

ENFERMAGEM, INTERCULTURALIDADE E SAÚDE INDÍGENA: O CASO DOS GUARANI MBYÁ DE ARACRUZ, ESPÍRITO SANTO

Luiz Henrique Chad Pellon¹; Liliana Angel Vargas²; José Ribamar Bessa Freire³

Este trabalho apresenta um recorte das análises que fundamentaram a dissertação de mestrado de um de seus autores, intitulada “Tensões interculturais e os impactos no processo saúde-doença na população Guarani Mbyá do município de Aracruz, Espírito Santo”¹ que se propôs identificar as formas como as tensões interculturais impactam o processo saúde-doença no povo indígena Guarani Mbyá de Aracruz, no Espírito Santo, assim como, analisar as contradições que surgem entre as propostas normativas e o cotidiano do grupo em foco e discutir os aspectos normativos nas políticas públicas que poderiam minimizar esses impactos. O povo Guarani constitui um dos mais expressivos povos indígenas da América do Sul perfazendo um contingente de aproximadamente 225 mil pessoas presentes em cinco países. No Brasil, é representado por cinquenta mil índios distribuídos em três subgrupos, denominados: Mbyá (gente), Ñandeva (os nossos) e Kaiowá (habitantes das matas), que se encontram aldeados em cem municípios de dez estados das regiões sul, sudeste e centro-oeste do país². Os Mbyá circulam e habitam secularmente em áreas de Mata Atlântica e/ou acampados à beira das estradas no interior e litoral da região sul e sudeste, próximo aos maiores núcleos urbanos e industriais do país com os quais estabelecem

¹ Mestre em Enfermagem, professor assistente do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (EEAP/ UNIRIO).

²Dr. Em Saúde Coletiva, professor adjunto do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (EEAP/ UNIRIO).

³ Doutor em Literatura Comparada, professor adjunto do Programa de Pós-Graduação em Memória Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e coordenador do Programa de Estudos dos Povos Indígenas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Pro-Índio/UERJ).

relações de troca. É possível se afirmar que a condição em que se encontra a maioria dos Mbyá contemporâneos pode ser tomada como referencia para se analisar as contradições existentes entre as propostas político-normativas vigentes e os interesses econômicos nacionais e transnacionais que ameaçam a reprodução física e cultural dos povos indígenas do país. O caso dos Mbyá aldeados em Aracruz mostra-se bastante peculiar para tal análise. Com uma população atual oscilando em torno de 250 pessoas divididas em três aldeias (Boa Esperança, Três Palmeiras e Piraque-Açu)³, os Mbyá de Aracruz viveram durante as quatro últimas décadas sob forte confinamento territorial em uma região onde se situam quatro aldeias Tupiniquim, três distritos urbanos, três rodovias estaduais e a Empresa Aracruz Celulose, maior produtora de celulose branqueada do mundo que integra extensas áreas de monocultura de eucalipto a um complexo fabril e um porto marítimo dedicado à exportação de seus produtos. Em 2007 chegou ao fim uma disputa fundiária que ganhou visibilidade internacional pela ampla divulgação na mídia de que os índios representavam um obstáculo ao desenvolvimento econômico regional. A campanha midiática impetrada pela transnacional que ocupava irregularmente grande parte da Terra Indígena Guarani-Tupiniquim tomou dimensão de conflito ideológico dividindo as opiniões da população regional e trabalhadores vinculados à empresa sobre a necessidade de políticas diferenciadas para a utilização dos espaços públicos pelos povos indígenas, onde se situam os de assistência à saúde. A pesquisa em pauta foi desenvolvida durante os períodos em que se travava a disputa jurídica nos anos de 2006 e 2007 e buscou conferir visibilidade a forma como as tensões oriundas desse processo influenciavam o processo saúde-doença na população Guarani Mbyá. Metodologicamente a pesquisa pôde ser tipificada como descritiva, com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. Como estratégia para a coleta dos dados optou-se pela entrevista semi-estruturada gravada. Foram sujeitos da pesquisa 11 pessoas, entre lideranças nativas (caciques, ex-caciques, pajés e anciãos), agentes indígenas de saúde, conselheiros indígenas de saúde e professores indígenas, todos membros do grupo Guarani das aldeias localizadas no município de Aracruz,

no estado do Espírito Santo. Para sistematização dos dados foi utilizado o método de análise de conteúdo descrito por Turato⁴ e a sua leitura foi guiada pelo suporte teórico de Bakhtin que trata a “linguagem como espaço de recuperação do sujeito como ser histórico e social”⁵. Atendendo ao critério de repetição e relevância proposto por Turato³ como essencial para o agrupamento dos dados, emergiram duas macrocategorias, a saber: Processo Saúde-Doença em uma Dimensão Espaço-Temporal e Tensões Interculturais e a Atenção à Saúde Guarani, uma Mediação entre o Local e o Global. A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIRIO, à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) e à Fundação Nacional do Índio (FUNAI) com vistas a contemplar uma avaliação metodológica e ética tomando como base os princípios contidos nas Resoluções CNS N° 196/1996⁶ e CNS N° 304/2000.⁷ A anuência das respectivas lideranças indígenas constituiu parte importante no processo de obtenção da autorização e foi realizada após as devidas avaliações dos órgãos responsáveis pela avaliação do projeto. A referência da interculturalidade como parâmetro avaliativo das relações estipuladas no âmbito cotidiano, político, normativo e axiológico, serviu como guia para a compreensão não somente de como os índios dialogam com os valores, tecnologias e práticas do modelo biomédico de saúde, mas também, para o conhecimento dos limites que se colocam como barreiras ao acolhimento do outro como sujeito do cuidado. A utilização do conceito de signo ideológico, por sua vez, possibilitou compreender que os espaços públicos com os quais os Mbyá de Aracruz se relacionam evidenciam-se como campos de expressão hierárquica de poder que determinam os coeficientes de autonomia dos sujeitos na gestão, participação e controle social das atividades desenvolvidas nesses locais. Os Mbyá de Aracruz são assistidos pelos serviços municipais de saúde que se encontram vinculados contratualmente à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), órgão responsável pela estruturação dos serviços de atenção à saúde indígena em todo o território nacional. A atenção básica é desenvolvida por uma equipe multidisciplinar

da Estratégia Saúde da Família do município de Aracruz que presta atendimento aos membros das três aldeias Guarani duas vezes por semana no posto de saúde da Aldeia Boa Esperança. Os dados disponíveis apontam que o modelo de atenção diferenciada proposto pela Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena⁸ ainda é imperceptível aos olhos dos Guarani Mbyá de Aracruz, pois, foram reveladores em apontar estratégias interculturais de “mão única” pelos profissionais de enfermagem e demais membros da equipe multiprofissional, demonstrando que os Mbyá fazem um grande esforço para adequarem-se aos serviços públicos de promoção, proteção e recuperação da saúde indígena. Ficou patente que o exercício das propostas normativas costuma sofrer forte influência dos interesses políticos, econômicos e sociais que se encontram vinculados à filosofia desenvolvimentista da transnacional e se sobrepõem aos interesses indígenas em várias esferas da vida cotidiana, inclusive na atenção à saúde. Esta situação, aliada às inúmeras barreiras encontradas no âmbito do convívio intercultural e à escassez dos recursos naturais necessários à sustentabilidade alimentar e à reprodução das práticas terapêuticas autóctones, traduzem-se em uma precária situação sanitária, onde despontam elevados índices de doenças e infortúnios relacionados à falta de infra-estrutura econômica, social e ambiental. Concluímos que o modelo flexneriano tem servido de forma reducionista como paradigma universal para avaliação das questões de saúde e doença em quase todas as sociedades. Os seus representantes, quando muito, reduzem os sistemas autóctones de saúde à qualidade de primitivos ou mítico-religiosos, desprovidos de eficácia e coerência e incapazes de se relacionar com os outros sistemas terapêuticos. Essa forma de pensá-los não passa, portanto, de uma visão etnocêntrica e evolucionista, baseada em relações históricas de poder e de dominação que condicionam a superioridade entre os povos à agregação de conhecimentos e valores tecnológicos e científicos. Suas influências nas práticas de enfermagem vão além da estruturação de modos de intervenção que não condizem com as expectativas do povo indígena pesquisado, mas se colocam na contramão da construção de políticas públicas que recomendam a conjugação dos direitos

universais de acesso à saúde às peculiaridades culturais da diversidade étnica da nação. Entendemos, portanto, que o compromisso social da enfermagem com a saúde dos povos indígenas implica em desenvolver estratégias assistenciais que se articulem à dimensão simbólica das organizações sociais, religiosas e terapêuticas autóctones, observando criteriosamente a existência de fronteiras culturais permeáveis e de barreiras intransponíveis que demarcam o campo dos relacionamentos interpessoais, o que faz da interculturalidade mais do que uma estratégia político-normativa de assistência à saúde, uma ferramenta de interlocução entre as diferentes linguagens de mundo.

DESCRITORES: Enfermagem; Cultura; Saúde Indígena

ÁREA TEMÁTICA E MODALIDADE DE INSERÇÃO DO CONHECIMENTO: Multiculturalidade na Atenção Básica em Saúde

REFERÊNCIAS

¹ Pellon. LHC. Tensões interculturais e os impactos no processo saúde-doença na população Guarani Mbyá de Aracruz, Espírito Santo. [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. RJ: Programa de Pós-Graduação-Mestrado em Enfermagem/ Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2008. 243 f.

² Instituto Socioambiental. Enciclopédia dos Povos indígenas. 2008 [página na internet]. São Paulo (Sp): Instituto Sócio Ambiental; 2009 [citado 2009 jun 21]. Disponível em: <http://www.isa.org.br>.

³ Fundação Nacional de Saúde. Relatório técnico anual de saúde indígena: 2006 . Vitória, ES: 2006.

⁴ Turato, ER Tratado da metodologia da pesquisa clínico –qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

⁵ Souza, SJ . Infância e linguagem: Bakhtin, Vigotsky e Benjamin. Campinas, SP: Papyrus, 1994. p.97

⁶ Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1997.

⁷ Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 304, de 09 de agosto de 2000: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 2000. Resolução nº 304/2000

⁸ Ministério da Saúde.Fundação Nacional de Saúde. Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas. Brasília. DF, 2002.