

UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA

**ENTRE VIVÊNCIAS & NARRATIVAS DE *JARÝI* – PARTEIRAS DE
AMAMBAI/MS E AIS DO POSTO DE SAÚDE BORORÓ II/MS**

DOURADOS – 2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA

**ENTRE VIVÊNCIAS & NARRATIVAS DE JARÝI – PARTEIRAS DE
AMAMBAI/MS E AIS DO POSTO DE SAÚDE BORORÓ II/MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Grande Dourados, como parte dos requisitos finais para a obtenção do título de Mestre em Antropologia, na área de concentração em Antropologia Sociocultural.

Orientador: Profa. Dra. Simone Becker

Co-Orientadora: Profa. Dra. Marina Vinha

DOURADOS – 2013

MARIANA PEREIRA DA SILVA

**ENTRE VIVÊNCIAS & NARRATIVAS DE JARÝI – PARTEIRAS DE
AMAMBAI/MS E AIS DO POSTO DE SAÚDE BORORÓ II/MS**

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA – PPGAnt/UFGD

Aprovado em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Presidenta e orientadora:

Simone Becker (Dra., UFGD) _____

2º Examinador:

Flavio Braune Wiik (Dr., UEL) _____

3º Examinadora:

Graziele Acçolini (Dra., UFGD) _____

À maior e melhor pessoa que tive a felicidade
de ter como meu pai, Paulo.

As mulheres indígenas Guarani e Kaiowá.

AGRADECIMENTOS

Ao final desta caminhada, gostaria de agradecer a todas as pessoas que fizeram e fazem parte da minha trajetória de vida, as quais de forma direta e indireta contribuíram para a realização deste trabalho.

Agradeço as mulheres Agentes Indígenas de Saúde e as mulheres Guarani e Kaiowá – Alzira, Ilma, Anastacia, Maria Candida – pelo tempo a mim dedicado, pelas conversas e pelo aprendizado, no início de minha vivência em campo.

Agradeço a meu pai, Paulo, pelo amor incondicional, pela educação, carinho, companheirismo nos 24 anos de convivência. Com você aprendi que a relação humana é um caminho de mão dupla, onde estamos sempre amadurecendo nas nossas vivências. Com você aprendi o valor da amizade. Hoje meu ar é mais rarefeito, mas como você dizia: paciência, persistência e equilíbrio sempre!! Sigo em frente. TE AMO PAI!!

Agradeço à minha mãe Adélia, e minha irmã que me apoiaram e tiveram paciência nos meus momentos de revoltas com o mundo. Obrigada. Amo vocês!

Aos meus familiares, tios e primos, pelo apoio em seguir em frente. Especial ao tio Ruy, que sempre me incentivou a investir em meus estudos.

Às minhas amigas Luana, Eliane, Gi, Mariana, Karine, que me proporcionaram momentos de alto astral e descontração durante o tempo de mestrado e por fazerem parte da minha vida.

À Aline, pela conversa sobre sua experiência como psicóloga da SESAI.

Às colegas de sala, Silvana, Sonia, Leni e Nayara pelas conversas sobre as pesquisas, sobre as discussões em torno dos anseios que rondam o mestrado, pelas conversas descontraídas que possibilitaram maior ânimo nesta caminhada.

Aos professores do PPGAnt/UFGD pela dedicação ao ensinar, e por estarem dispostos e abertos a dialogar sobre a pesquisa.

Agradeço à banca de qualificação composta pelos professores Dr. Flavio Braune Wiik e professora Dra. Grazielle Acçolini, por terem me apontados os rumos do trabalho. Muito obrigada!

A Friedl Paz e Celso Aoki, por terem aberto um tempo para ler minha dissertação e dar auxílio a respeito dos Guarani. Muito obrigada!!

Ao Fabio Herinque, pelo tempo passado juntos, nos quais recebi grande apoio e colo nos vários momentos difíceis, e pelos inúmeros sorrisos. Obrigada! E pela formatação desta dissertação.

A minha orientadora Simone Becker, tenho muito que agradecer nesses dois anos de orientação. Obrigada pelo ânimo com que sempre me orientou, pelo aprendizado no campo das legislações, que hoje é um universo mais próximo e mais familiar a minha pessoa. Obrigada, por realmente compreender o significado do tempo de cada um. Tenho que agradecer muito por ter sido sempre acolhedora e respeitadora nos momentos difíceis que enfrentei durante o mestrado. Obrigada! Tenho certeza que se não fosse seu apoio, não sei se teria seguido em frente na construção desta dissertação. Muito Obrigada. Te admiro muito.

“A ideia básica é que as pessoas estão sempre interagindo num processo em que eles percebem e interpretam o que os outros estão dizendo, e também interagem segundo suas interpretações. Nessa perspectiva, a pessoa percebe, interpreta e reage a uma realidade construída, e não a uma que é preexistente ou finita. A noção de doença como experiência encaixa nessa abordagem. Decidir ou interpretar que você está doente é um processo que é construído junto ao seu grupo, envolvendo noções compartilhadas sobre o corpo, seu funcionamento e quais sinais indicam que algo está errado, a gravidade da situação e como interpretá-la.”

(Esther Jean Langdon)

RESUMO

A presente dissertação é uma etnografia que apresenta como fio condutor as categorias da “intermedicalidade” e da “interculturalidade”. Ambas emergem do contato que estabeleci, de um lado, com as Agentes Indígenas de Saúde (AIS) do Posto de Saúde Bororó II, da Terra Indígena de Dourados/MS. De outro lado, com algumas vivências e narrativas de mulheres avós (*jarýi*) da Terra Indígena de Amambai/MS, que na condição de parteiras (ou não) são conhecedoras dos cuidados acerca da gestação e do parto. Para além dos contatos com as AIS, *jarýi* e parteiras, do Posto de Saúde Bororó II da TI de Dourados e da TI de Amambai, levo o/a leitor(a) para passear por entre as principais legislações que visibilizam (ou não) os indígenas e como eles são visibilizados, incluindo a questão da saúde.

PALAVRAS-CHAVES: 1) Intermedicalidade/Interculturalidade; 2) Agentes Indígenas de saúde; 3) Mulheres *jarýi*; 4) Mulheres Parteiras; 5) Guarani e Kaiowá.

ABSTRACT

This present dissertation is an ethnography that presents like common thread the categories of the “inter-medicality” and the “inter-culturally”. Both emerge from the contact that I established, from one side, with the Indigenous health agent (IAH) from the free health centre Bororó II, from Dourados/MS’ indigenous land. On the other hand, with some living and narratives of grandmother women (*jarýi*) from Amambai/MS’ indigenous land, that in condition of midwifery (or not) are expert about the pregnancy and childbirth care. Beyond the contact with the IAH, *jarýi* and midwives, from the free health centre Bororó II, from Dourados’ IL and from Amambai’s IL, I take the reader to walk along the main legislation that make visible (or not) the indigenous and how they are seen, including about the health issue.

KEY WORDS: 1) Inter-medicality/Inter-culturally; 2) Indigenous health agent; 3) *jarýi* women; 4) Midwifery women; 5) Guarani and Kaiowá.

RESUMEN

Esta disertación es un etnografía que presenta como guía las categorías de “intermedicalidad” y “interculturalidad”. Ambas surgen del contacto que he establecido de un lado, con las Agentes Indígenas de Salud (AIS) en el Centro de Salud Bororó II, en la Tierra Indígena del Dourados/MS. Y por otra parte de convivencias y experiencias con mujeres más viejas (*jarýi*) en la Tierra Indígena de Amambai/MS, que son parteras o son titulares de conocimientos acerca del embarazo y parto, escuchando sus narrativas. Más allá de los contactos con las AIS, las *jarýi* y las parteras del Centro de Salud Bororó II de la TI del Dourados y del TI Amambai, invito al lector a caminar a través de las leyes principales que visibilizan (o no) a los indígenas y la forma en que se visualizan, incluyendo el tema de la salud.

PALABRAS-CLAVE: 1) Intermedicalid/ Interculturalidad; 2) Agentes Indígenas de Salud;
3) Mujeres *jarýi*; 4) Mujeres Parteras; 5) Guaraní y Kaiowá.

SUMÁRIO

RESUMO	8
ABSTRACT	9
RESUMEN	10
LISTAS DE ILUSTRAÇÕES	13
LISTA DE SIGLAS	15
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	16
1. DOS PERCURSOS E PERCALÇOS METODOLÓGICOS	18
1.1. Localização dos Kaiowá e Guarani em Mato Grosso do Sul.....	19
1.2. Localização das Terras Indígenas de Amambai e Dourados e minha “mistura” em campo.....	22
1.3. Entradas em campo: Dourados/MS e Amambai/MS.....	28
1.3.1. Posto de Saúde Bororó II na TI Dourados.....	28
1.3.2. Retomada dos contatos com as agentes indígenas de saúde do Posto Bororó II.....	29
1.3.3. Contatos na TI de Amambai em 2010	30
1.4. “Você gosta de antropólogo?”: Meu silenciamento/silêncio em campo	36
2. CARTOGRAFIA ETNOGRÁFICA DAS INSTITUIÇÕES E DAS LEGISLAÇÕES BRASILEIRAS LIGADAS À SAÚDE INDÍGENA	38
2.1. Serviço de Proteção ao Índio - SPI.....	38
2.2. A emergência da Fundação Nacional do Índio - FUNAI	43
2.3. Trajetória da Saúde Pública no País	48
2.3.1. Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS.....	48
2.3.2. Mudança do INAMPS para o Ministério da Saúde	52
2.3.3. Universalização da Saúde – surge o SUS	53
2.4. Inclusão da assistência à saúde à população indígena	56
2.4.1. Fundação Nacional de Saúde – FUNASA.....	57

2.4.2. Secretaria Especial De Saúde Indígena – SESAI	61
3. “OS DITOS E OS FEITOS”: A INTERMEDICALIDADE DE AIS DO POSTO DE SAÚDE BORORÓ II & DAS <i>JARYÍ</i> , PARTEIRAS E <i>ÑANDE SY</i> DE AMAMBAI	63
3.1. O Posto de Saúde: “o epicentro”	63
3.2. Agentes Indígenas de Saúde - AIS	72
3.3. Os discursos de mulheres mais velhas que atuaram como parteiras na TI de Amambai.	79
CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

Imagem 1: Cartograma – Número de terras indígenas e superfície, segundo a situação fundiária.....	20
Imagem 2: Localização da TI de Amambai (triângulo em vermelho) e da cidade de Amambai (círculo em preto)	22
Imagem 3: Foto de satélite da TI de Dourados (delimitação em vermelho) acima, e abaixo a cidade de Dourados (retângulo em preto), nota-se a proximidade entre TI e município	24
Imagem 4: Campanha contrária à demarcação no MS	25
Imagem 5: Anastácia colhendo plantas que auxiliam na limpeza do útero em uma área pequena com mata, próximo a sua casa.....	30
Imagem 6: Durante a conversa no pátio de sua casa, Alzira me deu explicação sobre como deve ser feita a massagem na barriga da gestante, para auxiliar na hora do parto	31
Imagem 7: Alzira demonstrando a resina que solta da árvore <i>Yvyra partera</i> . São nítidas as marcas no tronco da árvore, indicando que já foi descascada várias vezes e em diversos momentos, certamente por pessoas que extraíam o remédio.....	31
Imagem 8: Maria Cândida, <i>ñande sy</i> e parteira	33
Imagem 9: Dona Ilma, no pátio de sua casa, nota-se as plantas, que em sua maioria são plantas medicinais	35
Imagem 10: Ilma e objetos rituais, em frente ao <i>yvyra marangatu</i> com o <i>takuapu</i> , bastão de ritmo, em mãos	35
Imagem 11: Distribuição dos DSEI.....	60
Imagem 12: Organização dos DSEI	61
Imagem 13: De satélite com perímetro da reserva indígena de Dourados. A linha em vermelho é a BR 156 que corta a reserva. O pontilhado em amarelo é um dos travessões principais que dá acesso à Jaguapiru e à Bororó.....	65

Imagem 14: via satélite da localização do Posto de Saúde Bororó II, a linha pontilhada segue o percurso de dois quilômetros da Vila Olímpica até o Posto de Saúde	65
Imagem 15: Frente Posto de Saúde Bororó II – FONTE: Mariana Pereira da Silva, 2009.....	66
Imagem 16: Lateral do Posto de Saúde Bororó II. Nota-se ao redor do posto, as bicicletas - meio de transporte muito utilizado pelos indígenas, e também pelas agentes de saúde que percorrem as casas para realizar as visitas.....	66
Imagem 17: Croqui da divisão do Posto de Saúde	67
Imagem 18: Travessão que dá acesso à estrada ao Posto de Saúde nota-se o capim colônio ao redor da estrada.....	69
Imagem 19: Próximo ao Posto de Saúde, casa de quatro agentes de saúde e uma auxiliar de limpeza (Flavia). Interessante perceber a proximidade de algumas casas, que pode indicar, como o caso, relação de parentesco. AIS da casa A e B são respectivamente, tia e sobrinha (Maria e Lúcia), na casa D e E são irmã (Ana e Juliana)	70
Imagem 20: Nota-se a presença de luz elétrica, casa de alvenaria e casa de sapé	71
Imagem 21: Solicitação de exame a uma gestante, serviço realizado pela AIS.....	73
Imagem 22: Anastácia Ribeiro com planta facilitadora do parto, colhida perto de sua casa ...	81
Imagem 23: Alzira Lopes, demonstrando como deve ser realizada a massagem na parturiente na hora do parto	84
Imagem 24: Maria Candida Catalan, <i>ñande sy</i> e Alzira Lopes	85
Imagem 25: Fogo aceso à maneira tradicional	86

LISTA DE SIGLAS

FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
AIS	Agentes Indígenas de Saúde
SPI	Serviço de Proteção ao Índio
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
SESAI	Secretaria Especial Saúde Indígena
TI	Terra Indígena
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta
MPF	Ministério Público Federal
UFGD	Universidade Federal da Grande Dourados
SPILTN	Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais
CF	Constituição Federal
CIMI	Conselho Indígena Missionário
SUCAM	Superintendência de Campanha de Saúde Pública
FSESP	Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
SNS	Sistema Nacional de Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
LBA	Fundação Legião Brasileira de Assistência
INSS	Instituto Nacional de Segurança Social
PNAISM	Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
DSEIS	Distritos Sanitários Especiais indígenas
CASAI	Casa de Apoio a Saúde Indígena
RANI	Registro Administrativo de Nascimento Indígena
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz

ENTRE VIVÊNCIAS & NARRATIVAS DE JARÝI E PARTEIRAS DE AMAMBAI/MS E AIS DO POSTO DE SAÚDE BORORÓ II/MS

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O interesse em desenvolver estudo na linha de saúde indígena me acompanha desde a graduação em Ciências Sociais. Em uma conversa com uma colega enfermeira da FUNASA à época, ano de 2008, essa me relatou sobre as dificuldades encontradas por profissionais de saúde na realização dos procedimentos médicos com alguns indígenas. Contou-me sobre a dificuldade enfrentada por ela em realizar pré-natal com uma gestante que se negava a ir às consultas ao posto de saúde.

Este fato me chamou atenção e quando tive oportunidade de realizar estágio curricular na antiga FUNASA, procurei perceber (hoje percebo sobre o que percebia) a fluidez entre biomedicina e conhecimentos tradicionais indígenas referentes à gestação e parto. No trabalho de conclusão de curso da graduação dei continuidade a essa temática, não mais através da FUNASA, mas diretamente com as mulheres indígenas, que tinham o conhecimento acerca de parto e gestação.

Ao prestar mestrado em Antropologia, queria abraçar o mundo na dissertação com um projeto que visava perceber as diferenças do cuidado de saúde no Brasil, dando continuidade em Amambai e Dourados e no Paraguai, em Pedro Juan Caballero. Mas, durante as conversas de orientação e, principalmente após a banca de qualificação, o objetivo do projeto foi-se modificando, até chegar ao que foi desenvolvido nestas páginas que seguem.

A dissertação está dividida em três capítulos, nos quais faço o exercício de apresentar meu campo que somado às leituras sobre o tema, configuram a presente etnografia.

No primeiro capítulo, “Dos Percursos e Percalços Metodológicos”, apresento minha entrada em campo, como foram estabelecidos os contatos com as mulheres indígenas nas reservas de Amambai/MS e de Dourados/MS, sejam elas AIS (agentes indígenas de saúde), parteiras, *jarýi* e *ñande sy*. Isto, para situar o leitor de qual lugar estou falando nos dois lócus

distintos de minhas imersões. Assim, trago à tona minhas limitações; como uma visão negativa de minhas interlocutoras sobre o papel do antropólogo me travou em campo, como minhas subjetividades e vivências fora da academia me acompanharam nessa caminhada, incluindo, por exemplo, o acesso às narrativas de parteiras de Amambai.

No segundo capítulo, “Cartografia Etnográfica das Instituições e das Legislações Brasileira ligadas à Saúde Indígena”, convido o leitor a me acompanhar na viagem de como as instituições – SPI, FUNAI, FUNASA, SESAI – que atendiam e atendem os indígenas foram instituídas e em quais contextos (históricos) sociais elas nascem. E em que medida, isto está ligado com a implantação das legislações acerca dos indígenas e para além do fio condutor das “leis” ou de seus “planos ideais”, perceber as convergências do contexto social englobante e nacional com o processo de colonização na região atualmente conhecida como Mato Grosso do Sul. Em síntese, faço um retrospecto das mudanças acerca da saúde pública, até a consolidação do campo intercultural da legislação da saúde indígena.

No último capítulo, “Os Ditos e os Feitos”: a intermedicalidade de AIS do posto de saúde Bororó II & das *jarýi*; parteiras e *ñande sy* de Amambai”, apresento meus dados de campo aos moldes mais clássicos da antropologia – “observação participante” (MALINOWSKI, 1978), costurando-os com diálogos teóricos. Procuo analisar como se dá a intermedicalidade das AIS, ao passo que são elas que estão na linha de fronteira entre o saber biomédico e o saber tradicional voltados, por exemplo aos cuidados com gestação e parto. O foco nas AIS é importante para o desenvolvimento desta dissertação, porque a partir do contato com elas, pude perceber a fluidez entre conhecimentos tradicionais e medicina(s). Ao mesmo tempo, é neste capítulo que percebo como e em qual medida as falas das mulheres indígenas de Amambai indicam para a valorização dos conhecimentos tradicionais. E mais: se elas são usuárias dos serviços de saúde oferecidos aos indígenas através da antiga FUNASA, atualmente SESAI, isto não indica necessariamente para tensões entre ambos os saberes, mas pode sim indicar para os “itinerários terapêuticos” seguidos por essas mulheres e pelas gestantes indígenas Guarani e Kaiowá.

DOS PERCURSOS E PERCALÇOS METODOLÓGICOS

Ao longo de minha trajetória pessoal e acadêmica, tive a oportunidade de conhecer algumas mulheres indígenas Kaiowá e Guarani que, não somente me auxiliaram em pesquisa acadêmica, como também fizeram parte em determinados momentos de minha história familiar. Relatos da gestação de minha mãe somaram-se ao meu interesse quanto às pesquisas desenvolvidas junto à temática da saúde indígena, mais especificamente ao que se refere à gestação e ao parto. Mas, foram as vivências obtidas durante minha formação acadêmica que delinearão o tema e o objeto (ex)postos nesta dissertação e que foram esboçados e moldados ao longo de minha graduação.

Na graduação em Ciências Sociais, fiz estágio curricular e trabalho de conclusão de curso (TCC) na área de Antropologia, já focando a temática de saúde indígena. Essas primeiras entradas em campo ocorreram durante os meses de outubro de 2009, com idas diárias ao Posto de Saúde Bororó II¹ e à “Terra Indígena (TI) de Dourados²” e de abril e maio de 2010, com idas esporádicas na TI de Amambai. Todos estes acessos possibilitaram-me tecer os primeiros contatos com os profissionais de saúde que trabalham na SESAI (Secretaria Especial de Saúde Indígena), antiga FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), e com as mulheres mais velhas³ que realizaram partos e são conhecedoras de plantas e rezas que, segundo informações com elas compartilhadas, facilitam o parto. Abro um parêntese para esclarecer o uso que faço do termo “terra indígena”. Uso ao longo de minha dissertação, a expressão “terra indígena” como englobante de “reserva”, não excluindo, portanto, a referência a esta última para me remeter às comunidades indígenas alocadas na Bororó e em

¹ A referência a este posto de saúde como sendo intitulado Zelik Trajber, médico que coordena o polo de Dourados, se deu por opção às referências das minhas interlocutoras em campo. Isto é, quando questionei em minhas primeiras idas o nome do posto, o mesmo era citado como sendo posto de saúde Zelik Trajber.

² O nome oficial da terra indígena e/ou reserva de Dourados é Francisco Horta Barbosa.

³ As mulheres mais velhas são aquelas avós autointituladas como “*jaryĩ*”.

Amambai. Ao invés de utilizar somente o termo “reserva”, muito usado pelos antropólogos que estão no MS, assim como “aldeia” pelas minhas interlocutoras, opto (também) pela categoria analítica “terra indígena”.

Entretanto, vale destacar as diferenças tecidas por João Pacheco de Oliveira (1998, p.18). Para este à luz do que estabelece o artigo 17 do Estatuto do Índio (lei 6001/1973), o termo “terra indígena” engloba outras três categorias, a saber: “as terras ocupadas ou habitadas pelos silvícolas”; “as áreas reservadas” e “as terras de domínio das comunidades indígenas ou de silvícolas”. Assim, o artigo 26 da mesma legislação referencia a reserva indígena como aquele território destinado pela União aos indígenas para que somente com o uso (usufruto) – não propriedade - possam tirar dela sua subsistência. Na sequência, o artigo 27 concede contornos à sua definição: “reserva Indígena é uma área destinada a servir de habitat a grupos indígenas, com os meios suficientes à sua subsistência” (BRASIL, 2013b).

Antes de adentrar no detalhamento de minhas entradas em campo e de como ele foi produzido nesta dissertação, faz-se necessário que eu contextualize neste capítulo a localização das duas TI's acessadas (de Dourados – mais especificamente a Bororó – e de Amambai) por mim, com o objetivo de analisar o que denomino de minha própria “mistura” em campo. Aqui a “mistura” se refere ao fato de que desde minha infância cresci em meio ao contexto indígena de Amambai e a isto se soma o discurso de resistência construído pelos meus pais e por mim incorporado contra as reiteradas exclusões midiáticas – mas não apenas - em relação aos indígenas locais. A partir desta introjeção que me subjetiva há tempos, passei, por exemplo, a “naturalizar” uma visão binária entre a biomedicina e as práticas tradicionais indígenas. E mais: esta visão binária esteve acompanhada da “tensão” produzida pelo meu olhar entre a biomedicina e as práticas tradicionais indígenas que não necessariamente existe no meu material de campo, mas que com o meu não distanciamento passei a essencializar. Princípio, então, pela localização das antes citadas Terras Indígenas a partir de um panorama (breve) demográfico e geográfico, mesclado ao histórico do contexto onde estão os Kaiowá e Guarani no e do Mato Grosso do Sul, sendo que no próximo capítulo pincelarei (também) dadas particularidades históricas destes mesmos sujeitos, tomando como fio condutor as legislações voltadas à saúde indígena e a criação das principais instituições a ela vinculadas.

1.1. Localização dos Kaiowá e Guarani em Mato Grosso do Sul

Estima-se que no Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012) há 896,9 (oitocentos e noventa e seis mil e noventos) indígenas no

território nacional, sendo 36,2 % em área urbana e 63,8% na área rural. Dentre eles, 817,9 (oitocentos e dezessete mil e novecentos) indígenas se declaram enquanto tais “no quesito cor ou raça” e 78,9 (setenta e oito mil e novecentos) indígenas que residem em terras indígenas, assim se declaram como sendo de outra “cor ou raça”, “mas se consideravam “indígenas” de acordo com aspectos como tradições, costumes, cultura e antepassados.” (IDEM, s/p). Foram 505 (quinhentas e cinco) as terras indígenas identificadas, segundo os mesmos dados. Por sua vez, “essas terras representam 12,5% do território brasileiro (106,7 – cento e seis milhões e setecentos hectares), onde residiam 517,4 (quinhentos e dezessete mil e quatrocentos) indígenas (57,7% do total). Apenas seis terras tinham mais de 10 (dez) mil indígenas; 107 (cento e sete) tinham entre mais de mil e 10 mil, 291 (duzentas e noventa e uma) tinham entre mais de cem e mil e em 83 (oitenta e três) residiam até 100 (cem) indígenas” (IBIDEM, s/p).

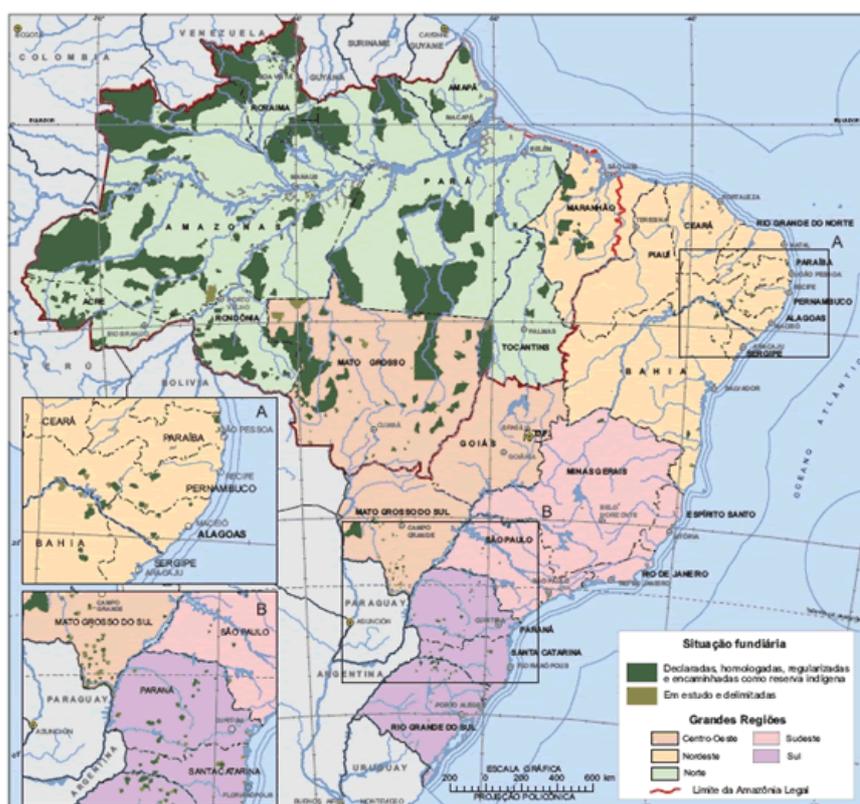


Imagem 1: Cartograma – Número de terras indígenas e superfície, segundo a situação fundiária. FONTE: IBGE, 2012.

Segundo dados do mapa Guarani Retã (AZEVEDO et al, 2008) existem 40 (quarenta) mil Guarani e Kaiowá residentes no Mato Grosso do Sul. Nesse sentido, Azevedo *et al.* (IDEM, p.13) afirmam:

que a maior parte da população Guarani e Kaiowá, cerca de 80% segue nas oito reservas demarcadas pelo SPI, nas quais há forte concentração dos serviços de

saúde, educação e assistência oferecidos pelo governo. O caso mais grave diz respeito às terras indígenas de Dourados, Amambai e Caarapó – que juntas somam 9.498 hectares de terra e abrigam mais da metade do total de 40 mil Guarani e Kaiowá residentes no MS, permitindo compreender a extensão do confinamento imposto a essa população.

Dados do Censo Indígena de 2012 mostram uma população de 61.158 (sessenta e um mil cento e cinquenta e oito) indígenas em MS. Os Kaiowá e Guarani tiveram seus territórios bastante diminuídos no decorrer do século passado, tal como pormenorizarei na parte do presente trabalho destinada à compreensão das legislações voltadas à saúde indígenas das mulheres. Cabe destacar que o espaço em que vivem atualmente não reúne recursos ambientais suficientes para a sustentação das comunidades, em conformidade com seu modo de ser tradicionalmente ressignificado (como de todas as demais comunidades) em meio ao processo histórico local, regional e nacional. A antropóloga Katya Vietta em sua tese destaca a questão da reordenação territorial dos Kaiowá e Guarani sul-mato-grossenses, a fim de sublinhar a superpopulação nas “reservas indígenas” aliada à degradação ambiental.

No entanto, embora ainda sem alcançar o êxito pretendido, os kaiowa e guarani têm gradativamente ampliado o seu lugar nesta disputa, a qual, apesar das garantias legais, continua permanentemente, desequilibrada pelo contexto político e econômico local e nacional. Ao final dos anos 1970, eles dão início às primeiras reocupações, ainda que de pequenos fragmentos das antigas terras. Desde então, várias delas são retomadas com algum êxito (...). Mesmo assim, as reservas e demais terras ocupadas caracterizam-se pela superpopulação, pela degradação ambiental e pelo acúmulo de problemas sociais, onde a pobreza e a quase total falta de recursos são apenas um deles. (VIETTA, 2007, p.80).

A partir da agenda de ações afirmativas produzida pela antropóloga Rita Laura Segato (2003), voltada à saúde das mulheres indígenas, penso que as questões históricas que afetam as sociedades indígenas têm gerado uma série de problemas sociais que interferem diretamente nas condições de saúde da população, requerendo ações e programas desenvolvidos por órgãos de assistência pública. Muitos destes programas interferem diretamente nas práticas indígenas, em especial no reconhecimento do trabalho das parteiras, como destaca Segato (2003, p.53).

Reconhecimento profissional e incentivo às parteiras indígenas como práticas.
Campanha de valorização e revitalização dos saberes indígenas na área da alimentação tradicional, preservação da saúde e da cura de doenças físicas e mentais, e especialmente do saber das mulheres detentoras desses conhecimentos tradicionais.

1.2. Localização das Terras Indígenas de Amambai e Dourados e minha “mistura” em campo.

O município de Amambai, localizado a sudoeste do estado de Mato Grosso do Sul, tem 35.133 (trinta e cinco mil cento e trinta e três) habitantes, sendo que 5.469 (cinco mil quatrocentos e sessenta e nove) declararam-se indígenas, segundo dados do IBGE de 2012. É um município, como a grande maioria dos municípios do estado, envolto de fazendas agropastoris graças ao processo de ocupação (e colonização) da região. Abaixo, foto de satélite onde aparece o município abaixo à esquerda, e acima ao centro a TI de Amambai. Nota-se a proximidade entre a cidade e a TI, sendo estas rodeadas por fazendas da região.

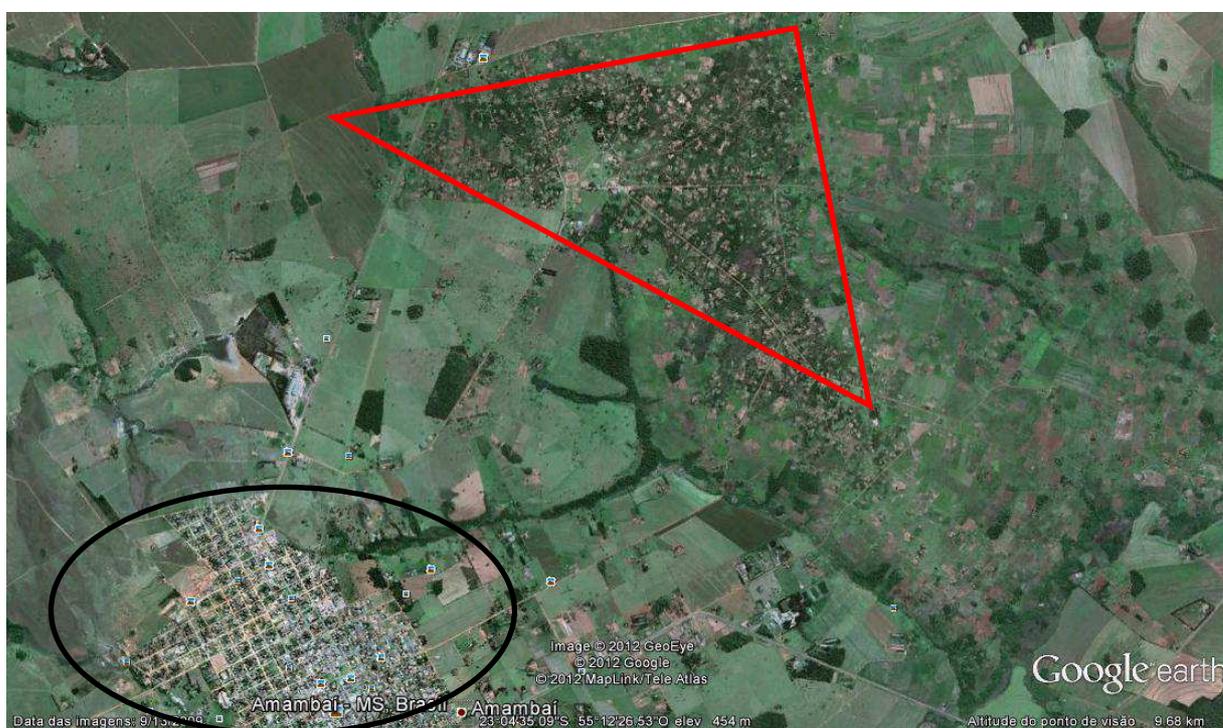


Imagem 2: Localização da TI de Amambai (triângulo em vermelho) e da cidade de Amambai (círculo me preto) - FONTE: Google Earth, 2012.

Situo o leitor neste cenário para mapear a realidade onde cresci e para que eu reflita sobre o contexto que me direcionou a ter uma atuação mais política em campo, ao invés, por exemplo, do papel do antropólogo mediador das alteridades ou distanciado de uma “militância”. Segundo Eunice Durham (1986, p 27), em seu artigo “A pesquisa antropológica com populações urbanas: problemas e perspectivas”, a autora problematiza a questão da postura política do pesquisador nas pesquisas antropológicas:

Com efeito, assistimos hoje a uma politização crescente do nosso universo social que incide duplamente na situação do pesquisador. De um lado, o próprio clima intelectual tem se desenvolvido no sentido de criticar o isolamento acadêmico,

proclamando a necessidade de um engajamento político dos cientistas e enfatizando sua responsabilidade social. De outro, são os próprios “objetos de pesquisa” que cobram dos investigadores esse tipo de atuação e de identificação política. [...]

Numa formulação sintética e um pouco caricatural, pode-se dizer que estamos passando da observação participante para a participação observante e resvalando para a militância.

A TI de Amambai segundo dados explorados por Martins de Siqueira (2007, p.47) foi a primeira reserva criada pelo Serviço de Proteção aos Índios (SPI), sendo o Decreto nº 404, de 10/09/1915 o responsável por destinar uma área de 3.600 ha (três mil e seiscentos hectares) aos indígenas. À época nomeava-se esta área de Posto Benjamin Constant, sendo que também foi conhecido como Posto Indígena de Fronteira (MARTINS DE SIQUEIRA, 2007). Somente em 26 de outubro de 1991, pelo Decreto nº 277 fora homologada tal área com superfície de 2.429 ha e perímetro de 22 km. Segundo dados do IBGE (2012), atualmente há 7.158 (sete mil cento e cinquenta e um) indígenas das etnias Kaiowá e Guaraní no Mato Grosso do Sul, sendo a correlação entre habitantes e terras menor do que 0.5 ha por pessoa.

A Terra Indígena Francisco Horta Barbosa possui uma extensão de 3.5 ha (três mil e quinhentos) hectares. Assim como a TI de Amambai aproxima-se da “cidade” de Amambai, a TI Francisco Horta Barbosa está localizada nos arredores de Dourados, mais especificamente ao norte da cidade. Dourados é o segundo maior município do estado com 196.035 (cento e noventa e seis mil e trinta e cinco) habitantes. A TI de Dourados tem, segundo dados do IBGE (2012), 11.146 (onze mil cento e quarenta e seis) mil indígenas das etnias Kaiowá, Guaraní (Ñandéva) e Terena que vivem nas duas comunidades existentes dentro da TI de Dourados, Bororó e Jaguapiru.



Imagem 3: Foto de satélite da TI de Dourados (delimitação em vermelho) acima, e abaixo a cidade de Dourados (retângulo em preto), nota-se a proximidade entre TI e município. FONTE: Google Earth, 2013

O estereótipo do “índio” na visão sul-mato-grossense é carregada de estigmas/desvios, (VELHO, 1985), em especial por parte do “discurso competente/autorizado” (CHAUI *apud* BECKER, 2008) midiático. A título de exemplo, em julho de 2008 quando instaurado o grupo de trabalho pelo “Termo de Ajustamento de Conduta” (TAC) feito entre o Ministério Público Federal (MPF) e a FUNAI, com o intuito de iniciar as atividades de regularização de territórios indígenas no Sul do MS, intensas manifestações contrárias aos indígenas e ao trabalho de reconhecimento de seus direitos emergiram na região e se estendem até os dias atuais. A partir de sua efetivação, nos municípios desta região as faixas com os dizeres “produção sim, demarcação não” estampavam-se em carros, caminhonetes e postes que agora se mesclam com aquelas inspiradas no programa federal – “minha casa, minha vida”:



Imagem 4: Campanha contrária à demarcação no MS – FONTE: Google Imagens.

Assim, a veiculação dos indígenas como “sujos, preguiçosos, bêbados”, etc, mescla(va)-se àquelas disseminadas pela mídia impressa local de maior circulação. Uma delas, referente ao episódio antes descrito, foi veiculada pelo Correio do Estado sob a manchete “Sul de MS pode se tornar grande aldeia indígena: até as zonas urbanas dos municípios podem se transformar em aldeias”. A matéria assinada pela redação do jornal campo-grandense, aos 25 dias de julho de 2008, destacava dentre outros enunciados que:

O Estado do Mato Grosso do Sul pode, em muito breve, sofrer um grande impacto negativo em sua estrutura econômica e social e, infelizmente, Amambai está entre os municípios que serão atingidos. [...]. Também é muito comum indígenas embriagados perambulando pelas cidades, perturbando a ordem pública (CORREIO DO ESTADO, 2008, s/p).

Algo, aliás, explorado pelo antropólogo José Maria Trajano (2007) ao analisar a situação dos indígenas/“bugres” mendigos “duplamente excluídos” na e da cidade de Amambai, ora porque não são aceitos no meio urbano, ora porque não são mais aceitos nas “reservas”.

Feitas estas considerações, grafo que ao crescer ouvindo esses preconceitos, tomei uma posição mais de militante, sobretudo, ao refletir sobre as contribuições da minha banca de qualificação no e do mestrado. Uma posição que tendeu a ser mais de “pesquisador agente-político” (ZALUAR, 1986, p.114) do que pesquisadora acadêmica nos padrões veiculados como clássicos. Acabei por ter certa resistência (à fluidez discursiva) em campo ao conversar com profissionais de saúde, motivo pelo qual as análises por mim feitas até a qualificação e, apresentadas em eventos científicos, esteve sobremaneira carregada da minha visão de desconsiderar os “itinerários terapêuticos” (LANGDON, 2001) de indígenas parturientes, e, então de negar diálogos e intermedicalidades (interculturalidades) entre a biomedicina e as práticas tradicionais.

Normalmente ficava mais reservada e “armada” com o que iriam dizer a respeito das práticas indígenas referentes à saúde, partindo do pressuposto de que estas eram constantemente combatidas ou desconsideradas. Sem perceber, acabei por separar em blocos distintos biomedicina e medicina tradicional indígena, deixando de perceber tanto o meu não distanciamento das causas indígenas, e, por conseguinte, que as fronteiras que possivelmente separam o universo indígena daquele não indígena em se tratando de Mato Grosso do Sul são muito mais fluidas. Trago aqui o artigo de Antonio Carlos de Souza Lima (2002), “ O Indigenismo no Brasil: migração e reapropriações de um saber administrativo”, para pensar na minha postura mais militante em campo e de um fazer que me fez lembrar das práticas indigenistas. No artigo, o autor apresenta como o termo “indigenismo” no Brasil foi apropriado e reelaborado de seu contexto de origem, deixou de se referir, aqui no Brasil, a um saber do Estado, “em compensação, ganhou novos significados: o de instrumento de intervenção crítica, militante e utópica, o que o desloca do mundo da administração e de seus saberes para o terreno de uma certa ética universitária” (IDEM, p.179). Porém essa reelaboração trouxe consigo alguns percalços para quem está iniciando a prática antropológica:

Em um outro plano, professar o credo ético *indigenista* permite aos jovens antropólogos adotarem posturas ingênuas em trabalhos aplicados, no âmbito de contratos com o estado ou ONGs: sem preparo para exercer o papel de mediação política que essas atividades implicam, ou ainda para decifrar os diferentes sistemas de significado em jogo na produção de textos destinados a servir de prova técnica em processos jurídicos, eles recorrem, mais do que a instrumentos teóricos ou metodológicos de sua disciplina, a uma espécie de senso comum oriundo da tradição sertanista. Para além do emprego de consultor em questões indígenas, é o conjunto do mercado do trabalho para antropólogos que está em jogo nessa ausência de um sistema de formação profissional adequado, capaz de aliar a formação básica dos doutorandos à reformulação de questões irreduzíveis à fetichização teórica dos “clássicos” aos quais se refere a “corporação antropológica” para defender sua (fraca) autonomia relativa diante da administração e das preocupações internacionais com o desenvolvimento (IBIDEM, p. 179-180).

A dificuldade em perceber o meu não distanciamento das causas indígenas se deu e se dá também pela minha história de vida que se “mistura” ao meu “objeto” de pesquisa. Não se trata de pesquisar o “exótico”, o “distante” como disse Malinowski (1978), mas em se trabalhar com um grupo familiar, haja vista que o quintal da casa de meus pais – metaforicamente falando – era a extensão das Terras Indígenas de Amambai. Gilberto Velho em seu artigo “Observando o familiar” (1978, p.7-8) expõe as dificuldades em se estudar o que é familiar ao pesquisador:

Não só o grau de familiaridade varia, não é igual a conhecimento, mas pode constituir-se em impedimento se não for relativizado e objeto de reflexão sistemática. Posso estar acostumado, como já disse, com uma certa paisagem social onde a disposição dos atores me é familiar, a hierarquia e a distribuição de poder permitem-me fixar, *a grosso modo*, os indivíduos em categorias mais amplas. No entanto, isso não significa que eu compreenda a lógica de suas relações. O meu conhecimento pode estar seriamente comprometido pela rotina, hábitos, estereótipos. Logo, posso ter um mapa, mas não compreendo necessariamente os princípios e mecanismos que o organizam. O processo de descoberta e análise do que é familiar pode, sem dúvida, envolver dificuldades diferentes do que em relação ao que é exótico. Em princípio, dispomos de mapas mais complexos e cristalizados para a nossa vida cotidiana do que em relação a grupos ou sociedades distantes ou afastados. Isso não significa que, mesmo ao nos defrontarmos, como indivíduos e pesquisadores com grupos e situações aparentemente mais exóticos ou distantes, não estejamos sempre classificando e rotulando de acordo com princípios básicos através dos quais fomos socializados.

Estudar o que é próximo e as dificuldades que isto implica, não retira a cientificidade do trabalho que (sempre) será relativa, assim como quando nos deparamos com o exótico, haja vista a transversalidade da subjetividade do pesquisador constituidora do *métier* antropológico:

A "realidade" (familiar ou exótica) sempre é filtrada por um determinado ponto de vista do observador, ela é percebida de maneira diferenciada. Mais uma vez não estou proclamando a falência do rigor científico no estudo da sociedade, mas a necessidade de percebê-lo enquanto objetividade relativa, mais ou menos ideológica e sempre interpretativa.

Este movimento de relativizar as noções de distância e objetividade, se de um lado nos torna mais modestos quanto à construção do nosso conhecimento em geral, por outro lado permite-nos observar o familiar e estudá-lo sem paranoias sobre a impossibilidade de resultados imparciais, neutros. (IDEM, p.9)

Eunice Durham (1986, p.26) corrobora com Velho, ao se referir à subjetividade do pesquisador e expõe uma mudança (crítica) do foco da observação, para a participação nas pesquisas urbanas:

Tal como foi formulada inicialmente, a técnica implicava uma ênfase na *observação*, que se queria ser mais objetiva possível, e a participação se apresentava como condição necessária dessa observação. Na alteração recente no uso dessa técnica nota-se uma valorização crescente da subjetividade do observador – a experiência, os sentimentos, os conflitos íntimos são amplamente descritos e analisados. Concomitantemente, um esforço consciente de identificação do antropólogo com a população estudada, privilegiando-se a *participação*. [...].

Ao estudar o que me é próximo, o que faz parte da “paisagem social” (VELHO, 1978) que sempre visualizo, acabei por não perceber em primeira mão a fluidez entre a biomedicina e o universo indígena. Revisitando os dados de campo e em conversas com minha orientadora (após a qualificação e leituras sobre intermedicalidade), percebi que essa fluidez aparecia nos

diálogos, por exemplo, com agentes indígenas de saúde (AIS⁴) do Posto de Saúde da TI de Dourados, da aldeia Bororó.

1.3. Entradas em campo: Dourados/MS e Amambai/MS

Trago agora dados da minha inserção em campo que não se limita ao período (temporal) do mestrado, mas àqueles do meu estágio curricular na graduação e do trabalho de conclusão do curso de ciências sociais. Todos compõem o cenário de minha etnografia posta nesta dissertação.

1.3.1. Posto de Saúde Bororó II na TI Dourados

O primeiro contato que tive foi através da realização do estágio curricular desenvolvido a partir de convênio da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) com a então Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), no posto de saúde Bororó II, na comunidade Bororó, terra indígena de Dourados-MS, no período de 27/10/09 a 13/11/09. O contato direto com as gestantes ocorreu através da antiga FUNASA por intermédio das agentes indígenas de saúde (AIS). Este contato com as agentes foi essencial para o desenvolvimento da pesquisa, porque a partir delas foi possível não apenas o encontro com as gestantes, mas o acesso à visão e aos procedimentos de saúde da FUNASA, da qual recebem treinamentos, além do contato com o médico e a enfermeira do posto e observações no dia-a-dia dos trabalhos ali realizados. E, também através das agentes, todas indígenas Kaiowá e Guarani-Ñandéva, foi possível o contato, com a visão e as práticas vigentes e atuais sobre gestação e parto na medicina Kaiowá, incluindo acesso a informações diretas de gestantes sobre o tema.

O objetivo do meu projeto de estágio foi o de levantar os dados referentes à intervenção da política oficial do Estado brasileiro, feita através da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, procurando entender como a Fundação lida com os tratos tradicionais indígenas de saúde, especificamente gestação e parto. Sabe-se que antes da criação da FUNASA o atendimento de saúde nas áreas indígenas Guarani era realizado pela FUNAI, com as equipes volantes, que iam às aldeias periodicamente. Na época eram frequentes os partos feitos em casa, com parteiras. Após a criação da FUNASA, para atendimento

⁴ Todos os nomes das agentes indígenas de saúde (AIS) foram trocados, pelo fato de eu não ter recebido a permissão explícita por parte delas, assim como das demais profissionais de saúde que trabalhavam no citado posto de saúde. Das *jarýi* de Amambai mantive os nomes pelo fato de ter recebido esta permissão.

específico de saúde às populações indígenas, progressivamente a maioria dos partos passou a ser realizado em hospitais.

O estágio na área indígena foi de três semanas, período que permitiu observação participante, com acompanhamento das visitas das agentes de saúde às gestantes em suas casas e vivência do cotidiano no Posto de Saúde da Bororó II. Neste local, foi possível também participar de atividades, desde a limpeza, preencher fichas para a coleta de preventivo, ajuda na sala de triagem (pesagem, temperatura, estatura), possibilitando assim maior contato com as técnicas de enfermagem e ajudante geral, ambas indígenas, e com a equipe médica. Segundo Luís Roberto Cardoso de Oliveira (2004, p.34) “uma vez no campo, o antropólogo também se relaciona com os nativos enquanto ator, e frequentemente participa do modo de vida de grupo estudado ou compartilha experiências com seus interlocutores”.

Ao final do período de estágio, houve conversa com a equipe médica que lá trabalhava, entrevista com o médico e enfermeira. A equipe da FUNASA, na época de meu estágio era composta por um médico, uma enfermeira, um nutricionista, um dentista que atendia periodicamente, e o motorista. Quando voltei a campo, em julho de 2011, o posto havia passado por reformas, e, então, o dentista tinha uma sala para atendimento e uma ajudante.

Durante o período de estágio (27/10/09 a 13/11/09), visitei a casa de vinte e três gestantes, mais do que o previsto em plano de estágio, o que possibilitou um maior quadro das gestantes da reserva. O contato com as gestantes deu-se através das agentes de saúde do posto e, repito que para o presente trabalho centro-me nas AIS.

1.3.2. Retomada dos contatos com as agentes indígenas de saúde do Posto Bororó II

Em junho de 2011 retomei os contatos com as agentes de saúde do Posto Bororó II da TI de Dourados. Fui bem recebida pelas agentes, que durante as conversas remetiam-se a minha estada no posto em 2009. Retornei cinco vezes ao posto, uma vez por semana no mês de junho e início de julho, todas as quartas-feiras, para conversar com as agentes de saúde. Cheguei a participar de uma festa junina do pessoal da SESAI, como convidada das referidas. E também foi no retorno deste contato que me silencieei em campo, ao perceber durante minha apresentação como “mestranda de antropologia” que uma das agentes de saúde que muito me auxiliou no período de estágio “não gostava de antropólogos”. Retorno mais adiante, de forma mais detalhada ao meu “silenciamento” em campo, sem deixar de aqui pontuar um possível marcador a partir de quando ele conscientemente se iniciou.

1.3.3. Contatos na TI de Amambai em 2010

A primeira entrada na TI de Amambai, para contatar mulheres que haviam realizado partos se deu no dia 14/04/10. O contato inicial que tive na TI foi Anastácia Ribeiro, 52 anos, Kaiowá. Conheci Anastácia por intermédio de meu pai, que tinha contato com dois de seus filhos. Visitei Anastácia mais três vezes no mês de abril de 2010 e início do mês de maio do mesmo ano. Essas visitas ocorreram com idas esporádicas, normalmente uma vez por semana na casa de Anastácia e em meio a elas, a mesma me relatou que havia realizado parto de sua nora, e conhecia algumas plantas para auxiliá-lo (foto 5). Anastácia foi solícita ao relatar seus conhecimentos sobre rezas e plantas, e também sobre os cuidados com o recém-nascido.



Imagem 5: Anastácia colhendo plantas que auxiliam na limpeza do útero em uma área pequena com mata, próximo a sua casa – FONTE: Mariana Pereira da Silva, 2010

Em Amambai, conversei também com Alzira, 52 anos, mulher Guarani que presenciou a gestação de minha mãe, em grande medida por trabalharem juntas na escola Patrimônio Kaiowá em meados de 1986. Já a conhecia pelo contato que tive durante minha infância na TI de Amambai, mas o contato para me auxiliar na construção de meu trabalho de pesquisa iniciou no mês de maio de 2010. O primeiro ocorreu no dia 15 de maio de 2010 na escola onde trabalha como merendeira na TI de Amambai, lócus onde marcamos uma conversa sobre os cuidados tradicionais referentes à gestação e ao parto das mulheres Kaiowá e Guarani. Em outra ocasião, durante a conversa que se realizou em sua casa, ela fazia gestos com as mãos (foto 6) demonstrando como devem ser feitas as massagens durante o parto. Alzira me levou

até uma árvore, *yvyra partera* (foto 7), utilizada (como remédio) para auxiliar na hora do parto, que solta uma resina quando se retira uma lasca de seu tronco. A informação é que se deve misturar a resina da casca à água e dar para a gestante tomar a partir do oitavo mês, assim o parto ocorrerá rápido e facilitado para a mulher.



Imagem 6: Durante a conversa no pátio de sua casa, Alzira me deu explicação sobre como deve ser feita a massagem na barriga da gestante, para auxiliar na hora do parto – FONTE: Mariana Pereira da Silva, 2010.



Imagem 7: Alzira demonstrando a resina que solta da arvore *yvyra partera*. São nítidas as marcas no tronco da árvore, indicando que já foi descascada várias vezes e em diversos momentos, certamente por pessoas que extraíam o remédio – FONTE: Mariana Pereira da Silva, 2010.

Alzira não se identifica como parteira, mas diz que já realizou parto em sua vida. Quando a perguntei se haviam parteiras na TI, ela respondeu negativamente. Como se transparecesse que fosse algo da ordem do não dito. Hoje, depois de participação em evento, mais precisamente da última Reunião Brasileira de Antropologia (RBA), percebi que a negativa não somente de Alzira, mas das agentes indígenas de saúde na TI de Dourados, pode ter se dado (também) pelo fato de eu ter ido com a categoria parteira *a priori*. Porque apenas duas, das quatro mulheres com quem tive contato em Amambai se identificaram como parteira e foram reconhecidas como tal.

Aqui sublinho este silenciamento ou este silêncio como articulado com as reflexões realizadas por Edgar Rodrigues Barbosa Neto (2012) a respeito da etnografia e a feitiçaria na clássica obra de Jeanne Favret-Saada, “Les mots, la mort, les sorts”. Mais precisamente, a minha condição de solteira, de não avó, de não indígena, de não falante do guarani, dentre outros possíveis predicativos, muito provavelmente influenciaram e influenciam as palavras que me são direcionadas ou não em campo.

Assim, como não poderia deixar de ser, foram os interlocutores de Jeanne Favret-Saada que lhe designaram o seu lugar, e o fizeram interpretando os signos, para ela involuntários, que o seu discurso, e também a sua aparência e certos eventos de sua vida, oferecia para eles. Situando-a como enfeitiçada e como desenfeitiçadora, falaram com ela sobre a feitiçaria. (BARBOSA NETO, 2012, p.246).

Neste sentido, destaco que foi justamente Alzira quem mais me concedeu informações sobre o silêncio que reveste o “ser parteira”, por mais que inicialmente tenha negado a existência delas em Amambai. Talvez não por acaso, já que Alzira acompanhou o período de gestação de minha mãe, quando essa estava grávida de mim. Fora ela, Alzira, quem me apresentou, por exemplo, à Maria Cândida e quiçá colocando-me em uma posição que não era a de pesquisadora.

Por intermédio de Alzira tive a oportunidade de conhecer Maria Cândida Catalán, 105 anos declarados (foto 8), parteira e *ñande sy*, também identificada por seus parentes como “doutora”, reconhecida como conhecedora de cantos, benzimentos, rezas e ervas medicinais. Ela realizou grande números de partos, inclusive de famílias mais antigas e originárias da área indígena Amambai-MS, como os Vasquez (do antigo capitão Maurício Vasquez, seus filhos e seus irmãos), e os Nelson.

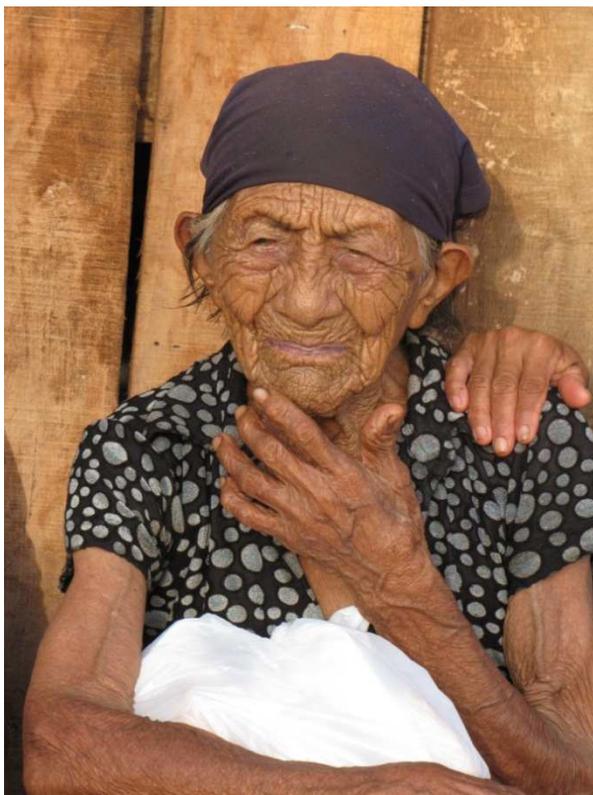


Imagem 8: Maria Cândida, *ñande sy* e parteira –FONTE: Mariana Pereira da Silva, 2010.

Visitei a casa de Maria Cândida, por duas vezes. Na primeira, dia 18 de abril de 2010, não foi possível conversar porque ela se encontrava aos prantos, haviam lhe contado sobre a morte de seu filho. Deparei-me com uma situação, em início de campo, de não saber ao certo como me portar. Na chegada a sua casa com Alzira, deparamo-nos com um casal de jovens que estavam saindo da casa de Maria Cândida, enquanto a senhora chorava alto. Alzira foi até a casa de uma das filhas da Maria Cândida que são muito próximas para ver o que estava ocorrendo. As duas adentraram ao pequeno rancho onde se encontrava Maria Cândida, e lá permaneceram por um tempo, que não consegui precisar quanto. Alzira voltou e relatou-me sobre o ocorrido, disse que me avisaria assim que Maria Cândida estivesse melhor para me receber.

Retornei a casa de Maria Cândida duas semanas após o ocorrido, quando Alzira me telefonou. Gravei a entrevista com Maria Cândida, com tradução de Alzira e que durou aproximados vinte e sete minutos.

Alzira me pediu que levasse alguns pães doces para a ‘vovozinha’ como se referiu à Maria Cândida. Alba Zaluar (1986, p.116) fala sobre o manejo, sobre a política que ocorre entre pesquisador e pesquisado durante a pesquisa de campo:

A pesquisa é política também no sentido restrito que se impõe ao pesquisador a necessidade de montar estratégias e táticas para conseguir a sua participação ou (presença) no grupo. Para isto, o pesquisador se engaja num circuito de trocas que não se limita às mensagens das conversas e entrevistas. Presentes, atenções, pequenos favores, e, mais fortemente, atitudes definidas em situações de impasse em que está em causa sua aliança com o grupo estudado ou com seus 'inimigos', às vezes identificados com a classe ou a nação de que faz parte o pesquisador é que vão permitir a continuidade desta presença.

Notei isto, em mais uma situação em campo. Durante a retomada de contato em Dourados com as agentes indígenas de saúde em junho de 2011, houve dois pedidos por parte de uma das agentes; o primeiro foi de fazer uma campanha de agasalho para ela distribuir em sua área; parte que ela atende como agente de saúde e o segundo foi o de ajudá-la na decoração de sua barraca para a festa junina. Isso me possibilitou um contato a mais com as agentes, o que para mim foi importante, em um lugar fora do ambiente do posto de saúde e em um momento de descontração para que eu me reaproximasse das agentes, ao mesmo tempo em que observei algumas conversas, que ocorreram em português, o que não me excluía em momento algum do conteúdo.

Outro contato que tive na TI de Amambai, foi Ilma, Guarani, 52 anos, esta também se reconhecendo como parteira e sendo reconhecida como tal. A primeira visita à casa de Ilma ocorreu no dia 10 de abril de 2010, caracterizando-se como um contato para que eu me apresentasse e falasse sobre minha pesquisa a respeito de mulheres parteiras e meu interesse em entrevistá-la. Dona Ilma, foi simpática e receptiva; retornei a sua casa no dia 14 de abril para uma conversa no pátio sobre sua história de vida, os partos que havia realizado, e os conhecimentos que detêm a respeito de plantas e rezas para auxiliar na gestação e facilitar o parto.

O pátio da casa de Dona Ilma é amplo e envolto com plantas medicinais (foto 09). E é no pátio que estava também o altar religioso, dando indícios de onde ocorriam as rezas (foto 10).



Imagem 9: Dona Ilma, no pátio de sua casa, nota-se as plantas, que em sua maioria são plantas medicinais - FONTE: Mariana Pereira da Silva, 2010.



Imagem 10: Ilma e objetos rituais, em frente ao *yvyra marangatu* com o *takuapu*, bastão de ritmo, em mãos – FONTE: Mariana Pereira da Silva, 2010.

Retornei à casa de Ilma mais uma vez no início de junho de 2010 para lhe entregar as fotos que havia tirado, e para mais uma conversa sobre os partos que havia realizado. Ilma

desta vez me levou para conhecer sua casa (para além do espaço do pátio), seu local de tecer redes, mostrando aquelas já tecidas.

Os dados colhidos em campo de abril a início de junho de 2010, com idas esporádicas a TI de Amambai, me permitiram cruzar os dados no decorrer dessas conversas e entrevistas, assim como os dados que tinha da TI de Dourados. Dados como o cuidado com umbigo do recém-nascido e o preparo para agilizar a queda do cordão umbilical; a importância do fogo na hora do parto; a importância do pai próximo à criança nos primeiros dias de vida, assim como sua conduta de não manejar utensílios cortantes nesses dias; massagem para facilitar o parto e “arrumar” a criança que apareceram em todos os depoimentos das mulheres de Amambai, e de algumas gestantes e agentes indígenas de saúde de Dourados. A reincidência desses dados dão indícios, não posso afirmar a intensidade, da crença e da utilização desses recursos nos cuidados com os recém-nascidos.

1.4. “Você gosta de antropólogo?”: Meu silenciamento/silêncio em campo

Senti e ouvi em uma das idas a campo, por parte de alguns profissionais de saúde e AIS depoimentos e visões negativas sobre os antropólogos, o que somado a minha timidez, me fez “travar” em campo.

Durante a retomada do contato com as agentes de saúde no posto de saúde Bororó II da TI de Dourados, me perguntaram o que estava fazendo. Quando respondi que ingressara no mestrado em Antropologia, uma agente de saúde que muito me auxiliou durante meu período de estágio disse: “Mas você gosta de antropólogos? Eles não querem que os índios evoluam.”, a técnica em enfermagem, também indígena Terena completou, “Eles não querem que os índios plantem soja, só que plantem mandioca”. Ao ouvir essas colocações, me senti desconcertada e respondi que gosto de antropólogo e que não via as coisas dessa forma. A agente de saúde citou nomes de alguns antropólogos que atuam e atuaram na região e disse que não gosta deles, que teve uma discussão com dois antropólogos a respeito da escola indígena. Lembro, que logo após ela ter dito isso, saiu da sala e quando retornou, disse que havia ligado para uma menina (indígena) que estava cursando Ciências Sociais na UFGD, e havia conversado com a acadêmica que falou que a posição do antropólogo dependia de sua vertente enquanto antropólogo. Depois disso, ela sentou novamente na sala, e continuamos a conversar. Algo parecido foi apresentado por Lisiane Koller Lecznieski (2005, p.4) em sua tese de doutorado intitulada *Estranhos laços: predação e cuidado entre os Kadiwéu*:

No terceiro dia na aldeia, Seu Paulínio, meu anfitrião, chamou uma reunião em sua casa, dizendo que outros membros da liderança tinham questões sobre a pesquisa que eu propunha desenvolver. A reunião se estendeu por cerca de uma hora e foi repleta de referências aos antropólogos que estiveram entre eles nas últimas décadas (Mônica Pechincha e Jaime Siqueira). A conversa, ora em português, ora em Kadiwéu, centrou-se em críticas à atuação dos antropólogos que conheciam e que eram vistos, na melhor das hipóteses, como seres de muito pouca utilidade. Formalmente, ao longo dos discursos, listavam os diversos problemas que, no seu entender, precisavam ser resolvidos - manutenção do território, melhorias na estrada, na escola, etc. - e lançavam dúvidas e olhares interrogativos, sobre a real possibilidade de eu, enquanto antropóloga, poder ajudar em alguma coisa concreta.

Nesta e em outras situações, receosa fiquei de expor meu então projeto que intentava explorar as “tensões” entre biomedicina e práticas tradicionais. O livro *Antropólogo e sua magia*, de Vagner G. da Silva (2000, p.31), me tranquilizou ao apontar as dificuldades encontradas por ele para a realização de sua pesquisa de doutoramento, “De fato, nos diálogos realizados com os pesquisadores para realizar esta pesquisa, houve certos desconfortos presentes desde os contatos iniciais até a realização da entrevista[...]”.

Outro fato que me preocupou quanto a alguns dados, foi a questão de expô-los omitindo a identidade dos informantes, ou não entrar em certos aspectos que apareceram na pesquisa. Qual seria a melhor saída? Identifiquei-me no ou com o artigo de Ciméa Bevilaqua (2003, p.61), a partir do qual a antropóloga remarca que:

De um lado, o inafastável compromisso ético entre o pesquisador e seus informantes. De outro, a própria especificidade da etnografia como modo de conhecimento artesanal e contextualizado. Finalmente, a possibilidade de debate público, condição indispensável para o refinamento das análises e para o desenvolvimento de proposições teóricas mais gerais. Por certo não é viável esperar uma solução unívoca para esse impasse, que assume contornos específicos em cada pesquisa. Compartilhando dificuldades recorrentes, no entanto, talvez seja possível compartilhar também alguns parâmetros comuns que sirvam como guia para os que têm se dedicado a esses novos objetos de pesquisa antropológica – e também para aqueles envolvidos em contextos mais tradicionais de pesquisa, nos quais a emergência de problemas desse tipo já começa a se anunciar.

Interessante nos textos citados é perceber as dificuldades vivenciadas por pesquisadores no aprendizado antropológico, dificuldades estas que passam pela negociação e entraves em campo, tempos diferentes entre a academia e a pesquisa, visão negativa do trabalho do antropólogo. Enfim, auxiliaram-me a perceber que meu silenciamento faz parte de minha pesquisa e de como isso direcionou, de certa forma, meus contatos daí em diante.

CARTOGRAFIA⁵ ETNOGRÁFICA DAS INSTITUIÇÕES E DAS LEGISLAÇÕES BRASILEIRAS LIGADAS À SAÚDE INDÍGENA

Busco apresentar neste capítulo como as leis que são meu objeto de estudo nesse momento, trazem consigo o contexto histórico no qual foram criadas. O que chama atenção ao se trabalhar com as legislações é como elas refletem os processos em meio aos quais foram implantadas. As ideias, os pensamentos vigentes aparecem na letra da lei, dando voz aos grupos dominantes⁶, ao mesmo tempo em que mostram como as mobilizações sociais também contribuíram para alcançar espaço reivindicado na forma da lei (ou não). Como o caso da Constituição Federal de 1988, na qual os indígenas aparecem grafados de maneira destoante da outrora explícita política assimilacionista (CARNEIRO DA CUNHA, 2009).

Procuró expor como as instituições que atendiam e atendem a população indígena – SPI; FUNAI; FUNASA; SESAI – foram instituídas. Ao falar dessas políticas públicas (estatais), pretendo mostrar como essas instituições tutelam o indígena e a saúde indígena. Dessa forma, as leis me guiaram no retrospecto histórico/social, pois são frutos de dados momentos históricos e sociais da nossa sociedade.

Trago, ao falar de cada instituição, um pouco do contexto em que foram instituídas, assim como o marco legal que as acompanham. Eis o viés do meu olhar.

2.1. Serviço de Proteção ao Índio - SPI

Para a melhor compreensão da política de saúde no Brasil, remeto-me à política indigenista oficial no país que se inicia com a criação do Serviço de Proteção ao Índio (SPI). Esta se deu através do Decreto-Lei n 8.072 de 20 de junho de 1910. Antonio Carlos de Souza

⁵ O termo “cartografia” se refere aqui à sua etimologia e ao uso que Ciméa B. Bevilaqua (2002) faz em sua obra, do que à categoria analítica legada a Jacques Derrida. Busco delinear um estado da arte das legislações nacionais que tratam da saúde indígena, e a partir delas imergir na contextualização do surgimento de instituições importantes para a referida temática.

⁶ Que as produzem.

Lima (2006), em seu artigo “O governo dos índios sob a gestão do SPI”, discorre sobre o momento histórico de criação e consolidação do Serviço.

Foi a partir da expansão de um Estado Nacional, formalmente separado das ordens eclesiais, que se teria a criação do chamado Serviço de Proteção aos Índios (SPI), primeiro aparelho de poder governamentalizado instituído para gerir a relação entre os povos indígenas, distintos grupos sociais e demais aparelhos de poder. (IDEM, p.155)

Interessante salientar que o SPI primeiramente fora chamado de Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPILTN), que estava ligado, em sua criação, ao Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio (1910 – 1930). Isso nos conduz a pensar no que estava ocorrendo no país nesta época e na captação de força de trabalho. Segundo o mesmo autor,

O pano de fundo desse processo de expansão estatal, cenário mais geral do período, estava na transição para uma configuração social em que o trabalho livre se tornava dominante nas atividades centrais da economia numa sociedade herdeira de sistemas de repressão da força de trabalho legalmente definidos. (IBIDEM, p. 156).

Afinal, não se pode perder de vista que a abolição dos escravos ocorrera (em tese) a poucas décadas da criação do SPI. Assim, sob a égide de uma “pedagogia do ‘progresso’”, continua o antropólogo, “a proteção oficial manteria ao longo de toda a existência do Serviço a intenção de transformar os índios em pequenos produtores rurais capazes de se auto-sustentarem. [...] A ideia de transitoriedade de índio teria o peso de um esquema mental profundamente imbricado na prática do Serviço [...]” (SOUZA LIMA, 2006, p. 159). Vale ressaltar que até a criação do Serviço, não existia uma lei voltada diretamente para os índios. Somente em 1916, com o Código Civil⁷, os “silvícolas”⁸ aparecem na letra da lei. Por estarem vinculados à noção de relativamente (in)capaz, os índios são tutelados (CARNEIRO DA CUNHA, 1987, p.28).

Art. 6º São incapazes relativamente a certos atos (art. 147, nº I), ou à maneira de os exercer:

I - Os maiores de 16 e os menores de 21 anos (arts. 154 e 156).

II - Os pródigos.

III - Os silvícolas.

Parágrafo único. Os silvícolas ficarão sujeitos ao regime tutelar, estabelecido em leis e regulamentos especiais, o qual cessará à medida que se forem adaptando à civilização do País. (IDEM).

⁷ Sublinho que o Código Civil é a legislação maior brasileira que rege os atos mais cotidianos de nossas vidas. Por exemplo, nascer, morrer, casar, divorciar-se, contratar serviços, alugar imóveis, entre outros.

⁸ Que ou quem nasce ou vive na selva; selvagem (DICIONÁRIO AURÉLIO, 1986).

Manuela Carneiro da Cunha (IBIDEM, p.114) discorre sobre a questão tutelar dos índios e nos remete à noção vigente na época do SPI. “Seja como for, nos primeiros anos do século XX as sociedades indígenas apareciam como formas infantis [...] que deveriam ser tutelarmente conduzidas à civilização pela nossa sociedade. [...]”. Carneiro da Cunha aponta a primeira forma tutelar sobre os índios aldeados que seria a missionária, isto é, “a tarefa catequética tinha assim por objetivo básico adequar a população indígena às necessidades político-econômicas da empresa colonizadora portuguesa” (CUNHA, 1987, p.103).

Neste sentido, cabe ainda sublinhar que Carneiro da Cunha destaca ser esta forma anterior de gestão dos indígenas por parte do Estado brasileiro, “orfanológica”, ou ainda, como aquela que coloca os indígenas enquanto despidos de qualquer salvaguarda estatal, mesmo que tutelar.

Há ainda o Decreto n 5.484 de 27 de junho de 1928 que regula a situação dos índios nascidos em território nacional, cujo conteúdo expressa a política de integração e desrespeito com as especificidades indígenas:

Art. 1º Ficam emancipados da tutela orfanologica vigente todos os indios nascidos no territorio nacional, qualquer que seja o grão de civilização em que se encontrem.

Art. 2º Para os effeitos da presente lei são classificados nas seguintes categorias os indios do Brasil:

1º, indios nomades;

2º, indios arranchados ou aldeados;

3º, indios pertencentes a povoações indigenas;

4º, indios pertencentes a centros agricolas ou que vivem promiscuamente com civilisados.

Art. 3º A qualquer indio das 1ª, 2ª e 3ª categorias, é facultado o direito de dispor, como quizer, dos seus haveres e designar o seu successor em qualquer função.

Art. 4º Aos indios da 4ª categoria os funcionarios competentes do Serviço de Protecção aos Indios prestarão a assistencia devida, nos termos dos arts. 2º (ns. 5, 6 e 7) e 14 do regulamento que baixou com o decreto n. 9.214, de 15 de dezembro de 1911, requerendo o seu direito perante as justiça e autoridades.

Art. 5º A capacidade, de facto, dos indios soffrerá as restricções prescriptas nesta lei, emquanto não se incorporarem elles á sociedade civilizada.

Art. 6º Os índios de qualquer categoria não inteiramente adaptados ficam sob a tutela do Estado, que a exercerá segundo o grau de adaptação de cada um, por intermedio dos inspectores do Serviço de Protecção aos Indios e Localização de Trabalhadores Nacionaes, sendo facultado aos ditos inspectores requerer ou nomear procurador, para requerer em nome dos mesmos indios, perante as justiças e autoridades, praticando para o referido fim todos os actos permittidos em direito.

Art. 7º São nullos os actos praticados entre individuos civilizados e indios das 1ª, 2ª ou 3ª categorias, salvo quando estes forem representados pelo inspector competente, ou quem fizer as vezes deste. (BRASIL, 2013a, s/p).

Este decreto juntamente com o Código Civil, culmina no monopólio da tutela do Estado exercida pelo SPI para com os indígenas. Podemos entender, através das categorias (im)postas aos indígenas pelo Decreto, a atuação do Serviço nas instalações dos Postos Indígenas e nas Inspetorias Regionais, que foram formas de aproximação e fixação do SPI junto aos indígenas.

Souza Lima (2006, p.163) traz que estas unidades de ação do SPI corresponderiam às diferentes ‘etapas’ que os índios se encontravam:

Desde as responsáveis pelo contato direto com os povos indígenas (...) passando a unidades administrativas voltadas para determinadas zonas geográficas em que seria dividido o território republicano por motivos operacionais, até a escala nacional de gestão, de responsabilidade da diretoria do Serviço.

A ideia de transitoriedade dos índios a trabalhadores rurais estava imbricada com a noção de assimilação e integração dos indígenas à sociedade regional, visão vigente na época⁹. Juntamente com isto, havia o desejo de explorar e expandir o interior do país. Dessa forma a presença de militares compondo o quadro do Serviço, mostra a intenção de atrair, pacificar e civilizar os indígenas em nome da nacionalização da pátria. Nota-se com isso a presença de militares nos postos administrativos do SPI, entre eles a figura de Marechal Cândido Mariano da Silva Rondon, como diretor do Serviço (1910-30)¹⁰.

O soldado-cidadão – em especial o engenheiro militar – era representado como o agente indicado para o trabalho de ‘salvação’ da nacionalidade, ‘missão salvadora’ que consistia em descobrir e demarcar o território geográfico, submeter e ‘civilizar’ os que estivessem à margem da Nação, tal significando inseri-los num sistema nacional de controle social gestado a partir de centro do poder, tornando-os produtivos e engajados nesse mesmo esforço (SOUZA LIMA, 2002, p. 163).

Na era Vargas (1930 a 1945), a intenção de transformar os indígenas em trabalhadores rurais se acentuou, sem perder de vista a alocação do SPI no Ministério da Agricultura. Dessa maneira, segundo Alcir Lenharo (*apud* Brand 1997, p.74) “A preocupação de Vargas, era consolidar, definitivamente, os alicerces da Nação, mediante a conquista de si mesmo (...). A criação da brasilidade repousava, pois numa proposta que combinava colonização e industrialização”.

⁹ E que perdura até os dias atuais. Para maiores reflexos atualmente, indico a leitura do artigo de Simone Becker et al, recentemente publicado na revista etnográfica (BECKER et al, 2013).

¹⁰ Segundo informações do artigo de Souza Lima (2002), não se tem informações ao certo sobre o período que Marechal Cândido Rondon deixa de ser diretor. Há referências que isto teria ocorrido em 1916, mas seu nome faz parte como diretor geral até 1930.

O ideal nacionalista de Vargas de ocupação do interior, através da “marcha para o oeste”, “vai além de ocupar espaços vazios, seu projeto é criar uma nova ordem social, calcada na pequena propriedade e no cooperativismo, transformando o oeste conquistado em um suporte para as políticas urbanas” (VIETTA, 2007, p. 97). Assim, a criação das Colônias Agrícolas serviu para “incrementar o ‘povoamento dos sertões’” (IDEM, p. 97).

A Colônia Nacional de Dourados enquadrava-se nesse processo. Criada pelo Decreto n 5941 de 28 de outubro de 1943, o qual previa a demarcação de uma área não inferior a 300.000 ha. Cito a criação desta Colônia, como exemplo do que ocorreu em Mato Grosso (MT), atual Mato Grosso do Sul (MS), na época vigente do SPI, pois esta foi estabelecida em parte do território Kaiowá. Segundo Antonio Brand (1997, p.85):

A implantação da Colônia Agrícola obedecia a um plano amplo de colonização do Governo Federal e não seria admissível que um grupo de índios atrapalhasse esta implantação. (...)

A ação do SPI estava subordinada e integrada nos planos globais de desenvolvimento econômico que neste período estavam voltados para a Marcha para Oeste, buscando integrar e controlar novos espaços geográficos .

Tanto em Brand (1997) quanto em Vietta (2007) que apresentaram questões sobre as terras indígenas em MS, observa-se a atuação do SPI no estado, de forma a auxiliar na diminuição de terras indígenas e na distribuição destas aos colonos que aqui chegaram. E antes da atuação, como acima foi mencionado, na criação dos Postos Indígenas (PI's) e dos cargos de “capitães” ou das “capitanias¹¹” (BRAND, 1997).

A respeito da atuação do SPI ao se tratar da saúde indígena, Levi Marques Pereira (2004, p.325) traz informações sobre a instalação da Missão Evangélica Caiuá na reserva de Dourados em 1928, que realizava atendimentos relativos à saúde, como também voltados à educação e à religião. Segundo Pereira, a Missão Evangélica atuou, na época, intervindo diretamente na organização interna da comunidade. Atualmente a Missão atua com convênio estabelecido com a antiga FUNASA, seja na realização de partos e internação no Hospital da Missão, seja na internação de crianças com desnutrição no Centrinho, ambos localizados ao lado da reserva de Dourados.

Enfim, “os principais objetivos do SPI eram a pacificação e a proteção dos grupos indígenas, assim como o estabelecimento de centros de colonização com mão-de-obra proveniente dessas mesmas regiões” (SOUZA LIMA, 2002, p.166). Vale ressaltar o caminho

¹¹ Os capitães podiam ser tanto indígenas das etnias reservadas que mantinham contato com os não indígenas, quanto esses que ocupando funções no SPI, transitavam entre indígenas e não indígenas.

percorrido pelo SPI desde sua criação, ligado primeiramente ao Ministério da Agricultura, da Indústria e do Comércio, “que tinha entre seus objetivos promover o progresso científico da agricultura e da *civilização* do mundo rural” (IDEM, p.166), para “o do Trabalho, Indústria e Comércio, em 1930, para o da Guerra, em 1934, para enfim voltar ao da Agricultura em 1939, onde ficaria até sua extinção em 1966” (CARNEIRO DA CUNHA, 1987, p. 80).

A extinção do SPI ocorre em meio a uma série de acusações sobre sua eficácia administrativa e “acusado de corrupção e até mesmo de genocídio das populações indígenas” (SOUZA LIMA, 2002, p. 173). Com essas acusações, houve a necessidade de mudança e reformulação em sua ação protecionista. “A idéia de um ‘novo modelo institucional’ foi também debatida, de uma perspectiva que visava reforçar a articulação do saber sertanista com uma antropologia aplicada de tipo culturalista, base, no entender dos antropólogos brasileiros, do indigenismo mexicano” (IDEM, p.174).

2.2. A emergência da Fundação Nacional do Índio - FUNAI

A Constituição vigente na época da criação da FUNAI é a CF de 1967¹², na qual as terras ocupadas pelos indígenas passam a ter o estatuto de “bens da União”, isto é, são de propriedade do governo federal. É bem verdade que essa medida, como constata Carneiro da Cunha (1987), serve como forma de proteção adicional aos índios. Porém, sabe-se também que implica na forma como o poder tutelar do Estado é entendido em nossa sociedade. Carneiro da Cunha (2009, p. 256) chama atenção para a compreensão que temos hoje de tutela. A autora aponta para a visão positivista do “progresso”, que aceleraria o desenvolvimento mental e social, a partir desta noção:

A tutela passa, portanto, a ser o instrumento da missão civilizadora, uma proteção concedida a essas ‘grandes crianças’ até que elas cresçam e venham a ser ‘como nós’. Ou seja, respeita-se o índio enquanto homem, mas exige-se que de despoje de sua condição étnica específica.

Nesse contexto, a FUNAI foi criada para substituir os impasses do SPI, porém acabou por dar continuidade à similar política, até mesmo pelo fato de estar enquadrada dentro dos parâmetros do pensamento positivista.

O SPI é substituído pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), através da Lei 5.371 de 5 de dezembro de 1967, que “autoriza a instituição da “Fundação Nacional do Índio” ,

¹² Cabe ressaltar que a Constituição de 1934 pela primeira vez traz a questão das terras indígenas na letra da lei. “O fundamento, portanto, do dispositivo constitucional era o reconhecimento dos direitos originais dos índios sobre suas terras, como ‘seus primeiros donos’”(CARNEIRO DA CUNHA, 1987, p.83).

devido às denúncias de corrupção (CARNEIRO DA CUNHA, 1987; TEIXEIRA, 2008), mas a mantém sob a égide da política de tutela do antigo órgão de proteção aos indígenas. Segundo Manuela Carneiro da Cunha (1987, p. 29)

A tutela não deveria ser pensada nem como sanção nem como discriminação, mas como uma proteção adicional aos índios [...], a tutela sempre corresponde, nos casos em que se aplica, a um zelo particular dos tutelados.

Na prática, no entanto, a tutela tem sido largamente usada como coação, e essa prática não é fortuita, mas deriva de uma contradição estrutural básica. Entre o interesse público geral, que é o interesse das classes dominantes, e o direito dos índios, a União faz prevalecer o primeiro em detrimento de seu tutelado. A inserção da FUNAI no Ministério do Interior, o ministério dos projetos desenvolvimentistas, torna ainda mais flagrante a impotência do tutor. Mesmo que tivesse vontade e competência administrativa (sem falar da probidade tantas vezes posta em dúvida) para tanto, dificilmente teria a FUNAI força política para fazer prevalecer o direito dos índios.

Os primeiros passos da FUNAI ocorrem no período militar (1964-1985), o que implica nos rumos da gestão da Fundação, “associada ao binômio ‘desenvolvimento e segurança’” (SOUZA LIMA, 2002). Nessa época busca-se o crescimento econômico, a maior expansão agrícola, tanto que a FUNAI é alocada no Ministério do Interior “que agrupava os diferentes serviços vinculados à colonização do território nacional” (IDEM, p.175). “Como Dalmo Dallari enfatizava a época, era uma contradição flagrante colocar um órgão que devia defender os direitos dos índios sob a autoridade de um ministério cuja missão era o ‘desenvolvimento’, entendido da forma mais predatória possível.” (CARNEIRO DA CUNHA, 2009, p. 245).

No decorrer dos anos de 1970, a FUNAI necessita de novos funcionários para compor seu quadro administrativo e de pessoas para atuar junto à população indígena. Ocorre a formação de “técnicos em indigenismo ou indigenistas” (SOUZA LIMA, 2002), através de cursos rápidos (três meses) para capacitar os novos funcionários, que iriam trabalhar como chefe de postos indígenas. Esses cursos tinham por objetivo orientar os novos técnicos nas atividades de um posto indígena, “uso de rádios, a prática das técnicas sanitárias e agrícolas, a sobrevivência na selva, as rotinas burocráticas da FUNAI, etc” (IDEM, p. 176).

Pereira (2004, p.214) relata como a presença de agentes externos nas reservas tem modificado os padrões de assentamentos Kaiowá. Utilizo-me deste exemplo, para notar como os agentes externos oficiais interferiram e interferem na configuração social dos indígenas.

As reservas com contingente populacional totalmente fora do padrão tradicional só se tornam viáveis devido à presença dos funcionários das instituições missionárias e indigenistas enquanto agentes políticos, interferindo na organização interna e

criando um novo padrão de conduta política na reserva, como evidencia a importância que os Kaiowá atribuem às figuras de Chefe do Posto e do capitão, ambos criações do Serviço de Proteção ao Índio. (...) Para isto o Governo, desde as primeiras décadas do século passado, disponibilizou recursos em programas de saúde, escolarização e ‘desenvolvimento’ agrícola, como forma de construir o novo formato de relações econômicas, políticas e sociais nas reservas, (...).

Não se pode esquecer que durante esse período da década de 1970, o marco legal que maior destaque trouxe às questões indígenas fora o Estatuto do Índio. A lei 6001 de 19 de dezembro de 1973, que em seu Art. 1 “Regula a situação jurídica dos índios ou silvícolas e das comunidades indígenas, com o propósito de preservar a sua cultura e integrá-los, progressivamente e harmoniosamente, à comunhão nacional” (BRASIL, 2013b, s/p).

A noção do integracionismo perpassa todo o Estatuto. Interessante observar o artigo 4º que trata sobre quem são considerados índios, e os divide em “isolados; em vias de integração e integrados”. Ao que parece, esse Estatuto de 1973 continua vigente, mesmo depois das formulações e avanços da CF 1988. Sabe-se (CARNEIRO DA CUNHA, 2009) que há tramitações no Congresso no sentido de reformular a lei 6001, mas segundo a autora, isso continuava ainda em 2009 e como outrora pontuei com força, por exemplo, no que diz respeito a julgamentos envolvendo indígenas no Mato Grosso do Sul (BECKER et al, 2013).

Manuela Carneiro da Cunha (IDEM, p. 247) faz uma análise sobre a noção de integração que está presente na Lei 6001 e é entendida como sinônimo de assimilação:

(...) Integração não pode, com efeito, ser entendido como assimilação, como uma dissolução na sociedade nacional, sem que o artigo 1 do Estatuto se torne uma contradição em termos. Integração significa, pois, darem-se às comunidades indígenas verdadeiros direitos de cidadania, o que certamente não se confunde com emancipação, enquanto grupos etnicamente distintos, ou seja, prove-los dos meios de fazerem ouvir sua voz e de defenderem adequadamente seus direitos em um sistema que, deixado a si mesmo, os destruiria: e isto é, teoricamente pelo menos, mas simples do que modificar uma lei. Trata-se – trocando em miúdos – de garantir as terras, as condições de saúde, de educação; de respeitar uma autonomia e as lideranças que possam surgir: lideranças que terão de conciliar uma base interna com o manejo de instituições nacionais e parecerão por isso mesmo bizarras, com um pé na aldeia e outro – por que não – em tribunais internacionais.

A autora apresenta essa crítica da noção de integração para ir à contramão do que se interpreta corriqueiramente como sinônimo de assimilação, muito embora na prática ambas se confundam, porque não há espaço para o reconhecimento dos indígenas.

Se há algo de nefasto é essa confusão de termos. O homem é um ser social, de início. Ele é dado em sociedade e não é concebível fora dela. Os direitos do homem se aplicam, portanto, a um homem em sociedade: supõem, assim, direitos das sociedades, direitos dos povos. Ora, um direito essencial de um povo é poder ser ele próprio. Querer a integração não é, pois, querer assimilar-se: é querer ser

ouvido, ter canais reconhecidos de participação no processo político do país, fazendo valer seus direitos específicos. (IBIDEM, p.257).

Ao longo da administração da FUNAI durante o regime militar, por volta dos anos 1980, alguns conflitos internos irrompem entre a administração militar e funcionários que entraram na Fundação através dos cursos de formação de indigenistas. Há uma divergência entre os “indigenistas autênticos” da FUNAI (SOUZA LIMA, 2002) e os que saíram da FUNAI, que de certa forma, eram contrários à ação da Fundação. Segundo Souza Lima (2002), esses indigenistas encontraram apoio junto a antropólogos que trabalhavam em universidades. Alianças foram feitas com a Igreja Católica, que em oposição à ditadura militar, criou instituições para defesa de certo segmento da sociedade, como é o caso do Conselho Indigenista Missionário (CIMI).

Seu objetivo era o de coordenar projetos de ação junto às populações indígenas, desafiando assim o monopólio relativo da FUNAI no campo da intervenção direta, monopólio garantido pelas leis do estado e pelo regime militar. Esses atores sociais também reivindicavam o caráter *indigenista* de seus trabalhos; reencontramos aqui a influência das propostas de uma antropologia de ação, ou, de maneira mais geral, de formas de ação baseadas na antropologia como disciplina, mas diferentes das inspiradas nos aparatos estatais mexicanos. (IDEM, p.178).

Minhas lembranças vão ao encontro com o que o autor relata. Meus pais, cada um em caminhos diferentes, vivenciaram esse processo. Minha mãe, após fazer um curso de um ano em indigenismo na OPAN (Operação Amazônia Nativa) em 1981 em Cuiabá-MT, realizou estágio prático com os Kulina no Alto Purus – AC de novembro a dezembro de 1981. Retorna a Cuiabá, e há uma opção de vir para o então Mato Grosso do Sul através da OPAN juntamente com o CIMI, para trabalhar na alfabetização de mulheres Guarani em Caarapó, onde permanece por dois anos, até 1983.

Meu pai, vindo de formação acadêmica em Ciências Sociais, desembarca em 1980 no MS para trabalhar com os indígenas Guarani e Kaiowá nas roças – *kokue*, via Projeto Kaiowá Ñandéva (PKN). Em uma das últimas lidas feitas com meu pai sobre um texto do Mestrado, “Demarcación y reafirmación étnica: una etnografía de la agencia indigenista” (PACHECO DE OLIVEIRA & ALMEIDA, 2006), que trata da atuação na FUNAI nos processos de demarcação de terras indígenas, o autor faz referência a administração da FUNAI que somente responde a uma situação de emergência. Lembro-me de meu pai relatando suas vivências em relação ao contato com a FUNAI, nos seguintes termos: “FUNAI solo actúa bajo presión” (IDEM, p.52). Desta maneira, os textos me remeteram a pensar na realidade da

FUNAI vivenciada por meus pais e na situação que também esteve presente no estado e atrelada às reflexões analíticas de Souza Lima.

Ainda durante a década de 1980, há uma mobilização em torno da causa indígena que resultará em 1988, nos artigos específicos para os indígenas constantes na Constituição Federal (CF/88). Essa mobilização ocorre devido a uma proposta de emancipação dos indígenas ditos “aculturados”; emancipação esta que visava nada mais que a venda de terras indígenas. Carneiro da Cunha (2009, p.282) relata sobre os acontecimentos em torno do projeto de emancipação dos indígenas que trouxe resultados positivos na nova CF/88. Vale ressaltar a presença de líderes indígenas, antropólogos, advogados e geólogos que tinham clareza dos direitos que deveriam ser assegurados em torno das discussões acerca da nova constituinte.

Com o avanço da CF de 1988, os indígenas ganham espaço perante a letra da lei. No título VIII - Da Ordem Social, está o capítulo VIII – Dos Índios.

Art. 231 São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger, e fazer respeitar todos os seus bens.

Art.232 Os índios, suas comunidades e organizações são partes legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses, intervindo o Ministério Público em todos os atos do processo (BRASIL, 2013c, s/p).

Manuela Carneiro da Cunha participou ativamente das discussões em torno da nova constituinte. Como ela mesma apresenta em seu livro “Cultura com Aspas” ao relatar sobre a sua trajetória como antropóloga:

(...) Em 1987, em preparação para a Constituinte, publiquei, com vários colaboradores, *Os direitos dos índios*, um livro que mostrava qual era a tradição histórica dos direitos indígenas no Brasil desde o período colonial, sobretudo em relação a direitos territoriais e civis.

O capítulo dos índios na Constituição de 1988 foi um grande sucesso. Em grande parte devido a uma experiência acumulada durante dez anos com casos concretos envolvendo direitos indígenas, ao trabalho de pesquisa sobre a legislação indigenista e a uma relação de confiança que se estabeleceu entre juristas como Dalmo Dallari, antropólogos, a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (a SBPC...), o movimento indígena, parlamentares e também, curiosamente, os geólogos (...). Foi graças a essa conjunção que temos hoje, na Constituição brasileira, os artigos 231 e 232, que apresentam uma definição de terra indígena que ultrapassa em muito tudo o que se vê em outras constituições latino – americanas. (CARNEIRO DA CUNHA, 2009, p.384).

Quanto ao vínculo do SPI e posteriormente da FUNAI com as políticas de saúde voltadas às populações indígenas, cabe sublinhar que:

Até a década de 1990, a saúde indígena foi atribuição da Fundação Nacional do Índio (e antes desta do Serviço de Proteção), cabendo ao Exército e ao Ministério da Saúde (ou órgão correspondente historicamente) ações pontuais junto aos grupos indígenas. Contudo, em nenhum dos estudos sobre sanitarismo no Brasil, em especial o sanitarismo rural, encontrei menção aos grupos indígenas; e são poucos os relatos oficiais da Funasa sobre a história da saúde pública no Brasil em que constam referências anteriores ao subsistema de Atenção de Saúde Indígena, implantados já no âmbito da própria Funasa (TEIXEIRA, 2008, p.334-335).

A FUNAI atendeu as questões relativas à saúde indígena até a década de 1990. Há relatos (TEIXEIRA, 2008; LUCIANO, 2006) que eram as Equipes Volantes de Saúde (EVS) localizadas em espaços urbanos que realizavam visitas esporádicas nas comunidades e realizavam os atendimentos relativos à saúde. Em 1999 após disputas entre FUNAI e FUNASA a atenção à saúde dos povos indígenas é delegada à FUNASA (TEIXEIRA, 2008).

Mas anteriormente à criação da FUNASA, os cuidados referentes à saúde eram atendidos pela Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) e pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP). A FSESP foi criada a partir da lei 3.750 em onze de abril de 1960 e vinculada ao Ministério da Saúde. Uma década depois, em 1970, com a reorganização do Ministério da Saúde foi criada a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública – Sucam, pelo Decreto 66.623 de vinte e dois de maio de 1970.

Nesse sentido, passo ao retrospecto do órgão que antes da CF/88 correspondia ao que atualmente conhecemos como Sistema Único de Saúde ou SUS, a saber: o SNS (Sistema Nacional de Saúde), ao qual se vinculava o INAMPS.

2.3. Trajetória da Saúde Pública no País

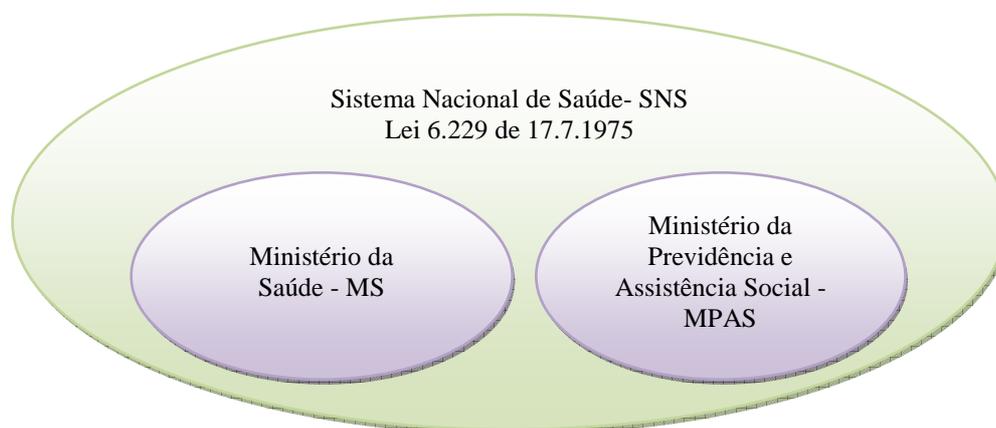
2.3.1. Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS

Anterior à CF de 1988 e da criação do SUS (Sistema Único de Saúde) – marcos fundantes do tipo ideal¹³ para a valorização da “interculturalidade¹⁴” em solos brasileiros, remeto-me à lei 6.229 de 17 de julho de 1975. Esta é responsável pela instituição em 1975 do Sistema Nacional de Saúde, e volta-se grosso modo à promoção, proteção e recuperação da saúde. Ao longo de seu texto, a lei institui a implicação de cada um dos ministérios que compõem o então governo federal. Interessante perceber o que tocava ao Ministério da Saúde

¹³ O tipo ideal aqui se refere ao que está posto na letra da lei e não (necessariamente) às contribuições *weberianas*. Assim o fiz no trabalho clássico de Margarida Maria Moura (1978).

¹⁴ O trabalho intercultural pretende contribuir para superar tanto a atitude de medo quanto a de indiferente tolerância ante o ‘outro’, construindo uma disponibilidade para a leitura positiva da pluralidade social e cultural. Trata – se, na realidade de um novo ponto de vista baseado no respeito à diferença, que se concretiza no reconhecimento da paridade de direitos. (FLEURI, 2003, p. 17).

e ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Ao Ministério da Saúde competia “formular a política nacional de saúde e promover ou executar ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo” (BRASIL, 2013d, s/p). Em contrapartida, o Ministério da Previdência e Assistência Social tinha sua “atuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizada” (IDEM), ou seja, ao Ministério da Saúde competia uma ação “preventiva de saúde”, já ao MPAS uma ação “curativa”. Esta lei foi revogada (ou deixou de ter vigência) pela lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 que criaria o Sistema Único de Saúde (SUS), adiante retomada e pormenorizada. Neste sentido, em meio ao contexto de 1975 a 1990, a estrutura federal voltada à saúde e/ou à previdência social, resumidamente se orquestrava da seguinte forma, levando-se em consideração os ministérios antes citados:



Dessa maneira, dois anos depois da implantação do Sistema Nacional de Saúde, o órgão que passou a responder pelas questões relativas à assistência à saúde era o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Autarquia¹⁵ que foi criada pela lei 6.439 de 1 de setembro de 1977, então integrava o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), sob a orientação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Das entidades que pertenciam ao SINPAS, o capítulo II da antes citada lei, intitulado “Do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social” traz que:

Art 6º - Ao INAMPS compete prestar assistência médica, de acordo com os seguintes programas:

¹⁵ Autarquia é uma entidade autônoma da administração pública que possui recursos próprios, mas é fiscalizada pelo Estado. Ou seja, as autarquias são criadas por lei para executar de forma descentralizada atividades da administração pública. Exemplos de autarquias: INSS, Universidades Federais, Caixa Econômica.

I - programas de assistência médica aos trabalhadores urbanos, abrangendo os serviços de natureza clínica, cirúrgica, farmacêutica e odontológica, e assistência complementar, devidos os segurados do atual INPS e respectivos dependentes, na forma do disposto nos itens I e IV do artigo anterior;

II - programas de assistência médica aos servidores do Estado, abrangendo os serviços de natureza clínica, cirúrgica, farmacêutica e odontológica, devidos aos funcionários públicos civis da União e de suas autarquias e do Distrito Federal, e respectivos dependentes, na forma do disposto no item II do artigo anterior;

III - programas de assistência médica aos rurais, abrangendo os serviços de saúde e a assistência médica devidos, respectivamente, aos trabalhadores e aos empregadores rurais, na forma do disposto no item III do artigo anterior;

IV - programas especiais de assistência médica, abrangendo os serviços médicos atualmente mantidos pela Fundação Legião Brasileira de Assistência - LBA e os que forem prestados em determinadas regiões à população carente, seja ou não beneficiária da previdência social, mediante convênios com instituições públicas que assegurem ao INAMPS os necessários recursos.

Art 7º - Os programas de assistência médica a cargo do INAMPS serão organizados de forma a manter inteira compatibilidade com o Sistema Nacional de Saúde, nos termos da [Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975](#), e com as normas de saúde pública constantes da legislação própria.

Art 8º - Os atuais hospitais do IPASE atenderão prioritariamente aos funcionários públicos civis da União e de suas autarquias, do Distrito Federal, aos membros e funcionários do Poder Legislativo e do Poder Judiciário, bem como aos respectivos dependentes. (BRASIL, 2013e, s/p).

Conforme explicitado nos artigos acima, o INAMPS assistia os trabalhadores da economia formal, trabalhadores rurais e servidores públicos, bem como seus dependentes. Pelo que está exposto nos excertos da lei, a mesma não tinha caráter de assistência universal à população, uma vez que discrimina os segmentos que são guarnecidos por ela, e explicita as exceções àqueles não vinculados à previdência social, tal como as populações carentes mantidas pela LBA (Fundação Legião Brasileira de Assistência). A assistência universal somente ocorre com a criação do SUS. Assim, convido o leitor a visualizar a estrutura hierárquica entre estas e destas instituições estatais que ditavam a organização e/ou a criação do sistema que gesta e gere a saúde em *terras brasilis* à época:



Somente com a promulgação da CF de 1988, o INAMPS passa, a partir do Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990, a vincular-se ao Ministério da Saúde. Portanto, o INAMPS (SNS) que é substituído posteriormente pelo SUS, atendia dados segmentos da população, mas não era voltado ao público geral dos não pagantes da previdência e/ou da população “carente”. Não sem motivos, quiçá, ele estava vinculado ao Ministério da Previdência Social, ao invés de estar no da Saúde. Saúde apenas para determinados brasileiros inseridos no mercado de trabalho e recolhedores da previdência social.

Como a legislação acima sugere, a LBA se voltava ao público não pagante da previdência e funcionava de maneira complementar ao INAMPS. Isto me remete a Foucault (2001, p.75), ao mencionar como os mecanismos de poder extrapolam o aparelho estatal ou a ele não se restringem. Entre eles está a (bio)medicina, mais especificamente a criação do hospital como lugar de criação das verdades médicas. Mas, anterior a isto, o hospital era lugar de exclusão de uma parcela da população, entre eles pobres doentes, prostitutas, enfim realizavam a higienização social:

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistências, como também de separação e exclusão.(...) O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido materialmente e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital. Dizia-se correntemente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. (...) E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação. *Era um pessoal caritativo – religioso ou leigo – (grifo próprio) que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna. Assegurava-se, portanto, a salvação da alma do pobre e a salvação do pessoal hospitalar que cuidava dos pobres. Função de transição entre a vida e a morte, de salvação espiritual mais do que material, aliada a função de separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população. (IDEM, p.101-102). (Grifos próprios).*

A LBA era uma entidade filantrópica fundada em 1942 por Darcy Vargas. Intitulada originalmente de Legião de Caridade Darcy Vargas, a instituição era voltada primeiramente ao atendimento de crianças órfãs da guerra. Mais tarde expandiu seu atendimento para a parcela carente da população.

Terminada a Guerra a LBA se volta para a Assistência à maternidade e à infância, iniciando a política de convênios com instituições sociais no âmbito da filantropia e da benemerência. Caracterizada por ações paternalistas e de prestações de auxílio emergenciais e paliativos à miséria vai interferindo junto aos segmentos mais pobres da sociedade mobilizando a sociedade civil e o trabalho feminino. (YAZBEK, 2009, p.11).

A LBA perdura até o governo de Fernando Henrique Cardoso, o qual a extingue devido às denúncias de corrupção vindas do governo anterior. No governo de Fernando Collor de Mello, sua esposa toma a frente da então LBA. Houve denúncias de desvio de dinheiro público. Gomes (2008, p. 52) exprime a lógica da LBA e os inícios do trabalho de Serviço Social no Brasil:

A LBA surge plena de representações: protagoniza a primeira campanha assistencialista de âmbito nacional, materializa a maternagem desejável na proteção da família brasileira que, em um momento emergencial, busca a coalizão da solidariedade aos filhos da Nação que servem a Pátria, conduzida no seio da família do governante do país. O suposto despojamento da vida privada rompe barreiras da esfera doméstica para se colocar a serviço do interesse maior na esfera pública que, mesmo após o fim da guerra, avança no cultivo do suposto solidarismo despojado: crava no fulcro do pensamento dominante a aliança entre a assistência social e o primeiro – damismo, que necessita do combustível da ação voluntária, do compartilhamento da bondade alheia para a missão de atender os mais pobres. Juntos cristalizam o arquétipo da mulher dócil que entra na esfera pública para interagir com a cumplicidade alheia, sensibilizados com a condição pauperizada da massa popular. (...)

2.3.2. Mudança do INAMPS para o Ministério da Saúde

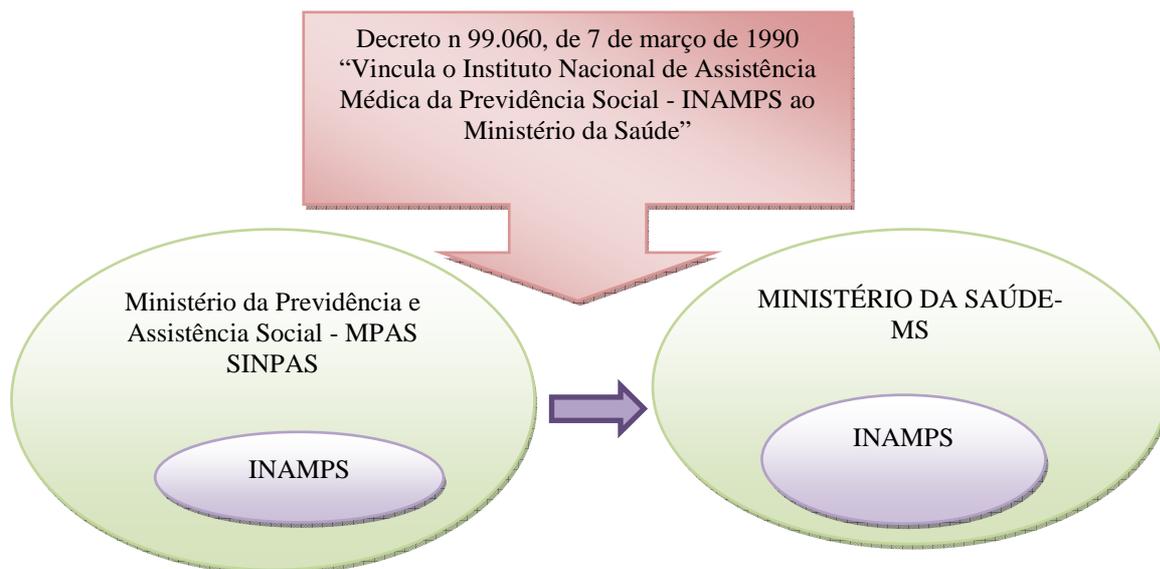
Como acima destaquei, “Art. 1º O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, autarquia criada pelo art. 3º da Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977, passa a vincular-se ao Ministério da Saúde.” (BRASIL, 2013e, s/p).

Apenas em 1993, o INAMPS é extinto pela lei 8.689 de 27 de julho de 1993:

Art. 1º Fica extinto, por força do disposto no art. 198 da Constituição Federal e nas Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), autarquia federal criada pela Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977, vinculada ao Ministério da Saúde.

Parágrafo único. As funções, competências, atividades e atribuições do Inamps serão absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do Sistema Único de Saúde, de acordo com as respectivas competências, critérios e demais disposições das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990. (BRASIL, 2013f, s/p).

Portanto, o órgão que assistia a saúde até a criação do SUS era o INAMPS, que vigorou por 16 (dezesesseis) anos, de 1977 a 1993. Sendo que, na maior parte de sua vigência, esteve ligado ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) que de mãos dadas em especial com o Ministério da Saúde compunha o Sistema Nacional de Saúde. Atualmente o INAMPS, quiçá corresponderia ao INSS (Instituto Nacional de Seguradora Social) que está vinculado ao Ministério da Previdência.



2.3.3. Universalização da Saúde – surge o SUS

A redefinição do sistema de saúde ocorre no período de redemocratização do país, Nova República. É nesse período, iniciado logo após o fim do regime militar, que é promulgada, sob o governo de José Sarney, a Constituição Federal de 1988 ou lei maior em solos brasileiros. Carneiro da Cunha (2009, p. 283) aponta para os avanços a respeito da interculturalidade que a CF 1988 representou:

Os direitos sobre as terras indígenas foram declarados como sendo “originários”, um termo jurídico que implica precedência e que limita o papel do Estado a reconhecer esses direitos, mas não outorgá-los. Essa formulação tem a virtude de ligar os direitos territoriais às suas raízes históricas (e não a um estágio cultural ou uma situação de tutela). Reconheceu-se a personalidade jurídica dos grupos e das associações indígenas, em especial sua capacidade de abrir processos em nome próprio, independentemente da opinião do tutor, incumbindo-se a Procuradoria da República da responsabilidade de assisti-los perante os tribunais. Todas essas medidas constituíram instrumentos básicos para a garantia de seus direitos.

Na década de 1970 houve o movimento da Reforma Sanitária que visava maior ampliação dos direitos sociais no tocante à saúde. Essa mobilização culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu de 17 a 21 de março de 1986, cujas propostas ali discutidas foram inseridas no texto da Constituição Federal de 1988 e nas leis 8.080/90 e 8.142/90. Os artigos 196 a 198 na “Seção II DA SAÚDE” da CF definem:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade. (BRASIL, 2013c, s/p).

Os artigos explicitados acima revelam, em especial o 196 que “a saúde é direito de todos e dever do Estado [...]”. E mais: o caráter universal de cobertura do SUS, indicando os avanços conquistados em relação à assistência à saúde até então vigentes. Entretanto, pesquisas apontam como este caráter universal ainda é a partir do SUS voltado sobremaneira aos cuidados das mulheres, sobretudo às mães, mesmo quando a anticoncepção (aborto) entra em pauta. Esta operacionalidade do SUS liga-se, dentre outros motivos, por exemplo, à criação do PNAISM (Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher) que ocorre em 1983. Na esteira de Betina Hillesheim et al (2009):

Dessa maneira, podemos entender que as questões reprodutivas seguem centrais nos dois momentos de pensar-se a saúde da mulher, seja para afirmá-las como parte de uma suposta essência feminina, seja para reivindicar outras formas de atenção à saúde e de direito ao corpo, incluindo o aborto, a contracepção, as relações entre homens e mulheres, entre outros temas. Nesse sentido, foram construídas diferentes soluções para um problema, compreendendo-se que essas diferentes soluções resultam de uma forma específica de problematização (Foucault, 2004). Porém, podemos dizer que “o que está em jogo, nesses locais de visibilidade e de enunciação de nosso tempo, é o incessante produzir materno” (Marcello, 2004, p. 202).

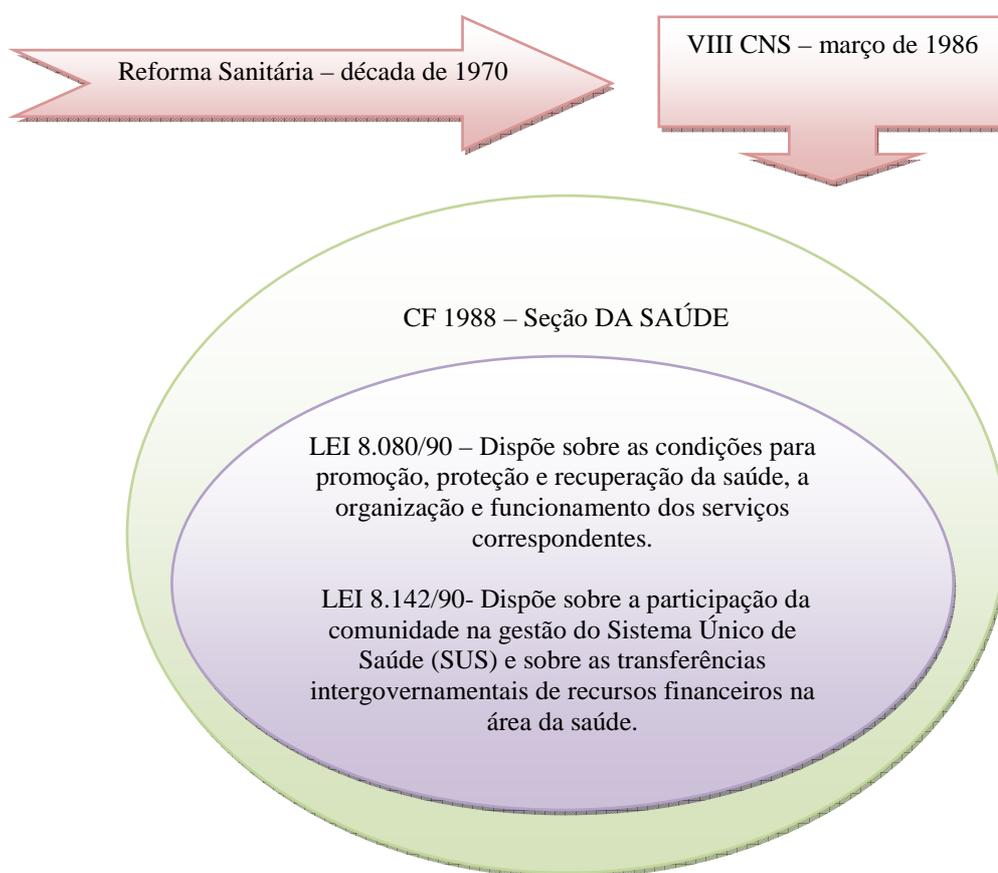
A lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”, sendo que o artigo 4º define o que compõe o SUS:

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).
§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar. (BRASIL, 2013g, s/p).

A descentralização na organização do SUS possibilitou que esferas municipais e estaduais operassem juntamente com a esfera federal, dando maior suporte para a sua institucionalização e a sua atuação.

A lei 8.142/90 atua justamente na alocação dos recursos financeiros para melhor funcionamento da gestão do SUS. “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde” (BRASIL, 2013h, s/p).



Desta forma, onde estariam os indígenas frente à organização do SUS? Estariam e estiveram sob o atendimento da FUNASA, e em termos nacionais alcançaram visibilidade na legislação que criou o SUS, nove anos após a aprovação de sua instituição. Isto é, o SUS passa a vigor para “todos os brasileiros” a partir de 1991, mas somente em 1999, os indígenas foram especificados literalmente pelas modificações produzidas na antes citada lei que rege o atendimento universal quanto à saúde dos brasileiros.

2.4. Inclusão da assistência à saúde à população indígena

A assistência à população indígena somente aparece vinculada explicitamente ao SUS com a lei 9.836 de 23 de setembro de 1999. Conhecida como lei Arouca, ela acrescenta na lei 8.080/90 o Subsistema de Saúde Indígena. A lei recebe o nome de um dos protagonistas na mobilização da reforma sanitária no país, Antônio Sergio da Silva Arouca. Sergio Arouca foi presidente da fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – 1985 a 1989, tendo sido eleito deputado federal em dois mandatos. Em seu segundo mandato – 1995 a 1998 – encaminhou um projeto de lei, que entre outras medidas, transferia as ações de saúde indígena para a FUNASA.

Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena trago os artigos que serão apropriados para melhor compreensão de como estava organizada a FUNASA, antes desta e após esta implantação legal.

Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena:

[Art. 19-A.](#) As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei.

[Art. 19-B.](#) É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração.

[Art. 19-C.](#) Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

[Art. 19-D.](#) O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País.

[Art. 19-E.](#) Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações.

[Art. 19-F.](#) Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

[Art. 19-G.](#) O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

[§ 1º](#) O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

[§ 2º](#) O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

[§ 3º](#) As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

[Art. 19-H.](#) As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso." (BRASIL, 2013i, s/p).

Os artigos, acima citados, expõem como o subsistema de saúde indígena foi pensado a partir dos critérios do SUS e por ele conveniado.

Interessante notar que o artigo 19-F leve em conta as especificidades da cultura indígena. Pressupõe princípios mais amplos no entendimento da saúde indígena. Quando traz a questão da demarcação de terras em um artigo referente à saúde, leva em consideração o valor que a terra representa dentro do que é entendido como o bem-estar. Para os Guarani e os Kaiowá a terra está vinculada com seu modo de ser, seu bom viver. Há a ligação do *tekoha* com os deuses, “El tekoha es una institución divina creada por *Ñande Ru*” (MELIA et. al, 2008, p.129). O bem-estar ideal para os Guarani pode ser visto de uma forma simplificada, como um todo englobado, onde terra, saúde, religião, comunidade estão interligados.

La palabra teko, como en la lengua que registró Montoya (Tesoro,i.363y ss), sigue siendo entre la Pãi portadora de significados múltiples: modo de ser, modo de estar, sistema, ley, cultura, norma, comportamiento, hábito, condición, costumbre... Los diversos valores semánticos de esta palabra vienen determinados por la adjetivación específica que reciben.(MELIÁ et.al,2008, p.99)

Antes da criação da FUNASA, quem detinha o controle sobre a assistência à saúde era o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), sendo meu foco a consolidação da Fundação Nacional de Saúde.

2.4.1. Fundação Nacional de Saúde – FUNASA

A Fundação Nacional de Saúde (FNS/FUNASA) foi consolidada, segundo Carla Costa Teixeira (2008, p.324) no processo de redemocratização brasileira e foi dedicada a duas reformas: “a) a reforma do Estado iniciada pelo governo Fernando Collor; b) a redefinição do sistema de saúde a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988”.

A criação da FUNASA está diretamente ligada às transformações políticas da época¹⁶, segundo Carla Costa Teixeira (IDEM, p.326-327):

Calcada nos princípios de (i) acesso universal igualitário às ações e serviços de saúde, de (ii) atendimento integral à saúde e de (iii) participação da comunidade definidos na Constituição Federal (artigos 196 a 198).

Foi administrativamente organizada em meio à chamada reforma do Estado – com sua ênfase na diminuição quantitativa da máquina administrativa, na redefinição do papel do Estado de executor para regulador dos serviços públicos privatizados ou terceirizados na substituição do enfoque universalista pela focalização das políticas sociais em populações consideradas na ‘faixa da pobreza’-.

¹⁶ Instituída pela lei 8029 de doze de abril de 1990.

Teve sua institucionalização a partir da fusão de Serviço Especial de Saúde Pública (SESP, transformado em 1960 em Fundação) e da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), ambos criados durante regimes ditatoriais – respectivamente 1942 e 1970 – e com uma estrutura organizacional com a clara inspiração militarista (em sua concepção institucional e filosofia de ação).

O Decreto 3.156 de 27 de agosto de 1999, dentre outras questões referentes à saúde indígena, transfere os cuidados da atenção à saúde indígena da FUNAI para a FUNASA.

Art. 3º O Ministério da Saúde estabelecerá as políticas e diretrizes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio, cujas ações serão executadas pela Fundação Nacional de Saúde - FUNASA.

Parágrafo único. A FUNAI comunicará à FUNASA a existência de grupos indígenas isolados¹⁷, com vistas ao atendimento de saúde específico.

Art. 4º Para os fins previstos neste Decreto, o Ministério da Saúde poderá promover os meios necessários para que os Estados, Municípios e entidades governamentais e não governamentais atuem em prol da eficácia das ações de saúde indígena, observadas as diretrizes estabelecidas no art. 2º deste Decreto. (BRASIL, 2013j, s/p).



Segundo Teixeira (2008), essa inclusão pode ser analisada como estratégia política para assegurar o desempenho da instituição que estava em processo de reformulação. Assim, segundo a antropóloga Carla Teixeira - que se debruçou sobre a análise de dados históricos da instituição e etnográficos do Museu da FUNASA situado em Brasília, persistem paradoxos no que diz respeito à política de atenção a saúde indígena. Apesar do conhecimento indígena que é afirmado de maneira explícita em publicação da FUNASA:

O reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas, a consideração e o respeito dos seus sistemas tradicionais de saúde são *imprescindíveis* [grifo próprio] para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção/promoção e educação para a saúde adequada ao contexto local. (BRASIL, 2002, p. 19).

A (aparente) falta de entrosamento entre o que se refere à publicação da FUNASA e a aplicação de sua política junto às comunidades indígenas se daria “entre o particularismo e

¹⁷ Nota-se que mesmo em meio à já vigente CF de 1988, o termo “isolados” presente nas classificações assimilacionistas previstas no corpo do Estatuto do Índio ainda é empregado.

universalismo presente no subsistema de saúde indígena tem experimentado um movimento pendular, em geral tendendo para a singularidade no nível retórico, para a homogeneização na prática e para a invisibilidade na memória das agências governamentais de saúde pública” (TEIXEIRA, 2008, p.340). Invisibilidade que saltara aos olhos da pesquisadora, em especial, quanto à iconografia da saúde indígena no Museu da Funasa em Brasília:

Inicialmente, salta aos olhos o lugar marginal da saúde indígena na instituição que é, em suas próprias palavras, responsável por: “Promover a atenção integral à saúde dos povos indígenas, respeitando as especificidades etnoculturais e geográficas, atuando intersetorialmente com outras instâncias de governo e no âmbito do SuS” (Funasa 2004: 67).tal observação deve-se não apenas pelo material iconográfico acima apresentado e pelas informações que se escolheu disponibilizar ao visitante, mas se confirma no trecho final da fala da coordenadora do museu, no qual afirma: “o que a gente conseguiu foram algumas fotos de vacinação indígena, mas realizada pela Sucam, pela FSESP; mas também elas não têm informação, elas não têm data.”dois comentários se impõem: primeiro, uma destas fotos encontra-se exposta no museu (figura 3) classificada sob a doença “Malária”; segundo, praticamente todo o acervo do museu é de ações da Sucam e da FSESP. Por que então isto (ser anterior à existência da Funasa e não ter informações contextuais) seria impedimento quando se trata do acervo museológico da saúde indígena? Longe de concluir que tal exclusão deva-se a qualquer intencionalidade maliciosa da coordenação do museu, tratar-se-ia de um mecanismo de expressão e de produção de como as instituições pensam, ou seja, o que escolhem lembrar ou esquecer e de que forma o fazem (Douglas 1998). (IDEM, p.334).

Retornando à relação entre particularismo e universalismo, essa dificuldade de interação surge na discussão da ‘Agenda de ações afirmativas para mulheres indígenas do Brasil’ (SEGATO, 2003), na qual uma das reivindicações das mulheres indígenas que compuseram o grupo de quarenta e uma lideranças indígenas para a realização da Oficina de Capacitação e Discussão sobre Direitos Humanos, Gênero e Políticas Públicas para Mulheres Indígenas, em relação à saúde da mulher indígena era, dentre outras ações: “Campanha de valorização e revitalização dos saberes indígenas na área da alimentação tradicional, preservação da saúde e da cura de doenças físicas e mentais, e especialmente do saber das mulheres detentoras desses conhecimentos” (IDEM, p.53).

Do processo de instalação da FUNASA, passo à descrição da organização da Fundação em termos de estrutura. O Decreto 3.156/99, citado acima, discorre justamente sobre a organização da referida:

Art. 8º A FUNASA contará com Distritos Sanitários Especiais Indígenas destinados ao apoio e à prestação de assistência à saúde das populações indígenas.

§ 1º Os Distritos de que trata este artigo serão dirigidos por um Chefe DAS 101.1 e auxiliados por dois Assistentes FG-1.

§ 2º Ficam subordinadas aos respectivos Distritos Sanitários Especiais Indígenas as Casas do Índio, transferidas da FUNAI para a FUNASA, cada uma delas dirigida por um Chefe FG - 1.

§ 3º Ao Distrito Sanitário Especial Indígena cabe a responsabilidade sanitária sobre determinado território indígena e a organização de serviços de saúde hierarquizados, com a participação do usuário e o controle social. (BRASIL, 2013j, s/p).

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas são unidades gestoras descentralizadas do Subsistema de Saúde. No país há 34 DSEIS que são distribuídos de acordo com a ocupação geográfica das comunidades indígenas. No mapa abaixo é possível visualizar a distribuição dos DSEIS.



Imagem 11: Distribuição dos DSEI – FONTE: SESAI/MS

A organização dos DSEIS está disposta da seguinte maneira: 1) Pólo Base: O Pólo localiza-se na cidade, onde ocorrem reuniões, capacitação das equipes multidisciplinares (normalmente composta por médico, enfermeira, dentista, nutricionista, psicólogo) e presta assistência aos Agentes de Saúde das comunidades indígenas; 2) Postos de Saúde: servem de apoio para os Pólos. Neles são executadas atividades de atenção básica à saúde, tais como o acompanhamento de crianças e gestantes, imunização e o atendimento a casos de doenças mais frequentes, como infecção respiratória aguda, diarreia e malária, campanha de promoção à saúde; 3) Casa de Apoio a Saúde Indígena - CASAI: Prestam serviços de apoio a pacientes indígenas que foram encaminhados a hospitais da região que atendem pelo SUS. A instalação

da CASAI tem condição de oferecer alojamento, alimento aos pacientes a ele encaminhados. (BRASIL, 2009a).



Imagem 12: Organização dos DSEI – FONTE: SESAI/MS

2.4.2. Secretaria Especial De Saúde Indígena – SESAI

A SESAI é a área ou ainda, a Secretaria Especial do Ministério da Saúde criada para coordenar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS, implementado em 1999 quando da inserção de artigos voltados especificamente aos indígenas na legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) que fora criado em 1990 para todos os brasileiros. A SESAI passa a estar vinculada diretamente ao Ministério da Saúde, atendendo assim, uma das reivindicações dos povos indígenas, segundo Antônio Alves, secretário especial de Saúde Indígena. (BRASIL, 2013l, s/p).

O Decreto nº 7.797 de 30 agosto de 2012, em seu art. 44 menciona o que compete à Secretaria Especial de Saúde Indígena:

- I - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, mediante gestão democrática e participativa;
- II - coordenar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos povos indígenas;
- III - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações referentes a saneamento e edificações de saúde indígena;
- IV - orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena, em consonância

com as políticas e os programas do SUS e em observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais indígenas;

V - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações de atenção integral à saúde no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

VI - promover ações para o fortalecimento do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

VII - promover a articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuam interface com a atenção à saúde indígena;

VIII - promover e apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas em saúde indígena; e

IX - identificar, organizar e disseminar conhecimentos referentes à saúde indígena. (BRASIL 2013m, s/p).

A meu ver, em substituição à FUNASA por força do que consta(va) no artigo 2º do Decreto 3156/99, a SESAI compõe a atenção governamental à saúde indígena. Não devemos esquecer que a criação da FUNASA se dá em 1990, e segundo a lei que a institui, 8.029, seus principais objetivos eram: II - fomentar soluções de saneamento para prevenção e controle de doenças; III - formular e implementar ações de promoção e proteção à saúde relacionados com as ações estabelecidas pelo Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (BRASIL, 2013n, s/p). Assim, o que desejo sublinhar é que a F(U)N(A)S(A) não se destinava principalmente ao cuidado das especificidades da saúde das populações indígenas – a interculturalidade/intermedicalidade, o que somente ocorrerá após vinte e dois anos da criação do SUS com o advento da SESAI – Secretaria Especial da Saúde Indígena. Ainda neste raciocínio, da criação da FUNASA que se deu em 1990 até efetivamente os indígenas se tornarem visíveis no corpo da legislação do SUS, transcorreu-se quase uma década, isto é, nove anos (1999). Portanto, a criação das DSEIS se deu antes da criação da própria SESAI, o Setor no Governo Federal, hierarquicamente superior aos distritos.

Passo ao que na prática observei em meio ao meu trabalho de campo, no primeiro capítulo delineado ao leitor e à leitora.

“OS DITOS E OS FEITOS”: A INTERMEDICALIDADE DE AIS DO POSTO DE SAÚDE BORORÓ II & DAS *JARÝI*, PARTEIRAS E *ÑANDE SY* DE AMAMBAI

No capítulo anterior, discuti como se deu a criação dos principais órgãos estatais indigenistas (ou não) voltados ao cuidado (direta e indiretamente) da saúde indígena em solos brasileiros, a partir do plano ideal das legislações e, *en passant*, pincelei a contextualização da região englobada pelo atual estado do Mato Grosso do Sul. Aliás, legislações que mais recentemente com as modificações no Sistema Único de Saúde (SUS) preveem o respeito à diversidade e à especificidade das sociedades tradicionais indígenas. Neste capítulo, busco de maneira singela compreender como é vivenciada e significada a saúde indígena, seja por agentes indígenas de saúde de um dos quatro postos da antiga FUNASA na aldeia Bororó, seja por parteiras indígenas na reserva de Amambai. Perante a amplitude que a “saúde indígena” traz consigo, elegi como fio condutor a temática parto e gestação como maneira de iniciar os diálogos com minhas interlocutoras.

Dito isto, abaixo explorarei o posto de Saúde como um ponto de contato ou o “epicentro” (PEREIRA NOVO, 2011), a partir do qual percebi a “intermedicalidade” / “interculturalidade” (FOLLÉR *apud* IDEM) através dos ditos e dos feitos das agentes de saúde indígenas. Para além das agentes de saúde do Posto da Bororó II, desloco o(a) leitor(a) à Amambai (MS) e às narrativas das mulheres *jarýi*, parteiras e/ou *ñande sy* com seus ditos e seus feitos sobre gestação, parto e saúde indígena.

3.1. O Posto de Saúde: “o epicentro”

Posso dizer que minha vivência como estagiária via FUNASA no Posto de Saúde, me possibilitou perceber a relação intercultural que se estabelece nesse contexto de atenção à saúde indígena. Penso no posto de saúde como ponto de encontro e de contato, porque é (de) onde circulam tanto os conhecimentos ocidentais representados pela biomedicina reproduzida pelos profissionais da saúde e agentes de saúde, quanto os conhecimentos tradicionais das

lógicas indígenas (res)significadas, por exemplo, pelos os Agentes Indígenas de Saúde (AIS).

Detalhe: sem que haja por detrás do termo “contato” a conotação (*a priori*) de imposição ou dominação da biomedicina sobre as terapêuticas tradicionais e vice-versa. Segundo Marina Pereira Novo (2011, s/p),

O posto é, por excelência, um espaço de fluidez e trocas entre diferentes grupos culturais na medida em que foi criado no contexto do contato e tornou-se elemento de fundamental valor para os grupos auto-xinguanos, tanto no que diz respeito às relações internas a esse sistema interétnico quanto no que diz respeito aos espaços de negociação com organismos governamentais e não-governamentais dentro de um contexto político mais amplo.

Foi a partir da interação, principalmente com as agentes indígenas de saúde, que percebi essa fluidez (que não despreza as tensões). Ao mesmo tempo em que elas estão vinculadas ao Estado e ao modelo sanitaria nacional, percebido a partir de conceitos que são passados nos cursos de capacitação¹⁸, as agentes de saúde narram histórias ligadas à cosmologia Guarani e aos conhecimentos advindos de suas histórias de vida. Estes dois modelos de se pensar a saúde, são ressaltados uma vez mais por Marina Pereira Novo (IDEM, p.1364):

De um lado, aparecem os conceitos próprios do modelo sanitaria nacional – conceitos estes que se apresentam localmente por meio dos cursos de formação de AIS, bem como por intermédio da atuação de profissionais não indígenas em território indígena; do outro lado, esta discussão remete às concepções internas às sociedades indígenas com suas terapêuticas tradicionais vinculadas à cosmologia, à organização sóciopolítica e ao *ethos* local, **além das diversas incorporações e ressignificações que são feitas dos elementos provenientes da medicina ocidental – entendida aqui como sinônimo de biomedicina, em contraposição às chamadas “terapêuticas tradicionais”.** (Negritos meus).

Há na reserva de Dourados quatro postos de saúde, sendo dois deles na aldeia Jaguapiru e os dois outros na Bororó. Pela estrada que liga Dourados a Itaporã, BR 156, há a entrada principal da reserva de Dourados (traço pontilhado em amarelo na imagem abaixo). Deste marco até o posto de Saúde Bororó II onde interagi com as AIS são aproximados quatro quilômetros.

¹⁸ Segundo o relatório da II Conferência de Saúde Indígena, a seleção dos AIS será feita pela comunidade, e os cursos de capacitação deverá ocorrer em serviço e de forma continuada, inserida no processo de trabalho estruturado nas aldeias pela equipe multidisciplinar de saúde indígena (EMSI). No período que estive em campo, não acompanhei porque nenhuma informação por mim foi percebida quanto aos cursos de capacitação. As únicas questões que me saltaram aos olhos foram: (1^a) preocupação por parte das AIS quanto a não renovação de seus “contratos” ao término do ano, e (2^a) a não conclusão do ensino fundamental por parte de algumas AIS.

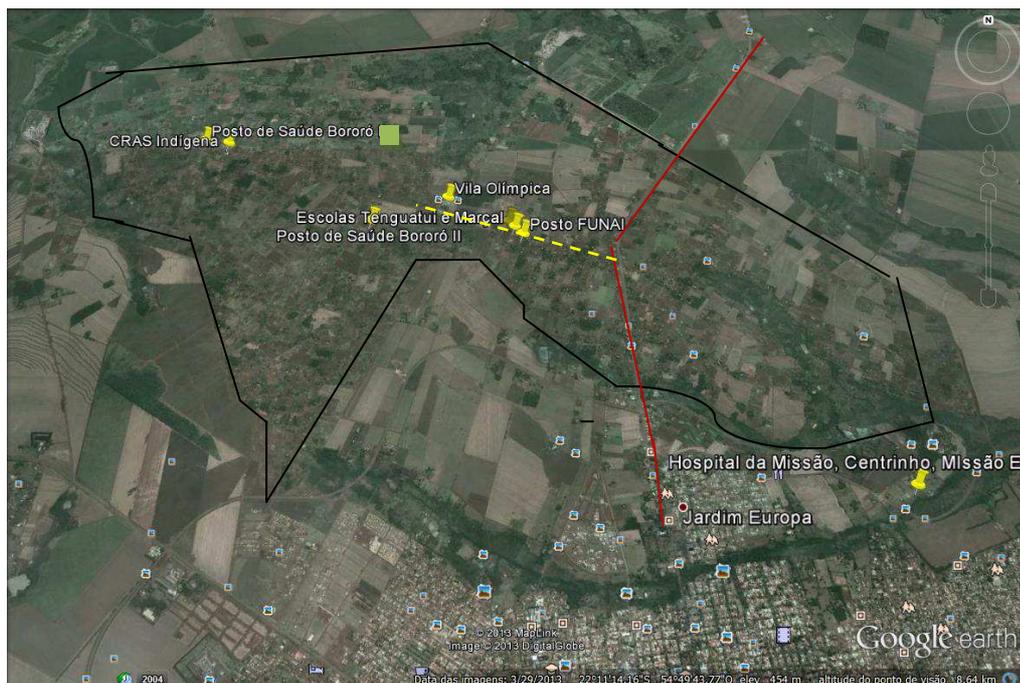


Imagem 13: De satélite com perímetro da reserva indígena de Dourados. A linha em vermelho é a BR 156 que corta a reserva. O pontilhado em amarelo é um dos travessões principais que dá acesso à Jaguapiru e à Bororó - FONTE: Google Earth, 2013.

O posto de saúde acima citado e que tive acesso (de 27/10/09 a 13/11/09) como estagiária curricular via Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), situa-se na aldeia Bororó, dentro da TI e/ou Reserva de Dourados¹⁹.



Imagem 14: via satélite da localização d o Posto de Saúde Bororó II, a linha pontilhada segue o percurso de dois quilômetros da Vila Olímpica até o Posto de Saúde – FONTE: Google Earth, 2013.

¹⁹ Diferenciações/esclarecimentos feitos no Capítulo I da presente dissertação.

O Posto configura-se espacialmente com uma varanda que acompanha a frente (foto 15) e a lateral esquerda do mesmo (foto 16), onde normalmente as pessoas ficam até serem atendidas. Em regra, os dias de maiores fluxos de pessoas eram as segundas-feiras, sendo que o público majoritário era de mulheres gestantes com crianças de colos, ou crianças de até cinco anos.



Imagem 15: Frente Posto de Saúde Bororó II – FONTE: Mariana Pereira da Silva, 2009.



Imagem 16: Lateral do Posto de Saúde Bororó II. Nota-se ao redor do posto, as bicicletas - meio de transporte muito utilizado pelos indígenas, e também pelas agentes de saúde que percorrem as casas para realizar as visitas – FONTE: Mariana Pereira da Silva, 2009.

Apesar das AIS e usuárias do posto circularem por alguns (poucos) espaços internos, destaco que ele se divide conforme desenho que segue.

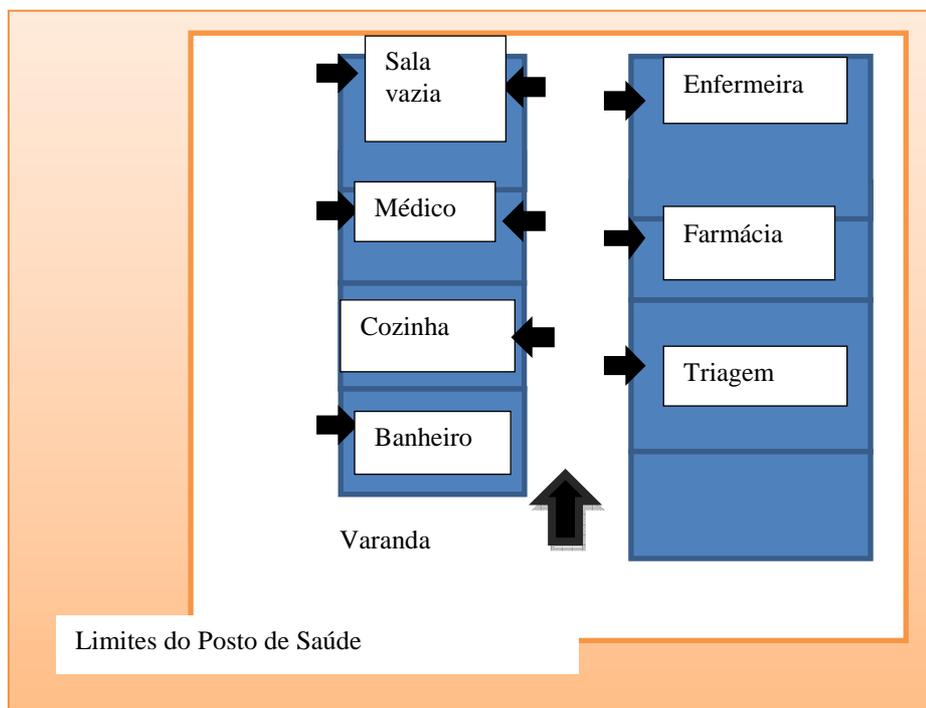


Imagem 17: Croqui da divisão do Posto de Saúde

Destes espaços, recorro-me que na penúltima semana de interação no posto de saúde Bororó II, ao entrar pela porta da frente (e principal), logo à direita na sala de triagem, ficava a técnica de enfermagem, Gisele, indígena Terena de aproximados 34 anos. Nesta derradeira semana de estágio no posto, acompanhei todos os dias Gisele anotar o nome da mãe e da criança, realizar a pesagem, tirar a temperatura e encaminhar para atendimento as usuárias após breve escuta do que a mãe e/ou a criança estavam sentindo. Nesta sala havia duas balanças, uma delas para os bebês e armários, onde se encontravam guardadas as fichas dos indígenas. Nesta ficha havia, caso fosse de criança, seu nome completo, nome dos pais, número da casa, agentes de saúde que a atendiam, nome da enfermeira, ano do nascimento, pesagem e altura.

Talvez não por acaso, a ficha se denomina de “triagem” e seu conteúdo é revestido de dados que possam individualizar em termos de contabilidade, os números que mensuram se há ou não “indícios” de desnutrição. Algo explorado por Michel Foucault (2001) ao analisar o nascimento da medicina social e paralelamente o processo de higienização social que traz a reboque a produção do “urbano” na cidade de Paris. O primeiro movimento feito pelo estado

francês fora o de controlar nascimentos, mortes e focos de moradores doentes para isolá-los, mas antes, esquadrinha-los.

(...) E o esquema suscitado pela peste; não mais a exclusão, mas o internamento; não mais o agrupamento no exterior da cidade, mas, ao contrário, a análise minuciosa da cidade, a análise individualizante, o registro permanente, não mais um modelo religioso, mas militar. É a revista militar e não a purificação que serve, fundamentalmente, de modelo longínquo para esta organização político-médica (IDEM, p.89).

Ainda quanto à sala de triagem, havia duas mesas, rádio para a comunicação entre os postos de saúde e também com o Pólo base de Dourados – como parte da estrutura dos DSEIS²⁰, que está localizado na cidade de Dourados, uma vez que o sinal de telefonia é ruim em diversos pontos da reserva. De qualquer forma, não inexistente, sendo que o rádio persiste como meio de comunicação para a troca de informações entre funcionários e demais localidades ligadas ao atendimento da saúde indígena, dentre outros usos.

Em síntese, a sala da triagem não se restringia ao acesso das técnicas de enfermagem, sendo frequentada pelas AIS em dias de menor fluxo de demandas. Este espaço, a sala da enfermeira e/ou a varanda eram os locais preferidos para o ritual do tereré, praticado pelo grupo formado pelas AIS, pela auxiliar de limpeza e pela técnica de enfermagem, no qual eu era convidada. Os demais espaços por mais que sem a presença do médico, por exemplo, não eram acessados.

Quase em frente da sala do médico ficava a sala da enfermeira, que quando retornei em junho de 2011, já havia sido deslocada para a antiga sala de triagem que fora remanejada para outro cômodo construído no espaço da varanda. A sala da enfermeira, Andreia, não indígena, aproximados 30 anos, era a sala mais enfeitada, com figuras da Disney coladas nas paredes. Uma sala ampla e ventilada, contendo duas mesas, maca, pia, armário e mural de recados. Era neste espaço que as agentes de saúde se reuniam antes de sair para realizar as visitas pela Bororó e também para compor os relatórios mensais.

O posto é cercado por tela, como se fosse uma cerca. Há calçada ao redor da construção e pedras que impedem que a terra vermelha adentre ao espaço cimentado e interno do posto. Não há árvores ao redor do mesmo, assim como em grande parte da reserva - marcada principalmente por capim colônio²¹ (foto 18) que reveste as estradas.

²⁰ Exposto no segundo capítulo.

²¹ Capim Colônio (*Panicum maximum*): É uma planta daninha bastante agressiva, com grande capacidade de disseminação; planta hospedeira de vírus como o da “folha-branca-do-arroz”; infesta



Imagem 18: Travessão que dá acesso à estrada ao Posto de Saúde nota-se o capim colônião ao redor da estrada –FONTE: Mariana Pereira da Silva, 2013.

Ao redor de algumas casas nota-se a existência de árvores e o plantio de algumas plantas - duas das que visitei eram casas das AIS, uma Guarani (Lúcia, 28 anos) e outra Kaiowá (Juliana, aproximados 40 anos). Algumas dessas casas que se localizam perto do posto, são habitadas por agentes de saúde e seus familiares. Em 2009 visitei estas duas casas de agentes de saúde, e na de Juliana pude visualizar a de sua irmã (Ana), também desempenhando a mesma atividade. Todas as casas próximas ao posto de saúde (imagem 19), podendo perceber, que há a distribuição de familiares, dando indícios da manutenção de modelos típicos de organização Guarani e Kaiowá, baseado na família extensa. Quanto a esse tema Fabio Mura (2006, p.110) discorre sobre como se organiza a família extensa:

No caso dos Kaiowá, temos uma morfologia social baseada na dispersão das áreas residenciais em espaços territoriais considerados como passíveis de ser percorridos pelos indivíduos, no intuito de desenvolver suas atividades econômicas e efetuar as visitas cotidianas e periódicas aos parentes, estabelecendo alianças matrimoniais e políticas necessárias à construção do sentimento comunitário e intercomunitário. (...) na base da organização social destes indígenas está a família extensa, denominada *te'yi*.

lavouras anuais e perenes, bem como áreas não agrícolas; planta de difícil controle no manejo para o sistema de plantio direto. (EMPRABA, 2013).



Imagem 19: Próximo ao Posto de Saúde, casa de quatro agentes de saúde e uma auxiliar de limpeza (Flavia). Interessante perceber a proximidade de algumas casas, que pode indicar, como o caso, relação de parentesco. AIS da casa A e B são respectivamente, tia e sobrinha (Maria e Lúcia), na casa D e E são irmã (Ana e Juliana) – Fonte: Google Earth, 2013.

Mesmo com espaços diminuídos, com a entrada de diversos Programas (Luz para Todos do Governo Federal, Bolsa Família) e instituições (Prefeitura de Dourados, ONG, Unigran, SESAI, Missão Caiuá), introdução da casa de alvenaria, entrada de luz elétrica, os Kaiowá mantêm suas formas fundamentais de organização espacial e social, fundada na família extensa, pois “a mudança no padrão de residência não inviabilizou a operacionalidade do sistema local. Mantêm-se entre os fogos de uma parentela basicamente as mesmas relações sociais de cooperação econômica, política e ritual que existiam dentro da casa comunal” (PEREIRA, 2004, p.108). Ainda a esse respeito é interessante observar as trilhas que ligam uma casa a outra, mesmo com o “fracionamento da família-grande e, concomitante, a substituição da casa grande por algumas cabanas de tipo caboclo mais ou menos próximas umas das outras” (SCHADEN, 1974, p.27).

Mais atualmente com a introdução de casas de alvenaria (foto 20), as formas como se organizam e se comunicam mantêm modelos típicos Guarani e Kaiowá. A respeito da parentela, interessante destacar alguns vetores de aproximação para a composição da mesma, que adiante ao expor sobre as parteiras retomarei. São eles: “1) parentesco cognático; 2) alianças matrimoniais; 3) alianças políticas, baseadas em amizades, redes de apoio mútuo e relações de compadrio; 4) participação em uma mesma comunidade religiosa, seja ela

organizada pelo xamã (...) seja organizada pelo pastor pentecostal kaiowá” (PEREIRA, 2004, p.91).



Imagem 20: Nota-se a presença de luz elétrica, casa de alvenaria e casa de sapé – FONTE: Mariana Pereira da Silva, 2010.

Nas duas casas das agentes de saúde que visitei, notei a existência dos *tape po'í* (IDEM). Juliana, Kaiowá, apontou para uma casa mais afastada falando que lá vivia sua irmã, também agente de saúde, tal como exposto acima. Pereira (IBIDEM, p.66) afirma que:

De fundamental importância para a compreensão da relação entre os fogos relacionados no interior da parentela é a existência e estado de conservação das trilhas estreitas – *tape po'í* [grifo autor] -, que ligam os locais de residência das famílias. [...] Dessa forma, em qualquer área kaiowá, os *tape po'í* {grifo autor} constituem uma malha viária utilizada como suporte para uma teia complexa de relações sociais.

Nessas casas que visitei, há um pátio amplo, com espaço aberto, com bancos distribuídos nas sombras, onde sentamos para conversar e tomar tereré. Interessante notar que “é no pátio – *okápe* ou *korapýpe* – onde se desenvolve a maior parte das atividades da vida social de um fogo, ele é considerado uma extensão da casa e, como tal, propriedade de seus moradores” (PEREIRA, 2004, p.174). Ainda segundo o mesmo autor, “Chegar ao pátio de uma casa significa chegar na casa, visitar seus moradores. No pátio são recebidos os

visitantes, as crianças brincam e formam-se as rodas de tereré e as vezes mate (...)” (IDEM, p.174). Algo que observei e vivenciei com as *jarýi*.

3.2. Agentes Indígenas de Saúde - AIS

Os AIS estão enquadrados na categoria de Agentes Comunitários de Saúde, regulamentada pela Lei 11.350/06, não havendo normatização específica para os mesmos. Esther Jean Langdon (2006, p. 2638) apresenta um retrospecto do movimento de criação do papel do AIS, desde os primeiros passos e reivindicações até a sua implementação:

Com a criação do Subsistema de Saúde, o modelo de atenção diferenciada e o papel do AIS ganham mais destaque. Assim, no documento que fundamenta a PNASPI, a atenção diferenciada é delineada como uma distinção na qualidade dos serviços e o AIS é visto como um elo entre os saberes tradicionais e também entre os membros da comunidade e os da equipe.

A escolha dos atores que vão atuar como AIS passa pelos arranjos políticos internos e externos da reserva (LANGDON *et. al.*, 2006, p. 2640). Segundo Fabio Mura (2006) a utilização desses cargos, e outros como professores, merendeiras configuram-se como modos de conferir apoio ao capitão, de forma que para isso é necessário que o capitão consiga vantagens a seus parentes e aliados na ocupação dos referidos. Marina Pereira Novo (2009, p.126) corrobora com essa questão ao tratar dos AIS do Alto Xingu:

(...) Estes são preenchidos mediante indicação do próprio grupo de pessoas da aldeia, sendo ocupados em grande parte por pessoas diretamente ligadas às parentelas de lideranças, garantindo desta forma, o controle do acesso e da distribuição destes recursos. Não se trata da *acumulação* de bens por parte dos caciques, mas efetivamente do *controle do acesso* aos bens e, conseqüentemente de sua distribuição, reforçando o caráter de ‘doadores’ que estes caciques devem assumir para corresponderem ao *ethos* ideal marcado pela generosidade.

Os AIS são de fundamental importância para a manutenção e ordenamento do sistema de saúde dentro da reserva. São eles que visitam as famílias diariamente, levam os encaminhamentos referentes a exames, ou outras consultas que as gestantes devem realizar (foto 21), fazendo acompanhamentos do tratamento de doenças e detendo o mapeamento das famílias que acessam esses serviços. Enfim, conhecendo a realidade da reserva e dando suporte para outros aparelhos estatais. Quando há a necessidade de mobilizar a população são eles quem atuam como ator primordial. Tal como uma vez mais aponta Langdon (2006, p.2641):

As atividades delegadas aos AIS são amplas. Elas podem ser agrupadas em quatro funções gerais: (1) visitas domiciliares; (2) educação e orientação sobre cuidados de saúde e informações sobre o sistema de saúde e seu funcionamento, incluindo os

programas especiais de saúde; (3) preenchimento de vários formulários, tais como ficha de visitas com assinatura do membro da família, os relatórios mensais de suas atividades e outros solicitados pela equipe; e (4) participação nas atividades de controle social.

Data de Condução: 03.11.09 Hora de Pegar: 08:00 Hora Exame: 10:00
Nome do Paciente: [redacted] Aldeia: Dourados
Local de espera: Lev. ao cadáver Vai Para: H. 500
Por quem ligou: Casa n°: 500
Quem ligou? Data/Hora ligação:
OBS:

Nome: [redacted]
Endereço: Dourados 500
RN: 071153

Soluto

USG, obstetria
Dom: 4/7/09
APP: 1114/010
G51470

LEMBRETE

- ✓ Levar o pedido e o agendamento
- ✓ Levar exames realizados (se houver).
- ✓ Levar documentos pessoais
- ✓ Levar o cartão SUS

OBS: Em caso de perda do agendamento, novo agendamento com atestado médico.

REGISTRO NO CRM)

08011 - Dourados - MS
713411-2742

Imagem 21: Solicitação de exame a uma gestante, serviço realizado pela AIS – FONTE: Mariana Pereira da Silva, 2010.

Os AIS preenchem relatórios mensalmente com as informações de seus atendimentos, que servem como base para os dados estatísticos levantados pelo órgão estatal que atende essas populações. A partir dos dados coletados por esses agentes é que são injetadas as verbas governamentais para a atenção à saúde. Dentre as importâncias do serviço das/os AIS, sublinho que a FUNAI da regional de Dourados realiza a distribuição de cestas básicas na Reserva com base justamente nas listagens repassadas pelas/os mesmas/os.

No ambiente do posto de saúde que frequentei, convivi com sete agentes de saúde que são mulheres da etnia Guarani e Kaiowá, e uma Terena. Todas foram solícitas e me auxiliaram nas conversas com as vinte e três gestantes que visitei em 2009.

Quando as agentes de saúde eram por mim indagadas sobre a situação de saúde na reserva e sobre o número de gestantes, sempre relacionavam o modelo quantitativo para demonstrar a eficácia de seus trabalhos. Diziam-me que a saúde estava melhorando porque estavam conseguindo trabalhar, isto é, o quantitativo de coletas de preventivo demonstravam

a eficácia e a importância dos atendimentos à saúde, aliado à recém-encerrada campanha de vacinação com os índices alcançados. A meu ver, reiterando o modelo de gestão estatal.

Nota-se que há uma rede de pessoas envolvidas seja direta ou indiretamente, na execução dos serviços de saúde. Normalmente as igrejas evangélicas, as escolas, as lideranças, as instituições governamentais – federal, estadual e municipal - são meios de divulgação dos procedimentos realizados na reserva. Seja a divulgação de campanhas de imunização, de preventivos, inscrição nos programas de bolsa família, entre outros.

Interessante mencionar como o discurso da valorização da saúde está imbricada ao bom desenvolvimento de seu trabalho. Este discurso, visto com bons olhos pelas agências governamentais, pode sinalizar como aponta Marina Pereira Novo (2009, p.127) para além de uma preocupação com as condições sanitárias da reserva, mas “diz respeito as dificuldades enfrentadas pelas populações indígenas no período de contato e à participação ativa dos índios (e de instituições indigenistas) para reverter este quadro de sofrimentos, marcando a função política (da apropriação) do ‘fazer saúde’”.

No plano ideal, a criação dos cargos de AIS complementaria a política de atenção diferenciada proposta pela antiga FUNASA. Por serem oriundos/as destas populações e capacitados/as pelo modelo médico-ocidental, conseguiriam aproximar as práticas biomédicas das tradicionais, e seriam os mediadores de dentro de uma relação intercultural. E ainda: a implementação desses cargos pode ser vista como uma estratégia para a maior cobertura dos serviços de assistência médica à população indígena, assim como um meio de inserção no mercado de trabalho para a população indígena, que cada vez mais necessita de meios de serviço para sua manutenção. Quiçá este seja um dos lócus de resistência (e de vigilância) destes sujeitos indígenas, considerando, por exemplo, o poder simbólico das agentes de saúde, inclusive na composição da organização social e política, por exemplo, dos Kaiowá. Um exemplo possível de ser mencionado é o critério em termos de controle de recebimento por parte dos indígenas, utilizado pela regional da FUNAI de Dourados na entrega das cestas básicas na Bororó. Em fevereiro de 2013 quando acompanhei relatos sobre as entregas, estas se deram organizadas por filas e em ordem alfabética pelas listas das agentes de saúde indígenas. Nos casos em que os nomes dos beneficiários não constavam da lista, o responsável pela FUNAI consultava diretamente a agente de saúde para saber se ela estava sob sua competência de atendimento ou não. Se sim, o nome era inserido a caneta na listagem e a entrega realizada.

Porém, saindo do plano ideal que se dissocia do que é vivido, acentua Marina Pereira Novo (IDEM, p. 125) sobre a atuação dos AIS,

na prática verifica-se com muito mais frequência uma função de ‘transmissor’ dos conhecimentos e práticas biomédicas à população por eles atendida. Tanto os usuários do sistema biomédico quanto as lideranças e chefias, ou mesmo a equipe de saúde à qual pertencem, possuem diferentes expectativas em relação à sua atuação e, por esta razão, se utilizam diferentemente do trabalho e do espaço político ocupado pelo AIS, o que gera ambiguidades e mesmo paradoxos com relação a seu papel.

Outra questão importante de se pensar é como esses novos cargos criados pelas agências estatais interferem na organização social da reserva. Ao se tratar dos cargos de AIS, uma das questões levantadas por Levi Marques Pereira (2004, p. 336) em relação aos conflitos geracionais dentro da reserva:

No caso dos agentes de saúde, o ponto de tensão reside principalmente no fato de estes agentes cuidarem da saúde, assunto sério, visto pelo ‘velhos’ como exclusividade do xamã. Quando se trata de crianças a questão fica ainda mais séria, pois cuidar implica em propiciar as condições para que elas se levantem bem, atribuição dos velhos levantadores de parentela, e estes não estão dispostos a dividir essas atribuições com jovens preparados pelos ‘brancos’. Em suma, na maioria dos casos, o formato operacional das agências governamentais e indigenistas confronta radicalmente a estrutura social kaiowá, sendo isto, seguramente, um importante fator de geração de conflito nas reservas. O formato organizacional é imposto aos funcionários indígenas destes programas, intensificando o conflito e a distancia entre a perspectiva dos ‘jovens’ e dos ‘velhos’.

Interessante levar essa questão em consideração ao se tratar do papel do/a AIS dentro das reservas, e como essas questões podem aparecer no discurso destes profissionais. Não foi uma única vez que ouvi das AIS com quem interagi, sobre a dificuldade em se atender as pessoas mais velhas, em se conseguir melhor efetivação do seu trabalho junto a essa geração. Isso me saltou aos olhos ao rever meu caderno de campo, no qual esta situação apareceu em algumas conversas com as AIS. O “êxito de suas ações” - acompanhamento de pré-natal, campanhas de imunização, coletas de preventivos – normalmente vinha de mãos dadas com a afirmação de que os mais novos são mais preocupados e mais acessíveis, a dificuldade estaria em se atingir a maioria das pessoas mais velhas, normalmente de famílias mais tradicionais da reserva.

Revisitando os dados de campo, em conversas com gestantes da Bororó, percebi que as mais novas, em sua maioria estavam fazendo acompanhamento via FUNASA, mas os relatos dos conhecimentos relacionados aos cuidados durante a gestação fazem parte do repertório das histórias contadas por suas mães ou avós.

Um caso interessante que me foi passado pela AIS Maria, Guarani, 43 anos, trata-se do relato de uma gestante indígena Kaiowá (de 23 anos), que teve sua primeira filha em casa. Segundo a AIS quem realizou o parto foi a mãe de outra AIS, Juliana. Outro relato passado pela mesma agente de saúde refere-se ao fato de que ela havia feito o parto de uma gestante de trigêmeos. Essa história foi contada várias vezes nas conversas com as AIS. Segundo Maria, ela soube o que fazer na hora do parto, porque se baseou no que sua mãe e sua avó contavam, “empurra o sangue para o umbigo, aperta, mede uns três dedos e corta o cordão”. Disse que tinha recebido elogios do médico quando chegaram ao hospital e os recém-nascidos estavam bem, outra confluência entre estes saberes, cujas marcações hierárquicas eu observava nos espaços não adentrados por AIS e demais funcionários do posto quando da presença ou ausência do médico. O que acaba sinalizando não necessariamente para tensões, mas (também) para complementaridades entre ambos os saberes. Em um “esboço de uma teoria geral da magia”, Marcel Mauss (2003, p.56-57) remarca como a magia (e seus atos rituais) auxilia e acompanha a técnica. Neste sentido, o antropólogo sublinha que:

Outras artes são, por assim dizer, completamente capturadas pela magia. Tais são a medicina, a alquimia; durante muito tempo, o elemento técnico foi aí o mais reduzido possível, a magia as domina; dependem dela a ponto de parecerem ter se desenvolvido no interior da magia. O ato médico não apenas permaneceu, quase até nossos dias, cercado de prescrições religiosas e mágicas, preces, encantamentos, precauções astrológicas, mas também as drogas, as dietas do médico, os passes do cirurgião, são um verdadeiro tecido de simbolismos, de simpatias, de homeopatas, de antipatias e, de fato, são concebidos como mágicos.

Em instigante artigo, o antropólogo Pedro Paulo Gomes Pereira (2012, p.522) em um relato de seu campo, expõe como a afetação neste contexto de negociação se processa tanto em relação aos indígenas quanto em relação aos profissionais de saúde, no caso, da enfermeira Carla:

(...) Medicina e enfermagem são compreendidas como meios disciplinares que possibilitam o agir. Não há como se desviar aqui da relação direta entre vulnerabilidade e salvação, entre ‘crenças’ indígenas e uma soteriologia racionalizada de uma salvação técnica; nem como se esquivar da percepção da profissão como lócus de batalha entre ‘populações’ que sofrem e profissionais que cuidam (...). Todavia, minhas pesquisas indicam que acontece alguma coisa no meio do caminho que provoca uma *torção* nas narrativas, assinalando a existência de outros motivos.

Essa *torção* pode ser observada no movimento das próprias narrativas que vão de um discurso de ‘salvação médica de populações vulneráveis’ a outros que abordam as limitações e apresentam situações em alguma medida refratária às intervenções dos profissionais de saúde.

(...) Carla fala de si como alguém profundamente abalada pela resistência de outro tipo de concepção de vida. O seu limite, portanto, se localiza naquilo que acreditava ser a potencia de sua intervenção. É a ‘máquina da vida’ que sua história

dilacera. Sua narrativa indica que o limite da atuação deve se pautar na radical diferença sobre a concepção da própria vida. Aquele bebe e todo o funeral kalapalo sugerem a existência de percepção sobre vida e enfermidade que Carla não conseguiu entender(...).

Lúcia, Guarani, 28 anos, AIS, relatou-me sobre os conhecimentos que sua avó passava, acrescentando que ela fez uso de remédios facilitadores de partos. Esta agente é sobrinha da AIS, Maria, que mencionei acima. Neste posto de saúde, pude notar que das sete AIS, três eram irmãs, e outras duas, sobrinha e tia. O que pode sinalizar, reitero para o possível lócus de prestígio que tais espaços institucionais apresentam junto à configuração social e política dos e entre os Kaiowá e Guarani da Bororó. A esse respeito Mura (2006, p.261) frisa que:

A vida contemporânea implica a integração de atividades que progressivamente adquiriram relevância econômica para os Kaiowá. Existem hoje indígenas ocupando cargos como professores, agentes de saúde, chefe de posto, merendeiras, etc.[...] Atualmente quase todos os *te'yi* [grifo autor] procuram ter entre seus integrantes o maior número possível de pessoas ocupando esses cargos e recebendo benefícios, visto que isto garante uma determinada estabilidade econômica, além de, muitas vezes, propiciar a construção ou consolidação do prestígio perante outras famílias extensas.

Cinco das vinte e três gestantes com quem conversei relataram que tiveram um de seus filhos em casa, seja sozinha ou com a ajuda de suas mães, avós ou tias. Ao todo dez das mulheres relataram que nasceram ou conheciam parentes que nasceram em casa. Isso excluindo os relatos passados pelas AIS, que de alguma forma iam ao encontro com as histórias sobre os cuidados durante a gestação que trazem consigo a noção de intermedicalidade, uma vez que as gestantes antes mencionadas não deixavam de realizar seus exames de pré-natal ou consultas médicas no posto de saúde. O que desejo destacar não é o quantitativo de agentes indígenas de saúde que vivenciaram o parto em casa ou não, mas como estes dois saberes são significados em seus cotidianos. Luciana Ferreira (2010, p.174), ao relatar como ocorre as relações entre AIS, parteiras e pajés no Alto Juruá, apresenta de maneira interessante o contexto de intermedicalidade, que pode ser visto nos discursos acima citado.

Ao incorporar os conhecimentos, as coisas e os procedimentos do branco – aprendidos durante os cursos de capacitação (seja parteira, seja AIS), ou mesmo nas interações com os serviços e profissionais de saúde não indígenas –, combinando-os com os saberes, recursos e técnicas já usados no cuidado com o bem-estar e a saúde dos membros de suas comunidades, os cuidadores indígenas – AIS, parteiras e pajés – desempenham papel importante no processo de emergência destes novos arranjos intermédicos. Assim, eles transformam os seus

conhecimentos e suas práticas de modo a atualizá-los, ao mesmo tempo em que reforçam a validade social deles nos múltiplos contextos comunitários em que atuam.

Em uma das conversas em junho de 2011, quando retornei ao posto, numa quarta-feira, dia em que os profissionais da saúde (médico, enfermeira) não iam ao posto, pois participavam de reunião no pólo e o fluxo de pessoas no mesmo era muito baixo, foi-me destacado em grande medida as metas que a “equipe” – adiante detalhada - conseguiu alcançar no mês anterior. Perguntei se havia muita gestante na reserva, me responderam que havia bastante. Interessante, foi que uma ajudante de dentista havia recebido o resultado do exame de gravidez naquela manhã e entraram no assunto de sonhos que anunciam a gestação. Já havia lido e ouvido relatos sobre o assunto. Percebi como elas conciliam o discurso enraizado da Instituição em que fazem parte, à época da FUNASA, ao mesmo tempo em que expressam narrativas míticas/tradicionais²² a respeito da gestação. Flavia, auxiliar de limpeza, Guarani, 37 anos, disse: “andei sonhando com pássaro verde, tinha três loros, e o loro falava que estava procurando o dono”. Gisele, Terena, 32 anos, técnica em enfermagem, disse: “Sonhar com loro é porque tá grávida, ou alguém perto, parente ou amigo”. Juliana, Kaiowá, agente de saúde completou: “sonhar com qualquer pássaro é batata que está grávida”. Quanto aos relatos de sonhos que anunciam a gestação, a literatura antropológica aponta para essas questões.

Início por Curt Nimuendajú, para quem sonhos para os Guarani (da região atual de Iguatemi) eram (e são) a expressão do próprio real.

No que diz respeito às experiências da alma durante os sonhos, os Apapocúva concordam com todos os outros índios em sustentarem que se tratam de acontecimentos reais, capazes de interferir de modo decisivo no rumo da vida das pessoas. Ainda que os sonhos não produzam resultados imediatamente palpáveis, eles são experiências por onde provém saber e poder. Quem sonha sabe e pode muito mais que aquele que não sonha, por isto, os pajés cultivavam o sonhar como uma das fontes mais importantes de sua sabedoria e poder. (1987, p.34).

Passo então a Egon Schaden, com suas pesquisas décadas após Nimuendajú:

São obscuras as ideias sobre a dependência existente entre a concepção e as relações sexuais. Em todo caso, aquela atribuída antes de mais nada a causas sobrenaturais, realizando-se para os Nandéva de preferência por intermédio do sonho. [...] Todavia, sempre se reconheceu também a necessidade das relações sexuais para a concepção. [...] O pai a recebe em sonho, conta o sonho à mãe e ela fica grávida. Quando a mãe concebe sem que o pai tenha sonhado é que o *ayvú*

²² Mito e rito, segundo Leach (1996, p. 32) são formas de afirmação simbólica sobre a ordem social, ou ainda, linguagens de signos.

(*kué*) (alma) já vinha procurando a mulher para por meio dela nascer ou renascer. (SCHADEN, 1974, p.108).

Logo depois de falarem sobre os sonhos, voltaram a dizer que a mulher havia engravidado porque tinha deixado de tomar o anticoncepcional. Juliana começou a me falar sobre o período fértil da mulher. É de se destacar, portanto, como as agentes de saúde, não apenas elas, mas também as gestantes com quem conversei em Dourados conciliam o discurso biomédico, as crenças e conhecimentos tradicionais.

Os agentes de saúde incorporam em sua prática e em seus próprios corpos os conhecimentos, as coisas e as condutas aprendidas nas relações mantidas com os representantes do modelo médico hegemônico. Em sua atuação, esses diferentes tipos de conhecimentos, indígenas e não indígenas, são acomodados de diversas maneiras, resultando em um processo contínuo de recriação dos saberes práticos que informam a sua atuação (...) Assim, a apropriação dos conhecimentos, coisas e condutas do branco se concretiza quando esses cuidadores, ao se mesclarem com os saberes e as práticas indígenas de saúde, desenvolvem um domínio corporal sobre eles. (FERREIRA, 2010, p.175).

A posição dos AIS, localizados no espaço de fronteira, entre os conhecimentos tradicionais e empregados da instituição estatal o fazem figuras centrais nesse espaço de mediação que os cerca.

Esse duplo contato – sistema de saúde indígena e ocidental – possibilita que os indígenas tenham experiências diversas, ao mesmo tempo em que necessitam repensar sobre suas realidades e assim eleger elementos de valorização da cultura indígena que não é (nunca) estática. Para Clarice Cohn (2001, p.3) “a percepção das dinâmicas sociais e culturais exige que se atente não apenas às tradições como também a inovação; não se nega, assim, a reprodução social, mas amplia-se a noção de reprodução social, de modo que inclua a possibilidade de mudança”.

Assim os indígenas que trabalham como agentes de saúde estão sempre na linha de fronteira entre o tradicional indígena e o ocidental, o que não sinaliza para uma ode à tradicionalidade estática e nem tampouco à reprodução literal dos conhecimentos biomédicos, tal como neste capítulo enunciado com Marcel Mauss.

3.3. Os discursos de mulheres mais velhas que atuaram como parteiras na TI de Amambai.

Em Amambai conversei com quatro mulheres mais velhas, as *jarýi* (avó), sendo que nem todas se reconheceram e foram reconhecidas como parteiras por mulheres indígenas parentes ou não. Alguns dados de minha entrada em campo foram expostos no primeiro

capítulo, mas aqui reforço que interagi durante três semanas de maneira interrompida, em abril e maio de 2010. Em 2011, retornei à reserva de Amambai no mês de junho.

Durante a pesquisa de campo era corriqueiro obter respostas negativas para a existência de parteiras, porém durante as conversas e visitas a campo foram surgindo fatos relacionados às mulheres que atuam como parteiras. Creio que as respostas negativas se deram em maior ou menor medida por eu ter tomado a categoria “parteira”, *a priori*, mas não apenas, o que demandaria a continuidade da pesquisa futuramente, algo suscitado no primeiro capítulo.

Enfim, as informações coletadas iam e foram se cruzando e reafirmando assim a presença de práticas tradicionais indígenas nos cuidados pré-parto, parto e pós-parto e que se estendiam ao ritual do batismo (ao compadrio), aos benzimentos (contra feitiços – NIMUENDAJÚ, 1987), dentre outras particularidades que revestem a complexidade do “ser parteira”.

Anastácia Ribeiro (foto 22), Kaiowá, 53 anos, lembra muito dos ensinamentos passados por sua mãe, que era parteira na TI de Amambai. Mãe de doze filhos, todos nascidos em casa, e como ela mesma frisou algumas vezes durante a conversa “Dos doze, só um morreu”, deixando nas (entre)linhas como os cuidados não deixavam a desejar comparativamente aos despendidos em um hospital. Ela foi o primeiro contato que eu tive na aldeia. Sendo solícita e atenciosa, falou bastante dos cuidados que se deve ter com a mãe e com o bebê durante a gestação e no pós-parto. Mostrou algumas plantas que servem para auxiliar na limpeza do útero após o parto (*Karaguata*, *Kichipykue* e outras).



Imagem 22: Anastácia Ribeiro com planta facilitadora do parto, colhida perto de sua casa – FONTE: Mariana Pereira da Silva, 2010.

Informações semelhantes já haviam surgido durante estágio na aldeia de Dourados, em meio ao qual gestantes e algumas agentes de saúde relata(ra)m que fazem ou fizeram uso de alguns medicamentos tradicionais, como por exemplo, a cinza da taquara para agilizar a queda do umbigo da criança e também o uso de planta para banhos, mesmo utilizando-se dos serviços disponibilizados pela FUNASA, como a realização do pré-natal. Um trajeto que converge para as noções de “itinerários terapêuticos”, pois “O processo terapêutico se caracteriza como uma negociação contínua sobre a interpretação dos sinais da doença e a escolha de terapia apropriada nesta situação pluri-étnica com várias alternativas” (LANGDON, 2001, p.242). Portanto, os caminhos percorridos pelas gestantes, como também pelas mulheres que as auxiliam e que da mesma forma são usuárias do posto de saúde, mostram uma gama de trilhas a serem percorridas. Interessante perceber como esses caminhos estão relacionados com a noção que se tem sobre os processos de saúde/doença,

consequentemente, a maneira através da qual um grupo social pensa e se organiza, para manter a saúde e enfrentar episódios de doença, não está dissociado da visão de mundo e da experiência geral que esse tem a respeito dos demais aspectos e dimensões socioculturalmente informados (LANGDON & WIIK, 2010, p.178).

Anastácia também falou rapidamente sobre rezas e benzimentos. Segundo ela, durante um parto que fez na irmã de sua nora, rezou bastante para a criança ir para o lugar certo e passou plantas na barriga da gestante (fazia gestos com a mão, como se estivesse passando na barriga), pois a parturiente estava com muitas dores e dificuldades em ter a criança. Por ter feito o parto, Anastácia passou a ser comadre de Inocência, fornecendo indicação de como se formam as relações de parentesco espiritual e também o valor da família extensa para os Guarani e Kaiowá, quando se é reconhecida e se reconhece enquanto parteira. “O batismo significa pertencimento, incorporação em uma comunidade moral” (KOTTAK *apud* LANNA, 2009). Parece-me que entre os Kaiowá e Guarani, uma das formas de pertencimento ao *tekoha*²³, a ser futuramente explorado, se processe pelo batismo sendo a parteira tradicional como madrinha ou segunda mãe (no ritual cristão católico), haja vista as particularidades que a revestem e sobre o qual em outros momentos de minha trajetória poderão ser aprofundados.

Neste sentido e entre os Kaiowá e Guarani com quem interagi, é possível que as alianças políticas/sociais ocorram por meio do compadrio (estabelecido pelo batismo), tendo como sujeitos destas relações as *jarýi* que são parteiras. Isto porque uma *jarýi* não necessariamente é parteira, mas essa é necessariamente *jarýi*. Levi Marques Pereira (2004, p.122), discorre sobre as possíveis alianças decorrentes do compadrio e como estão inseridas estas relações dentro da parentela.

(...) A pessoa tratada como parente, mesmo que não tenha vínculo genealógico identificável, deve assumir uma atitude de parente, ou seja, incorporar o papel de parente, o que se expressa principalmente com a demonstração de solidariedade e o compromisso com a parentela e a rede na qual ela se insere – *tekoha*.

Além do parentesco, a amizade e o companheirismo – *iñirunkuera* – são ingredientes importantes na constituição de redes de alianças, principalmente entre as lideranças das parentelas que constituem uma espécie de elite política, estrategicamente dispersas por várias parentelas e reservas. Por disporem de maior mobilidade, os membros dessa elite participam com frequência de reuniões políticas, viagens, re-ocupação de terras, rituais religiosos, etc., e, não raramente, estas relações de amizade e companheirismo evoluem para o compadrio ou para trocas matrimoniais, selando alianças mais permanentes e transformando essas pessoas em parentes reais. É claro que isto constitui uma tendência e não uma prescrição.

²³ Etimologicamente, a palavra é composta pela fusão de *teko* – sistema de valores éticos e morais que orientam a conduta social, ou seja, tudo o que se refere à natureza, condição, temperamento e caráter do ser e proceder kaiowá -, e *há*, que, como sufixo nominador, indica a ação que se realiza. Assim, *tekoha*, numa acepção mais dura, pode ser entendido como o lugar (território) onde uma comunidade kaiowá (grupo social composto por diversas parentelas) vive de acordo com sua organização social e seu sistema cultural (cultura) (PEREIRA, 2004, p. 116).

A importância do pai junto à criança nos primeiros três dias, também foi constante nos discursos das mulheres. Anastácia disse que “a criança sente a falta do pai”. Agora é mais difícil ter esse cuidado, devido aos homens trabalharem fora, muitas vezes em contrato de meses em usinas da região. Quando isso ocorre, segundo Anastácia, é necessário enrolar a criança com a roupa do pai. Alzira, Guarani, 52 anos, também falou que o pai deve ficar junto da mãe quando está para ganhar a criança e não pode mexer com ferramentas, “porque a criança sente dor, racha a cabeça”.

Schaden (1974, p.82 e 83) registrou cuidados com as crianças na década de 1950 muito próximos dos indicados pelas mulheres com as quais tive contato durante a pesquisa, sugerindo que estes conhecimentos continuam vigentes, dentro da atual situação do Kaiowá no MS. Esses cuidados “para o homem se estendem, ou estendiam, até a queda do cordão umbilical. [...] Não trabalharás. Eis o primeiro mandamento, mormente para o homem, que deve evitar acima de tudo o manejo de ferramentas e quaisquer utensílios de ferro; não trabalha com machado, nem com foice”.

Alzira Lopes (foto 23) forneceu informações sobre o trabalho realizado pelas parteiras. Ela mesma já realizou parto, embora ressalte que não se considera parteira. Disse que sabia o que fazer devido ao aprendizado com sua mãe que era parteira. Reafirmando a importância do aprendizado oral que os Kaiowá realizam, e também o valor que esses ensinamentos apresentam para eles. Porém, em forma de reticências, sugiro que talvez o lócus de prestígio - na teia das relações de parentesco e sociais - ocupado pelas parteiras, sinalize para atuações que extrapolam o saber fazer o parto (a técnica per si). Talvez não por acaso, Alzira não se considere e não seja considerada como parteira, apesar de ser *jarýi*. Afinal, remetendo-me uma vez mais a Marcel Mauss (2003, p.131), no estreitamente do fazer o parto pelas parteiras *jarýi* de Amambai com quem interagi como um ato ritual: “o mágico não pode ser concebido como um indivíduo que age por interesse, a seu favor e por seus próprios meios, mas como uma espécie de funcionário investido, pela sociedade, de uma autoridade na qual ele próprio é obrigado a crer”. E então, saltam-me aos ouvidos a remissão que Alzira fez à parteira Maria Cândida ao me apresentá-la: tratava-se de “doutora”.



Imagem 23: Alzira Lopes, demonstrando como deve ser realizada a massagem na parturiente na hora do parto - FONTE: Adélia Pereira, 2010.

Luciane Ferreira (2010, p. 203), enfatiza que no Alto Juruá as categorias de AIS e parteiras emergem como cargos, já a categoria de pajé como cuidador aparece como sendo informal. A autora apresenta como em algumas comunidades a atribuição do pajé no cuidado com gestação e parto era estabelecida.

De qualquer forma, os participantes desses eventos enfatizaram duas atribuições principais desempenhadas pelo pajé nesse cuidado: quando existe necessidade de uma intervenção especializada sobre problemas que ocorrem durante a gestação e parto, então o pajé trabalha com rezas – caso das etnias Katukina e Kaxinawa –; e também tira ‘folha do mato’ e prepara os remédios tradicionais para serem usados durante a gestação para que a mulher tenha um bom parto e se recupere rapidamente, ou mesmo para desenvolver algumas capacidades no novo ser que passa a ser forjado desde a gestação.

Assim, talvez quem detenha os conhecimentos a respeito das rezas que envolvem tanto o parto quanto o batismo pode ser considerada parteira entre os Kaiowá e Guarani. Como é o caso de Maria Candida Catalan (foto 24), Kaiowá, 105 anos, reconhecida pelas mulheres indígenas como parteira. Mas também como *ñande sy*. Não sendo o propósito deste momento de minha pesquisa, suscito e reforço que se toda a parteira é *jaryí* e nem toda a *jaryí* é parteira, com os dados que tenho em mãos, diria que nem toda a parteira é *ñande sy*, mas talvez possa

existir nuances distintas do “ser parteira” entre os Kaiowá e Guarani de Amambai, que engloba a relação, por exemplo, do compadrio.



Imagem 24: Maria Candida Catalan, *ñande sy* e Alzira Lopes – FONTE: Mariana Pereira da Silva, 2010.

Vivendo num pequeno rancho, como de costume perto das casas de seus filhos e netos, com fogo aceso no chão, sem luz (foto 25), teve cinco filhos, sozinha sem o auxílio de parteira. Porque, segundo sua informação, era conhecedora dos cantos facilitadores do parto. Na entrevista com Maria Cândida necessitei de Alzira como intérprete, por não ter conhecimento da língua Guarani. Alzira, minha intérprete nesta entrevista, faz parte da família de Maria Cândida, é casada (em segundo casamento) com o neto da citada *ñande sy*.

Maria Cândida é conhecedora de rezas para o batismo de criança, como antes mencionei. “Ela batiza”, disse Alzira com ênfase. Os cantos surgiram na conversa, “é preciso saber cantar também”, disse Alzira, referindo-se que não é possível só aprender as rezas, mas sim o ritmo, o canto. “O *porahêi* [grifo autor] consiste, em textos e melodia, ligados a movimentos rítmicos de dança. [...] o importante não parece ser o sentido das palavras em sua sequência lógica, mas o seu poder evocativo no domínio das vivências religiosas”

(SCHADEN, 1974, p.119). Eis um dos outros fios para futuras imersões que esta dissertação me proporciona. Debruçar-me sobre a compreensão do que compõe os atos rituais do ser parteira.



Imagem 25: Fogo aceso à maneira tradicional – FONTE: Mariana Pereira da Silva , 2010

Inspirando-me na definição da feitiçaria como um “sistema de lugares” (BARBOSA NETO, 2012), sugiro pensar na parteira ou no “ser parteira” como um sistema de lugares que não se reduz à técnica do fazer o parto com êxito aos olhos da biomedicina, tal como antes destaquei nas falas da AIS Maria, ao ser elogiada pelo médico de um dado hospital, quanto ao parto que fizera em uma indígena. Sugiro que o “ser parteira” é um lugar de poder, de prestígio, plural porque não resumido a uma dada e única maneira de ser parteira. Enfim, em meio à pluralidade e talvez às diferentes nuances que o “ser parteira” ocupa, ligado à expertise das rezas e dos benzimentos ao longo da gestação, durante o parto e após o parto. E mais: Maria Cândida me faz pensar que o “ser parteira” também pode se vincular ao batizar, às rezas e aos demais elementos que revestem este ritual que sela esta forma de parentesco espiritual. Mas não apenas, porque o ser “comadre” soma-se, quiçá, ao poder/saber (FOUCAULT, 2001) que Maria Cândida apresenta na localidade e que se alia aos desdobramentos do batismo: é ela quem – segundo dizeres de Alzira, atribui o nome Kaiowá que tradicionalmente não se pronuncia e que não se confunde com aquele posto no RANI (Registro Administrativo de Nascimento e Óbito de Indígenas) nem tampouco no assentado

no Registro de Certidão de Nascimento Cível (voltado aos não indígenas e indígenas). Como forma, quem sabe, de evitar que o feitiço ou doenças colem à pessoa, afinal, o nome é a pessoa, em especial, no seu valor “metafísico e moral” de pertença ao social (MAUSS, 2003, p.397). Ou ainda:

O nome determinado deste modo tem para o Guarani uma significação muito superior ao de um simples agregado sonoro usado para chamar seu possuidor. O nome, aos 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. (NIMUENDAJÚ, 1987, p.31-32).

Nesta trilha, o assentamento da alma, em síntese, dá-se quando a criança passa a falar, estando antes suscetível a várias doenças, motivo pelo qual o nome atribuído com o término do ritual do batismo é secreto porque sagrado:

Los Pãi distinguen principalmente dos conceptos de alma: ñe´e (teko katu), el alma espiritual que se manifiesta a través del hablar y toma su asiento en el cuerpo de la mujer en la concepción, ‘oñapykano’. Durante la vida del hombre tiene su asiento en la garganta, y por eso enfermedades de la garganta o ya simple dolor de garganta son considerados peligrosos por los Pãi. **El ñe´e – lleva un nombre sagrado – ‘tupã´ery’, que tiene que ser descubierto por el ‘tesapyso’ y aplicado al niño, poco después que éste puede pronunciar sus primeras palabras. Este nombre es secreto, quiere decir que no debe ser comunicado a extraños (y es un signo de gran confianza si se hace excepción con alguno).** (MELIÁ *et. al.*, 2008, p. 168). (Negritos meus).

Ainda quanto ao nome e às doenças, recordo-me das informações repassadas a mim por Alzira, sobre seus nomes, isto é, as trocas de nomes e os rituais de batismo vivenciados por ela, com o objetivo de trocar o nome. A troca de nome ocorreu devido ao fato de que quando criança estava sempre doente e havia a necessidade da realização de novos batismos para que se curasse. Ao todo, Alzira passou por três batismos, e quem a batizou foi Maria Cândida. Assim, o nome “Alzira” não é a expressão do nome a ela atribuído quando do ritual do batismo, aquele da ordem do sagrado.

Asegurar el crecimiento de su alma es la mayor preocupación de los padres durante el primer año del niño. (...) El desarrollo del alma (ñe´e) es considerado completo cuando el niño comienza a pronunciar sus primeras palabras. En este momento es posible que el tesapyso (joexakáry) **descubra su nombre religioso, quiere decir el nombre de su alma, establecido ya antes de su envío para tomar asiento (oñapykano) en el cuerpo de su futura madre. Hasta los nombres ‘cristianos’, con los cuales son llamados en la vida diaria, se suelen recién al cumplir un año de edad.**(IDEM ,2008 ,p.174). (Negritos meus).

Neste mesmo sentido, cabem reforços aos escritos de Nimuendajú (1987, p.33):

O último recurso é a troca do nome: o pajé “acha” um outro nome para o doente, e é frequente que a isto se siga um batismo (...). 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 re-nomeado, que deste modo sara.

As informações coletadas também dão conta da importância do fogo na hora do parto e nos primeiros dias de vida da criança. “Não pode ficar no escuro, não faz bem pra criança”, diz Anastácia. Pereira (2004, p.57) fala da importância do fogo para os Kaiowá, a partir do qual as pessoas pertencentes a um fogo devem seguir as condutas para ser um bom Kaiowá, demonstrando também sua religiosidade porque se orientam a partir das condutas dos deuses. Segundo o autor, “[...] o fogo doméstico como a unidade sociológica que se constitui na esfera da vida social na qual mais facilmente se reconhece o conjunto de princípios que, segundo entendem os Kaiowá, caracterizam o modo correto de se viver – *teko katu* [grifo do autor]”

Sobre a diminuição dos partos em casa, Ilma Savala (Guarani, 52 anos) relatou que quando era a FUNAI que(m) atendia as demandas referentes à saúde, ainda existia grande número de partos que ocorriam em casa, mas a partir da introdução da FUNASA a procura e a realização dos partos pelas parteiras diminuíram. “Aperta mesmo pra fazer pré-natal”, referindo-se ao controle que a FUNASA aplica às gestantes e quiçá ao ingresso desta instituição como mostrei no capítulo anterior, na estrutura do Sistema Único de Saúde. Ilma também comentou sobre as campanhas de preventivo realizadas pela FUNASA, vinculando a necessidade da realização do preventivo com o ganho de bolsa família. Segundo informação do Manual de Orientações sobre o auxílio assistencial Bolsa Família na Saúde (BRASIL, 2009b, p.4), o mesmo coincide com a fala de Dona Ilma, e talvez com os propósitos de controle e vigilância (estatais) que recaem sobre os indígenas, em especial, considerando que os mesmos figuraram como protagonistas dos eventos (com proporções “epidêmicas”) de desnutrição em 2005.

As famílias beneficiárias deverão ser assistidas por uma Equipe de Saúde da Família ou por uma Unidade Básica de Saúde. É fundamental que a equipe de saúde esclareça à família sobre a sua participação no cumprimento das ações que compõem as condicionalidades do Programa Bolsa Família, deixando-a ciente de suas responsabilidades na melhoria de suas condições de saúde e nutrição.

Talvez por esse motivo a distribuição de cestas básicas ocorra através das listagens dos AIS, como antes mencionado, já que o programa prevê que:

A equipe de saúde deve identificar se uma família tem garantido todas as condições de acesso aos alimentos básicos seguros e de qualidade, em quantidade suficiente, atendendo aos requisitos nutricionais, de modo permanente e sem comprometer outras necessidades essenciais, com base em práticas alimentares saudáveis, contribuindo, assim, para uma existência digna, colaborando para o desenvolvimento integral dos indivíduos, que são os princípios de Segurança Alimentar e Nutricional.

Para isso, é importante que a equipe de saúde local, responsável pela atenção básica à saúde firmemente apoiada pela estratégia Saúde da Família e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde conheça a situação de saúde e da alimentação e nutrição na comunidade e nas famílias em que atua e auxilie na busca de possibilidades de melhorá-la, principalmente naquelas famílias que mais precisam. (IDEM, p.5). (Negritos meus).

Ainda segundo Ilma, há mulheres que a procuram para fazer o parto, “Vem pessoa chamar, é meu serviço”. Ilma disse ter feito o parto de sua nora, sobrinha, da mulher de seu sobrinho, “Tudo comigo”, afirmou. Percebe-se por essas informações a rede de alianças na família extensa, a partir da qual a realização do parto coincide com relações de parentesco, intensificando os vínculos que unem os membros da parentela, sem desconsiderar o compadrio. Mas não apenas, porque quantitativamente há um decréscimo nos partos feitos em casa e da forma tradicional comparativamente aos partos hospitalares. Sugiro que a feitura dos partos no hospital possa ser analisada como articulada também às facilitações que o sujeito indígena apresenta para a retirada de seus documentos, como por exemplo, a certidão de nascimento. Como me disse Juliana, ao se fazer o parto no hospital o médico sem maiores problemas dá à mãe os papéis que certificam o nascimento da criança para que as demais providências para a retirada do RANI (Registro Administrativo de Nascimento Indígena²⁴) junto à FUNAI ou para a da certidão de registro de nascimento em cartórios civis para não indígenas e indígenas se concretizem. Neste sentido, cabe citação à pesquisa de Simone Becker (2008, p.149), ao longo da qual ressalta que é o Estado quem nos gesta e quem nos pare, bem como é a certidão de nascimento (civil) a comprovação de nossas existências sociais:

É o Estado por intermédio do Direito que diz ser este “sujeito” o “filho” de um outro que ele, o Direito, denomina de “pai” e/ou de “mãe”. Não necessariamente como resultado da causalidade “cópula/natureza”, quiçá antes como resultado do registro da certidão de nascimento. A sentença judicial e as provas judiciais que o sustentam, como: a certidão de nascimento, a certidão de casamento ou o contrato de união estável, os três, simbolizam, a meu ver, a legitimidade da paternidade e da maternidade desempenhada pelo Estado sobre todos nós, seus (vossos) rebentos, por excelência. É ele quem determina quando nascemos e quando morremos.

Ao se pensar na queda do prestígio de mulheres indígenas *jaryí* parteiras, por exemplo, frente às transformações em torno do cuidado com a saúde da criança, e da gestante, nota-se que elas tendem a interferir na teia de relações sociais que se estabeleciam em torno da gestação e do parto das mulheres indígenas Kaiowá e Guarani. Uma vez que parteiras e

²⁴ Registro Administrativo de Nascimento e Óbito de Indígenas (RANI), previsto no art. 13 do Estatuto do Índio, Lei 6.001, de 19 de Dezembro de 1973, e regulamentado pela FUNAI através da Portaria nº 003/PRES, de 14 de janeiro de 2002.

pessoas que auxiliam no parto são integrantes da rede familiar e a família extensa constitui a unidade sócio-política básica no contexto dos povos Guarani (SCHADEN, 1974; MELIÁ *et.al.*2008). Esta é uma possível interpretação a ser futuramente explorada. Se não, vejamos:

“[...] O cordão umbilical das crianças corta-se com tesoura ou *takuárembo* [grifo do autor]. Fã-lo a parteira ou o parteiro, parente ou não, que passa a tornar-se compadre ou comadre: ‘*es una ligación grande para el Kayová*’[grifo do autor]”. (SCHADEN, 1974, p.144).

Entretanto, há outras possibilidades de aprofundamento com futuras pesquisas ligadas ao aumento dos partos feitos em hospital, tal como exposto por Rita Laura Segato (2003), bem como, ao controle da saúde por meio de preventivos e outros exames, realizados pela biomedicina que via postos de saúde como o Bororó II (não) necessariamente se vincula com o decréscimo de prestígio das formas tradicionais. Uma delas, que me saltou aos olhos em meio ao campo é a possível ligação entre a realização de preventivos por parte das mulheres mais velhas, incluindo as parteiras que fazem uso de exames nos postos de saúde²⁵, e os partos feitos em hospitais pelas mulheres mais jovens com as políticas de assistencialismos sociais do governo federal. Trata-se, por exemplo, da provável condicionante colocada pelas redes estatais (SESAI, postos de saúde) no percurso ou nos itinerários por parte dos indígenas rumo ao alcance de auxílios em forma de assistências familiares – assistência maternidade, assistência ao idoso, dentre outros, postos no LOAS (Lei Orgânica de Assistência Social). Como se perfaz esta rede de relações e teias de significados que não se reduzem a meros assistencialismos? Como se dá o acesso a estes direitos por parte de sujeitos portadores de RANI que não necessariamente existem para o Estado e para o meio social brasileiro, já que a certidão administrativa de nascimento indígena pode ser questionada pelo INSS, uma vez que não substitui a certidão de nascimento civil?

²⁵ Portanto se relacionam com as práticas não tradicionais, por mais que em certos momentos a critiquem. Aliás, uma das principais críticas de parteiras com as quais interagi ao parto no hospital volta-se ao preconceito e ao tratamento despendido às indígenas pelos não indígenas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática de saúde indígena, mais especificamente gestação e parto, perpassa toda a dissertação como norte nos caminhos que segui para desenvolver minha pesquisa.

Nesta busquei apontar, as vivências de intermedicalidade narradas pelas indígenas *jarýi* e parteiras Amambai (Guarani e Kaiowá), e as AIS do posto de saúde Bororó II, de Dourados.

A opção por não centrar o estudo a uma única Terra Indígena se deu por dois motivos: a) minha entrada na reserva de Dourados limitou-se aos vínculos institucionais vindos da FUNASA e em Amambai, o foco foi o inverso, não tive contato com os profissionais da saúde, procurei conversar com mulheres que se reconhecem e são reconhecidas como parteiras, para buscar compreender melhor os cuidados tradicionais referentes à gestação e ao parto, para me centrar no entendimento de suas condições ou pertencimentos. Em meio a este “buscar o diálogo”, destaco a ligação que remonta à gestação de minha mãe com a *jarýi* Alzira; b) a escolha de Amambai ocorreu devido, então à minha vivência, e de já ter alguns contatos com mulheres indígenas na reserva. Desta forma, a escolha por dois lócus de pesquisa me possibilitou duas entradas diferentes em campo para entender o cuidar/fazer saúde. Assim, essas duas vivências em campo me proporcionaram perceber como são estabelecidas e (re)significadas algumas questões referentes à saúde indígena.

O contato com as AIS no posto de saúde foi importante para o entendimento da noção de intermedicalidade, pois a partir de suas vivências e narrativas, pude perceber como são articuladas as noções biomédicas e os conhecimentos tradicionais, e como ocorre essa interação. No encontro entre formas de saber cuidar, não se pode negar a existência de tensões – assim como não se pode pressupor *a priori* o tensionamento como eu outrora fizera, porém o que busquei apresentar nesta dissertação é como a interação entre o campo biomédico e os conhecimentos tradicionais se processam:

A zona de contato em que as influências do desenvolvimento médico e a agência exercida pelos povos indígenas se fundem são espaços das medicinas híbridas. Nesses espaços, os povos indígenas recriam a sua prática por meio da seleção e da incorporação de elementos provenientes da medicina ocidental, rearranjando-os em um sistema de conhecimentos e práticas que possui uma lógica sociocultural própria. (FERREIRA, 2010, p.66)

Portanto, foram as AIS que me propiciaram visualizar como são (re)criadas as noções em torno da saúde indígena, mais especificamente nos cuidados advindos da gestação e do parto.

Em Amambai, na interação com as mulheres indígenas o que me saltou aos olhos foram duas questões: a) como se articulam os discursos em torno do cuidado com a saúde da mãe e a da criança, de maneira a valorizar os cuidados tradicionais, em relação aos procedimentos advindos da biomedicina; que não os nega ou os exclui; b) a utilização, por parte das mulheres indígenas sejam elas parteiras ou não, do posto de saúde e de outros meios de cuidados decorrentes da medicina ocidental. Os discursos das mulheres mais velhas - avós, *jarýi*, também podem ser pensados, à luz ou sob a inspiração da noção de “itinerários terapêuticos”, ou seja, utilizados pelas mulheres indígenas, para acessar os diversos mecanismos oferecidos pelas agências estatais. Os caminhos que elas percorrem até chegaram ao posto e aos profissionais de saúde, mostram uma gama de possibilidades dentro da própria comunidade.

Apontei, de forma breve e singela, algumas questões relativas ao valor da família extensa entre os Guarani e Kaiowá, e como eles se organizam em torno da parentela – *te'yi*. Mostrando como esses laços, são acessados, seja através do maior número de membros da família ocupando espaços institucionais, seja no reconhecimento de mulheres parteiras como detentoras dos conhecimentos acerca dos cuidados com a gestação e parto – dentre outros elementos que compõem a complexidade do “ser parteira” e que aqui foram, sobretudo pincelados. Penso que as questões advindas de como são organizadas as noções de compadrio entre parteira e parturiente e respectivas parentelas, localizam-se neste devir, seja da minha trajetória de pesquisa, seja na do leitor.

Em meio a este devir de pesquisa, outras questões ficaram a ser exploradas na reserva de Amambai. São elas:

- Quais são os elementos que constituem as (diferentes) nuances do ser parteira, incluindo o ser *ñande sy*?
- Quais são os vínculos do ritual de batismo com o “ser parteira”?

- Quais as implicações do parentesco espiritual advindo do batismo com o *tekoha*, em especial, envolvendo as parteiras?

- Quais são as significações dos nomes (sociais) entre os Kaiowá e Guarani decorrentes do(s) batismo(s), e as implicações com tais rituais?

- Quais são os vínculos do ritual do batismo, do ritual do parto com a noção de pessoa entre os Kaiowá e Guarani?

- Quais são os lócus dos homens em meio a estes rituais?

Em meio a este devir de pesquisa, outras questões ficaram a ser exploradas na reserva de Dourados, mais precisamente na Bororó incluindo o posto I e o posto II. São elas:

- Quais são os vínculos (genealógicos) entre as AIS e as capitâneas, incluindo outras lideranças indígenas, sobretudo, no que toca aos Kaiowá?

- Quais são os benefícios acessados pelas mulheres indígenas jovens, mães e *jaryí* oferecidos pelo Estado (INSS)?

- Como essas mulheres veem e pensam esses mecanismos, incluindo as AIS?

- Quais são as articulações entre os atendimentos e encaminhamentos da SESAI e o acesso a estes benefícios, isto é, como nas relações cotidianas das metas a serem alcançadas pela SESAI, como os preventivos, vinculam-se aos discursos da condicionalidade aos benefícios do INSS, por mais que não o sejam no plano ideal da lei?

Essas indagações são interessantes para pensar como se estabelecem as redes de relações sociais dentro da comunidade, e qual o valor político implícito nessas redes estabelecidas entre as famílias com o próprio Estado re-presentado pelo INSS, pela SESAI, etc.

Ainda quanto às relações destas indígenas com o Estado, Rita Laura Segato (2003, p. 37) discorre sobre como as políticas públicas podem interferir no prestígio das mulheres indígenas, pois “uma política pública ou até uma lei não tem sensibilidade do ponto de vista do gênero quando não leva em conta o fato de que a vida social é sempre configurada pelas relações de gênero e pela distribuição de atitudes, tarefas, afetos e interesses que delas resulta” (IDEM, p.36).

É, portanto, às condições que determinam a queda progressiva de poder e prestígio das mulheres que as diretrizes e políticas devem ser dirigidas em primeiro lugar, no sentido de restituir a elas o que perderam a partir do contato com o estado

brasileiro e seus representantes. Somente assim, a ação de estado ficará isenta de causar prejuízos aos aspectos benignos da vida tradicional. (IBIDEM, p.36).

Neste sentido, destaco que em meio ao campo participei do II *Aty Guasu* de mulheres, ocorrido em abril de 2012. O discurso sobre a valorização das parteiras veio à tona, assim como, a expertise sobre os benzimentos, dentre outras, nuances (complexas) sobre as quais não me debrucei na dissertação. Aliado a isto, neste mesmo momento ouvi as críticas produzidas contra a SESAI na maneira como as mulheres indígenas eram atendidas. Em suma, o que aqui destaco é que dentro do que denomino de “devir” de minha trajetória profissional e acadêmica, tais narrativas não podem ser descoladas em termos de interpretação do próprio contexto cotidiano onde são vivenciadas. Com os dados que tenho em mãos, grafados em meu caderno de campo, não há como afirmar que haja um declínio no prestígio das parteiras em Amambai, nem que a priori haja o desprezo à biomedicina. Somente futuras pesquisas de campo poderão sinalizar para apontamentos em forma de respostas a tantas perguntas.

E mais: perceber a proximidade das cidades de Amambai e Dourados, e o históricos das agências estatais auxiliam nos mapeamentos das realidades vividas pelos indígenas em MS, e como se configuram as relações nesse contexto de relações interétnicas e pluriétnicas. Neste sentido, as transformações do espaço físico e social com que os Guarani e Kaiowá têm convivido durante os processos de confinamento (BRAND, 1997) nas reservas indicam,

mesmo quando se ‘adaptam’ às novas circunstâncias históricas, fazem-no de uma maneira reflexiva, numa dialética complexa que combina o ‘novo’ e o ‘tradicional’, mantendo e reinventando os processos identitários para assegurar a coerência do sistema de ordenamento da vida social. (PEREIRA, 2004, p.385).

Assim, em relação aos cuidados com a saúde, os indígenas estão nesse movimento de recriação de seus modos de fazer, que incluem elementos da biomedicina de modo a dar sentido aos procedimentos médicos aplicados ao seu contexto. Há um caminho longo a percorrer no tocante a saúde indígena e seus atores, sejam eles AIS, parteiras, *ñande sy*, *ñande ru*, sejam eles os profissionais que trabalham nas áreas indígenas. Creio que ao iniciar um movimento reflexivo posto nesta dissertação a partir dos contextos de contato interétnico e de como são significados os encontros intermédicos, esse nos auxilie noutros caminhos como me auxiliou até aqui no meu próprio caminhar...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AURÉLIO, Novo Dicionário, 2ª Edição. Editora Nova Fronteira. Rio de Janeiro, 1986.

AZEVEDO, Marta, *et. al. Guarani Retã: povos Guarani na fronteira Argentina, Brasil e Paraguai*. 2008. Disponível em: http://pib.socioambiental.org/files/file/PIB_institucional/caderno_guarani_%20portugues.pdf Acesso em 30 Jun. 2013.

BARBOSA NETO, Edgar Rodrigues. O quem das coisas: etnografia e feitiçaria em Les mots, la mort, les sorts. *Horizontes antropológicos*. [online]. Vol.18, n.37. Porto Alegre: UFRGS, pp. 235-260. ISSN 0104-7183. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-71832012000100010&script=sci_arttext Acesso em 21 Jun. 2013.

BECKER, Simone. “*Dormientibus Non Socurrit Jus!*” (o direito não socorre os que dormem!): um olhar antropológico sobre ritos processuais judiciais (envolvendo o pátrio poder/poder familiar) e a produção de suas verdades. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – PPGAS/UFSC, Florianópolis, 2008.

BECKER, Simone; SOUZA, Olivia Carla Neves de e OLIVEIRA, Jorge Eremites de. A prevalência da lógica integracionista: negações à perícia antropológica em processos criminais do Tribunal de Justiça do Mato Grosso do Sul. *Etnográfica* [online]. Vol.17, n.1, pp. 97-120. ISSN 0873-6561. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/etn/v17n1/v17n1a05.pdf> Acesso 20 Jun. 2013.

BEVILAQUA, Ciméa. Etnografia do Estado: algumas questões metodológicas e éticas. *Campos*[on line]. Revista de Antropologia Social. Curitiba: UFPR. Vol.3. ISSN: 1519-5538. 2003. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/campos/article/view/1587/1335>. Acesso em 03 Jun. 2012.

BEVILAQUA, Ciméa. *O consumidor e seus direitos: um estudo sobre conflitos no mercado de consumo*. Tese (Doutorado m Antropologia Social) – FFLCH/USP, São Paulo, 2002.

BRASIL. *Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas*. Fundação Nacional de Saúde. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde. 2002. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf Acesso 16 Abr. 2012.

BRASIL. *Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena*. Fundação Nacional de Saúde. - Brasília: Funasa. pp. 112, 2009a. Disponível em http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/livro-lei-arouca-10anos.pdf Acesso 18 Out. 2012.

BRASIL. *Manual de Orientação sobre o Bolsa Família na Saúde*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, 3ª edição, pp. 32, ISBN 85-334-0887-0, 2009b. Disponível em http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/manual_orientacoes_bf_3a_edicao.pdf Acesso 07 Jun. 2013.

BRASIL. *Decreto n 5.484 de 27 de junho de 1928*. 2013a. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-5484-27-junho-1928-562434-publicacaooriginal-86456-pl.html>. Acesso em 05 Fev.2013.

BRASIL. *Estatuto do Índio* (Lei 6001/73). 2013b. Disponível em http://www.funai.gov.br/quem/legislacao/estatuto_indio.html. Acesso em 10 Ago. 2012.

BRASIL. Constituição Federal/1988. *Artigo “Da ordem Social”*. 2013c. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaoconsolidado.htm. Acesso 05 Fev. 2013.

BRASIL. *Lei 6.229/75*. 2013d. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6229.htm. Acesso 06 Fev. 2013.

BRASIL. *Lei 6.439/77*. 2013e. Disponível em <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1977/6439.htm> Acesso 07 Fev. 2013

BRASIL. *Lei 8.689/93*. 2013f. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8689.htm Acesso 20 Fev. 2013

BRASIL. *Lei 8.080/90*. 2013g. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso mar. 2013.

BRASIL. *Lei 8.142/90*. 2013h. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm Acesso 03 Mar.2013.

BRASIL. *Lei 9.836/99*. 2013i. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9836.htm Acesso 05 Mar. 2013.

BRASIL. *Decreto 3.156 de 27 de agosto de 1999*. 2013j. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3156.htm Acesso 05 Mar. 2013.

BRASIL. *Portal da Saúde*. 2013l. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37528 Acesso 15 Mar. 2013.

BRASIL. *Decreto nº 7.797, de 30 agosto de 2012*. 2013m. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7797.htm Acesso em 15 Mar. 2013.

BRASIL. *Lei 8029/90*. 2013n. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8029cons.htm. Acesso em 19 Jul. 2013.

BRAND, Antonio Jacó. *O impacto da perda da terra sobre na tradição kaiowá/guarani. Os difíceis caminhos da Palavra*. Tese (Doutorado em História) – PUC/RS Porto Alegre, 1997.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Luis Roberto. Pesquisas em versus Pesquisas com Seres Humanos. In: VÍCTORA, C.; OLIVEN, R. G.; MACIEL, M. E.; ORO, A. P. (Orgs.). *Antropologia e Ética: o debate atual no Brasil*. Niterói: EdUFF, pp.33-44. 2004.

CARNEIRO DA CUNHA, Manuela (1987). *Os direitos do índio: ensaios e documentos*. São Paulo: Editora Brasiliense. 1987.

CARNEIRO DA CUNHA, Manuela. *Cultura com Aspas e outros ensaios*. 1ª Edição. São Paulo: Cosac Naify. 2009.

COHN, Clarice. Culturas em transformações: Os índios e a civilização. *São Paulo Perspec.*[online]. Vol.15, n.2, pp. 36-42. ISSN 0102-8839. 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/spp/v15n2/8575.pdf> Acesso em 10 mar.2012.

CORREIO DO ESTADO. Sul de MS pode se tornar grande aldeia indígena, até as zonas urbanas dos municípios podem se transformar em aldeias. *Correio do Estado*, Caderno B-4 Interior. Campo Grande, 25 jul. 2008.

DURHAM, Eunice. “A pesquisa antropológica com populações urbanas: problemas e perspectivas”. In: *Aventura Antropológica. Teoria e Pesquisa*. (Org. CARDOSO, Ruth). Rio de Janeiro: Paz e Terra, pp.17- 38. 1986.

EMBRAPA. Capim Colonião. *Plantas Daninhas*. Disponível em <http://panorama.cnpms.embrapa.br/plantas-daninhas/identificacao/folhas-estreitas/capim-colonio-panium-maximum> Acesso 29 Jun. 2013.

FERREIRA, Luciana Ouriques. *Entre os Discursos Oficiais e Vozes Indígenas sobre Gestação e Parto no Alto Juruá: A emergência da medicina tradicional indígena no contexto de uma política pública*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – PPGAS/UFSC, Florianópolis, 2010.

FLEURI, Reinaldo Matias. Intercultura e educação. *Rev. Bras. Educ.* [online]. n.23, pp. 16-35. ISSN 1413-2478. 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n23/n23a02.pdf> Acesso em 10 Jun. 2011.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 16ª edição. Rio de Janeiro: Graal. 2001.

GOMES, Maria do Rosário Corrêa de Salles. *Nacionalização da Política de Assistência Social e Governos Estaduais no Brasil: o caso do estado de São Paulo*. Tese (Doutorado em Serviço Social) – PUC/SP, São Paulo, 2008.

GOMES PEREIRA, Pedro Paulo. Limites, Traduções e Afetos: Profissionais de Saúde em contextos indígenas. *Mana [on line]*. Vol.18, n.3, pp. 511-538. ISSN 0104-9313. 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-93132012000300004&script=sci_arttext Acesso em 02 de mar. 2013.

HILLESHEIM, Betina. et al. Saúde da mulher e práticas de governo no campo das políticas públicas. 2009. Saúde da mulher e práticas de governo no campo das políticas públicas. *Psicologia em Revista*, Vol. 15, n. 1. PUC: Belo Horizonte, pp. 196-211. 2009. Disponível em <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/viewFile/P.1678-9563.2009v15n1p196/646>. Acesso em 20 Mar. 2013.

IBGE. *Os indígenas no Censo Demográfico 2010*. 2012. Disponível em http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf. Acesso 10 Ago. 2012.

LANGDON, Esther Jean. & WIIK, Flavio Braune. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2010, vol.18, n.3, pp. 173-181. ISSN 0104-1169. 2010. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23.pdf. Acesso em Set. 2012.

LANGDON, Esther Jean. A doença como experiência: o papel da narrativa na construção sociocultural da doença. *Etnográfica*. Revista do Centro de Estudos de Antropologia Social. Vol. 5, no.2, pp. 241-260. 2001. Disponível em http://ceas.iscte.pt/etnografica/docs/vol_05/N2/Vol_v_N2_241-260.pdf. Acesso 02 Mai. 2013.

LANGDON, Esther Jean et al. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. Vol.22, n.12, pp. 2637-2646. ISSN 0102-311X. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n12/12.pdf> Acesso 15 de mai. 2013.

LANNA, Marcos. *A estrutura sacrificial do compadrio: uma ontologia da desigualdade?* Ciências Sociais Unisinos, vol.45, n.1, enero-abril. São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio dos Sinos, pp.05-15. 2009. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=93812719001> Acesso 19 Jun. 2013.

LEACH, Edmund. *Sistemas Políticos da Alta Birmânia*. São Paulo: Edusp.1996.

LECZNIESKI, Lisiane Koller. *Estranhos laços: predação e cuidado entre os Kadiwéu*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – PPGAS/UFSC, Florianópolis, 2005.

LUCIANO, Gerssem dos Santos. *O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje*. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, ISBN 85-98171-57-3 p. 224. (Coleção Educação para Todos; 12). Brasília. 2006.
MALINOWSKI, Bronislaw. *Os Argonautas do Pacífico Ocidental*. São Paulo: Editora Abril.1978 [1922].

MELIÁ, Bartomeu; GRÜNBERG, George; GRÜBERG, Friedl. *Etnografia Guaraní Del Paraguay Contemporâneo, Los Pai-Tavyterã*. 2ª Ed. Assunción: Universidade Católica Nossa Senhora de Assunción. 2008.

MARTINS DE SIQUEIRA, Eranir. *O Serviço de Proteção aos Índios e as Políticas de Desenvolvimento na Reserva Kaiowá e Guaraní no Posto Indígena Benjamin Constant, 1940-1960*. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Local) – UCDB, Campo Grande, 2007.

MAUSS, Marcel. Esboço de uma teoria geral da magia. In: *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, pp. 47-181. 2003.

MOURA, Margarida Maria. *Os herdeiros da terra: parentesco e herança numa área rural*. São Paulo: HUCITEC. 1978.

MURA, Fabio. *À procura do “Bom Viver”. Território, tradição de conhecimento e ecologia doméstica entre os Kaiowá*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Museu Nacional/UFRJ, Rio de Janeiro, 2006.

PACHECO DE OLIVEIRA, João (org.). *Indigenismo e Territorialização: Poderes, Rotinas e Saberes Coloniais no Brasil Contemporâneo*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria. pp.310, 1998.

PACHECO DE OLIVEIRA, João & ALMEIDA, Alfredo Wagner B. de. Demarcación y reafirmación étnica: uma etnografia de La agencia indigenista. In: PACHECO DE OLIVEIRA, João (comp) *Hacia una antropologia del indigenismo*. Rio de Janeiro, Contra Capa; Lima, Centro Amazónico de Antropologia y Aplicación Práctica, pp. 51-95. 2006.

PEREIRA, Levi Marques. *Imagens Kaiowá do sistema social e seu entorno*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) FFLCH/USP, São Paulo, 2004.

PEREIRA NOVO. Marina. Política e intermedialidade no Alto Xingu: do modelo à prática de atenção à saúde indígena. *Cad. Saúde Pública [online]*. Vol.27, n.7. Rio de Janeiro. pp. 1362-1370. ISSN 0102-311X 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000700011&script=sci_arttext. Acesso: 04 de mar. 2013.

PEREIRA NOVO. Marina. Saúde e Interculturalidade: A participação do Agentes Indígenas de Saúde/ AIS do Alto Xingu. *Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar*, v.1, n.1. São Carlos: UFCAR, pp. 122 – 147. 2009.

SCHADEN, Egon. *Aspectos fundamentais da cultura guarani*. 3ªed. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo (Edusp). 1974.

SEGATO, Rita Laura. Uma Agenda de Ações Afirmativas para as Mulheres Indígenas do Brasil. 2003. Disponível em http://www.agende.org.br/docs/File/dados_pesquisas/outros/Acoes%20para%20mulheres%20indigenas.pdf. Acesso em 10 Ago. 2012.

SILVA, Vagner Gonçalves da. *O antropólogo e sua magia: trabalho de campo e texto etnográfico nas pesquisas antropológicas sobre as religiões afro-brasileiras*. São Paulo: Edusp. 2000.

SOUZA LIMA, Antonio Carlos de. “O indigenismo no Brasil: migração e reapropriações de um saber administrativo”. In: SIGAUD, Ligia et al. (org.). *Antropologia, Impérios e Estados Nacionais*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, pp.159-186. 2002.

SOUZA LIMA, Antonio Carlos de. O governo dos índios sob a gestão do SPI. In: *História dos índios no Brasil*. 2ª Edição. São Paulo: Companhia das Letras, pp.155-172. 2006.

TEIXEIRA, Carla Costa. Fundação Nacional de Saúde: A política brasileira de saúde indígena vista através de um museu. *Etnográfica [online]*. Vol.12, n.2, pp. 323-351. ISSN 0873-6561, 2008. Disponível em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0873-65612008000200003&script=sci_arttext Acesso em 14 Fev. 2013.

TRAJANO, José Maria. Do bugre ao mendigo: O processo de “dupla-exclusão” dos Guarani e Kaiowá urbanizados no Mato Grosso do Sul (MS) – Brasil. In: *Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia*. Florianópolis: UFSC, pp. 410-425. 2007.

VELHO, Gilberto. Observando o Familiar. In: NUNES, Edson de Oliveira. *A Aventura Sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar. 1978

VIETTA, Katya. *Histórias sobre terras e xamãs kaiowá: territorialidade e organização social na perspectiva kaiowá de Panambizinho (Dourados, MS) após 170 anos de exploração e povoamento não indígena da faixa de fronteira entre o Brasil e o Paraguai*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – FFLCH/USP, São Paulo, 2007.

ZALUAR, Alba. Teoria e Prática do trabalho de campo: alguns problemas. In: CARDOSO, R.C.L. (org.). *A Aventura Antropológica: teoria e pesquisa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, pp. 107-125. 1986.

YAZBEK, Maria Carmelita. Estado e Políticas Sociais. *Praia Vermelha*, 18(1). 2009. Disponível em <http://www.ess.ufrj.br/ojs/index.php/praiavermelha/article/view/39> Acesso em 15 jun. 2013.