dae* significa não; *txa* significa veio; *vei* significa mais, ou seja, não veio mais.
- *Daekoguédjyvei*: *dae* significa não; *ko* significa estou; *guê* significa sim; *djy* significa *txereko*; *vei* significa mais. Significa não estou vendo mais, *Nhanderú* já fechou ela.
- *Txe dajaryi* significa mulher velha.

Os Guarani têm claro que a ausência da menstruação significa o fim da fertilidade e uma passagem, uma mudança no *status* social da mulher. Não foi possível, no trabalho de campo, obter informação sobre o sentir da pessoa com relação à menopausa. As mulheres que já passaram por esse período não referiram problemas como depressões, hipermenorreas ou outros transtornos. Pode-se pensar que, na realidade, estão livres dos problemas relativos à queda hormonal, ou que, em razão de que esses adoecimentos (próprios da menopausa) são impugnados a mau comportamento durante o período reprodutivo, as mulheres sofram caladas.

Com a menopausa, a mulher pode-se preparar para, se quiser, para ganhar o *status* de mulher parteira: “*só quando já não tem mais txerekó’, que já parou, que Nhanderú já encerrou dela, já pode fazer parto*”. Com a menopausa declinam as tensões de ganhar outra gravidez por causa das relações sexuais. “*Esse daetxavei é bom, já posso transar com meu marido sem medo de ganhar outra criança*” (mulher de 51 anos).

3.1.15. Morte e o funeral

Nas aldeias Guarani de Paraty, no período de junho de 1991 até junho de 1999, só ocorreu uma morte, de uma criança menor de um ano. Segundo os pais, morreu de pneumonia. Nesse período (1991 a 1999), outras três mulheres sofreram a morte de filhos, ocorridas quando as famílias moravam em outras aldeias: uma mulher expressa a morte de sua criança de 11 meses por pneumonia, ocorrida em 1997, quando a família morava na aldeia de Sapukaia, no Município de Angra dos Reis; outra mãe refere a morte de sua criança de 12 meses por cólica e diarréia, em 1997, quando a família morava em São Paulo; e a outra mulher expressa a morte de sua filha de “16 anos” ocorrida em 1998, segundo a mãe: “*Estando em Curitiba fizeram uma operação em Tereza, a cirurgia se complicou e ela morreu na Casa do Índio*”. Segundo a mãe de Tereza, a causa de morte

não foi por eventos obstétricos. Ou seja, foram quatro pessoas mortas nessas famílias durante os últimos oito anos (entre 1991 e 1999), sendo três crianças e uma morte em mulher em idade fértil.

Em termos gerais, a mortalidade apresenta um comportamento diferente segundo os grupos etários (Tabela 8). Observa-se uma mortalidade mais elevada nos filhos das mulheres maiores de 44 anos. A maior mortalidade dos filhos das mulheres de 45 anos pode-se dever à maior exposição ao risco normal da sobrevivência; além disso, outros fatores podem ter estado presentes, como ausência do pajé, precárias condições de saneamento ambiental, carência de atenção médica ocidental, problemas no controle social do grupo. Na pesquisa com homens e mulheres velhos sobre a mortalidade infantil presenciada por eles quando eram novos, os mesmos expressam que a mortalidade era maior então; e como uma das causas eles referem que antigamente muitos homens eram alcoólatras, portanto suas famílias careciam de alimentos; além do maltrato físico que o homem dava para sua mulher, fator que, segundo eles, era uma das causas de morte infantil.

Quadro 2 – Causas de morte dos filhos das mulheres durante seu período reprodutivo
Guarani-Mbyá, Paraty, Rio de Janeiro, 1999

Tempo de Nascido	Sexo			Causa Expressada pelos Pais
	M	F	Inde.**	
Um dia			X X	“Morreu no mesmo dia que nasceu, ficou negro” “Morreu após nascer”
Sete dias	X	X		“Doença de Índio” “Doença de Índio”
Vinte e oito dias a doze meses	X X X X X X X X X X X X	X X X X X X X X X X X X X X X X		“Morreu de três meses por cólica e diarreia” “Morreu de doze meses por pneumonia” “Morreu de 7 meses por doença de Índio”* “Morreu de 7 meses por doença de Índio”* “Morreu de 12 meses por doença de Índio”* “Morreu de 11 meses por pneumonia” “Morreu de 3 meses por doença de Índio”* “Morreu de 12 meses. Estava esquentando todo o peito e o coração não agüentou” “Morreu de 12 meses por cólica e diarreia” “Morreu de 2 meses por cólica, diarreia e tosse” “Morreu de 8 meses por dor de barriga e diarreia” “Morreu de 8 meses por cólica e diarreia” “Morreu de 2 meses por bronquites” “Morreu de 12 meses por sarampo” “Morreu de 7 meses por doença de Índio”* “Morreu de 12 meses por tosse, cólica e diarreia” “Morreu de 8 meses por doença de Índio”* “Morreu de 10 meses por doença de Índio”* “Morreu de 12 meses por doença de Índio”* “Morreu de 12 meses por doença de Índio”* “Morreu de 6 meses por doença de Índio”* “Morreu de 12 meses por cólica e diarreia”
Treze meses a trinta e seis meses	X X X X	X X X X X X X X X X X X X X		“Morreu de 14 meses por cólica e diarreia” “Morreu de 24 meses por febre” “Morreu de 24 meses por cólica e diarreia” “Morreu de 36 meses por doença de Índio*, a morte foi de repente” “Morreu de 18 meses por doença de Índio”* “Morreu de 24 meses por diarreia” “Morreu de 8 meses por doença de Índio”* “Morreu de 24 meses por cólica e diarreia”* “Morreu de 18 meses por doença de Índio”* “Morreu de 30 meses por doença de Índio”*
Sete a dezenove anos	X	X X		“Morreu de 9 anos afogada no rio”, 1984 “Morreu de 19 anos, tinha problemas dos rins. Foi operado no hospital, ficou de repouso. A operação se abriu e morreu” Morreu de 16 anos “Estando em Curitiba fizeram uma operação na Tereza, a cirurgia se complicou e ela morreu na Casa do Índio”, em 1998
Vinte a vinte e quatro anos		X		“A Cecília morreu de 23 anos por pneumonia, isto foi em 1965”

* As doenças do índio corresponde a doenças próprias dos Guarani-Mbyá, ver Capítulo V.

** Sexo sem definir.

Como justificativa da mortalidade fica descartado o infanticídio, posto que este não é permitido nos Guarani. Só que em situações extremas de estresse, estes acontecem:

“A literatura paraguaia assinala o fenômeno de suicídios consumados entre índias Guarani, aproximadamente em 1762 que, não suportando uma pressão social prolongada, optaram pela prática do infanticídio e, posteriormente, do suicídio por enforcamento” (Pereira, 1995: 19).

Segundo o Quadro 2, a maior frequência de morte dos filhos das mulheres estudadas (tanto as que estão em período fértil como as que terminaram o seu período), acontece nas crianças menores de um ano, seguida pelas crianças de um a cinco anos. Cinquenta por cento das mortes das crianças têm como causa as doenças “de índio”, seguidas pelas doenças do sistema digestivo e respiratório.

3.1.16. A cultura Guarani frente à morte

A morte é um acontecimento doloroso, que leva à reunião do grupo. Uma vez diagnosticada a morte social, o moribundo é levado à casa de reza, para dar início à ritual do funeral. O pajé e a comunidade no meio do canto, da reza, da dança e do fumo ajudam o moribundo. O pajé está perto da pessoa, examinando-a a todo momento. No instante em que a pessoa morre, o pajé troca o tom de seu canto, ou seja, o diagnóstico de morte é comunicado à comunidade através da mudança do tom. A cerimônia continua e o pajé, ajudado pela comunidade, solicita a *Nhanderú* o recebimento da alma do finado, mas solicita também pela sua família que fica na terra. É um ritual que exorta à reflexão sobre o comportamento da família e comunidade. O pajé fala pelo finado, para que sua alma divina chegue ao lugar de *Nhanderú*, posto que logo após a morte a alma volta a se fracionar em seus dois componentes, alma divina e alma imperfeita. As crianças pequenas, nas quais ainda não se havia observado nenhuma disposição atribuída à alma animal vão direto para *Nhanderú*. No ritual funerário também se reza para que sua segunda alma, a alma telúrica ou imperfeita, fique fora da comunidade, assegurando assim o bem do grupo.

Quando o corpo do finado está frio, é vestido com roupa limpa e levado ao caixão, espera-se dois ou três dias para ser enterrado. Esse lapso de tempo se justifica porque a alma da pessoa morta, quando sai de seu corpo, vai até *Nhanderú*, que lá faz perguntas sobre o bom viver e a religião. Se a pessoa responde corretamente, fica com *Nhanderú*; se alguma coisa foi omitida, pode voltar à terra a seu corpo, para aprender o que faltou. Mas se não passar na prova, essa alma pode voltar para a terra e ficar como fantasma. Os Guarani-Mbyá de Paraty são enfáticos em afirmar que essa alma que é devolvida para a terra nunca encarna em animais e que nunca uma alma de animal encarna num Guarani. A

reencarnação só acontece com crianças pequenas — segundo eles, menores de dez anos. A reencarnação dessas crianças depende da mudança dos pais, de conduta incorreta para correta, da solicitação que fazem a seu deus e a bondade de seu deus para enviar novamente o espírito da criança falecida.

Nos Guarani-Mbyá de Paraty não se observa o costume de exumar os ossos do finado e guardá-los em casa, para fazer exercícios espirituais visando à ressurreição do morto, prática que já referia Cadogan (1950) e entrou em desuso. O seguinte relato sobre a morte foi dado pelo pajé de Paraty-Mirim:

“Quando uma pessoa está morrendo toda a gente vai para a casa de reza, aí todo o mundo pede a Deus, pede a Nhanderú para poder o espírito daquele que morreu, deixe que chegue lá em casa de Nhanderú. Aí eu falo: Nhanderú veio aqui, não sou culpado por meu pai por minha mãe, mas chegou o dia que vocês marcaram, eu vim. Eu deixei meu corpo na terra, mas você está sabendo que minha mãe e meu pai estão chorando atrás de mim, então, logo eu falo assim para os pais que ficaram na terra, eu falo de novo: deixe que meu pai ou minha mãe branqueie o cabelo atrás de mim, eles estão chorando, mas até o dia que você marcou para eles, deixe que eles vivam. Não quero que espírito mau venha e atrapalhe meu pai ou minha mãe, ou todos meus parentes que estão chorando atrás de mim, porque eu já estou tranqüilo, já não sinto mais nada, eu estou na casa de meu pai. Então a mesma coisa eu quero que o dia que vocês marcaram o final deles, eu quero que eles cheguem às portas, eu quero que você receba em sua casa. Logo eu falo para Nhanderú, pedindo pelos pais do falecido: eu quero que os pais fiquem tranqüilos na terra, deixe que eles fiquem velhinhos, trabalhando. Nhanderú, não deixe que espírito mau venha mexer com meus pais, deixa que vivam tranqüilos que eu vou dar forças também para eles, para que alcancem sua casa. Logo depois de tudo isto, o morto é vestido e colocado em um caixão e fica na casa de reza, por dois dias permanece lá, a gente canta e reza pedindo a Deus que receba o alma da pessoa, deixa-se dois dias para ter certeza de que de verdade está morto. Os Guarani temos medo de enterrar uma pessoa viva. Passado os dois dias, levamos ao nosso cemitério” (Pajé de Paraty-Mirim).

Quando a morte é de uma criança, segue-se a mesma cerimônia, a ênfase na reza é para solicitar a reencarnação do espírito da criança falecida. Os depoimentos dos informantes são os seguintes:

“Por exemplo, a mulher está ficando grávida. Nascendo ou não nascendo, como disse; perdia-se ou morreu a criança, aí a mãe não está mostrando as lágrimas, ela chora no fundo do coração, como o pai a mesma coisa, está chorando no coração mas não está mostrando as lágrimas. Então depois Nhanderú fala: a minha filha ou meu filho está chorando, então, eu vou enviar de novo, eu vou fazer de novo, eu estou vendo que meus filhos e minhas filhas estão chorando. Não viram a criança, meu filhinho que eu mandei, mas morreu, mas eu vou mandar novamente o mesmo espírito na

barriga da mãe”.[...] A criança morrendo, não é por castigo de nós pais, Nhanderú não está dando castigo para as crianças, ele não dá castigo. Só que se nós erramos para nosso filho viver, pode Deus castigar e levar nosso filho, mas a gente vai se arrepender de novo: o que faltou? Em que a gente errou? Por exemplo, eu errei com meu bebê (seu bebê morreu), eu andava, eu não cuidava dele, eu não dava alimento, então eu deixava assim como sem filho então, por aí Deus vem e me castiga e leva o meu filho de volta para o reino dele. Aí, depois Nhanderú vai dizer para mim, está certo, meu filho não faltou muito eu vou perdoar, então ele está chorando do fundo de seu coração, eu vou mandar de novo o mesmo filho que morreu para ele, vou mandar de novo de volta o espírito para eles para poder ficar alegres para ficar fortes, o bebezinho vai dar forte. Aí Nhanderú perdoou eu, e mandou o mesmo filho que morreu. Quando uma criança morre a mãe e o pai podem solicitar a Nhanderú que envie o espírito dessa criança morta novamente” (Agente indígena de saúde).

3.1.17. Aborto

As palavras com as quais se denomina o aborto são:

- *Daitxai*, que significa não vi;
- *Kyringue roai*: *Kyringue* significa criança; *roai* significa caiu;
- *Nokãmbui idjevy* significa criança perdeu;
- *dojauí*, significa não nasceu. Agora quando a criança nasce de tempo normal e imediatamente morre, pode-se dizer: *Kiringue i' areko*; *areko vai kue i'*, querem dizer que morreu pós nascer ou horas logo de nascer, e *kiringue oykovey vaikuey*; *oykoveivaikuy*; *kiringuei oikovey`omainoy* quer dizer que nasceu vivo e ao outro dia a criança morreu.

O Guaraní, em sua língua, diferencia a morte da criança que acontece durante a gravidez ou a morte logo depois de nascer. No entanto, não tem uma clara diferença entre natimorto e aborto. Sendo o aborto o produto da gestação interrompida antes das 20 semanas de gravidez e o natimorto como o produto de uma gravidez com mais de 28 semanas de gestação, isto leva a uma dificuldade na identificação do aborto nos Guaraní-Mbyá de Paraty.

O aborto é considerado como castigo de Deus, por mau comportamento da mãe ou do pai — ou seja, em certo sentido implica desprestígio, porque faz público o mau comportamento. Também é considerado, como causa de aborto, o castigo do feto, por não ter satisfeito o seus desejos; os desejos que a mãe sente, por determinados alimentos ou outras coisas, correspondem à solicitação da criança que está no seu ventre. Isto é, o feto é praticamente considerado na cultura Guaraní como um feto “falante, que julga, portanto castiga e premia”. Esta condição tem sua raiz no mito dos gêmeos; a qualidade de falar e julgar termina com o nascimento. Possivelmente, ao incorporar a alma de origem terrestre,

telúrica e imperfeita, o privilégio que tinha o feto com sua alma divina seja perdido e a criança ao nascer fique à disposição de seu pais. Causas de aborto segundo os Guarani de Paraty:

“Não satisfazer os desejos, de não abortar a criança logo de nascer vai chorar e chorar e terá a boca aberta; Aborto é causado por quedas, por pancadas ou por trabalho forte da mãe, ou por castigo de Nhanderú”.(Mulher de 52 anos)

“O aborto pode ser castigo de Nhanderú, Nhanderú castiga conforme cada pessoa, por exemplo se uma mulher grávida caminha assim (...) de qualquer forma Nhanderú castiga, para ela compreender, para ser mais submissa a Nhanderú. Esse castigo pode vir numa doença para a mãe”. “Aborto pode ser castigo de Nhanderú, porque a mãe não sabe se dirigir, não sabe caminhar, então Nhanderú está olhando” (Cacique de Paraty).

O Guarani-Mbyá de Paraty não admite a interrupção provocada da gestação. De fato, o Guarani paraguaio antigo não admitia o aborto e as mulheres culpadas de aborto eram denominadas como “parias” e denominadas como “as que devoram sua própria prole” (Cadogan, 1949: 28). A proibição do aborto tem sua raiz na religião, no sentido que, desde o momento da concepção, deuses ou heróis estão presentes enviando a “essência”, alma. Portanto esse embrião já tem alma e a mão do homem não pode interferir na bondade de Nhanderú. *“Criança de 3 mês, ele está começando a mover, a mãe sente que se move, já é pessoa, porque a criança não pode vir sem alma, já é vivo na barriga da mãe, se não tivesse alma, não estaria na barriga”* (Agente indígena de saúde)

3.1.18. Intervalo Intergenésico

As análises sobre intervalo intergenésico nas mulheres Guarani (intervalo entre um parto e uma nova gravidez), mostra uma média de 19,7 meses para as mulheres que ainda estão na vida fértil, e de 23,4 meses para as mulheres que terminaram seu período fértil. O intervalo mínimo entre um parto e o começo de uma nova gravidez deveria ser de 24 meses, para que o organismo possa recuperar-se do desgaste fisiológico ocasionado pela gravidez e o aleitamento materno (OMS, 1991; Omran, 1985). Mas as mulheres deste estudo, que estão em idade reprodutiva, não estão tendo tempo suficiente para que seus organismos se recuperem do desgaste fisiológico. De acordo com a Tabela 11, apesar de que as frequências serem baixas, os intervalos não apresentam variações por grupo etário. A média de intervalo de 53,8 meses que se observa no grupo de 40-44 anos deve-se a uma mulher que tem tido longos períodos sem marido. Ou seja, enquanto a mulher Guarani deste estudo está com marido, os intervalos intergenésicos apresentam-se curtos.

Os resultados mostram que as mulheres Guarani de Paraty não têm um dispositivo ocidental ou cultural para distanciar os nascimentos dos filhos. Estima-se que os intervalos intergenésicos curtos em mulheres mal alimentadas e com dupla jornada de trabalho ocasionem a síndrome denominada “síndrome de esgotamento materno” (OMS, 1991: 19), que pode repercutir na saúde geral da mãe e dos filhos.

Tabela 11 - Intervalo intergenésico por grupo etário
Guarani-Mbyá, Paraty, Rio de Janeiro, 1999

Grupo Etário	Nº Mulheres	Intervalo Intergenésico Meses
14 – 19	7	----*
20 – 24	7	15,16
25 – 29	8	17,24
30 – 34	2	16,66
35 – 39	1	13,0
40 – 44	1	53,8**
45 – 49	2	18,25
50 e mais	5	23,4

*Das 7 mulheres, só uma tinha duas gestações, portanto, uma média de intervalo não representaria o grupo

** Corresponde a uma mulher que há permanecido longos períodos sem marido

No estudo, foi constatado que 30% das mulheres compartilharam os primeiros meses da gravidez com o aleitamento materno, pois a maioria das mães interrompem o aleitamento quando constata uma nova gravidez. Isto significa um fator a mais para a “síndrome de esgotamento”, posto que essas mães devem proporcionar nutrientes para o feto em desenvolvimento e para a produção do leite materno.

3.1.19. Índice de Estresse Reprodutivo

No que diz respeito ao Índice de Estresse Reprodutivo, entendido como o tempo que uma mulher passa entre gravidez e aleitamento materno em relação ao tempo de vida reprodutiva na data de realização do estudo, foi observado que as mulheres Guarani de Paraty passam cerca de 70% de sua vida reprodutiva entre gravidez e aleitamento materno (Tabela 12). O gráfico de nuvem de pontos (Gráfico 4) assinala que a tendência é constante, ou seja, não tem havido mudanças no tempo dedicado ao aleitamento materno e à gravidez.

Considerando os parâmetros dados por Harrington (1983) para classificar o IER — 1-20% como leve; 21-40% como regular; 41-60% como alto; e 61-80% como estresse muito alto — as mulheres Guarani do Município de Paraty estão experimentando um IER muito alto, em nível geral e por grupo etário.

Na análise do índice por grupo etário (Tabela 13) foram observadas diferenças. No entanto, no gráfico em nuvem de pontos (Gráfico 4), as tendências lineares e logarítmicas indicam que o índice permanece constante, e situação similar pode ser observada por grupos etários (Gráfico 5). A probabilidade de haver um efeito acumulado nos fatores que contribuem para a construção do índice é muito pouco significativa. Isto seria dizer que, durante os últimos 50 anos, as mulheres têm seguido igual ritmo entre os intervalos de nascimento dos filhos e os tempos dedicados ao aleitamento materno.

Tabela 12 - Índice geral de estresse reprodutivo em mulheres Guarani-Mbyá, Paraty, Rio de Janeiro, 1999

IDADE	IER	IDADE	IER
14,750	100,00	25,666	79,89%
14,833	78,57%	25,916	89,31%
16,666	16,67%	26,083	91,73%
17,166	95,74%	26,919	23,08%
17,416	72,41%	27,000	56,25%
17,500	89,47%	27,666	87,34%
17,833	000.00*	29,416	64,16%
20,000	61,67%	31,500	97,58%
21,000	000.00*	33,000	96,30%
21,166	104,65%	36,833	72,97%
22,000	60,71%	44,333	52,91%
22,416	101,12%	46,000	59,22%
23,166	60,20%	49,416	78,21%
24,833	103,31%		

*sem gravidez

Tabela 13 – Índice de estresse reprodutivo por grupo etário em mulheres
Guarani-Mbyá, Paraty, Rio de Janeiro, 1999

Idade	T.V.R (meses).	T.G.(meses)	T.A.(meses)	IER
14-19	173	50	66	67,05%
20-24	610	175	277	74,10%
25-29	1189	336	531	72,92%
30-34	423	147	263	96,93%
35-39	259	81	108	72,97%
40-44	361	63	128	52,91%
45-49	798	180	371	69,05%
50 e mais	420	118	208	77,76

T.V.R. = Tempo de vida reprodutiva
T.G. = Tempo de gravidez
T.A. = Tempo de amamentação
IER = Índice de estresse reprodutivo

Gráfico 4

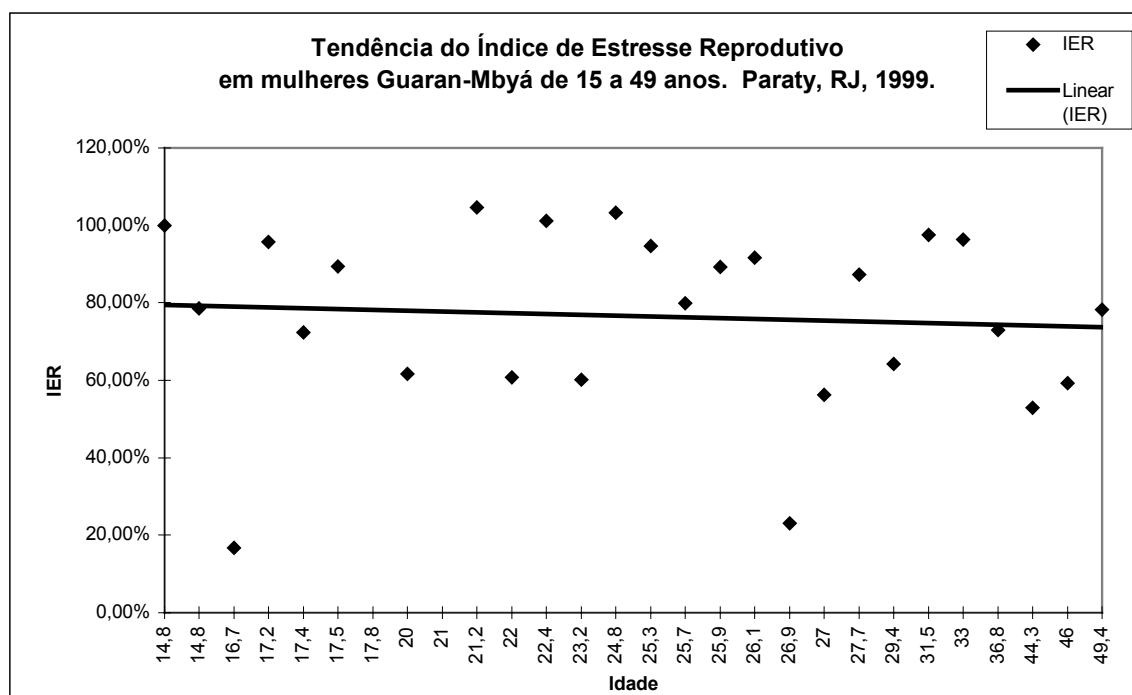
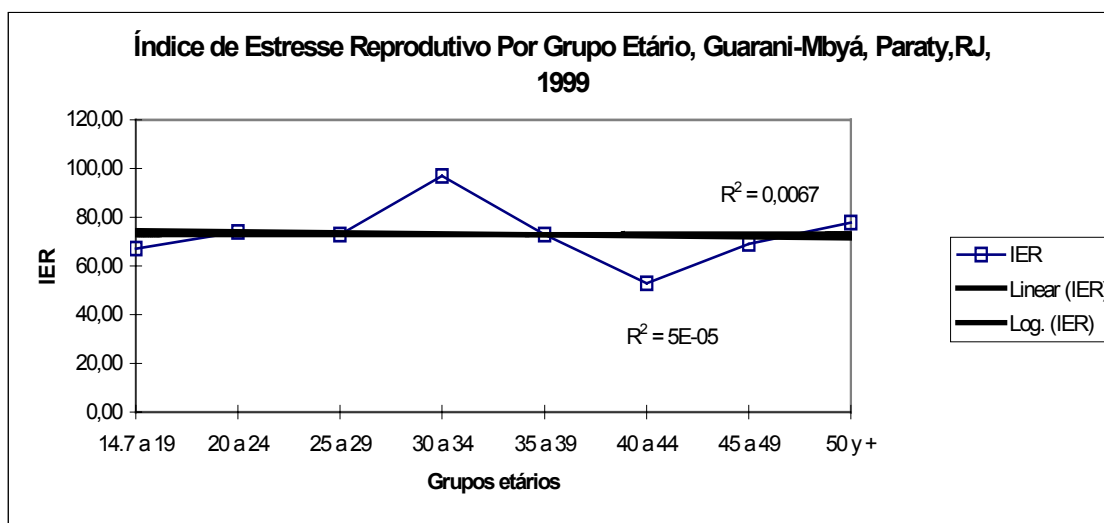


Gráfico 5



As tendências lineares e logarítmicas dos gráficos indicam que há um crescimento constante no Índice de Estresse Reprodutivo, à medida que passa a idade das mulheres.

Articulando as análises do IER, outros fatores contribuintes do desgaste fisiológico das mulheres — como a relação crianças/mulheres — cada mulher Guarani em idade reprodutiva tem sob seu cuidado 1,4 crianças menores de cinco anos. Os problemas alimentares, conforme a observação no campo, os Guarani têm baixo consumo de proteínas, cálcio e vitaminas; além disso, têm momentos de carência alimentar generalizada. Quanto ao trabalho das mulheres, estas devem colaborar nas tarefas agrícolas, além das tarefas da casa. Tudo isso representa uma carga fisiológica e física elevada para as mulheres Guarani.

A mulher Guarani-Mbyá está levando uma gravidez ou está dando o leite materno a seu bebê e, ainda assim, deve cuidar de outra criança menor de cinco anos. Ainda por cima, elas têm o trabalho doméstico, artesanato e trabalho agrícola para dar apoio econômico à família. Isto pode ter efeitos negativos sobre o grupo familiar Guarani, no sentido que implica desgaste fisiológico na mulher. De fato, ao serem interrogadas sobre morbidade, elas expressam ter dor de cabeça, cansaço, fadiga, “tonteira”, dor nas costas. “(...) Um estudo feito em Burkina Faso indica que as mulheres ao final das duplas jornadas

estão tão fatigadas que isto repercute na preparação de uma comida adequada e, como resultado, famílias inteiras perdem peso durante esses períodos” (OMS, 1991: 72). A síndrome de esgotamento, somada às carências de elementos já considerados básicos para os Guarani de Paraty, como alimentos industrializados (sal, açúcar macarrão entre outros), medicamentos, detergentes, poderiam levar à mulher Guarani de Paraty a alterar o seu desempenho no seu papel familiar e econômico.

CAPÍTULO IV

EM RESPOSTA AO LEGADO DE *KUNHANKARAI*

Os componentes básicos da dinâmica demográfica são dados pela fecundidade, mortalidade e migração, todos permeados pelos aspectos socioculturais dos grupos (Sauvy, 1976). Neste capítulo serão abordadas, primeiramente, as medidas a fecundidade; em segundo lugar se analisará a migração em relação à fecundidade e, finalmente, conclui-se com a análise sobre o passado e o presente da fecundidade, na perspectiva da transição demográfica.

4.1. A FECUNDIDADE ATUAL E RETROSPECTIVA

A demografia tem um grande privilégio pelo estudo das medidas diretas da fecundidade: taxas de fecundidade, taxa de natalidade, taxa de reprodução, as quais estão submetidas às variáveis intermediárias da fecundidade, que, por sua vez, estão interligadas à cultura. Isto significa que as medidas diretas da fecundidade estão articuladas com a cosmologia dos grupos e a suas formas de ver e vivenciar a vida, a morte, a sociedade, a natureza e a sobrenatureza.

Com o objetivo de se ter uma referência para visualizar a magnitude dos dados obtidos através das medições da fecundidade, tomam-se os dados gerais de fecundidade reportados para o Brasil (IBGE, 1991).

4.1.1. Fecundidade no Período 1996–1999

4.1.1.1. Taxa Anual Média de Natalidade (TN)

A Taxa Bruta Anual de Natalidade relaciona o número de nascidos vivos por 1.000 habitantes. Brasil (1991) reporta uma Taxa Bruta de Natalidade de 23,4 por mil. Segundo este parâmetro, as cifras da Tabela 15 mostram que as Taxas Brutas de Natalidade das Guarani-Mbyá são muito elevadas nos quatro anos de referência. As variações que se observam na Tabela 14 e no Gráfico 6 podem ocorrer porque, sendo um número populacional reduzido, a maioria das mulheres num ano determinado podem estar grávida e, no ano seguinte, estar amamentando a nova criança, tal como foi referido no Capítulo I. Portanto, as Taxas Brutas de Natalidade apresentam essas oscilações. No entanto, as Taxas Brutas de Natalidade têm permanecido constantes, se observadas

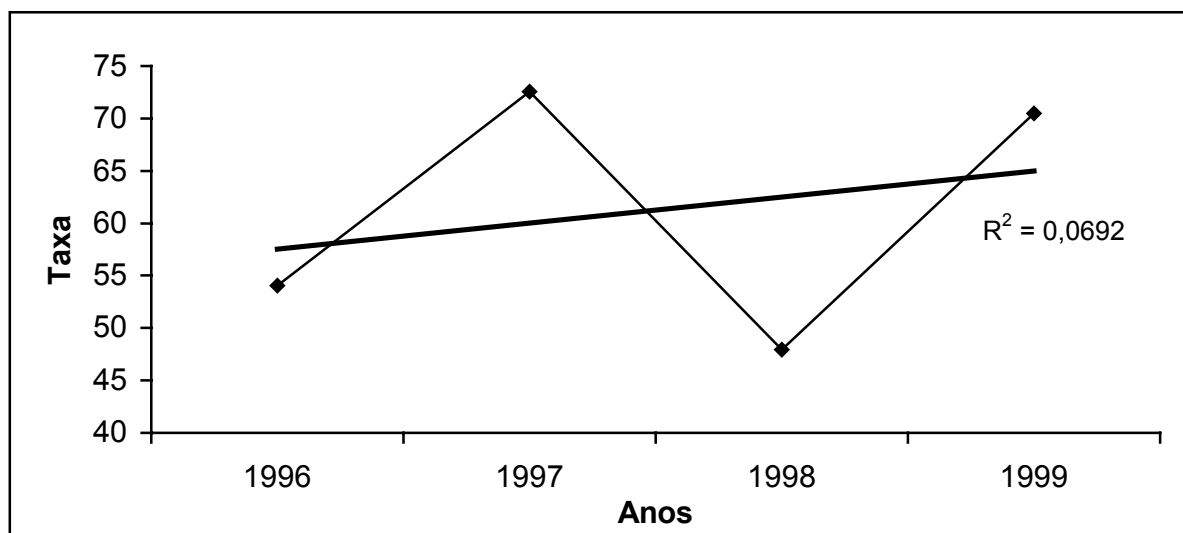
mediante a tendência linear ($\rho = 0,26$). Ou seja, as variações das Taxas Brutas Anuais de Natalidade, através do período, são muito baixas.

A Taxa Média de Natalidade para o período de referência é de 61,27 por mil. Isto significaria que, se as aldeias Guarani-Mbyá do Município de Paraty tivessem 1.000 habitantes, estariam nascendo 61,27 crianças Guarani. Dito de outra forma, indica que, para cada 100 habitantes Guarani estão nascendo 6,12 crianças. A taxa elevada de nascimentos está de acordo com a porcentagem de população menor de 15 anos, que é de 53,21%, consignada no Capítulo II.

Tabela 14 – Taxa anual Média de Natalidade, 1996 a 1999
Guarani–Mbyá, Paraty, Rio de Janeiro, 1999

Ano	Nascimentos	População total	Taxa de Natalidade
1996	6	111	54,05
1997	9	124	72,58
1998	7	146	47,95
1999	11	156	70,51
Taxa Média			61,27

Gráfico 6 – Taxa Anual Média de Natalidade, 1996 a 1999
Guarani–Mbyá, Paraty, Rio de Janeiro, 1999



4.1.1.2. Taxa Anual de Fecundidade Geral (TFG)

A Taxa Anual de Fecundidade Geral, que relaciona o número de nascidos vivos com as mulheres em idade fértil, é muito elevada se comparada com a cifra de 96,12 por mil, reportada para a população brasileira em 1991. De acordo com esta cifra-referência, as

TFG dos Guarani-Mbyá do Município de Paraty, nos quatro anos reportados, são três vezes maiores, como expressa a Tabela 15.

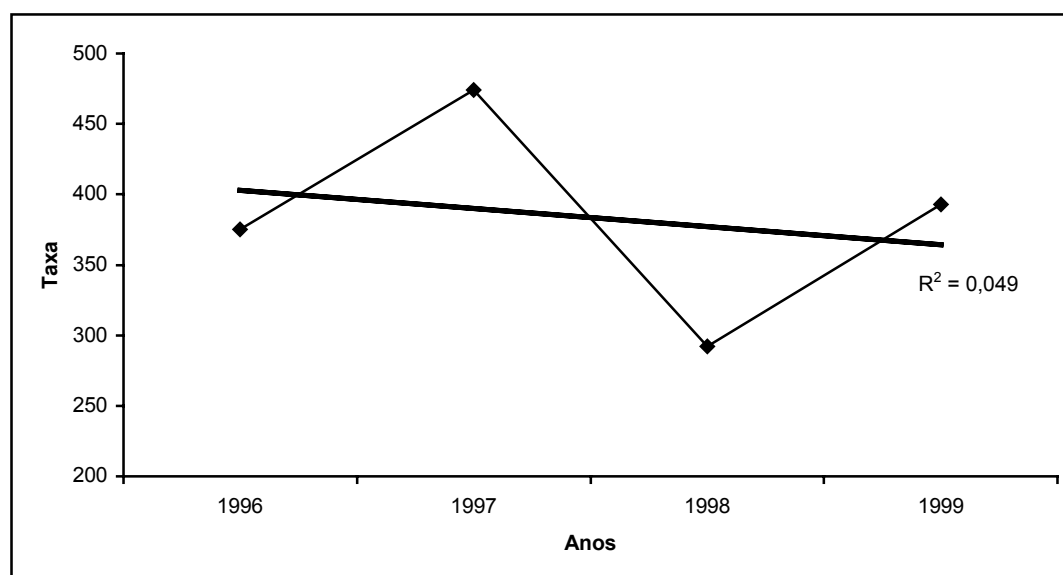
Tabela 15 – Taxa Anual de Fecundidade Geral, 1996 a 1999
Guarani-Mbyá, Rio de Janeiro, 1999

Ano	Nascidos vivos	Mulheres	Taxas
1996	6*	15	400
1997	9	19	474
1998	7	24	292
1999	11	28	393

* De janeiro de 1996 a junho de 1996 haviam nascido 3 crianças; supõe-se que, de julho de 1995 a dezembro de 1995 tenham nascido um número similar de crianças no semestre de janeiro a junho de 1996.

A média da TFG para os quatro anos de referência é de 389,75 por mil. Ou seja, se as aldeias Guarani do Município de Paraty tivessem 1.000 mulheres em idade fértil, estariam nascendo 389,75 crianças por ano, o que é um ritmo de fecundidade muito acelerado.

Gráfico 7 – Taxa Anual de Fecundidade Geral, 1996 a 1999
Guarani-Mbyá, Paraty, Rio de Janeiro, 1999



As oscilações que se apresentam na Tabela 15 e no Gráfico 7 se devem ao número reduzido de mulheres (como já foi referido). No entanto, a tendência linear indica que, apesar das oscilações, as Taxas Anuais de Fecundidade Geral não apresentam mudanças significativas ($\rho = 0,22$).

4.1.1.3. Taxa Acumulada de Filhos Nascidos Vivos por Mulher em 1999

Para trabalhar esta Taxa, foram tomadas em conta as 33 mulheres, ou seja, as que estão em seu período fértil e as que terminaram seu período reprodutivo e foram classificadas por grupo etário.

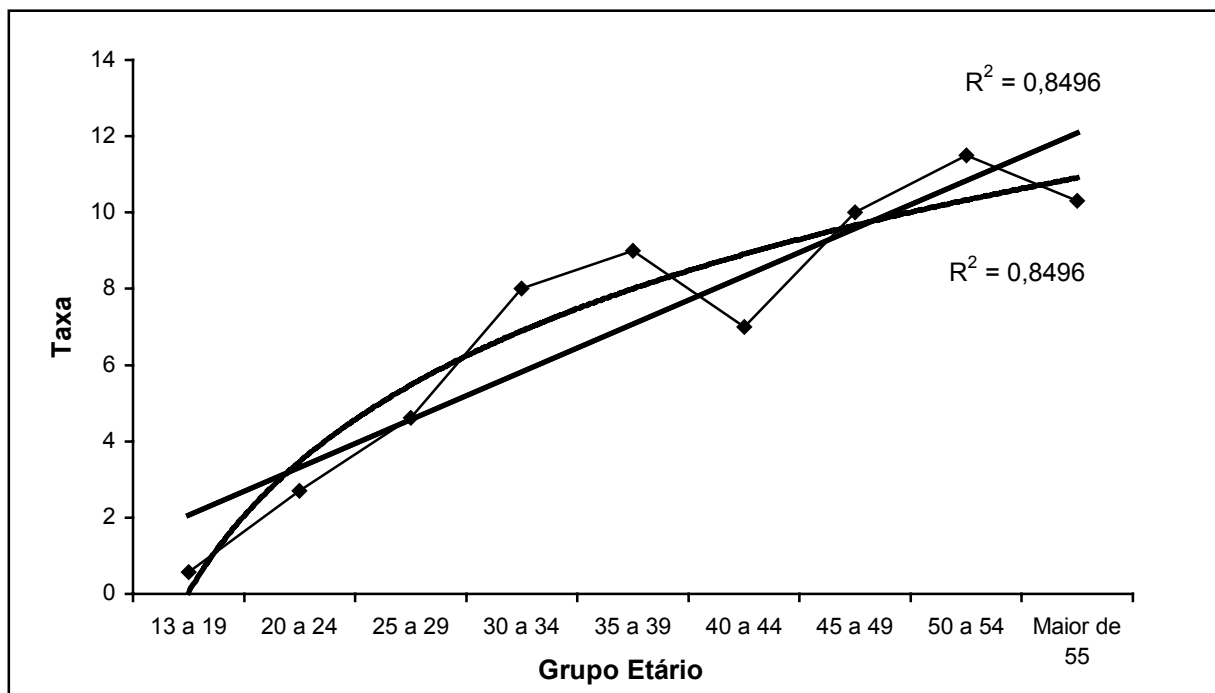
Em relação à média de filhos nascidos vivos por grupo etário (Tabela 16) observa-se que, nas mulheres menores de 35 anos, o coorte de idade superior duplica o número de nascidos vivos do coorte de mulheres em idade inferior. Dos 35 anos em diante, o aumento é só um filho a mais. A queda que é observada na faixa de 40-44 anos possivelmente se deve a que, neste grupo etário, só havia uma mulher. As mulheres que alcançaram os 50 anos tiveram 10,8 filhos. Este último dado significa que a Taxa Final de Fecundidade (ou taxa Completada de Fecundidade) nas mulheres Guarani deste estudo é muito alta.

No Gráfico 8 observa-se a tendência à queda do número de filhos a partir dos 35 anos. Em forma geral, tanto a tendência linear como a logarítmica indicam que a medida em que aumenta a idade da mãe (mulheres em idade fértil) aumenta o número de filhos (coeficiente de correlação linear, $\rho = 0,92$). Segundo o gráfico, nos limites da culminação da idade fértil observa-se um aumento menos acelerado do número de filhos.

Tabela 16 – Taxa acumulada de filhos nascidos vivos por grupo etário em 1999
População Guarani, Rio de Janeiro, 1999

Grupo Etário	Taxa acumulada
13 a 19	0,57
20 a 24	2,70
25 a 29	4,62
30 a 34	8,00
35 a 39	9,00
40 a 44	7,00
45 a 49	10,00
acima de 50	10,80

Gráfico 8 – Taxa acumulada de filhos nascidos vivos
Guarani–Mbyá, Paraty, Rio de Janeiro, 1999



4.1.1.4. Taxa de Fecundidade Específica, 1997 a 1999

As Taxas de Fecundidade Específica para o período de 1997 a 1999 (Tabela 17) mostram que as mulheres que estão fazendo maior aporte à fecundidade correspondem à faixa etária de 20 a 34 anos, moldando assim uma estrutura modelo de fecundidade dilatada (Camisa, 1975), pois a cúspide começa no grupo de 20 a 24 anos e continua até o grupo de 30 a 34 anos¹. Face ao que o Gráfico 9 apresenta — cúspide mais elevada para o grupo etário de 35 a 39 anos —, deve-se considerar que este grupo só tinha uma mulher, situação que influencia o gráfico.

O ritmo de fecundidade mais acelerado começa a partir dos 20 anos de idade, e só a partir dos quarenta anos apresenta decréscimo. Essas Taxas de Fecundidade específicas estão respaldadas pelos intervalos intergenésicos (média 19,7 meses), sem ter muita diferença por grupo etário (ver Capítulo III).

¹ A estrutura modelo de fecundidade refere-se à cúspide mais alta da fecundidade nos diferentes grupos etários. Estrutura modelo de fecundidade precoce é quando a maior cúspide da fecundidade é nas mulheres entre 20 a 24 anos; estrutura modelo de fecundidade tardia, quando a cúspide da fecundidade fica nas mulheres com idades entre 25 a 29 anos; estrutura modelo de fecundidade dilatada, quando as maiores cúspides ficam em mulheres com idades entre 20 a 24 e 25 a 29 anos (Camisa, 1975). Isto é, o modelo de fecundidade dilatada apresenta mais de uma cúspide.

Tabela 18 – Taxa de Fecundidade Específica para o período 1997 a 1999
Guarani–Mbyá, Paraty, Rio de Janeiro, 1999

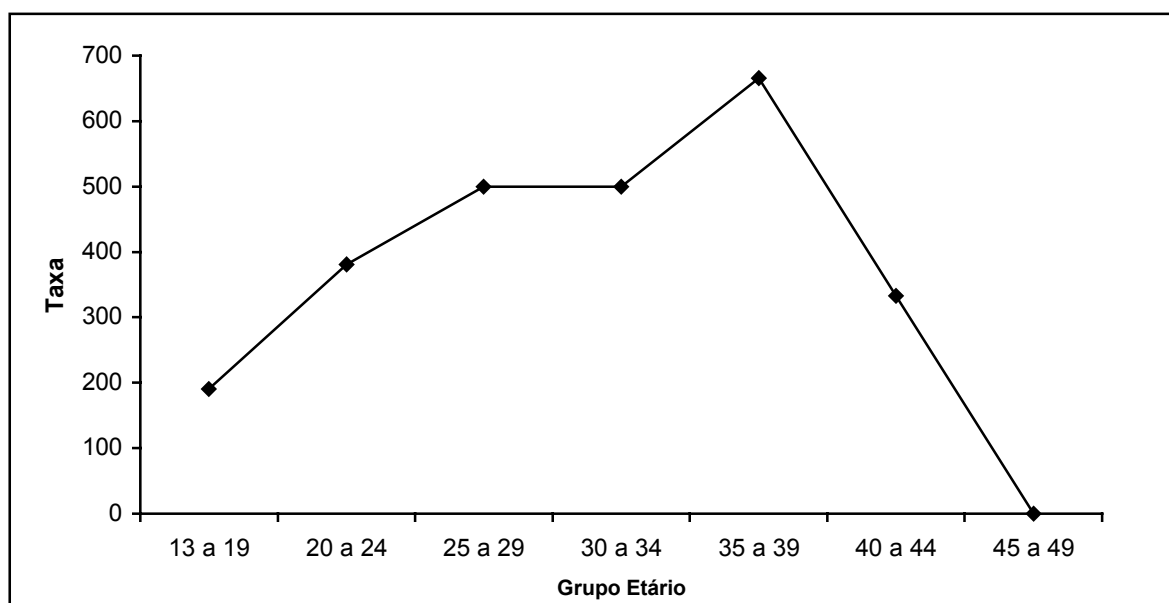
Grupo Etário	1997 a 1999		Taxa anual**
	N.V.*	Mulheres	
13 a 19	4	7	190,40
20 a 24	8	7	380,90
25 a 29	12	8	500,00
30 a 34	3	2	500,00
35 a 39	2	1	666,00
40 a 44	1	1	333,00
45 a 49	0	2	0
Somatória			2,57
T.F.T.***			12,85

*N.V. = nascidos vivos

**T.F.T = Taxa de Fecundidade Total

***O valor desta Taxa corresponde à média dos três anos estudados

Gráfico 9 – Taxa anual de Fecundidade Específica, 1997 a 1999
Guarani–Mbyá, Paraty, Rio de Janeiro, 1999



4.1.1.5. Taxa de Fecundidade Total(TFT)

Esta Taxa é chamada também de Taxa Global de Fecundidade. Segundo as Taxas Específicas de Fecundidade, para o período de 1997 a 1999 e, se as mulheres Guarani continuarem sua vida reprodutiva, segundo as mesmas Taxas, teriam, ao finalizar sua idade fértil, 12,88 filhos, enquanto que o Brasil (1991) registra uma TFT de 2,7 crianças por mulher no final de suas vidas reprodutivas.

4.1.1.6. Taxa Bruta de Reprodução (TBR)

Tendo como base a Taxa Total de Fecundidade de 12,88 filhos, pode-se dizer que a Taxa Bruta de Reprodução é de 6,2. Isto significa que o número médio de filhas que nasceriam de uma mulher Guarani-Mbyá durante sua vida, se seus anos de reprodução transcorressem conforme a TTF, seria 6,2. A Taxa Líquida de Reprodução (TLR) é similar à TBR mas tem em conta o fato de que algumas mulheres morreram antes de concluir seu período reprodutivo. Porquanto a TLR é sempre um pouco menor que a TBR. Neste estudo não foi calculada a TLR. Ainda assim, se comparamos a TBR dos Guarani de Paraty com a TLR reportada por Brasil em 1991 (1,25 meninas por mulher), vemos que o número de meninas que estão nascendo na comunidade Guarani de Paraty supera em quatro vezes as cifras reportadas pelo Brasil (1991).

4.1.2. Fecundidade Retrospectiva, 1946–1999

A fim de examinar a tendência da fecundidade desde 1946, foi feito estudo sobre o número de nascidos vivos e o número de mulheres por faixa etária para cada sexênio². No trabalho dessas taxas se assume que os padrões de fecundidade e as condições culturais foram idênticas. A Tabela 18 apresenta os seguintes dados: as colunas apresentam a Fecundidade Específicas, desde 1946, e as linhas apresentam a Fecundidade Geral, para cada sexênio.

4.1.2.1. Taxa Específica de Fecundidade e Taxa de Fecundidade Geral

Por se tratar de uma fecundidade retrospectiva, a Tabela 18 deve ser lida da seguinte forma: na faixa etária de 13-19 anos estão contidas as 33 mulheres, que tiveram 45 filhos nascidos vivos. Para a faixa de 20-24 anos estão 26 mulheres (7 das 33 ainda não chegaram a essa idade) e assim sucessivamente. As linhas que correspondem aos sexênios apresentam o número de mulheres que estão experimentando os eventos obstétricos e os filhos nascidos vivos. Com o objetivo de facilitar as análises, a partir da Tabela 18, estruturam-se as Tabelas 19 e 20.

² Queria-se trabalhar a fecundidade retrospectiva por quinquênios, no entanto, por erro técnico detectado ao finalizar a montagem dos dados, terminou-se trabalhando por períodos de seis anos.

Tabela 18 – Taxa Específica de Fecundidade e Taxas de Fecundidade Geral retrospectiva, por sexênios de 1946 a 1999
Guarani–Mbyá, Paraty, Rio de Janeiro, 1999

Sexênio	Grupos Etários							Total	
	13-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	N.V/M*	T.Média
1994-1999,9	0,66	1,53	1,66	1,50	1,00	1,00	1,00	42/26	1,60
1988-1993,9	1,80	1,28	2,00	1,00		1,00	0,50	39/18	2,16
1982-1987,9	1,50	2,00	1,00	2,00	2,00		1,50	23/11	2,09
1976-1981,9	0	1,00	1,00	1,00		1,00		14/9	1,50
1970-1975,9	1,00	1,00	1,50		2,00	1,50		17/8	2,12
1964-1969,9	1,50	1,66	0	1,00	1,00			12/6	2,00
1958-1963,9	1,33	1,00	2,00	2,00				9/5	1,80
1952-1957,9	0,50	2,00	2,00					7/3	2,33
1946-1951,9	1,00							2/2	1,00
Total	45/33	49/26	29/15	17/10	12/8	7/7	6/6	165/33	5,00
NV/M*	1,36	1,88	1,93	1,70	1,50	1,00	1,00	5,00	

*NV/M = Nascidos vivos/mulheres

As Taxas Específicas de Fecundidade, para as mulheres na faixa etária de 20-34 anos, foram as mais elevadas (Tabela 19). As Taxas de Fecundidade Específicas, desde 1946, caracterizam uma estrutura modelo de fecundidade dilatada (Tabela 19), a qual coincide com a estrutura modelo de fecundidade para os anos de 1997, 1998 e 1999. Ou seja, desde 1946 projetava-se para as Guarani-Mbyá uma estrutura modelo de fecundidade dilatada.

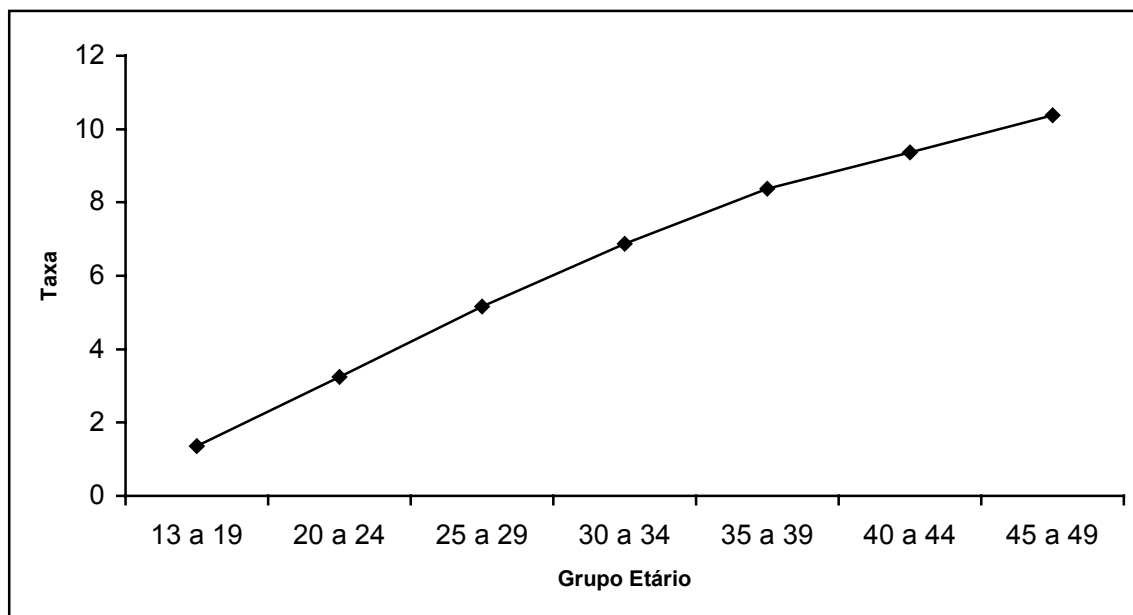
Tabela 19 – Taxa Específica de Fecundidade retrospectiva e Taxa acumulada, 1946 a 1999
Guarani–Mbyá, Rio de Janeiro, 1999

Grupo Etário	Mulheres	N.V.	Taxa	T. Acumulada
13-19	33	45	1,36	1,36
20-24	26	49	1,88	3,24
25-29	15	29	1,93	5,17
30-34	10	17	1,17	6,87
35-39	8	12	1,50	8,37
40-44	7	7	1,00	9,37
45-49	6	6	1,00	10,37

O Gráfico sobre fecundidade acumulada segue o padrão de tendência crescente, tal como expressam as mesmas Taxas de Fecundidade por Idade (Gráfico 10).

Gráfico 10 – Taxa Acumulada de Filhos nascidos Vivos, 1946 a 1999

Guarani–Mbyá, Paraty, Rio de Janeiro, 1999



Assumindo-se que todos os anos da vida reprodutiva das mulheres do estudo transcorreram e continuarão transcorrendo segundo essas taxas específicas, e que as condições culturais não apresentem mudanças, a TFT média, ou seja, o número médio de filhos que nasceriam vivos, por cada mulher, seria de 10,37, tal como mostra a Tabela 19.

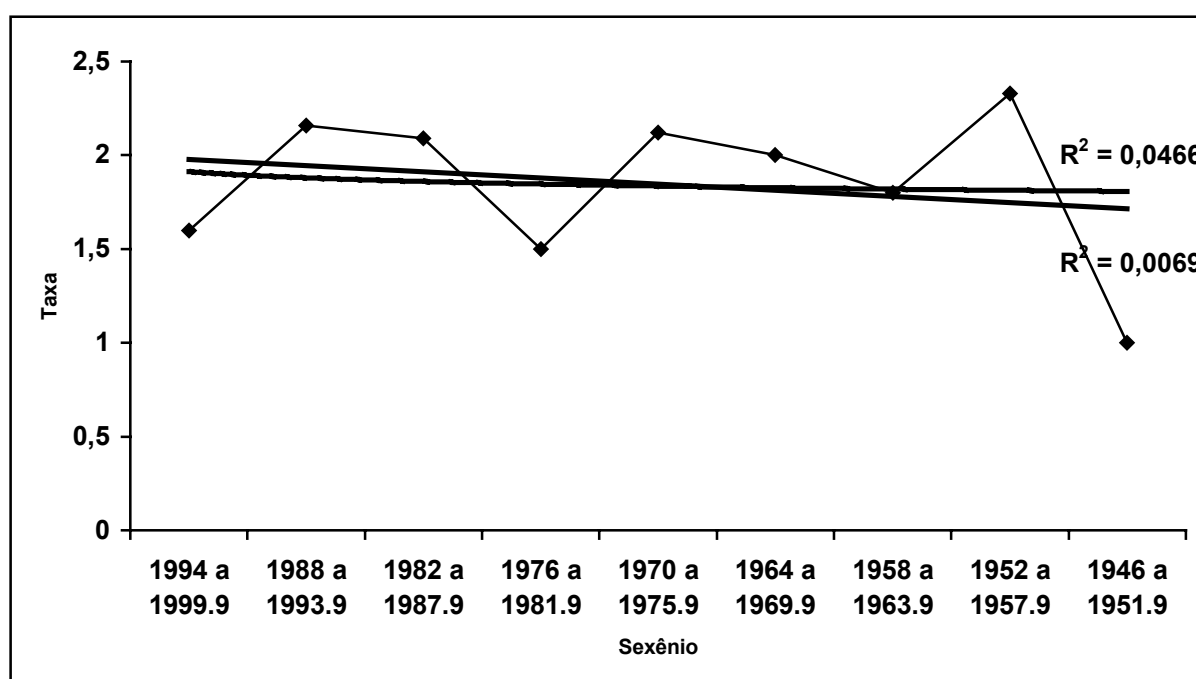
4.1.2.2. Taxa de Fecundidade Total por Sexênio de 1946 a 1999

As Taxas de Fecundidade Total, desde 1946, têm permanecido constantes através dos sexênios (Tabela 20). Ambas tendências linear e logarítmicas confirmam uma baixa correlação entre os sexênios e as TFT (Gráfico 11, $\rho = 0,21$). A Taxa Média para cada 6 anos é de 1,84 (somatória: 16,60, dividido por 9 períodos é igual a 1,84). Multiplicando-se 1,84 por 6 anos de cada sexênio obtém-se 11,07. Isto significa que a TFT projetada desde 1946 é de 11,07. Ou seja, as mulheres que entraram em idade reprodutiva desde 1946 teriam, ao finalizar sua vida reprodutiva, mais de 10 filhos nascidos vivos. Esse dado está de acordo com a TFT para os anos de 1997, 1998 e 1999, e com a Taxa Final de Fecundidade das mulheres maiores de 50 anos, as quais iniciaram seu período reprodutivo em 1946. Quer dizer que, de 1946 até 1999, isto é, nos últimos 53 anos, o padrão de fecundidade das mulheres Guarani-Mbyá deste estudo tem permanecido constante.

Tabela 20 – Taxa de Fecundidade Total por sexênio, de 1946 a 1999
Guarani–Mbyá, Paraty, Rio de Janeiro, 1999

Sexênio	Mulheres	N.V.	Taxa
1994-1999,9	26	42	1,60
1988-1993,9	18	39	2,16
1982-1987,9	11	23	2,09
1976-1981,9	9	14	1,50
1970-1975,9	8	17	2,12
1964-1969,9	6	12	2,00
1958-1963,9	5	9	1,80
1952-1957,9	3	7	2,33
1946-1951,9	2	2	1,00
Total			11,07

Gráfico 11 – Taxa de Fecundidade Total retrospectiva por sexênio, 1946 a 1999
Guarani–Mbyá, Paraty, Rio de Janeiro, 1999



Fazendo-se a análise da Fecundidade Específica Retrospectiva com o método de Mortara (Tabela 21), confirmam-se os achados anteriores: desde 1946 até 1999, as mulheres entre 20 e 39 anos fazem o maior aporte à fecundidade. Isto significa que a estrutura modelo da fecundidade, desde 1946, tem sido dilatada (Gráfico 14).

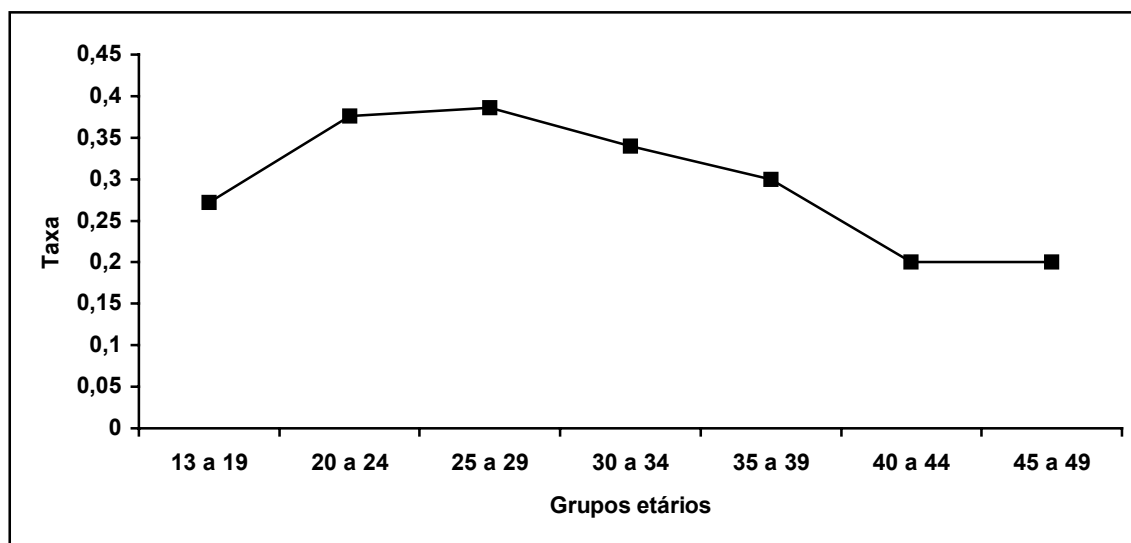
As Taxas de Fecundidade não apresentam mudanças significativas com respeito às outras análises. A Taxa de Fecundidade Total, por esse método, é de 10,37 filhos por mulher ao termo de sua vida reprodutiva. Os dados expressam que as Taxas de Fecundidade das mulheres Guarani-Mbyá que habitam no Município de Paraty não têm

apresentado grandes mudanças desde 1946. Em outras palavras, o padrão de fecundidade mantém-se nesse grupo indígena.

Tabela 21 – Taxa de Fecundidade Específica retrospectiva, 1946 a 1999
(Método de Mortara)
Guarani–Mbyá, Paraty, Rio de Janeiro, 1999

Grupo Etário	1946 a 1999		Taxa por 1000 Quinquenal	Mortara Taxa anual
	N.V.	Mulheres		
13-19	45	33	1,36	0,272
20-24	49	26	1,88	0,376
25-29	29	15	1,93	0,386
30-34	17	10	1,70	0,340
35-39	12	8	1,50	0,300
40-44	7	7	1,00	0,200
45-49	6	6	1,00	0,200
Total				2,074

Gráfico 12 – Taxa de Fecundidade Específica retrospectiva, 1946 a 1999
(Método de Mortara)
Guarani–Mbyá, Paraty, Rio de Janeiro, 1999



Analisando-se a fecundidade dos Guarani-Mbyá em relação aos dados apresentados no Brasil, em 1991, encontra-se que o padrão de fecundidade dos Guarani é três vezes superior ao reportado para o país. Porém, analisando-se o padrão de fecundidade à luz dos dados de outros grupos indígenas brasileiros, segundo a Tabela 1 (ver Capítulo I), temos que o padrão de fecundidade dos Guarani-Mbyá é similar aos reportados nos Yanomami, Kaingang, Shipibo e Xavante. Segundo o padrão de fecundidade dos Guarani-Mbyá deste estudo, pode-se dizer que eles apresentam uma fecundidade natural,

compreendida como aquela em que os determinantes principais são os fatores fisiológicos, pois a família não realiza planejamento do número de filhos que deseja ter (Sauvy, 1976).

4.2. ATITUDE SOBRE O NÚMERO DE FILHOS E LIMITAÇÃO DA FAMÍLIA

Perguntamo-nos: por que os Guarani-Mbyá, estando num convívio tão perto com o branco e tendo posto de saúde dentro de cada aldeia, continuam com padrão de fecundidade tão elevado? O que eles sentem a respeito do número de gestações e seu controle?

O número ideal de filhos expressos pelas mulheres foi: “*ideal é 6*” (mulher de 44 anos) “*ideal é 4 a 5 não mais*” (mulher de 29 anos); “*o ideal é 4, máximo 8*” (mulher de 52 anos). Confrontando o número ideal de filhos com as análises feitas, pode-se ver que o número de filhos desejados pelas mulheres é inferior ao que estão tendo. Portanto, perguntamo-nos: como opera a cultura frente ao controle da natalidade e qual é a eficácia dos dispositivos etno-médicos para controlar o número de filhos?

Esta situação, na qual a gravidez é bondade de *Nhanderú* e *Kunhankarai* e a mulher toma uma atitude de aceitação dos desígnios das deidades, talvez seja um fator que leva a não ter uma valorização social negativa ante o elevado número de gravidez: “*Entre as mulheres não falam nem se recriminam pelos números elevados de gravidez*”; “*a comunidade não diz nada, ninguém critica*” (mulher de 44 anos). A gravidez e seu elevado número são vistos como um processo normal e fazem parte da função da mulher Guarani, não significando que as mulheres não se preocupem pelo elevado número de filhos.

Quanto ao que sentem sobre o controle da natalidade, os Guarani-Mbyá expressam que é difícil controlar o número de filhos a ter, porque:

“*Só que, é Deus que envia (...) e não fica nada para fazer*” (mulher de 44 anos).

“*O homem e a mulher são para ter filhos, não vale fazer coisas para controlar, porque filho é enviado por Deus*” (Cacique de Paraty-Mirim).

“*Gosto dos filhos, os filhos são importantes, mas, às vezes, fico pensando nas dificuldades econômicas para criar os filhos*” (mulher de 44 anos).

Perfila-se então a situação de incapacidade da mulher Guarani-Mbyá de Paraty para controlar o número de filhos a ter e a preocupação em sustentá-los. A preocupação pelo elevado número de filhos já vem desde os antigos. Segundo Cadogan (1949), os Guarani manifestavam que ter muitos filhos prejudicava a mulher, por quanto considerava-

se que poder-se-ia praticar mecanismos para o controle, como abstinência sexual, fricções com gordura de certo animal do mato e ingestão de chás de ervas. No momento atual, nos Guarani-Mbyá de Paraty prevalecem como mecanismo de controle da natalidade os tratamentos tradicionais mais a abstinência sexual.

A cultura Guarani-Mbyá dá liberdade para fazer remédio tradicional para controlar o número de filhos a ter, seja com ervas do mato, ou com tratamento do pajé, ou através da abstinência sexual. Neste sentido, os depoimentos são:

“A mulher grávida não pode ter relações sexuais com o marido, pode dormir com ele. Igual quando a mulher ganha neném o marido não pode ter relações sexuais, não pode nem agradar, todo caso porque a mulher está doente, então para o marido faz mal. Só pode dormir e ter relações sexuais, até que ela esteja bem, mais ou menos três ou 12 meses logo após parto” (sublinhado da autora - Cacique de Paraty-Mirim).

“Parei de ter filhos (a última menina tem 3 anos, e ela tem 51 anos de idade), fiz remédio do mato, árvore tadydzi está no mato. Tem que procurar a árvore nas horas da manhã. Pega a casca da árvore, da parte no qual o sol da manhã está batendo sobre ela, soca bem socado no pilão, cozinha na panela e bebe até quatro dias estando com txereko’ e, não deve ter relações sexuais com o marido quando esta fazendo o remédio” (mulher de 52 anos).

“Se a mulher não quer ganhar filho rápido, então tem para isso chapéu de couro (Echinodorus macrophyllus Micheli), logo após três ou cinco dias de ganhar nené, pega um maço, ou seja, 5 ou 6 folhas dessa planta, cozinha em uma panela ou seja uma chaleira grande e dá de tomar. Tem que tomar a mulher e o homem para não engravidar rápido, os dois devem tomar porque ai diminui (...) Esse remédio vai fazendo operação, pode tomar pelo tempo que quiser, ou por 9 meses, e fica assim 9 meses sem filhos, só para outro ano poder ganhar nené. Pelo tempo que estejam tomando chapéu de couro não poderão ter relações sexuais” (Cacique de Paraty-Mirim).

Outra das ervas utilizadas para não ter filhos muito rápido é *Amambaiû* (*Samambaia Preta*), cujas folhas são mastigadas pela mulher logo após parto, devendo guardar abstinência sexual por três ou cinco meses.

Mecanismos para controlar o tamanho da família ou da população, como o aborto, o infanticídio, o abandono das pessoas velhas e doentes, etc., tal como refere Meggers (1976), com alguns grupos da Amazônia (Jívaro, Kayapó, Sirionó, Waiwai), não são praticados pelos Guarani deste estudo, porque para eles a concepção é originada no plano divino, ou seja, em razão de seus princípios religiosos. O anticoncepcionais da cultura ocidental são tidos como perigosos para a mulher. O cacique de Paraty-Mirim expressa:

“a pílula que a mulher toma, para muita mulher faz mal. Se essa mulher não quer ter mais filhos, elas vêm e perguntam para mim, se ela pode ou não pode, agora eu dizer bom, você é que sabe, quer tomar toma, é você que se manda. Eu não posso dizer, vai lá e toma, não posso falar isso, eu não posso dizer pode tomar ou não pode tomar, porque cada uma se manda” (Cacique de Paraty-Mirim).

Apesar do discurso dos líderes expressar liberdade para optar pela escolha dos anticoncepcionais da cultura ocidental, a prática mostra que na fala sobre os anticoncepcionais, estes ficam rotulados como “temática tabu” e como “prática perigosa”. Os homens manifestam que é a mulher que decide sobre o uso de anticoncepcional. Portanto, se ela quer fazer uso deles, tem que encarar sozinha o perigo e a responsabilidade.

Os tratamentos com ervas são conhecidos pelas mulheres e homens, e seu uso deve ser tanto para a mãe como para seu marido, tendo presente que durante o tempo que os casais estejam bebendo os chás devem guardar abstinência sexual. A cultura fala sobre remédios tradicionais para controlar o número de filhos a ter, mas o que se observa na prática e segundo as análises já feitas, é que os Guarani de Paraty não utilizam nenhum dispositivo da medicina própria para controlar o número de filhos. Como se pode observar neste texto, a abstinência sexual é o método preferido e mais praticado pelos Guarani-Mbyá para evitar a concepção. Esta pode ser voluntária, por parte dos casais, ou por estar em tratamento médico tradicional. Ao contrário do que fazem os indígenas Jívaro e Kayapó do Amazonas (Meggers, *op. cit.*), que controlam a natalidade pela prática de longos períodos de abstinência sexual (nos primeiros, a abstinência sexual vai até que a criança termine o aleitamento materno, mais ou menos dois ou três anos; e nos Kayapó, a abstinência vai desde antes do nascimento até que a criança caminhe).

Esses longos períodos de abstinência sexual não são encontrados nos Guarani-Mbyá, posto que a abstinência sexual é praticada a partir do terceiro ou quinto mês da gravidez e vai até três meses; ou, dependendo dos casais, pode ir até doze meses logo após o parto. Eles vêm na abstinência sexual a melhor forma de controle natal, mas na prática essa abstinência sexual teria um papel muito reduzido, visto que os espaços entre um parto e o começo da outra gravidez são baixos, em média de 19,7 meses.

4.3. FECUNDIDADE E MIGRAÇÃO ENTRE OS GUARANI DO MUNICÍPIO DE PARATY, RIO DE JANEIRO

4.3.1. A Migração

A migração é entendida como o deslocamento de uma população de um espaço político, administrativo ou geográfico para outro, com a intenção de adotar uma nova residência. Pode ser a migração de um país para outro, migração internacional, ou dentro de um mesmo país, migração interna (Santos, *et al.*, 1980; Haupt & Kane, *op. cit.*).

Com respeito às migrações internacionais dos povos indígenas, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) expressa que as fronteiras físicas internacionais, em muitos casos, são lesivas, pois podem dividir sociedades, promovendo cisões ou dificultando as comunicações e acesso, às vezes, entre parentes que vivem de ambos lados de uma fronteira (OIT, 1986). A categoria de migração internacional, a partir da lógica dos povos indígenas, tem outro significado. Tais povos não comungam com as fronteiras físicas internacionais; eles se mobilizam dentro de um território “macro-étnico”. Hoje em dia, conforme as formas de inserção desses povos na sociedade envolvente, eles reconhecem as fronteiras físicas. No entanto, as mobilizações são descritas dentro de um território “macro-étnico”, razão pela qual os indígenas não utilizam passaportes.

Face ao elevado número de migrações dos Guarani reportado pela literatura, há pouca clareza sobre os aspectos relativos à dinâmica demográfica e à fecundidade quanto à migração dos Guarani-Mbyá. Sabe-se que a migração, por si só, tem seu impacto na demografia, seja nas Taxas de Natalidade ou de Fecundidade, ou nas Taxas de Mortalidade e no de aumento da população (Population Reports, 1996; Rico-Velasco, 1990). O efeito é ainda maior quando esses eventos de emigração e imigração acontecem em grupos de caçadores-coletores, ou em populações numericamente pequenas (McElroy & Townsend, 1989). Por essa razão, serão analisados os movimentos migratórios dos Guarani-Mbyá e sua articulação com a fecundidade.

As análises sobre migração e fecundidade têm como base os dados referenciados por Maeder (1990) para os Guarani das missões Jesuíticas, entre 1641 e 1808, continuando logo com as análises dos Guarani Mbyá do Município de Paraty, Rio de Janeiro, entre 1930 e 1999.

4.3.2. Migração dos Guarani do Paraguai no período Jesuítico: 1641 a 1808

A partir de 1580, segundo Maeder (1990), sacerdotes franciscanos estabeleceram centros missionários com os Guarani do Paraguai. Logo depois, os Jesuítas estabeleceram seu trabalho missionário entre Paraguai, Argentina e Rio Grande. Em 1607, a província Jesuítica do Paraguai permitiu incursões missionárias com os Guarani localizados no Paraná (1610), com os Guayrá (1611), os Tapé (1626) e os Itatim (1631). Entre 1628 e 1631, esses povos Guarani foram atacados por malocas paulistas que procuravam escravos. Isto levou os jesuítas a promover o êxodo das populações sobreviventes, situando-os entre os rios Paraná e Uruguai. Deram para eles armas de fogo com as quais os Guarani derrotaram em Mbororé aos portugueses e Tupis, (1640), dando fim à impunidade das malocas escravistas. Continuando a crônica de Maeder, com a população excedente, os Jesuítas fundaram novos povos no sul do Paraguai e perto do Uruguai. Nessa época, 1625 e 1718, as missões tinham 30 povos Guarani: 8 estavam no Paraguai, 15 na Argentina e 7 em Rio Grande.

A partir do estudo realizado por Maeder, foi feita a Tabela 22, a qual tem como objetivo analisar as migrações e seu impacto na dinâmica populacional.

Tabela 22 – Migrações e demografia dos Guarani das Missões Jesuíticas, entre 1641 e 1807***

Etapas	Anos	População	Saldo Migratório ****	Taxa Natalidade	Taxa Mortalidade	Crescimento Natural
1	1641 – 1732	28.714 a 141.182	Im. = 7,260	62,3	46,6	15,7
2	1732 – 1740	73.910 a 126.389	Em. = 17,523	48,0	103,0	-55,4
3	1741 – 1755	76.960 a 104.483	Em. = 288	66,7	44,6	22,1
4	1756 – 1767	85.266 a 104.184	Em. = 8,734*	51,4*	70,0*	Negativo
5	1768 – 1807	38.430 a 88.828 **	Em. = 4,560 a 7,209	58,0*	63,2*	Entre 23 e 32

* Este período teve momentos de 15.681 desertores;

** Este período fecha com 40.890 indígenas;

***Dados estimados a partir das tabelas propiciadas por Maeder;

**** Im. = Imigração; Em. = Emigração.

Em termos gerais, os acontecimento ocorridos entre 1641 e 1807, que atingiram a dinâmica demográfica dos Guarani segundo Maeder (*op. cit.*) foram:

- a) A primeira etapa, ou período, corresponde à conformação das missões, porém, apresenta um imigração elevada, a Taxa de Natalidade é de 62,3 por 1.000, a Taxa de Mortalidade é de 46,6 por 1.000 e o crescimento natural positivo.

- b) A segunda etapa apresenta uma Taxa de Natalidade de 48 por 1.000, uma Taxa de Mortalidade de 103 por 1.000 e uma emigração muito elevada. Portanto, um crescimento natural negativo. Nesta etapa dá-se no Paraguai o “alzamiento de los comuneros” (levantamento dos comuneiros), que obrigou a dispor de milícias Guarani. Conseqüentemente, levou um elevado número de Guarani a migrar. Os Guarani que ficaram nas missões tiveram poucas pessoas para trabalhar, portanto a fome e epidemias desencadearam elevadas taxas de mortalidade.
- c) Na terceira etapa, a Taxa de Natalidade é de 66,7 por 1.000, a Taxa de Mortalidade apresenta uma queda para 44,6 por 1.000, a emigração é baixa, conduzindo ao crescimento natural positivo.
- d) A quarta etapa apresenta uma Taxa de Natalidade de 51,4 por 1.000, uma Taxa de Mortalidade elevada, 70 por 1.000, e uma emigração elevada, levando a um crescimento natural negativo. Neste período, dá-se o tratado de Madrid (1750), o qual fixava limites com Portugal, e os Guarani que estavam nas missões deveriam migrar para o oeste do rio Paraguai. O Guarani recusou-se a abandonar seu território ancestral e iniciou sua guerra, “a guerra guaranítica”, na qual foram vencidos. Nesse período, 15.681 Guarani fugiram, e muitos dos que ficaram morreram por causa da guerra e da epidemia da varíola.
- e) A quinta etapa apresenta uma Taxa de Natalidade de 58 por 1.000, uma mortalidade de 63,2 por 1.000 e uma emigração mais ou menos elevada (se comparar as cifras da tabela entre si), conduzindo a um crescimento natural negativo. Nesta quinta etapa, os Jesuítas tinham sido expulsos, portanto nesses 40 anos, os Guarani tiveram quedas grandes em sua população, em parte porque o novo regime administrativo do Paraguai estava usufruindo do trabalho indígena e seu bens e isso fez com que muitos indígenas fugissem. Outro fator que levou à queda populacional foi o excesso de trabalho ao qual foram submetidos os Guarani, somado à fome e às epidemias de varíola. Outro acontecimento nessa etapa foi a integração dos Guarani ao trabalho rural e, em conseqüência, a mistura com a população não indígena. Nesta quinta etapa a perda populacional dos Guarani foi de 54%.

O ano de 1807 fecha, segundo Maeder (*op. cit.*), com um total de 40.890 Guarani. Se esta cifra for comparada ao número populacional da primeira etapa, 141.182, pode-se ver que a população Guarani que morava nas missões entre 1641 a 1808 teve uma queda de 71%. Pode-se ver também que, em todas as etapas, apresentou-se emigração dos Guarani, excetuando-se a primeira, a qual correspondeu à conformação das missões, sendo mais marcada a emigração na segunda, quarta e quinta etapas. As Taxas de Mortalidade elevadas durante os 5 períodos e as emigrações condicionaram o crescimento natural negativo durante essas etapas.

De acordo com Maeder (*op. cit.*) a novidade foi que a migração, logo após 1768, tornou-se constante e alcançou grandes proporções. Logo depois de 1811, as guerras que atingiram o território das missões contribuíram para migração e dispersão dos Guarani.

Nimuendaju (1987) estuda essas migrações Guaránicas e assinala que no início do século XIX começaram, entre os Guarani (subgrupo Apopocúva) do sul de Mato Grosso, os movimentos migratórios, motivados na religião. Os pajés, inspirados por visões e sonhos, constituíram-se em profetas do fim eminente do mundo, no meio da dança e cantos mágicos, partindo à procura da “Terra Sem Mal” que ficava, para alguns, no centro da terra e, para outros, no leste e perto do mar. Segundo o autor, essas migrações, que começaram no século XIX, ainda continuam.

Os Guarani-Mbyá do Município de Paraty dão fé desses movimentos, com a particularidade de que os deslocamentos não são feitos por grande número populacional, mas por grupos familiares, tal como será analisado na continuação.

4.3.3. O Itinerário Migratório dos Guarani-Mbyá do Município de Paraty, Rio de Janeiro

Os deslocamentos dos Mbyá são representados por grupos familiares extensos. Os grupos que migram podem estar conformados por 7 ou 8 famílias nucleares (Almeida, 1995). O grupo deve ter um líder carismático que estabelece as regras do comportamento e direciona a migração, e deve ter também um líder religioso. Desta forma, sua “unidade” é pela identidade de cada indivíduo com seu grupo familiar e com o líder local. Segundo Ladeira (1984), a mobilidade dos Guarani-Mbyá em direção oeste para o leste, é feita por pequenos contingentes populacionais. Apesar da autonomia política, eles têm uma ampla rede de relações de parentesco e matrimônio com outras aldeias Guarani.

Além dos motivos mítico-religiosos das migrações nos Guarani, amplamente referenciadas na literatura (Nimuendajú, 1987; Ladeira, 1992, 1988; Clastres, 1982 *apud* Litaiff, *op. cit.*) soma-se, para o caso dos indígenas de Paraty, segundo o referenciado no Capítulo II, os motivos contemporâneos, dentre os quais estão: motivos míticos, econômicos, sociais, políticos; a recuperação do território; a procura de terra fértil para cultivar, garantir e titular; a recuperação de terras ancestrais; a procura dos familiares que migraram; os conflitos sociais; as aspirações de autonomia de determinada parentela; e a procura de companheiro para o matrimônio. Outros motivos para ocupar essas terras de Paraty foram a infertilidade das terras de Boa Esperança, Espírito Santo e do Paraná, e também a falta do mato no Paraná.

4.3.4. A Corrente Migratória dos Guarani do Município de Paraty, Rio de Janeiro

A análise é feita com 62 Guarani, distribuídos em 29 homens e 33 mulheres, maiores de 15 anos, ou 14 anos no caso de ter iniciado os eventos reprodutivos. Como se pode observar na Tabela 23, 75,80% dos Guarani-Mbyá do Município de Paraty, nasceram nos estados de Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, sendo a maior porcentagem para o Estado do Paraná, com 35,50%. Registra-se 12,907% de Guarani que nasceram no Paraguai, Uruguai e Argentina.

Tabela 23 - Lugar de nascimento dos Guarani-Mbyá segundo sexo
Guarani-Mbyá, Paraty, Rio de Janeiro, 1999

Lugar Nascimento	Homens		Mulheres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Estrangeiro*	5	17,22	3	9,09	8	12,90
RS	4	13,79	10	30,30	14	22,58
SC	6	20,68	5	15,15	11	17,74
PR	11	37,93	11	33,33	22	35,48
SP	1	3,44	1	3,00	2	3,22
G	1	3,44	1	3,00	2	3,22
MA	0	0,0	2	6,06	2	3,22
RJ	1	3,44	0	0,00	1	1,61
	29		33		62	

* Corresponde a Paraguai, Argentina e Uruguai.

Na Tabela 24, registra-se a frequência de migrações para homens e para mulheres. A análise tem como referência o deslocamento com fins de moradia entre as diferentes aldeias de um mesmo estado ou entre um estado e outro, ou entre um país e outro. Segundo

a análise, 87,2% dos Guarani maiores de 14 anos têm realizado entre 3 e 7 movimentos, só 3,2% têm realizado entre 1 e 2 movimentos, 6,4% têm realizado entre 8 e 9 movimentos e 4,8% têm realizado entre 14 e 15 movimentos. O número médio de migrações para os homens é de 5,9 e para as mulheres é de 4,94 movimentos.

As análises da corrente migratória que se apresentam na Tabela 24 e no Mapa da Figura 5 são feitas considerando só os movimentos entre países ou estados (neles não se trabalha com os movimentos entre as diferentes aldeias, pela dificuldade para desenhá-los no mapa), tendo como ponto de partida o lugar de nascimento.

Tabela 24 – Movimentos migratórios nos homens e mulheres Guarani-Mbyá
Paraty, Rio de Janeiro, 1999

N ^o Movimentos	Homens		Mulheres		Total		% Acumulado
	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%	
1			1	3,03	1	1,61	1,61
2			1	3,03	1	1,61	3,22
3	5	17,2	6	18,18	11	17,74	20,96
4	6	20,7	6	18,18	12	19,35	40,31
5	5	17,2	7	21,21	12	19,35	59,66
6	5	17,2	5	15,15	10	16,12	75,78
7	3	10,3	6	18,18	9	14,51	90,29
8	3	10,3			3	4,83	95,12
9			1	3,03	1	1,61	96,73
14 – 15	2	6,9			2	3,22	99,95
Total	29		33		62		

A Tabela 25 analisa os movimentos de homens e mulheres por separado, porque o fato de ter mais de um de matrimônios não permite supor que os movimentos migratórios de um dos cônjuges possa se inferir para o outro. Finalmente, se faz a análise em conjunto e, igualmente, se desenha no mapa a corrente migratória em conjunto, homens e mulheres.

Os Guarani do Município de Paraty, que nasceram no Paraguai, Uruguai e Argentina, entraram no Brasil pelos estados de Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná e ali juntaram-se aos oriundos destes para aumentar a corrente migratória. Tal como é observado na Tabela 26, os movimentos aumentam do oeste para o leste, sendo mais intensos em São Paulo. Neste estado moraram 46,8% dos Guarani de Paraty. Uma pequena porcentagem migrou de São Paulo para Espírito Santo, para confluir finalmente em Paraty. A migração em direção oeste para leste, dos Guarani-Mbyá deste estudo que procuram a

Terra sem Mal, coincide com o reportado por Nimuendaju (1987), Ladeira (1986, 1992) e Verani & Soares (1996).

Tabela 25 – A passagem dos Guarani-Mbyá pelos diferentes Estados do Brasil e Exterior

Estados	Homens		Mulheres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Exterior	1	3,4	0	0,0	1	1,6
RS	6	20,7	7	21,2	13	21,0
SC	6	20,7	9	27,2	15	24,2
PR	7	24,1	10	30,3	17	27,4
SP	15	51,7	14	42,4	29	46,8
ES	5	17,2	6	18,2	11	17,1
G.	0	0,0	0	0,0	0	0,0
MA	0	0,0	0	0,0	0	0,0
MG			1	3,0	1	1,6
RJ	29		33			

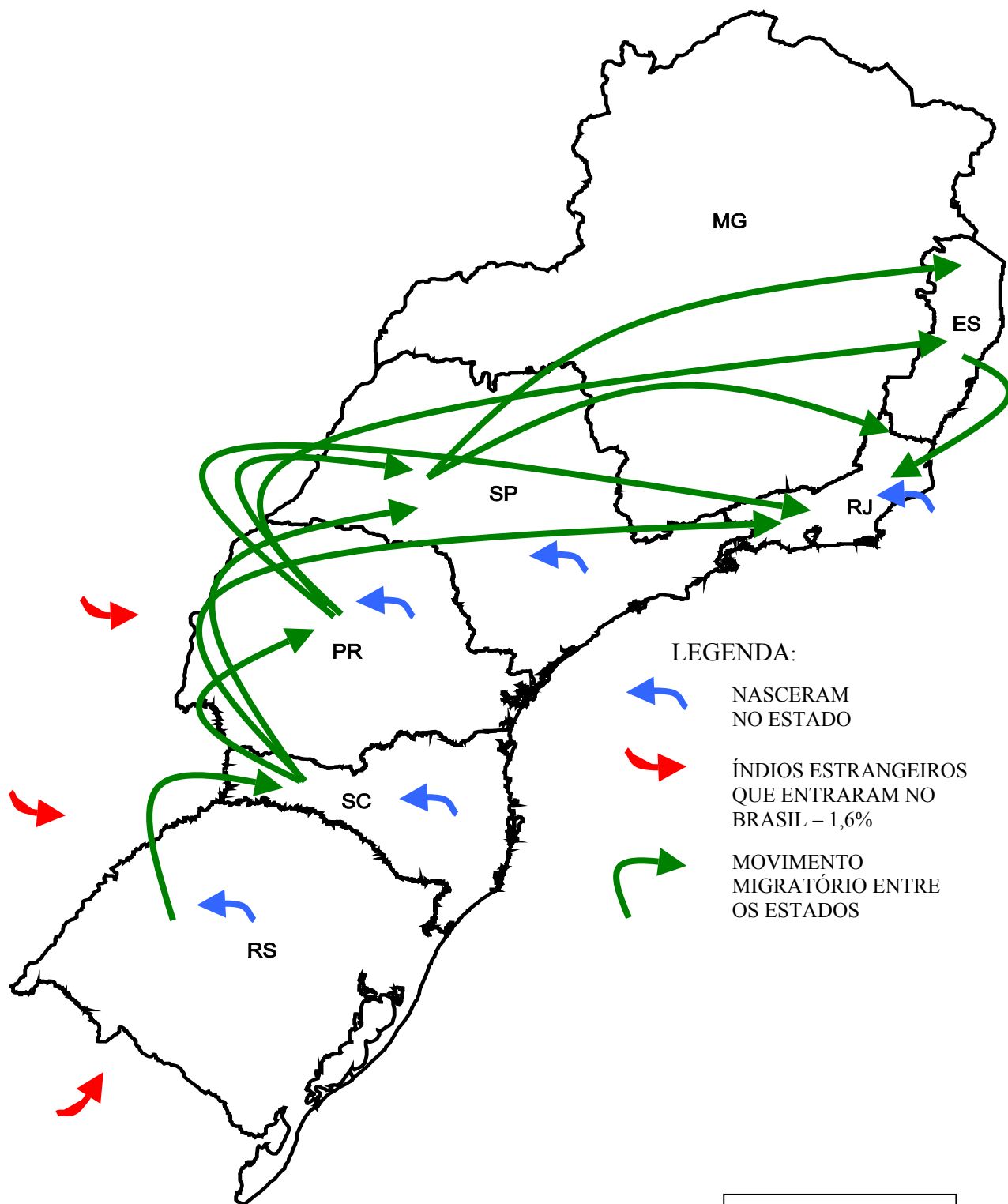
Sendo a corrente migratória em direção oeste para o leste (ver Mapa na Figura 5), isto não impede que, em vários casos, apresentem-se uma virada na migração para o oeste. Assim, 42,4% das mulheres estudadas, 62,1% dos homens e, no geral, 51,6% dos Guarani deste estudo têm voltado para o oeste, para logo continuar em direção ao leste, ou seja, 51,6% dos homens e mulheres têm realizado movimentos circulares nas suas migrações.

Aprofundando um pouco na frequência de moradia pelas diferentes aldeias, conforme o Quadro 3, sem considerar o lugar atual de moradia, observa-se que a maior frequência de moradia registra-se em Rio das Cobras (PR) onde moraram 53% dos Guarani-Mbyá, seguido de Sapukai (RJ), Paraty-Mirim (RJ), Boa Vista (SP), Topaba (SC), Guarita (RS), Itariri (SP), Araponga (RJ), e Cacique Doble (RS). Desconsiderando, deste quadro, o lugar de nascimento de cada pessoa, a maior frequência de moradia passa a ser a aldeia de Sapukai (RJ), seguida de Paraty-Mirim (RJ) e Rio das Cobras (PR). Registram-se também moradias, em menor frequência, em Vitória (Argentina), Baracavu (Paraguai) e Guari (Uruguai).

Quadro 3 – Frequência de moradia nas diferentes aldeias
Guarani-Mbyá de Paraty, Rio de Janeiro, 1999

Estado	Aldeia/Município	Frequência
Santa Catarina	Topaba/Ibirama	23
	Chapecó/Chapecó	11
	Itapiranga	2
Paraná	Rio das cobras/Larangueiras do sul	53
	Palmerinha	9
	Rococoi/São Miguel	6
	Porto Guaíra/Foz de Iguaçu	5
	Palmeira; Palutina/Cascavel; Palmerinha; Ilha do Cotinga/Paranaguá; Marrequinha/Guarapuava; Porto Mendes/Pato Brogado; Toledo/toledo	15
Rio Grande do Sul	Guarita/Tenente Portela	23
	Cacique Doble/Cacique Doble	15
	São Miguel das Missões/Porto Alegre	7
	Barra do Ouro/Borrador de Maguirém	7
	Osório/Porto Alegre	5
	Borrocoa/Borrador de Maguirém; Pacheco/ Porto Alegre	5
São Paulo	Itariri/Itariri	16
	Boa Vista/Ubatuba	25
	Boracéia/São Sebastião	9
	Rio Silveira/São Sebastião	7
	Rio Branco/ Itanhaém; Barragem/ SP; Boa Vista/Ubatuba; Bauru; Morro da Saudade	16
Maranhão	Pindaré	3
Espirito Santo	Boa Esperança/ Aracruz	8
Rio de Janeiro	Araponga/Paraty	21
	Paraty-Mirim/Paraty	35
	Sapukai/Angra dos Reis	40

Figura 5 – Fluxo de chegada dos indígenas maiores de 14 anos nas aldeias de Paraty-Mirim e Araçá (RJ), no período de 1933 a junho de 1999.



PARATY-MIRIM - RJ

4.3.5. Migração e Fecundidade nos Guarani-Mbyá

Neste sentido a literatura expressa que, sejam quais forem os motivos dos movimentos, as vidas dos migrantes experimentam mudanças e eles sofrem, em diferentes graus, uma ruptura. Eles perdem o apoio de seus valores tradicionais, seu círculo familiar, os amigos e os modos de vida familiar; eles devem enfrentar inúmeros problemas, tais como moradia, financeiros, acesso aos serviços de saúde, muitas vezes idioma, entre outros (Population Reports, 1996).

Geralmente, as migrações internas são reportadas da área rural para a área urbana. Em relação à migração e à fecundidade, refere-se que sendo a fecundidade das mulheres da área rural mais elevada em relação às mulheres da área urbana, quando as da área rural migram para a área urbana, a fecundidade apresenta uma queda (Rico-Velasco, *op. cit.*). Igualmente se expressa que: “quando as pessoas migram da área rural para a urbana, sua maneira de se comportar em relação à fecundidade e ao planejamento familiar diferem no início à forma dos residentes da área. Mas quanto mais tempo permanecerem morando na zona urbana, mais similar será seu comportamento com os demais residentes urbanos” (Population Reports, 1996 :7). Expressa-se, também, que o ato de migrar pode reduzir a fecundidade por um tempo, porque pode retardar os matrimônios, separar os cônjuges e protelar a procriação para, logo depois, chegar a uma adaptação (Rico-Velasco, *op. cit.*; Population Reports, *op. cit.*). Além disso, a migração é considerada como um fator de risco materno-infantil, principalmente quando as razões para migrar são de tipo econômico (Osuna, 1984).

Com respeito à adaptação, refere-se que, na medida em que os migrantes se assentam na zona urbana e lá se integram, novas influências e novas redes sociais mudam suas vidas. Observam-se mudanças na dieta, no emprego, nas práticas de planejamento familiar e no comportamento reprodutivo. Quase todos os migrantes, ao final de um tempo, adotam as normas da fecundidade urbana e sua Taxa de Fecundidade decresce (Population Reports, *op. cit.*; Rico-Velasco, *op. cit.*).

Tendo-se presente os postulados anteriores e o elevado número de migrações dos Guarani, procura-se analisá-los em relação à cultura, ou seja, analisar o impacto da migração na fecundidade. As análises têm como base a relação entre número de migrações, matrimônios e filhos nos homens e mulheres Guarani-Mbyá.

Quadro 4 – Migrações, matrimônios e filhos, segundo sexo e grupo etário
Guarani-Mbyá, Paraty, Rio de Janeiro, 1999

Grupo Etário	Homens			Mulheres		
	Movimentos	Matrimônios	Filhos	Movimentos	Matrimônios	Filhos
14-19	5;4;3; Média 4,0	1;1;1; Média 1,0	1;1;1; Média 1,0	3;5;4;7;4;5; Média 4,7	1;1;1;2;1;0; Média 0,9	1;1;1;1;2;0; Média 0,9
20- 24	3;5;4;5;5; Média 4,4	0;3;3;1;0; Média 1,4	0;0;2;3;0; Média 1,0	2;4;6;7;7;3; Média 4,8	2;1;2;2;2;0; Média 1,5	2;2;4;4;2;0; Média 2,4
25 29	7;6;5;4;3; Média 5,0	4;1;1;3;1; Média 2,0	3;7;5;3;2; Média 4,0	4;6;3;3;7;4;5;1;7; Média 4,4	1;1;1;1;2;1;2;2;3; Média 1,6	3;7;5;5;2;1;5;7;4; Média 4,3
30 34	7;8;4; Média 6,3	2;2;1; Média 1,7	7;5;5; Média 5,7	5;4; Média 4,5	2;2; Média 2,0	8;9; Média 8,5
35 39	6 Média 6,0	4; Média 4,0	9; Média 9,0	3; Média 3,0	1; Média 1,0	9; Média 9,0
40 44	5;8; Média 6,5	3;4; Média 3,5	10;9; Média 9,5	5; Média 5,0	3; Média 3,0	7; Média 7,0
45 49				3;6; Média 4,5	4;1; Média 2,5	8;12; Média 10,0
50 59	3;4; Média 3,5	1;1; Média 1,0	9;1; Média 5,0	5;7; Média 6,0	2;3; Média 2,5	11;13; Média 12,0
60 69	5;6;7;6;6; Média 7,3	2;1;3;1;2;2; Média 1,8	11;6;12;0;13;6 Média 6,0	6;6; Média 6,0	1;3; Média 2,0	6;0; Média 3,0
70 e +	8;15; Média 11,5	2;1; Média 1,5	7;11; Média 9,0	7;9; Média 8,0	1;2; Média 1,5	7;12; Média 9,5
Média	5,90	1,80	5,14	4,94	1,64	4,93

Conforme a Quadro 4, a média de migração (considerando os movimentos entre aldeias), até o momento atual, para homens, é de 5,9 e para mulheres, é de 4,94; sendo a média geral (homens e mulheres) de 5,3 movimentos. Em razão de que alguns dos grupos etários têm frequências muito baixas, fizeram-se novos grupos visando a detectar mais claramente o comportamento reprodutivo em relação à migração (Tabela 26).

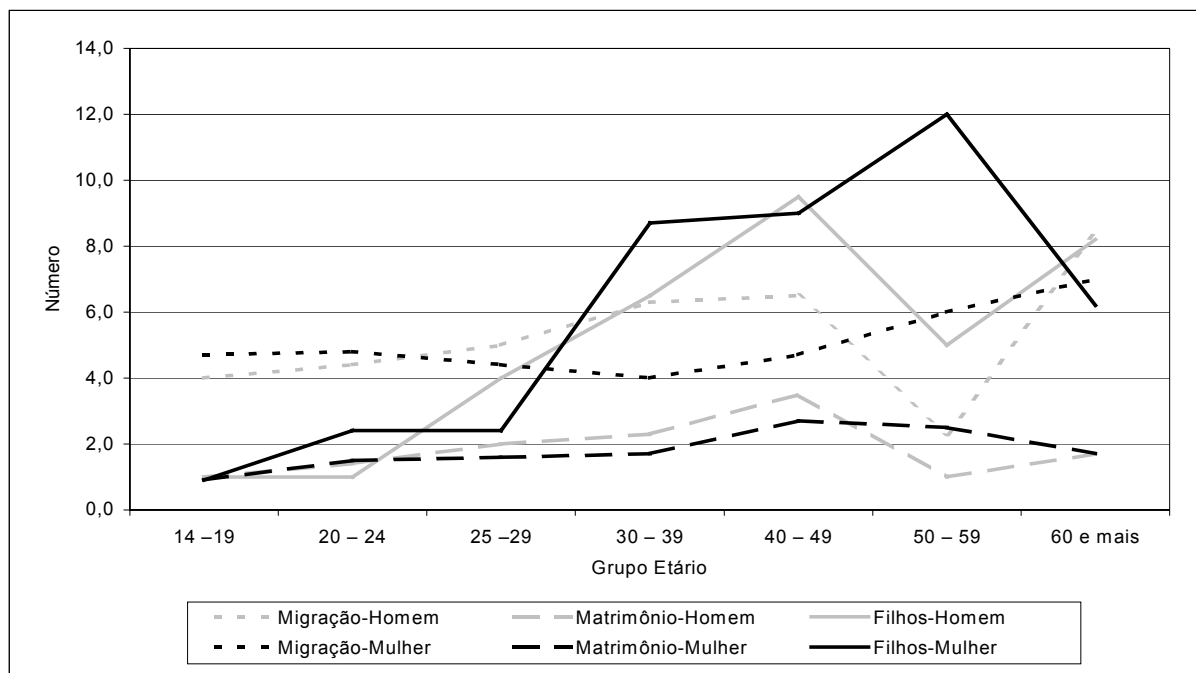
Tabela 26 – Média de migrações, matrimônio e filhos, segundo sexo e grupo etário
Guarani-Mbyá, Paraty, Rio de Janeiro, 1999

Grupo Etário	Homens			Mulheres		
	Migrações	Matrimônios	Filhos	Migrações	Matrimônios	Filhos
14 –19	4,0	1,0	1,0	4,7	0,9	0,9
20 – 24	4,4	1,4	1,0	4,8	1,5	2,4
25 –29	5,0	2,0	4,0	4,4	1,6	2,4
30 – 39	6,3	2,3	6,5	4,0	1,7	8,7
40 – 49	6,5	3,5	9,5	4,7	2,7	9,0
50 – 59	2,3	1,0	5,0	6,0	2,5	12,0
60 e mais	8,4	1,7	8,2	7,0	1,7	6,2
Total	5,90	1,80	5,14	4,94	1,64	4,93

Segundo a Tabela 26, nos homens se observa uma razão de 3,3 movimentos por cada matrimônio e 1,15 filhos para cada lugar de moradia. Para as mulheres a razão é de 3,0 movimentos por cada matrimônio e um filho para cada lugar de moradia. Isto é, trata-se de um grupo que está em contínuo movimento e com um padrão de fecundidade elevado.

De acordo com o Gráfico 13, a média de migração, matrimônios e filhos, em homens e mulheres é muito similar; a diferença que se observa no grupo etário de 50 a 59 anos, pode-se dever às baixas freqüências nestes grupos de idade.

Gráfico 13 – Migrações, matrimônio e filhos por sexo e grupo etário
Guarani-Mbyá, Paraty, Rio de Janeiro, 1999



Mas, interessa para este estudo, saber se a migração está interferindo na fecundidade das mulheres, se o fato de estar no pleno período reprodutivo força as mulheres a ficarem em um só lugar. Portanto, analisa-se a seguir, o número de migrações a partir da primeira gravidez (Tabela 27).

Tabela 27 – Freqüência de migrações, nas mulheres, a partir da primeira gravidez, Guarani-Mbyá, Paraty, Rio de Janeiro, 1999

Número de Movimentos	Freqüência	%	% acumulado
1	7	25,0	25,0
2	3	10,7	35,7
3	5	17,8	53,5
4	6	21,4	74,9
5	6	21,4	96,3
6	1	3,6	99,9

Nas análises sobre os deslocamentos das mulheres Guarani-Mbyá desde o momento em que iniciaram sua primeira gravidez, encontra-se que a média de movimentos é de 3,14 e, 64,3% das mulheres têm realizado três ou mais movimentos desde sua primeira gravidez. Isto é, o fato de exercer uma reprodução biológica acelerada não limita às

mulheres a ficarem num só lugar e, por sua vez, a migração tampouco está interferindo na fecundidade do grupo.

Tabela 28 – Migração, matrimônio e filhos de um casal jovem
Guarani–Mbyá, Paraty, Rio de Janeiro, 1999

Homem/Mulher Nascimento	Aldeia	Município/Estado	Casamento	Filhos
Homem/01/06/65	Nascimento/Rio branco	Itanhaém /SP	0	0
	Paraty-Mirim	Paraty/RJ	0	0
	Grauna	Paraty/RJ	0	0
	Sapukaia	Angra dos Reis/RJ	0	0
	Boa Vista	Ubatuba/SP	1º	2
	Araponga	Paraty/RJ	2º	2
	Paraty-Mirim	Paraty/ RJ	2º	1
	TOTAL	6 migrações	2 casamentos	5 filhos
Mulher/30/01/70	Nascimento/Rio das Cobras	Laranjeiras do Sul/PR	0	0
	Palmerinha	PR	0	0
	Rio das Cobras	Laranjeiras do Sul/PR	1º	1
	Itariri	Itariri/SP	2º	1
	Boa esperança	Aracruz/ ES	2º	0
	Sapukai	Angra dos Reis/RJ	2º	0
	Araponga	Paraty/RJ	3º	1
	Paraty-Mirim	Paraty/RJ	3º	1
TOTAL	7 migrações	3º	4	

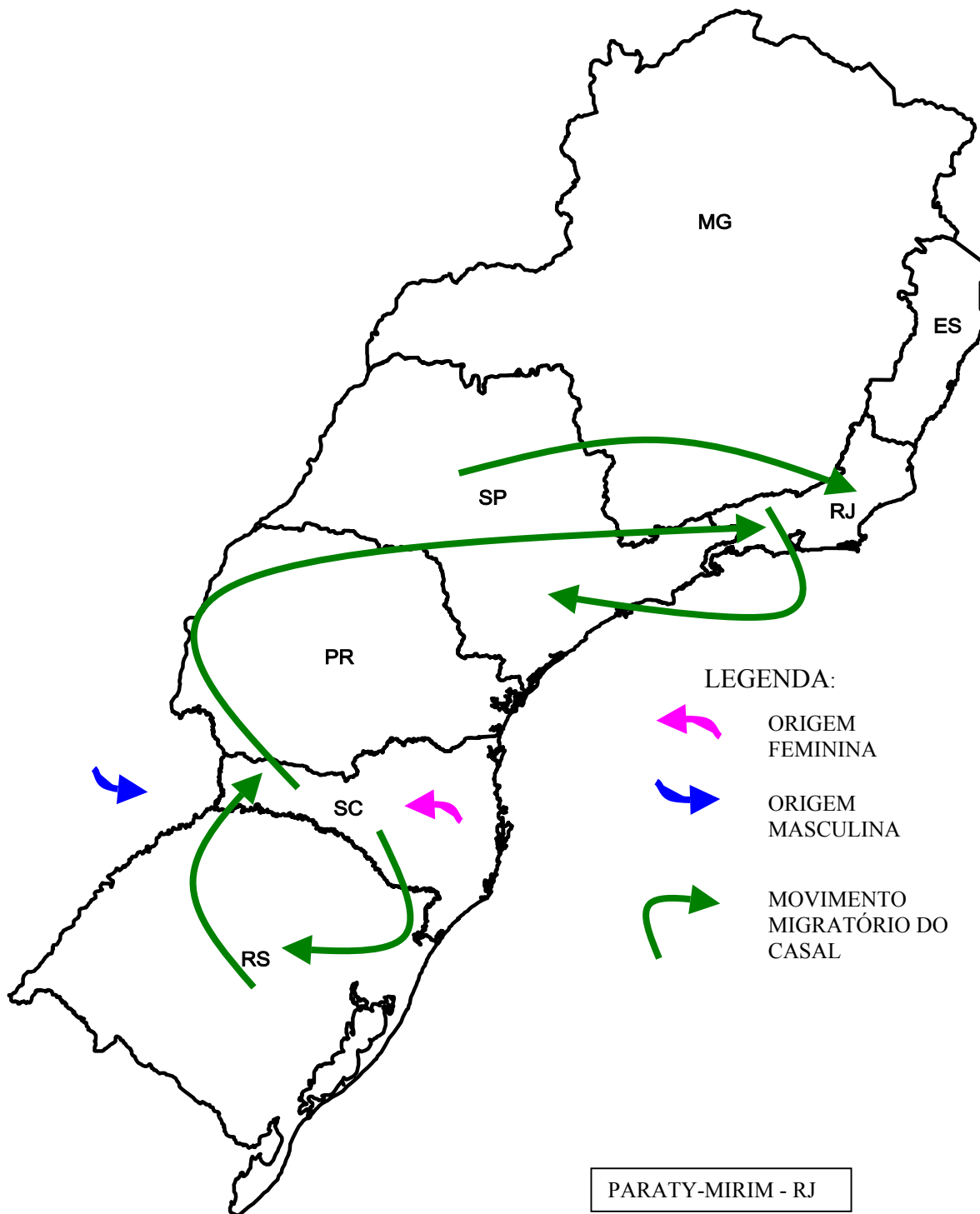
Tabela 29 – Migração, matrimônio e filhos de um casal velho
Guarani–Mbyá, Paraty, Rio de Janeiro, 1999

Homem/Mulher Nascimento	Aldeia	Município/Estado	Casamento	Filhos
Homem/15/06/33	Nascimento/Vitória	Argentina	1º	0
	Vitória	Argentina	2º	0
	Itapiranga	SC	3º	3
	Barrocoa	RS	3º	3
	Guarita	Teniente Portela/RS	3º	2
	Chapecó	Chapecó/SC	3º	3
	Sapukaia	Angra dos Reis/RJ	3º	1
	Boracélia/Ribeirão Silveira	São Sebastião/SP	3º	0
	Paraty-Mirim	Paraty/RJ	3º	0
	8 migrações	3 casamentos	12 filhos	
Mulher/21/01/50	Nascimento/Itapiranga	SC	0	0
	Itapiranga	SC	1º	3
	Barrocoa	RS	1º	3
	Guarita	Teniente Portela/RS	1º	2
	Chapecó	Chapecó/SC	1º	3
	Sapukaia	Angra dos Reis/RJ	1º	1
	Boracélia/Riberão Silveira	São Sebastião/SP	1º	0
	Paraty-Mirim	Paraty/RJ	1º	0
	7 migrações	1 casamento	12 filhos	

As Tabelas 28 e 29 registram os movimentos, matrimônios e filhos, de um casal jovem e de um casal de maior idade. Pode-se ver, nas tabelas, que a fecundidade não está afetada pelos deslocamentos destes casais. Como já foi referido, a migração vai do oeste

para o leste, fazendo, no seu caminho, migrações circulares, tal como se pode ver no mapa da Figura 6. O mapa foi desenhado a partir da Tabela nº 29 e registra os movimentos só entre estados.

Figura 6 - Fluxo migratório de um casal de indígena Guarani-Mbyá da aldeia de Paraty-Mirim Rio de Janeiro, no período de 1933 a junho de 1999



Nas análises sobre a migração e a fecundidade, no passado e no presente, observa-se que:

- a) No passado, segundo os dados aportados por Maeder (1990), face à elevada migração e das dificuldades enfrentadas (trabalho duro, fome, epidemias, miséria etc.), as Taxas de Natalidade foram sempre acima de 47 por 1.000 habitantes, chegando inclusive a 70 por 1.000. Ou seja, apesar desses Guarani antigos terem tido uma migração intensa, as mulheres continuaram seus ritmos de fecundidade;
- b) Se olharmos para o presente, nos Guarani do Município de Paraty, se observa que a fecundidade retrospectiva é muito elevada e a fecundidade atual também, com Taxas de Natalidade para os anos de 1996 a 1999 entre 47,95 e 70,51 (a média de 61,27); nos homens observa-se na média de 5,9 migrações e 5,14 filhos, uma razão de 3,3 movimentos para cada matrimônio e 1,15 filhos para cada lugar de moradia. Para as mulheres, observa-se uma média de migração de 4,94 e 4,93 filhos; uma razão de 3,0 movimentos para cada matrimônio e 1 filho para cada lugar de moradia; 64,3% das mulheres têm realizado três ou mais movimentos desde que iniciaram sua primeira gravidez. Isto significa que a migração, nos Guarani-Mbyá deste estudo, não está interferindo na expressão da fecundidade.

Pode-se dizer, segundo esses dados, que a migração não interferiu no passado na fecundidade nem está interferindo agora. A migração não está interferindo a fecundidade no sentido de decréscimo, ao contrário, a fecundidade prossegue seu ritmo tradicional.

Face a que, a cultura ocidental no seu contato com a cultura Guarani tem conduzido a mudanças culturais, ainda assim, grande parte da cultura dos Guarani-Mbyá se conserva. A fecundidade tem sido pouco lesada, entre outros fatores, por sua relação com a cosmologia, na qual o ato de engravidar é um mecanismo de comunicação entre o Guarani do mundo terreno com suas deidades no mundo sobrenatural. Além disso, a crença de que a concepção se dá em dois níveis — material, equivalente às relações sexuais, e o nível espiritual, de cujo domínio a mulher não escapa (*“As relações sexuais não são suficientes, precisa-se da vontade de Nhanderú para ficar grávida, a relação sexual não faz nada, as relações pertencem ao plano material dos homens, mas a gravidez é do plano espiritual,*

do plano de Deus (...)) — imprime uma marca de incapacidade para controlar a natalidade e incapacidade para a adoção de técnicas sugeridas pela cultura branca que os envolve e com a qual eles têm contato quase diário.

Sendo que o ato de engravidar, segundo os Guarani de Paraty, está mediado não só pelas relações sexuais, se não também pela vontade de *Nhanderú*, o controle da natalidade provocaria uma ruptura nas comunicações entre os Guarani-Mbyá e seus deuses e parentes falecidos. Portanto, a continuidade no padrão de fecundidade expressaria as boas relação entre o Guarani-Mbyá e suas deidades.

Por outra parte, a demonstração da capacidade reprodutiva dos novos casais, somado ao desejo de continuarem em número e continuarem em sua identidade étnica, leva os Guarani a estabelecer um isolamento físico e cultural. De fato, eles expressam: *“nós vivemos com o branco, mas nosso pensamento interno é espiritual, é Guarani”*.

Outros fatores que contribuem para que os movimentos migratórios dos Guarani de Paraty não diminuam a fecundidade podem ser as características das migrações dos Mbyá. As migrações são de uma aldeia para outra ou para iniciar a conformação de uma nova. As migrações têm sempre um líder político, que migra com sua parentela e estabelece as regras do comportamento e direciona a migração; têm, também, um líder religioso. Desta forma sua “unidade” é pela identidade de cada indivíduo com seu grupo familiar e com o líder local. A característica desses deslocamentos, diferente dos não-indígenas, possivelmente atua como fio condutor para que o padrão reprodutivo das indígenas de Paraty não seja lesado pelas migrações.

4.4 PASSADO E PRESENTE NA FECUNDIDADE DOS GUARANI

Este item centra a atenção na localização da dinâmica demográfica dos Guarani-Mbyá em relação às teorias de transição demográfica, tendo como base os dados dos Guarani no período 1641 a 1808 (Maeder, *op. cit.*) e os dados do período atual, 1946 e 1997 a 1999.

Apesar de a teoria de transição demográfica basear-se na teoria de modernização, processo que é ocidental, e não propõe saídas próprias a cada comunidade, pomos essa temática na areia da discussão, visando a abrir novos horizontes na discussão de transição epidemiológica e demográfica com os Guarani-Mbyá de Paraty.

Considerando que alguns dos Guarani de Paraty nasceram no nordeste da Argentina e outros nasceram no sul do Paraguai, e que seus pais nasceram nesses lugares (alguns dos depoimentos dos velhos de Paraty referem que seus pais contavam que fugiram do Paraguai devido à guerra deste país), poder-se-ia pensar que eles têm laços com os Guarani referenciados por Maeder (1990). Por outro lado, supõe-se que este Guarani antigo tenha laços com o Guarani-Mbyá de Paraty, baseado nos dados de Schaden (1963) e Ladeira (1992). Para Schaden, os Mbyá constituem, de certa forma, uns dos vínculos etnográficos entre Paraguai, Argentina e Brasil. Ladeira (*op. cit.*) referencia a existência de Guarani-Mbyá no leste de Paraguai, norte da Argentina, Uruguai e no litoral sul do Brasil. Sendo assim, poder-se-ia, então, comparar alguns dos parâmetros demográficos, a fim de comparar o passado com o presente, em relação com a transição demográfica dos Guarani-Mbyá.

Comparando o período Jesuítico de 1641 a 1808 (Tabela 22), com o período atual, 1946 e 1997–1999, encontra-se que as Taxas de Natalidade no período Jesuítico estiveram entre 50 e 70 nascimentos por 1.000 habitantes e, no período atual, entre 47,9 e 70,5 x 1.000. A proporção de jovens foi de 48% no período Jesuítico e 53,8% no período atual. A Taxa de Mortalidade elevada e com fortes oscilações no período Jesuítico, de 25 X 1.000 e 200 X 1.000, frente a um baixo número de mortes no período atual, O crescimento natural, no período Jesuítico, apresentou também fortes oscilações: -148 X 1.000 a 38 X 1.000, e um crescimento natural elevado no período atual, entre 6,41 e 15,06; mais a Taxa de Fecundidade Total, desde 1946 muito elevada. Isto nos leva a propor, como hipótese, que o padrão de fecundidade não tem apresentado grandes variações nestes dois períodos: 1641 a 1808 e 1946 a 1999. Agora fica sem saber o que pode ter acontecido no período entre 1808 e 1945, para o qual não se tem dados. No entanto, o fato do Guarani não ter-se extinguido, deixa transparecer que a natalidade, nesse período sem dados, continuou muito elevada, a mortalidade também elevada, mas não no ritmo da natalidade, e o crescimento natural, como consequência, foi positivo. Desse jeito, podemos aventar como hipótese que, possivelmente, esteja acontecendo o fenômeno da transição demográfica.

A transição demográfica, é uma teoria que tenta explicar as mudanças da população através do tempo, ou seja, refere-se à descrição observada por longo tempo, da tendência na fecundidade e na mortalidade. Este conceito toma como referência a passagem de uma população com alta natalidade e alta mortalidade, a uma população com baixa natalidade e baixa mortalidade, a passagem de um estágio para outro é chamado de

transição. A literatura confere a Frederiksen, em 1969, as primeiras análises sobre as inter-relações entre transição econômica, transição demográfica e as mudanças concomitantes em saúde e na organização dos serviços de saúde (Frenk *et al.*, 1989; Demeny, 1972 *apud* Pressat, 1985; Barreto & Carmo, 1995). Posteriormente, em 1971, Omram introduz o conceito de transição epidemiológica, referindo-se a um processo de modificação dos padrões de morbi-mortalidade, que se dariam em etapas sucessivas, seguindo a trajetória de um padrão tradicional (predomínio de doenças infecciosas) para um padrão moderno (predomínio de doenças crônicas e degenerativas) (Frenk *et al.*, 1989)³.

Na transição demográfica se distinguem quatro etapas (Haupt & Kane, *op. cit.*):

- a) Alta Taxa de Natalidade, alta Taxa de Mortalidade, porém pouco ou nenhum aumento da população;
- b) Alta Taxa de Natalidade, diminuição na Taxa de Mortalidade, portanto aumento na Taxa de crescimento;
- c) Diminuição da Taxa de Natalidade, Taxa de Mortalidade relativamente baixa, em consequência, crescimento lento da população;
- d) Baixa Taxa de Natalidade, baixa Taxa de Mortalidade, portanto crescimento populacional muito lento.

Esses modelos de transição têm enfrentado várias críticas (Frenk *et al.*, 1989), entre elas:

- a) Os modelos têm sido propostos como se atuassem em forma linear. Mas as observações de Frenk *et al.* (*op. cit.*) em relação à transição epidemiológica, permitem ver que a relação não é necessariamente seqüencial e que dois ou mais períodos podem sobrepor-se; que a evolução na mudança dos padrões pode ser reversível; e que existe um modelo de transição no qual as mudanças não se deram totalmente, apresentando, então, a coexistência de diferentes doenças numa mesma população. Portanto, Frenk *et al.* (*op. cit.*) propõem em relação à transição epidemiológica um quarto modelo, chamado “modelo polarizado”, argumentando a existência de doenças pré e pós-transição em

³ Em relação à transição epidemiológica, Omram (1971 *apud* Frenk *et al.*, 1989; Barreto & Carmo, 1996) propõem três modelos: modelo clássico ocidental, caracterizado por uma progressiva redução da mortalidade e fertilidade, acompanhado de um predomínio das enfermidades crônicas degenerativas e as causadas pelo homem (ex.: Estados Unidos e países de Europa ocidental); modelo acelerado, caracterizado por rápida e acentuada diminuição da mortalidade e fecundidade e inversão das causas de morte (ex.: Japão); e modelo tardio ou contemporâneo, caracterizado por uma lenta diminuição da fecundidade e diminuição da mortalidade (países em desenvolvimento).

certos países. Nestes entra a América Latina, e observa-se que a mortalidade tem diminuído, mas não tem chegado à dos países desenvolvidos. A fecundidade apresenta uma lenta queda e há, ainda, a existência de enfermidades infecciosas como causas de morte, além das crônico-degenerativas como causas importantes de morte.

Se analisarmos esse fato à luz dos achados entre os Guarani antigos, conforme os dados de Maeder (1990) (Tabela 23), teríamos que entre 1641 a 1732 os Guarani estariam na segunda etapa de transição demográfica: alta Taxa de Natalidade, Taxa de Mortalidade mais baixa que a Taxa de Natalidade e crescimento natural positivo. Entre 1733 e 1740, os Guarani passariam à primeira etapa de transição demográfica: Taxa de Natalidade elevada, Taxa de Mortalidade elevada e crescimento natural negativo. Entre 1741 e 1755, os Guarani avançam à segunda etapa da transição demográfica: alta Taxa de Natalidade, queda na Taxa de Mortalidade e crescimento natural positivo. Entre os períodos de 1756 a 1767 e entre 1768 a 1808, os Guarani voltam novamente à primeira etapa da transição demográfica. Ou seja, que as etapas da transição demográficas, no período de 167 anos, não foram sequenciais: da primeira para a segunda e desta para a terceira, elas apresentaram alternâncias; da primeira para a segunda e da segunda para a primeira. O período final referenciado por Maeder (1990) culmina na primeira etapa de transição demográfica.

- b) Entre outras críticas aos modelos de transição demográfica e epidemiológica tem-se que os modelos sustentavam que o impulsor das mudanças era a diminuição da mortalidade, para o qual a fertilidade responde declinando após um período e que o responsável era o desenvolvimento industrial (Thompson, 1929; Davis, 1945; Notestein, 1945 *apud* Pressat, *op. cit.*). Outra crítica era porque expressavam que as novas tecnologias assumiam um papel predominante na consolidação de novos padrões mórbidos, sem considerar as características sociais e culturais dos grupos (Barreto & Carmo, *op. cit.*). A respeito, Cadwell (1993) refere que mais que o ingresso *per capita* e as refinadas tecnologias, o comportamento social tem um forte impacto na redução da mortalidade, assim como os fatores culturais: nível educativo das mães (a mulher educada demanda mais atenção em saúde tanto intrafamiliar como dos serviços de saúde), o papel da mulher nas sociedades tradicionais, a religião e o controle da fecundidade.

Segundo o observado com os Guarani-Mbyá deste estudo, a mortalidade apresenta uma queda e a fecundidade continua estável. Em relação à fecundidade, os fatores socioculturais e sua religião seriam mais fortes que a tecnologia e o desenvolvimento ao qual teriam acesso os Guarani, por haver um posto de saúde dentro da aldeia, por morar tão perto da cidade de Paraty. Apesar de, por enquanto, a mortalidade apresentar queda, a queda na fecundidade está longe de ocorrer, devido, entre outros fatores, aos próprios princípios religiosos e sociais que permeiam a dinâmica populacional.

A classificação dos indígenas Guarani-Mbyá do Município de Paraty segundo os modelos de transição demográfica, é difícil em razão das dificuldades na informação sobre mortalidade (carência de registros em nível institucional) e, tal como se analisou, esta informação está permeada pelo componente cultural. Mas ao se fazer a classificação desse grupo e para o momento atual, nos atreveríamos a dizer que eles estão passando de uma etapa de alta natalidade e muito alta mortalidade (período das missões Jesuíticas), a uma etapa de alta natalidade e, possivelmente, uma lenta diminuição da mortalidade (a julgar pelo crescimento elevado da população). Quer dizer, estariam na segunda etapa da transição demográfica. Isto é, na pós-conquista, as Taxas de Natalidade foram elevadas e com altos índices de mortalidade, possivelmente no período de 1808 a 1946, do qual não se têm dados disponíveis. As Taxas de Natalidade continuaram no mesmo ritmo e a mortalidade presumivelmente apresentou uma queda (pela adoção de tecnologias médicas para alguns dos processos patológicos, como exemplo vacinas, ou pela presença de pajés, ou pelo isolamento do branco etc.) e no período atual continua com elevada Taxa de Natalidade, com baixa Mortalidade e crescimento natural elevado. Sendo assim, poderíamos dizer que esses Guarani-Mbyá, encontram-se na segunda etapa de transição demográfica e o Guarani-Mbyá de Paraty está longe de alcançar a terceira etapa de transição demográfica. Entre outras razões, porque sua cultura religiosa é muito fechada, sendo *Nhanderú* e *Kunhankarai* os que dirigem a fecundidade dos Guarani-Mbyá e por outro lado, não podemos esquecer que a mortalidade, morbidade e a fecundidade estão também direcionados por fatores econômicos, socioculturais e disposições políticas em níveis internacional, nacional e local.

CAPÍTULO V
O SISTEMA MÉDICO DOS GUARANI-MBYÁ DE PARATY
REALIDADES E ILUSÕES NAS POLÍTICAS DE SAÚDE
REPRODUTIVA

5.1.O SISTEMA MÉDICO DOS GUARANI-MBYÁ

5.1.1. A Saúde e o Bem-Estar nos Guarani-Mbyá

O encontro das culturas européias com as culturas indígenas da América propiciou a aquisição e disseminação de enfermidades, por não ter o indígena a barreira imunológica para conter o efeito do agente infeccioso novo. Alguns dos agentes patológicos foram responsáveis pela morte de elevado contingente populacional (Black, 1994) e pela extinção de povos (Melatti, 1993: 182)¹. Do mesmo modo, a aproximação da sociedade brasileira, no século XX, com grupos indígenas recém-contatados, ocasionou elevada mortalidade, principalmente pela gripe e sarampo. Por exemplo, os Kaingang paulistas, em 1912, foram reduzidos à metade pela gripe epidêmica e pelo sarampo, que contagiou esse grupo logo após o contato. O grupo Urubus sofreu 50% de mortalidade pela gripe. Os Congue-Hui, em 1913, foram totalmente aniquilados em poucos dias pelas doenças do “branco” (Ribeiro, 1957a). Os Guarani não ficaram fora dessas fatalidades, tal como foi referido por Maeder (1990). Muitas vidas foram perdidas nas crises epidêmicas. Os diferentes grupos indígenas que vivem em contato com a sociedade envolvente viram-se na necessidade de utilizar os sistemas ocidentais de saúde para sua sobrevivência. Muitos deles ainda conservam suas formas próprias de conceber o bem-estar, os atos de adoecer e de curar, sem que isso implique uma briga ou divórcio com a medicina ocidental; ao contrário, ambos os sistemas convivem, tal como é o caso dos Guarani-Mbyá do Município de Paraty, no Rio de Janeiro.

Os sistemas médicos tradicionais foram, durante muito tempo, considerados como objetos exóticos e desprovidos de coerência e eficácia. Pensava-se que seriam substituídos pela medicina ocidental (Buchillet, 1991). No entanto, o conhecimento sobre medicina tradicional continua latente em muitos grupos, e o que caracteriza mais fortemente a medicina exercida é o diagnóstico e o tratamento xamânico. Estes não excluem a existência

e uso de outros recursos terapêuticos, como fitoterapia, terapia com produtos animais, rezas, dietas, massagem e outros. Como refere Langdon (1994), as opções terapêuticas dos sistemas de saúde indígenas seguem uma lógica pragmática associada às remissões dos sintomas. Eles fazem uma interpretação das causas e hierarquizam níveis distintos de gravidade e de tratamentos. Também fazem uma negociação contínua sobre a interpretação dos signos da doença e a escolha sobre o tratamento.

Segundo Langdon (1995: 1), as novas discussões antropológicas “(...) concebem a saúde e a doença como *processos psicobiológicos e socioculturais* [...] resultado do contexto cultural e a experiência subjetiva da aflição ...” no qual a doença deixa de ser exclusiva de um processo biológico e estático. A doença precisa portanto ser interpretada no meio sociocultural no qual acontece. Continuando com Langdon (1995), esta mudança na concepção de doença ressalta três aspectos básicos: (1) cultura como um sistema simbólico, dinâmico e heterogêneo, no qual os indivíduos de uma mesma cultura têm percepções heterogêneas devido a sua subjetividade e experiência, que nunca é igual à dos outros; (2) a doença como processo. Isto significa que cada doença é uma seqüência de eventos nos quais se procura compreender o sofrimento no sentido de organizar a experiência vivida. Porquanto a doença não é estática, nela se movimentam processos de interpretação, de negociação para chegar ao tratamento que alivie o sofrimento; (3) a doença como experiência: nesta conceitualização, a doença é compreendida como um processo subjetivo vivenciado pelos atores, é um processo no qual a experiência corporal é mediada pela cultura. Esta concepção abre o espaço para estudar os sistemas médicos indígenas, desligados da visão biologista, determinista e estática do processo de adoecimento e de cura dos sistemas médicos ocidentais

Por quanto os sistemas de saúde devem ser compreendidos em termos de seus instrumentos e de suas atividades simbólicas (Kleinman, 1980). Os sistemas médicos não podem ser estudados isoladamente, deve-se ter em conta a organização social, religiosa, política e econômica, as quais estão interligadas e fundamentadas nas mesmas suposições, valores e visão do mundo (Helman, 1994). Como diz Melatti (1993), os fatos do mundo físico são discernidos através de uma tela endocultural, que para os Guarani-Mbyá de Paraty, é a religião. De fato, Cadogan, (1949) expressa que nos Guarani a religião permeia

¹ Isto não significa que os indígenas antes da chegada de Colombo não tivessem doenças. De fato a literatura reporta infecções treponêmicas, fragmentos de DNA de *Mycobacterium tuberculosis*, doenças por parasitárias intestinais e outras (Black, 1994).

os processos de bem-estar, de doença e de cura. Portanto, o sistema médico dos Guarani-Mbyá deve ser compreendido, entre outros, à luz dos conhecimentos da cultura indígena — isto é, à luz do conhecimento sobre o bem-estar e a doença.

5.1.2 O bem-estar entre os Guarani-Mbyá

O bem-estar dos Guarani emerge das imbricações entre o mágico/mitológico com o físico/químico e com o ecológico. Sendo o Guarani-Mbyá de Paraty uma relação entre o físico e o espiritual, entre o individual e o coletivo, o sentimento de bem-estar, de risco e de doença, ultrapassam o marco das interpretações das ciências cognitivas. É por essa razão que os temas sobre saúde, doença e riscos serão abordados com maior força desde o *emic* (desde o interior da cultura), sem no entanto, desconhecer que a saúde e a doença estão também marcadas por fatores econômicos, sociais, políticos e biológicos que circundam a comunidade Guarani-Mbyá de Paraty.

O estado de bem-estar nos Guarani deste estudo é alcançado quando eles têm:

- um convívio (convivência) harmônico entre o grupo;
- boas relações com a sociedade ocidental, principalmente com seu vizinhos;
- harmonia com suas deidades e com os espíritos que compartilham o espaço dos Guarani;
- a presença de pajé;
- plantações suficientes para satisfazer as necessidades alimentares.

O bem-estar entre os Guarani-Mbyá de Paraty está centrado no convívio psicossocial e sobrenatural harmônico, acompanhado da segurança econômica para se sustentarem. Isto é, o bem-estar não está condicionado, em primeira mão, pela ausência de doença, posto que a doença é vista como processo normal aos quais deve se submeter o Guarani-Mbyá.

“Estar bem é não ter brigas com ninguém, não ter brigas com juruá, não ter discussões, não criticar, acatar o que o cacique ordene, ter boa terra para plantar, ter comida, ter remédios tradicionais do mato, ter ajuda das pessoas de fora [...]. Ter bem-estar é ser bem comportado, assim podemos chegar à terra sem mal logo após da morte. Se a gente é bem comportada pode ser levado em vida, por Nhanderú à terra sem mal” (Cacique de Paraty-Mirim).

Perguntados sobre se acham que agora estão bem, as respostas, de um modo geral, foram nesta direção: *“sim e não; sim porque não temos brigas com ninguém, e porque temos pajé, e não estamos bem, porque temos muito pouco plantado para nos alimentar”*.

5.1.3. Classificação das doenças

Sendo a pessoa indígena uma relação entre o físico e o espiritual, entre o individual e o coletivo, a enfermidade não é um acontecimento isolado, ela está articulada às crenças e costumes que compõem a cultura. Por esta razão, como é expresso por outros grupos indígenas (Langdon, 1988) quando a vida está em risco, a explicação da enfermidade é buscada no corpo de idéias religiosas que explicam a ordem do mundo. Logo a terapêutica é dirigida ao restabelecimento da ordem cultural da comunidade e ao restabelecimento do doente. Das pesquisas de Cadogan (1949) com Guarani-Mbyá do Brasil, encontramos que, para este grupo, as doenças são tidas como provas as quais devem se submeter todos os seres humanos durante sua peregrinação pela terra:

“De estas pruebas ya tiene conocimiento el alma humana antes de encarnarse, al enviarla a la tierra, le dice su Gran Padre:

Pues bien, descenderás a la tierra.

Considera como fortaleza la morada terrenal;

Aunque todas las cosas, en su gran diversidad,

Horrorosa se levanta contra tí,

Afróntalas con grandeza de corazón”

Cadogan (1949: 30).

Ao se interrogar os Guarani-Mbyá de Paraty sobre a nosologia das doenças, estas foram referidas numa mistura de classificações, de sinais e sintomas. Não se verifica uma classificação fechada das doenças e o leitor não encontrará, aqui, um esclarecimento total, porque há coisas tão óbvias para eles que não precisam ser esclarecidas e outras que são “*assim, porque sim*”.

Os Guarani de Paraty classificam a doença, em termos gerais, em dois blocos: doença de fora, ou de branco, e doença própria do Guarani. De forma mais precisa, as doenças que atingem os Guarani podem ser classificadas segundo a forma pela qual o agente ou entidade atinge o indivíduo e segundo a origem.

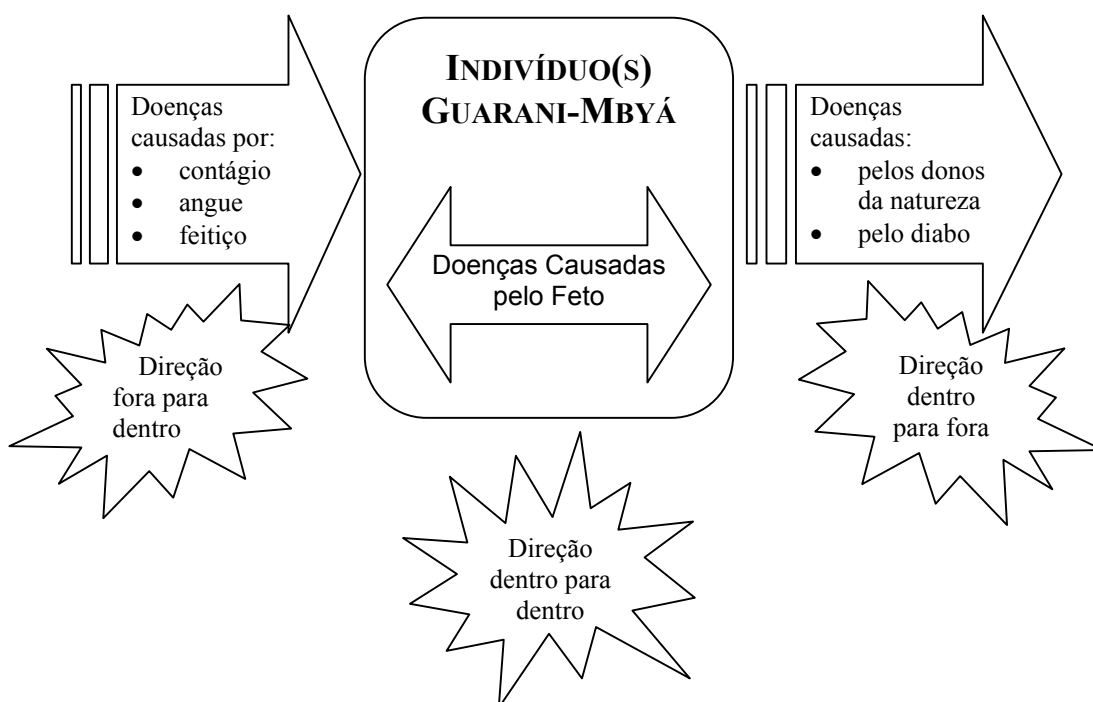
5.1.3.1 Classificação das doenças, segundo a direção do agente ou entidade que atinge o indiv

Segundo a direção do agente ou entidade que conduz a doença, os Guarani classificam as doenças assim:

- Direção de fora para dentro, ou seja, agentes que entram no corpo do Guarani provocando doença, como as doenças adquiridas pelo contágio (doenças de fora), as doenças causada por *angue* (espírito de mortos), e doenças feitas por feiticeiro.

- Direção de dentro para fora, ou seja, entidades que tiram a energia ou espírito. Entre elas estão as doenças causadas pelos espíritos da natureza e pelo diabo.
- Direção de dentro para dentro são doenças que têm origem interna e atingem principalmente a mulher grávida. Estas doenças são as causadas pelo feto ou bebê em formação (ver Figura 7).

Figura 7 - Classificação das doenças



5.1.3.2. Classificação das doenças segundo a origem

Sete categorias são utilizadas, correspondendo as seis primeiras enunciadas às doenças próprias dos Guarani deste estudo; a sétima corresponde às doenças de fora, ou seja, a doença do “branco”. Classificação:

- Doença espiritual corresponde às causadas por divindades e pelo diabo.
- Doença do mundo corresponde às causadas pelos donos da natureza, por *angue*.
- Doença interna corresponde aos transtornos provocados pelo feto ou bebê em formação.
- Doença por feitiço.
- Doença causada pelo sistema frio/quente.

- Doenças causada por ter sido dado o nome errado.
- Doença de fora, caracterizada segundo eles pelo contágio, e por doenças de pouca gravidade.

Em relação às doenças, segundo a origem do agente patológico, temos:

- a) Doença espiritual - Podem ser causadas por divindades ou pelo demônio.
- Divindade: *Nhanderú* castiga os pais quando eles têm um mau comportamento dentro de casa: maltrato dos membros da família, não levar alimentos, ter relações sexuais extramatrimoniais, ou por mau comportamento com a comunidade em geral. O castigo pode ser aborto, morte infantil ou doença na mãe. Desde tempo antigo o adultério era proibido nos Guarani-Mbyá, posto que a lei divina expressa que a prática do adultério em casais, estando a mulher grávida leva ao castigo dos deuses, materializado castigo no aborto (Cadogan, 1948).

“Criança morrendo é um castigo para nós, Nhanderú não está dando castigo para as crianças, ele não dá castigo. Só que se nós erramos pode Deus castigar e levar nosso filho, mas a gente vai se arrepender de novo: O que faltou? Em que a gente erramos?” (Pajé de Paraty-Mirim).

“O aborto pode ser castigo de Nhanderú, Nhanderú castiga conforme cada pessoa, por exemplo se uma mulher grávida caminha assim de qualquer forma, Nhanderú castiga, para ela compreender, para ser mais sujeita (submissa) com Nhanderú, esse castigo pode vir em uma doença para a mãe. O Aborto pode ser castigo de Nhanderú, porque a mãe não sabe se dirigir, não sabe caminhar, então Nhanderú está olhando, Nhanderú não quer, então por aí vem castiga e a mãe, perde a criança” (Cacique de Paraty-Mirim).

Quando os Guarani falam de que a mãe “*não sabe se dirigir, não sabe caminhar*” estão se referindo ao não cumprimento das regras religiosas e comportamentais.

- Demônio: *Anhã*. O demônio é um espírito mau, que atinge os Guarani sem distinção de idade ou sexo, provocando tentações para maus comportamento, ou provocando acidentes e levando à morte.

“Quando Anhã pega a alma do Guarani, este fica esquecido, correndo de um lugar para outro, fica sem fala, fica cego, sem apetite; se sua alma não é reincorporada, a pessoa morre” (Pajé de Paraty-Mirim).

Em particular no que diz respeito à saúde reprodutiva:

“Nhéngue antes de 9 anos, ou logo depois de 14 anos é perigoso. Nhéngue cedo ou tarde é perigoso, é por castigo do demônio. Se é cedo, o demônio esta tentando para que fique grávida e, se é tarde também é pelo o demônio. Se fica grávida sem ter nhéngue é perigoso, isso quer dizer que ela está fazendo o que o demônio está dizendo, ou seja, que o demônio está dominando-a, por isso que acontece” (Pajé de Paraty-Mirim).

A doença do espírito também vem no vento frio que pode atacar as pessoas. O espírito do demônio que está nesse vento se junta às vezes com espíritos de cachoeiras ou de pedras ou a *angué* (espírito dos mortos). Eles se apresentam às vezes sem cabeça, às vezes sem qualquer outra parte do corpo, podem tocar ou mexer com o Guarani e, assim sendo, a pessoa fica doente.

- b) Doenças do mundo - São causadas pelos espíritos donos da natureza. O mato, os rios e riachos, as águas profundas, as pedras, cada um têm seu dono. Em condições normais eles não atingem os Guarani. O pajé frequentemente faz rezas e pactos com os donos da natureza para que não façam mal ao Guarani. No entanto, quando a pessoa, estando num estado frio, sai de casa, pode ser atingida pelos donos da natureza; ao estar a pessoa fraca eles roubam energia, ficando a pessoa doente.
- c) Doenças internas - Em muitas culturas acredita-se que o comportamento da mãe pode afetá-la diretamente e causar danos ao feto (Helman, 1994). Situação similar observa-se nos Guarani-Mbyá. Para eles, as doenças internas correspondem aos adoecimentos na mulher grávida, que podem pôr em risco a vida da mãe e da criança. Os padecimentos são dor nas costas, dor na cintura, dor de cabeça, mal-estar, aborto, complicações do parto, entre outros. As doenças internas são originadas pelas solicitações feitas pelo feto, as quais não foram satisfeitas pelos pais. Também podem ser consequência da quebra de normas culturais por parte dos pais. Estas doenças correspondem a castigos que o filho em formação no ventre materno faz à sua mãe. As doenças internas estão ligadas, em sua cosmovisão, ao mito dos gêmeos; as crianças no ventre de *Kunhankarai* castigam a própria mãe por não terem satisfeitos os seu desejos.

“As doença de dentro são perigosas, como a febre, porque a mãe pode perder a criança: a criança cai. Estas doenças são: gripe, dor nas costas, dor de cabeça, também dormônio (insônia), cansera (fadiga). Como tudo, algumas mulheres têm isso, mas não é doença mesmo, isto é porque a criatura mesmo, faz sofrer um pouco a mãe, depois passa, quando toma algum remédio para isso, passa, vai passando”. (Cacique de Paraty-Mirim).

- d) Doenças por feitiço - As enfermidades por feitiço se devem à ação de um feiticeiro, ele envia a enfermidade. O pajé tira o agente patológico, o tratamento é só com o pajé, os Guarani não gostam de abordar esse tema, pelo terror que eles têm do feitiço.
- e) Relação entre o nome e a saúde da pessoa - Lembremos que a pessoa não “se chama”, ela “é”. Através do batismo, o pajé lembra para essa criança e sua família o espírito que nela está e o lugar de onde veio. Se no batismo o pajé dá outro nome (espírito), esse espírito nomeado vai ficar no corpo errado, não haverá harmonia e acoplamento entre o corpo e a identidade, a pessoa fica fraca e susceptível ao adoecimento.

“Se tem, o nome certo para ele ficar mais sadio. Todas as cachoeiras têm espíritos, se a pessoa não tem o nome certo, e passa pela cachoeira ou por pedras, o espírito fica fraco; o espírito das cachoeiras ou das pedras pega o espírito do Guarani e o leva, e nenhum médico ocidental pode salvá-lo” (Pajé de Paraty-Mirim).

“Para avaliar a imensa importância que o Guarani confere a seu nome, considere-se o seguinte procedimento. Quando todos os esforços para salvar um doente são baldados, o último recurso é a troca de nome: o pajé ‘acha’ um outro nome para o doente [...]. A idéia é que o doente, ao tomar um novo nome, torna-se um novo ser, e que a doença fica presa ao seu ser anterior (seu nome anterior), separando-se assim do renomeado, que deste modo sara. Daquele momento em diante, o nome antigo não volta a ser pronunciado; deixa-se cair no esquecimento o mais depressa possível” (Nimuendaju, 1987: 33).

- f) Doenças relativas ao sistema frio/quente – O frio/quente não corresponde à temperatura real, mas sim à qualidade ou poder simbólicas dos alimentos, ervas, força da natureza e sobrenaturais, estados mentais e medicamentos.

O sistema frio/quente entre os Guarani-Mbyá não é muito claro como causa de doença. Parece ora como causa, ora como consequência, porém aparecendo o estado frio ou quente, ele já é denominado como de doença. Os Guarani de Paraty fazem uma relação deste sistema homologando-o ao fraco/forte. Também falam os Guarani-Mbyá de perda de energia ou roubo de energia. As doenças relativas ao sistema frio/quente atingem principalmente os indivíduos nos estados liminares (estados de transições).

As mulheres Guarani em período reprodutivo movimentam-se num contínuo entre estados frios e quente. A mulher grávida está em estado quente, mas durante os

períodos de perda do sangue a mulher está mais quente ainda. O estado quente da mulher atinge tanto as crianças como seus maridos, a sociedade geral, no sentido em que elas podem estragar por completo as plantações. Por essa razão, a mulher, nos períodos de perda do sangue, como período menstrual e hemorragia pós-parto, deve ficar dentro de casa para não pôr em perigo a comunidade. Quando o sangramento começa a se reduzir, a mulher entra no estado frio e pouco a pouco passa ao equilíbrio. As mulheres no estados frios também são perigosas, pois podem roubar energia das plantas e estragá-las. Durante os períodos de perda do sangue, o homem não pode dormir com sua mulher, a mulher não pode nem preparar comida para seu marido, porque a mulher neste estado rouba a energia de seu marido, pondo ele em perigo de adoecer com dor nas costas, dor nas cadeiras e reumatismo.

O estado quente da gestante aumenta na medida em que avança a gestação, portanto as relações sexuais só podem ser realizadas nos primeiros meses. Não há consenso sobre o tempo de prática das relações sexuais durante a gravidez e no período pós-parto. Alguns outros entrevistados referem que, durante a gravidez, as relações só podem se dar nos três primeiros meses, outros referem-se aos cinco primeiros meses. Logo após o parto, a mulher está inicialmente muito quente, logo vai passando a um estado frio até chegar ao estado normal. Alcançando o último estado, em mais ou menos três meses após o parto. Outros entrevistados referem que os casais devem ter um período de 12 meses de abstinência sexual após o parto.

O frio/quente também é referido às comidas, sendo categorizados como alimentos frios os que provêm do “branco”: sal, açúcar, entre outros. Os alimentos quentes são carne do mato, macarrão, chá de café e ervas como santa maria e chapéu de couro. Os alimentos que não são frios nem quentes correspondem àqueles próprios dos Guarani: aves em geral e milho. Também falam de alimentos fortes que propiciam energia; é o caso da onça, considerada boa por ser um animal forte, e o consumo de essa carne transmite energia à mulher grávida.

Além dos perigos pelo estado frio/quente, as mulheres Guarani-Mbyá grávidas também estão num estado de vulnerabilidade e ambigüidade social. Elas estão num estado de transição social, no qual são vistas como se tivessem num estado ambíguo e “anormal”, perigoso tanto para elas como para os outros, tal como é expresso por Helman (1994) para outros grupos. A mulher Guarani grávida pode roubar energia de seu marido, das crianças,

das plantações e, por sua vez, ela é susceptível de ser atingida pela energia do arco íris, pelos donos da natureza, pelo demônio e pelas divindades:

“Kurugua (arco íris), é muito forte e a mãe grávida pode perder a criança, as crianças não podem olhar para o arco íris, tampouco as mulheres grávidas ou com menstruação, porque o arco íris rouba energia, a pessoa fica fraca e pode adoecer” (homem de 40 anos).

- g) Doenças de fora - Entre as doenças de fora se incluem as “pegas por contágio”, doenças que não cedem aos tratamentos da medicina Guarani-Mbyá, ou doenças reconhecidas por eles como próprias da farmacopéia ocidental. Entre elas estão: a catapora, as gripes, o sarampo e imuno-preveníveis, a tuberculose, mal-estar, febre, entre outras.

Quanto às doenças, o estudo indagou sobre a morbidade sentida pelas mães e nos seus filhos. No caso dos Guarani de Paraty, as dificuldades para aceder aos prontuários de morbidade² nos levaram a realizar uma análise muito simples, partindo das entrevistas feitas e da observação durante o trabalho de campo. Interrogou-se pela morbidade referida pelas mães para si mesmas e para seus filhos nos últimos quinze dias. Encontramos que 72,7% das mulheres se sentiram sadias, e 27,3% tinham dor de cabeça, “tontura” e “dor de barriga”. Com respeito às doenças de seu filhos, encontrou-se que 24% das mães referem-se às crianças como sadias; enquanto 75,6% das mulheres referem-se a doenças em suas crianças, tais como diarreia, gripes, tosse e conjuntivite. Durante o trabalho de campo foram observados problemas de saúde nas crianças, que não foram referidos por suas mães como doenças: desnutrição protéico-calórica (apresentando-se quatro casos de Kwashiorkor: crianças desnutridas e edemaciadas); crianças com problemas de pele (picadas de mosquito infectadas), diarreias, gripes, que passam “despercebidos como doença, para as mães”, talvez por considerar que não é necessário demandar serviços de saúde ocidental, ou por ter uma demanda insatisfeita dos serviços de saúde.

² Dados que não estavam disponíveis nos prontuários do posto de saúde da aldeia dos Guarani. Além disso, a isto o posto de saúde e o hospital da cidade de Paraty não registram a categoria “etnia” nos prontuários.

5.2. O SISTEMA MÉDICO GUARANI-MBYÁ

Além de seu próprio sistema médico, liderado pelos pajés, as duas aldeias têm agentes indígenas de saúde com preparo ocidental. Esses agentes de saúde não têm vínculo com a Fundação Nacional de Saúde nem com as Secretarias Municipais de Saúde. Trabalham sem remuneração econômica. No final do ano de 1999, foi formada uma equipe interdisciplinar de saúde (à qual foi integrado o agente indígena) que iniciou o atendimento médico nas aldeias indígenas dos municípios de Angra dos Reis e Paraty.

5.2.1. Especialistas médicos entre os Guarani-Mbyá de Paraty

Como expressa Kleinman (1980), o paciente e o especialista são componentes básicos dos sistemas de saúde. Estes estão envolvidos numa configuração de significados religiosos, sociais e culturais e os processos de cura não podem ser analisados fora do contexto social dos grupos. Ainda mais quando, nas sociedades “tradicionalistas”, os sistemas de saúde podem ser um mecanismo de controle social (Cawte, 1974 *apud* Kleinman, 1980), situação que se evidencia para os Guarani, como se vê ao longo do texto.

Nesta pesquisa o termo “especialista” está referido a pessoas que têm certo grau de conhecimento para tratar doenças de diversa índole ou para acompanhar ou assistir estados como a gravidez e o parto. Os especialistas médicos mais claramente reconhecidos pelos Guarani de Paraty (ante eles mesmos e ante a sociedade envolvente) são os pajés. Outro especialista que fica mais no plano interno do grupo são as parteiras.

Parteira. A mulher ganha o *status* de parteira pela sua própria experiência nos eventos obstétricos somada à finalização do período biológico reprodutivo. A presença da menopausa indica a mulher que pode, se quiser, incursionar como especialista nesse ramo. Apesar da importante função que têm as especialistas dentro da comunidade Guarani deste estudo, seu reconhecimento não tem tanto destaque, que pode ser pelo fato de que elas acompanham e assistem estados de gravidez e parto, os quais não correspondem a doenças.

O trabalho da parteira começa desde o momento em que a mulher grávida faz contato com ela. Cabe esclarecer que cada mulher é independente na escolha de uma partira. É importante aclarar que a parteira pode remitir a mulher grávida ao pajé ou ao hospital, em caso que seja necessário. Após todo o processo, a parteira pode receber um presente da família, simbolizando assim o seu agradecimento.

Pajé. O sistema médico dos Guarani-Mbyá está liderado pelo pajé, personagem que se encaixa na categoria do xamã³. Segundo Clastres (1978), o xamã entre os Tupi-Guarani corresponde, como em tantas outras populações ameríndias, à pessoa que media o mundo e o sobrenatural, seja para curar doenças, para predizer o futuro, para mandar na chuva etc. Clastres refere ainda que o xamã Tupi-Guarani ultrapassa essas funções, posto que há também a dimensão religiosa.

Analisando a literatura sobre pajelança dos Guarani, encontramos em Nimuendajú, citado no texto de Clastres (1978), uma classificação entre os Apapocúva Guarani. Assim: o primeiro grupo corresponde a pessoas que não têm cântico e não podem dirigir a dança; no segundo grupo estão as pessoas que têm cântico e não dirigem dança; no terceiro grupo estão as pessoas que possuem cântico e dirigem a dança, estes são os pajés; e no quarto grupo estão os grandes pajés, ou seja, aqueles que além de possuir o cântico e dirigir a dança, dirigem o ritual de *Nimongarai* e são dirigentes políticos. Estes recebem o nome de *karai* ou grande pajé. Os *karai*, além de curandeiros, são principalmente líderes religiosos e políticos. Também é de vital importância nos pajés Guarani o sonho. Para os *apapocúva* Guarani, os sonhos “são experiências de onde provêm saber e poder. Quem sonha sabe e pode muito mais que aquele que não sonha; por isso os pajés cultivam o sonhar como uma das fontes mais importantes de sua sabedoria e poder” (Nimuendaju, 1987: 34). Para os Guarani, os sonhos indicam a vivência num plano mais sutil, no qual se compartilha com espíritos e deidades (Balduz, 1976); Ressaltamos aqui a importância dos sonhos para os Guarani deste estudo, ainda mais porque os sonhos também têm caráter premonitório.

Os Guarani de Paraty, em ordem de hierarquia, têm um pajé altamente reconhecido por seu canto, porque dirige a dança, é líder religioso, e tem capacidade de sonhar e curar, lidar com espíritos, pautar relações harmoniosas com os espíritos que circundam o mundo Guarani-Mbyá e capacidade de dirigir o ritual de *onhemongarai*. Em segundo lugar está uma mulher pajé, quem ainda não tem o *status* do anterior. Na comunidade, algumas pessoas estão na aprendizagem da pajelança. Os Guarani deste

³ A palavra *Xamã* vem da língua Siberiana Tungue e indica o mediador entre o mundo humano e o mundo dos espíritos (Langdon, 1996). Segundo a autora, através do sonho, do êxtase ou dos tranSES, o *xamã* interage com energias do mundo sobrenatural, seja para estabelecer a ordem ou para curar “como líder, ele é indispensável à expressão do sistema cultural. Seu papel como mediador estende-se também ao domínio sociológico, onde ele desempenha um papel tanto importante na cura, quanto nas atividades econômicas e políticas e em outras atividades sociais” (Langdon, 1996: 29).

estudo expressam que os karai são “pajés muito potentes, são pajés muito poderosos”, mas não reconhecem tal *status* dentro dos pajés da comunidade.

Segundo os Guarani-Mbyá de Paraty, o pajé nasce com este dom ou dote natural, o qual pode ser desenvolvido ao longo de sua vida através da aprendizagem. Quando a criança é nomeada, o pajé que faz o batismo fica sabendo que essa criança pode ser pajé, só que ele não conta para ninguém. Os pais podem, mais tarde, detectar naquela criança a possibilidade de ser pajé ou, na vida adulta, a pessoa homem/mulher recebe a mensagem para iniciar a aprendizagem da pajelança, se quiser. As mensagens podem ser sonhos, ou acontecimentos da vida, ou acontecimentos dolorosos pelos quais passa o candidato. O candidato a pajé deve ser bem comportado, deve aprender a rezar, a cantar, a dançar e deve sonhar. Para os Guarani-Mbyá de Paraty, saber sonhar é básico para exercer a pajelança, posto que através do sonho o pajé pesquisa de que lugar a doença do consultante veio e recebe informação sobre o tratamento específico:

“Se a criança de 10 anos pega cachimbo e quer fumar é porque vai ser pajé. Nhanderú avisa ao pajé que uma criatura vai ser pajé, para que lhe ajude. A criança que sendo sadia, quietinha, sozinha, fica triste assim escutando e caminha devagarinho é porque vai ser pajé” (Cacique de Paraty-Mirim).

“Quando eu tinha 20 anos eu perdi uma criança, eu fiquei chorando, chorando. Deus estava me falando, e aí, eu iniciei apreender” [...] “No batismo, o pajé diz, se vai ser ou não pajé, mas ele não conta para a comunidade. Mais tarde algum acontecimento que pode ser um sonho (no qual recebe uma informação) ou uma revelação ou um sinal lhe diz que pode ser pajé, mas ele não comunica a ninguém. Para ser pajé é importante falar (rezar). Ele não pode trocar de mulher e tem que ter só uma. O pajé tampouco deve beber álcool. Sendo solteiro não pode namorar, Deus que fala quem será sua mulher e tem que fumar cachimbo”.(Pajé de Paraty-Mirim).

5.2.2. Tratamento das doenças

As doenças leves, como catarro, diarreias, gripes, dor de cabeça, entre outras, têm tratamento intrafamiliar. Utilizam-se chás, infusões, ou banhos de ervas disponíveis na região. Não apresentando melhora, a pessoa é levada ao pajé. Os Guarani de Paraty, como expresso para outros grupos indígenas (Langdon, 1988), procuram entre as idéias religiosas a explicação do ordem do mundo e a explicação religiosa da doença.

O pajé Guarani de Paraty, logo depois de escutar o paciente sobre seu adoecimento e de se comunicar com os espíritos, principalmente com *Nhanderú* (na casa de reza ou através do sonho), define o itinerário terapêutico. Se o pajé, em sua

comunicação com o mundo sobrenatural, é notificado que a doença corresponde a doença de branco, encaminha o paciente à procura do médico ocidental. Ou seja, a classificação das doenças abrange o plano biológico e o plano espiritual. O itinerário terapêutico não é excludente nem linear. Por exemplo: certas doenças têm um componente biológico e outro espiritual; o pajé trata os aspectos espirituais e remete o doente para o tratamento biológico através da medicina ocidental ou, ao contrário, pode recomendar o tratamento da medicina ocidental e só então realizar tratamento da medicina Guarani, através da pajelança.

O pajé também tem capacidade de tratar doenças não espirituais com os remédios tradicionais, e a consulta ao pajé é grátis. Se a pessoa consultante quer dar um presente pode fazê-lo, mas *Nhanderú* não permite o pagamento do atendimento médico.

“O guarani é alma e corpo, por isso corpo doente, alma doente e alma doente, corpo doente. A primeira consulta é com o pajé, após 3 dias de tratamento, se não melhorar vai para o médico branco”.[...] “Quando uma mulher grávida está doente deve procurar primeiro o pajé. O pajé transmite para Nhanderú quem diz se pode ou não curar. Se o pajé não pode curar a doente ele diz: agora, ou amanhã você deve ir ao médico. Então ela vai ao hospital e lá curam, porque o pajé não pôde. Se a doença é do espírito o pajé cura. Se ele não pode curar é porque a doença é de branco. O pajé cura doenças espirituais e algumas doenças físicas com os medicamentos do mato, com folhas, com chás”.[...] “Para eu curar (o pajé) tenho que falar com Deus e Ele fala; Ele diz para mim se eu posso curar e como. E se não posso curar eu tenho que mandar ao médico do branco. Doença espiritual que médico branco não cura, eu curo” (Pajé de Paraty-Mirim).

O trabalho médico do pajé Guarani-Mbyá é muito diversificado e pode estar centrado em:

- a) trabalhar com materiais médicos (ervas, principalmente), sem precisar de um trabalho espiritual propriamente dito, como é o caso de doenças pequenas ou menores: gripes catarro, tosse, diarréias, entre outros;
- b) o tratamento pode estar centrado em recuperar a alma roubada por *angue*, pelo demônio ou pelos espíritos da natureza;
- c) o tratamento pode estar centrado em pautar relações harmoniosas entre os donos da natureza e os Guarani, ou em tirar espíritos maus que atingem negativamente o Guarani;
- d) o tratamento também pode ser encaminhado para tirar doenças geradas por feitiçaria.

Nos rituais de cura que mexem com espíritos, seja jogando-os fora, recuperando a alma do paciente ou mediando com as deidades, sempre estão presentes a música, a dança, a oração e o cachimbo. O pajé não precisa de ervas ou substâncias alucinógenas, como *yagé* (*Banisteriopsis caapi*), para entrar no estado de êxtase. O pajé Guaraní-Mbyá entra em êxtase através do fumo, a dança e a música. Utiliza na terapia a sucção, o sopro, a fumigação, o jejum ou abstinência sexual.

O cachimbo tem um papel importante na pajelança dos Guaraní de Paraty. Através do fumo o pajé faz contato com *Nhanderú* e outras deidades (sendo a prática do fumo muito excessiva neste ritual, o pajé manifesta que “*não faz mal para ele, porque não é ele quem fuma, é seu espírito que fuma*”). Através da fumaça o pajé entra em contato com os espíritos que o ajudarão, e através da fumaça o pajé entra no corpo da pessoa doente. O pajé sopra na coroa da cabeça, na palma das mãos, na palma dos pés e sopra nos pulmões. Identifica o lugar onde o espírito mau está localizado e logo ele faz a sucção. Tudo se faz no meio da dança, canto, música e oração. Uma vez que, com a sucção, o pajé tira o espírito mau, ele o passa da boca para sua mão. Imediatamente sopra fumaça sobre sua mão para imobilizá-lo e transformá-lo em objeto. Nessa ocasião, se alguém quiser, pode ver. Uma vez que o mal foi transformado em objeto (pau, folha, pedra, inseto etc.) o pajé passa para seu ajudante, e este imediatamente atira o mal na fogueira.

Segundo o pajé de Paraty-Mirim, o ritual para expulsar espíritos pode-se realizar na casa de reza ou na casa do pajé. O pajé, nesse ritual, deve estar acompanhado de vários Guaraní, porque no momento em que ele tira o espírito fora do corpo da pessoa, o pajé fica num estado frágil no qual esse espírito pode lhe atingir (também ficam em perigo de serem atingidas pelo espírito mau as mulheres que estejam nos estados de frio ou quente). A dança, o fumo e a reza dos assistentes fazem com que o espírito mau tenha que sair do lugar.

“Eu (o pajé) estou acompanhado por duas ou mais pessoas as quais estão dançando, rezando e cantando, isso porque quando eu tiro o espírito que estava causando a doença esse espírito pode me atingir, mas se eu estou com outras pessoas rezando, cantando e dançando o espírito sai fora. Minha mulher normalmente ajuda, mas se ela estiver menstruada não pode participar, porque pode ser atingida pelo espírito, por isso eu programo o tempo do ritual de cura” (Pajé de Paraty-Mirim).

Para curar as doenças causadas pelos espíritos, sempre se invoca *Nhanderú* no ritual de reza; mas quando a situação não é resolvida, eles expressam que nem todo o

tempo *Nhanderú* está olhando para eles. E, habilmente, fazem a comparação com o médico ocidental:

“Nhanderu é igualzinho a médico, vamos ver, medico só fica lá no hospital, não vem aqui olhar a gente, Nhanderu é mesma coisa, quando ele está lá tem hora para ele olhar aqui na terra, aqui na terra dele, que ele fez. Quando ele não está nos olhando na terra, nós filhos dele ou as filhas dele, podem ter o demônio por aqui. O demônio pode estar pegando criança, pegando adulto; então quer dizer, por isso a criança morre ou adulto morre, porque é o demônio que está tomando conta naquele momento” (homem de 44 anos).

Da mesma maneira que *Nhanderú* castiga, também reverte a situação. Quando os pais que tenham sofrido a morte de um filho consultam o pajé e fazem a reflexão sobre seu comportamento, *Nhanderú* pode perdoar e permitir uma nova gravidez na qual será reencarnado o filho falecido:

“Nhanderú fala: minha filha, meu filho, estão chorando. Eu vou enviar de novo, eu vou fazer de novo. Eu estou vendo que meus filhos e minhas filhas estão chorando. Eles se arrependeram, não vieram a criança (meu filhinho que eu mandei, mas morreu). Eu vou mandar novamente o mesmo espírito na barriga da mãe. Nhanderú permite e Nhanderú faz levantar novamente; se a mulher caminha bem, se está sujeita, se segue o caminho certo, Deus não castiga”.(Agente indígena de saúde).

Quando a doença é causada pelo demônio, o pajé invoca seus Deuses para que, através da força deles, o diabo seja levado para muito longe da aldeia:

“Temos forma de tirar o demônio da mulher que está grávida, a gente pede a Tupá, que Tupá é o mesmo Deus, aí vem por exemplo um vento grande para poder ver essa menina. Eu como pajé vou cuidar da menina solicitando prá Tupá vir para tirar aquele demônio daquela menina que está grávida. Aí o vento vem de Tupá, vem e vê aquela menina através da força do pajé, vem e leva aquele demônio pelo vento para muito longe que acaba até com o demônio, aí deixa a menina libertada” (Pajé de Paraty-Mirim).

5.2.3. Práticas que promovem a saúde e o bem-estar

Outras atividades do pajé são promover a saúde e o bem-estar através de um relacionamento harmonioso entre os Guarani e seu meio. Destaca-se:

- a) Ritual da reza. É um ritual que se realiza diariamente na casa de reza, com a participação de adultos homens e mulheres, como de crianças. Neste ritual se utiliza, a dança, o canto, as fumigações com fumo de tabaco, utiliza, também, instrumentos musicais como o violino, violão, *takuara*, *mbaraká*, entre outros. O

ritual tem um momento para uma pregação e uma reflexão, relacionando sua religião com os comportamentos de sua vida cotidiana.

- b) Ritual para expulsar maus espíritos, para evitar as tentações do demônio, para fazer que ele fique fora da aldeia, para fazer com que os espíritos dos mortos fiquem longe, o pajé faz as rezas especiais e fumigações.
- c) Ritual de pactos. O pajé também faz pactos com os donos das pedras, das cachoeira e demais espíritos da natureza, para um convívio harmonioso entre eles e o Guarani.

5.3. RISCOS/PERIGOS RELATIVOS AOS EVENTOS OBSTÉTRICOS

Como foi exposto no Capítulo I, o risco pode ser abordado pela perspectiva da medicina ocidental segundo a classificação dada por Viteri (1984), Omran (1985), OMS (1995) e pela perspectiva das ciências sociais.

Como já foi referido no primeiro capítulo, na medicina ocidental o risco é a probabilidade de que um fenômeno aconteça. Na área da saúde, a seleção dos riscos prioritários nem sempre tem a necessidade sentida e expressa pela comunidade, posto que normalmente a comunidade não faz parte do processo de tomada de decisões. Na perspectiva das ciências sociais, os perigos correspondem a construções sociais nos quais a cultura, segundo Douglas (1996), seria o princípio que modela a influência sobre a percepção, eleição e codificação do risco.

Como também foi referido, não existe um método certo para avaliar o risco tanto biológico como psicossocial. Como argumenta Shrader-Frechette (*op. cit.*), ambas perspectivas de avaliação apresentam erros e dever-se-ia procurar um método que garanta tanto a racionalidade na avaliação do risco e assim como também a democracia na avaliação, procurando que na seleção e avaliação do risco não fique somente nas mãos dos técnicos da avaliação.

É importante lembrar que na fala dos Guarani de Paraty, não figura a palavra risco; eles falam de perigos, mas para facilitar a leitura do texto, referimo-nos ao risco. De acordo com os argumentos anteriores, não temos até agora, um “método certo” para avaliar

o risco ou perigos obstétricos nas mulheres Guarani-Mbyá de Paraty, porquanto o levantamento dos riscos serão feitas pelos dois enfoques.

Na área da saúde, o risco materno-infantil pode ser abordados em três dimensões centrais: riscos biológicos, riscos ambientais e riscos socioculturais.

5.3.1. Fatores Biológicos

Nesta dimensão serão enunciados os riscos estabelecidos pela medicina ocidental e os riscos identificados pelos Guarani-Mbyá:

- a) Riscos Biológicos em perspectiva ocidental. Serão denominados, como presente, a existência do risco e, como ausente, a não existência.
- *Baixa estatura*: presente. Expressa-se que as baixas estaturas nos adultos evidenciam um passado nutricional permeado por problemas de má alimentação e doenças. Estima-se que a altura nos adultos é reflexo da interação de um potencial genético para o crescimento e de fatores ambientais que influenciam esse potencial genético (OMS, 1995). O efeito negativo da baixa estatura nas mulheres redonda no feto em formação: bebê de baixo-peso e altura (OMS, 1995: 41-42; Kusum & Pshah, 1981; Hubiz & Quiroz, 1994; Miron, *et al.*, 1982). Visto desta maneira, um grande número de mulheres indígenas se encontrariam praticamente submetidas a este risco, posto que apresentam estaturas baixas, inferiores inclusive a 150 cm, como o registra Stinson (1989), com mulheres indígenas Chachi do Equador, e Alcaraz *et al.* (1996), com mulheres Kuna da Colômbia. Voltando-se ao caso dos Guarani, para 18 mulheres do Município de Paraty, reporta-se uma altura entre 135 e 156 cm (Marinho *et al.*, 1996).
 - *Circunferência cefálica baixa*: ausente. A circunferência cefálica baixa é também referenciada como reflexo de má alimentação e de condições ambientais deficientes. A circunferência cefálica das mulheres Guarani de Paraty foi superior a 50 cm.
 - *Peso pré-gestacional baixo*: não se tem dados sobre o peso das mulheres grávidas que permitam fazer uma análise, só pode se dizer que não se observa obesidade nas mulheres grávidas.
 - *Intervalo intergenésico curto*: presente.
 - *Paridade maior de 5*: presente.

- *Gravidez antes dos 17 anos e logo após dos 35 anos*: presente. Com respeito à adolescência, expressa-se que dois anos logo depois da menarca ainda faltam 2% a 9% do desenvolvimento da pélvis, situação que leva a partos distócicos, ou seja, uma desproporção entre o tamanho da cabeça da criança e a pélvis da mulher (OMS, 1995: 49). Nesta leitura, 100% das mulheres Guarani têm tido e estão tendo elevado risco obstétrico, tanto por serem mães adolescentes como por terem filhos logo depois dos 35 anos.
 - *Atividade sexual nas últimas semanas da gravidez*: ausente.
 - *Atividade física forte*: presente. Face ao fato de que, nesta pesquisa, não foi feito um estudo de tempo, de movimento e de gasto energético das atividades, através da observação participante e dos papéis de gênero por elas referidos, deduz-se que as mulheres têm um trabalho físico forte: trabalho da casa, trabalho agrícola, artesanato, a reprodução biológica, além da obrigatoriedade de tirar tempo para assistir a reuniões comunitárias.
 - *Complicações da gravidez por infecções, anemia, desnutrição grave e toxemia*. Não há dados.
 - *Altura uterina baixo do percentil 10 da norma*. Não há dados.
 - *História prévia de problemas da função reprodutiva, incluindo nascimentos anteriores de crianças de baixo-peso*. Não há dados.
- b) Os fatores de risco/perigos biológicos em perspectiva Guarani. Serão levados em conta os fatores de perigo por eles relatados e que podem se encaixar nela. Mas não serão explicados por que, ao longo do texto, eles têm sido analisados. Os fatores que os Guarani interpretam como perigo são:
- obesidade/desnutrição;
 - vida sedentária;
 - relações sexuais durante a gravidez ou nos primeiros meses logo após do parto;
 - gravidez antes da menarca;
 - gravidez múltipla.

Na revisão bibliográfica sobre o mito dos gêmeos e o nascimento de crianças gêmeas, temos: segundo Cadogan (1948), os Guarani-Mbyá do litoral brasileiro eliminavam as crianças quando nasciam gêmeas, posto que se consideram encarnações de espíritos maus devido às ofensas que o pai e a mãe fazem a suas respectivas “palavras-almas”. Portanto, eram enviados espíritos maus para que encarnam-se na prole dos

culpáveis. Segundo os estudos de Ladeira (1992) com os Guarani-Mbyá do litoral brasileiro, relações sexuais extraconjugais e com múltiplos parceiros podem provocar o nascimentos de gêmeos e comprometer a alma da criança. Ou seja, que o nascimento de gêmeos faria visível frente à comunidade a quebra das normas do grupo.

Em relação ao mito dos gêmeos, temos que Cadogan (1948) e Nimuendajú falam que a mulher estava grávida de gêmeos, enquanto que o texto de Ladeira (1992) fala que a gravidez de *Kunhankarai* foi de uma só criança, *Kuarai*. É *Kuarai* quem gera a seu irmão caçula *Jaxi*. Se nos Guarani-Mbyá do litoral brasileiro, referenciados por Cadogan (1948) e Ladeira (1992), os gêmeos possuíam almas de espíritos maus, as quais eram considerados produto de vida imperfeita de seus pais, e por tal motivo, segundo Cadogan (1948), eram eliminados, sendo proibido até olhar para as crianças gêmeas ou ouvir seu choro. Possivelmente, a variante de que *Kunhankarai* só tivesse a gestação de uma criança (e não gêmeos) pode obedecer em primeiro lugar a uma versão própria dos Guarani-Mbyá do litoral brasileiro estudados por Ladeira (1992). Em segundo lugar poder-se-ia pensar num mecanismo de adaptação para evitar a eliminação dos gêmeos, influenciado possivelmente pelo critério negativo frente ao infanticídio, por parte dos missionários e da população não indígena.

Para os Guarani de Paraty, os gêmeos não são eliminados em razão de ter cada uma das crianças gêmeas, da mesma forma que uma criança não-gêmea, uma origem divina. Essa origem divina de cada criança talvez seja uma variação, dos Guarani de Paraty para não repudiar ou eliminar os bebês. Como expressa Douglas (*op. cit.*), as noções de risco são construídas culturalmente e enfatizam alguns perigos e ignoram outros, ou fazem variações do risco segundo a posição social dos atores. Para os Guarani-Mbyá de Paraty, o perigo de parto gêmeos radica no processo mesmo do parto: tempo do parto, perda de sangue, maltrato no corpo da mulher, o nascimento da placentas ou das placentas, o aleitamento materno, entre outros.

5.3.2. Fatores de Risco Socioeconômicos

a) Fatores de risco em perspectiva Ocidental:

- *Pobreza, alimentação deficiente*: presente.
- *Má higiene ambiental, possibilidade de infecções por aglomeração*: presente. A comunidade não dispõe de água potável, as excretas são em campo aberto e a família mora em casa de um só cômodo.

- *Deficiência no acesso aos serviços de saúde: presente.*
- *Ocupação de mulheres em trabalho de elevado gasto energético: presente.*
- *Baixo nível educativo: presente.*
- *Sentimento negativo pela gravidez, por má experiência materna/paterna na própria infância da mulher: ausente.*
- *Desnutrição em outras pessoas da família: presente.*
- *Pertencer a um grupo social caracterizado por elevada mortalidade materno infantil e de menores de 5 anos: presente.*
- *Residência em comunidades em crises ou desastre: ausente.*
- *Práticas incorretas de alimentação ao peito materno: ausente.*

b) Fatores de risco/perigos psicossociais em perspectiva Guarani. Os perigos construídos pelo Guarani são:

- Tristeza durante a gravidez.
- Raiva. A mulher que fica zangada durante a gravidez tem o perigo de que seu bebê seja um feiticeiro, posto que a raiva chega ao feto e atinge, inclusive, os ossos, situação que põe em perigo toda a comunidade.
- Alimentação deficiente.
- Ocupação de mulheres em trabalho de elevado gasto energético.
- Consumo elevado de sal ou açúcar.
- Infringir regras sociais, de comportamentos e alimentares.
- Dormir muito.
- Não limpar a casa (preguiça).
- Sair de casa quando está presente o arco-íris.
- Passar por águas profundas.
- Passar por lugares cheios de pedras.
- Comer carne de animais proibidos.
- Amarrar coisas e fazer armadilhas para animais: a mulher fica em perigo de que a criança fique amarrada no útero e dificulte o parto.
- Caminhar descalça. A mulher quando está nos estados frios fica em perigo de que a frialdade da terra pegue nela e fique doente.
- Ter relações extramatrimoniais.
- Sair de casa estando menstruada ou no período pós-parto.

Analisando-se os fatores de risco em relação à gravidez em perspectiva ocidental, temos que: para 20% desses fatores não há dados para analisá-los; 20% dos fatores de risco estão ausentes e 60% dos riscos estão presentes. Mas analisando-se os riscos em perspectiva Guarani, vemos que há uma conjugação entre o pensamento / conhecimento empírico / técnico / racional, como obesidade, vida sedentária, má alimentação, trabalho forte, gravidez múltipla, com o simbólico / mitológico / mágico, como infração das regras comportamentais e alimentares. Isto porque, como diz Morin (1996), o conhecimento é ao mesmo tempo biológico, cerebral, espiritual, lógico, lingüístico, cultural, histórico e o conhecimento não pode ser desligado da vida humana e das relações sociais.

O modo como os Guarani-Mbyá de Paraty percebem e vivem suas vidas e suas relações com o social, o espiritual e o ecológico têm-lhes levado a construir e detectar os perigos; estes transcendem o nível individual para atingir o coletivo, assim como também os têm levado a enfrentar, encarar e solucionar os perigos, e estruturar seus sistemas de saúde. O seguimentos das normas, a tranqüilidade de um comportamento harmonioso entre a mulher grávida, o marido e a família com a coletividade Guarani, mais a harmonia com seu mundo sobrenatural, possivelmente sejam um dos desativadores dos fatores de risco que marcam a visão ocidental para os Guarani-Mbyá.

É interessante ver como os Guarani, uma cultura milenar, consideram como fator de complicação da gravidez e o parto: a tristeza durante a gravidez, o rejeição da gravidez, a raiva, a obesidade, a vida sedentária e o consumo exagerado de sal ou açúcar, fatores apenas muito recentemente passaram a ser considerados como fatores de risco pela cultura ocidental.

5.4. REALIDADES E ILUSÕES NAS POLÍTICAS EM SAÚDE REPRODUTIVA

5.4.1. Políticas em Saúde Reprodutiva em Nível Nacional e em Nível Internacional

5.4.1.1. Histórico das Políticas em Nível Nacional

Antes de 1910, a atenção em saúde para os povos indígenas brasileiros era dada pelas comunidades religiosas, como um complemento assistencial da política de catequeses. No início do século XX (1910), criou-se o Serviço de Proteção ao Índio (SPI)

e, através deste, o Estado brasileiro optou, como objetivo principal, por regulamentar as terras indígenas e controlar a população indígena. Por sua vez, o SPI assumiu a saúde, oferecendo uma assistência curativa (Verani, 1999).

No ano 1967, o SPI cedeu seu lugar à Fundação Nacional do Índio (FUNAI, ligada ao Ministério do Interior e Justiça). O órgão passa a assumir a responsabilidade pelos índios no território brasileiro. No ano seguinte, é criado o Departamento de Saúde na FUNAI, que passa a ter a responsabilidade de atender os indígenas nos seus problemas de saúde até 1999 (Verani, *op. cit.*).

Os fatos acontecidos mais importantes nas políticas de saúde para os povos indígenas são tomados a partir da década do oitenta. Essa década começa praticamente com crises política e administrativa da FUNAI, a qual permeia tanto essa década como a seguinte.

Na década de oitenta dá-se o Movimento da Reforma Sanitária e realiza-se, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde. Durante a realização desta se estrutura o Sistema Único de Saúde (SUS). Junto à VIII Conferência Nacional de Saúde programa-se a I Conferência Nacional de Saúde do Índio. Nesta conferência se enfatiza o respeito pelas culturas indígenas e se reconhece a necessidade da implantação de um subsistema de saúde específico. Delegam-se para a FUNAI as atividades de demarcação e controle das áreas indígenas e delega-se ao SUS o atendimento de saúde para os indígenas, mas a Conferência não especificou de que maneira se integraria o atendimento médico a esses povos.

Em 1988 a Constituição brasileira é reformulada e aprova artigos referentes à saúde dos povos indígenas, quais sejam: Art.210 §1 – Reconhece e garante proteção à organização social, costumes, crenças e tradições dos povos indígenas. Art. 231 – Legitima o direito à atenção integral e diferenciada à saúde para os povos indígenas. Art. 22, XIV – Reserva à União o direito de legislar sobre populações indígenas.

Apesar desse movimento político, os avanços naquela década sobre os programas em saúde indígena diferenciados e acordes com suas próprias cosmovisões não se consolidam. Em parte pelas crises que a FUNAI enfrenta: falta de recursos econômicos e humanos, e em parte pela falta de pessoal e o despreparo do pessoal do SUS para uma abordagem integral em saúde indígena. Assim, a assistência à saúde dos indígenas no

âmbito do SUS subordinou-se aos avanços e retrocessos do processo de implantação do próprio SUS (Verani, 1999).

Na década do noventa gera-se uma ampla gama de decretos e portarias em torno da saúde indígena. Os fatos mais relevantes foram.

Em 1991, pelo Decreto presidencial número 23/91, de 04/02/1991, a FUNASA (antigamente chamada Fundação Serviço de Saúde Pública - FSESP, e após chamada Fundação Nacional de Saúde - FNS), do Ministério da Saúde, passa a ter a função de coordenar as ações de saúde dos povos indígenas, desde a elaboração até a execução, em articulação com outras instituições afins e FUNAI. É criada então a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI) em nível central. Nas Coordenações Regionais, que funcionam em nível estadual, são criadas as Equipes de Saúde do Índio (ESAI), com o objetivo de dar um melhor atendimento aos grupos indígenas. Aqui começa-se a perfilar uma sobreposição de tarefas entre a FUNAI e FUNASA (antes FNS), pertencentes a diferentes ministérios.

No decorrer do ano de 1991 foram criados, no âmbito do Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e as Comissões Intersetoriais de Saúde (CIS). Origina-se, então, a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), cujo objetivo é assessorar tecnicamente o Conselho Nacional de Saúde sobre políticas para os povos indígenas.

Em 1992 realiza-se a IX Conferência Nacional de Saúde, quando é aprovada a moção para a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), mas a proposta por enquanto não apresenta avanços.

Em 1993 acontece a II Conferência Nacional de Saúde do Índio, que teve como objetivos: (1) definir diretrizes da política nacional de saúde para os povos indígenas e (2) incorporar ao SUS um subsistema diferenciado de saúde para esses povos. Dos princípios gerais consignados no relatório da conferência, o número cinco expressa: “o caráter descentralizado do SUS, formado pelo processo de municipalização, deve ser concebido, no caso das populações indígenas, de acordo com os preceitos constitucionais relativos aos direitos indígenas, que definem a responsabilidade indelegável da União na sua assistência. Assim, a responsabilidade da saúde indígena deve ser do nível federal” (Relatório da II Conferência Nacional de Saúde do Índio, 1993: 1).

Em 1993 a FUNASA (antes FNS) reconhece os Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena (NISI) organizados no âmbito de cada estado, os quais teriam como objetivo prover estudos e formular medidas para o aperfeiçoamento de programas e ações voltados para a saúde indígena.

Em maio de 1994, o Decreto nº 23/91 é substituído pelo Decreto presidencial 1.141/94. O novo decreto criou a Comissão Intersetorial de Saúde (CIS), coordenada pela FUNAI, que passa então a retomar a responsabilidade pela saúde dos indígenas do país. A resolução da CIS nº 2, de 27/10/94, cria o Programa Integral de Assistência (PIASI) e aprova o “Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio”. A resolução decide que a assistência curativa deveria ser assumida pela FUNAI. A FUNASA (antes FNS) ficaria com a responsabilidade de capacitação de recursos humanos, imunização e prevenção em saúde (controle de endemias, vigilância epidemiológica, saneamento básico).

Em 1998, o Decreto nº 1.141/94 é declarado inconstitucional, por conter atividades de saúde fora do Ministério da Saúde. Propõe-se então a fusão da FNS com o Departamento de Saúde da FUNAI, ficando tudo no Ministério da Saúde.

Em 1999, através do Decreto nº 3.156 de 27/08/1999, oficializa-se a responsabilidade das ações de saúde dos indígenas, para o Ministério da Saúde, concretamente para a FUNASA. No âmbito do Ministério da Saúde, a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) define o financiamento das equipes multidisciplinares e incentivos funcionais; e a Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) traça a política de saúde, incluindo a saúde das populações indígenas. Fica a FUNASA com a responsabilidade de coordenar e executar as ações de saúde. O Ministério da Saúde estabelece a criação de 34 DSEI distribuídos por todo território brasileiro.

Atualmente (ano 2000), todos os DSEI estão em funcionamento. O DSEI do Litoral Sul (com sede em Curitiba – PR) tem a responsabilidade de prestar atendimento de saúde a todas as aldeias existentes no litoral dos estados Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Devido às grandes distâncias geográficas, foram criados, dentro dos DSEI, os Pólos-Base⁴, cujo objetivo era prestar um atendimento mais próximo aos indígenas. Para tal foram contratados, através de Secretarias Municipais de Saúde e Organizações não-governamentais, profissionais de saúde visando à formação das equipes

multidisciplinares. O Estado do Rio de Janeiro conta, desde dezembro de 1999, com uma equipe multidisciplinar que é composta por médico, odontólogo, enfermeiro e técnico de enfermagem para dar atendimento às aldeias de Sapukai, Paraty-Mirim e Araponga.

5.4.1.2. As Políticas em Saúde em Nível Internacional

O olhar dos organismos internacionais sobre a saúde e o bem-estar dos povos indígenas surge a partir de dois eventos:

- a) a realização de “*un taller hemisférico*” (oficina hemisférico) sobre a saúde dos povos indígenas em 1992, patrocinada pela Organização Panamericana da Saúde (OPS) e Organização Mundial da Saúde (OMS);
- b) a Reunião de Trabalho sobre os Povos Indígenas e a Saúde, patrocinada pela OPS no ano de 1993, em Winnipeg, Canadá. Nessa reunião, recomenda-se à OPS e aos Ministérios da Saúde: assegurar um sistema de vigilância sobre as condições de saúde dos povos indígenas; estabelecer programas e projetos em saúde, em coordenação direta com as comunidades indígenas e organizações de base, os quais contribuam para o fortalecimento do autogoverno e autonomia dos povos indígenas.

Em setembro de 1993, a XXXVII Reunião do Conselho Diretivo da OPS e o Grupo de Trabalho do Comitê Regional da OMS aprovam a Resolução V “*Salud de los Pueblos Indígenas*” e se adota a Iniciativa Saúde dos Povos Indígenas da América (SAPIA). A iniciativa SAPIA tem cinco princípios fundamentais: necessidade de um abordagem integral à saúde; direito à autodeterminação dos povos indígenas; direito à participação sistemática; respeito e valorização das culturas; e reciprocidade nas relações.

Em 1994, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento adota o conceito de saúde reprodutiva a ser aplicado às populações em geral — logicamente cobrindo as populações indígenas. A saúde reprodutiva deixa de ser exclusivamente sinônimo de controle da natalidade próprio das mulheres e de assistência médica para as mulheres grávidas

⁴ Os Pólos-Base foram criados para atender cerca de 500 indígenas, sendo que nas aldeias nucleares com número populacional elevado, pode existir Pólo-Base com maior número de profissionais.

ou em parto, para ter um olhar mais integral como um fato social e cultural que envolve homens e mulheres.

Em 1995, o Comitê Executivo do Conselho Diretivo da OPS deu origem à Incorporação do Enfoque de Gênero nos Programas da OPS para a Promoção da Saúde dos Povos Indígenas. A incorporação desse enfoque nos programas e projetos da OPS tem como marco o desenvolvimento equitativo e sustentável da saúde. O texto expressa que a mulher indígena é marginalizada duplamente, tanto por ser indígena como por ser mulher, e seu trabalho é subvalorizado na agricultura, na saúde, na reprodução biológica, na criação dos filhos, na educação cultural, entre outros. Por esta razão, o enfoque expressa a necessidade de um diagnóstico de gênero no planejamento de qualquer atividade. Assim, poder-se-iam identificar as implicações particulares que têm os problemas de saúde e desenvolvimento específicos para as mulheres e para os homens, como para a relação entre ambos.

Pretende-se, com a incorporação do enfoque de gênero, que a mulher, além de ser consultada, participe dos projetos e programas, assegurando assim o fortalecimento de sua capacidade de participação tanto na condução como na gestão de programas.

Em 1998, a Declaração dos Direitos Humanos a partir de uma Perspectiva de Gênero, fala, no artigo quinto, que os povos indígenas têm direito à autonomia e à autodeterminação de suas estruturas políticas, legais, educacionais, sociais e econômicas, assim como aos seus modos de vida tradicionais. Os povos indígenas têm o direito individual e coletivo de participar dos processos de adoção de decisões de seus governos locais e nacionais. Os povos indígenas têm o direito de manter suas relações comerciais e culturais e manter comunicação através das fronteiras nacionais. Em relação à Saúde Reprodutiva, a Declaração dos Direitos Humanos de 1998, apesar de não fazer referência direta aos povos indígenas, expressa que todos os seres humanos têm direito à autonomia e à autodeterminação no exercício da sexualidade — o que inclui o direito ao prazer físico, sexual e emocional, e o direito à orientação sexual. Mulheres e homens têm o direito de decidir sobre sua vida reprodutiva de forma livre e esclarecida, têm direito de exercer o controle voluntário e seguro de sua fertilidade, livre de discriminação, coerção e/ou violência. As mulheres têm o direito à autonomia reprodutiva, a qual inclui o acesso ao aborto seguro e legal.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada em 1999, recomenda aos governos, em relação às populações indígenas, promover e proteger os seus direitos das pessoas indígenas, sua cultura, sistema de crenças, o direito a sua linguagem, a terra e seus recursos. Aumentar o nível de escolaridade. Quanto à saúde reprodutiva, a Conferência recomenda dar uma grande prioridade à saúde sexual e reprodutiva no amplo contexto das reformas no setor saúde, no qual a população pobre em particular pode-se beneficiar. Com respeito aos povos indígenas, expressa que os governos deveriam desenvolver programas e serviços de saúde, incluindo a saúde reprodutiva, que respondam às necessidades; que tais programas sejam feitos no marco do respeito a esses direitos, incluindo a participação dos grupos indígenas na elaboração dos programas.

5.4.2. Ilusões

Como se pode ver, existe no papel um grande número de leis, recomendações, acordos e iniciativas tanto em nível nacional como internacional, norteados para uma atenção à saúde dos povos indígenas num marco de interculturalidade e de respeito pelas culturas. Mas na realidade, ou seja, em sua implementação, existem tantas dificuldades que essas políticas se tornam ilusões. As dificuldades nas políticas Nacionais relativas à saúde dos povos indígenas brasileiros, originam-se de vários fatores:

A dispersão geográfica dos indígenas brasileiros (320.000 indígenas num território de 8,5 milhões de km²); a grande variedade de línguas indígenas (170) e, como decorrência, uma grande variedade de cosmovisões e percepções do mundo, da saúde, do adoecimento e dos tratamentos que são específicos a cada grupo cultural.

Com se aprecia nas políticas nacionais da década do oitenta, muitos decretos e portarias foram assinados com o intuito de nortear as ações de saúde para os povos indígenas brasileiros. E ao longo dos anos alguns foram revogados, sem alcançar seu desenvolvimento; outros foram substituídos, criando sobreposição de ações e conflitos entre instituições que não tinham clareza sobre qual seria o seu real papel junto a esses povos de culturas tão diversificadas.

“O Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio” que seria operacionalizado com base nos Programas Integrais de Assistência à Saúde Indígena (PIASI), da CISI e da CIS, — tendo como objetivo uma integração interinstitucional e uma articulação entre as ações da saúde, considerando as especificidades culturais, criando programas de atenção integral

a partir de bases étnica, epidemiológicas e geográficas — ainda não possui forma específica (Verani, 1999).

Dentro do Ministério da Saúde, a responsabilidade no atendimento aos povos indígenas é assim distribuída: a SAS define o financiamento das equipes multidisciplinares e incentivos funcionais; a SPS traça a política de saúde, incluindo a saúde das populações indígenas, ficando a FUNASA com a responsabilidade de coordenar e executar as ações de saúde. A divisão de tarefas pode gerar confusões, evadir e isentar responsabilidades frente ao atendimento diferenciado dos indígenas.

Outro fator é a não-responsabilidade de alguns municípios em relação à atenção em saúde dos indígenas, amparada no suposto de que esta deve ser atribuição do nível federal. Em síntese, segundo Langdon (2000), as dificuldades em atender às necessidades em saúde se devem, também aos conflitos entre as instituições envolvidas, à carência de recursos financeiros adequados, a uma estrutura burocrática e administrativa complicada, sem clara definição de responsabilidades e competências. E por tal motivo falta planejamento nos programas de saúde.

Para 1999, em termos gerais, a situação de saúde dos indígenas brasileiros estava marcada por doenças, como malária, hepatite, tuberculose, oncoscose (em áreas indígenas da Amazonas), doenças respiratórias, parasitas, doenças de pele, diarreias, estados de má nutrição (Verani, 1999). E ainda entra a obscurecer o cenário a vulnerabilidade para AIDS (Langdon, 1999). Esta situação é o produto da marginalização e dos problemas econômicos (pela carência de terras para se sustentar) nos quais se encontram os indígenas. É produto das dificuldades na estrutura organizacional e governamental do SUS, do desconhecimento da participação indígena nos diagnósticos, planejamento de programas e avaliações. É produto também do despreparo dos funcionários que estabelecem as políticas e dos profissionais em saúde para abordar a temática indígena num marco de interculturalidade, entre outros.

Ainda não está garantido o direito ao acesso total aos serviços de saúde, nem tampouco se respeitam as culturas indígenas e os saberes em saúde e doença dessas culturas. Nessa problemática são muitos os fatores que estão confluindo, entre eles a brecha entre as formas de pensar dos funcionários que tomam as decisões políticas e os funcionários que trabalham em nível local. Enquanto não houver um elo articulador entre

os dois níveis, o atendimento integral à saúde dos indígenas, o respeito pelas culturas indígenas e a legitimação dos saberes em saúde e de seus especialistas, ficarão em ilusões, eles não passarão de um escrito no papel. Entre outros fatores, temos o nosso modelo etnocêntrico, que reconhece apenas nossa cultura como verdadeira.

Articulado a esses problemas, há o modelo universitário que prepara profissionais no modelo biomédico e medicalizado, que é tido como hegemônico, superior, única alternativa. Como disse Langdon (2000), essa forma de pensar dificulta a plena realização do princípio de respeito aos saberes e práticas indígenas: é preciso relativizar os saberes. Ou seja, compreender, respeitar o saber dos outros e reconhecer que o sistema indígena tem uma noção da nosologia da doença e de cura mais ampla que a nossa medicina. Precisamos, no Brasil, refletir e compreender as novas considerações sobre saúde e doença geradas pela antropologia, tal como se expressou na primeira parte deste capítulo.

Em relação às políticas em nível internacional, pode-se ver que estas são recomendações para que os governos as adotem, se bem o quiserem. Pelas razões descritas, o Brasil apresenta muito pouco avanço na aplicação prática das políticas em saúde para os indígenas. Porém, em saúde reprodutiva, o panorama é mais difícil. Vejamos:

Em relação às políticas em saúde reprodutiva para os indígenas, faz-se a análise em conjunto com a população em geral, tanto em nível nacional (Brasil) como internacional, em razão de que é difícil isolar as análises, pois os indígenas fazem parte da sociedade em geral.

Na avaliação feita em 1998, para a América Latina e o Caribe, pelo Comitê Especial sobre População e Desenvolvimento do Centro de Estudos para o Avanço de América Latina (CEPAL), em Santiago de Chile, referente à execução do programa de Ação da Conferência Internacional do Cairo, encontra-se: além dos avanços para amplificar a cobertura em serviços de saúde sexual e reprodutiva, ainda existe marcada iniquidade, principalmente nos grupos pobres, para o acesso a esses serviços, o qual restringem as possibilidades de exercício pleno dos direitos reprodutivos e sexuais. No tocante às populações indígenas, o Comitê expressa que foi implementada na população indígena da Bolívia e do Peru uma estratégia regional de saúde reprodutiva, que inclui alfabetização bilíngüe em temáticas relativas à saúde sexual e reprodutiva.

Em termos gerais, a experiência sugere, segundo a Comissão Econômica para América Latina, CEPAL, (1998), que para América Latina e o Caribe ainda há uma compreensão limitada do conceito de saúde reprodutiva e sexual, causada, entre outros, pela persistência de atitudes tradicionais quanto a gênero e pela insuficiente qualificação dos profissionais da saúde para se articular ao novo enfoque e direcionar os programas.

No olhar sobre as políticas em saúde reprodutiva para o Brasil, encontra-se que para implementar as atividades do Plano de Ação do Cairo/1994, foi criada pelo Decreto Presidencial nº 1.607, a Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPD). Seus objetivos são: monitorar, avaliar e revisar a execução das políticas adotadas no Cairo. Cria-se o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), intensifica-se a Rede Nacional Feminista de Saúde e direitos reprodutivos, entre outros (Berquó, 1998).

No entanto, apesar desses esforços, a população brasileira ainda está longe de receber uma atenção integral quanto a saúde reprodutiva, porque: “A saúde reprodutiva, como programa de assistência integral, ainda não é um direito de todas as pessoas, independentemente de classe social e raça/etnia. Ou seja, não está implementado em todos os serviços de assistência à saúde da rede pública, da qual dependem 75% da população brasileira” (Berquó, 1998: 34).

Segundo essas avaliações, dar atenção à totalidade das populações, com programas em saúde reprodutiva, é hoje uma ilusão. Se a população em geral está longe de ter programas integrais em saúde reprodutiva, nos povos indígenas o panorama é mais obscuro, posto que não há um banco de dados que permita conhecer a realidade demográfica e, o mais importante, não há dados sobre como cada grupo indígena brasileiro percebe e vive a saúde reprodutiva e como esta se articula com os mundos sobrenatural, cultural, social e ecológico.

Voltando aos Guarani-Mbyá de Paraty, no que diz respeito ao atendimento em saúde em geral e em saúde reprodutiva, até junho de 1999 a situação era complicada, no sentido que:

- o posto de saúde da aldeia não estava cadastrado no SUS, o quer dizer que o município não se sentia na obrigação de manter profissionais de saúde naquelas unidades;

- a auxiliar de enfermagem da FUNASA realizava alguns registros de morbidade, no entanto a separação que se dava, na prática, entre a FUNAI e a FUNASA, dificultava a circulação dos registros sobre morbidade;
- o Município de Paraty não tinha planejado dar um atendimento diferenciado (segundo a cultura) em saúde para o grupo;
- o atendimento aos Guarani-Mbyá era feito através do único posto de saúde da cidade ou do hospital municipal, sem considerar as características culturais do grupo. Além disso, os registros do atendimento médico, por não incluírem a categoria de etnia, ficavam invisíveis, por estarem misturados com a população geral do município, dificultando assim qualquer análise em saúde.

Quanto à esfera política, existem leis em níveis nacional e internacional relativas à saúde em geral e à saúde reprodutiva para os povos indígenas. No entanto, o que se aprecia é um distanciamento entre as disposições políticas e suas práticas. Há questões que ainda não foram resolvidas: como aproximar a política da prática? Como articular os direitos de cidadania e os direitos reprodutivos nos indígenas? Como incluir, nas políticas, condições para exercer os direitos reprodutivos dos povos indígenas segundo suas próprias culturas?

Os indígenas Guarani-Mbyá de Paraty, Rio de Janeiro, vivem sua situação reprodutiva e sua situação de saúde geral em silêncio. Além disso, estão invisíveis frente ao contexto reprodutivo geral e às políticas nacionais de saúde reprodutiva. No entanto, como as ilusões podem virar realidade, por que não pensar que se poderia passar de ilusões perdidas a esperanças futuras, e que possivelmente, a equipe de saúde que iniciou seu trabalho, em dezembro do ano de 1999, possa transformar o modelo de atenção curativa emergencial, que é dado aos indígenas Guarani-Mbyá de Paraty, num modelo em que a comunidade participe no esclarecimento de seus determinantes da saúde e no desenvolvimento de condições favoráveis à saúde? Um modelo que tenha em conta a abordagem integral da saúde, o direito à autodeterminação dos povos indígenas, o direito à participação sistemática, o respeito pelas cosmovisões e a revitalização das culturas indígenas (OPS, 1995), sem deixar de lado as práticas curativas da doença que dizem respeito ao sistema médico ocidental.

A FORÇA DOS DEUSES NA FECUNDIDADE DOS GUARANI-MBYÁ:

Considerações finais

1. A FECUNDIDADE NOS GUARANI-MBYÁ

Tal como foi proposto, esta pesquisa tem como objetivo identificar o padrão de fecundidade e o Índice de Estresse Fisiológico Reprodutivo, e as inter-relações entre fecundidade e cultura nos Guarani-Mbyá de Paraty, Rio de Janeiro. Reconhecemos que a fecundidade e a saúde reprodutiva estão inseridas num contexto mais amplo, como é a saúde geral, que por sua vez está permeada por aspectos econômicos, socioculturais e disposições políticas em níveis internacional, nacional e local. Mas tendo em conta o objetivo descrito, este texto aprofunda mais o tema da fecundidade e as inter-relações entre fecundidade e cultura, deixando inquietações e portas abertas para futuras pesquisas em torno a saúde geral dos Guarani-Mbyá do Município de Paraty.

O povo Guarani-Mbyá tem origem divina, pois as primeiras pessoas Guarani foram fruto da união entre um deus e a mulher, *Kunhankarai*. Dessa mulher nasceram os gêmeos povoadores do mundo. Também se relata que logo depois da destruição da primeira terra, por parte de *Nhanderú*, pai maior, esse deus enviou homens e mulheres dos diferentes paraísos para que povoassem a terra.

Essa cultura milenar, apesar dos vaivéns sociais, econômicos e políticos, internos e da sociedade envolvente, tem-se visto na necessidade de desenvolver mecanismos de adaptação. É assim que eles têm adotado elementos de nossa cultura, para não serem qualificados de esquisitos (uso de roupas); para não serem qualificados como animais (ouvir os discursos expressos nas pregações dos missionários [Nimuendaju, 1987]); para não serem qualificados de incivilizados e para evitarem ser enganados (aprendizagem da língua portuguesa falada e escrita). Além disso, eles se viram obrigados a adotar alimentos da cultura envolvente para complementar suas dietas. No entanto, apesar dessas adaptações, eles expressam que “*em nosso interior nós somos Guarani-Mbyá*”.

Para manter sua identidade de Guarani-Mbyá, conservam sua linguagem cotidiana e a linguagem esotérica (para os rituais). A identidade é mantida através das normas de matrimônio, só entre Guarani (Litaiff, 1996) e através da figura do pajé (personagem que tem

a capacidade de se comunicar com o mundo sobrenatural). Mas o marcador central de identidade está na religião — esta permeia todos os espaços da vida dos Guarani-Mbyá, incluindo a fecundidade.

Os Guarani deste estudo nasceram no Estado do Paraná, no Estado de Santa Catarina e outros no Estado do Rio Grande do Sul. O número médio de migração, uma característica do grupo, com fins de moradia, para homens e mulheres, foi de 5,3. A corrente migratória dos Guarani-Mbyá do Município de Paraty segue a direção referenciada por Nimuendajú (1948) e Ladeira (1988), do oeste para o leste. Procuram no leste a Terra sem Mal (*yvy marã ey*), ou Paraíso Mítico, onde moram seu deus: *Nhanderu*. Apesar da direção tendencial oeste para o leste, encontrou-se que 51,6% dos Guarani fazem movimentos circulares na medida em que avançam para o leste. Face ao número de migrações elevadas e à autonomia de cada aldeia Guarani, as aldeias estão em constante comunicação. Um dos preceitos religiosos refere-se ao intercâmbio de informações entre as diferentes aldeias: “(...) onde meus filhos tiveram assento junto a seus fogos, seus pensamentos devem estar voltados uns aos outros em todos os lugares (...)” (Ladeira, 1992: 66).

Os homens Guarani deste estudo têm realizado em média 5,9 deslocamentos, apresentam uma razão de 3,3 movimentos por cada matrimônio (a média de matrimônios dos homens é de 1,8) e 1,15 filhos por cada lugar de moradia. As mulheres têm uma média de 4,9 movimentos, uma razão de 3,0 movimentos por cada matrimônio (média de matrimônio de 1,64) e 1,0 filho por cada lugar de moradia. Segundo esses dados, pode-se ver que a migração não está interferindo na fecundidade, pelo fato de que migra a parentela completa (pais, filhos noras / genros, netos e ainda outros familiares). Nas migrações eles vão fundar uma nova aldeia ou morar numa outra aldeia Guarani, e levam sempre um líder religioso que direciona os deslocamentos. A força da cultura Guarani-Mbyá de Paraty constitui-se num dos fatores importantes, que propiciam a elevada fecundidade, apesar do elevado número de migrações, apesar do convívio tão perto com o “branco” e, ainda, apesar da existência de postos de saúde dentro da aldeia.

Os dados registrados neste texto, e apresentados em forma de resumo na tabela 30, mostram que os Guarani-Mbyá apresentam taxas de fecundidade muito elevadas, se comparados com os dados da sociedade brasileira que os envolve. As elevadas taxas estão respaldadas nos seguintes fatos: idade média das mulheres em idade reprodutiva de 25,9 anos;

o número médio de filhos nascidos vivos nessas mulheres é de 4,3; a Taxa Fecundidade Final é de 10,8 filhos. Os eventos reprodutivos têm início aos 14 anos e apresentam seu mais forte declínio a partir dos 45 anos — isto significa que as mulheres têm de vida reprodutiva de 36 anos. Se em 12 anos de vida reprodutiva elas têm tido 4,3 filhos nascidos vivos, a se continuarem nesse ritmo elas teriam, ao finalizar o período fértil, em torno de 10 filhos. Este dado está de acordo com Taxa Fecundidade Total e com a Taxa de Fecundidade Final.

O padrão de fecundidade elevado é similar ao reportado para os grupos indígenas Yanomami (Hern, 1991; Early & Petes, 1990; Schkolnik, 1984); Xavante (Flowers, 1994; Souza, 1999); Shipibo (Hern, 1991), registrados no Capítulo 1. Desde a visão da demografia, os Guarani apresentam uma fecundidade natural, na qual os casais não planejam o número de filhos a ter, e a fecundidade depende dos fatores biológicos, como herança, idade dos casais, as relações sexuais e o estado de saúde dos progenitores. Essa fecundidade natural está em íntima relação com a forma como eles percebem o mundo e como o vivenciam.

Por serem os Guarani-Mbyá de Paraty comunidades de pequeno porte, não se determinou uma amostragem para o trabalho demográfico. A pesquisa tomou toda a população de mulheres com quatorze anos ou mais, e tomou os homens com quinze anos ou mais. Mas as análises da demografia tiveram um número pequeno: 33 mulheres para o estudo de variáveis intermediárias das taxas de fecundidade, e 62 homens/mulheres para o estudo de migração e fecundidade. Consideramos que esse fato foi saudável para as análises, porque, como diz Werner (1983), ficar em silêncio é “invisibilizar” os atores e a invisibilidade pode gerar um mecanismo de exclusão desses grupos indígenas de reduzido número populacional.

E ainda o fato de se trabalhar com dados empírico, somado ao baixo número populacional, permitiu determinar as taxas médias de fecundidade para o período 1997-1999. Permitiu o refinamento dos dados; permitiu estimar a fecundidade retrospectiva desde 1946; permitiu o aprofundamento nas variáveis intermediárias da fecundidade e sua relação com as medidas de fecundidade, dando assim uma validade interna aos dados gerados na pesquisa.

Tabela 30 – Resumo das medidas da fecundidade nas mulheres em idade fértil, 14–49 anos Guarani-Mbyá, Paraty, Rio de Janeiro, 1999

Variáveis intermediárias/ taxas	Valores
Idade média das mulheres	25,9 anos
Idade menarca	12,7 anos
Idade primeira união conjugal	14,9 anos
Idade primeira gravidez	15,6 anos
Nº de gravidez	4,6
Nº de abortos	0,04
Nº de partos	4,3
Nº filhos nascidos vivos	4,3
Nº de filhos atualmente vivos	3,96
Intervalo intergenésico	19,7 meses
Índice de estresse reprodutivo	70%
Tempo de aleitamento materno	18,2 meses
Taxa Bruta de Natalidade* (x 1000)	61,3
Taxa de Fecundidade Geral (x 1000)*	389,7
Taxa de Fecundidade Total (x 1000)*	12,8
Taxa de Fecundidade Final **	10,8

* Correspondem à média de três anos consecutivos (1997-1999).

** Corresponde ao número de filhos tidos pelas mulheres que terminaram seu período reprodutivo.

A gravidez nos Guarani-Mbyá de Paraty tem uma origem divina. O ato de engravidar se dá em dois níveis: um material, que corresponde às relações sexuais, nas quais o pai aporta o seu sangue e a mãe aporta o seu sangue; e um nível divino, que corresponde a *Nhanderú* e *Kunhankarai*, deidades quem enviam a “essência”, “almas”, sem a qual a gravidez não inicia seu processo. Essa origem divina faz com que a mão do homem não possa evitar ou interromper uma gravidez, ou seja, a cultura não permite o aborto provocado, nem o infanticídio, tampouco permite o controle da natalidade com técnicas ou meios ocidentais.

Sob esse padrão elevado de fecundidade, encontra-se a estratégia de assegurar o grupo em número. De fato, Schaden (1974) refere que os Guarani têm em torno de 10 a 12 filhos, procurando assim que um pouco mais da metade alcance a vida adulta. Em relação a este último parâmetro, a pesquisa encontrou que as mulheres Guarani-Mbyá do Município de Paraty que terminaram seu período reprodutivo tiveram em média 10,8 filhos nascidos vivos e

morreram em média sem alcançar a vida adulta 3,6 filhos; isto é, duas terças partes dos filhos dessas mulheres chegaram à vida adulta, permitindo assim que a elevada fecundidade assegurasse a sobrevivência biológica dos Guarani.

A elevada fecundidade, somada aos tempo de aleitamento materno para cada criança, leva ao denominado Índice de Estresse Fisiológico Reprodutivo (somatório de tempo de gravidez mais tempos de aleitamento materno, dividido pelo tempo de vida reprodutiva no momento da entrevista) (Harrington, 1983). A pesquisa encontrou que as mulheres Guarani-Mbyá estudadas passam cerca de 70% de suas vidas entre esses dois eventos, o que significa, segundo os parâmetros dados por Harrington (1983), um IER muito alto. As tendências lineares e logarítmicas indicam que há um crescimento constante do índice à medida que aumenta a idade das mulheres.

Articulando as análises do IER, segundo as quais a mulher Guarani-Mbyá está levando uma gravidez ou está dando o leite materno a seu bebê e ainda assim deve cuidar de mais outra criança, outros fatores contribuem para o aumento do desgaste fisiológico das mulheres Guarani em idade reprodutiva. Entre eles estão o trabalho doméstico, o artesanato e o trabalho agrícola, para dar apoio econômico à família, além do cuidado e preocupação com as crianças doentes. Esse desgaste fisiológico nas mulheres pode ser apreciado na morbidade sentida por elas, e na morbidade sentida em seus filhos e expressadas por elas: 27,3% das mães expressaram ter dor de cabeça, “tontura” e “dor de barriga”, e 75% das mulheres sentiram suas crianças doentes. As doenças foram diarreia, gripe, tosse e conjuntivite. Porquanto pode-se dizer, a partir dessa ótica, que a saúde e o bem-estar da mulher Guarani-Mbyá de Paraty precisa de maior atenção e cuidados — desde o interior da comunidade indígena até os organismos que prestam atendimento a esse grupo.

Voltando às medidas de fecundidade, temos que, ao comparar os dados de fecundidade do artigo de Maeder (1990) com os obtidos na presente pesquisa, pode-se dizer que a fecundidade dos Guarani no período Jesuítico (1641 a 1808) e no período de 1946 a 1999, não apresentou variações significativas. No entanto, a mortalidade (geral) apresenta variações, sendo muito elevada no período Jesuítico e declinando no período atual. Segundo essas observações, os Guarani-Mbyá deste estudo estariam na segunda etapa de transição demográfica: alta natalidade, diminuição da mortalidade e crescimento natural positivo. Mas, até quando essa etapa se sustentará? É difícil responder, posto que, como se analisou no texto

de Maeder (1990), no período de 167 anos a dinâmica demográfica apresentou um movimento de “ioiô”: desce, sobe, desce. Da primeira etapa de transição demográfica avança para a segunda, e da segunda para a primeira e da primeira para a segunda. O fato de o Guarani-Mbyá morar em pequenos grupos faz com que qualquer epidemia, período de fome, migração ou agressões por parte da sociedade envolvente impacte fortemente a demografia.

Como já se expressou, os Guarani-Mbyá estão na segunda etapa de transição (alta fecundidade e baixa mortalidade), e será difícil o avanço para a terceira etapa (baixa natalidade e baixa mortalidade), em razão da força de sua religião e em razão ainda dos outros fatores contextuais (sociais, econômicos e políticos) próprios da comunidade Guarani-Mbyá e da comunidade envolvente: carência de terra, de alimentos e materiais de etnomedicina, carência de escolas, de assistência médica ocidental, carência de programas sociais por parte da Prefeitura de Paraty, entre outros.

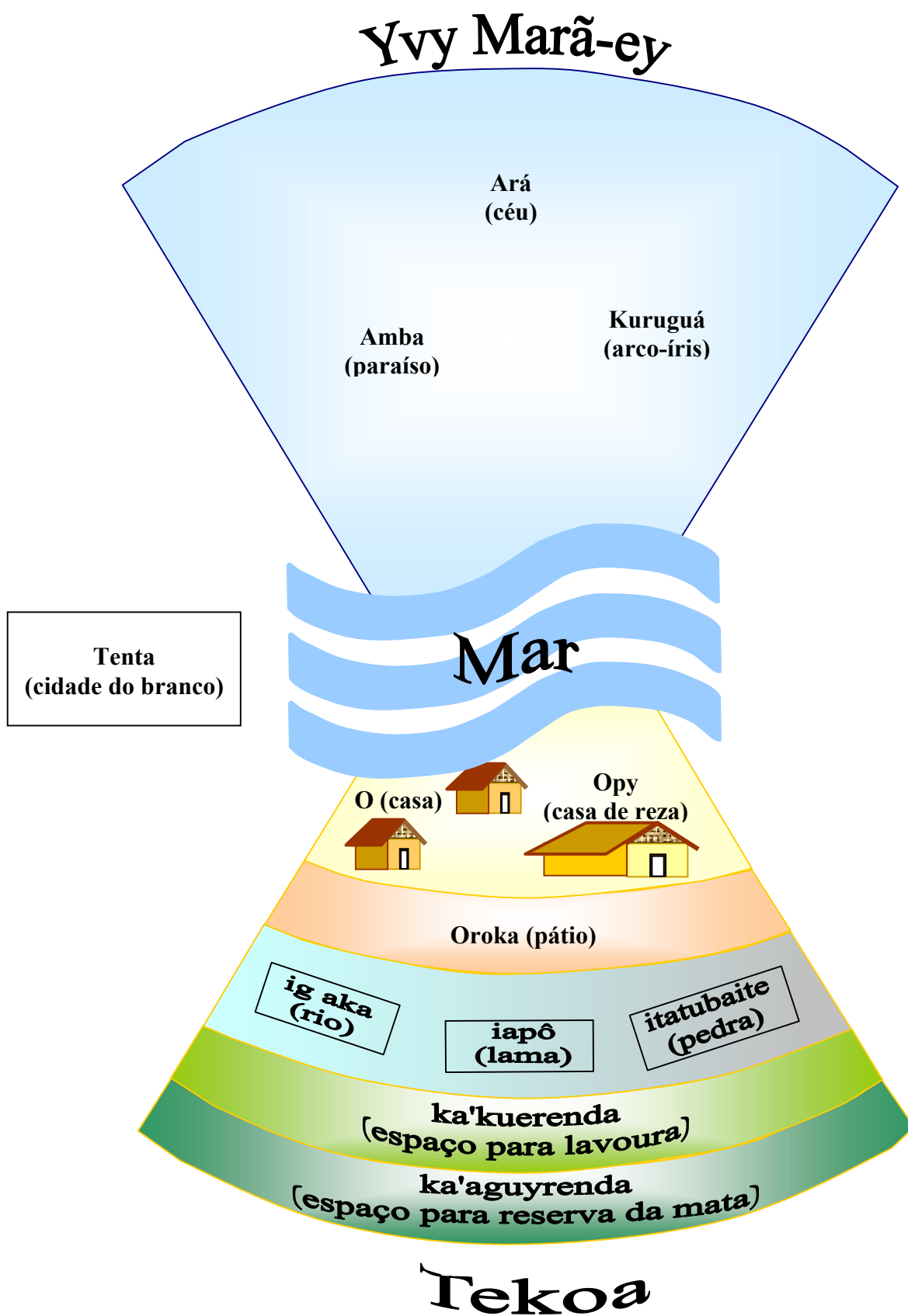
Apesar de os Guarani-Mbyá de Paraty expressarem que a elevada fecundidade produz desgaste na mulher Guarani, também expressam que precisam de muitos filhos para manter o grupo quanto ao número e para manter sua cultura. Logo os Guarani deste estudo estão mais interessados em manter sua vida espiritual, em ter um convívio harmônico no *Teko Guasu* e nos aspectos econômicos de auto-sustentação.

2. A FECUNDIDADE E O TEKO GUASU

O *teko guasu* (territorialidade) e a fecundidade. O mundo Guarani vivencia-se em duas dimensões: uma terrestre, caracterizada pelo seu território *tekoa*, e a outra sobrenatural, caracterizada principalmente pelo *yvy marã ey*. Ambas dimensões formam o *teko guasu* (a territorialidade) (Figura 8). No mundo Guarani-Mbyá, o mar é o começo e o mar é o fim, pois *Nhanderú* fez o Guarani na beira do mar e quando o Guarani morrer deve transpor o mar para chegar ao paraíso (*yvy marã ey*). As duas dimensões se entrelaçam, formando um tecido amplo e complexo, onde circulam *Nhanderú*, os deuses dos *ambas* (paraísos) os espíritos dos mortos, os donos da natureza, o diabo e os seres humanos. A agulha que entrelaça o tecido é *ñe'e* (alma, palavra, fala) e *teko achy kue* (alma imperfeita). O *ñe'e* está direcionado pela comunicação que fazem os líderes religiosos, na casa de reza ou através dos sonhos, entre as diversas entidades e o Guarani.

A fecundidade se articula a esse modelo da seguinte maneira:

- a) Os *ambas* provêm as almas que descem ao ventre da mulher Guarani, para que a gravidez inicie seu processo.
- b) *Itatubaita* (espaço das pedras), o *Iapõ* (espaço da lama), o *Ka'aguyrenda* (espaço do mato), com seus respectivos espíritos, roubam a energia da mulher, quando esta se expõe (infringe as normas), estando em estados de transição ou de perigo.
- c) *Ig'ako'* (espaço do rio). Neste espaço, enquanto as mulheres lavam suas roupas e tomam banho com seus filhos, socializam e resolvem problemas. É um espaço onde os espíritos podem roubar a alma da mulher, que estando num estado liminar, por ele passa. Este é um espaço de lazer, de encontros sexuais, planejados ou fortuitos.
- d) *Ko'kuerenda* providencia, além de alimento, o milho para o ritual de nomeação de suas crianças.
- e) *Oroka*, é o espaço onde a comunidade recebe visitas, onde se realizam reuniões e onde as mulheres socializam entre elas seus logros, suas tristezas e sonhos.
- f) *Ka'aguyrenda* é o espaço que propicia materiais médicos para os problemas de saúde das mulheres (como plantas para facilitar o parto, gordura de animais para massagear o ventre da mulher grávida etc.).

Figura 8 – *Teko Guasu* e a Fecundidade

A espacialidade Guarani se desdobra entre o sonho e a vigília. O Guarani valoriza e incentiva profundamente o sonho, pois acredita que este corresponde a uma vivência verdadeira com o mundo sobrenatural. É através do sonho que os pajés identificam as doenças e suas formas de cura. É através do sonho que se anuncia a gravidez de uma mulher. É através do sonho que o pajé recebe o sinal sobrenatural para realizar o ritual de *onhemongarai*, sendo este ritual de passagem o mais importante da cultura Guarani-Mbyá de Paraty.

O ritual de *onhemongarai*, dirigido pelo pajé, representa “a vida Guarani”. Neste o pajé incorpora socialmente a criança à comunidade, o que acontece quando o pajé identifica a identidade que foi reencarnada na criança Guarani. Também representa a vida, porque *Nhanderu* fecundou a terra com o plantio de milho, e o ritual acontece junto com a colheita de *awati eté* (milho verde próprio do Guarani). Este ritual de nomeação, o batismo, evidencia o apego ao tradicional e a tendência a uma coesão interna que garante bases estruturais do sistema cultural do grupo. É um ritual que exorta à alegria e a integração social. Por essa razão todo *tekoa* deve ter um *ko'kuerenda* para plantar o milho.

O ciclo vital, em relação aos eventos obstétricos, está fortemente marcado por idéias-crenças sobre o sujo, o poluído (a menarca e o sangue dos períodos menstruais são sujos, poluídos), pelos perigos de agredir ou ser agredida (quando a mulher está nos estados de passagem como menarca, gravidez, menstruação, pós-parto) e pelas idéias-crenças sob o limpo. Essas idéias-crenças constituem-se, neste grupo, numa ação dinâmica caracterizada pela realização dos rituais e pelo cumprimento das normas sociais e religiosas. Todo isto se veicula entre o *tekoa* e o *yvy marã-ey*, visando à ordem e à harmonia dos Guarani-Mbyá no *teko guasu*.

No *teko guasu* o tempo e os ciclos naturais do sol, os ciclos mensais da lua e os ciclos anuais das safras definem aspectos da vida social, religiosa e econômica dos Guarani-Mbyá. Em relação à vida econômica, esta tem por base a economia de subsistência, a qual se realiza no espaço de *ko'kuerenda*. Por se tratar de economias de subsistência, a mulher tem um papel importante, posto que ela e seus filhos menores participam, de forma parcial, dos plantios ou semeaduras e da limpeza; e participam totalmente na colheita da safra, aumentando assim a mão-de-obra. Segundo Daltabuit (1992), os padrões de fecundidade elevados nos grupos que praticam economias de subsistência são importantes, porque o alto número de filhos contribui para a mão-de-obra.

Os Guarani-Mbyá do Município de Paraty, segundo os achados demográficos, são uma população muito jovem: 53% correspondem à população menor de 15 anos; 71% correspondem ao grupo materno-infantil (menores de 15 anos e mulheres de 14 a 49 anos), e 6,4% à população maior de 64 anos. A idade média é de 19,07 anos e a idade mediana é de 12,9 anos. Eles estão tendo um crescimento natural, num ritmo acelerado. Se continuar assim, o grupo se duplicará em torno de 4 a 10 anos. Isto acarreta problemas, sobretudo para os moradores da aldeia de Paraty-Mirim, devido à pouca quantidade de terra (79 ha) para plantar alimentos. Segundo os indígenas de Paraty, 79 ha de terra não estão sendo suficientes para eles se alimentarem. A técnica agrícola de derrubar a vegetação e queimar, para plantar e logo após a colheita deixar descansar a terra para que ele se recupere, determina, segundo eles (de acordo com o número de população atual na aldeia), uma extensão de terra entre 135 a 272 ha.

No caso de não se aumentar o tamanho da terra nessa aldeia, nos perguntamos: quais seriam os caminhos para os Guarani-Mbya de Paraty enfrentarem essa situação? Os caminhos seriam variados: o artesanato deve voltar-se para o comércio. Pensamos que seria difícil, porque no momento atual o dinheiro da venda de artesanato em Paraty representa aproximadamente de 8 a 10% de suas despesas. Isto em parte, porque a cidade de Paraty é pequena e a estrada que vai à praia turística de Paraty Mirim, passando pela aldeia, não tem muito movimento. Outro caminho seria que a aposentadoria dos velhos sustentasse economicamente a comunidade. Atualmente, as pessoas que recebem aposentadoria correspondem a 8,3%. A quantia recebida por cada velho é de R\$ 151,00 (78, USD) por mês, o qual representa seguridade econômica na família de cada velho. Ter hoje pessoas velhas na família é garantir certa seguridade econômica, ou seja, o velho é um personagem social muito importante, em razão de sua sabedoria e de sua seguridade econômica. Então, se neste momento a aposentadoria dos velhos representa uma seguridade econômica familiar, qual vai ser a situação em dez anos, se eles não tiverem terra suficiente para se sustentar? Como vai ser a briga entre os filhos para ter a guarda dos idosos? E como vai ser esticado o dinheiro de sua aposentadoria?

De não ter aumento das terras, os Guarani de Paraty Mirim teriam que se articular com o mercado informal. Falar que os Guarani se articulem com a economia de mercado é fácil, mas na prática isso pode acarretar problemas. Além do baixo salário que se recebe na área rural (entre 5 a 7 reais por dia), devemos ter presente que nas economias de subsistência as mulheres têm controle sobre a produção, pois colaboram na plantação e na colheita. Mas

quando a economia de subsistência não pode ser praticada, a literatura refere que “há evidências que reforçam a conclusão de que a perda de controle sobre os meios de subsistência e a falta de oportunidade para se integrar ao trabalho assalariado fazem com que as mulheres sejam as vítimas mais oprimidas nos países subdesenvolvidos” (Nash & Safa, 1986 *apud* Daltabuit, 1992: 216). Outra situação é exemplificada com o caso dos indígenas Guarani Kaiwá do Mato Grosso do Sul: ante a impossibilidade de ter espaço normal para sua economia de subsistência, pela carência de terra, e ante a impossibilidade de qualquer inserção na economia informal e tendo seus valores morais aviltados, tem-se a ocorrência de prostituição e suicídio de jovens (Morgado, 1991).

Soma-se a essas situações o fato de que o número de homens que poderiam se vincular ao trabalho assalariado seria muito baixo. Cada homem deveria responder economicamente (com um salário mínimo ou menos) por si mesmo e por quatro pessoas a mais. Se considerarmos ainda que as aptidões para o trabalho de cada pessoa Guarani-Mbyá dependem do paraíso de origem de sua alma —o paraíso de origem determina se a pessoa (homem ou mulher) tem aptidão para o trabalho da lavoura —, pensamos que a relação de dependência do trabalhador assalariado seria maior. Agora, se a mulher indígena é duplamente marginalizada a, tanto pela sociedade indígena como pela sociedade que a envolve (OPS, 1995), qual seria a situação da mulher Guarani-Mbyá ao se perder o controle da economia e manter o padrão de fecundidade que apresenta hoje em dia?

3. Abordagem intercultural e interdisciplinar

A saúde reprodutiva é um campo de reflexão interdisciplinar, intersetorial e intercultural. Assim, a abordagem metodológica dessa temática deve ser tratada articulando-se ferramentas das ciências biomédicas e das ciências sociais. Esta pesquisa trabalhou segundo as premissas de triangulação metodológica (Jict, 1972; Samaja, 1992; Pedersen, 1992; Minayo, 1993). A mobilização dialética entre os dados etnográficos e as medidas de fecundidade permitiram construir campos observáveis mais válidos em relação à saúde reprodutiva das mulheres Guarani do estudo.

Cabe considerar que alguns etnógrafos argumentam a importância de socializar as análises feitas com os próprios atores, a fim de comprovar se eles reconhecem ou concordam com os juízos emitidos (Bloor, 1978 *apud* Hammersley & Atkinson, 1994). E por se tratar aqui de temas muito transcendentais nas vidas dos Guarani-Mbyá de Paraty, como parte da

metodologia, optamos por uma vez sistematizado e analisado o material coletado no campo, e confrontado com a literatura, este foi levado para análise junto à comunidade Guarani-Mbyá de Paraty. Ou seja, deu-se um processo interativo, entre um produto escrito pela pesquisadora e o fato de eles se reconhecerem nesse discurso.

Nesse panorama de elevada fecundidade entre os Guarani-Mbyá de Paraty, perguntamos: como articular as políticas de saúde e, especificamente, de saúde reprodutiva, aos indígenas Guarani-Myá? Existem muitos direitos, acordos, leis, em nível nacional e internacional, direcionados à saúde em geral e à saúde reprodutiva dos povos indígenas, mas o que se verifica é um distanciamento entre as disposições políticas e as práticas de tais políticas. Há questões que ainda não foram resolvidas, entre elas: como preparar profissionais para um trabalho intercultural e interdisciplinar? Como abordar a saúde reprodutiva junto aos povos indígenas? Como ter um banco de dados com registros vitais dos indígenas brasileiros? E como fazer para que o discurso político e sua aplicação nos programas ganhem espaço dentro das análises da saúde pública, neste caso da saúde indígena?

A situação de elevada fecundidade perfila em princípio uma atmosfera de complexidade para abordar a saúde e o bem-estar do grupo. No entanto “assumir uma saúde pública complexa é acentuar que ela precisa ser compreendida e que a reflexão interdisciplinar é o instrumento principal para tanto. A saúde pública constitui, assim, um âmbito de reflexão permanente (mais do que uma disciplina), a partir da qual podem surgir discursos que iluminem as decisões orientadas ao melhoramento da qualidade de vida das pessoas” (Tarride, 1998: 98). Por essa razão a saúde e a fecundidade, nos Guarani-Mbyá, não podem ser analisadas só a partir da visão de um organismo governamental, ou só da visão médica ou das variáveis demográficas. Devem-se ligar às análises profissionais das ciências médicas e das ciências sociais, tendo presente que o papel da ciência numa determinada cultura não consiste só em avaliar através das verdades científicas estabelecidas, senão em consideração de seu efeito ou respostas observáveis dentro dessa cultura (Marcuse, 1998). Isto nos leva a fazer outra consideração: segundo o plantado por Kroeger (1982) além do trabalho interdisciplinar, precisa-se de avaliações dos trabalhos com participação local e intercultural, porque geralmente as avaliações dos programas em saúde indígena são feitos por pessoas de fora da etnia, com nível universitário e com métodos quantitativos. Nessas avaliações o pessoal que trabalha no campo com os indígenas geralmente é excluído, assim como os

próprios indígenas. Porquanto os resultados de tais avaliações e as propostas de trabalho não abarcam as necessidades sentidas pelas comunidades e os programas ficam no vácuo.

Este trabalho, que identifica o padrão de fecundidade e sua relação com os aspectos socioculturais dos Guaraní-Myá, constitui-se numa ferramenta, a partir da qual os profissionais que trabalharem com o grupo poderão aprofundar-se nessa temática; avançar no discurso teórico e na sua aplicação prática; avançar na interculturalidade e no rompimento do discurso hegemônico do conhecimento. Tendo a clareza de que o saber sozinho não resolve, ele no entanto, contribui, admitindo-se que o trabalho em saúde com os povos indígenas deve ser articulado às políticas de terra, de produção agrícola, às políticas de educação. Deve ser abordado segundo as cosmovisões e realidades desses povos; realidades que estão mudando permanentemente.

Falamos todo o tempo sobre a necessidade de trabalhar a saúde indígena num marco de intersectorialidade, interdisciplinariedade e interculturalidade, Mas como começar, na prática, a transformar o modelo médico ocidental (centrado no biologismo e na medicalização)? Como pensar e ativar a participação comunitária?. Pensamos que um passo importante a ser dado pelo profissional de saúde no seu trabalho com as comunidades indígenas é se abrir ao estudo das culturas. Aqui acolhemos as recomendações de Langdon (2000), quais sejam: relativizar a medicina ocidental, posto que esta também deve ser vista como um sistema cultural e como a ciência que não tem o conhecimento absoluto. Os saberes, sejam eles indígenas ou não, devem ser relativizados. Os diferentes saberes estão marcados por um simbolismo dinâmico, que têm seus significados no interior da cultura que os constrói. Os sistemas indígenas estão baseados no desenvolvimento de conhecimento e saberes sobre saúde. E ainda mais, a noção de cura dentro dos sistemas médicos indígenas é mais ampla que a do sistema ocidental.

Outro passo para os profissionais poderia ser começar pelo conhecimento da cultura e do sistema médico indígena, chegando ao reconhecimento e legitimação dos especialistas médicos, em especial dos xamanes. Assim pode-se fechar pouco a pouco a brecha aberta pelos possuidores do saber médico ocidental frente ao saber médico dos indígenas, e pode-se ativar a participação da comunidade nas decisões referentes à saúde. Porque, se não conhecemos, como vamos compreender, respeitar, valorizar e integrar?

Voltando aos Guarani de Paraty, a partir da ética surge uma inquietude: ficar em silêncio contemplando o elevado padrão de fecundidade e o elevado Índice de Estresse Fisiológico Reprodutivo nas mulheres Guarani-Mbyá? Ficar de mão atadas, argumentando a complexidade que envolve o processo reprodutivo? Pensamos que trabalhar a saúde reprodutiva dos povos indígenas constitui um desafio, mas não uma utopia, posto que, como argumenta Langer (1977), é possível trabalhar nessa linha tendo como base as decisões reais e os recursos existentes. Segundo a autora, dever-se-ia promover mudanças nas famílias, mais do que centrar os programas na diminuição da fecundidade, de tal forma que as famílias pudessem refletir sobre o número de filhos a ter num contexto de boa saúde, envolvendo os homens nessas discussões. No caso dos Guarani-Mbyá deste estudo, as reflexões devem encontrar um espaço dentro da cultura, dentro de sua religião. Não sendo assim, as reflexões podem ficar no vazio e os profissionais na desmotivação para continuar o trabalho de saúde indígena. Pensamos que uma das trilhas para tal procura é abrir espaços de reflexão, visando à participação dos homens e mulheres no planejamento de programas em saúde, na execução e na avaliação. Desta forma pode-se lentamente gerar discussões que motivem a tomada de decisões próprias em coordenação com as instituições, do setor envolvente, vinculadas ao trabalho nas aldeias de Paraty Rio de Janeiro.

Finalmente, como sonhadores que somos e tendo conhecimento que, dos trabalhos realizados com os indígenas, só uma mínima parcela é publicada e a outra parte fica invisível nas prateleiras das instituições, por que não aproveitar o potencial das novas gerações de pessoas que trabalham a saúde indígena e aproveitar as vantagens da informática para criar uma rede de saúde indígena, a qual permitiria avançar nas reflexões e ações nas diferentes culturas indígenas do Brasil?

BIBLIOGRAFIA

- ALCARAZ, G. L.; GALEANO, A. *Patrón de Fecundidad y Estatus femenino en la Comunidad Kuna de Colombia*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Colciencias Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, 1996, 174 p.
- ALCARAZ, G. L. Aspectos Culturales en Torno a la calidad de vida de la Gestante Emberá. In: PINZÓN, C. & GARAY, G. (orgs.). *Cultura y Salud en la Construcción de las Américas*. Bogotá, Colombia Instituto Colombiano de Antropología Colcultura y Comitato Internazionale per lo Sviluppo Dei Popoli, 1991, p. 111-134.
- ALFONSO, F. J. C.; ALVAREZ, S. M. Rol masculino y disminución de la fecundidad en Cuba. In: Bilac, E. D. & ROCHA, M. I. B. *Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe. Temas e Problemas*. Campinas: PROLAP, ABEP E NEPO/UNICAMP, 1998, p. 211-236.
- ALMEIDA, T. R. *Migraciones y desplazamientos de los Guaraní Mbyá en el Paraguay Contemporáneo: un ensayo. Articulación de la diversidad*. Tercera Reunión de Barbados. Grunberg, G. (coordinador), Biblioteca Abya-yala, 1995, p. 373-390.
- ARMELAGOS, G. J.; LEATHERMAN, T; RYAN, M. Biocultural Synthesis in Medical Anthropology. *Medical Anthropology*. Special Issue: The Application of theory in Medical Anthropology, v. 14, n. 1, 1992, p. 35-52.
- BACHELARD, G. *Epistemologia. Trechos escolhidos*. Segunda Edição. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1983, 196 p.
- BALDUS, H. O Xamanismo na Aculturação de uma Tribu Tupí do Brasil Central. In: SCHADEN, E. *Leituras de Etnologia Brasileira*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1976, p. 455 – 463.
- BARBOSA M. A. Índios Guarani defendem suas terras na justiça. *Índios no Estado de São Paulo Resistência e Transfiguração*. São Paulo: Yankatuy/Comissão Pró-Índio de São Paulo, 1984, p. 145- 152.
- BARRETO, M. & CARMO, E. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. In: MONTEIRO, C. *Velhos e novos Males da Saúde no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec, 1995, p. 17–30.
- BERQUÓ, E. O Brasil e as recomendações do Plano de Ação do Cairo. In: BILAC E. D., & ROCHA, M. I. B. *Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe. Temas e Problemas*. Campinas: PROLAP, ABEP E NEPO/UNICAMP, 1998, p. 23-35.
- BERTAUX, D. De la perspectiva de la historia de vida a la transformación de la práctica sociológica. In: MARINAS, J.M.; SANTA, M. C. *La historia oral: Métodos y experiencias*. Madrid: Debate, 1993, p. 19-35.
- BIBEAU, G. L'activation des mécanismes endogènes d'auto-guérison dans les traitement rituels des Angbandi. *Culture*, v.3, n. 1, 1983, p. 33-49.
- BLACK, L. F. Infecção, mortalidade e população indígena: homogeneidade biológica

- como possível razão para tantas mortes. In: SANTOS, R. V.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. (orgs.). *Saúde e Povos Indígenas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994, p. 63–82.
- BORYSENKO, J. *Como alcanzar el bienestar físico y emocional mediante el poder de la mente*. Bogotá: Grupo Editorial Norma, 1987.
- BUCHILLET, D. (org.). *Medicinas tradicionais e medicinas ocidentais na Amazônia*. Belém do Pará: Edições CEJUP, 1991, 504 p.
- CADOGAN, L. La encaración y la concepción; la muerte y la resurrección en la poseía sagrada “Esotérica” de los Jeguaka-*Va Tenondé Porã-Gué (Mbyá-Guarani) del Guairá, Paraguai*. *Revista do Museu Paulista*. Nova Série. v. 4, 1950, p. 233–246.
- CADOGAN, L. El concepto Guaraní del “Alma”. Su interpretación semántica. *Folia Lingüística Americana*. EX, v. 1, n. 1, 1952, p. 31–34.
- CADOGAN, L. *Los indios Jeguaká Tenondé (Mbyá) del Guairá, Paraguay*. V. 8. América Indígena. México: Instituto Indigenista Interamericano, 1948, p. 130-139.
- CADOGAN, L. *Síntesis de la Medicina Racional y Mística Mbyá-Guaraní*. v. 9. América Indígena. México: Instituto Indigenista Interamericano, n. 1, 1949, p. 21-35.
- CADWELL, C. J. Health transition: the cultural, social and behavioural determinants of health in the third world. *Social Science & Medicine. International Journal*, v. 36, n. 2, 1993, p. 125–135.
- CAMISA, Z. *Introducción al estudio de la fecundidad*. San Jose de Costa Rica: Centro Latinoamericano de Demografía, série B, n. 1.007, abril, 1975, 106 p.
- CASTIEL, L. D. *A medida do possível saúde riscos e tecnobiociência*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, 204 p.
- CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez Editora/Autores Associados, 1995, 164p.
- CLASTRES, H. *Terra Sem Mal*. Tradução por Renato Janine Ribeiro. São Paulo: Editora Brasiliense, 1978, 123p
- COIMBRA JUNIOR, C. *Minorías étnico-raciais, desigualdade e saúde: Considerações teóricas preliminares*. IV Congreso Latinoamericano de Ciencia Sociais y Medicina. México, 1997, p. 7.
- COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DE LAS NACIONES UNIDAS. *Declaración de los derechos humanos desde una perspectiva de género*. Documento E/CN.4/1998/NGO/3, Ginebra, 1998.
- COMITÉ ESPECIAL SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO DE LA CEPAL. *América Latina y el Caribe: examen y evaluación de la ejecución de programa de acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Reunión de la mesa Directiva Ampliada*. Santiago, 14 y 15 de diciembre de 1999, Chile.
- CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO.

- NACIONES UNIDAS 1995. *Programa de Acción de la Conferencia*. CIPID. Asamblea General., Nueva York.
- CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE PARA OS POVOS INDÍGENAS, 2, 1993. *Relatório Final*. Luziânia, Brasil, outubro, 1993, 14 p.
- CUESTA, C. Investigación en salud: *reflexiones en torno a los trabajos de Testa y Navarro*. Rev. Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín, v. 13, n. 2, enero-junio, 1996, p. 51-61.
- DALTABUIT, M. *Mujeres Mayas. Trabajo, nutrición y fecundidad*. México: Instituto de Investigaciones Antropológicas. Universidad Nacional Autónoma de México, 1992, 146 p.
- DOUGLAS, M. *Pureza e Perigos*. Tradução por Mônica Siqueira Leite de Barros e Zilda Zakia Pinto. São Paulo: Editora Perspectiva, 1966, 231 p.
- DOUGLAS, M.. *La Aceptabilidad del riesgo según las Ciencias Sociales*. España: Paidós, 1996, 173 p.
- DUFOUR D. Diet and nutritional status of Amerindians: A review of the literature. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 7, n. 4, Oct./Dec., 1991, p. 481-485.
- EARLY, J. D.; PETERS, J. F. *The population dynamics of the Mucajai Yanomama*. Los Angeles: Academic Press, 1990.
- FATHALLA, M. F. Reproductive health in the world: Two decades of progress and the challenge ahead. World Health Organization/HRP. Reproductive Health: A Key to a Brighter Future. *Biennial Report 1990-1991*. Genebra, 1992.
- FERNANDES, J. *Como os índios se casam?. Índio-esse nosso desconhecido*. Cuiabá: Ed. UFMT, 1993, p. 63-79.
- FIGUEROA, P. G. J. *Algunas reflexiones sobre la interpretación social de la participación masculina en los procesos de salud reproductiva*. Palestra para o Seminário "Fertility and the Male Life Cycle in the Fertility Decline". International Union for the Scientific Study of Population. Zacatecas, México, 1995.
- FLOWERS, N. Crise e recuperação demográfica: os Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso. In: SANTOS, R. V.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. (orgs.). *Saúde e Povos Indígenas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994, p. 213-251.
- FRENK, J. *et al.* Health transitions in middle-income countries: new challenges for health care. *Health Policy and Planning*. v. 4, n. 1, March, 1989, p. 29-39.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico*. Brasil, 1991.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. RESOLUÇÃO 196/96. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE/FIOCRUZ, 1998.

- GAGE, T. B. Demographic estimation from anthropological data: New methods. *Current Anthropology*, v. 26, n. 5, December, 1985, p. 644-647.
- GALVÃO, E. *Encontro de sociedades: Índios e brancos no Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979 (Coleção Estudos Brasileiros, 29).
- GÁLVEZ, A. *et al.* *Estatus femenino y patrón de fecundidad en las etnias indígenas de Antioquia*. Colombia: Colciencias Universidad de Antioquia. Septiembre, 1998, 236p.
- GEERTZ, C. *A Interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1978.
- GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas, 1989, 159p.
- GROSS, D. R. *et al.* Ecology and acculturation among native peoples of Central Brazil. *Science*, v. 206, 1979, p. 1.043–1.050.
- HAMMERLSLEY, M.; ATKINSON, P. *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Ediciones Paidós, 1984, p. 50-162.
- HARRINGTON, A. J. *Nutritional stress and economic responsibility: a study of Nigerian women*. Section 2 Women and Welfare. Women and Poverty in the Third World. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1993, p. 130-156.
- HAUPT, A.; KANE, T. T. *Guía rápida de población del population..* 2ª ed. Washington, D.C.: Population Reference Bureau, Inc., 1991, 79p.
- HELMAN, G. C. *Cultura, saúde e doença*. Tradução por Eliane Mussnich. 2ª ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1994, 333p.
- HERITIER, F. *Masculino/ Femenini. El pensamiento de la diferencia*. Tradução por Victor Villcampa. Barcelona: Editora Ariel, 1996, 319p.
- HERN, W. Health and demography of native Amazonians: historical perspective and current status. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 7, n. 4, out./dez., 1991, p. 451-480.
- HOWELL, N. *Demography of Dobe Kung*. New York / San Francisco / London: Academic Press, 1979, 388p.
- HUBIZ, H. A.; QUIROZ, A. H. *Protocolos de atención materna y perinatal con enfoque de riesgo*. Medellín, Colombia: Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 1994.
- ISAACS, S. *et al.* Declaración sobre proposiciones éticas en salud reproductiva y políticas de población. In: *Ética y Salud Reproductiva*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 1996.
- JAPIASSU, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. Rio de Janeiro, 1976. 220 p. (Série Logoteca).
- JICT, T. D. Mixing quantitative and qualitative methods: triangulation in action. *Administrative Science Quarterly*, v. 24, n. 12, s/p, 1972.
- KING, C. J.; WEININGER, J. *Embarazo y lactancia*. Conocimientos actuales sobre

- Nutrición. Organización Panamericana de la Salud, Instituto Internacional de Ciencias de la Vida (OPS/ILSI). Sexta Edición, OPS/OMS. Pc. n. 532, Washington, 1991.
- KLEINMAN, A. *Patients and healers in the context of culture*. Los Angeles: California University Press, 1980, 472p.
- KROEGER, A. Participatory Evaluation of Primary health Care Programmer: A experience with four Indian Population in Ecuador. *Tropical Doctor*. January, 1982, p. 38-43.
- KUSUM & PSAHAH. Maternal nutrition in deprived population. *Assignment Children, Breast-Feeding and Health*. UNICEF, v. 55/56, 1981, p. 41-71.
- LABURTHE-TOLRA; WARNIER, J.P. *A patologia do símbolo. Motivos sociais e papel terapêutico de certas crenças*. Etnologia Antropológica. Tradução por Anna Hartmann Cavalcanti. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999, p. 312 – 336.
- LADEIRA, M. I. *Índios no Estado de São Paulo. Resistência e transfiguração*. Yarekaty São Paulo: Comissão Pró-Índio, 1984, p. 123-144.
- LADEIRA, M. I. “*O caminhar sob a Luz*” – *O território Mbyá à beira do Oceano*. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais - Antropologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, março, 1992.
- LADEIRA, M. I.; Azanha, G. *Os índios da Serra do Mar*. Centro de Trabalho Indigenista. Sao Paulo: Nova Estella Editorial, 1988, 71p.
- LANGDON, E. J. Saúde indígena: a lógica do processo de tratamento. *Saúde Em Debate*. CEBES, Paraná, 1988, p. 12-15.
- LANGDON, E. J. Representações de doenças e itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana. In: SANTOS, R. V.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. (orgs.). *Saúde e Povos Indígenas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994, p. 115–141.
- LANGDON, E. J. *Xamanismo no Brasil: novas perspectivas*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1996, 12p.
- LANGDON, E. J. *A Doença como Experiência: A construção da Doença e seu Desafio para a Prática Médica*. Palestra na Conferência 30 Anos Xingu. Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 23/08/95, 14p.
- LANGDON, E. J.,. Salud y Pueblos Indígenas: Los desafios en el Cambio de Siglo. In: R.BRISEÑO-LEÓN, R.; MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C.E.A (coords.). *Salud y Equidad: Una mirada desde las Ciencias Sociales*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000, p 107-120.
- LANGDON, E. J. *A Tolerância e a Política de Saúde do Índio no Brasil: São Competitíveis os Sabetes Biomédicos e Saberes Indígenas?* 1999, 10p (no prelo).
- LANGER, A. *Planificación familiar y salud reproductiva o planificación familiar vs. salud reproductiva*. IV Congreso Latinoamericano de Ciencia Sociales y Medicina. México, 1997, 21p.

- LARAIA, R. A Cultura condiciona a visão de mundo do homem. In: LARAIA, R. *Cultura um conceito antropológico*. Rio de Janeiro: Zahar Editora, 1986, p. 69-113.
- LEVIS, S. C. *El hechicero y su magia*. In: *Antropología Estructural*. Buenos Aires: s/ed., 1968.
- LITAIFF, A. *As divinas palavras. Identidade étnica dos Guarani-Mbya*. Florianópolis: Editora DAUFSC, 1996, 159p.
- MAEDER, E. Las misiones de Guaranies: historia demográfica y conflictos con la sociedad colonial, 1641–1807. In: *História e População*. Estudos sobre América Latina. São Paulo: COEP / IUSSP / CELADE, 1990, p. 41–50.
- MARCUSE, H. *Cultura e sociedade*. V. 2. Tradução por Wolfgang Leo Maar, Isabel Maria Loureiro & Robespierre de Oliveira. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1998, 175p.
- MARINHO, D.; SOARES, V. Componente saúde. In: CONFALONIERI, U.; MARINHO, D. (coords.). *Relatório Final: Projeto de Antropologia e Saúde para a Etnia Guarani de Paraty*. Rio de Janeiro: NESPI / ENSP / FIOCRUZ, 1996, 49p.
- MARINHO, D. *As políticas em saúde indígena no Brasil*. Comunicação Pessoal. Rio de Janeiro, 2000.
- McELROY, A.; TOWNSEND, P. Medical anthropology. In: *Ecological Perspective*. San Francisco and London: West View Press / Boulder. 1989, 453p.
- MEGGER, B. *Amazonia un paraíso ilusorio*. México / España / Argentina: Siglo Veituno Editores, 1976, 249p.
- MEILLASSOUX, C. *Mujeres, graneros y capitales: economía doméstica y capitalismo*. México: Siglo Veituno, 1977, 235p.
- MELATTI, J. C. *Índios do Brasil*. 7ª ed. Brasília: Edunb / HUCITEC / Editora da Universidade de Brasília, 1993.
- MELIÁ, B. et al. *O Guarani. Uma bibliografia etnológica*. Porto Alegre: Centro Cultural Missionário Santo Ângelo, 1987.
- MERBS, C. A new world of infectious disease. *Yearsbook of Physical Anthropology*, v. 35, 1992, p. 3-42.
- MINAYO, M. C. S.; NETO, C. O. *Triangulação metodológica em Avaliação de programas e serviços de saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997, 27p. (mimeo).
- MINAYO, M. C. S. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou complementaridade. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n. 3, jul./set., 1993, p. 239–262.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 2ª ed. São Paulo / Rio de Janeiro: HUCITEC / ABRASCO, 1999, 269p.
- MINAYO, M. C. S. et al. *Pesquisa social. Teoria, método e criatividade*. Petrópolis:

Editora Vozes, 1994. 80p.

MINISTERIO DA SAÚDE. *Conferência Nacional de Proteção a Saúde do Índio*. Tema Específico da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília DF. 1986

MINISTERIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Portaria nº 1.163, de 14 setembro de 1999. Diário oficial nº 177, quarta feira, 15 setembro de 1999.

MINISTERIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1991. Resolução CNS nº 11/91, outubro de 1991. Brasília, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Intersectorial de Saúde do Índio, 1991.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Reconhecimento dos Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena, NISI. Diário Oficial da União, Portaria nº 540, 18 maio de 1993, junho de 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Decreto nº 1.141, de maio de 1994. Diário Oficial da União, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Disposições sobre a assistência à Saúde dos Povos Indígenas. Diário Oficial da União. Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Mudança na Saúde Indígena, Fundamento Jurídico. Diário Oficial da União, nº 145. Medida Provisória Nº 1.911-8, de 29 de julho de 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Regulamentação e Pagamento das Equipes Interdisciplinares de Saúde Indígena. Diário Oficial da União. Portaria Conjunta nº 48, de dezembro de 1999. Secretaria Executiva, Ministério da Saúde, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE. Transferência da assistência à saúde do Índio para a FUNASA. Diário Oficial da União, 1999. Portaria Conjunta nº 1, agosto de 1999. Fundação Nacional da Saúde/ Ministério da Saúde, 1999.

MINISTERIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Portaria Conjunta Nº 1, de 25 de agosto de 1999. Diário oficial Nº 165, Sexta feira, 27 agosto de 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Resolução n. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998, 44p.

MIRON, G. Indicadores sencillos de riesgo de bajo peso al nacer. *Rev. de Obstetricia y Ginecología*, v. 1, n. 1, 1982, p. 26-35.

MOERMAN, D. Anthropology of symbolic healing. *Current Anthropology*, v. 20, n. 1, 1979, p. 59-67.

MOERMAN, D. Physiology and symbols: the anthropological implications of the placebo effect. *The Anthropology of Medicine, From Culture to Method*. New York: s/ed.,

- 1983, p. 156-167.
- MOLES, A. *As ciências do impreciso*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.
- MONTEIRO J. M. *et al. Índios no Estado de São Paulo: resistência e transfiguração*. Co-São Paulo: Edição de Yankatu Editora e Comissão Pro-Índio de São Paulo, 1984.
- MORGADO, A. Epidemia de suicídios entre os Guarani-Kaiwá: indagando suas causas e avançando a Hipótese do Recuo Impossível. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 8, n. 4, out./dez., 1991, p. 585-598.
- MORIN, E. *O Problema epistemológico da complexidade*. Lisboa: Publicações Europa-America, 1983, 136p.
- MORIN, E. *O método III. O conhecimento do conhecimento/1*. Tradução por Maria Gabriela de Bragança. 2ª ed. Lisboa: Publicações Europa-América, 1996, 230p.
- MOTA, C. *Escuridão e o mar: começo e fim dos Guarani*. 47º Congresso Internacional Americanistas, Nova Orleans, 1991, 31p.
- NATIONAL RESEARCH COUNCIL. *Anticoncepción y reproducción*. Editorial Médica Panamericana. Washington, 1990, p. 8.
- NIMUENDAJÚ, C. *As lendas da criação e destruição do mundo como fundamentos da religião dos Apapocuva Guarani*. Tradução por Charlotte Emmerich & Eduardo Castro de Viveros. São Paulo: HUCITEC / Editora da Universidade de São Paulo, 1987.
- OLIVEIRA, P. J. Muita terra para pouco índio? Uma introdução (crítica) ao indigenismo e à Atualização do Peconceito. In: SILVA, A. L.; GRUPIONI, L. D. B. *A Temática Indígena na Escola. Novos Subsídios para professores de 1ª e 2ª graus*. Brasília: MEC / MARI / UNESCO, 1995, p. 29-60.
- OMRAN, A. R. *Fecundidad y salud. La experiencia Latinoamericana*. Ginebra: OPS/OMS, 1985.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Convenção (169) sobre povos indígenas e tribais em países independentes e resolução sobre a ação da OIT concernente aos povos indígenas e tribais*, 1989, 16p.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud*. Ginebra: OPS/OMS, n. 7, 1986.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *La condición de la mujer y la mortalidad materna. Prevención de la Mortalidad Materna*. Editado por Erica Royston y Sue Armstrong. Ginebra: OMS, 1991, p. 47-77.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Salud de los pueblos indígenas*. Resolución V. Washington: OPS, 1993.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN MUNDIAL

- DE LA SALUD. *Salud de los pueblos indígenas*. Programa Provisional. Washington, Junio-Julio, 1993.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Reunión de trabajo sobre los pueblos indígenas y la salud*. Winnipeg, Canadá, abril, 1993, 5p.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Incorporación del enfoque de género en los Programas de la OPS para la promoción de la salud de los pueblos indígenas*. Washington: OPS, abril, 1995.
- ORLANDI, E. Línguas e troncos lingüísticos. In: FERNANDES, J. *Índio esse nosso desconhecido*. Cuiabá: Ed. UFMT, 1993, p. 43-62.
- OSUNA, J. Enfoque de riesgo en la atención materno infantil. In: *Salud Materno Infantil y Atención Primaria en las Américas. Hechos y tendencias*. Washington: OPS. Pc. Nº 461, 1984.
- PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Report of a WHO Expert Committee. Geneva: OPS/OMS, 1995.
- PEDERSEN, D. El dilema de lo cuantitativo y lo cualitativo: de las encuestas a los métodos rápidos en salud. In: STEPKE, F. L. *et al.* eds.). *Ciencias Sociales y Medicina, Perspectivas Latinoamericanas*. Santiago, Chile: Editorial Universitaria, 1992, p. 201-211.
- PEREIRA, C. M. A. *Uma rebelião cultural silenciosa. Investigação sobre os suicídios entre os Guarani (Nhandéva e Kaiwá) do Mato Grosso de Sul*. Brasília: Departamento de Documentação da FUNAI, 1995. 53p.
- PEREZ, S. A. *Obstetricia*. 2a ed. Santiago de Chile: Publicaciones técnicas Mediterraneo, 1992.
- PIERSEN, D. *Estudios de ecología humana*. Tomo I. São Paulo: Martins Fontes, 1970, p 19-34 (*Biblioteca de Ciencias Sociales*, v. 6).
- PINTO, E. A medicina dos Tupi-Guarani. *Actas Cibas*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3/4, 1944, p. 42-61.
- POPULATION REPORTS. Programas de planificación Familiar. Gente en Movimiento: Nuevo Foco de Interés de la Salud Reproductiva. *Population Reports*, Serie J, n. 45, 1996, 28p.
- BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. *Sociedades Indígenas e a Ação do Governo*. Governo Fernando Henrique Cardoso. Brasília, 1996, 35p.
- PRESSAT, R. *The dictionary of demography*. New York: Basil Blackwell, 1985, 243p.
- PRIGOGINE, I. *O fim das certezas. Tempo, Caos e as Leis da Natureza*. Tradução: Roberto Leal Ferreira. São Paulo: Editora UNESP/Fundação, 1996, 199p.

- PRINCE, R. The endorphins: a review for psychological anthropologist. *Ethos*, v. 10, n. 4, 1982, p. 303-316.
- REUNIÃO DE TRABALHO SOBRE PUEBLOS INDÍGENAS Y SALUD. *Recomendaciones....* Winnipeg, abril, 1993, 5p.
- RIBEIRO, B. *O Índio na cultura brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Revan, 1991, 186 p.
- RIBEIRO, B. A contribuição dos povos indígenas à cultura brasileira. In: n: SILVA, A. L.; GRUPIONI, L. D. B. (orgs.). *A Temática Indígena na Escola. Novos Subsídios para professores de 1ª e 2ª graus*. Brasília: MEC/MARI/UNESCO, 1995, 575p.
- RIBEIRO, D. Convívio e contaminação. *Sociologia*, v. 18, 1956, p. 3-50.
- RIBEIRO, D. *Os Índios e a civilização. A Integração das Populações Indígenas no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1986, 510p.
- RICARDO, C. A. “Os Índios” e a sociodiversidade nativa contemporânea no Brasil. In: SILVA, A. L.; GRUPIONI, L. D. B. (orgs.). *A Temática Indígena na Escola. Novos Subsídios para professores de 1ª e 2ª graus*. Brasília: MEC/MARI/UNESCO, 1995, 575p.
- RICO-VELASCO, J. *Demografía social y la salud pública*. Colômbia: Editorial XYZ, 1990, 173 p.
- SAMAJA, J. La combinación de métodos. Pasos para una *comprensión dialéctica del trabajo interdisciplinario*. *Revista. Educación Médica en Salud*, v. 26, n. 1, 1992, p. 5-34.
- SANTOS V. R.; COIMBRA JUNIOR. C. Socioeconomic differentiation and body morphology in the Suruí of Southwestern Amazonia. *Current Anthropology*, v. 37, n. 5, s/p., 1996.
- SANTOS, C. S. Os direitos dos indígenas no Brasil. In: SILVA, A. L.; GRUPIONI, L. D. B. (orgs.). *A Temática Indígena na Escola. Novos Subsídios para professores de 1ª e 2ª graus*. Brasília: MEC/MARI/UNESCO, 1995, 575p.
- SANTOS, J. L.; LEVY, M. E.; SZMRECSANY, T. *Dinâmica da população: teoria, método e técnicas de análises*. São Paulo: T. A. Queiros Editor, 1980.
- SAUVY, A. *Elementos de demografia*. Tradução: Professor Lyra Madeira. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1996, 340p.
- SCHADEN, E. Caracteres específicos da cultura Mbya-Guarani. *Revista de Antropologia*, v. 11, n. 1/2, jun./dez., 1963, p. 83-94.
- SCHADEN, E. *Aspectos fundamentais da cultura Guarani*. São Paulo: EDUSP, 1974.
- SCHADEN, E. Educação e magia nas cerimônias de iniciação. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, n. 8, 1945.

- SCHADEN, E. Fases da aculturação religiosa dos Guarani. *Aculturação Indígena*: São Paulo, Rditora Universidade da São Paulo, 1969, p 103-157.
- SCHKOLNIK, S. Fecundidad entre los Yanomami: El caso de la Sierra Parima. *Interciencia. Revista de Ciencia y Tecnología de América*, v. 9, n. 5, Sept./Oct., 1984, p. 280–289.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE TURISMO. *Paraty*. Paraty, RJ, 1999.
- SEVERINO, A. J. *Metodologia do trabalho científico*. 20^a ed. São Paulo: Cortez Editora, 1998, 272p.
- SHRADER-FRECHETTE. *Risk and rationality*. Philosophical Foundation for Populist Reforms. Los Angeles: University of California Press, 1991, 312p.
- SILVA, F. J. Economia de subsistência e projetos de desenvolvimento econômico em áreas indígenas. In: SILVA, A. L.; GRUPIONI, L. D. B. (orgs.). *A Temática Indígena na Escola. Novos Subsídios para professores de 1^a e 2^a graus*. Brasília: MEC/MARI/UNESCO, 1995, 575p.
- SILVA, L. A.; GRUPIONI, B. L. D. *História dos índios do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras/FAPESP/SMC, 1998.
- SINGER, M. *Medical Anthropology*. Cross-Cultural Studies in Health and Illness. V. 14, n. 1, special issue, 1992, p. 1-138.
- SOUZA, G. L. *Perfil demográfico dos Xavante de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, 1993-1997*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, Rio de Janeiro, 1999.
- STINSON, S. Physical growth of Ecuatorian Chachi Amerindians. *American Journal of Human Biology*, v. 1, 1989, p. 697-707.
- TARRIDE, M. *Saúde pública: Uma complexidade anunciada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998, 107p.
- TAYLOR; BODGAN R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. La Búsqueda de Significados. Barcelona: Ediciones Paidós, 1992, p. 40-93.
- TURNER, V. *El Proceso ritual*. New York: Adline Publishing Co., 1988, 215p.
- UNITED NATIONS/GENERAL ASSEMBLY. *Report of the hoc committee of the whole of the twenty-first special sessions of the General Assembly*. July, 1999, 23p.
- VERANI, C.; SOARES, I. *Componente Antropológico*. Relatório Final do Projeto de Antropologia e Saúde para a Etnia Guarani de Paraty (RJ). CONFALONEIRI, U.; MARINHO, D. (Coords.). Rio de Janeiro: NESPI/ENSP/FIOCRUZ, 1996.
- VERANI, C. A Política de saúde do índio e a organização dos serviços no Brasil. *Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Série Antropol.*, v. 15, n. 2, 1999, p. 171-192.
- VITERI, F. *Nutrición de la mujer. Nuevos enfoques en relación con la maternidad*.

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud,
Washington, Publication n. 461, 1984.

WERNER, D. Fertility and pacification among the Mekranoti of Central Brazil. *Human Ecology*, v. 11, 1983, p. 227-245.

RELAÇÃO COM EGO (CHEFE DO LAR):

EGO	ESCOLARIDADE	TRABALHO
1. esposa	1.1. 1º ano, 1º grau	1. casa
2. filho/a	1.2. 2º ano, 1º grau	2. casa e artesanato
3. neto/a	1.3. 3º ano, 1º grau	3. agricultura
4. padres	1.4. 4º ano, 1º grau	4. trabalhador oficial
5. sogro/a	1.5. 5º ano, 1º grau	5. oficial e agricultura
6. cunhado /a	1.6. 6 ano, 1º grau	6. líder e agricultor
7. tio/a	1.7. 7 ano, 1º grau	7. médico tradicional
8. primo/a	1.8. 8º ano, 1º grau	8. médico tradicional e agricultura
9. amigo/a	2.1. 1º ano, 2º grau	9. trabalho para o branco
	2.2. 2º ano, 2º grau	10. não trabalha
	2.3. 3º ano 2º grau	
	3.1. Nível técnico	
	4.1. Universitário	
	5. Sem escolaridade	

LÊ E ESCREVE

- 1 lê
- 2 lê e escreve
- 3 não lê nem escreve

ANEXO 2

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública

A FECUNDIDADE ENTRE AS GUARANI: UM LEGADO DE *KUNHANKARÁI*

Entrevista # -- -- --

Data -----

Município -----

Aldeia -----

Casa #

Nome do chefe do Lar -----

Nº DE ORDEM	NOME	IDADE	IDADE MENARCA	IDADE MATRIMONIO	IDADE GESTAÇÕES E PARTO	ABORTO	NATIMORTO	NOME	ATUALMENTE VIVO	IDADE DE MORTE	CAUSA DE MORTE
					1) G.						
					1) P.						
					2) G.						
					2) P.						
					3) G.						
					3) P.						
					4) G.						
					4) P.						
					5) G.						
					5) P.						
					6) G.						
					6) P.						
					7) G.						
					7) P.						

Existem recomendações para que a mulher grávida aumente ou diminua o consumo de alimentos?

Que cuidados deve-se ter durante a gravidez?

Quando uma mulher tem 4 filhos, 5, 6, 7, ou 8 filhos, que opina a comunidade: desvaloriza, apoia, fica indiferente, qual é o comentário?

Quando você começou a ter 4 ou 5 ou 6 ou 7 filhos, você se sentiu tranqüila, ou angustiada ou indiferente?

Recebeu ou recebe apoio para o cuidado dos filhos? De quem?

Quais são as doenças mais freqüentes que acometem às mulheres grávidas.?

Porque ocorrem essas doenças.?

A quem procura quando está doente?

PARTO:

Antes de seu primeiro parto você tinha conhecimento sobre ele?

Quem ensina tudo o que está relacionado com parto?

Tem alguma relação o processo do parto com a cosmologia?

Quem ajuda ao partos?

Onde se realiza o parto?

Que complicações pode ter um parto? Quais são as mais freqüentes?

Que cuidados deve ter a mulher recém parida? Por quanto tempo deve-se cuidar?

Que cuidados deve-se ter com o recém nascido?

Em que momento inicia-se o aleitamento materno?

Ate quanto tempo deve-se alimentar com o leite materno uma criança?

Porque é suspenso o aleitamento materno?

Na mulher que está amamentando, existe alguma recomendação para que aumente ou diminua o consumo de alimento?

A cultura possui algum procedimento para controlar o número de filhos?

A cultura aceita os procedimentos ocidentais para controlar o número de filhos?

Como se diz em língua Guarani aborto? O que significa a palavra?

Até quantas semanas ou meses de gravidez, sua interrupção é considera aborto?

Existe um tempo de espera para a mulher engravidar logo depois de ter um aborto?

Porque se dá o aborto?

Quando um adulto morre sua alma vai para onde?

Quando uma criança morre sua alma vai para onde?

Quando a mulher sofreu a morte de uma criança pequena, quanto tempo deve esperar para engravidar novamente?