

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

DANILO CLEITON LOPES

**ATENÇÃO DIFERENCIADA À SAÚDE INDÍGENA:
BIOPOLÍTICA E TERRITORIALIDADES NO POLO BASE DE
DOURADOS, MS.**

Dourados, MS

2018

DANILO CLEITON LOPES

**ATENÇÃO DIFERENCIADA À SAÚDE INDÍGENA: BIOPOLÍTICA E
TERRITORIALIDADES NO POLO BASE DE DOURADOS, MS.**

Trabalho apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, na área de concentração em Processos Psicossociais.
Orientador: Prof. Dr. Conrado Neves Sathler.

Dourados, MS

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP).

L864a Lopes, Danilo Cleiton

Atenção Diferenciada à Saúde Indígena:: biopolítica e territorialidades no polo base de Dourados, MS. / Danilo Cleiton Lopes -- Dourados: UFGD, 2018. 137f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Conrado Neves Sathler

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Federal da Grande Dourados.

Inclui bibliografia

1. Estudos Decoloniais. 2. Etnologia. 3. Formas de subjetivação. 4. Psicologia. 5. Saúde pública. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

©Direitos reservados. Permitido a reprodução parcial desde que citada a fonte.

DANILO CLEITON LOPES

**ATENÇÃO DIFERENCIADA À SAÚDE INDÍGENA: BIOPOLÍTICA E
TERRITORIALIDADES NO POLO BASE DE DOURADOS, MS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Conrado Neves Sathler (Orientador)
UFGD

Prof^a. Dr^a. Cátia Paranhos Martins
UFGD

Prof^a. Dr^a. Simone Becker
UFGD

Prof. Dr. Esmael Alves de Oliveira
UFGD

Prof^a. Dr^a. Ticiane Araújo da Silva
UNIGRAN

Dourados - MS, 26 de fevereiro de 2018

Dedico este trabalho aos povos indígenas Kaiowá, Guaraní e Terena. Igualmente à tod@s que não hesitam em declarar sua filiação e apoio as causas impopulares.

AGRADECIMENTOS

Neste momento preciso encontrar palavras, mas elas me faltam, e então apenas sinto. O que estou sentindo é gratidão. Em meio a livros e lágrimas tentarei expressá-la.

Agradeço e dedico este trabalho à Fernanda (minha pequena), o grande amor da minha vida. Por estar ao meu lado neste caminho, mais um de muitos que passamos juntos em quase uma década. Por me dar o abraço e o colo aconchegante nos momentos de turbulência e por, ainda assim, me fazer acreditar que sou forte. Por restaurar livros e emprestá-los a mim: quando você os restaurava você me restaurava, me refazia e tornava possível essa produção. Os livros representavam a sua presença! Obrigado por me acompanhar nestes caminhos, por se afetar e se transformar junto comigo.

Aos meus pais, João e Nice, por terem a mim como filho. Pelo incentivo e apoio incondicional ao meu desabrochar para a vida. Por me ensinarem que os que tem fome precisam ter pão e os que tem pão precisam ter fome de justiça. Pelo amor que nos une.

Ao meu irmão e a minha irmã, Junior e Bruna, por toda a cumplicidade e amor que dedicam a mim. Ao vosso lado me sinto protegido e mais forte, e essa força me fez chegar até aqui. Igualmente agradeço as suas famílias: à Angelita, minha comadre por quem tenho sentimento fraterno; às minhas sobrinhas Ana e Amanda (afilhada) pelas brincadeiras, pelos abraços e beijos afetuosos. Ao Edson por cuidar de minha irmã enquanto esposo e ao meu sobrinho João Manoel (afilhado) amado.

À toda minha parentela/família pelo carinho e incentivo aos meus estudos. Nossos encontros e momentos de lazer foram fundamentais. Represento a todos e todas fazendo menção ao nome de Maria Gonçalves (tia Tininha) e minhas primas Elma e Eliza, por terem me recebido em sua casa, ainda no tempo de graduação, com muito mais que “comida e roupa lavada”, com amor e carinho. Gestos inesquecíveis e de suma importância para realizações como a deste trabalho.

Ao meu orientador, Conrado Neves Sathler, por suas (des)orientações que me impulsionaram à escrita. Por me provocar e aceitar ser provocado. Acima de tudo por respeitar o meu modo de ser sem negligenciá-lo. Você foi um ótimo continente nos momentos críticos, mas nunca me impediu de voar. Você orientou-me muito mais que a esse trabalho, orientou-me à vida, por isso tenho a honra e satisfação de te chamar: amigo. À sua esposa, Nilzira Nabuco, por ser sempre cordial e gentil quando precisamos.

Obrigado a Cátia Paranhos Martins, por aceitar o convite em participar da Banca Examinadora dessa produção e por contribuir sobremaneira para sua realização. Com você aprendo olhar além da falta e das ausências. Sua sensibilidade e brilho faz iluminar caminhos. À Simone Becker por aceitar se (re)encontrar comigo, com minhas angústias e inquietações, como integrante da Banca Examinadora. Por demonstrar que precisamos nos deslocar para além das avessas. Ao professor Esmael Alves de Oliveira pelas palavras na banca de qualificação, elas emocionaram e me moveram. À professora Ticiane Araújo da Silva por aceitar o convite à suplência.

Aos colegas da Residência Multiprofissional de Saúde com quem compartilhei um espaço-tempo que jamais esquecerei. Em especial aos amigos do Grupo de Supervisão e Pesquisa em Psicologia (GEDSP) que represento pelo nome de minha ex-coordenadora Elenita Sureke Abilio, hoje colega de profissão e amiga. Obrigado por tudo! E também ao amigo Angelo Luiz Sorgatto e a amiga Paula Aparecida dos Santos Rodrigues e seu esposo Dalton. Por sempre estarem dispostos a conversar, dividir angústias, chorar e sorrir. Vocês me fortaleceram!

Agradeço as professoras e professores do Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGpsi) pelos ensinamento e apoio nas disciplinas curriculares. Às amigades construídas na composição da primeira turma de Mestrado do PPGpsi, em especial à Gislaine Damaceno, sempre disponível em ajudar e acolher. Aos professores da Faculdade de Ciências Humanas (FCH) que direta ou indiretamente contribuíram para esta pesquisa. Em especial ao professor Marcos Leandro Mondardo e a Professora Juliana Grasiéli Bueno Mota do curso de Geografia que em algum momento investiram em mim e no meu trabalho. À professora Sílvia Mara de Melo da Faculdade de Comunicação Artes e Letras (FACALE) pelo acolhimento, ensino e incentivo na disciplina que ministrou.

Agradeço aos meus interlocutores com quem me encontrei nos mais diferentes campos de atuação, anônimos nesta escrita, mas protagonista de todo o processo. Colaboradores de saúde, usuários dos serviços, alunos, entre outros que proporcionaram e proporcionam a alegria do encontro e me ensinam diariamente o valor da diferença.

Por fim, meus agradecimentos a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), fundação do Ministério da Educação (MEC) pelo incentivo à pesquisa, tornando-a possível. A Faculdade Anhanguera de Dourados em especial ao curso de Psicologia, na figura de seu coordenador Roberto Padim, por possibilitar o exercício da docência, de valor inestimável a essa produção, e por respeitar e incentivar minha condição de mestrando.

Eu não queria ter de entrar nesta ordem arriscada do discurso; não queria ter de me haver com o que tem de categórico e decisivo; gostaria que fosse ao meu redor como uma transparência calma, profunda, indefinidamente aberta, em que os outros respondessem à minha expectativa, e de onde as verdades se elevassem, uma a uma; eu não teria senão de me deixar levar, nela e por ela, como um destroço feliz”.
(Michel Foucault, 2003).

RESUMO

LOPES, Danilo Cleiton. **Atenção Diferenciada à Saúde Indígena: biopolítica e territorialidades no polo base de Dourados, MS.** 2018. Dissertação. Mestrado em Psicologia. Faculdade de Ciências Humanas. Universidade Federal da Grande Dourados. 2018.

A Atenção Diferenciada à Saúde Indígena no Polo Base de Dourados–MS é o tema desta pesquisa desenvolvida no Mestrado em Psicologia, na linha de pesquisas de Processos Psicossociais, na Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). O objetivo proposto foi colaborar com as Ciências Psicológicas e da Saúde na potencialização de intervenções-pesquisas junto aos povos indígenas. A Atenção Diferenciada à Saúde Indígena (ADSI) é uma das principais diretrizes do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e funciona como fator de integração ao Sistema Único de Saúde (SUS). Filiada à Cartografia como método, a pesquisa acompanha o processo de Saúde Indígena, a biopolítica, a construção histórica do imaginário colonizador e, conseqüentemente, as produções de Saúde. Destaca o pensamento decolonial em Saúde, que emerge da diferença e alteridade indígena, do modo de ser Kaiowá e Guaraní e do *ethos* Terena. Identifica, assim, a relação da biopolítica com a ADSI e as sensibilidades e sutilezas tornadas possíveis pela potência dos pensamentos decolonial e pós-abissal. Analisa a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), fragmentos de discurso de documentos públicos ligados à gestão da Saúde e outros enunciados das múltiplas territorialidades e fronteiras da Saúde Indígena no intuito de perceber como este modelo de atenção ocorre e quais os seus reflexos. O resultado contém considerações sobre especificidades sócio-histórico-cosmo-culturais e saberes em saúde dos Povos Indígenas, frente à existência majoritária e indiscriminada de dispositivos de saúde indigenista no território analisado, bem como destaca o rompimento dos binarismos e fragmentações do saber-fazer em Saúde e a necessidade da co-presença das diferentes concepções e perspectivas para tornar possível a Atenção Diferenciada que se materializa como uma ecologia de saberes. Assim, mesmo em espaços de sujeição e exercício de poder sobre os corpos e alteridades indígenas, são produzidos espaços-tempos de (r)existências por colaboradores e usuários na constituição de novas superfícies de registro como a saúde-terra.

Palavras-chave: Estudos Decoloniais; Etnologia; Formas de subjetivação; Psicologia; Saúde pública.

ABSTRACT

LOPES, Danilo Cleiton. Differentiated Attention to Indigenous Health: **biopolitics and territoriality in the Dourados MS Base Camps**. 2018. Dissertação. Mestrado em Psicologia. Faculdade de Ciências Humanas. Universidade Federal da Grande Dourados. 2018.

The Differentiated Attention to Indigenous Health in the Dourados - MS Base Camp is the theme of this research developed in the Master's Degree in Psychology, in the research line of Psychosocial Processes, at the Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). The objective was to collaborate with the Psychological and Health Sciences in the enhancement of interventions-research with indigenous peoples. The Differentiated Attention to Indigenous Health (ADSI) is one of the main guidelines of the Subsystem of Attention to Indigenous Health and functions as a factor of integration to the Unified Health System (SUS). Affiliated to Cartography as method, the research follows the process of Indigenous Health, the biopolitics, the historical construction of the colonizing imaginary and, consequently, the health productions. It highlights the decolonial thinking in Health, which emerges from difference and indigenous alterity, way of being Kaiowá and Guaraní and of the ethos Terena. It thus identifies the relationship of biopolitics to ADSI and the sensitivities and subtleties made possible by the potency of decolonial and post-abysal thoughts. It analyzes the National Policy on Health Care for Indigenous Peoples (PNASPI), fragments of public documents linked to health management and other statements of the multiple territorialities and frontiers of Indigenous Health with the purpose to understand how this model of care occurs and which its reflexes. The result contains considerations about socio-historical-cosmo-cultural specificities and health knowledge of Indigenous Peoples, in view of the indiscriminated existence of indigenist health devices in the analyzed territory, as well as the breakdown of binarisms and fragmentation of know-how in Health and the necessity for the co-presence of different conceptions and perspectives to make possible the Differentiated Attention that materializes as an ecology of knowledge. Thus, even in spaces of subjection and exercise of power over indigenous bodies and alterities, space-times of (r)existences are produced by collaborators and users in the constitution of new registration surfaces such as health-land.

Keywords: Decolonial studies; Ethnology; Forms of subjectivation; Psychology, Public health.

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABS – Atenção Básica em Saúde
ADSI – Atenção Diferenciada à Saúde Indígena
AGEPEN – Agência Estadual de Administração do Sistema Penitenciário
AIS – Agente Indígena de Saúde
AXA – Articulação Xingu Araguaia
CASAI – Casa de Apoio à Saúde Indígena
CIMI – Conselho Indigenista Missionário
CLSI – Conselhos Locais de Saúde Indígena
CONDISI – Conselho Distrital de Saúde indígena
DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena
DSEI/MS – Distrito Sanitário Especial Indígena/Ministério da Saúde
EMSI – Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena
FADIR – Faculdade de Direito e Relações Internacionais
FCH – Faculdade de Ciências Humanas
FUNASA – Fundação Nacional da Saúde
GM – Gabinete Ministerial
HM – Hospital da Missão
HU – Hospital Universitário
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS – Mato Grosso do Sul
NASF - Núcleo de Atenção em Saúde da Família
NPAJ – Núcleo de Prática e Assistência Jurídica
PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PPGpsi - Programa de Pós-Graduação de Psicologia
RID - Reserva Indígena de Dourados
RMS – Residência Multiprofissional em Saúde
SESAI - Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIASI – Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
SISREG – Sistema Nacional de Regulação
SPI – Serviço de Proteção aos Índios
SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UFGD – Universidade Federal da Grande Dourados

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	14
1.1 Conhecer a Rede de Saúde para se fazer Residente Multiprofissional em Saúde Indígena.....	16
1.2 A Rede de Saúde e suas afetações e sensibilidades: em cada nó um encontro.....	19
2 SAÚDE INDIGENISTA E SAÚDE INDÍGENA: ENTRE A POLÍTICA PÚBLICA E A ORDEM CÓSMICA.....	23
2.1 Dobras e marcas da complexidade: distinguir sem dissociar.....	24
2.2 A diferença cultural como agente ativo de articulação na Atenção à Saúde Indígena: fortalecendo a ideia-força da integralidade.....	27
2.3 Para além da política da doença e das Psicologias coloniais.....	32
2.4 Aculturação ou hibridismo cultural? A entre-imagem do índio como processualidade.....	40
2.5 Quem são eles, ou quem somos nós?	43
2.6 Terra-territorialidade-saúde: superar descobertas para potencializar os encontros.....	51
2.7 Inaugurando novos mundos: o direito de falar guarani no HU e de aquecer o ambiente hospitalar com a casa de fogo no HM.....	53
2.8 A ADSI como necessidade da “emergência” dos Saberes-Tradicionais.....	59
3 ACOMPANHANDO O PROCESSO: REGISTROS DOCUMENTAIS DAS REDES DE INTER-RELAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA.....	62
3.1 A PNASPI e o I Fórum Estadual de Saúde Indígena - “Resgatando e Fortalecendo Diálogos: pela consolidação de uma Saúde Diferenciada aos Povos Indígenas”	63
3.2 Histórias, registros e escritos: reprisando os traços-tessituras da memória cartográfica da RMS e costurando com as significações da Carta de Dourados e da PNASPI.....	66
3.3 Entre a poeira dos arquivos e a poeira dos caminhos: a presença da terra no corpo-linguagem do trabalhador de saúde indígena.....	68
4 SABERES TRADICIONAIS E A VONTADE DE SABER.....	71
4.1 Paciente indígena “evadiu-se” do hospital: a mudança de itinerário terapêutico representado como fuga.....	71

4.2 Agente Indígena de Saúde: elo-contidente entre trabalhadores de saúde e comunidade indígena.....	74
4.3 Do estereótipo às especificidades: Atenção em Saúde diferenciada como possibilidade de aplicação dos princípios e diretrizes do SUS.....	76
4.4 Os grandes projetos de desenvolvimento e a sedentarização compulsória: negando o ñanderekókatú e o ñandekomarangatu.....	79
4.5 “O SUS é lindo no papel”: entre papéis/registros e atores/colaboradores.....	81
4.6 A Lei do Estado-nação como aglutinadora dos conhecimentos deste lado da linha abissal: tirando com uma mão para dar com a outra.....	83
4.7 A demarcação da terra como estratégia necessária à Atenção Básica.....	86
4.8 Estratégias Indígenas de Participação Popular e/ou Controle Social: <i>Aty Guasu</i>, a grande assembleia Guarani e Kaiowá.....	89
4.9 Terapeutas ou visitantes tradicionais? O risco de instituir a ADSI como alfândega na Fronteira entre a Saúde Indígena e a Saúde Indigenista.....	94
4.10 A articulação dos saberes tradicionais de saúde: reconhecer os itinerários de saúde como potência.....	96
4.11 Eficácia simbólica e empírica - mente e corpo: rompendo dualismos e abandonando a política da representação verdadeira.....	97
4.12 Despertar do sono dogmático: a <i>expertise</i> profissional em Saúde Indígena e a necessidade de questionar as próprias investigações e produções ditas científicas.....	101
4.13 Entre as metas que vêm de cima e as conversas: encontros em Saúde.....	103
4.14 Preciosidades e não recursos: a preparação/formação de colaboradores da Saúde Indígena para a atuação em contexto intercultural.....	104
4.15 Saúde Diferenciada não é pensada em Brasília, é construída coletivamente: confrontando a epistemologia abissal e a fronteira entre os Instrutores/ Supervisores responsáveis e as Lideranças e Organizações Indígenas.....	107
4.16 As novas realidades: doença de índio e doença de branco e a coexistência da casca da árvore e a caixa de remédio.....	109
4.17 Estratégias para facilitar o entendimento do currículo regular de formação acadêmica ocidental: uma maquinaria pronta para produzir a assimilação dos “alunos de origem indígena” às <i>expertises</i> não indígenas?.....	111
4.18 O monitoramento das ações de saúde a serviço da globalização-colonização.....	113

4.19 A visão biomédica como orientadora na construção de indicadores que avaliam a saúde: medicando os corpos e ignorando os fatores sociais aos quais estão expostos os povos indígenas.....	114
4.20 O pensamento pós-abissal e a ecologia de saberes como alternativa diagnóstico-situacional dos problemas de saúde e as prioridades técnica, social e política.....	116
CONSIDERAÇÕES PONTUAIS E NÓS TRANSITÓRIOS.....	119
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	129

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Para melhor situar o(a) leitor(a), será apresentada uma breve trajetória de seu interlocutor e do entre-lugar de onde este texto é escrito. Nascido ao sul do Estado de Mato Grosso do Sul (MS), no município de Sete Quedas, em um dos pontos da chamada “fronteira seca” com a cidade paraguaia de Pindoty Porã, Sete Quedas localiza-se também entre as terras indígenas Jaguapire, no município de Tacuru, e Sete Cerros, no município de Paranhos, terras recuperadas a partir da década de 1980. Além disso, comunidades indígenas ocupam pequenas parcelas da área chamada Sobrerito, territórios tradicionais retomados pelos povos indígenas por direito garantido na Constituição de 1988. Contudo, essas terras ainda não foram devidamente regularizadas.

No ano de 2009, mudei-me para Dourados – Mato Grosso do Sul (MS) para realizar a graduação em Psicologia na Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). No último ano de graduação, entre fevereiro e dezembro de 2013, surgiu a oportunidade de conhecer as (im)possibilidades de atuação profissional junto às populações indígenas participando do Projeto NPAJ/FADIR/UFGD¹ - Centro de Excelência em Direitos Humanos -, coordenado e orientado pela Profa. Dra. Simone Becker.

Esse projeto vinculava ações de pesquisa e extensão nos presídios masculino e feminino de Dourados e Ponta-Porã na intenção de mapear as situações dos(as) indígenas encarcerados(as) e, diante da percepção da necessidade de mediação de conflitos ao invés de sua judicialização, outros atores da Faculdade de Ciências Humanas (FCH) foram convidados a participar desse movimento em busca da garantia de direitos e melhores condições de vida das comunidades indígenas. Solidificou-se, assim, a implementação de ações dos profissionais e estudantes de Psicologia, Antropologia e Direito.

O interesse em participar do projeto se deu, a princípio, para reparar o inócuo conhecimento e informação construídos e apresentados sobre os povos indígenas e seus diferentes modos de ser durante a graduação em Psicologia e, também, para aproximar a possibilidade de atuação junto às comunidades indígenas após a conclusão do curso.

As teorias da Psicologia Social colaboraram para a percepção de um déficit de conhecimento para essa atuação profissional, com destaque, principalmente, à corrente Sócio-Histórica² que buscava formar profissionais críticos não só acerca das realidades sociais

¹ NPAJ - Núcleo de Prática e Assistência Jurídica
FADIR - Faculdade de Direito e Relações Internacionais

² Vale apontar que este trabalho não se trata de um representante direto de nenhuma abordagem teórica disciplinar, mas sim de uma composição interdisciplinar que a partir da cartografia como metodologia, a ser apresentada no

produzidas, mas também na relação com a própria prática em consonância com as necessidades e contextos das comunidades nas quais atuam. Isto é, a teoria alerta para a necessidade de contextualização do saber e do fazer comprometidos com a transformação social e não com a adaptação ou a adequação de indivíduos. Contudo, pouco foi tocado, na época da formação, nas especificidades dos povos e comunidades indígenas.

Antes de adentrar nos apontamentos sobre a formação em Psicologia, advertimos que no ambiente social, local de seu desenvolvimento, o discurso mais difundido a nos afetar, ainda circulando e atravessando toda a população, relaciona-se à disseminação do ódio contra os povos indígenas amparado na construção de estereótipos, carregado de interesses outros, discurso no qual o índio é discriminado e chamado pejorativa e ofensivamente de “bugre”. Se, por um lado, a noção de extermínio indígena paira sobre esta região, por outro, nessa mesma região, busca-se o contraponto a essa fórmula discursiva preponderante a partir da constatação das injustiças históricas às quais os povos indígenas foram submetidos desde o chamado (des)cobrimento e das incursões colonialistas realizadas no antigo Mato Grosso até no MS de hoje.

Apontamos, ponderadamente, dois dos inúmeros possíveis discursos para demonstrar uma inquietação em relação à construção de boas práticas profissionais em Psicologia junto aos povos indígenas no presente cenário. Isso porque, apesar de não se filiar ao discurso do extermínio, no recorte estudantil ao qual nos aproximávamos por valorizar a construção sócio-histórica das realidades sociais, ainda estava ausente a enunciação dos povos indígenas da região, existindo apenas representações opacas daquilo que conhecíamos de sua história. A imagem do índio solidificada no discurso colonizador, circulante no território em que nos constituíamos, estava borrada, e começava a se desfazer devido aos deslocamentos propostos pela formação em Psicologia e o interesse pela perspectiva da Psicologia Social.

Em outras palavras, a clareza do processo sócio-histórico preponderante na compreensão das realidades apresentadas ainda se mostra insuficiente, pois, ao desconstruir o discurso do extermínio, pode-se construir outro recorte, inversamente colonizador, que poderíamos chamar de imagem tutelar indígena. Aquela imagem perceptível das injustiças sociais perpetradas sobretudo no enalço e aval do Estado nos faz, muitas vezes, compreender os indígenas como tuteláveis e carentes da proteção de algum outro gesto colonizador. Ou seja, o que compreendemos nesse processo inicial é que os indígenas com os quais atuamos não são “pobres de marré”, ou apenas oprimidos à espera de alguém que lhes traga empoderamento,

decorrer do texto, acompanha o processo de Saúde Indígena e as enunciações daí decorrentes. Além disso, como nos lembra Passos e Barros (2009, p.26) “a intervenção é sempre clínico-política”.

que lhes deem voz. Ao contrário, são agentes ativos no processo de resistência e de luta contra as injustiças sociais. O seu empoderamento e sua voz assentam-se na diferença e alteridade que representam a partir de sua cosmologia e modo de ser.

Assim, com nossa inserção no Projeto “Centro de Excelência em Direitos Humanos”, foi percebida a distância e o choque, por vezes paradoxal, entre as cosmovisões indígenas e a eurocêntrica. A efetivação de garantia de direitos aos povos indígenas se apresenta em uma trama complexa, pois carece de maior apoio e compreensão na sua aplicabilidade, ainda que existente nas Políticas Públicas. A resistência a essa efetivação se dá, sobretudo, pela formação eurocêntrica e, notadamente, pelo imaginário colonizador calcado na modernidade que engendra uma imagem indígena deturpada e violadora (Santos, 2010; Limbert, 2012).

O envolvimento com o tema que, a princípio, era majoritariamente técnico, marca da formação acadêmica, inicia-se como um compromisso ético-político. Isso se expande com a possibilidade de participação no programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) - Ênfase em Atenção à Saúde Indígena -, do Hospital Universitário (HU)/UFGD, entre 2014 e 2016.

1.1 Conhecer a Rede de Saúde para se fazer Residente Multiprofissional em Saúde Indígena.

A RMS caracteriza-se pela formação em serviço no intuito de desenvolver competências profissionais fundamentadas nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) com ações integradas, em nosso caso, entre enfermeiros, nutricionistas e psicólogos em diálogo, quando possível, com os demais profissionais de Saúde. Ensino e Saúde se integram, bem como formação e atenção se inter-relacionam na construção de conhecimento e atenção em saúde junto aos indivíduos e coletivos que demandam os serviços (Souza, 2016).

O trabalho e o cuidado em Rede são a tônica principal nesse processo de formação/atuação, mesmo não sendo esse o principal discurso nos cenários de Saúde. Por isso é reconhecido por Turdera (2016, p. 57) como “um processo um tanto quanto rizomático”, no sentido atribuído por Deleuze e Guattari (1995).

Assim, apresentamos a rede local de saúde da forma como a conhecemos, isto é, a partir dos espaços por onde passam os residentes. Nesses locais, os residentes e demais profissionais de saúde recebem e são recebidos pelas comunidades indígenas, a depender das territorialidades envolvidas.

Nesse sentido, entre os dispositivos e equipamentos que compõem a rede de cuidado encontram-se os hospitais. Na ênfase de Atenção à Saúde Indígena, em um primeiro momento, o campo se restringe ao HU/UFGD e, em um segundo momento, é direcionado ao Hospital e Maternidade Indígena Porta da Esperança da Missão Evangélica Caiuá, conhecido em nosso contexto como “Hospital da Missão” (HM), que será mais bem apresentado no decorrer do texto.

Quando a equipe de residentes da Saúde Indígena foi deslocada para a Atenção Básica em Saúde (ABS) atuou principalmente nas quatro Unidades Básicas de Saúde (UBSs) da Reserva Indígena de Dourados (RID) localizadas nas aldeias Jaguapiru e Bororó e, também, na UBS de Panambizinho³. Além disso, contatou UBSs volantes e acampamentos existentes nas margens das rodovias da região, fora das Reservas, em Douradina, e também o Núcleo de Atenção em Saúde da Família (NASF) e a Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI). O transitar e a formação se deram inseridas na vida universitária, em congressos, seminários e disciplinas nos programas de pós-graduação em Antropologia, Geografia e História. A equipe frequentou o controle social “entre outros espaços como o do Conselho Municipal de Saúde, das Conferências de Saúde *etc*” (Turdera, 2016, p. 58). Além desses campos, a equipe atuou nas UBSs junto à sociedade envolvente, apesar da ênfase na Saúde Indígena.

Repare o(a) leitor(a) que existe nesse acontecimento rizomático, da forma como aponta Turdera (2016), um galho, um vinco ou uma raiz que se pluraliza, pois se compõe por fluxos e se desdobra naquilo conhecido como Subsistema de Saúde Indígena. Assim, o Subsistema está vinculado ao SUS e não deve ser confundido com um apêndice ou algo fora do SUS, já que é pensado para implementar o cuidado às especificidades dos povos indígenas. O Subsistema de Saúde Indígena, determinado pela Constituição de 1988, é mais um representante da redemocratização do Brasil atualmente em risco, em vista de nosso cenário político-jurídico que afeta diretamente os serviços de saúde e a vida das comunidades indígenas.

Da luta dos povos indígenas pela implementação do Subsistema e, conseqüentemente, sua inclusão na assistência em saúde mediante Políticas Públicas destacamos, nessa apresentação inicial, a criação de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) e de Polos Base, além da passagem definitiva do Subsistema para a gestão do Ministério da Saúde por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) (Brasil, 2002; Brasil, 2009).

O Polo Base de Dourados atende os territórios dos municípios de Dourados, Douradina, Rio Brillhante e Maracaju. A população indígena do município de Itaporã, embora

³ Terra indígena de uma comunidade Kaiowá, situada no distrito de Panambi, em Dourados. Homologada pela União, com pouco mais de 1.272 hectares, onde vivem mais de 300 índios (Maciel 2012).

administrativamente não reconhecida pela SESAI, faz parte deste conjunto principalmente porque parte da RID se localiza nesse município.

O Polo Base é responsável pela ABS, isso significa dizer que atua na prevenção, educação e promoção em saúde desse território. A RID conta com duas UBSs na aldeia Jaguapiru, duas na Bororó, uma na Panambizinho e uma equipe volante junto aos indígenas não aldeados. Os não aldeados estão em acampamentos e áreas de retomada nas margens das rodovias em Dourados, Rio Brilhante e Maracaju. As assistências, ambulatorial e hospitalar, são responsabilidades dos municípios e não da SESAI.

A assistência ambulatorial é acionada quando há encaminhamento do Polo Base para a qual é referência. Dourados é referência regional de saúde para muitos outros municípios menores. Desta forma, indígenas e não indígenas são encaminhados para Dourados quando seus municípios não contam com os serviços indicados. Quando há indígenas dessas cidades vizinhas em tratamento ambulatorial em Dourados, a CASAI os acolhe. Esses encaminhamentos dos Polos Base do cone sul de MS são mediados pela SESAI. Por isso, além de receber, alojar, alimentar e encaminhar para serviços e locais de origem, as CASAI prestam assistência de enfermagem 24 horas e atividades de educação em saúde, artesanato e lazer (Turdera, 2016; Souza, 2016).

Dourados recebe, ainda, encaminhamentos de outros municípios para seus hospitais. A organização e agendamento desses encaminhamentos são feitos pelo Sistema Nacional de Regulação (SISREG)/SUS. A SESAI fornece apoio logístico e a CASAI dá assistência também aos hospitalizados.

O HM atende à comunidade indígena da região, inclusive de outros DSEIs. Segundo Silva (2007), o HM, fundado em 28 de agosto de 1928, é o primeiro hospital exclusivamente indígena do país e oferece assistência em saúde e educação. Configura-se como instituição filantrópica e mantém junto à SESAI acordo para prestação de serviços. Com isso, uma parcela de seus recursos financeiros é disponibilizada pelo SUS. Por estar vinculado ao SUS deve atender indiscriminadamente a quem solicitar os serviços. Mesmo assim, é rara a presença de não indígenas. Seus atendimentos estão, em termos de complexidade, entre aqueles realizados pelos demais hospitais da rede de saúde e pelas UBSs, isto é, os atendimentos que não podem ser resolvidos pela ABS, nem se configuram como alta complexidade podem ser encaminhados e atendidos no HM. Partos de baixa complexidade, tratamentos de pediatria e clínica médica são os procedimentos mais comuns nesse espaço.

Em relação aos atendimentos em saúde aos povos indígenas, o HU é referência para partos de risco, pediatria semi-intensiva e intensiva e cirurgias eletivas. Esses são os setores do

HU que mais recebem indígenas de Dourados e região. Vale ressaltar que o HU, exceto na maternidade, não é um hospital “porta-aberta”, ou seja, pronto atendimento. Portanto, tem seus leitos regulados pela Central de Regulação de Leitos do município (Souza, 2016). Já o Hospital da Vida - hospital municipal localizado também em Dourados - é referência para traumas e emergências e configura-se como mais um ponto da rede de saúde por onde passam os indígenas que demandam esses serviços.

1.2 A Rede de Saúde e suas afetações e sensibilidades: em cada nó um encontro.

A complexidade da rede não se dá apenas nos processos administrativos, mas também nas relações. Nos mesmos espaços, múltiplas territorialidades se tensionam e produzem um cenário propenso ao cuidado e ao controle do Outro. Estamos o tempo todo entre o cuidado e o controle com suas diversas implicações para a prática e produção da vida.

Impactados por essa experiência e pelas transformações provocadas, não apenas em termos profissionais, mas subjetivos, continuamos a trilhar neste caminho possível, sempre a ser construído, às vezes desconstruído e reconstruído. Voltamos a atenção do(a) leitor(a) para a breve apresentação quando falamos das principais vivências deste interlocutor e destacamos o entre-lugar de onde falamos. O cenário de Saúde Indígena se faz em MS, aquela “panela de pressão” sinalizada por Becker, Souza e Oliveira (2013) na qual, pela usurpação dos territórios indígenas e seu confinamento em reservas superpopulosas, ainda se reificam noções de etnocídio e genocídio.

Isso ainda se reflete na construção, desconstrução e reconstrução de caminhos nos espaços de saúde. Vale uma passagem: quando ingressamos na RMS, enfrentamos um processo de desconstrução do nosso imaginário colonizador, da ordem discursiva e dos processos de subjetivação aos quais estávamos submetidos. Resistíamos às capturas e éramos motivados pela crença da existência de um espaço onde, pretensamente, se fizesse saúde junto às comunidades indígenas. Supúnhamos ser ali um lugar para a alteridade, para as possibilidades de enunciação, trocas e diálogos. Todavia, no mesmo instante do início da experiência, fomos surpreendidos por um comentário de uma trabalhadora de saúde sobre uma paciente/usuária indígena que amamentava. *“As indígenas são assim, não estão nem aí”*. Ao perceber a surpresa dos residentes recém chegados com sua reação em relação àquilo que ela chamava de uma espécie de inabilidade em amamentar, a trabalhadora afirma: *“não amamenta direito a criança”*, e em seguida questiona: *“você são a favor dos índios?”*

Apresentava-se, assim, uma lógica adversarial cara ao direito e que antes parecia ser uma exclusividade do psicólogo perito ou envolvido em uma trama judicial, como aponta em sua tese Shine (2009). Uma visão maniqueísta que separa o trabalhador não índio (o lado normal, correto e que sabe) do indígena usuário do serviço (o lado anormal, incorreto, o que não sabe). Não se configura aqui uma exclusão propriamente dita, mas uma inclusão pela exclusão. Como afirma Foucault (2002), o hospital pode funcionar, neste caso, como um aparelho de normatização.

Percebemos que aquela mãe indígena dominava outras técnicas e, por mais difícil que fosse o reconhecimento dessas técnicas, diferentes das disponíveis no hospital, elas eram capazes de potencializar a vida. Não parece ser tão difícil reconhecer os dados resultantes da experiência indígena ali presente: essa mãe era caracterizada como uma “*gesta 3*”, expressão médico-obstétrica para designar o terceiro filho. Seus demais filhos estavam vivos e essa existência reclamava seu retorno para casa⁴.

Como foi possível essa compreensão? Percebemos existirem outros trabalhadores-colaboradores⁵ capazes de tensionar tais verdades iatrogênicas instituídas, às vezes com dificuldades em serem vistos e ouvidos. Esses trabalhadores-colaboradores não exercem apenas uma simples adesão ou oposição ao discurso colonialista, pois não se trata de uma dicotomia entre as práticas colonizadoras e descolonizadoras, isto é, existe uma totalidade composta por incontáveis dizeres e fazeres. O que destacamos é não haver uma única possibilidade prática-discursiva, são muitos e fortes os colaboradores que resistem às práticas de controle, de normalização e de hierarquização e permanecem descolonizando suas intervenções.

Retornemos à cena da amamentação: após algumas ponderações entre a equipe multiprofissional de residentes e os profissionais, uma terceira profissional de saúde se posiciona: “*vou ver o que está acontecendo*”, e dirige-se até o leito na tentativa de ver e ouvir a paciente. Uma boa alternativa para escapar das capturas e estereótipos nas práticas hospitalares em Saúde Indígena, como aquela expressa no enunciado: “*as indígenas são assim*”.

⁴ Destacamos, neste ponto, a semelhança de outra fala recorrente nos estabelecimentos de saúde: “a paciente indígena evadiu-se”. Essa sentença desconsidera a realidade social e as necessidades dos sujeitos, sobretudo das mães indígenas, que por terem outros filhos dependentes de seus cuidados, retornam para casa. Neste caso, “evadir-se” significa: “retornar a casa para cuidar dos demais dependentes”.

⁵ A partir das contribuições da Profa. Cátia Paranhos, destacamos que o termo “colaborador” não representa a adesão ao discurso da iniciativa privada que se utiliza dessa definição para exaurir o trabalhador do e pelo SUS. Na falta de um termo melhor, utilizamos essa definição para representar a complexidade das relações entre usuários, trabalhadores e gestores, pois de forma dinâmica, flexível e móvel o mesmo grupo-sujeito ocupa as diferentes posições no território de saúde: hora como usuário do serviço, hora como trabalhador e hora como gestor. Portanto, mesmo quando utilizamos o termo colaborador ao longo deste texto, não deixamos de marcar e reafirmamos a nossa posição ético-política que é radicalmente contra o trabalho sem sentido.

O que pretendemos destacar de início é que não se trata de uma rede estática, mas de uma rede viva composta por diferenças. Nas palavras de Passos e Barros (2009) uma rede quente, sem idealidades ou metas a serem alcançadas, isto é, um *quantum* de transversalização. Uma dinâmica coletiva que em seu modo de comunicação é multidimensional e está sempre em movimento, não apenas de rebatimento entre grupos sujeitos, mas de caotização ou caosmose, onde a realidade é produzida a partir de desarranjos e rearranjos, em suma, da emergência de devires minoritários. A realidade toda se comunica, por isso deve-se operar no plano da transversalidade e não apenas nos planos verticais ou horizontais como eixos de organização do *socios*. Isso porque esses dois planos nos permitem perceber apenas a rede fria que, apesar de conter hiperconectividade e integração, contém também um centro vazio como regime de homogeneização ou um metro-padrão como resultado da relação entre rebatimento e sujeição característicos do *socios* de organização hegemônica.

Nesse contexto estão presentes e atuantes tensões, conexões, aproximações e distanciamentos, *dialogus*. Grafada em latim para recuperar as aproximações etimológicas da palavra como uma forma de destacar que mesmo um diálogo não necessariamente presume uma díade, ou um encontro de dois discursos, pois, como se sabe, o prefixo *dia* significa ao mesmo tempo “um com o outro, um contra o outro”. Um dos significados do sufixo *logos* (derivado do grego) é justamente discurso, portanto diálogo pode representar coexistência e contraposição entre dois discursos. Quando se contrapõem as relações se expressam em saber-poder e produzem a ocorrência, como muitas vezes vimos nos espaços nos quais circulamos, da anulação ou do desperdício do outro enquanto enunciação nesse diálogo.

Nesse sentido, reconhece-se a rede como rede de conversações, tal como propõe Teixeira (2003), em que o bom funcionamento tecno-assistencial dos serviços de saúde depende da conversa enquanto substância organizadora. Nessa perspectiva, cada nó da rede equivale a um encontro que envolve técnicas específicas, mas antes de qualquer outra coisa, envolve conversa, isto é, acolhimento-diálogo, uma reconhecida técnica especial de conversar. Deste modo, para além das tecnologias duras (recursos materiais), tecnologias leves-duras (saberes estruturados/teorias), fala-se em tecnologias leves, isto é, nas tecnologias das relações que potencializam a atenção integral enquanto norteadora do trabalho humanizado em saúde (Merhy, 2002).

Não há, portanto, uma redução desses encontros aos binarismos recorrentes em nossas produções, aos quais buscamos superar. Pois, de cada nó da rede emerge os “nós” que produzem

e compõem a Saúde Indígena. Trabalhadores-gestores-usuários-colaboradores de saúde, implicados no desafio de SUSstentar⁶.

Atualmente, no Mestrado do Programa de Pós-Graduação de Psicologia (PPGpsi) da UFGD, entre 2016 e 2018, continuamos a acompanhar o processo de Saúde Indígena, mais especificamente da Política de Atenção Diferenciada à Saúde Indígena (ADSI), a partir das memórias cartográficas da experiência na RMS e por vias documentais, pelos registros escritos ou, como assinala Carrara (1998), pelas “aldeias-arquivos”. Essas são, de certa forma, produções eruditas, pois estão registradas em documentos arquivados e, ao mesmo tempo, compõem uma vivacidade na construção das ações e realidades materiais em Saúde Indígena. Esse é mais um jeito de estarmos em um “entre”, visto que está interposto entre a coisa pronunciada e a coisa escrita. Ocupamos agora uma posição diferente ao realizar esta pesquisa que continua a nos sugerir, cada vez mais, um campo e um lugar de aprendizado junto às comunidades indígenas. Em outras palavras, esta pesquisa e este texto se concretizam “pela beleza do que aconteceu há minutos atrás”⁷...

⁶ Expressão emprestada de Rodrigues, Martins & Abílio (2016) e seu *Oguata Pyahu* (novo caminhar) e o desafio de SUSstentar (trans)formações e direitos em um novo caminhar na Saúde Indígena. Trabalho apresentado no Seminário Internacional e Etnologia Guarani: diálogos e contribuições, 2016.

⁷ Trecho da música “Poema” composta por Cazuzza/Frejat.

2 SAÚDE INDIGENISTA E SAÚDE INDÍGENA: ENTRE A POLÍTICA PÚBLICA E A ORDEM CÓSMICA.

A Saúde Pública no Brasil vem sendo debatida em grande escala ao longo de sua construção na busca de avanços e melhorias. Esses avanços e melhorias hoje são compreendidos como garantias do direito ao acesso aos serviços e também como produção de uma saúde de qualidade condizente com a realidade cotidiana das populações atendidas.

As psicólogas e pesquisadoras em saúde Mázaro, Bernardes e Coêlho (2011), as duas primeiras da Universidade Católica Dom Bosco e a terceira do Centro Universitário de João Pessoa destacam, no Brasil, na década de 1970, a consolidação do processo conhecido como Reforma Sanitária. Esse acontecimento serviu de base para as discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual o SUS foi formulado. Configura-se, após sua defesa e ordenação legislativa, o SUS como política pública de saúde, com seus princípios organizativos e doutrinários garantidos na Constituição Federal Brasileira de 1988.

Nesse contexto, em 19 de setembro de 1990, é sancionada a Lei nº 8.080, chamada Lei Orgânica da Saúde, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”. Com isso, a Saúde passa a ser um direito de todos os cidadãos e dever do Estado (Brasil, 1990; 2009).

As Políticas Públicas de Saúde propostas neste período visavam contribuir com o avanço do processo democrático da sociedade brasileira e não apenas com as melhorias setoriais da Saúde. Então, nesse cenário, faz-se necessário pensar a Atenção à Saúde junto aos Povos Indígenas que conta com suas especificidades sócio-histórico-cosmo-culturais, direcionando, portanto, o capítulo V da referida Lei, que versa sobre o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e prevê a obrigatoriedade de

[. . .] levar em consideração a realidade local, 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 (Brasil, 1990, 2009, p.13).

Pereira (1999), antropólogo reconhecido por seus estudos junto aos povos indígenas de Dourados e região, aponta em sua dissertação de mestrado “Parentesco e Organização Social Kaiowá” e em seu livro – “Os Terena de Buriti: formas organizacionais, territorialização e representação da identidade étnica” (2009) – as indissociabilidades entre a cosmologia desses povos e suas instâncias de organização social, sendo justamente a partir da ordem cosmológica

que se orienta a vida de cada um em termos de política, economia e parentesco. Portanto, para pensarmos uma atenção em saúde junto a essas populações, torna-se fundamental a aproximação e a compreensão de sua cosmologia. “São estas matrizes que inspiram, orientam e dão significado às práticas sociais”, afirma Pereira (1999, p. 182). Por isso, acrescentamos o termo “cosmo” junto à expressão sócio-histórico-cultural, já consagrada pela Psicologia Social latino-americana.

Com o intuito de explicar o sentido atribuído ao termo cosmologia, e não propriamente de defini-lo, recorreremos ao estudo de Seraguza (2013) que demonstra como a produção do cotidiano se faz em correspondência com a relação cósmica, de maneira indissociável. A política cósmica configura-se numa instância de poder, tal qual ocorre em outros aspectos políticos e sociais pertencentes a determinado grupo-sujeito. Deste modo, para as figurações sociais falantes da língua guarani, a concepção do xamanismo, por exemplo, configura peça fundamental para o entendimento de sua teoria social (Pereira, 2004).

Vê-se com isso que cada grupo-sujeito ou figuração social compõe organicamente suas próprias referências para compreender e atuar sobre o cosmos. Não se configura apenas pelos conteúdos simbólicos ou abstratos de determinada cultura, mas também se materializa em *práxis* de um modo de ser que engloba suas relações sociais, reflexões políticas, morais, espirituais e econômicas.

Nas palavras de Silva (1992-1995), as cosmologias compreendem teorias sobre o mundo em movimento no tempo e espaço, compostas por inúmeras personagens, humanas e não humanas. Definem o lugar de cada ser no cenário total, de maneira interdependente e recíproca, em termos de trocas das forças e energias vitais. Essas forças podem ser expressas por conhecimentos, capacidades e habilidades capazes de acarretar não apenas perpetuações, mas renovações e criatividade. Isto significa que tradições, mitos, ritos e afins compõem um processo e não apenas uma estrutura, longe de ser coisa dada, estática e imutável. Representa a possibilidade de produção de sentido que orienta a vida cotidiana e facilita a interpretação de acontecimentos e a tomada de decisões.

2.1 Dobras e marcas da complexidade: distinguir sem dissociar

Retornando à Lei, destacamos que apesar da clareza da escrita que define a abordagem diferenciada e global como posta acima, traremos a dimensão da complexidade do território e das consequências dessa abordagem. A complexidade emerge quando consideramos as trocas interculturais, quando não, a multiculturalidade existente no território do Polo Base de Saúde

Indígena de Dourados onde convivem continuamente, como veremos adiante, pelo menos três etnias, além dos não indígenas, ambos distribuídos nas posições de usuários e trabalhadores da Saúde Indígena.

Entendemos a complexidade a partir dos sentidos atribuídos por Morin (2000), pesquisador emérito do *Centre National de La Recherche Scientifique* (CNRS) de Paris, para quem existe uma insuficiência nas práticas clássicas do conhecimento científico por partir do princípio da simplificação. A disjunção absoluta entre *ego cogitans* e *res extensa*, entre sujeito e objeto, representa a abordagem de conhecimento inaugurada por Descartes no período da Renascença e do nascimento da Ciência Moderna. Essa disjunção coloca o conhecimento científico, a partir desses pressupostos, como um conhecimento amoral.

Ainda segundo Morin (2000), a reflexividade passa a ser uma exclusividade da Filosofia e a objetividade uma essência científica. O conhecimento científico se desvincula do sujeito e assim pretende refletir a realidade de maneira neutra. Isso dá vazão a uma hiperespecialização e, conseqüentemente, uma fragmentação e desintegração do mosaico disciplinar e de objetos no campo onde as peças deixariam, devido ao método, de se comunicar entre si. As realidades moleculares que contrastam com nossas reflexões e nossas vidas percebidas como indivíduos, subjetividades, humanidades, sociedades *etc*, são igualmente fragmentadas e desintegradas.

No reino das ideias vazias e irrefletidas são produzidos saberes estocados, um “neo-obscurantismo generalizado” capaz de criar submissão à ignorância e à incapacidade de saber. O saber estocado fica à disposição para a manipulação das instâncias anônimas como o Estado e as empresas. A técnica mantém sua neutralidade e aqueles que utilizam de suas produções são os responsáveis por suas conseqüências, sobretudo as desastrosas (Morin, 2000).

Teremos, neste trabalho, a difícil tarefa de não manter a ciência como uma missão cega e na carência fundamental da reflexão sobre si mesma. Pois, como se sabe, “a responsabilidade não tem sentido senão com relação a um sujeito que se percebe, reflete sobre si mesmo, discute sobre ele mesmo, contesta sua própria ação” (p.34) e, como dissemos acima, a noção de sujeito não faz parte dos princípios dos conhecimentos ditos científicos. Por esse prisma: “ser cientista é ser literalmente irresponsável por profissão!” (p.34). Assim, a consciência reflexiva e a ética nos fazem reintroduzir o sujeito não como uma solução, mas como “caminhos que nos mostram que podemos resistir à fragmentação, à perda e à irresponsabilidade do conhecimento” (Morin, 2000, p.35).

Então, como afirma Morin (2000), discordar dessa simplificação é o papel da complexidade, pois estamos em um círculo vicioso, onde é justo distinguir as coisas como o conhecimento técnico, científico, sociológico e político, mas isso não representa dissociá-los.

Devemos afastar as visões mutiladas das coisas, uma aposta no sentido da complexidade é uma aposta não somente científica, mas política e humana.

Do mesmo modo, pensamos a complexidade em termos das trocas interculturais nos territórios de saúde, onde se distinguem as formações sociais, as territorialidades, os processos de subjetivação e objetivação que a compõem, contudo, sem dissociá-los. E mais que isso, buscamos pensar-praticar uma abordagem diferenciada à saúde com os povos indígenas, marcando e sendo marcados pelas diferenças sem que nos dissociemos enquanto construtores coletivos desse saber-fazer saúde.

Deste modo, compreende-se por Polo Base a instância de Atenção existente na organização dos serviços de saúde para as comunidades indígenas. Consiste na primeira referência aos usuários dos serviços e pode ser localizado nas comunidades ou em municípios de referência (Brasil, 2002). Isso implica que as ações e serviços devem ensejar no território da comunidade indígena pertencente aquele Polo Base.

Como propõe Costa (2003), geógrafo brasileiro estudioso da temática do território, destaca-se a noção do território para além de qualquer base material ou espaço físico geográfico socialmente apropriado por determinado grupo social. Amparado em Ratzel (1988), Sack (1986) e Raffestin (1993), o autor ainda aponta a necessidade de não se desprezar a dimensão simbólico-cultural do território, mesmo quando se enfatiza uma de suas outras dimensões, sejam jurídicas, políticas, econômicas ou naturalistas. As divisões entre território político e identitário se rompem, pois se confundem “enquanto recurso político e enquanto estratégia identitária” (Costa, 2003, p. 15).

As múltiplas territorialidades vão se desenhando como espaços aglutinadores de identidades constituídas por laços simbólicos e afetivos com os lugares onde sujeitos vivem e significam os eventos à sua maneira. Existe, então, uma sobreposição de territorialidades no Polo Base que descrevemos. Isso porque tratamos de territorialidades múltiplas e flexíveis porque existe, principalmente nesse contexto, desterritorialização no nível da exclusão social, onde as territorializações mais elementares são impossibilitadas pela desapropriação dos povos indígenas de seus territórios. Ainda assim, existem inúmeros movimentos de reterritorialização em marcha pela reafirmação de modos de ser e de saberes em saúde (Idem).

Antes de pairar a impressão de que a desterritorialização se constitui em um acontecimento negativo, Feuerwerker (2014), pesquisadora em Saúde Coletiva, amparada em suas produções por autores como Foucault, Deleuze, Guattari e Rolnik, entre outros, afirma que a desterritorialização pode acontecer deliberadamente ou não, dependendo das afecções e encontros do e no percurso, assim há um fluxo contínuo e sem fim de desterritorialização e

reterritorialização, componentes de determinadas territorialidades. Nesses movimentos podemos compreender também o Polo Base de Dourados.

2.2 A diferença cultural como agente ativo de articulação na Atenção à Saúde Indígena: fortalecendo a ideia-força da integralidade.

Assim, a interculturalidade, quando não apenas a multiculturalidade⁸, se apresenta como elemento possível nesse cenário de vida coletiva. Neste sentido, esse Polo Base nos coloca frente às reivindicações de minorias exigindo, por vezes, prontidão ao acolhimento por algumas estruturas, mas também provocando desejo - de outros sujeitos e estruturas - de modificar os modos de vida peculiares. “Esta zona de atrito promove a reafirmação de identidades, a delimitação de terrenos e, até mesmo, as demonstrações de força na convivência intercultural” (Rodrigues, 2007, p. 61).

Ao utilizarmos o termo interculturalidade nos reportamos a Bhabha, no intuito de apontar para a cultura não como um lugar fixo e engessado, onde possivelmente se “enclausuram” sujeitos, mas como um hibridismo cultural, um entre-lugar e um entre-tempo. Bhabha (1998) em um dos pontos nevrálgicos de sua obra - segundo nossa compreensão - propõe um deslocamento da *diversidade* cultural para *diferença* cultural, e podemos constituir um espaço cultural híbrido e evitar que caiamos em essencialismos.

Deste modo, a noção de diversidade ou fetiche do multiculturalismo pressupõe a existência mútua de culturas fixas, como se cada cultura fosse uma substância que, em alguns momentos isolados no tempo e no espaço, entra em contato com as demais, entretanto se mantém intacta em sua pureza essencial. Com isso, quando se identificam mudanças ou transformações em determinada cultura, ela perde, neste exato momento, sua condição de diferença.

Para melhor explicar, o autor recorre ao etnopsiquiatra e psicanalista da Martinica Frantz Fanon que atuou no movimento colonialista francês na Argélia. Fanon destaca o perigo existente na fixidez e no fetichismo da identidade, em sua calcificação em um passado original ou em um presente homogeneizado. Contudo, reconhece a importância da atualização das histórias e tradições reprimidas, isto é, dos grupos subordinados pelo poder do discurso

⁸ Tendo em vista as colocações na banca de qualificação feitas pelo Prof. Dr. Esmael Alves de Oliveira ao presente estudo, de que não temos condições de afirmar se “os marcadores existentes entre indígenas e não indígenas em Dourados (embora não apenas) estabeleceram as condições necessárias para um princípio básico da interculturalidade: a compreensão da diferença”.

colonizador. Há, portanto, deslocamentos nos quais a fronteira do estranho se move, público e privado se confundem e tornam-se parte um do outro, de maneira desnordeadora. Desse modo, ao nos referirmos à identidade, não falamos de uma identidade essência, mas de uma identidade intervalar.

Assim, Bhabha (1998) aponta para possibilidade de passagem das subjetividades originárias às “subjetividades entrecruzadas e intersticiais” (p.40), ou seja, para a possibilidade de olhar para os momentos e processos produzidos a partir das diferenças culturais em articulação. Os entre-lugares possibilitam a emergência de novos signos de identidade, sendo que nesse terreno a elaboração singular ou coletiva acontece entre a contestação e a colaboração. Não há, portanto, fronteiras fixas, mas sim “margens deslizantes do deslocamento cultural” (p. 46).

Neste sentido, para problematizar a diferença cultural, se faz necessário a aproximação da teoria (pós)crítica como potência conceitual e não como instituição histórica, pois institucionalmente permanecemos eurocentrados e corremos o risco de caracterizar um sujeito idealista, a quem teríamos condições de definir por possuímos uma suposta vantagem epistemológica, excluindo-o como Outro do seu próprio processo constituinte. Então, “o lugar da diferença cultural pode tornar-se mero fantasma de uma terrível batalha disciplinar na qual ela própria [a cultura] não terá espaço ou poder” (Bhabha, 1998, p. 59).

Deste modo, ao se referir à teoria crítica como potência conceitual, Bhabha representa os estudos pós-estruturais e pós-coloniais, e situa-se entre autores como Deleuze, Derrida e Stuart Hall, entre outros. Sendo que, os estudos e teorias pós-estruturais, pós-coloniais, pós-marxistas, pós-fundacionais e pós-modernos que apesar de conectados se distinguem e compõem um conjunto de teorias denominadas pós-críticas (Lopes, 20013). Isto é, um conjunto de teorias que diante do cenário pós-moderno, ou da modernidade líquida como propõe Bauman (2001), busca problematizar-se. Ou seja, diante este cenário de paisagens fluídas, irregulares, ambíguas e imprecisas faz-se necessário refletir e conviver com tais características.

Estar situado em um movimento marcado pelo prefixo “pós”, não significa apenas estar em uma etapa posterior desse movimento, mesmo que ampliado para a ideia de reconfiguração. Trata-se de problematizar, questionar as bases, as possibilidades e impossibilidades de determinado movimento ou escola de pensamento. Nas palavras de Lopes (2013), ao citar Laclau e Mouffe (1985), “o prefixo *pós* refere-se ao abandono dos axiomas essencialistas” (p.11). Assim, a teoria crítica, enquanto instituição histórica, dá lugar à teoria crítica como potência conceitual ou teorias pós-críticas, pois problematiza e questiona suas próprias bases no encontro com a diferença, e não se rende aos axiomas essencialistas.

Com isso, evita-se a utilização da diferença cultural apenas como horizonte explicativo e passa-se a compreendê-la como um agente ativo de articulação, saindo do círculo fechado e ensimesmado de interpretação. Caso contrário “o outro perde seu poder de significar, de negar, de iniciar seu desejo histórico, de estabelecer seu próprio discurso institucional e oposicional” (Bhabha, 1998, p. 59).

Buscamos demonstrar, até aqui, que nossa argumentação analítica propõe, assim como apontado por Bhabha (1998), um posicionamento a partir de um outro território de tradução ou testemunho, de “um engajamento diferente na política e em torno da dominação cultural” (p.60), com o objetivo de sair da delimitação institucional da teoria crítica em busca de sua força revisionária.

Como dissemos anteriormente, o campo de localização deste trabalho de revisão da teoria crítica ou pós-crítica deve estar no âmbito da diferença cultural e não no da diversidade cultural, como muito se apregoa em nosso meio. Isso porque a diversidade cultural compreende a cultura como objeto empírico e epistemológico a ser conhecido, já a diferença cultural a compreende como um conhecível em um processo de enunciação legítimo (Bhabha, 1998).

A diversidade cultural faz surgir “noções liberais de multiculturalismo” (p. 63) e intercâmbio, pois as culturas são totalizadas e permanecem intocadas e separadas umas das outras, protegidas utopicamente pela memória mítica da coesão e unicidade da identidade. Por isso, a noção de interculturalidade parece melhor contemplar a dinâmica das relações culturais “almeçadas e que, por vezes acontecem” nos processos de sociabilidade dos quais participamos, justamente por não localizar e essencializar a cultura.

Colocamos acima a expressão “almeçadas e que por vezes acontecem” entre aspas porque, como lembra Canclini (2009), a interculturalidade implica na relação entre os diferentes de forma recíproca em que pesem os conflitos e empréstimos em constante negociação, mas, evidentemente, isso nem sempre acontece. De modo geral, as relações são apenas de alguma aceitação do heterogêneo como é característico da multiculturalidade.

Em sua etnografia, Turdera (2016) recorre a Hernandez-Reyna (2007) e constata: “A região de Dourados tem como uma de suas marcas a multiculturalidade, [. . .] num sentido descritivo que implica uma diversidade, uma pluralidade cultural que não necessariamente estabelece relações sociais de trocas” (p.28). Uma aceitação que traduz uma noção de superioridade daquele que aceita o Outro, refletida no seu distanciamento deste Outro, impondo fronteiras rígidas quase intransponíveis em algumas pseudo-relações. Estabelecem-se, desta forma, fronteiras que inviabilizam não só o encontro e cuidado do outro, mas o encontro consigo mesmo e o cuidado de si, em termos foucaultianos.

A partir das contribuições de Souza Filho (2008) compreendemos que o estabelecimento de fronteiras rígidas demonstra o aprisionamento do sujeito em um discurso catalogador. O exercício de sua liberdade fica restrito por não permitir o encontro com a alteridade e por assujeitar o outro, gerando para si mesmo contingências restritivas, controladas e inevitavelmente forçadas à estreita vigilância.

A ética do cuidado de si encarada como prática da liberdade deve se opor aos modos de sujeição e às técnicas de fabricação da subjetividade oriundos das relações de dominação. Radicalmente, o cuidado de si só é possível se incluir o cuidado do outro, visto que a ética do cuidado implica no incômodo diante da percepção de que o bem-estar de si mesmo teria como pré-condição o mal-estar do outro.

Tais modos de sujeição estão expressos, justamente, na constituição de fronteiras rígidas e na construção de pseudo-relações, e observamos isto em nossas condutas com a alteridade indígena. A normatização, a produção de índices de saúde, de violência, de comparação com outras populações são, em sua finalidade última, técnicas administrativas do Estado para fabricação de fronteiras, grades e muros que objetivem o Outro de uma forma na qual não se permite ao outro se enunciar com seus próprios conceitos de si. Essas técnicas de objetivação enquadram e suspendem a liberdade das relações e, com isso, a ética do cuidado de si e do Outro.

É preciso tomar a si mesmo como prova para reinventar seus próprios destinos e, conseqüentemente, suas relações para que não se caracterizem como relações com o predomínio de dominação (Souza Filho, 2008).

Em outras palavras, o sujeito do ocidente formula prisões para o Outro, atribuindo-lhe o lugar de inferioridade, partindo da objetivação de essencialismos em sua representação por ser, ele mesmo (o sujeito do ocidente), controlado, domesticado e cerceado. Capturado pelas técnicas de fabricação de uma subjetividade essencializada como ocidental que o objetivam como superior e, com isso, também enquadrado e limitado, necessita do cuidado de si para romper as amarras dos registros discursivos impressos em sua subjetividade e potencializar suas relações consigo mesmo e o encontro com a alteridade.

Para conhecer-se e libertar-se necessita da tomada de uma nova posição política, ética e social que crie condições de coexistência com o Outro, pois não é possível encontrar liberdade no próprio sujeito, se não experienciada nas inter-relações.

Neste sentido, o cuidado de si não é um jogo de interesses pessoais, mas um exercício ético-moral de si mesmo em busca de estilizar a vida, uma estética e arte da existência. Esse cuidado de si nos capacita como sujeitos aptos a nos transformarmos diante daquilo que nos

tornamos a partir das sujeições às quais fomos/somos interpelados, como também àquelas em que criamos estereótipos em relação ao Outro.

O cuidado de si compreende análise e elaboração capazes de ressignificar a formação subjetiva anterior, pautada em um poder não criativo, todavia dominador. Uma subjetivação-outra em que o sujeito e a verdade não estarão submetidos a um poder vindo de cima, como dos discursos instituídos, mas por uma escolha irredutível da existência, tornando-se seu mestre e seu artesão. Isso não representa produzir-se fora do discurso, pois isto seria improvável diante da fabricação social à qual nós estamos submetidos, mas diminuir o *quantum* do poder dominador investido em nós mesmos (Souza Filho, 2008).

Retomando a relação entre os termos intercultural e multicultural surge uma questão relativa à área da Saúde Pública: por que as Políticas Públicas de Saúde utilizam o termo multiprofissional ou multidisciplinar ao se referir às equipes que oferecem atenção em saúde à população? Um exemplo claro é a Residência Multiprofissional que não incluiu o médico nas equipes⁹.

Os programas de residência na Saúde parecem estar intimamente ligados às noções apontadas, pois isso determina o lugar de cada profissional de maneira fixa, lugar no qual um saber específico pertence a determinado grupo e não a outro. Determinado saber é tomado como propriedade de um lado da diversidade profissional. As consequências também são similares, pois da/na diversidade entre/de profissões não se efetivam as articulações de saberes para uma Atenção Integral à Saúde, mas engendra uma guerra disciplinar na qual o sujeito perde seu lugar na relação, tornando-se objeto de enunciações sem maiores possibilidades de ação.

Parece-nos que a diferença profissional poderia ser mais bem representada na interdisciplinaridade, pois assim a diferença seria compreendida em sua complexidade e não simplificada e enrijecida num lugar fixo, onde a integralidade não se efetiva de fato, pois é atingida pelo esquadramento disciplinar e, conseqüentemente, fragmentação do sujeito. Seria, portanto, a Atenção Integral à Saúde sempre um possível, de acordo com as disposições em articular saberes de todos aqueles que participam do processo. E não possuir, *a priori*, lugares e saberes demarcados.

Assim, vale destacar, como aponta Pinheiro (2017), a integralidade não se limita a uma estratégia de intervenção em ato, como a expressão “atenção integral à saúde” pode sugerir. A integralidade é ampla e está articulada como princípio organizador do direito à saúde. Não que

⁹Art. 13. Fica instituída a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica (Brasil, 2005).

os princípios organizadores estejam desarticulados entre si, mas podemos distinguir três direções apontadas pela integralidade: (1) como definição institucional e legal, a integralidade perpassa pelo conjunto articulado das ações e serviços nos diferentes níveis de complexidade do Sistema, ou seja, coletivos, individuais, preventivos e curativos. (2) Como modo de organização das práticas no interior das unidades de saúde em vista de superar a fragmentação das ações, incluindo a comunidade em atividades coletivas que superem a desarticulação entre demanda programada e demanda espontânea. (3) Como elemento aglutinador no cuidado em saúde no campo, onde o modelo biomédico de assistência dá lugar ao encontro e ao diálogo para que não se silencie o sofrimento do outro. Ao contrário, se faz necessário ir além da demanda explícita, da regulação dos corpos e da expansão dos bens de consumo (medicalização) para uma especial atenção à prevenção e ao cuidado.

Em suma, como compromisso ético-político a integralidade, essa ideia-força, nas palavras de Pinheiro (2017) “é assim concebida como uma construção coletiva, que ganha forma e expressão no espaço de encontro dos diferentes sujeitos implicados na produção do cuidado em saúde” (Integralidade em saúde, para.34).

2.3 Para além da política da doença e das Psicologias coloniais.

Ao analisar a ligação entre Políticas Públicas de Saúde e Povos Indígenas, o território dos municípios sul-matogrossenses de Dourados e Itaporã, onde se encontra a maior Reserva Indígena considerada urbana do país, com aproximadamente dezessete mil índios das etnias Guarani, Kaiowá e Terena conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), torna-se exemplar, pois se configura como um espaço de vislumbre das práticas de saúde junto às populações, bem como de seus reflexos.

O nome oficial desse território é Reserva Indígena Francisco Horta Barbosa e ele se divide em duas aldeias: Jaguapiru e Bororó. Há, ainda, em Dourados a aldeia Panambizinho e os acampamentos de beira de estrada que ficam às margens de diversas rodovias. Na RID existem quatro UBSs, duas em cada aldeia: Bororó I e II e Jaguapiru I e II, além da UBS localizada na aldeia Panambizinho. Os atendimentos de saúde aos grupos localizados em acampamentos ficam a cargo das equipes volantes do Polo Base da SESAI, a depender das orientações repassadas pelos órgãos competentes do Estado (Turdera, 2016). Como dissemos anteriormente, além dos ambulatórios de referência regional, o HU, o HM e o HV são estabelecimentos de saúde envolvidos na assistência aos indígenas.

Essas instituições hospitalares associadas aos “postos de saúde” compõem políticas/práticas de Saúde e, da forma como se configuram na contemporaneidade, encontram respaldo histórico na política de saúde do século XVIII, amparadas pelo poder/saber médico e pelos objetivos do poder político, fazendo surgir a prescrição de regras novas a esta “noso-política” (Foucault, 1979),

[. . .] o surgimento progressivo da grande medicina do século XIX não pode ser dissociado da organização, na mesma época, de uma política da saúde e de uma consideração das doenças como problema político e econômico, que se coloca às coletividades e que elas devem tentar resolver ao nível de suas decisões de conjunto (Foucault, 1979, p. 194).

A noso-política ou a política da doença surge no século XVIII constituindo em seu cerne uma problematização de direções e origens múltiplas e seu objetivo geral é a saúde de determinada população como urgência para todos. Isso implica pensar a emergência da saúde e da doença em diversos pontos do corpo social, exigindo ações coletivas e não apenas uma intervenção do Estado na medicina e em suas práticas (Foucault, 1979).

Com a urbanização, no século XIX, a relação indivíduo-sociedade modifica-se, tornando os efeitos da saúde ligados à cidade e não mais aos indivíduos somente. Assim, ganha lugar o corpo populacional em detrimento ao corpo individual, tornando possível o biopoder e tendo a disciplina como principal estratégia de poder (Bernardes, 2011).

Com isso, as formas de viver das populações se tornam problema político, portanto de investimentos do poder. Deve-se, desde então, regulamentar a vida da população e não apenas disciplinar corpos individuais. Desse modo, a biopolítica, a partir de suas formas de intervenção e regulação no direito à vida, configura-se como estratégia de biopoder do Estado moderno (Idem).

Nesse jogo, as práticas de significação buscam a regulamentação e a organização das populações, tomando forma nas estratégias biopolíticas, entre elas a Saúde,

Assim, a saúde das populações torna-se foco do jogo político moderno. Esse jogo político é um conjunto heterogêneo que operacionaliza um saber sobre a vida (Medicina), um saber sobre o direito (Justiça) e um saber sobre a gestão da população (Economia Política). Esse jogo político capilariza-se no tecido social, estende-se do corpo-individual à população, utilizando, como estratégia, tanto a disciplina individual quanto a norma geral (Bernardes, 2011, p. 155).

Para Martins (2008), destaca-se ainda, nesse cenário, a passagem da sociedade disciplinar para a sociedade de controle, tal como a formula Deleuze (1992). Os monitoramentos disciplinares são intensificados sobre os corpos e mentes populacionais, de maneira difusa, flexível e móvel, de modo a prescindir – as colapsadas – mediações institucionais. As novas formas de poder-saber, no regime de controle, acontecem em espaço liso e aberto, por meio das redes de informação e sistemas de comunicação que enquadram os

múltiplos modos de ser. Sendo que o próprio sujeito interioriza e (re)atualiza-se em forma de processo. Produz-se uma onipotência imaginária do consumo para provocar o desejo do mundo que o cerca, pois precisa agir a qualquer custo e seus elos sociais e referenciais já estão precários, tornando-o inseguro diante a turbulência do mundo contemporâneo. A medicalização se torna um auxiliar técnico da existência, o domínio de si e o agir no mundo dão lugar à obediência, adaptação e submissão a esse mundo.

Nesta perspectiva, Martins (2008) cita Ortega (2003): a vontade se submete à lógica da fabricação ou do *homo faber* que, no contexto do biopoder, forma a base para as identidades somáticas ou bioidentidades. Assim, deslocam-se para a exterioridade as descrições e definições de si, outrora internas. Em outras palavras, a autorreflexividade que pertencia à alma na Antiguidade, em nosso tempo pertence ao corpo. Além disso, quem se opõe a esta forma pós-moderna de ascese, da saúde e da perfeição aferida no corpo, tem a vontade fraca e por isso merece as afecções que o atingem. O “sem controle” não tem seu sofrimento reconhecido, mas é culpado por tal sofrimento, sendo responsável por seu destino.

Ortega (2003) aponta para a bioascese como forma de subjetivação em que os sujeitos se autocontrolam, autovigiam e autogovernam. A fonte básica de sua identidade está no corpo e no ato de se periciar. A reflexividade do *self* e do corpo é a base neste processo de taxaço contínua, de peritagem e de informação sobre nós mesmos.

Segundo Bernardes (2011), as Políticas Públicas, incluindo a de Saúde, configuram-se como operacionalização da biopolítica, ou seja, estratégias de governo reguladoras da população que visam a universalidade nacional. Os investimentos passam a se dar na busca de uma identidade nacional e não mais individual, o poder sobre a vida se organiza em razão da Nação. As Políticas Públicas fazem emergir uma cisão entre aquilo que está sob a égide da Nação e aquilo que a escapa e desestabiliza sua universalização, agregando-se ao fazer viver o deixar morrer, no plano da conformação da Nação e seu caráter biopolítico.

Tais perspectivas, amparadas na manutenção do processo de colonialidade frente às populações indígenas, são refletidas na Atenção em Saúde. Os saberes indígenas e conhecimentos acumulados historicamente através de sua cosmologia, organizadora da vida social, cultural, econômica e religiosa são negados e tidos como inferiores ou subalternos ao conhecimento biomédico de origem ocidental. As práticas evidenciam a manutenção do colonialismo por meio das instituições e dispositivos de Saúde que partem de modos de operação etnocentros, suprimindo as formas de conhecimentos e saberes dos povos ou nações colonizadas. “O colonial constitui o grau zero a partir do qual são construídas as modernas concepções de conhecimento e direito” (Santos, 2010, p. 36).

Assim, para além das práticas de saúde, é preciso reconhecer que o sujeito colonial é fruto da imagem e da fantasia em que está sobredeterminado de fora, na transgressão das bordas do inconsciente e da história (Fanon, 1986 apud Bhabha, 1998). Isto é, busca-se construir um Outro, e essa construção é indissociável do gesto de sobreposição do Eu, pois parte daí a construção de um pseudo-sujeito ou sujeito colonial.

A partir da experiência empírica proporcionada pelas vivências no Programa RMS, com ênfase na Atenção à Saúde Indígena, tais produções em saúde, em alguns pontos da rede com maior ou menor intensidade, tornaram-se evidentes para nós. Desse modo, a Saúde Indígena proposta mediante Políticas Públicas, em ato, configura-se muitas vezes como saúde indigenista, ou seja, como “serviços e ações formulados e implementados com base nas concepções do processo saúde-doença da sociedade ocidental” (Cruz & Coelho, 2012, p. 87) e são direcionados a essa população. Os saberes curativos e concepções próprias acerca do mesmo processo, isto é, da Saúde Indígena, de modo geral, são ignoradas. Vamos, mais a frente, apontar alguns elementos que nos permitem essa afirmação.

O que se tem percebido até aqui é que a aceção indiferenciada entre Saúde Indígena e Indigenista, mediante Políticas Públicas e Práticas de Saúde, pode sinalizar estratégias de manutenção de um movimento principal caracterizado pelo regresso do colonial e colonizador, pois ignora aquilo que se rebela contra e produz fissuras nas sociedades metropolitanas, ou seja, ao contramovimento ou cosmopolitismo subalterno (Santos, 2010).

Sobre isso destacamos uma narrativa conhecida devido à convivência entre os profissionais de Saúde Indígena em nosso contexto. Quando se relatam as dificuldades encontradas nesse processo de Atenção à Saúde Indígena, utiliza-se o histórico das políticas públicas e seu curto período de implementação como hipótese explicativa para a existência de tais dificuldades: “*A coisa está assim porque há dezesseis ou dezessete¹⁰ anos nem existia Saúde Indígena*”.

Esta fala não representa, necessariamente, um movimento colonial de encobrimento dos saberes indígenas de saúde produzidos historicamente por cada povo e que vão muito além dos “*dezesseis ou dezessete anos*”, mas de um dilema vivido pelos profissionais de saúde. Esse dilema está exposto, pois a implementação de tais Políticas Públicas contribuiu e contribui, sobremaneira, para grandes avanços em relação ao perfil epidemiológico e condição sanitária expressos na queda dos índices de mortalidade infantil, desnutrição e tuberculose, entre outros

¹⁰ Fazia referência à inclusão do capítulo V na Lei 8.080 que estabelecia à Fundação Nacional da Saúde (Funasa) a responsabilidade da Atenção à Saúde Indígena, sancionado em 23 de setembro de 1999 e que ficou conhecida como “Lei Arouca” (nº 9.836/99).

agravos, como está registrado nos documentos oficiais do Ministério da Saúde (Brasil, 2009). Contudo, esses mesmos índices se mostram insuficientes para outros problemas de saúde pública, como, por exemplo, o suicídio e as violências de todas as formas, entre outros, aos quais estão expostos os povos indígenas do DSEI de MS.

Seja em relação aos casos que escapam aos avanços e melhorias supracitados – pois todos os dados numéricos ou índices que apresentam diminuição dos agravos, contem vidas humanas singulares nos baixos índices – ou seja em relação àqueles problemas de saúde pública aos quais pouco ainda se consegue fazer, surge a necessidade de diálogo entre as diversas cosmovisões percebidas pelos atores envolvidos nesse processo. Isso faz com que o dilema esteja posto: sabe-se que algumas das ações desenvolvidas têm contribuído para a vida dos sujeitos e comunidades envolvidas, mas, ao mesmo tempo, tais ações são insuficientes diante de uma grande e complexa demanda de necessidades da comunidade, as quais exigem novas tecnologias diante dessa realidade.

A narrativa indígena propõe uma reflexão nesse sentido: *“Esse sistema [de saúde] não é de dezesseis anos atrás. É de quinhentos anos atrás, quando chegaram até nós. Vamos respeitar a lei do não índio e nosso povo vai continuar morrendo, como os rezadores e os saberes indígenas”*. Nessa fala, associam-se os dispositivos e estabelecimentos de saúde que apesar de conterem muitos colaboradores propensos ao cuidado indígena, são legítimos agentes da *“lei do não índio”*, entendida como corresponsável pela “morte” dos saberes indígenas e da importância de seus representantes, como os rezadores.

A preocupação presente no discurso indígena relaciona-se ao que Santos (2010) conceituou como epistemicídio. Corresponde ao desperdício maciço das experiências cognitivas tidas como subalternas, inferiores diante da perspectiva das epistemologias abissais do ocidente ou Norte global que políam as fronteiras do conhecimento e excluem determinadas epistemologias e conhecimentos, como no caso dos saberes indígenas, por se constituírem a partir da diferença, seja ela de linguagem, de categorias, de universos simbólicos ou de aspirações de vida.

Diante disso, Santos (2010) propõe o investimento na ecologia de saberes, pautada no pensamento pós-abissal como potência criativa nesse processo, pois se configura como um profundo exercício de autorreflexão. Um conhecimento prudente que encontra sua prudência por constituir-se por perguntas constantes e respostas incompletas. Por uma visão mais abrangente do conhecido e do desconhecido, na consciência de “que aquilo que não sabemos é ignorância nossa, não ignorância em geral” (p.38).

No caminhar junto às comunidades indígenas, no período da RMS, somos surpreendidos com uma pergunta que, de alguma forma, se repete em alguns espaços de diálogo entre os colaboradores-trabalhadores-usuários dos serviços de saúde: *“Psicólogo? Será que serve para nós isso? Nós vivemos muito a espiritualidade!”*.

Esse questionamento traz a reflexão sobre a consciência da prática em Psicologia nos espaços de produção de saúde indígena. Não no sentido de busca de uma resposta formadora de uma nova receita psicológica, nem tampouco de dissociar a prática em Psicologia do contexto multicultural e/ou intercultural. Isso porque, a busca por uma nova receita a partir das produções de conhecimentos em Psicologia instituídos aos moldes ocidentais pode configurar-se em um processo de tradução das realidades construídas nesse contexto que acarretariam traições e desperdícios as/das experiências indígenas em relação a sua própria Psicologia. Por outro lado, a tentativa de dissociar ou negligenciar a prática em Psicologia desse processo e relação reafirma o descompromisso ético-político da Psicologia enquanto ciência e profissão nos processos que envolvem as comunidades indígenas no Brasil.

Em outras palavras, buscamos deslocar o próprio campo de conhecimento de acordo com as necessidades e potencialidades do grupo-sujeito com quem intervimos. Assim, os aspectos relacionados à espiritualidade, noção marcadamente combatida como um tipo de alienação pelos recortes teóricos psicológicos, ganha novas significações na Atenção à Saúde Indígena em ato. Com isso, o(a) profissional pode optar por abrir os ouvidos e, então, escutar: *“Psicólogo que entrar na aldeia tem que trabalhar em conjunto com as lideranças Nhanderu e Nhandesy. [. . .] Só com a equipe não consegue, porque são as lideranças que sabem tudo que acontece na aldeia [. . .] O trabalho de vocês [psicólogos (as)] é paciência [. . .] em conjunto com a liderança”*. Ou então: *“Se não tiver a reza, o psicólogo vem com boa intenção, mas a essência do tekoha é somente o cacique que entende”*.

Após essa ressalva em relação à polissemia da “alienação”, podemos então apontar que em Psicologia existem pelo menos dois sentidos atribuídos a esse termo. Apontaremos e descreveremos essa distinção apenas como recurso explicativo, pois adotamos um ponto de vista dinâmico e, portanto, não dissociamos o indivíduo e a sociedade, atuando de acordo com as contribuições de Elias (1994). Deste modo, o primeiro sentido, mais clínico, individualizante, se refere a uma alienação mental que compreenderia a religião/espiritualidade, ora como um desencadeador das chamadas neuroses ou até mesmo das psicoses (alienação mental), ora como um mecanismo de defesa que funciona como proteção ao ego do sujeito, via sublimação.

Nesse sentido, além da abordagem psicanalítica Freudiana, encontram-se outras escolas clínicas, entre as quais podemos citar o Behaviorismo Radical de Skinner que compreende a

religião ou o comportamento religioso como oriundos de uma das chamadas agências de controle.

Um segundo sentido atribuído à alienação para a Psicologia, enquanto uma área (des)individualizante, pode ser encontrado mais precisamente nas contribuições da Psicologia Social. Lane (1989) destaca que na produção de sua vida material, a partir das atividades desempenhadas e mediadas pela linguagem, o indivíduo pode tornar-se consciente das representações ideológicas que definem o verdadeiro e o falso, o bem e o mal em termos universais e suas contradições. Com isso a consciência de si é uma consciência social e permite ao sujeito escapar da alienação que busca manter o *status quo* social-individual. Essa manutenção se dá, pois a alienação se expressa e se define ontologicamente pela naturalização dos fatos sociais, por uma inversão do humano, do histórico e do social, como manifestação da natureza. O *status quo* refere-se às relações de dominação entre as classes sociais apontadas pela perspectiva do materialismo histórico dialético de Karl Marx. Deste modo, a produção da vida material é mediada pela superestrutura, mais precisamente pelas instituições que prescrevem os papéis sociais.

Portanto, são diversas as formas de alienação envolvidas nas relações de poder e dominação entre classes sociais especuladas por essa perspectiva teórica desenvolvida por Marx, sobretudo em seus primeiros escritos, como, por exemplo, a alienação política do homem que é separado de seus próprios interesses; a reificação do trabalhador que se torna mero objeto no aparelho de trabalho; a alienação do homem sobre as suas próprias criações e produtos de seu trabalho; o isolamento em relação aos outros homens mediante sistema capitalista e a desnaturalização do homem alienado em relação à natureza, entre outras, como a alienação religiosa do humano que é separado do mundo real (Barros, 2011).

Deste modo, na Atenção à Saúde Indígena, ao tomar esses sentidos atribuídos à religião enquanto alienação mental e/ou social, mesmo quando por recursos teóricos críticos, pode invadir as relações de poder como reprodutores da colonialidade, uma vez que para os povos indígenas as disciplinas como a Psicologia, pouco podem fazer isoladamente, ou sem estabelecer um trabalho em conjunto com seus líderes espirituais: “*Nhanderu e Nhandesy*”. “*Sem a reza*”, ou a “*essência do tekorá*”, as intervenções tornam-se precárias em termos de efeito ou afetação objetiva ou subjetiva. Permanece, assim, o colaborador de saúde carregado de boas intenções e de incontáveis frustrações.

Do mesmo modo que foi evidenciado por Fanon (1968) em seus trabalhos, pudemos perceber na Atenção à Saúde Indígena no território que analisamos a impossibilidade de êxito em atuar como psicólogos coloniais. O campo de conhecimento psiquiátrico, apontado por

Fanon, e estendido por nós à Psicologia, pode ser compreendido como o meio capaz de evitar que o sujeito se sinta estranho no ambiente em que vive, para que não viva em absoluta despersonalização. Não obstante, a estrutura social que instaura esse contexto reage de maneira hostil às tentativas de condução do sujeito ao pertencimento em seu devido lugar. O indígena permanece em alguns desses espaços, sobretudo o hospitalar, como estrangeiro mesmo estando em seu próprio país. É a expressão máxima do “antagonismo social da relação colonial” (Bhabha, 1998, p.71).

O termo psicólogo(a) colonial representa a sobreposição do imaginário colonizador na construção de intervenções teórico-práticas em Psicologia, direcionadas ao que temos chamado aqui de diferença cultural, uma aplicação indiscriminada dos recortes teórico-práticos de abordagens etnocentradas. Essa aplicação produz o desperdício de experiências outras, de outras formas de significação do cosmos, por carregar consigo a prepotência da exclusividade e universalidade de seu saber-fazer. Como se a diferença cultural daquilo que chamamos de Psicologia fosse, *a priori*, inferior ou subalterna e, por isso, carente de intervenções tidas como superiores e independentes.

Com isso, as intervenções da Psicologia colonial acabam por reafirmar a alienação cultural, acarretando total despersonalização dos grupos-sujeitos aos quais submete suas intervenções, se tornando exímia aliada do infortúnio que busca erradicar.

As análises pautadas nos repertórios interpretativos do saber Ocidental eurocentrado não produzem muito sobre a saúde, seja ela mental/psicológica ou de outra ordem, dos povos indígenas. O que constroem são artefatos não indígenas de “orientação neurótica”, que distinguem o superior e o inferior na possibilidade de compreensão do processo da atenção em saúde e das relações sociais.

O psicólogo(a) colonial representa, tal como o colonizador regido pelas coordenadas alienantes dos governos coloniais, a ambição por modernizar ou civilizar os nativos. Isso reflete em instituições de saúde arcaicas, caricaturadas como férteis por funcionar mediante supervisões opressoras, isto é, num espaço social colonial. No interior dessa virtude cívica, se inscrevem violências psíquicas e políticas, circunstanciais que se revelam marcadas por um “delírio maniqueísta” da consciência da sociedade colonial (Fanon, 1968; Bhabha, 1998). Esse delírio maniqueísta pode ser expresso pelos binarismos estabelecidos nas relações de poder e de resistência entre o saber ocidental e o saber tradicional, entre o conhecimento oficial e o não oficial, entre o verdadeiro e o falso.

Esta representação fendida das identidades e culturas na relação de saúde(s) em ato acaba por dissociar os modos de ser, como se fosse possível consumir o processo de saúde com

capturas da diferença. Dito de outro modo, a ruptura funda a necessidade de distinção entre os modos de ser e de produções de saúde, contudo isso não significa apenas dissociá-la, pois isso redundaria em binarismos, geradores de controle, ao invés de cuidado. Estabelece hierarquias e autoridades individuais e sociais em detrimento da autonomia do Outro e da enunciação.

2.4 Aculturação ou hibridismo cultural? A entre-imagem do índio como processualidade

Esse cenário é marcado, portanto, por relações de poder onde um saber dito superior busca, sob o regime do biopoder, formas de objetivação e subjetivação dos indivíduos que se encontram fora da norma que os regem. Esses, por sua vez, exercem resistências de diversas formas, trazendo dinamismo e mobilidade aos espaços de produção de saúde.

As relações de poder e verdade produzem marcas identitárias, marcas que dizem quem e como somos, os códigos sociais produzidos nas relações cotidianas. As relações de poder/verdade produzem o sujeito, mas este está sempre mudando, está sempre em vias de desfazer-se e tornar-se outro sujeito a partir de uma nova forma de subjetivação (Mázaro, Bernardes & Coêlho, 2011, p. 134).

Destacamos, neste sentido, a construção histórica das relações assimétricas e das representações discursivas e imagéticas do índio no Brasil daí originadas. Desde os primeiros contatos entre índios e não índios, com registro histórico no ano de 1.500, o intento de um processo de aculturação unilateral se evidencia, no qual o não indígena tenta impor seu modo de ser e agir a uma cultura distinta (Limberti, 2012). A aplicação do termo aculturação não representa, de nossa parte, concordância com a imagem recorrente em nosso meio, de uma passividade indígena em relação aos não indígenas, como se fosse possível deixar de ser o que se é, em termos culturais, por causa de uma suposta passividade indígena e da superioridade dos não indígenas.

Localmente, isso emerge no discurso colonizador circulante, ao se referir, por exemplo, aos órgãos e pessoas do serviço público de saúde. Surgem representações das práticas e pesquisas sobre a Saúde Indígena que acarretam algumas exigências por considerarem suas especificidades e diferenças culturais contestadas com afirmações do tipo: “*Eles acham que nossos índios, que vivem aqui em nossas casas são como os índios da Amazônia que ainda preservam sua cultura*”. Podemos perceber a caracterização e generalização de quem é mais ou menos índio perante o estereótipo do ser índio ou da pretensa impressão de quem é o Outro. Isso está relacionado a uma noção equivocada de cultura, aqui já contestada, do discurso colonizador (Viveiros de Castro, 2008). Além disso, destacamos que, ao se assemelhar em alguma medida aos costumes dos não índios, tornam-se propriedade destes, representada aqui

e nos mais variados contextos e repetidas vezes, pelo pronome possessivo “nossos”, se referindo aos índios.

A noção de aculturação está relacionada à corrente da Antropologia que buscou, por meio de uma hipótese histórica, justificar as mudanças sócio-culturais ocorridas nas populações indígenas. Laraia (1986), um de seus principais representantes, versa sobre a dinâmica das culturas e suas mudanças a partir dos aspectos internos ao próprio sistema cultural, ou externos relativos ao contato com outros grupos.

Contudo, a própria Antropologia reconhece a limitação de tais análises, justamente porque essa ideia de aculturação compreende a cultura como uma substância pura que ao entrar em contato com outra cultura perde sua essência. Essa visão compõe o imaginário ocidental colonizador que acredita na superioridade cultural de um grupo sobre o outro e, por isso, explicaria o processo de aculturação. É como se o discurso afirmasse: - a nossa cultura é superior, portanto prevalecerá, e você deixará de existir, pois se tornará um de nós. Em oposição a essa antiga concepção antropológica, destacamos que a aculturação aparece como *intento* ou *desejo* e, por que não, como uma *ficção* não indígena de assimilação dos índios à cultura europeia, e não como um fato irrevogável.

Vale destacar que encontramos uma diferença conceitual que parece ajudar a compreender as distintas acepções sobre o que seria cultura. Quando autores argumentam sobre uma noção de cultura como essência, característica pura de um povo, tendem a utilizar o termo ‘contato’ como justificativa às mudanças das categorias a serem descritas. Por outro lado, quando a cultura está associada à noção de hibridismo cultural e da diferença como uma possibilidade, o conceito mais utilizado é o de ‘articulação’ entre povos.

Nesse ponto, Pereira (2009) destaca que, entre as décadas de 1930 e meados da década de 1970 a Antropologia Nacional referia-se ao processo de assimilação cultural dos índios à ‘cultura nacional’ como inevitável, pois se encontravam em condições de vulnerabilidade extrema. Assim, a intervenção do antropólogo indigenista esforçava-se em: “a) documentar esse processo de um ponto de vista acadêmico; e, b) atuar no sentido de torná-lo o menos traumático possível” (p. 32). Apesar disso, ao final dessa última década apontada, observou-se que a presumida assimilação, mesmo de grupos como os Terena, considerados extremamente aculturados, não se consumou. Tal compreensão tornou-se possível a partir das etnografias recentemente produzidas que serão, a seguir, brevemente comentadas.

Pereira (2009) recorre ao sociólogo Norbert Elias para apresentar a noção de figuração social. Consideramos, portanto, que ao tratar dos grupos étnicos do nosso *corpus* de pesquisa, falamos em figuração social no intuito de compreendê-la não como uma “entidade totalmente

fechada” constituída de harmonia imanente, mas como um conceito neutro. Isto é, composta, concomitantemente, por relações harmônicas e também hostis entre as pessoas. Dotada de um dinamismo em que tais figurações sociais se compõem e se recompõe continuamente ao longo da história (Elias, 2001, apud Pereira, 2009).

A aproximação da noção de hibridismo cultural, no lugar da noção de aculturação, é de grande potência na geração de deslocamentos sobre as construções subjetivas, culturais, dos modos de ser, e, portanto, das produções de saúde. Isso porque os índios de determinada etnia não o deixam de ser por fazerem usos de artefatos, tecnologias e produções de outras figurações sociais com as quais se relacionam e se articulam. Deste modo, ao fazer uso de outros artefatos materiais e simbólicos, conscientes dos agenciamentos e das diferenças existentes entre os modos de ser, potencializam a sua existência, agregando outras positivities e sensibilidades sem se desfazerem de suas próprias.

Em outras palavras, ao fazer uso do celular, tecnologia de sociabilidade dos não índios, o indígena não se torna menos índio. Do mesmo modo, quando faz uso de tecnologias de saúde, desde vacinas até cirurgias complexas de grande aporte tecnológico, não deixa de ser índio. Isso nunca será suficiente para definir quem é ou não índio e pertencente à determinada etnia, pois mesmo que os não indígenas tentem negar ou obscurecer a diferença, permanece algo em sua figuração social que os diferenciam. Falam ao celular, mas falam em Guaraní. Usam tecnologias de saúde não indígenas, mas recorrem ao tekoha e à reza e à espiritualidade através de seus líderes espirituais - *Nhanderu e Nhandesy* -.

Essa potência pode ser percebida na convivência com indígenas trabalhadores da Saúde, que apesar de passarem por uma tentativa de dobramento e amassamento, como papel – por parte dos fetichistas da subjetividade e da cultura – usam dessas marcas como fonte de elevação de suas práticas e não como motivo para o abandono de seu modo ou estilo de ser.

Os indígenas compreendem os saberes tradicionais como vida: “*estamos vivos por conta desses conhecimentos que vem do mato. O conhecimento ocidental não pode passar por cima dos saberes tradicionais que garantiram nossa vida*”. O que os motiva a buscar uma formação ocidental não é o abandono de suas próprias concepções, mesmo que corram o risco de que isso aconteça, mas sim a construção de ações que não descartem seus próprios conhecimentos e que por isso sejam capazes de potencializar suas intervenções em Saúde.

Sabemos que as dobras deixam marcas, formam plexos e dizem daquilo que somos. Justamente por isso, reconhecer que elas existem torna possível compreender a imagem-móvel

que se forma. Móvel, porque não forma mapas estáveis, mas nuvens¹¹, que se modificam e se transmutam, sem manter a mesma forma ou imagem, pois se relacionam com as afetações do ar-espaco-territorialidades.

Deste modo, é preferível e solicitado, enquanto profissional de Saúde, no processo de Atenção à Saúde Indígena, ser ar fresco, que oxigena, areja e não ar sufocante e opressor dos diferentes modos de ser. Nas palavras de Sathler (2016) “colocar em movimento um método não voltado à essencialização, mas à leitura dos jogos de poder e dos jogos de linguagem que instituem os sujeitos e os textos” (p.30).

Por isso, não existem índios nossos, ou “*nossos índios*”, sobre os quais alguém poderia decidir se são mais ou menos índios por uma análise externa. Mas são eles mesmos, os indígenas Kaiowá, Guarani e Terena, que se autodeterminam e compõem espaços-guateka, expressão máxima da interculturalidade douradense, em toda sua complexidade. Guateka é termo criado localmente para unir as etnias *Gua-rani*, *Te-rena* e *Ka-iowá*, etnias que serão brevemente apresentadas e comentadas a seguir.

2.5 Quem são eles, ou quem somos nós?

A figuração social Terena consiste em uma herança da denominação do período colonial para representar várias etnias e grupos oriundos do tronco linguístico Aruák. Isso aconteceu após a Guerra do Paraguai com as frentes coloniais que instituíram um processo de desterritorialização e reterritorialização desses povos alocados, sobretudo, nas Reservas ou nos espaços onde sua presença fosse tolerada. A denominação Terena constitui, então, uma categoria englobante (Pereira, 2009).

Os indígenas que falam a língua Aruák apresentam diferenças entre si, apesar da mesma língua de origem e das semelhanças em sua forma de organização social. Dentre as principais características internas e tradicionais estão os conhecimentos sobre agricultura e técnicas de cerâmica e tecelagem (Bittencourt & Ladeira, 2000).

Os Terena correspondem, atualmente, ao segundo maior contingente populacional indígena do Estado de MS e também do município de Dourados. Convivem predominantemente nas Reservas Indígenas demarcadas, no início do século XX, pelo Serviço de Proteção aos

¹¹ Trata-se da “metáfora da nuvem”, que conhecemos em Sathler (2016, p. 30), mas que foi “utilizada pelo professor da Universidade de Lisboa, Dr. Jorge Ramos do Ó, em 2006, na Universidade Estadual de Campinas”, para compreender as formações transitórias, de elementos passageiros que são sempre traçados por um terceiro na tentativa de nomear e identificar a seu próprio gosto, algo como: sujeito, textos, instituição e afins.

Índios (SPI), a exemplo do grupo de nosso estudo. Mas, também, alguns grupos e famílias Terena vivem em sedes de municípios ou aldeias indígenas urbanas, como nas aldeias Marçal de Souza e Água Bonita, em Campo Grande, capital do estado de MS. Além disso, muitas famílias vivem isoladamente ou constituem grupos familiares nas periferias das cidades (Pereira, 2009).

Desde o início dos registros sobre estes povos, destacam-se a “amabilidade dos Terena” e sua disponibilidade em estabelecer relações amistosas, no princípio, com os portugueses. Pereira (2009) recupera o trabalho etnográfico de Oberg (1985) que apresenta uma divisão entre os Terena desde quando viviam no Chaco paraguaio. Segundo o autor, existiam naquele período os *sukirikiono* (gente mansa) e os *shumono* (gente brava). Os *sukirikiono* gozavam de maior prestígio social, pois em alguns casos os *shumono* pregavam peças e zombavam dos *sukirikiono* que, por sua vez, agiam com dignidade e toleravam todos os insultos e brincadeiras. Portanto, a forma de se mostrar superior era não ficar zangado, isto é, ser capaz de manter o autocontrole. Não se sabe, contudo, se tal distinção fazia parte do sistema geral ou entre subgrupos existentes naquele período e local. Além disso, as etnografias e estudos atuais não identificam ou encontram algo similar a esse sistema de metades. Entretanto “aqui encontramos algo que ressoa na organização social atual, que dá especial destaque aos estilos comportamentais como signo de distinção social” (p. 26).

A história do povo Terena referenda um ideal caracterizado por uma grande abertura à exterioridade, por afeição à sociabilidade com outros povos e por uma índole pacífica. Como exemplo, destacamos sua convivência com o povo Kadiwel, mesmo antes das frentes de ocupação colonial chegarem aos seus territórios. Assim, buscam se diferenciar de outros grupos étnicos, considerando-os mais hostis ou menos propensos ao convívio com outros povos. Em suas palavras: “nossa tribo Terena é índio manso, não gosta de briga, só de união” (Pereira, 2009, p.28).

O modo de ser, o estilo, ou o *ethos* Terena continua a identificar-se como contrastivo cultural em relação à população nacional. Constitui um grupo étnico diferenciado, mesmo diante das ações integracionistas ocorridas desde a instituição do SPI. Isso fica claro, sobretudo, por sua forma organizacional baseada na organização dos *troncos* e aldeias. O ‘*kurú*’, ou tronco, se refere a um agrupamento em torno de uma pessoa ou, mais propriamente, de um casal que cumpre a função de liderança expressa na capacidade de manter a coesão política grupal (Pereira, 2009).

Apesar de o *tronco* ser um propagador de um estilo de vida que acompanha as características de seu articulador, existe a participação grupal em uma cultura Terena comum

que expressa as características mais amplas, perceptíveis, tanto atualmente quanto em outros momentos dessa figuração social. Há, portanto, a “cooperação e intercâmbio entre os diversos *troncos* que conjuntamente ocupam uma região, formando uma aldeia”. Desse modo, a aldeia configura sua rede de alianças e, com isso, produz relações longas entre seus espaços de territorialização (Pereira, 2009, p. 50).

Os princípios gerais de civilidade e etiqueta para os Terena asseguram a sua formação social em termos de produção e reprodução, contemplando a interdependência e a solidariedade necessárias entre os *troncos*. Com noções de etiqueta e civilidade expressam necessidade de ajuste de condutas na medida em que os encontros com o Outro vão sendo estabelecidos e as circunstâncias se modificando (Pereira, 2009).

Civilidade foi o termo encontrado por Pereira (2009) para delinear o conjunto de características pertencentes a essa formação social. O conceito é utilizado originalmente por Elias (2001, apud Pereira, 2009) para explicar as disciplinas comportamentais e os processos de ordenamento da nobreza francesa, posteriormente ampliados para toda Europa e conseqüentemente para a formação do ocidente moderno. Esses processos de ordenamento são utilizados em parte com o valor europeu, contudo nas figurações sociais Terena não se encontra a valorização da pessoa em si, como se faz na sociedade ocidental marcada pelo individualismo. O valor é atribuído a partir do lastro construído com o passar do tempo e a partir das relações estabelecidas pelo próprio sujeito.

Nesse sentido, há “correspondência entre prática social e sistema de atitudes” (Pereira, 2009, p. 86), sendo que a expectativa sobre tal correspondência cresce à medida que se pretende ocupar posições de prestígio nessa figuração social. Assim, os líderes dos troncos e aldeias devem dominar os códigos de conduta e aplicá-los em suas próprias atitudes de maneira mais rígida do que com aqueles que ocupam outras posições na figuração social. São avaliados constantemente em sua capacidade de cumprir tais exigências, sobretudo em relação ao rigoroso controle das emoções que isso demanda. Devem externar perante a figuração social, em termos comportamentais, as atitudes esperadas de um líder. Os efeitos podem ser positivos ou negativos, a depender das atitudes desempenhadas e que ficam, invariavelmente, registradas na memória coletiva. Por isso, “o vir à tona” produz conseqüências duradouras e acaba cumprindo uma função pedagógica em termos de conduta e etiqueta. [. . .] “daí o empenho individual em cultivar, manter e, se for possível, ampliar a rede de relações que pode ser em cada momento acionada” (p.95).

O jargão popular entre os Terena douradenses parece expressar bem seu modo de ser: “eu posso ser o que você é sem deixar de ser o que sou”. Além de seu caráter de representação

coletiva, isso demonstra a capacidade de entendimento das matrizes de pensamento do Outro e a possibilidade de atuação enquanto tal. O que, por sua vez, não faz com que se anule a condição de atuar e ser enquanto Terena. Então, aquilo que se apresenta como aculturação ou até mesmo como renúncia de identidade é, na realidade, uma afirmação de identidade e distintividade étnica. Isto é, ao ampliar sua capacidade performática nos diversos cenários sociais o sujeito se torna ainda mais Terena (Pereira, 2009, p. 103).

Ferreira (2002, apud Pereira, 2009) destaca que a utilização de categorias como aculturação e assimilação ocorre mais por conta dos limites existentes no arcabouço de práticas e crenças que compõem a disciplina antropológica, e menos por conta de se tratar de uma realidade do grupo descrito. “Em outras palavras, os antropólogos enxergavam apenas aquilo que os esquemas teóricos e analíticos que dispunham permitiam que eles vissem” (p.32). Isso, segundo a hipótese do autor, corresponde a uma “limitação com a qual a Antropologia parece estar eternamente condenada a conviver” (Idem).

Ressalta-se a renovação da Antropologia brasileira na busca de novas formas de descrição e análise com o intuito de minimizar as inconsistências descritivas e analíticas do paradigma da aculturação (Pereira, 1999). Neste ponto vale refletir as possibilidades da Psicologia enquanto disciplina nas ações e práticas em Saúde junto aos povos indígenas, considerando sua recente participação neste processo e, conseqüentemente, sua limitação teórico-prática. Faz-se necessário questionar: Iremos utilizar nossos esquemas teóricos e analíticos consagrados em outros contextos mesmo que estes só nos permitam perceber o que podemos e não o que devemos enxergar?

Pereira (2009) afirma que para a Antropologia, enquanto disciplina de pesquisa etnográfica, além do domínio teórico e metodológico os resultados de sua prática estão intimamente relacionados com a “capacidade [. . .] em ajustar sua conduta ao universo de seus interlocutores” (p. 91). Transpondo à realidade da Atenção à Saúde Indígena, esse ajuste de conduta do universo dos interlocutores indígenas parece-nos ser uma alternativa para uma atuação em Psicologia, que não seja a de psicólogo(a) colonial.

Ainda vale destacar que esse universo é sempre desconhecido, pois contempla elementos inusitados e de diversas ordens. Assim, ter “atenção, sensibilidade e humildade para aprender inclusive com seus próprios erros” torna-se fundamental nessa atuação. “Quando percebe que errou deve realizar, se ainda for possível, a conversão de sua conduta em campo.” (Idem, p.91). Talvez possa nos ser útil um ensinamento da figuração social Terena que “procura ajustar sua conduta ao cenário no qual interage [. . .]” (Idem, p. 92).

No entanto, noções de aculturação e assimilação permanecem em circulação e, para isso, são utilizadas estratégias discursivas regidas por normas e concepções ideológicas desde a época do ‘descobrimento’. O intuito de construir a imagem do índio tem como marco inicial a carta de Pero Vaz de Caminha dirigida ao Rei de Portugal - D. Manuel I -, cujas marcas sobrevivem até os dias atuais, sendo expressas das mais diversas formas e por diferentes meios, dentre eles, as mídias impressas. Deu-se, desta forma, início à construção de uma identidade ancorada por uma significação pré-concebida e descontextualizada, movida por interesses de dominação, sobretudo, econômica (Limberty, 2012).

Em algumas de suas palavras o enviado da Coorte relata:

[. . .] não porei aqui mais do que aquilo que vi e me pareceu.

[. . .] Posto que o capitão-mor desta vossa frota, e assim os outros capitães escrevam a Vossa Alteza a nova do achamento desta vossa terra nova.

[. . .] Dali avistamos homens que andavam pela praia, obra de sete ou oito, segundo disseram os navios pequenos, por chegarem primeiro.

[. . .] Eram pardos, todos nus, sem coisa alguma que lhes cobrisse suas vergonhas. Nas mãos traziam arcos com suas setas.

[. . .] e tomou dois daqueles homens da terra, mancebos e de bons corpos, que estavam numa almadia.

[. . .] Parece-me gente de tal inocência que, se homem os entendesse e eles a nós, seriam logo cristãos.

[. . .] E imprimir-se-á ligeiramente neles qualquer cunho, que lhes quiserem dar.

[. . .] E, portanto, se os degredados, que aqui hão-de ficar, aprenderem bem a sua fala e os entenderem, não duvido que eles, segundo a santa intenção de Vossa Alteza, se hão-de fazer cristãos e crer em nossa santa fé, à qual praza a Nosso Senhor que os traga, porque, certo, esta gente boa e de boa simplicidade. E imprimir-se-á ligeiramente neles qualquer cunho, que lhes quiserem dar. E pois Nosso Senhor, que lhes deu bons corpos e bons rostos, como a bons homens, por aqui nos trouxe, creio que não foi sem causa (Caminha, 1500/1999).

Percebemos que, ao longo do processo histórico, a imagem e as representações do índio vêm sendo constituídas e perpetuadas com caráter de marginalidade e subalternidade. Nesse cenário, os indígenas são despersonalizados e estigmatizados como “um povo” incapaz e, por isso, dependente e digno de tutela. Desta forma, são desconsiderados radicalmente os saberes, a pluralidade cultural “destes povos” e suas formas singulares de organização e civilização. Esse processo vem, assim, demonstrando “a propriedade que o discurso tem de produzir e reproduzir, de espelhar as concepções ideológicas das formações sociais que o produzem, assim como suas relações entre si” (Limberty, 2012, p.44). Evidenciamos a concepção enfatizada e enrijecida que o não índio tem em relação aos indígenas, mesmo após cinco séculos de incurso.

Isso também ocorre porque ao sair dos enquadres do estereótipo indígena criado pelos não indígenas, os índios se tornam “pessoas desaparecidas” capazes de assombrar a burguesia pós-colonial em termos de identidade, como reflete Bhabha (1998) ao recuperar o poema de Adil Jussawalla. Transpondo suas palavras ao nosso contexto, os indígenas tornam-se “selvagens sem pinturas” e, portanto, “presas anuladas” (p.77).

Luciano (2006) elucida que entre os hiatos existentes nas concepções dos povos indígenas e não indígenas no Brasil destacam-se, neste contexto, as noções de terra e território. É sabido que para as chamadas sociedades ocidentais de cultura europeia fundadas enquanto “força e identidade ao se contrastar com o Oriente, visto como uma espécie de eu substituto e até subterrâneo” (Said, 2007, p. 30), a terra e o território há muito se relacionam à produção de bens e consumos. O domínio e a exploração da natureza se tornam objetivos primeiros para maior produtividade e lucratividade econômica para os chamados ocidentais. Enquanto que para os povos indígenas, o território configura os espaços nos quais se produzem todas as formas de vida e não apenas formas de sobrevivência e utilização de bens materiais. No território estão as possibilidades de sentido à vida individual e coletiva, a partir do conjunto de tradições, valores, conhecimentos, bens, seres e espíritos. A terra é seu instrumento de resistência, a bandeira que unifica e mobiliza os povos de diversas aldeias, ou seja, é o tema organizador da defesa de seus territórios (Luciano, 2006).

Ao falar especificamente das etnias que convivem na RID, destaca-se inicialmente a noção de território para os Kaiowá, um dos grupos étnicos e falantes de um dialeto guarani. Segundo Pimentel (2007) os Kaiowá vivem quase exclusivamente na região sul do Estado de MS e no Paraguai, onde são chamados atualmente de *Paĩ Tavyterã*.

Além dos Kaiowá, há também parcialidades *Nhandeva* e *Mbya*, predominantes em outras regiões. Os *Mbya* estão principalmente nos Estados do Sul e os *Nhandeva* entre o Paraná, Santa Catarina e o sul de MS. Esses grupos, desde meados do século XIX e início do XX deslocaram-se e passaram a coabitar as regiões litorâneas de São Paulo e Espírito Santo. Todas as três parcialidades Guarani vivem também no Paraguai, tendo sido estabelecida a fronteira em seus territórios com a Guerra de 1864-1870 (Pimentel, 2007).

Na RID, os Kaiowá-Guarani convivem, em sua maioria, na subdivisão que se convencionou chamar de aldeia Bororó, apesar de não ser uma regra geral. A outra subdivisão, composta predominantemente pela etnia Terena, é chamada de Jaguapiru.

Segundo Pereira (1999) há no mínimo quatro noções ou esferas que se articulam para compreender a territorialidade para os Kaiowá. A primeira diz do espaço ocupado pela parentela *te'yi*, tanto para residência, como para caça e coleta em seu *tekoha*, onde deve residir o *hi'u* – cabeça de parentela – nas palavras dos Kaiowá ele é “a raiz, o esteio ou o tronco da casa” (p.86), ou até mesmo o *mburuvicha* – o porta-voz -. Ao inferir o termo parentela, ou *te'yi*, compreende-se o grupo familiar extenso dos Kaiowá, unidos “[. . .] por relações de consanguinidade, afinidade ou aliança política” (p. 81). Para o autor, vale destacar a necessidade de compreendê-la dentro do contexto social e das instituições Kaiowá. Então, ao

invés de fazermos aproximações com o que alguns antropólogos chamam de família nuclear, devemos usar o termo “fogo familiar”, pois se refere à forma como o próprio grupo se representa para melhor expressar esta unidade sociológica dinâmica. “O pertencimento a um fogo é pré-condição para existência humana na sociedade Kaiowá” (p. 81). Assim, a unidade de residência ou *te'yi* é um grupo mais exclusivo, composta por um número variável de fogos familiares articulados entre si a partir da solidariedade e reciprocidade, portanto marcador dos mecanismos de inclusão e exclusão.

A segunda esfera está relacionada à noção de *Tekoha*, amplamente utilizada na bibliografia, fato que acarreta um empobrecimento em seu uso semântico. Para Meliá, Grunberg e Grunberg (1976, apud Pereira, 1999), o *tekoha* se refere aos processos de grupamento humano em busca de autonomia política e religiosa. Desta forma, pensar que *tekoha* é qualquer local onde resida um grupo Kaiowá é pensar de forma equivocada, porque isso depende da configuração sócio-política do local e não apenas de um espaço geográfico. Em uso corrente, nem sempre correto, atribui-se uma área demarcada pelo Estado como as Reservas Indígenas de MS o sentido de *tekoha*. Isso porque:

O problema central para definição de um *tekoha*, [. . .] diz respeito à maneira como as parentelas estão vinculadas umas às outras, em torno de um líder de expressão, e em termo de trocas matrimoniais, alianças políticas e trocas cerimoniais com outros grupos de parentelas (Pereira, 1999, p.201).

Antes de passarmos à terceira esfera articulada às anteriores na busca pela definição da territorialidade para os Kaiowá, daremos destaque à colocação de Pereira (1999) quando recorre aos autores supracitados para dimensionar o enfoque na “autonomia política e religiosa” pretendida por esta noção de *tekoha*. A razão disso parece ser um indicativo da recusa por parte do Estado e seus artífices de garantir o direito territorial a tais povos e, a esse pretexto, possibilitariam a constituição de comunidades mais autônomas do ponto de vista político e religioso. O que não corresponde à lógica da razão de Estado, que a partir do pastorado e da governamentalidade prevê a necessidade do corpo populacional permanecer na condição de tutela e obediência através de condutas previstas, para que, desta forma, o Estado se mantenha como imperativo (Foucault, 2008).

Desse modo, enquanto o Estado busca aglomerar diversas etnias em Reservas e, conjuntamente com a comunidade envolvente, dissimula discursos como: ‘lugar de índio é na Reserva’, os Kaiowá em sua forma de contraconduta, expressada pela esfera do *tekoha*, parecem resistir como se dissessem: “é a minha lei, é a lei das minhas exigências, é a lei da minha própria natureza de população, é a lei das minhas necessidades fundamentais que deve substituir essas regras da obediência” (Foucault, 2008, p. 479).

A terceira esfera da territorialidade refere-se ao *Tetã* que de maneira aproximativa pode ser compreendido como país-pátria, porém seu sentido vai para além disso. Corresponde ao território advindo do criador – *ñandevurusu* – para todo o povo Kaiowá. Tem suas características físicas relacionadas ao universo mitológico, legitimando a ocupação do território por todo o povo, segundo sua visão de mundo (Pereira, 1999).

A unidade *tekohapavêm* configura-se como a quarta esfera e aborda uma noção intermediária da segunda e terceira categorias. O princípio *pavêm* diz de um ideal aglutinador do sistema religioso, no qual é expresso o modo de viver Kaiowá sob a pregação dos Xamãs. Nessa perspectiva de caráter profético, a reciprocidade opõe-se à restrição operante na parentela e se aplica de forma mais generalizada, isto é, um ideal de solidariedade para além da parentela. Desse modo, o *tekohapavêm* com sua força centrífuga e o *te'yi* com sua força centrípeta compõem o *tekoha* como ponto de equilíbrio da vida social, a partir da solidariedade enquanto possibilidade (Idem).

Nesta breve apresentação dos grupos-sujeitos, ou do campo-espço em que estamos inseridos na atuação e pesquisa em Saúde Indígena, pode-se perceber a necessidade de se entrar nas diferentes cosmologias, para tentar compreender suas concepções e atuações em relação aos processos de saúde e, portanto, as condições de vida que acarretam em adoecimento.

Aqui podemos apontar uma ambiguidade que se relaciona e compõe as condições de vida e de saúde dos povos indígenas de Dourados, mais precisamente da RID: a sua proximidade com a cidade, por um lado, facilita o acesso aos equipamentos de saúde pública, por outro lado, traz problemas em relação ao abuso de álcool e outras drogas, violência, transformação dos hábitos alimentares e das demais formas de sociabilidade.

A proximidade é expressa também na fala dos indígenas trabalhadores da área da Saúde: *“a proximidade com a cidade aumenta o individualismo. A entrada de vários segmentos na comunidade fragmenta as ações e individualizou até mesmo dentro da própria comunidade”*. Essa divisão interna da comunidade reflete não só os conflitos interétnicos, mas também os conflitos intraétnicos. Apesar disso, a proximidade diz mais da dimensão processual e dinâmica das relações do que propriamente de um problema conflitivo constituinte de uma determinada etnia ou de outra. Essa dimensão processual está relacionada com a proximidade da RID com a cidade, ou seja, com a proximidade entre os não indígenas e sua forma de organização social urbana (pós) moderna e os indígenas em situação de confinamento.

Isso não quer dizer que a proximidade seja um problema em si, mas, ao contrário, nos faz refletir sobre como se dá a aproximação com o Outro, isto é, como uma postura colonial desconsidera e nada aprende com esse Outro que tanto tem a ensinar. E, ainda mais, que entende

o modo de organização do Nós como superior ao modo de organização do Outro. Ao conferir essa noção, a despersonalização passa a ser acompanhada pela despolitização do Outro, dessa forma, não há uma perda de identidade ou aculturação como circula nas dissimulações discursivas, mas há uma impossibilidade de atuar e se manter nas relações de poder-saber pelo desperdício de uma das possibilidades de (r)existência nos espaços de vida-saúde.

Apresentamos a seguir algumas considerações nesse sentido.

2.6 Terra-territorialidade-saúde: superar descobertas para potencializar os encontros

A relação intrínseca entre as concepções de terra-territorialidades-saúdes se torna evidente mais especificamente quando tratamos da Atenção à Saúde Indígena, sobretudo quando recorremos ao Relatório da Audiência Pública na Câmara Federal sobre “Os Suicídios entre Guarani/Kaiowá no MS (Promoção Conjunta da Comissão de Defesa do Consumidor, Meio Ambiente e Minorias; e Comissão de Direitos Humanos)”, realizado pelo Conselho Indigenista Missionário (CIMI). Na ocasião, em 1989, já se apontava para as influências do confinamento cultural e geográfico nas Reservas e margens sociais, nas condições de vida e de saúde dos povos indígenas, tendo como problema central o suicídio, mas estendendo-se à desnutrição, violência e alcoolização, entre outros (Conselho Indigenista Missionário [CIMI], 2010).

Nesse sentido, Meihy (1991), ao estudar o suicídio junto às comunidades kaiowá, evidencia por meio das narrativas de lideranças políticas e acadêmicas, apesar da diversidade de elementos elencados, a relevância do território e sua relação cosmológica com a problemática do suicídio. Isso porque, segundo a crença do povo kaiowá, o sujeito que comete o suicídio está influenciado por maus espíritos.

Assim, deve-se ponderar a impossibilidade de se pensar uma Atenção em Saúde às populações indígenas sem considerar sua relação intrínseca à aceção de território e terra. Isso porque a noção de Saúde adotada deve contemplar o conceito de Saúde Ampliada, e não mais apoiar-se na perspectiva biomédica, em que Saúde é entendida apenas como ausência de doenças, ou por visões reducionistas e essencialistas que tendem a desconsiderar o sujeito em sua integralidade, além dos múltiplos condicionantes de saúde. Em outras palavras, a saúde deve considerar, antes de qualquer outra coisa, as condições de vida (Batistella, 2007).

Batistella (2007) reforça que tais concepções ainda desprezam os aspectos normativo, disciplinar, homogeneizador, taxonômico e classificatório dessas formas de produção de saúde

que elegem sujeitos saudáveis/normais e determinam aqueles que são considerados doentes/desviantes sem ao menos considerar as múltiplas normas culturais, visões de mundo e, conseqüentemente, concepções de saúde-doença.

Assim, a saúde deve ser compreendida em seus múltiplos aspectos. Ela nunca será redutível a qualquer de suas dimensões, seja ela biológica, psicológica, individual ou coletiva, objetiva ou subjetiva. Objeto complexo, requer instrumental teórico de nova ordem, não mais referenciado à epistemologia positivista, analítica, e sim a partir de uma perspectiva transdisciplinar, totalizante (Batistella, 2007, p.79).

Por isso, o conceito de território ganha fundamental importância no campo da Saúde Pública e Coletiva, sobretudo da Saúde Indígena. Entende-se por território não apenas um espaço geográfico material, alheio às ações humanas e aos simbolismos produzidos, ao contrário, configura-se em uma categoria *espessa* de possível apropriação - *territorialização* -. A territorialização, como processo, presume a constituição de identidades dinâmicas e mutáveis, ou seja, registradas em processos - *territorialidades* - materializando, a cada instante, uma determinada ordem e configuração territorial, isto é, uma topologia social (Bourdieu, 1989 apud Porto-Gonçalves, 2002, p. 230).

Considerando a teia composta por Atenção à Saúde Indígena, biopolítica, território e imaginário colonizador, a Atenção Diferenciada ganha destaque surgindo como elemento fundamental nesse processo, pois sugere a possibilidade da participação das populações indígenas nos processos de decisão em relação às políticas e ações de saúde a elas direcionadas. Assim, se elevam a expectativa de contextualização das práticas de saúde e o protagonismo dos conhecimentos e saberes indígenas neste contexto.

Portanto, na composição das relações de poder existentes no campo da Saúde Pública no Brasil, destaca-se a conquista do direito à Atenção Diferenciada à Saúde dos Povos Indígenas, sob a Portaria Nº 254, de 31 de janeiro de 2002, a qual aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e reconhece “aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais” (Brasil, 2002, p. 6).

Enfatizamos ainda, para que a Atenção à Saúde se dê de forma diferenciada, as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos devem ser levadas em consideração, desenvolvendo e fazendo uso de novas tecnologias, capazes de adequar às formas ocidentais de arranjo dos serviços (Brasil, 2002).

Seu marco regulatório consiste na aprovação em 31 de agosto de 1999 do projeto de lei que cria o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, sancionado em setembro do mesmo ano e conhecido como Lei Arouca. Com isso, a articulação entre o Controle Social das populações indígenas e o SUS ocorre mediante as instâncias: Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI),

Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi) e Fórum Permanente dos Presidentes dos Condisi (Brasil, 2009).

Deste modo, a Atenção Diferenciada aparece no cenário das Políticas Públicas de Saúde Indígena como possibilidade de negociação da comunidade e seu saber tradicional com o saber ocidental de saúde. Consideramos em nosso campo as especificidades sócio-histórico-cosmo-culturais dos povos indígenas e sua relação com a biopolítica e com o imaginário colonizador, sendo, para o presente estudo, a nossa proposta de investigação.

Essa investigação se dá sem construir *a priori* uma realidade ficcional, como fazem os gestos disciplinares eurocentrados, tendo claro que aquilo que parece ser essencialmente de natureza objetiva pelas leituras colonialistas, em última análise, não passa de arbitrário. Reconhecemos, portanto, a inexistência de um campo simétrico “de um campo de estudo baseado numa unidade geográfica, cultural, linguística e étnica chamada [. . .]” [saúde indígena] (Said, 2007, p. 85). E, principalmente, desaprendendo o modo dominador inerente das práticas científicas, onde o conhecer é controlar e onde os encontros são tratados como descobertas.

2.7 Inaugurando novos mundos: o direito de falar guarani no HU e de aquecer o ambiente hospitalar com a casa de fogo no HM.

Temos como objetivo geral colaborar com as Ciências Psicológicas por meio da compreensão da Atenção Diferenciada à Saúde dos Povos Indígenas do Polo Base de Dourados. Essa finalidade se dá justamente por percebermos que a atuação enquanto psicólogos coloniais despotencializa a reflexão-intervenção nesse campo. Com isso, sinalizar as linhas de fuga e resistências existentes no contexto em que atuamos será a esteira seguida neste tópico do texto, pois são elas as suavidades capazes de transformar nossas construções teórico-práticas como trabalhadores de saúde e psicólogos(as) das diferenças.

Trocando em miúdos, buscamos vislumbrar as linhas de fuga e resistências das populações indígenas mediante a Atenção Diferenciada e suas formas de produção de Saúde. Falamos em linhas de fuga, pois compreendemos a Saúde Indígena como um acontecimento rizomático, isto é, pertencente a um espaço liso e não subordinado a um ponto central vazio. Por estar constituída por múltiplos devires, a Atenção Diferenciada não se subordina ao Uno. É, portanto, molecular: “[. . .] passa *entre* as coisas e *entre* os pontos”. As linhas de fuga são, portanto, de potencialidade criadora, mesmo que estejam sempre em vias de se transformar em linhas de morte ou destruição pura (Delueze & Guattari, 1997, p.194).

Deste modo, destaca-se em nosso contexto, como linha de fuga, a (r)existência de um indígena tradutor da língua Guarani no HU. Em função disso, os usuários dos serviços “falantes da língua” melhor se comunicam com a equipe de forma a potencializar o cuidado. Um direito conquistado em que, como nos disse a Profa. Dra. Cátia Paranhos Martins em nossa banca de qualificação, “se inaugura um mundo dentro do hospital”.

Esse novo mundo inaugurado torna possível, além de relações menos assimétricas entre colaboradores e usuários do SUS no atendimento em ato e, conseqüentemente, intervenções menos invasivas ao Outro, a inserção do interprete indígena em intervenções realizadas pela RMS, a partir dos residentes multiprofissionais, junto à equipe multiprofissional de assistência. Um exemplo disso está materializado em reuniões e rodas de conversas realizadas com as equipes, neste caso em especial, da Pediatria, justamente sobre o trabalho em equipe e a inserção da Psicologia e suas possíveis contribuições. Dentre os atores incluía-se no diálogo o interprete indígena, pois eram percebidas pelos colaboradores de saúde, naquele momento, as dificuldades e incompreensões sobre o modo de ser das crianças indígenas e de suas mães atendidas naquele local. A realidade sociocultural apresentada pelo intérprete e que os residentes passaram a conhecer em seu processo de formação foi discutida junto aos profissionais, no intuito de (des)construir as intervenções, tornando-as mais equânimes, um desafio constante para todos os envolvidos nos processos biopsicossociais-interculturais de Saúde.

Como sabido, este novo mundo inaugurado não tem lugar fixo, como qualquer outra sensibilidade que possa ser criada, porque está sempre em vias de ser capturado e transformado em linhas de destruição. Como quando ouvimos: “*é indígena? Chama o tradutor, ela não fala português*”. A presença do tradutor é solicitada para se evitar o encontro com a alteridade, com o Outro, pois em inúmeras vezes as usuárias e usuários dos serviços compreendem e também falam o português.

Ainda neste ponto, observamos uma semelhança na tentativa de captura do trabalho do tradutor com a captura do trabalho do psicólogo. Por diversas vezes, esta presença é solicitada com o pedido: “*convence ele(a) a passar pelo procedimento*”, pois se trata de um “*paciente não colaborativo*”. Busca-se com isso objetivar uma prática de Psicologia e de tradução do tipo colonial, pois não prima pelo cuidado e sim pelo controle. Retira do usuário a sua autonomia e potência criativa em relação ao cuidado de si, além de desconsiderar sua própria forma de significar, a sua maneira, o processo pelo qual está passando. Sutilmente, subordina o Outro como incapaz e, por isso, o torna tutelável.

A noção de convencimento coloca o tradutor na condição de gestor das decisões do Outro e o(a) Psicólogo(a) como o(a) de mediador(a) da relação entre equipe e usuários, mas

que sabe *a priori* qual deve ser a “escolha” do usuário em relação ao seu corpo e sua saúde, ambos subordinados e a serviço do poder biomédico. Paradoxalmente, pelo discurso biomédico, ocupam a posição de subordinados a subordinar e acompanhar a conduta da fragmentação do sujeito, frutos da colonialidade e da racionalidade moderna ocidental.

Contudo, na escuta mais sensível, seja a do tradutor, seja a pretendida por nós mesmos ou dos(as) demais psicólogos(as), percebemos a busca de escapar das objetivações e subjetivações capturantes para o encontro com o Outro e estabelecimento de conexões, mesmo que com eventuais dificuldades e ruídos. Ao ensinarem valores sobre outra cultura, condições de vida, cosmovisões, hábitos, medos e inseguranças daqueles que são, muitas vezes, traduzidos por alguns colaboradores como “*não colaborativos*”, fazem emergir a possibilidade de produção de deslocamentos. Estes atores buscam abrir os ouvidos dos demais colaboradores para o que a diferença tem a dizer sobre si mesma e sobre o seu adoecer. Ao invés de cairmos na noção, muitas vezes heroica, daqueles que acreditam dar voz aos outros, preferimos acompanhar e escutar o Outro, ou seja, abrir os ouvidos para o cuidado.

Outra linha de fuga e de resistência que visualizamos no presente rizoma, e optamos por destacar aqui, trata-se da existência de uma “Casa de Fogo” entre os muros do HM. Uma reivindicação dos indígenas Kaiowá-Guarani para familiarizar o ambiente hospitalar e de evangelização a partir de sua representação simbólica do fogo, mais precisamente do “fogo doméstico”, como apontado por Pereira (2004). E, ainda, como nos lembra Martins (2010, p.61) para muitos indígenas com os quais convivemos “o fogo não deve ser apagado, pois serve para fortalecer a alma, espantar as coisas ruins, esquentar nos dias frios, tomar mate e ficar em volta, entre tantos outros usos e sentidos”. Essa é uma linha de grande potência, tendo em vista as características do estabelecimento de saúde ao qual estamos nos referindo.

O espaço hospitalar conta com noções de saúde aos moldes ocidentais, portanto higienizadoras e normalizadoras. No entanto, passa a comportar uma “Casa de Fogo” situada ao lado do posto da Clínica Médica onde fica, inclusive, o isolamento respiratório. Além disso, se configura em um espaço de evangelização cristã, marca de uma espiritualidade que contempla outros códigos religiosos que não o fogo doméstico.

Trata-se, então, da inauguração de um mundo outro. Um mundo aceso-inaugurado pelo fogo potencializador do cuidado ao Outro, pois facilita o pertencimento daquele espaço-local assemelhando-o mais ao seu cotidiano e que, de alguma maneira, é reterritorializado. Convidamos o(a) leitor(a) a imaginar, em um contexto hospitalar, a possibilidade de estar com familiares e amigos confiáveis e repletos de afinidades, em forma de roda, num espaço marcado por uma presença material e simbólica que revitaliza suas energias e forças vitais, agradável de

estar, mesmo estando adoecido. Parece mesmo impossível, mas é apenas aparência. A casa de fogo compõe esse espaço, assim como outros elementos que o diferencia dos demais contextos hospitalares. As sociabilidades aí geradas escapam do controle da biomedicina e de um único culto espiritual, provocando novas formas de se fazer-com saúde.

Isso não representa a inexistência de outras tensões e forças contrárias ao aquecer da rede-quente de cuidado que busca de alguma forma apagar o fogo e instituir a rede-fria e sua fixidez e estagnação. Como relata um usuário do serviço, em uma manhã em que o “mate” não estava presente: “*Às vezes falta lenha*”. Sem estar muito claro se a falta de lenha seria ou não um dispositivo de controle e interdição, os indígenas encontram formas de acudir essa necessidade, ou de subverter e resistir às regras institucionais, seja através do diálogo com a equipe ou com a gestão local para conseguir mais lenha, seja por meio dos vínculos externos ao hospital.

Talvez isso seja equacionado, não por um desejo originário da falta, com a qual muitas vezes representamos os espaços de sociabilidade e de cuidados em saúde indígena, mas por um processo desejante, como assinalado por Baremlitt (1998). Não é a lenha que falta, o que interessa e move é o próprio fogo como “essência da realidade e da autorrealização permanente”. O fogo é um processo produtivo, não totalizável, presente ou ausente, mas infinito, que pre-cede tudo o que conhecemos nas territorialidades e definições de Saúde. Aquilo “que anima um processo que não é próprio de uma instância, sistema ou território do sujeito, senão da realidade mesma e de sua realização” (p. 85-86).

Não importa o que possa vir a faltar, o que está presente ou ausente, os colaboradores e usuários da Saúde Indígena, via SUS, devem estar sempre imbuídos de um processo produtivo-desejante de realização e construção de novas sutilezas e realidades para a Saúde Coletiva. Expressa, assim, um colaborador da Saúde Indígena: “*A discriminação está aumentando. O vilão é sempre o índio! A mídia só mostra o que de ruim acontece. Será que não estamos falhando em não mostrar o que de bom acontece?*” Sinaliza que o olhar dirigido apenas às faltas, limitações e vulnerabilidades dos espaços-sujeitos reitera uma representação e imagem discriminatória-pejorativa, pois esses sujeitos pintam e às vezes tatuam, isto é, pelo viés colonizador aderem nos corpos-espacos-subjetividades indígenas e dos colaboradores da Saúde Indígena a imagem do degradável e do “vilão”. Portanto, é preciso representar nessa (des)ordem discursiva referente a Saúde Indígena e seus atores, também, “*o que de bom acontece*”.

Destacamos sobre a análise da relação entre Atenção Diferenciada à Saúde Indígena, Biopolítica e Território, o habitar de um paradoxo entre as ações normatizadoras do Estado na oferta da Saúde enquanto política pública e a multiplicidade territorial e fronteiras que vão

muito além das fronteiras oficiais do próprio Estado, no gesto de cuidado em ato à Saúde Indígena que parte de diferentes modos de concepção e operação. Toda essa trama complexa produz impactos na objetivação e subjetivação das populações indígenas e não indígenas, nunca de forma totalizável, mas sinalizadora de tendências.

Dessas inter-relações não há apenas o movimento colonial, mas há também o decolonial, movimentos não alocados nos sujeitos como representantes fixos de um grupo étnico ou cultura, como se o colonial fosse um movimento não índio e o decolonial puramente indígena, mas movimentos que circulam nos discursos que atravessam sujeitos (in)sujeitáveis.

Em outra frente, a descolonizadora, observamos como se expressa o relato indígena: *“precisamos descolonizar nossos patrícios que preferem o remédio dos brancos. Não é trazer o índio, mas ir até a comunidade. Por que não?”* Exemplificando as capturas que acontecem ligadas ao discurso colonizador em relação a alguns *“patrícios”*, expressão utilizada para tratar os pares da comunidade. Não custa lembrar que o simples fato de utilizar um remédio não indígena, ou qualquer outro artefato, não representa necessariamente um movimento colonial. O que caracteriza a colonialidade é o desperdício da experiência do Outro. Compreendemos que enquanto a colonização se trata de um processo econômico e administrativo, a colonialidade se refere a um processo de formação de subjetividade eurocentrada, o que quer dizer, logocentrada, individualista e mercantil.

Por isso, compreendemos que o decolonial *“não é trazer o índio”*, no sentido geográfico de mudança do lugar concreto, *“mas ir até a comunidade”* de corpo e alma, entrar em sua cosmologia e ser afetado por suas sensibilidades e sutilezas vitais. Valorizar seu saber-fazer e não inculcar no Outro a necessidade de serem o Nós, como se isso fosse suficientemente potente por si e em si. Pretende-se com isso ser-estar-fazer-com no devir da ADSI.

Assim, do mesmo modo que alguns patrícios são capturados pelo discurso colonizador, alguns *“Karaí são parceiros”* no movimento decolonial, pois buscam se despir das vestes disciplinares ocidentais e são afetados pelo encantamento dos saberes tradicionais indígenas, re-fazem suas práticas e co-inventam no cotidiano novas produções em saúde, embora possam supor a impossibilidade de tocar o Outro em sua diferença.

Evidenciamos, com isso, o compromisso ético-político do trabalhador em Saúde Indígena, nas relações de poder existentes na teia composta por biopoder, colonialidade e populações indígenas.

Neste ponto, tentaremos aprimorar os conceitos de colonização, colonialidade, descolonização e decolonialidade. Buscaremos apresentar, brevemente, alguma contribuição nesse sentido.

A colonização caracteriza-se pelos processos de conquista eurocêntricos ocorridos no século XVI e que faz nascer, enquanto constructos sociais, as Américas e outros espaços/tempos como a Ásia e a África, cada uma com suas peculiaridades em termos de acontecimentos. Essas conquistas vão além da conquista territorial, contemplam a colonização do tempo e espaço dos colonizados que vivenciam a supressão de suas narrativas e histórias a partir da imposição da narrativa ocidental e da supremacia epistemológica europeia (Mignolo, 2003).

Este movimento produz a ideia de que os colonizados são povos incapazes de produzir e de pensar seu processo histórico e social. Por isso, deveriam/devem se submeter à modernidade europeia, seus moldes e perspectivas de conhecimento, religião, economia e vida, para a sua constituição. Isso gera relações sociais, políticas e econômicas que culminam com a colonialidade, isto é, uma espécie de herança, [marcas, dobras ou registros] da colonização (Mignolo, 2003).

Para Quijano (2005), o fim das relações econômicas e políticas pautadas pela colonização não põe fim à relação social, cultural e intelectual marcada pela colonialidade. Deste modo, a experiência colonial permanece viva e tem suas bases na colonialidade do poder. Por sua vez, esse padrão de poder tem como eixo fundacional a ideia de raça como característica de classificação da população mundial. Uma construção mental que expressa as relações de dominação desde a composição da América e do capitalismo/colonial moderno, a partir do eurocentrismo enquanto racionalidade específica.

A ideia de raça legitimava, e ainda legitima enquanto colonialidade, as relações de poder e dominação como naturais, já que a perspectiva epistêmica era imposta pela conquista europeia. Dicotomias e binarismos oriundos dessa perspectiva ganham força e se expressam nas relações sociais e intersubjetivas: dominador e dominado, superior e inferior, europeus e não europeus. Isso possibilita o capitalismo como nova estrutura de controle nas relações de trabalho e do mercado mundial. Assim, os elementos raça e divisão do trabalho constituem-se mutuamente e configuram novas identidades históricas ou, melhor expresso, por novas (inter)subjetividades, alicerçadas na colonialidade do poder (Quijano, 2005).

Nesse sentido, a descolonização constituiria a alternativa ao eurocentrismo e à colonialidade do conhecimento, ao colonialismo do pensamento e do imaginário social colonizador, pois como apontamos acima, possuem reflexos de opressão e dominação nas relações sociais. Para isso faz-se necessário abandonar a ilusão de universalidade do conhecimento europeu e encarar seu provincialismo, isto é, uma descolonização epistemológica. Tornar-se-ia possível uma nova forma de comunicação intercultural que privilegiasse a troca de experiência e não a sua hierarquização que parte de um grande centro

colonial/moderno para as margens subalternas. Em outras palavras, a descolonização epistemológica caracteriza-se por um des-locamento dos espaços/tempos de enunciação para as fronteiras e suas diferenças (Mignolo, 2003).

Segundo Leda (2015), ao constatar a colonialidade como parte constituinte da modernidade, seu lado sombrio, obscuro e silenciado, os autores citados acima, dentre outros da América Latina, evidenciam a fragilidade, ao seu ver, das propostas pós-coloniais, demasiadamente assentadas em perspectivas pós-estruturalistas, também de cunho acadêmico europeu. Surge, com isso, o projeto da decolonialidade, ou o giro decolonial denominado por Mignolo (2003), não com proposta de um novo discurso colonial ou paradigma que parte das academias, pois esses não dariam conta de exprimir a realidade do mundo e das experiências subalternas que investigam, mas sim da utilização de saberes que sempre existiram, mas que foram e são ocultados e silenciados pela epistemologia moderna ocidental. Nas palavras de Mignolo (2003) a decolonialidade prima pela emergência do pensamento limiar.

2.8 A ADSI como necessidade da “emergência” dos Saberes-Tradicionais

A inserção no Território de Saúde Indígena oportunizada pelas vivências na RMS possibilitou-nos identificar uma Atenção em Saúde direcionada aos povos indígenas, de modo geral, descontextualizada e verticalizada, na qual os saberes e fazeres indígenas no campo da saúde são desconsiderados e tidos como inferiores, subalternos, quando não inexistentes aos olhos dos não indígenas, como indica a reflexão de Santos (2010) sobre as relações de subordinação colonial.

Assim, podemos afirmar que a Saúde Indígena, como Política Pública de Estado, parece ter perdido seu sentido original e sua linhagem histórica configurando-se em dispositivo biopolítico, que visa à governabilidade dos Povos Indígenas a partir de seu enquadramento nos modos de objetivação e subjetivação das práticas de saúde sob as acepções ocidentais.

Ainda, neste ponto, o projeto de Estado-Nação relacionado ao contexto do biopoder determina que o nascimento não é mais o evento fundador da existência mediante a ordem natural humana, mas sim o registro do sujeito em seus arautos, tornando-o cidadão. Aquele que não estiver inscrito em sua cidadania, não chega a *bios*, ao contrário, permanece em vida nua, *zoé*, o *homo sacer*. “No sistema do Estado-Nação, os ditos direitos sagrados e inalienáveis do homem mostram-se desprovidos de qualquer tutela e de qualquer realidade no mesmo instante em que não seja possível configurá-lo como direitos dos cidadãos de um Estado”, alerta-nos Agamben (2010, p. 123).

Isso se torna claro quando pensamos nas primeiras ações em saúde voltadas às populações indígenas, representadas inicialmente pela criação, em 1910, do Serviço de Proteção aos Índios (SPI). Vinculado ao Ministério da Agricultura, essa repartição objetivava a proteção/enquadramento dos povos indígenas e suas terras ao processo produtivo nacional, sendo considerada oficialmente a primeira iniciativa do Estado de cuidado em Saúde dos povos indígenas (Bernardes, 2011; Brasil, 2009).

Portanto, a prerrogativa de Direitos Humanos desfigura-se quando as Políticas Públicas orientam sua garantia, pois estando inserida no sistema do Estado-nação, diz não mais de Direitos Humanos, mas sim de direitos dos cidadãos de determinada nação. Assim, aos povos indígenas não enquadrados no projeto de nacionalização proposto, se torna restrito aquilo que lhes é de direito. Isso nos faz considerar que o que inclui, também exclui, o que produz, destrói, ou seja, “a outra face de Jano” se explicita, surgindo a cisão entre aquilo que deve viver e o que deve morrer (Foucault, 1975-1976 apud Bernardes, 2013).

A nação/população é entendida como uma entidade biológica homogênea, onde aqueles que destoam, diferem e produzem heterogenia são tidos como um perigo biológico ao corpo populacional/nacional. Logo, o modo de operação do biopoder visa impor o genocídio a este corpo populacional estimado exógeno, produzindo e incentivando, calculada e administrativamente, a vida de determinada população/nação. Então, o Racismo de Estado, na conjuntura do biopoder, garante a “ação mortífera do Estado”, sua função assassina, contudo não homicida (Foucault, 1988 apud, Duarte, 2013).

Deste modo, destacamos a singularidade e especificidade sócio-histórico-cosmo-cultural dos povos indígenas da RID, porém, de certa forma, estendido a todo o cone sul de MS, e o seu exercício de resistência nas relações de poder no projeto Estado-Nação que, por sua vez, apoia-se nas estratégias biopolíticas e no imaginário social colonizador e coloca a Atenção à Saúde Indígena no território das tensões daí oriundas. Sendo a Atenção Diferenciada uma possibilidade de exercício de negociações entre as Políticas Públicas de Saúde e as comunidades indígenas, por conseguinte de seus conhecimentos e saberes tradicionais em saúde.

Dessa forma, a ADSI constitui-se em via de análise da Atenção à Saúde dos Povos Indígenas do Polo Base de Dourados, pois possibilita identificar se de fato suas especificidades são consideradas ou se, ao contrário, configuram-se apenas como mais um mecanismo biopolítico em saúde.

Tais hipóteses elencadas, a partir das vivências na Atenção em Saúde Indígena nesse território, sugerem a relevância do presente estudo, pois sinalizam a necessidade de se estabelecer (co)produções de saúde com todos os atores envolvidos nos seus mais variados

territórios de existência, estabelecendo entre os sujeitos envolvidos nas produções de saúde não mais “capturas” e sim “conexões”, isto é, saúde como espaço de alteridade (Feuerwerker, 2014). O estudo da ADSI torna-se uma via de acesso.

3 ACOMPANHANDO O PROCESSO: REGISTROS DOCUMENTAIS DAS REDES DE INTER-RELAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA.

A imersão acadêmica na temática indígena teve início manifesto, se é que se pode determinar o início para quem sempre conviveu com essa temática direta ou indiretamente, na participação do Programa NPAJ/FADIR/UFGD - Centro de Excelência em Direitos Humanos -, coordenado pela Profa. Dra. Simone Becker, no período de 01/02/2013 à 31/12/2013. Como já dissemos, este projeto vinculava ações de pesquisa e extensão nos presídios masculino e feminino de Dourados e Ponta-Porã no mapeamento das situações dos(as) indígenas encarcerados(as). Frente à percepção da necessidade de mediação de conflitos, ao invés da sua judicialização, outros atores da FCH foram convidados a participar desse movimento. Solidificou-se, desta forma, a implementação de ações de profissionais e estudantes de Psicologia, Antropologia e Direito.

Desde então essa participação é ininterrupta, mais especificamente, na Saúde Indígena e o presente trabalho é proposto a partir das vivências oportunizadas pelo programa da RMS - Ênfase em Atenção à Saúde Indígena -, do HU/UFGD, no período entre 2014 e 2016 e realizado durante o curso de Mestrado no PPGPsi/UFGD, entre os anos de 2016 a 2018.

O percurso metodológico foi se (re)construindo/alterando na medida em que éramos tocados por atravessamentos no caminhar em pesquisa na Saúde Indígena. As vivências acima citadas foram fundamentais para a compreensão da complexidade do nosso *corpus*. Tivemos o privilégio de conviver na Atenção em Saúde com os povos indígenas do Polo Base Dourados da SESAI, e também de estar inseridos em um Programa de formação para o SUS que, apesar de suas limitações ainda evidentes para atuação em contexto intercultural e efetivação de um trabalho interdisciplinar, conta com uma parcela de trabalhadores e colaboradores preciosos para a emergência das potências nessas interações.

Esses colaboradores da Saúde Indígena caminham e buscam fazer-saber em Saúde *com* as comunidades indígenas, e não *para* os indígenas, (des)aprendendo diariamente (Martins, 2016) no intuito de concretizar uma Atenção à Saúde como cuidado, ou então, nas palavras de Merhy (2002), como aquele encontro que produz vida, desfazendo constantemente as certezas disciplinares acadêmicas pelas quais fomos e ainda somos atravessados e transformados continuamente. Porém no encontro com a alteridade indígena nos despertamos (ou fomos despertados) para um modo outro de ser. Em função desse processo, nos percebemos investindo em práticas de cuidado humanizado, reinventando a relação trabalhador-usuário assentada em

sua rede social, lá mesmo onde o SUS se constrói, pela criação do vivo (Silva; Barros & Martins, 2015).

Em outro momento e em outra posição, na condição de mestrando, decidimos continuar acompanhando o processo da Saúde Indígena. Essa decisão se mantém em um compromisso curioso, pois não foi assumida racionalmente, mas deu-se pelo envolvimento e impossibilidade – mesmo se desejada –, de voltar atrás. Fomos acometidos por um encantamento.

A metodologia utilizada consiste na cartografia como formulada por Deleuze e Guattari (1997). Sem a pretensão de definição de um objeto, optamos por acompanhar um processo de produção. Não temos, portanto, um conjunto de regras abstratas a aplicar e apresentar, muito menos um caminho linear com um fim pré-estabelecido. Temos pistas as quais tentaremos descrever, discutir e coletivizar.

A atenção não é seletiva como costumeiramente é desenvolvida nas mais variadas pesquisas, mas é, sim, uma atenção cartográfica, isto é, ao mesmo tempo aberta, flutuante e concentrada; tendo em vista que o próprio campo será configurado a partir desse investimento e não serão investidos elementos selecionados de um campo dado, pronto e acabado. “Prestar igual atenção a tudo”, inclusive e por que não, principalmente, ao material “desconexo e em desordem caótica”, como nos diz Freud (1912/1969 apud Passaos, Kastrup & Escóssia, 2009).

Assim, apresentamos memórias cartográficas ligadas à experiência empírica pela participação na RMS e articuladas com outras produções, nomeadamente as produções documentais de domínio público, que apresentaremos no próximo tópico. Formamos, deste modo, uma composição complexa de materiais de análise, de recorte teórico interdisciplinar e de inversões-invenções metodológicas na tentativa de nos aproximarmos da multiplicidade das territorialidades envolvidas nas (co)produções de Saúde Indígena.

3.1 A PNASPI e o I Fórum Estadual de Saúde Indígena - “Resgatando e Fortalecendo Diálogos: pela consolidação de uma Saúde Diferenciada aos Povos Indígenas”.

Sobre a atenção que dispendemos no movimento cartográfico, destacamos nossa diferença da atenção flutuante proposta por Freud, citada anteriormente, ao menos em algum momento, pois nem sempre nossa atenção será auditiva. Utilizaremos outras modalidades sensoriais, visto que analisaremos também registros cursivos de documentos de domínio público. Como propõe Gil (2009), estes documentos podem ser elaborados por “agências governamentais”, como é o caso da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), ou mesmo por “registros episódicos” como foi “A Carta de Dourados”, produzia

pelo plenário do I Fórum Estadual de Saúde Indígena. O que destacamos é “a suspensão de inclinações e expectativas do eu [. . .]”, pois não tivemos uma seleção prévia, nem mesmo uma obturação dos elementos surpreendentes existentes no presente desse processo que acompanhamos, conforme orientação metodológica que seguimos (Passaos, Kastrup & Escóssia, 2009, p. 36).

Assim, como propõem Becker e Oliveira (2013) e Becker, Souza e Oliveira (2013) inspiradas em Carrara (1998), a pesquisa se faz, também, na “aldeia-arquivo” que contém ações e representações dos personagens envolvidos. Uma aproximação do método etnográfico ao *métier* do historiador. Um desvio ou modificação do percurso da etnografia clássica, em que o pesquisador deve “estar lá”, *in loco*, entre os “informantes/nativos” como acontece desde as propostas de Malinowski (1978, apud Becker e Oliveira, 2013) as observações do etnógrafo, e em nosso caso do cartógrafo, se debruçam preferencialmente em fontes documentais.

Segundo Carrara (1998), as palavras escritas deixam uma marca indelével na superfície do mundo. Isso apresenta limites, entre eles a solenidade existente no ato de escrever, implicados em inúmeras negociações. Contudo, mesmo diante desses limites e sabendo dos limites outros existentes nas incursões tradicionais em campo, a pesquisa por meio da aldeia-arquivo se apresenta como um possível, pois “[. . .] elas provam, elas obrigam, elas comprometem” (p. 55).

A Portaria nº 1.163/GM, de 14 de setembro de 1999, que “dispõe sobre as responsabilidades na prestação de Assistência à Saúde dos Povos Indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências” embasa e compõe o texto da referida PNASPI que, por sua vez, atribui à ADSI – tema da presente pesquisa – a qualidade de requisito imprescindível à efetivação dos princípios e diretrizes do SUS e, conseqüentemente, de ações que considerem as especificidades socioculturais, epidemiológicas e operacionais dos povos indígenas (Brasil, 2002). Sendo, portanto, de interesse de análise neste texto, pois se configura como uma das muitas ramificações do rizoma da Saúde Indígena, em termos macropolíticos, que afetam diretamente as ações micropolíticas no Polo Base de Dourados.

Já o I Fórum Estadual de Saúde Indígena: “Resgatando e Fortalecendo Diálogos: pela consolidação de uma Saúde Diferenciada aos Povos Indígenas” foi um evento local realizado na RID, na aldeia Jaguapiru, de 8 a 10 de julho de 2016. O Fórum foi realizado pelos colaboradores da Saúde Indígena do Polo Base de Dourados, junto aos usuários do SUS de Dourados e Região. Estavam presentes: usuários, trabalhadores de saúde indígena, acadêmicos, residentes HU/UFGD, lideranças indígenas, representantes do Conselho Local de Saúde, Conselho Distrital, Aty Guasu, Assembleia Terena e Assembleia Kinikinauwa, além de

militantes da causa indígena. Nesse evento foi aprovada a “Carta de Dourados”, documento que traz um conjunto de propostas para o aprimoramento da PNASPI e o fortalecimento da SESAI/DSEI/MS na construção de uma atenção diferenciada e qualificada à saúde indígena.

O evento se configurou em um espaço de múltiplas vozes, evidenciado ao observarmos a multiplicidade étnico-cultural de usuários seja entre os Terena, Kaiowá e Guarani da região ou em etnias de outra região como os Kinikinauwa, acrescida pela multiplicidade interna a cada etnia, isto é, além das diferenças do polo inter-étnico, havia, também, diferenças no polo intra-étnico. Nessa esteira, apontamos outras composições heterogêneas como, por exemplo, as dos trabalhadores de saúde indígena com diferenças distintas nas formações disciplinares, nos pontos de vista teórico-práticos em saúde indígena, nos atravessamentos étnico-culturais e nas discursividades de outras ordens como as afinidades e afiliações políticas e religiosas (cristãs e não cristãs) que se sobrepõem, se entrecortam e se interpenetram nesses grupos-sujeitos.

Houve também, nesse espaço, as imersões acadêmicas por parte da RMS e dos professores e alunos dos cursos de graduação e pós-graduação que marcaram presença e colaboraram com os diálogos e, quando não, com a escuta atenta e aprendizagem sobre as diferenças constituintes das múltiplas territorialidades com as quais atuam e convivem.

Esse evento simboliza e, ao mesmo tempo, materializa num espaço-tempo delimitado aquilo que se encontra multiplicado no cotidiano de quem convive nessas territorialidades. Isso porque o evento se constituiu em um texto de infinitas mãos, numa narrativa de infinitas vozes e num espaço de múltiplos corpos-subjetividades. Marcaram presença: o discurso do saber-conhecimento tradicional representado, principalmente, pelas lideranças indígenas; o discurso disciplinar das áreas de conhecimento científico representado, sobretudo, pelos trabalhadores de saúde indígena; o discurso religioso cristão, proferido por líderes religiosos como pastores índios e não índios e, também, o discurso militante pela causa indígena, materializado nos movimentos sociais com seus representantes indígenas e não indígenas, como é o caso das Assembleias Aty Guasu, por exemplo.

O Fórum configurou-se, ainda, como um espaço político de relações e jogos de poder de diversos interesses e intencionalidades na direção das transformações potentes da realidade ou da manutenção e fixidez das relações-realidades instituídas. Nesses espaços cumprem-se realizações coletivo-sociais, embora sempre sujeitas aos interesses individuais. Lugares privilegiados para as promessas que buscam a promoção de “sujeitos da política”¹² e não de “sujeitos de política”, para que permaneçam espectadores de seu próprio drama. Por fim,

¹² Entre aspas as expressões utilizadas pelo Prof. Dr. Esmael Alves de Oliveira na banca de qualificação e aqui reproduzidas, mesmo sendo sua colocação referente a outro ponto do texto, ao qual retomaremos adiante.

citamos a presença incidental de sujeitos-políticos que, mesmo sem envolvimento com a causa indígena, ocupam esses espaços em busca de autopromoção. Não é objetivo deste estudo mensurar quais as presenças comprometidas com o coletivo e quais não as são, mesmo que saibamos que todas existem, ainda que cambiantes em sua dinamicidade espaço-temporal.

Lidamos com metas em variação contínua, por isso o rastreo nos levou até os documentos como pistas e signos de uma processualidade. Não foi como uma busca de informações, a atenção estava aberta, sem foco delimitado e a concentração permanecia sempre em sintonia fina com a temática.

Quando cartografamos esses espaços a percepção utilizada é háptica e não óptica, portanto não vigora o arranjo de figura-fundo, das radiações luminosas, mas a regência perceptiva se efetiva por outras sensações diretas e forças invisíveis que podem ser sentidas pela textura, pressão e vibração. Na percepção háptica exploramos aleatoriamente, de maneira assistemática, o terreno com movimentos de passe e repasse, com receptividade permanentemente ativa, até sermos tocados por algo, uma rugosidade, um elemento perturbador exógeno. “Não é o movimento que explica a sensação, mas, ao contrário, é a elasticidade da sensação que explica o movimento” (Deleuze, 1981 apud Passaos, Kastrup & Escóssia, 2009).

Era hora de pouso, de realizar um *zoom* e fazer uma parada. Um novo território se (re)configuraria a partir de então. Temos nos documentos de domínio público uma janela como espaço de referências, porém não nos limitamos a isso, pois como toda fronteira, as fronteiras da atenção também são móveis. Não nos furtamos ao reconhecimento atento, sem pretender definir um objeto acompanhamos o processo, como se disséssemos: “vamos ver o que está acontecendo”. E, nesse gesto de reconhecimento atento, estabelecemos o ponto de intercessão entre percepção e memória (Passaos, Kastrup & Escóssia, 2009, p. 45).

3.2 Histórias, registros e escritos: reprisando os traços-tessituras da memória cartográfica da RMS e costurando com as significações da Carta de Dourados e da PNASPI.

Como propõem Deleuze e Guattari (1997), pensamos a cartografia como *performance* e não como competência. Desta forma buscamos compor por incontáveis mãos os restos arqueológicos e fazer emergir o que já existia enquanto virtualidade e atualizar a existência daquilo que se chama ADSI.

Estamos diante do rizoma e a cartografia surge como um de seus princípios, uma experimentação do real. Neste mapa móvel não existe uma mesma entrada e um único sentido. “São múltiplas as entradas em uma cartografia [. . .]” e, por isso, optamos aqui por entrar,

também, pela via documental. Não é uma entrada pela margem do rizoma, muito menos pelo seu centro, pois o rizoma não possui nem um, nem outro. É apenas uma entrada na busca de explorar um concentrado de significações, não do mesmo, do já dito, mas do que deriva das relações de saber e de poder (Passos; Kastrup & Escóssia, 2009, p.10).

A aposta é na experimentação do pensamento, na reversão metodológica. O *metá-hódos* ou meta para a pesquisa ou caminho predeterminado, dá lugar ao *hódos-metá* da cartografia. Um método a ser assumido e experimentado como atitude e não para ser aplicado, ressignificando o rigor sem, entretanto, abrir mão deste (Idem).

Como o caminho determina as metas - *hódos-metá* - não predeterminamos a totalidade de procedimentos a serem adotados como métodos. O que temos são pistas oriundas de documentos de domínio público, produzidos em termos de micro/ macropolítica, e memórias cartográficas das vivências na RMS. Essas pistas nos guiam como referência, mas é mantida a atitude de abertura ao que vai sendo produzido no caminhar da própria pesquisa, sem fixar o olhar sobre uma realidade estática e imutável, reavivando a dinamicidade do processo-pesquisa. Em outras palavras, procuramos cartografar as experiências micro/macropolíticas em Saúde Indígena, com compromisso e interesse na transformação da realidade.

Assim, a cartografia social aqui descrita liga-se aos campos de conhecimento das ciências sociais e humanas e, mais que mapeamento físico, trata de movimentos, relações, jogos de poder, enfrentamentos entre forças, lutas, jogos de verdade, enunciações, modos de objetivação, de subjetivação, de estetização de si mesmo, práticas de resistência e de liberdade. Não se refere a método como proposição de regras, procedimentos ou protocolos de pesquisa, mas, sim, como estratégia de análise crítica e ação política, olhar crítico que acompanha e descreve relações, trajetórias, formações rizomáticas, a composição de dispositivos, apontando linhas de fuga, ruptura e resistência (Prado Filho & Teti 2013, p.47).

Cartografar nos permite submergir não no território morfológico ou geométrico, mas na geografia dos afetos, (co)produzindo pontes de linguagem que possibilitam sua travessia. Permite, ainda, embarcar nas constituições territoriais existenciais e de realidade, apropriar de tudo que pede passagem, precisa ser cartografado e esteja de acordo com os limites do próprio cartógrafo e, em uma atitude (des)provida de qualquer preconceito, permite também mergulhar de corpo e língua no campo social e nas relações nele existentes, engolindo e devorando as linguagens que possam compor sua cartografia, dentro do tempo e espaço existentes (Rolnik, 1989; 1998).

Nesse sentido o cartógrafo munir-se-á de um “olhar de estrangeiro”, aberto às possibilidades oferecidas pelo campo, descrevendo os novos caminhos e trajetos daí oriundos. Sem “carregar”, ou melhor, - como nos lembra Prof. Dr. Esmael Alves de Oliveira em sua explanação na qualificação deste trabalho -, sem “utilizar-se” de princípios de “colonizador”, pois estes trazem consigo uma bagagem repleta de valores e mapas preestabelecidos, tantas

vezes impregnados de preconceitos, racismos e fascismos (Prado Filho & Teti, 2013). A reflexão daí provocada se refere, como a compreendemos, ao fato de ser imponderável a possibilidade de carregarmos determinados princípios que frequentemente são colonizadores. O que nos toca ou deveria nos tocar é exatamente o que fazemos diante disso. Corremos o risco de nos enganar pela ilusão de não sermos atravessados e afetados por tais princípios, por isso atribuímos o caráter de processualidade ao próprio movimento descolonizador no qual nos apoiamos.

Assim, nos propomos a um lançamento no cenário existente, ou seja, na Atenção à Saúde Indígena no Polo Base de Dourados e seus atores, por meio de uma postura crítica e comprometida com a Atenção em Saúde pretendida e entendida como necessária. Para isso vamos problematizá-la considerando seus espaços, sua historicidade e seu presente, inseridos e disponíveis juntos aos demais, para as transformações. Outrossim:

[. . .] a cartografia serve como método e instrumento ligados à problematização de uma história do presente, na medida em que possibilita uma crítica do nosso tempo, permitindo também enfrentar enunciações, modos de sujeição e resistir a jogos de objetivação x subjetivação que fazem de nós aquilo que somos (Prado Filho & Teti, 2013 p. 51).

Neste sentido, após acompanhar o evento público com a participação da comunidade indígena – I Fórum Estadual de Saúde Indígena - e tomar conhecimento do material nele produzido, a chamada “Carta de Dourados”, optamos por articulá-la às Políticas Públicas que a orientam, em especial a PNASPI, compondo assim o arquivo que, costurado com as memórias cartográficas a partir da experiência na RMS, será analisado.

3.3 Entre a poeira dos arquivos e a poeira dos caminhos: a presença da terra no corpo-linguagem do trabalhador de saúde indígena.

O arquivo analisado é entendido como horizonte geral, como núcleo agregador das formações discursivas no alcance do campo enunciativo para análise das positivities. Isto é, “a lei do que pode ser dito, o sistema que rege o surgimento dos enunciados como acontecimentos singulares” (Foucault, 1986, apud Gregolin, 2004, p. 41). Lei que faz com que as coisas apareçam em meio a um jogo de relações, sistema regente daquilo que aparece, da enunciabilidade, do funcionamento, da tradição e esquecimento, onde os enunciados subsistem e se modificam ao mesmo tempo, se constituem e se transformam (Foucault, 1986 apud GREGOLIN, 2004).

Demonstra-se assim, que não se trata de algo da ordem do físico-estático, mas de algo atuante nas mais diversas produções da realidade que, em nosso caso, versa sobre saúde. Assim,

a ADSI confere nosso incidente-crítico, como apontado por Galindo e Rodrigues (2014), posto que, salienta as controvérsias existentes e as possibilidades de transformação ou até mesmo de afirmação da ordem em vigor.

Neste sentido, compreendemos as produções de saúde como produções sociais que, por sua vez, são compostas e compõem produções discursivas, sendo a Análise do Discurso parte do caminho metodológico para o nosso trabalho. A Análise do Discurso e da conversação não é uma abordagem neutra ou isolada sociopoliticamente, mas promotora de crítica comprometida ética e politicamente (Ibáñez, 2004).

Deste modo, a linguagem não é compreendida como uma roupagem que nossas ideias se utilizam para se tornarem visíveis aos demais, como pretendia a “filosofia da consciência” desde René Descartes. É, sim, produtora do pensamento e da própria realidade, isto é, sua propriedade performativa na qual os enunciados criam e modificam os estados das coisas, constitui atos de linguagem, como propunha, entre outros filósofos de Oxford, John Austin. Logo, na Análise do Discurso considera-se a linguagem em termos de ação e atividade sobre as coisas e não apenas como sua representação. “A linguagem não só nos diz como é o mundo, ela também o institui; e não se limita a refletir as coisas do mundo, também atua sobre elas, participando de sua constituição” (Ibáñez, 2004, p. 39).

Desta maneira, desprezar os arquivos por considerá-los da ordem do imóvel catalizador de poeira, como se isso os tornasse menos importante, é incorrer em erro, pois os compreendemos para muito além disso - tanto o arquivo, como a poeira -. Isto é, sopesamos não apenas pelo que estamos apontando até aqui sobre a performatividade da linguagem materializada no discurso e que ganha vida, muitas vezes, através desses registros. Mas, sobretudo, percebemos seu valor por estarmos inseridos em outras territorialidades, onde a poeira não é da ordem do desprezível, e sim parte constituinte das condições de vida dos grupos-sujeitos da pesquisa-atuação em Saúde Indígena. A poeira não está na marca do imóvel, ao contrário, está na marca da mobilidade e do caminhar pelo território de saúde em contato com a terra. Portanto, o trabalhador de Saúde Indígena está familiarizado e marcado pela poeira que vem da terra, sobretudo aquele que caminha no movimento contra-colonial.

O discurso biomédico higienizador da poeira como sujeira perde força nos encontros com a alteridade indígena, pois conter terra no corpo-texto não é uma carência higiênica e sim uma potência humana. Um é parte integrante do outro, não se dissociam, são sempre complementares, formam o corpo-texto-terra.

Lembramos, como aponta Spink e Frezza (2013), sujeito e objeto são entendidos como construções sócio-históricas. Remetendo a verdade à esfera da ética, rompemos com o habitual,

desfamiliarizamos concepções naturalizadas e estranhamos o instituído. Permanecemos atentos ao processo de objetivação da sociedade humana que se centra na linguagem, em práticas discursivas em termos de função, construção e variação.

Portanto, seja no que se refere à construção de sentido no cotidiano ou em vias documentais, ambos configuram práticas discursivas e representam um caminho privilegiado e um empreendimento coletivo e interativo nos quais conceitos norteadores são elaborados à compreensão e manejo das situações e fenômenos a sua volta. “A compreensão dos sentidos é sempre o confronto entre inúmeras vozes” (Spink & Medrado, 2013, p. 27).

Documentos de domínio público se tornam possibilidades de análise para nosso estudo, pois compõem o campo-tema que nos inserimos. São parte de uma rede heterogênea de actantes¹³ que circulam e se tencionam na produção do tema e nos permitem acessar os sentidos em movimento (Spink, Ribeiro, Conejo & Souza, 2014).

Neste processo cartográfico, encaramos o vazio da desconfiança nas construções textuais da história colonial sobre a Saúde Indígena, o que revela outra dimensão a seu respeito, isto é, exploramos um Terceiro Espaço de enunciações, fundamental para a articulação da diferença e do hibridismo da cultura, “[. . .] temos a possibilidade de evitar a política da polaridade e emergir como os outros de nós mesmos” (Bhabha, 1998, p.69).

¹³ Texto escrito em coautoria com Madeleine Akrich e Bruno Latour (1992) afirma que um “actante” é qualquer coisa que atue ou modifique a ação” (Spink, Ribeiro, Conejo & Souza, 2014, p.324).

4 SABERES TRADICIONAIS E A VONTADE DE SABER

Nesta seção, iremos abordar os saberes tradicionais e a vontade de saber com base nas produções discursivas e territorialidades da Saúde Indígena. Entendemos os saberes tradicionais não apenas como conhecimentos presos no passado ou enclausurados em costumes fixos, mas em sua dinamicidade e potência criativa. Buscamos demonstrar como essa dinamicidade potente pode ser interditada e excluída do espaço-tempo de Saúde Indígena pela vontade de verdade ou vontade de saber pautada em uma ordem discursiva ocidental moderna eurocêntrica.

A vontade de saber investida muitas vezes da prepotência de ser universalmente eficaz denomina-se ciência enquanto campo de conhecimento em distinção das demais formas de saber. Assim, a partir de seu sistema de inclusão e exclusão, e sua rigidez, o campo científico moderno ocidental se mantém no verdadeiro (que ele mesmo criou), mesmo quando confrontado pela própria verdade. Com isso, cria-se “monstros verdadeiros”, que por vezes dizem a verdade, mas que não estão no verdadeiro. Assim, busca reatualizar o verdadeiro a partir da mesma ordem discursiva, independentemente de estar apoiada em erros disciplinados.

Tem como base a lógica do pensamento abissal, caracterizado por um sistema de distinção visível e invisível. Deste modo, os saberes em disputa deste lado da linha abissal das fronteiras em saúde, como as disciplinas acadêmicas (visíveis), muitas vezes invisibilizam os saberes tradicionais indígenas, que permanecem do outro lado da linha como epistemologias desperdiçadas.

Apontamos ainda que esta vontade de saber, pode ser potente e criadora de novas realidades e mundos, caso seja subvertida a ordem discursiva moderna ocidental, tão marcada pelo pensamento abissal. Com isso, buscamos demonstrar as possibilidades de deslocamentos e da construção de uma ecologia de saberes pautada num pensamento pós-abissal. Tendo claro que essa construção não representa um lugar fixo, como se houvesse vitória final, mas como uma forma de saber-fazer-com em saúde que se reatualiza constantemente.

4.1 Paciente indígena “evadiu-se” do hospital: a mudança de itinerário terapêutico representado como fuga.

Iniciamos nosso diálogo recorrendo a Foucault (2003) que destaca a ligação entre discurso, desejo e poder a partir das interdições que os atingem. O discurso não traduz apenas lutas ou sistemas de dominação, mas é exatamente “aquilo por que, e pelo que se luta” (p. 10).

Nesse sentido, diante de um sistema histórico de exclusão, portanto, institucionalmente constrangedor, desenha-se a nossa vontade de verdade ou a vontade de saber.

Essa vontade de verdade é apoiada por um suporte institucional e um conjunto de práticas, principalmente pelo modo de aplicação, distribuição e atribuição de um saber. Assim, simultaneamente, existe o discurso de verdade e a palavra proibida. Essa vontade de verdade imposta não pode deixar de mascarar a própria verdade que pretende buscar, porque a percebemos como rica, fecunda e universal, sem reconhecê-la...

Como prodigiosa maquinaria destinada a excluir todos aqueles que, ponto por ponto, em nossa história, procuram contornar essa vontade de verdade e recolocá-la em questão contra a verdade, lá justamente onde a verdade assume a tarefa de justificar a interdição [. . .] (Foucault, 2003, p.20).

Neste sentido, a ADSI se configura mediante as Políticas Públicas, em especial a PNASPI, como uma estruturação proposta com base nos DSEIs visando garantir o acesso universal e integral à Saúde. Assim, as necessidades a serem atendidas devem estar de acordo com as demandas levantadas pela própria comunidade, contando com sua participação no planejamento, execução e avaliação, isto é, em todo o processo e nas ações de saúde (Brasil, 2002).

Fala-se, então, em um encontro de diversas concepções de mundo, entre indígenas e não indígenas, entre saberes tradicionais e ocidentais de Saúde. Isso porque falamos de um campo do saber, do dito conhecimento científico que determina, em termos ocidentais, a Saúde que, por sua vez, é composta por diversas disciplinas, como princípio de limitação que inclui e exclui o que deve ou não pertencer ao seu conjunto (Foucault, 2003).

Dentre essas disciplinas podemos citar a Medicina, a Enfermagem, a Nutrição e a Psicologia entre outras que, em maior ou menor grau, participam das intervenções em Saúde voltadas aos povos indígenas, cada uma com seu arcabouço teórico e prático. Segundo nossa vontade de saber em Saúde, faz-se necessário, portanto, estar na ordem do discurso disciplinar. Cabe-nos questionar a qual disciplina pertence a Atenção Diferenciada. O que é a Atenção Diferenciada à Saúde dos Povos Indígenas? Por que é necessário o predicativo “diferenciada” se estamos tratando de atenção?

A PNASPI em sua introdução afirma: “A *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais*”. Deste modo, a PNASPI tem como característica a “integração” à Política Nacional de Saúde, ao mesmo tempo em que “reconhecem suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais”. Reconhecer

as especificidades, característica daquilo que se presume como Atenção Diferenciada à Saúde, está condicionado à “integração” a um sistema político e de saber ocidental. Como mencionado por Diehl, Langdon e Dias-Scopel (2012) a “atenção diferenciada é apresentada diversamente por noções de ‘articulação’, ‘integração’ e ‘incorporação’ das práticas tradicionais” (p.827).

Contudo,

As noções de integração e incorporação submetem as práticas tradicionais à determinação de eficácia medida pela epistemologia biomédica, implicando uma fragmentação instrumental dos sistemas indígenas de saúde, selecionando somente aquelas práticas comprovadas cientificamente (Diehl, Langdon & Dias-Scopel, 2012, p. 827).

No contexto da Saúde Indígena prevalece a ciência positivista biomédica, colocando os saberes tradicionais sob seu enalço, isto é, a eficácia desses últimos é inexistente aos olhos dos sujeitos-disciplinares, até que possam ser medidos e validados pelos critérios da racionalidade científica. Cria-se assim, uma hierarquização arbitrária e uma tentativa de subordinação do saber tradicional ao saber ocidental, no entanto isso não se reflete por inteiro na prática, pois outras concepções tencionam a racionalidade científica que se posiciona como única nas intervenções em saúde.

Um exemplo disso são as “evasões” do hospital por usuários indígenas. Uma indígena explica: *“porque eles fazem isso? Porque já estão muito tempo tomando remédio e Nomboguerai - nada resolve. Vai atrás de remédio tradicional”*. Nesse enunciado, a interlocutora indígena não apenas justifica as “fugas” dos hospitais por parte dos(as) indígenas, mas demonstra uma grande variação de sentido e de significação atribuída a um “remédio” qualquer que, nesse caso, se trata do administrado no hospital. O remédio tradicional vai além da legitimação da racionalidade científica, pois está inscrito em outra ordem discursiva, a ordem tradicional Guarani e Kaiowá. Sua terapêutica e ação nunca são apenas biológicas porque não há corpo deslocado da espiritualidade. Por isso, de modo geral, as terapêuticas associam intervenções materiais e espirituais que pretendemos explicar melhor adiante. Por ora, vamos reverberar o questionamento da interlocutora indígena: *“Qual é a comprovação científica sobre isso?”* ao provocar e questionar a racionalidade que se posiciona como superior.

Faz-nos ver não a evasão do contexto hospitalar, mas a mudança do itinerário terapêutico por parte dos usuários indígenas que, por muitas vezes, não encontram suas necessidades atendidas nas instituições-intervenções ocidentais. E dificilmente serão, visto que suas necessidades não são legitimadas por carecerem da tal *“comprovação científica”*.

Logo, o próprio reconhecimento necessita das *“determinações das Leis”* e do enquadramento disciplinar para que possa fazer parte dessa relação. O que é então Atenção Diferenciada? Presume o fetiche da diversidade ou marca a diferença enquanto possível?

Isso demonstra a nossa sociabilidade dominante que não reconhece o outro como Outro, bloqueia a alteridade e permanece ávida pela conquista. Desde a ‘descoberta’ ainda nos orientamos a conquistar, mantendo o outro em um lugar encoberto e com ele suas “*especificidades étnicas e culturais*”. Isso nos demonstra que “não ‘descobriram’ o outro na ‘descoberta’ da América” (Martins, 1993, p. 19). Há, portanto, a captura do duplo sentido que temos da vida e que nos habita (eu-outro) e por que não de saúde, visto que nosso saber e fazer são barrocos, assim como nossa sociedade, frutos de nossa herança ibérica. “O barroco está em todas as partes, sempre, nos próprios e pequenos gestos cotidianos, até mesmo na revolução” (p.23).

Compreendemos que “integrar” é fazer parte de algo, mas algo que está previamente posto, dado, aprisionado na vontade de saber que o constitui e que apesar de se abrir às possibilidades de transformação, carrega mais fortemente a possibilidade de adaptação ao que está instituído, isto é, tende à manutenção das relações já existentes. Portanto, parece-nos ser preciso integrar, entrar na ordem discursiva para poder existir.

4.2 Agente Indígena de Saúde: elo-continente entre trabalhadores de saúde e comunidade indígena.

Falamos, até aqui, de relações de poder que pela “*Lei nº 9.836/99, de 23 de setembro de 1999, [...] estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS*”. O prefixo “Sub” merece destaque, pois indica movimento de baixo para cima, de inferioridade. O lugar ou posição da “Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS” diz de uma subordinação das “*especificidades étnicas e culturais*” às práticas implementadas pela política ocidental. Assim, o modelo “*complementar e diferenciado*” estará sempre submisso a um modo de organização que não é o seu.

Afirma o texto da política: adotar “*medidas que viabilizem o aperfeiçoamento do funcionamento e a adequação da capacidade do Sistema*”, dizendo de algo a ser mantido e apenas aperfeiçoado em seu funcionamento, para que se adéque à capacidade do Sistema. Essa capacidade indica uma maior ou uma melhor cobertura do Sistema, a partir do Subsistema? A qualidade ou a quantidade estão em questão?

O que indagamos neste ponto é sobre o desejo de sistemas, característica da nossa sociedade e do nosso fazer em saúde ocidental. A “*adequação da capacidade do sistema*” diz apenas de um estado da política, que potencializa e extrapola a capacidade de controle

biopolítico e não de um espaço político capaz de inventar liberdade e ‘acolher alteridade’ (Souza Filho, 2008, p. 25).

Em outras palavras, aquilo que a Política propõe como “*aperfeiçoamento do funcionamento e adequação da capacidade do Sistema*” não deixa de excluir modos de ser exteriores aos parâmetros estabelecidos para essa composição sistêmica. Assim, retomamos a noção de disciplina para pensar a composição desse Sistema e percebemos a micropolítica do poder sendo exercida em hierarquias de saberes (tradicional e científico) e, também, entre as profissões de saúde que compõem mecanismos de vigilância e serialização percebidos nos limites institucionais quando, por exemplo, a(o) Agente Indígena de Saúde (AIS) representa “a ponta” na rede de atenção e é representado pelos outros trabalhadores como “nossos olhos”, ligando-se ao *panopticon* em termos biopolíticos (Foucault, 1984 apud Souza Filho, 2008).

Isso se contrapõe à proposta inicial da política, na qual as(os) AISs representam um ponto central nas estratégias de promover uma Atenção Diferenciada em saúde, mediando os saberes tradicionais indígenas com o saber médico-científico e constituindo a conexão entre as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e a comunidade (Brasil, 2009).

Contudo, relata um colaborador em espaço público de diálogo: “*técnicos e agentes indígenas de saúde são desrespeitados, excluídos de reuniões e isso não vamos admitir.*” Essa fala sinaliza que considerar a(o) AIS apenas os olhos da equipe enquanto dispositivo de controle configura um movimento de captura, pois esses olhos deveriam estar envolvidos com o cuidado à alteridade, e não à sua vigilância. Para isso, as hierarquizações das profissões e disciplinas vivenciadas por esses trabalhadores precisariam ser abolidas. Caso contrário, permanecerão os desusos da função elementar que a(o) AIS deveria exercer, em razão da inviabilização da mediação entre EMSI e comunidade. Sua (particip)ação nas reuniões é imprescindível.

Isso acarreta outra consequência desconhecida aos olhos da maioria, mas percebida em uma Roda de Conversa com as AISs em uma das UBSs que atuamos. Segue seu relato: “*a comunidade não entende que tem muita coisa que não podemos fazer, dar remédios na hora, que precisa da receita do médico para conseguir, outro profissional para aplicar, um técnico. A gente faz o que pode, remédios caseiros, um chá, principalmente quando é final de semana e não tem nada aberto. Mas querem o do médico, se não já acha que a gente não quer fazer, mas não podemos, não é nossa função. Por isso muita gente está fazendo cursos na área da saúde para poder fazer mais coisas*”.

O AIS vive uma dupla tensão em sua atuação: a cobrança da comunidade pela terapêutica ocidental e a inviabilidade dessa oferta pela falta da formação acadêmica de saúde, provocando a ocupação de lugar de menor prestígio na equipe. Essa depreciação está marcada

pela hierarquização entre o saber tradicional e o saber ocidental. O primeiro saber não é valorizado e sim desperdiçado por parte dos trabalhadores de saúde que elevam os saberes ocidentais que são de menor domínio para os(as) AIS. Esse discurso atravessa o cenário de saúde e a comunidade cobra uma terapêutica ocidental não indígena das(os) AISs, porque compreende ser esse o papel desses trabalhadores. Isso dificulta, sobremaneira, o exercício da ADSI, pois a mediação entre o saber tradicional e o científico se torna inviável, visto que o primeiro não encontra lugar nessa relação.

Aqueles(as) colaboradores(as) da saúde que funcionariam como elo entre a comunidade e a EMSI para a implementação de uma ADSI acabam por funcionar como continente das demandas tanto da EMSI quanto da comunidade. Demandas essas configuradas por um privilégio às práticas ocidentais em detrimento às práticas tradicionais.

Vale destacar que a inserção e formação em cursos técnicos e de graduação em saúde não significam, necessariamente, um problema à implementação da ADSI pois, como foi dito, tentamos escapar dos binarismos, portanto, não é um ou outro, mas sim os diferentes saberes articulados na Atenção à Saúde. Assim, nossa reflexão neste ponto está relacionada à hierarquização e à relação assimétrica existentes entre os saberes na Atenção à Saúde Indígena em ato que acarretam, inclusive, a necessidade de capacitação e especialização em uma das áreas de atuação em saúde aos moldes disciplinares e não o oposto, que seria a apropriação das práticas e saberes tradicionais por parte dos colaboradores de saúde que assentam suas práticas, exclusivamente, na formação acadêmica ocidental. A lógica biomédica e medicalizante ganha força desproporcional frente à lógica da saúde-terra, ou seja, torna-se a opção mais plausível quando consideramos a dificuldade de se encontrar os remédios do campo – *pohãnhupegua*, da mata – *pohãkaaguy* e do brejo – *pohãpiro 'y*.

4.3 Do estereótipo às especificidades: Atenção em Saúde diferenciada como possibilidade de aplicação dos princípios e diretrizes do SUS.

Para a PNASPI, o exposto acima sobre o aperfeiçoamento, a adequação do funcionamento e a capacidade do Subsistema tornariam "*factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social*". Até a data da publicação (da PNASPI) fica reconhecida a não realização e/ou a ineficácia da aplicação desses princípios na Atenção à Saúde Indígena. Isso torna reconhecida a necessidade de uma "*Atenção em Saúde diferenciada*" para sua efetivação,

porém sem uma definição precisa. “Entendemos que não há discussão nem definição clara do conceito de Atenção Diferenciada” (Diehl, Langdon & Dias-Scopel, 2012, p.827).

A falta de clareza e a imprecisão parecem não ter sofrido maiores deslocamentos até o momento, posto que esse conceito foi utilizado como tema central do I Fórum Estadual de Saúde Indígena do Mato Grosso de Sul: “*Resgatando e fortalecendo diálogos: pela consolidação de uma saúde diferenciada aos povos indígenas*”. A expressão “*pela consolidação*” indica uma Atenção em Saúde aquém da pretendida por seus colaboradores, provavelmente percebida como não consolidada.

Logo se afirma esta forma diferenciada na PNASPI: “*levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos*”. Ao indicar “*levando-se em consideração*” aponta a necessidade de uma análise e reflexão profunda sobre quais são as “*especificidades culturais*”, ainda mais considerando a grande diversidade étnica entre os povos indígenas, sobretudo nesse Polo Base. Tal consideração significa, por exemplo, reconhecer como apontado por Meliá (1989) nos povos Guarani e Kaiowá um povo animicamente em êxodo, que caminha sem se desenraizar, pois na sua busca profética de “a terra sem mal” mantém os pés no chão. A esse povo não é possível a permanência em cativeiro como requerem os discípulos dos bandeirantes e encomendeiros desde o apocalipse colonial.

Mantemos longe a idealização que aloca os povos Guarani e Kaiowá nesta noção de busca profética pela terra sem males, pois, como dissemos, não há um lugar fixo da cultura em que se possa generalizar arbitrariamente sobre o modo de ser de um povo. Buscamos aqui apenas dimensionar a complexidade da “*consideração às especificidades culturais*”, visto que, de alguma forma, fez ou faz parte da subjetividade Guarani e Kaiowá.

Isso se traduz nos dias atuais não apenas no confinamento em reservas, mas na “guerra entre messias” (Meliá, 1989, p. 297). Esse antagonismo se dá não apenas entre a religião indígena e religião cristã, mas também nas suas concepções de saúde, pois enquanto para os indígenas as dicotomias entre espiritualidade e corpo que adoecem são inexistentes, para os não índios é ainda insuperável, desde René Descartes e os chamados tempos modernos (Bauman, 1998; 2004; 2008).

Assim, afirma Seraguza (2013) “O corpo é o palco do combate: entre humanos e não humanos, entre o ‘eu’ e o ‘outro’, entre o xamanismo e a feitiçaria, cena máxima da alteridade não controlada, pois o feiticeiro é sempre o Outro” (p. 130), indicando a relação entre aspectos espirituais e de saúde para estes povos.

Ainda nesse ponto, Meliá (1989) demonstra que a palavra é tudo para o povo Guarani e tudo é a palavra, expressa por seus mitos, cantos e ritos, ou seja, é a experiência religiosa que

compreende sua Psicologia, Sociologia e Teologia. Esta palavra não faz parte de um cerimonial que a permite ser repetida, hino fixo de valor dogmático, mas a palavra profética é única, proferida nos ritos de sua tradição. “É sempre em função da palavra inspirada que o Guarani cresce em sua personalidade, em seu prestígio e até em seu poder, seja este um poder político, mágico ou ambos juntos, o que costuma ser o mais comum” (p.315).

Percebemos ser justamente essa a palavra que se busca interditar, silenciar nos espaços de saúde garantidos via política pública e, portanto, sob a égide biomédica ocidental. Assim, a “*consideração às especificidades culturais*”, não deixa de estar marcada por uma vontade de saber que não a “*considera*”.

O *Nhanderu* e a *Nhandesy* (nosso pai e nossa mãe) são seus dirigentes rituais, têm os cantos que estão a serviço da parentela, o que não significa ser um cargo ou uma profissão, no entanto curam doenças e falam profeticamente aquilo que é e o que será, recordando relatos tradicionais míticos. Assim, possuem papel fundamental nas ações de saúde para esses povos. Porém, essa qualidade não se restringe a eles, pois todo Guarani - uns mais outros menos - contém a reza ou profecia. Deste modo, não são práticas de exclusividade ou privativas ao xamã, mas sim de todo o povo, deste modo, não se deve confundi-lo a uma classe sacerdotal (Melià, 1989).

Os rituais e seus atores permanecem encobertos na formação discursiva que concebe saúde nos moldes ocidentais que dizem de uma “*consideração*” a tais especificidades, mas que por suas regras disciplinares não as contempla, pois não preenchem as complexas exigências requeridas para compor o grupo de uma disciplina de Saúde.

Portanto, os saberes tradicionais e seus praticantes indígenas ou não indígenas (como é o caso de alguns colaboradores de saúde) podem estar dizendo a verdade, mas não estão “no verdadeiro” do discurso da saúde biomédica ainda predominante. Permanecem como monstros verdadeiros, enquanto os erros disciplinados se fazem presentes sob o encaixo da polícia discursiva (Foucault, 2003).

A leitura sobre a “*especificidade epidemiológica*” requer também uma análise dos fatores que influenciam os dados quantitativos encontrados, porém percebe-se muitas vezes a colagem superficial de tais fatores às especificidades culturais dos povos indígenas. Exemplos são as mazelas que afetam os povos indígenas, mas também ocorrem com os não indígenas, tornando-se exclusividades dos primeiros mediante as posturas catalogadoras depreciativas: suicídio, alcoolização e violência física e sexual, entre outras.

Sobre isso, reflete uma colaboradora indígena: “*a discriminação está aumentando. O vilão é sempre o índio. A mídia só mostra o que de ruim acontece. Será que não estamos*

falhando em mostrar o que de bom acontece?” Esse aumento de discriminação pejorativa é reflexo do realismo radical constitutivo de uma linguagem, pensamento e visão que designa, aponta, nomeia e fixa o Outro e a alteridade como algo conquistado ou simplesmente como representante fiel da realidade. O processo de subjetivação via discurso colonial encontra seu recurso primário na construção do estereótipo (Bhabha, 1998; Said, 2007).

Sinaliza-se a necessidade de desconstrução desse estereótipo do discurso colonial do indígena “vilão” sem, contudo, cair na armadilha de construir e fixar a imagem oposta de vítima incapaz e carente de heróis, uma das formas de expressão do que a Profa. Dra. Simone Becker nomeou como “colonização às avessas”¹⁴.

Faz-se necessário, portanto, abandonar os absolutismos e olhar para além da falta, produzindo novas tessituras, isto é, “*mostrando o que de bom acontece*”, especialmente sobre as potências existentes entre os colaboradores de saúde indígena e comunidade, como se tem procurado demonstrar ao longo desse trabalho.

Ainda na esteira desta análise, as “*especificidades operacionais*” dizem de como se operam e como se desenvolvem na Atenção em Saúde para os povos indígenas e como o desafio de aproximação ao seu modo de ser é compreendido, já que os colaboradores nem sempre estão dispostos ou autorizados por sua disciplina a fazê-lo.

Emergem daí os sentidos da proposta da Carta de Dourados: “*Criar estratégias e ações que promovam diálogo entre os diversos atores (rezadores, parteiras, lideranças tradicionais, Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena, gestão e outros) visando atendimento em saúde com práticas interculturais*”. A necessidade de promoção do diálogo sinaliza uma indisposição de alguns atores, no entanto diz mais que isso: por mais que a ordem discursiva busque interditar alguns discursos por não estarem no verdadeiro, eles (r)existem por sua insubmissão a essa ordem discursiva. Evidentemente, sem todos estes atores não há práticas interculturais, portanto não há ADSI.

4.4 Os grandes projetos de desenvolvimento e a sedentarização compulsória: negando o ñanderekókatú e o ñandékomarangatu.

A PNASPI se propõe a “*Desenvolver e fazer uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços*”. A princípio, sugere o reconhecimento de que as formas ocidentais e suas tecnologias não são apropriadas

¹⁴Esta expressão foi utilizada na avaliação preliminar desta dissertação, em agosto de 2017.

para essa atuação, porém não fala de todas formas ocidentais, mas apenas das convencionais, demonstrando que mesmo havendo desenvolvimento e uso de tecnologias para que sejam apropriadas, devem estar dentro dessa ordem ocidental, deixando apenas de ser convencional. Como demonstra Foucault (2003, p.35) para nos encontrarmos no verdadeiro é preciso continuar “obedecendo às regras de uma ‘polícia’ discursiva que devemos reativar em cada um de nossos discursos”.

Repare o(a) leitor(a), que deixamos escapar um trecho dessa introdução à política que se faz fundamental para a compreensão de nossa análise, referente a afirmação de garantia a “*seus direitos territoriais*”. Seria, de fato, salutar a garantia que é compreendida como um direito negado, representado pelas inúmeras demarcações a serem efetivadas¹⁵. Entretanto, convidamos o leitor a pensar, sobre o prisma da relação entre a vontade de saber ocidental e os saberes tradicionais indígenas, o que é território?

Já mencionamos em outro ponto deste trabalho a divergência entre as acepções dessa concepção¹⁶, e aproveitamos para adentrar nos antecedentes da política que versa sobre a dizimação das populações indígenas, assim postos na PNASPI: “*No Brasil, a população indígena, estimada em cerca de 5 milhões de pessoas no início do século XVI, comparável à da Europa nesta mesma época, foi dizimada pelas expedições punitivas às suas manifestações religiosas e aos seus movimentos de resistência, mas, principalmente, pelas epidemias de doenças infecciosas, cujo impacto era favorecido pelas mudanças no seu modo de vida impostas pela colonização e cristianização (como escravidão, trabalho forçado, maus tratos, confinamento e sedentarização compulsória em aldeamentos e internatos)*”.

Nesse ponto, a colonização e a cristianização impostas aos povos indígenas, mediante “*expedições punitivas*”, aparecem como fatores centrais na produção de “*doenças infecciosas*” e “*mudanças no seu modo de vida*”. Acontecimentos de consenso em termos de registro histórico ontológico, contudo no enunciado emergem como de características exclusivas do século XVI, recuperando no parágrafo seguinte a existência de “*situações regionais de conflito*” “*até hoje*”, sobretudo, pela “*posse da terra, exploração de recursos naturais e implantação de grandes projetos de desenvolvimento*”.

¹⁵ No dia 20/07/2017 voltamos ao texto antes de enviá-lo para a banca de qualificação para registrar como “seus direitos territoriais”, junto a tantos outros, estão em risco de acordo com nosso cenário jurídico-político atual. Fomos, então, surpreendidos com a desastrosa notícia publicada como nota à imprensa no site da Advocacia-Geral da União (AGU) <http://www.agu.gov.br/> de que, na data de (19/07), o Presidente da República no (des)uso de suas atribuições aprovou Parecer que paralisa a demarcação das terras indígenas que estavam em andamento. Disponível em: http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id_conteudo/578608.

¹⁶Retornar a seção 2.5 Quem são eles ou quem somos nós? Mais precisamente às páginas 39 a 42.

Fica exposto que o problema não é nacional como fora em meados do século XVI, agora é regional, localizado. A função enunciativa parece estar eximindo o Estado/União dessa problemática, pois o texto está escrito no tempo verbal do pretérito. Justamente o Estado com função constitucional de demarcar as terras indígenas tem sido o maior responsável por tais conflitos, como aponta Araújo (2006), em termos de violação dos direitos territoriais indígenas. A autora entende o direito à terra - garantido pela Constituição Federal de 1988 em seu artigo 231 parágrafo 1º - como essencial à garantia dos demais direitos indígenas. Essas violações são explicadas por meio da afirmação do não cumprimento daquilo que está escrito.

Isso nos faz questionar: não se cumpre o que está escrito ou o que está escrito não cumpre com os objetivos almejados em termos de garantia de direitos? Não dispomos de recursos para afirmações neste sentido, mas pretendemos produzir aproximações que possam contribuir para uma melhor compreensão durante este trabalho.

Por enquanto nos cabe questionar para onde apontam os “*grandes projetos de desenvolvimento*”, quem são seus beneficiados e quais seus efeitos, e não apenas em termos econômicos. Isso porque a ideia de desenvolvimento circulante diz de algo positivo, “bom para todos” e que em nosso caso não estaria se realizando por conta “desse povo”, expressão recorrentemente utilizada de forma pejorativa ao se referir ao outro, ao diferente, em nosso caso aos povos indígenas Guarani, Kaiowá e Terena. Sem falar das expressões “ôô raça” e “eita povinho”, ouvidas em nosso cotidiano.

Além disso, o que se chama de “*trama de interesses econômicos e sociais que configuram as relações entre os povos indígenas e demais segmentos da sociedade nacional*”, diz de uma vontade de saber/poder, a princípio, dos demais segmentos, pois não são, de modo geral, interesses dos povos indígenas, isto é, sua relação com a terra não é de posse nem de exploração dos recursos naturais, mas sim de reciprocidade e de constante plenificação física e espiritual com o tekoha *Porã* ou Terra Boa (Chamorro, 2015). Portanto, também não satisfaz a noção de desenvolvimento/ progresso dos grandes projetos ocidentais. Parece-nos ser justamente em seu modo de ser *ñanderekókatú* e *ñandekomarangatú*, “ser verdadeiro e autêntico”, e “ser religioso, bom, honrado e virtuoso” (Melià, 1989) que os povos indígenas, neste caso, Guarani e Kaiowá, desestabilizam a “ordem e progresso” do Estado-nação.

4.5 “O SUS é lindo no papel”: entre papéis/registros e atores/colaboradores

Nossas análises iniciais se articulam com a participação no “*Seminário Internacional e Etnologia Guarani: diálogos e contribuições*”, realizado entre 6 e 8 de outubro de 2016, na

UFGD, contando com diversas contribuições, entre elas um Grupo de Trabalho (GT) com o tema Saúde Indígena. Lá, ao apresentarmos os desafios e possibilidades na atuação em saúde junto às comunidades indígenas, nos deparamos com o enunciado que circula em nosso meio social, a saber: “o SUS é lindo no papel”.

Tal enunciado circulante diverge de uma leitura biopolítica, pois considera a existência de um “*sistema*” portador de beleza em si, em seu biopoder. Buscamos até aqui refletir sobre essa afirmação, pois nos parece ser justamente “*no papel*” (apesar de não ser sempre) que se explicita a função enunciativa de controle e captura do outro, sendo necessário buscar outras referências, também por nós anunciadas acima, para que se possa reverberar a biopotência no lugar da biopolítica. Do cuidado ao invés do controle. Da alteridade em detrimento à autoridade.

Isso não nos afasta da militância por um “SUS que dá certo”, apenas enfatiza sua complexidade e alerta para o risco de nos rendermos às verdades estabelecidas. O SUS pode ser em algum ponto lindo no papel, assim como é lindo em algumas ações de cuidado em ato, em estratégias de prevenção de agravos e de promoção da saúde. Uma coisa não exclui a outra, como pretende o enunciado. O enunciado expressa: “O SUS é lindo no papel”, portanto em ato ele é o oposto disso, ele não dá certo. O SUS que dá certo não se presta a reducionismos e a determinismos. Por esse SUS, nós militamos.

Em outras palavras, dizer que o SUS é lindo no papel desconsidera inúmeras práticas de cuidado que se efetivam no dia-a-dia do trabalhador-usuário do SUS. Configura-se em uma idealização da materialidade da vida no exercício da Atenção à Saúde. E nesse sentido, “o SUS que dá certo”, expressão utilizada por aqueles que militam pela Saúde Coletiva, não é uma expressão final que determina o certo e o errado, mas o elemento que orienta os investimentos de seus atores em busca de e no reconhecimento dos novos mundos, tessituras e suavidades que se inauguram no cotidiano.

Assim, na Atenção em Saúde aos povos indígenas é preciso “inventar a liberdade nos espaços de sujeição” (Souza Filho, 2008, p.15), o corpo que se busca domesticar deve dar lugar ao desejo obstinado de liberdade e expressão de seu modo de ser, aqui o modo de ser Guarani e Kaiowá, ou então o modo de ser, o estilo, o *ethos* Terena. Isso se faz possível a partir das resistências, lutas específicas e experiências¹⁷, dos modos-de-vida-outros. Liberdade essa não encontrada nos mecanismos jurídicos dos sistemas e políticas “*no papel*”, essa pretensa liberdade está comprometida como técnicas da fabricação da subjetivação. Deve-se desconfiar

¹⁷ Como bem nos mostra experiências de Rodrigues, Martins e Abílio (2016) e seu *Oguata Pyahu* (novo caminhar) e o desafio de SUSstentar (trans)formações e direitos em um novo caminhar na Saúde Indígena. Trabalho apresentado no Seminário Internacional e Etnologia Guarani: diálogos e contribuições, 2016.

dessa liberdade das (de)liberações legais e políticas, pois estão identificadas às práticas, saberes e políticas que as definem e delas se apropriam, sem conseguir efetivar a realidade que concebem, produzindo apenas novas sujeições (Souza Filho, 2008).

Souza Filho (2008) destaca a liberdade como exercício agonístico, no qual a atitude crítica se volta para a micropolítica das resistências, sem vitória final, pois sabe-se que a fórmula conhecida “onde há poder há resistência” está sempre acompanhada do seu oposto “onde há liberdade o poder reage”.

4.6 A Lei do Estado-nação como aglutinadora dos conhecimentos deste lado da linha abissal: tirando com uma mão para dar com a com a outra.

No terceiro parágrafo dos antecedentes da PNASPI aparece a seguinte colocação: *“Desde o início da colonização portuguesa, os povos indígenas foram assistidos pelos missionários de forma integrada às políticas dos governos. No início do século XX, a expansão das fronteiras econômicas para o Centro-Oeste e a construção de linhas telegráficas e ferrovias provocaram numerosos massacres de índios e elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis que levaram, em 1910, à criação do Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI). O órgão, vinculado ao Ministério da Agricultura, destinava-se a proteger os índios, procurando o seu enquadramento progressivo e o de suas terras no sistema produtivo nacional”*.

Observa-se que a integração dos povos indígenas às políticas dos governos, mediante assistência dos missionários e a criação do SPI, como forma de proteção dos índios que passavam/passam por numerosos massacres e morriam/morrem também por doenças transmissíveis aparentemente sinalizam exclusivamente benefícios para os povos indígenas, contudo marcam o interesse do Estado, a partir do Ministério da Agricultura, nas terras indígenas. Colocar as terras indígenas no sistema produtivo nacional mediante o enquadramento progressivo dos povos indígenas na égide do Estado-Nação é, de fato, seu objetivo.

Isso nos remete a outro aspecto desconsiderado nesta “integração”, a não inclusão do índio - em sua alteridade -, mas na sua adaptação ao sistema nacional que os utiliza como mão de obra barata, quando não escrava. Então, o Estado protege “desde o início da colonização portuguesa” o seu corpo produtivo e não a sua vida. “O Estado, desde o início de nossa história, sempre deu com uma mão e retirou com a outra” (Araújo, 2006, p.54).

Outro aspecto relevante é o processo de interpelação ao qual são submetidas as populações indígenas, pois a necessidade de criação do SPI está condicionada à “*expansão das fronteiras econômicas para o Centro-Oeste e a construção de linhas telegráficas e ferrovias*” que “*provocaram numerosos massacres de índios e elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis*”. Isso sugere que a assertiva de Araújo (2006) citada acima poderia ser também invertida, já que antes de dar com uma mão o Estado já havia lhes tirado com a outra.

No início deste parágrafo está posto que “*aos missionários foram atribuídas a assistência...*” integrada às ações dos governos, sendo os massacres e índices elevados de mortalidade por doenças atribuídos às “*expansões das fronteiras econômicas*”. Aqui não se pretende desconsiderar tais assistências, mas não podemos nos furtar a refletir e apontar que essas ações também são carregadas de uma vontade de conquista inerente ao gesto colonizador. Assim, a colonização se efetiva via catequização dos povos indígenas, dissimulada no discurso cristão da salvação. Como apontado neste trabalho, trata-se de um pensamento abissal que tem como característica fundamental “a impossibilidade de co-presença dos dois lados da linha” (Santos, 2010 p. 2). A distinção mais precisa, porém, quase invisível, está entre a sociedade metropolitana e os territórios coloniais que, neste ponto de análise, podemos representar com os termos sociedades metropolitanas cristãs *versus* territórios coloniais pagãos, carentes de salvação.

O pensamento/epistemologia abissal é representado pelo pensamento moderno ocidental que trata outras formas de pensamento e epistemologias com total desprezo. Um sistema de divisões invisíveis sustenta e fundamenta as divisões visíveis. A realidade social é dividida radicalmente em dois universos: “deste lado da linha” e “do outro lado da linha”. A fronteira é abissal entre os dois universos e faz com que o “outro lado da linha” se torne irrelevante e/ou inexistente. Assim, o modo de ser indígena e sua espiritualidade não cabem deste lado da linha, permanecendo do outro lado da linha, como irrelevante ou inexistente mediante o pensamento abissal de perspectiva ocidental.

Com isso não se nega a existência de distinções visíveis no campo do conhecimento ocidental expressas, sobretudo, entre o método científico, a razão filosófica e a fé religiosa como verdades em disputa, porém todas elas possuem um lugar deste lado da linha do pensamento abissal. “A sua visibilidade assenta na invisibilidade de formas de conhecimento que não encaixam em nenhuma destas formas de conhecer. Refiro-me aos conhecimentos populares, leigos, plebeus, camponeses ou indígenas do outro lado da linha” (Idem, p. 3).

Deste modo, os saberes indígenas de saúde estão para além do universo entre o verdadeiro e o falso porque não estão entre os conhecimentos aceitáveis desse lado da linha, sejam eles da ordem científica, filosófica ou teológica.

Ainda no campo do direito moderno, o legal e o ilegal devem estar de acordo com o direito chamado oficial do Estado. Deste modo, se o direito estiver em um território não oficial não será reconhecido como tal. Com as divisões, levadas a cabo entre os dois grandes domínios do conhecimento e do direito, surge a zona colonial, aquele lugar onde o verdadeiro e o falso, o legal e o ilegal não podem ser pensados. Seus saberes são anulados e desperdiçados, pois aqui se localiza a premissa da superioridade europeia que trata os encontros como descobertas e conquistas (Idem).

Nessa ordem espiritual global, desde meados do século XV e XVI com a *Respublica Christiana*, se busca justificar as ocupações das terras nas Américas tendo como principal interlocutor o teólogo e jurista Francisco Vitoria. Sua fundamentação em relação ao direito reversível à terra está no que chamou de *jura contraria*, isto é, foram os europeus os descobridores e conquistadores, - e não os índios os descobridores da Europa – portando, lhes fica assegurado o direito a ocupação e usufruto das terras da América. A legitimação dos direitos de propriedade por parte da Coroa, pensadas na argumentação laboriosa de Vitoria, assenta-se também na ordem medieval cristã, na missão atribuída pelo Papa aos reis de Portugal e Espanha e, também, na noção de guerra justa (Santos, 2010).

Deste lado da linha, do legal e do ilegal ou do verdadeiro e do falso, existe a tensão entre regulação e emancipação. Enquanto do outro lado da linha, onde estão situadas as populações indígenas anuladas, sem contradição alguma, existe a tensão perpetrada entre apropriação e violência. “[. . .] Em geral, a apropriação envolve incorporação, cooptação e assimilação, enquanto a violência implica destruição física, material, cultural e humana. Na prática, é profunda a interligação entre a apropriação e a violência” (Idem, p.8). Essa interligação, explicitada neste ponto analisado e presente no cotidiano dos povos indígenas de nosso estudo e que contam com a atenção em saúde oriunda da epistemologia ocidental, seja pelo método científico, seja pela razão filosófica ou pela fé cristã, todas deste lado da linha abissal, se dá onde os saberes indígenas só podem existir na condição de resistência.

Surge a indagação de que tratamos neste trecho da PNASPI a respeito dos Antecedentes, e essa indagação é válida e necessária para o entendimento de nossa reflexão, pois não se trata apenas de fenômenos que antecedem as práticas atuais, mas sim daquilo em que tais práticas se assentam. Haja vista a breve caracterização realizada neste estudo em relação ao território de saúde no qual nos inserimos.

4.7 A demarcação da terra como estratégia necessária à Atenção Básica.

No item 2.1, a PNASPI versa sobre a “*Situação atual de saúde*”. De início apresenta a “*população indígena brasileira*”, naquela época, “*estimada em, aproximadamente, 370.000 pessoas, pertencentes à cerca de 210 povos, falantes de mais de 170 línguas identificadas*”. Vale atualizar os números do texto da PNASPI já que nos novos dados do IBGE (2012) registram mais de 305 etnias e 270 línguas. Destaca que as diferenças entre os povos indígenas estão relacionadas também com “*sua própria maneira de entender e se organizar diante do mundo, que se manifesta nas suas diferentes formas de organização social, política, econômica e de relação com o meio ambiente e ocupação de seu território*”. Ou seja, a PNASPI consegue, neste ponto, questionar a máxima – repleta de interesses –: “índio é tudo igual”. Não, não é!

Em seguida faz uma colocação merecedora de registro para maiores reflexões na sequência do texto: “*Diferem também no que diz respeito à antiguidade e experiência histórica na relação com as frentes de colonização e expansão da sociedade nacional (...)*”. “*As frentes de colonização e expansão da sociedade nacional*” são inquestionáveis à política, apesar de serem reconhecidos pela PNASPI os prejuízos pelos quais passam os povos indígenas. Sobretudo na afirmação: “*Os povos indígenas enfrentam situações distintas de tensão social, ameaças e vulnerabilidade. A expansão das frentes econômicas (extrativismo, trabalho assalariado temporário, projetos de desenvolvimento) vem ameaçando a integridade do ambiente nos seus territórios e também os seus saberes, sistemas econômicos e organização social*”. No entanto, as terras indígenas “*se encontram em diferentes situações de regularização fundiária e que ocupam cerca de 12% do território nacional*”. As diferentes situações de regularização fundiária estão intimamente relacionadas com as frentes de colonização e expansão da sociedade nacional, ou seja, os modos de ser dos povos indígenas, aquilo que é fundamental para se pensar a vida, é entendido pelo projeto de expansão/colonização não indígena como um impeditivo.

Além disso, esses “12% do território nacional” podem reverberar a falsa afirmação, ou a “mentira nº 7: Tem muita terra para pouco índio”, desconstruída e divulgada no texto intitulado “As 10 mentiras mais contadas sobre os indígenas”, no site da AXA (Articulação Xingu Araguaia)¹⁸. Este trabalho apresenta elementos e dados que demonstram outra realidade: tem muita terra para pouco proprietário, fazendo referência ao grande contingente de terra sob a posse de poucos proprietários-latifundiários.

¹⁸Brandt, Lilian. "As 10 mentiras mais contadas sobre os indígenas." AXA, 2014. Disponível em: <http://axa.org.br/2014/12/as-10-mentiras-mais-contadas-sobre-os-indigenas/>. Acesso 28 out. 2017.

Há uma cisão produzida entre sociedade nacional e sociedade indígena, sendo que uma quer se expandir e se desenvolver, por isso precisa colonizar a outra, caso não corresponda a tais expectativas. Inserir-los em atividades como o “*extrativismo, trabalho assalariado temporário, projetos de desenvolvimento*” se faz necessário a um dos lados dessa relação, mesmo que seja prejudicial ao outro lado da linha abissal. Ora, nos cabe questionar: os indígenas em seu modo de ser e se organizar, sobretudo com seus territórios, não fazem parte da sociedade nacional? Como essa sociedade nacional, regida por um modelo de Estado-nação, com dever de garantir saúde a essa população de forma diferenciada, poderá contemplar isso, sendo que em seu modo de ser, naquilo que o diferencia, o indígena deixa de ser cidadão?

O Estado e parte dos não índios não estão abertos à diferença quando estão em jogo seus interesses, sobretudo os econômicos, uma vez que “os agenciamentos coletivos de enunciação”, ou as suas fontes de subjetivação, são capitalísticas (Guattari & Rolnik, 2008). Essa diferenciação se dá apesar de os indígenas necessitarem de uma inscrição nessa fonte de subjetivação ou agenciamento coletivo de enunciação capitalística. Por inúmeras razões – como a supressão dos recursos naturais para a manutenção dos modos de vida –, os indígenas mantêm uma relação com a terra que vai muito além da ordem de posse-material e isso toca as percepções indígenas e se manifesta na proposta da Carta de Dourados: “*Cobrar do governo federal soluções rápidas para os problemas territoriais, pois os conflitos em função da falta de espaço, pela usurpação das terras tradicionais indígenas, interferem diretamente na qualidade de vida e de saúde de nossa população*”.

As soluções devem ser rápidas, não há mais tempo a perder. Não só a qualidade de vida e de saúde dos povos indígenas deste Polo Base está em jogo nesse cenário, mas a própria vida. Os interesses políticos e econômicos são representados nesse território pelo agronegócio. Reafirma-se a fala indígena denunciada diariamente em nosso contexto ao se referir à “*usurpação das terras tradicionais*” e “*os conflitos em função da falta de espaço*” aliados às decisões jurídicas em favor do latifúndio: um pé de soja ou uma cabeça de gado valem mais do que uma criança indígena. “O panorama tem proporções de guerra, embora as baixas sejam somente de um lado” (Martins, 2016, para. 9).

Ainda sobre a “*Situação atual de saúde*”, afirma a PNASPI: “*Em termos gerais observa-se um crescimento demográfico entre os povos indígenas do país, fato normalmente associado à conservação do ambiente natural, estabilização das relações interétnicas, demarcação das terras indígenas e melhoria do acesso aos serviços de atenção básica à saúde*”. Além da reafirmação apontada acima em relação à demarcação das terras indígenas e sua relação com o crescimento demográfico entre os povos indígenas, apontamos para o contraste desse

crescimento demográfico com os próprios problemas de saúde citados adiante no texto da PNASPI: *“Em relação à morbidade, verifica-se uma alta incidência de infecções respiratórias e gastrointestinais agudas, malária, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, desnutrição e doenças preveníveis por vacinas, evidenciando um quadro sanitário caracterizado pela alta ocorrência de agravos que poderiam ser significativamente reduzidos com o estabelecimento de ações sistemáticas e continuadas de atenção básica à saúde no interior das áreas indígenas”*.

As *“ações de atenção básica”* estão presentes nos dois trechos citados como recurso para evitar as incidências que afetam o quadro sanitário e a morbidade das populações indígenas. Deste modo, deve-se pensar *“as ações sistemáticas e continuadas de atenção básica à saúde no interior das áreas indígenas”*, entretanto não se pode perder de vista que essas áreas indígenas precisam ser demarcadas pelo Estado. Cabe-nos questionar o que seria uma Atenção Básica à Saúde Indígena. Teria a demarcação de suas terras relação com isso? Há diferenças entre a vida nas terras demarcadas e não demarcadas? E as ações continuadas podem ser realizadas em territórios descontínuos, fragmentados ou em disputa?

Para melhor elucidar, tomemos a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB):

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. [...] A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (Brasil, 2006 p.10).

De acordo com o exposto até aqui, em relação à indissociabilidade de saúde-terra-territorialidade para os povos indígenas deste estudo, compreende-se que a atenção básica passa, necessariamente, por esses aspectos. Nessas territorialidades a promoção e proteção da saúde estão abaladas pela desapropriação e usurpação dos territórios indígenas, bem como a prevenção de agravos por conta do confinamento, superpopulação e despersonalização de seus modos de vida. Com isso, os colaboradores investem, a partir da Estratégia de Saúde da Família, no diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, contudo, marcados por um viés de saúde biomédico. Isso porque os sofrimentos que comprometem as possibilidades de viver de modo saudável ficam aquém das possibilidades de intervenção das equipes de saúde.

Retorna o conflito vivido pelo trabalhador de saúde indígena que vê os direitos da comunidade negados e, com eles, suas possibilidades de atuação permanecerem extremamente comprometidas por tais condições políticas. Ainda mais quando essa mesma burocracia assola os direitos em relação à saúde-terra e (des)considera as condições básicas para a atenção à saúde

em ato, como no caso dos materiais e artefatos como luvas, seringas, medicamentos, veículos para a realização de visitas domiciliares e afins que muitas vezes faltam ou existem de maneira precária. Assim relata uma colaboradora indígena: *“Não tem uma legislação que garanta uma atenção diferenciada. Precisamos pressionar, nós do movimento indígena. Não vai ser o ‘karai’ que vai fazer. Temos que respeitar a burocracia do ‘karai’ e isso não é diferenciado: ter que esperar seis meses por um par de luva”*.

Esse enunciado demonstra como os modos burocratizados de operação em saúde violam os modos de ser indígena e impactam as ações do serviço público direcionadas à comunidade. Carregam em si a deslegitimação que o não índio – *karai*– realiza quando opta por burocratizar as formas de cuidado da vida. A burocracia moderna e a racionalidade técnica instrumental utilizadas de forma isolada em si mesmas, sem considerar outras racionalidades, visam equacionar o balancete entre o meio e o fim, e constroem o funcionamento do Estado-jardineiro “que vê a sociedade sob o seu comando como objeto de planejamento, cultivo e extirpação de ervas daninhas” (Bauman, 1998, p. 31).

Isso nos demonstra, com base nas contribuições de Butler (2015), como as condições precárias de vida identificam condições politicamente induzidas, em que certas populações sofrem com redes de apoio social e econômica deficientes, como quando o direito à terra dos povos indígenas é negado, os infligindo formas diversas de violações, violência e morte. A maximização da precariedade os faz recorrer com frequência ao “próprio Estado contra o qual precisam de proteção” (p.47).

Mas, em nosso caso de estudo, não acarreta apenas a produção social da indiferença moral, pois inúmeros colaboradores produzem movimentos contra essa ordem e normatividade, em busca de tencioná-la e provocar novos deslocamentos na atenção à saúde em ato.

Deste modo, como apontado por Bauman (1998), não se pode convergir na construção de uma sociedade, e para o presente estudo de práticas de saúde onde a racionalidade e a ética apontam para sentidos opostos, uma vez que, quem perde é sempre a humanidade.

Por isso, nossas obrigações devem estar de acordo com vidas sustentadas, percebendo e reconhecendo que para isso é preciso condições de sustentação. Com saúde indígena torna-se possível a existência da vida sustentada, mas sua condição de sustentação é a terra. Por isso falamos em saúde-terra, pois “essas condições são, ao mesmo tempo, nossa responsabilidade política e a matéria de nossas decisões éticas mais árduas” (Butler, 2015, p. 43).

4.8 Estratégias Indígenas de Participação Popular e/ou Controle Social: *Aty Guasu*, a grande assembleia Guarani e Kaiowá.

O item 3 é intitulado como a própria PNASPI, isto é, “*Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*”. Esse item afirma que: “*O propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura*”.

O “*acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde*” nos remete ao conceito de integralidade, entendido segundo a lei 8.080/1990 “[. . .] como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. Portanto, a integralidade é extremamente necessária para o bom funcionamento da Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Para isso, deve-se contemplar a “*diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política*” e “*reconhecer a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura*”. Enquanto isso não for feito, não serão superados os “*fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros*”. Emerge, desta forma, a necessidade de articulação ou complementaridade entre a PNASPI e a Lei 8.080/1990.

Assim sendo, vale questionar as lacunas existentes no discurso das políticas de saúde, sobretudo no que se refere ou ao que entendemos como saúde e o que é saúde para os povos indígenas. Primeiramente devemos pensar que “*o acesso à atenção integral à saúde*” coloca a saúde como algo a ser acessado, ou seja, um elemento externo aos povos indígenas e seus modos de organização. Parece remeter às instituições de saúde ocidentais e suas estratégias de ação. Não negamos isso, mas questionamos se isso contemplaria uma ADSI.

Não seria necessário identificar junto aos povos indígenas com os quais intervimos suas próprias concepções de saúde-doença? Como contemplar “*a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política*” de cada povo se partimos de uma noção de saúde restrita? Reconhecer a eficácia de sua medicina é suficiente para uma atenção diferenciada? O que seria reconhecer o direito desses povos à sua cultura? Os serviços preventivos e curativos e os níveis de complexidade do sistema, como estão dispostos, dariam conta desse reconhecimento?

O que nos toca nesse momento é a dificuldade em conceituar a saúde, mesmo entre os não indígenas. Perpassa por acepções biológicas e psíquicas até as relações com os determinantes socioeconômicos e políticos. É nessa última perspectiva que se amparam as

Políticas Públicas de Saúde, ou seja, nas condições de vida como determinantes da saúde. Um conceito de saúde ampliado surge no processo de redemocratização do país e concomitantemente ao SUS (Batistella, 2007).

Seus princípios e diretrizes abordam a universalidade “de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”; a integralidade “de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; a equidade¹⁹ “garantia a todas as pessoas, em igualdade de condições, ao acesso às ações e serviços dos diferentes níveis de complexidade do sistema”; a descentralização político-administrativa, “com direção única em cada esfera de governo”; a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; e a participação social (Brasil, 1990; Batistella, 2007).

A intenção não é deslegitimar os princípios e diretrizes do SUS, mas expandir as possibilidades de compreensão para escapar ao caráter mais genérico, como o apresentado no texto da política pública. Essa generalidade pode ser identificada na breve apresentação realizada acima. Como discutido por Campos (2006), devemos tratar os conceitos como operantes na gestão da vida, isto é, com seu valor de uso. Seus aplicadores podem remeter inclusive a outro mundo, são capazes de interferir no significado e sentido da vida das pessoas, independentemente da veracidade ou não do conceito: ele é performativo e operante.

Assim, traçamos um paralelo entre o conceito de ADSI e as prescrições políticas existentes e podemos perceber uma distância abissal entre a ideia pretendida e desejada com a realidade atingida a partir das enunciações, ou seja, daquilo que opera a partir de seu efeito.

Observamos que a saúde, enquanto ação da política pública, estabelece uma relação entre agentes passivo e ativo. O agente passivo é o sujeito alvo da ação e o ativo é o Estado-nação, garantidor da benesse. O acesso é aos serviços, a assistência parte das ações dos serviços, a administração política é via governo e a hierarquização é feita pela rede de serviço. Uma posição tutelar bastante evidente até chegar à noção de participação social. De fato, esta última noção potencializa as possibilidades de uma atenção em saúde condizente com as realidades sociais. Contudo, vale questionar: é suficiente para uma ADSI? Propositamente retiramos o termo lexical “dos povos” para refletir este ponto.

Antes de continuar, vale lembrar o sentido e as configurações da chamada participação social sobretudo em nosso contexto. Segundo Cruz e Coelho (2012), a legitimação dessa

¹⁹ Essa definição é posterior a lei 8.080/1990. Uma boa discussão sobre equidade é apresentada em Campos, Gastão Wagner de Sousa. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 23-33, Aug. 2006.

participação pensada junto ao processo de redemocratização do país é concomitante à implementação do SUS e passa a ser chamada de Controle Social junto ao processo de gestão, regulamentado pela Lei 8142/90. No caso da participação popular indígena, o chamado Controle Social tem como “mecanismo oficial”, a partir da proposta do Subsistema e da PNASPI, a criação dos DSEIs. A Participação Social e o Controle Social indígena passam a vigorar pela representação nas Conferências e Conselhos de Saúde e são regulamentados pela Lei 3156/99 em consonância com a Lei 8142/90.

Contudo, destacam Cruz e Coelho (2012), há uma distinção entre o Controle Social indígena e o não indígena, pois no âmbito do DSEI devem ser criados dois conselhos: Conselho Distrital de Saúde indígena (CONDISI), tal qual o Conselho Municipal de Saúde, e o Conselho Local de Saúde Indígena, além do Fórum dos Presidentes do CONDISI. O CONDISI é composto paritariamente por indígenas usuários dos serviços e prestadores dos serviços, organizações governamentais e trabalhadores da Saúde Indígena, e tem função deliberativa. Já o Conselho Local é constituído apenas por indígenas usuários dos serviços, sua função é consultiva e diferentemente do primeiro sua criação é facultativa.

Para melhor compreensão é fundamental considerar que os mecanismos oficiais não são os únicos em termos de Controle Social, tampouco parecem ser os mais relevantes em termos de busca por uma ADSI. Cruz e Coelho (2012) chamam de estratégias indígenas de participação e Turdera (2016) identifica no contexto em que estamos discutindo com as *Aty Guasu*, a grande assembleia Guarani e Kaiowá. Como eventos tradicionais, as *Aty Guasu* são promovidas e protagonizadas pelos povos indígenas. Reúnem lideranças de toda a região sul do estado para discutir todos os assuntos que concernem às reservas, aldeias e acampamentos. O tema Saúde está entre as temáticas e igualmente é representado na produção e publicação de documentos, cartas, ofícios e afins, com o propósito reivindicatório em busca da garantia de seus direitos.

Almeida (2015 apud Turdera, 2016) destaca que as *Aty Guasu* constituem o “espaço máximo de discussão política”, e são relacionadas principalmente às relações interétnicas, pois além dos grupos indígenas são convidadas a participar as instituições estatais e não-governamentais.

Falamos de uma cosmologia singular, uma composição de saberes em que os serviços de saúde do Estado originalmente nem fariam parte. Talvez por isso as Políticas Públicas (Saúde dos povos, Saúde dos Idosos, etc.), de modo geral, se utilizam do conectivo “dos” deixando localizada a acepção de saúde a se assentar. E, com isso, coloca em risco a possibilidade de participação social, pois sua concepção de saúde pode não se amparar na mesma linha discursiva. Constitui, então, um espaço híbrido no qual saúde e Estado-nação se relacionam.

Não dispomos ainda de maiores descrições daquilo que seria Saúde para os povos indígenas Terena, Guarani e Kaiowá, mas podemos perceber uma distância entre o saber-fazer desses povos e o saber-fazer ocidental presente nas Políticas Públicas. Mesmo quando falamos em um conceito de Saúde ampliado é preciso cautela. Como aponta Batistella (2007): “A força de seus postulados procura resgatar a importância das dimensões econômica, social e política na produção da saúde e da doença nas coletividades” (p. 64). Não obstante, nas especificidades indígenas ainda é preciso o reconhecimento de haver, além dessas, outras determinações que lhes são próprias, baseadas em outros cosmos. E, ainda, esse cosmo pode representar de maneira muito distinta as noções de economia, de sociedade e de política.

Em outras palavras, os determinantes sociais (re)conhecidos parecem interferir no processo saúde doença dos povos indígenas do Polo Base em análise. Portanto, não devemos considerar Saúde apenas como uma “margem de segurança para suportar as infidelidades do meio”, pois corremos o risco de legitimar tais infidelidades ao invés de combatê-las (CAPONI, 1997 apud Batistella, 2007, p. 66).

Entretanto, em nosso contexto vale também considerar a existência de outras infidelidades combatidas pelos povos indígenas, pelos sentidos e significados manifestos na sua cosmologia, presentes nos seres e espíritos com os quais compartilham a existência. Por isso, “*os serviços de saúde*”, antes de qualquer outra coisa, mediante política pública, ao se proporem diferenciados deveriam ter em vista a pré-existência de “serviços tradicionais de saúde” e não apenas “*reconhecer a eficácia de sua medicina*”. Estes saberes devem enunciar-se e não serem apenas enunciados ou reconhecidos.

A enunciação dos saberes tradicionais parece não ser possível sem a existência de tensões nos territórios de saúde indígena. Em evento coletivo de saúde uma liderança indígena busca ensinar aos ouvintes, indígenas e não indígenas, sobre a medicina tradicional indígena. Uma riqueza de conhecimentos era apresentada até que um colaborador de saúde interrompe e solicita: “*o senhor não poderia ensinar isso aos agentes indígenas de saúde?*”. Isso representa não apenas a impaciência em ouvir o Outro e o seu saber, mas a convicção de que este saber é descartável. Deve, portanto, estar restrito aos colaboradores indígenas como é caso das(os) AIS. Os colaboradores filiados aos sentidos dessa narrativa desperdiçam o saber tradicional por estarem fragmentados disciplinarmente. Não se abrem ao saber por estar fora de sua disciplina e com isso reverberam a fragmentação dos grupos-sujeitos na Atenção à Saúde.

Sobre esses saberes, enunciam as lideranças indígenas: “*não é para qualquer um, tem que ter dom. A pessoa precisa procurar saber*”. Demonstra que o envolvimento no aprendizado dos saberes tradicionais vai muito além dos investimentos intelectuais como se acredita,

costumeiramente, nos contextos ocidentais modernos de aprendizagem. Precisa estar interessado e “*procurar saber*”. Além disso, demonstrar uma competência que só os especialistas tradicionais são capazes de identificar, isto é, “*tem que ter dom*”. Talvez uma coisa esteja relacionada com a outra.

Com isso, podemos observar que os saberes tradicionais indígenas não compõem nenhuma disciplina enclausurada e ensimesmada nos parâmetros ocidentais. Essa característica não nos faz compreendê-la como um impeditivo na busca de uma ADSI. Ao contrário, nos faz refletir ser essa sua principal característica capaz de fazê-la atravessar todas as disciplinas e colaboradores da Saúde Coletiva, desde que estejam comprometidos, não apenas tecnicamente, mas também ética e politicamente. Estar presente nas Aty Guasu e demais espaços de sociabilidade indígena, com os quais atuamos, pode ser um exercício potente neste processo.

4.9 Terapeutas ou visitantes tradicionais? O risco de instituir a ADSI como alfândega na Fronteira entre a Saúde Indígena e a Saúde Indigenista.

As Diretrizes da PNASPI são apresentadas no item 4: “*Para o alcance desse propósito são estabelecidas as seguintes diretrizes, que devem orientar a definição de instrumentos de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas*”. E serão discutidas adiante.

No item Organização da PNASPI, em seu oitavo parágrafo, consta “*o objetivo de garantir o acesso à atenção de média e alta complexidades, deverão ser definidos procedimentos de referência, contra-referência e incentivo às unidades de saúde pela oferta de serviços diferenciados com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas (como os relativos às restrições/prescrições alimentares, acompanhamento por parentes e/ou intérprete, visita de terapeutas tradicionais, instalação de redes, entre outros) quando considerados necessários pelos próprios usuários e negociados com o prestador de serviço*”.

A “*oferta de serviços diferenciados*” tem sua influência reconhecida no “*processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas*”, porém o fato de serem “*considerados necessários pelos próprios usuários*” não tem sido suficiente, pois precisam ser negociados junto ao “*prestador do serviço*”. Isso demonstra a fronteira estabelecida entre a Saúde Indígena, representada nesses termos pela “*visita de terapeutas tradicionais*” e, a saúde indigenista, representada pelo “*prestador de serviço*”. Além de a terapêutica ser tratada como “*visita*”, isto é, não como prática ou ação de saúde, mas como visitante ou, em outras palavras, alguém com

passagem de pequena duração, ela ainda precisa ser autorizada pelos (supostos) verdadeiros prestadores de serviço em saúde.

Nesse sentido, retornamos analogamente à noção de Fronteira Nacional de Albuquerque (2010) para demonstrar que a ADSI se apresenta, em alguns casos, como a alfândega na fronteira entre a Saúde Indígena e Saúde Indigenista. E a primeira terá que passar pelo crivo ocidental para ter validade, isto é, submeter-se ao agente do posto da fronteira que define o legal e o ilegal, o verdadeiro e o falso. Lá, qualquer procedimento cuja apreciação seja negativa permanecerá na clandestinidade como saberes “piratas” de Saúde.

Atribuir aos saberes e terapêuticas tradicionais o lugar de clandestinidade não representa necessariamente a desconfiança sobre esses saberes, mas muito mais a insegurança sobre o saber de seu domínio, isto é, do conhecimento ocidental/ eurocentrado. Essa insegurança tem a ver com a falta de respostas para algumas demandas como a de Saúde Mental, por exemplo.

Em um evento público sobre Psicologia e Povos Indígenas uma liderança Kaiowá-guarani afirmou que: “*a saúde mental para os povos indígenas começa com a alimentação*”. Isso abre uma fenda nas produções ocidentais sobre Saúde Mental que historicamente estão marcadas pela fragmentação do sujeito entre corpo e mente. Essa afirmação não rompe apenas a dicotomia entre corpo e mente, mas entre o humano e o não humano, pois o alimento representa a natureza que tem relação intermitente e recíproca com o humano. O alimento é sagrado e por isso revitaliza espiritualmente os indígenas que compartilham dessa significação.

Revitalizar espiritualmente pode ser um paralelo às ressignificações psíquicas com as quais buscamos contribuir enquanto trabalhadores de Saúde Mental. Neste sentido, essa ressignificação pressupõe aspectos subjetivos e objetivos, desde acolhimento emocional ao sujeito que adoece - e no caso dos indígenas Kaiowá-guarani, das demandas espirituais atendidas por suas lideranças *Nhanderu* e *Nhandesy* -, até a assistência às suas necessidades consideradas mais objetivas pela perspectiva ocidental, como a alimentação.

Ao unir as possibilidades e potências terapêuticas, tem-se a oportunidade de propor uma ADSI não alfandegária, advinda da fronteira abissal entre o moderno ocidental e o tradicional indígena, isto é, que autoriza ou desautoriza o conhecimento classificando-o como verdadeiro ou falso, mas que se encontra e coabita como uma ecologia de saberes. A ecologia de saberes opõe-se a monocultura da ciência moderna e assenta-se na premissa de que o conhecimento é interconhecimento. Reconhece a pluralidade e a heterogeneidade de conhecimentos, mantém a autonomia de cada um e propõe interações sustentáveis e dinâmicas entre as epistemologias do Sul, ou como chamamos em nosso estudo - dos saberes tradicionais -, e a ciência moderna (Santos, 2010).

4.10 A articulação dos saberes tradicionais de saúde: reconhecer os itinerários de saúde como potência.

No item 4.4 em que a PNASP trata da: "*Articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde*", chamamos a atenção para a utilização do termo "*sistema tradicional*", pois para nós seria mais bem representado por "saberes tradicionais", já que a noção de sistema é notadamente uma obsessão ocidental de marcar e enrijecer um conjunto de formas e elementos em uma mesma estrutura, soando como algo fechado e impermeável. Se isso soar exagerado de nossa parte, que ao menos considerem estes sistemas como sistemas abertos.

Em seu primeiro parágrafo apresenta: "*Todas as sociedades humanas dispõem de seus próprios sistemas de interpretação, prevenção e de tratamento das doenças. Esses sistemas tradicionais de saúde são, ainda hoje, o principal recurso de atenção à saúde da população indígena, apesar da presença de estruturas de saúde ocidentais. Sendo parte integrante da cultura, esses sistemas condicionam a relação dos indivíduos com a saúde e a doença e influem na relação com os serviços e os profissionais de saúde (procura ou não dos serviços de saúde, aceitabilidade das ações e projetos de saúde, compreensão das mensagens de educação para a saúde) e na interpretação dos casos de doenças*". Aponta que este sistema é "*o principal recurso de atenção à saúde da população indígena, apesar da presença de estruturas ocidentais de saúde*". Isso ocorre também em nosso Polo Base, onde os saberes tradicionais consistem, amplamente, no primeiro recurso utilizado pela população no seu itinerário de saúde. O itinerário de saúde é aqui compreendido "como qualquer forma de tratamento de doenças" (Leite & Vasconcellos, 2006, p.114).

Entretanto, de início não há, por parte da Lei, a afirmação ou reconhecimento de tais itinerários e de utilização dos recursos tradicionais, mas sim uma preocupação no quanto tais saberes tradicionais "*influem na relação com os serviços e os profissionais de saúde*" e, entre parênteses, tais influências são relacionadas à "*(procura ou não dos serviços de saúde, aceitabilidade das ações e projetos de saúde, compreensão das mensagens de educação para a saúde)*". Parece claro que, a princípio, os conhecimentos tradicionais indígenas funcionam como impeditivos das ações de saúde ocidental, pois a depender de quais sejam tais influências existirá "*procura*", "*aceitabilidade*", "*compreensão*", "*ou não*" em relação aos "*serviços, ações e projetos*" para a saúde, além da "*interpretação dos casos de doença*". Isto será retomado adiante.

O texto segue: "*Os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e*

comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde”.

A explicação sobre “*os sistemas tradicionais indígenas de saúde*” vincula-se ou baseia-se em uma “*abordagem holística de saúde*”, isto é, que busca compreender a saúde em sua totalidade - *holos-* do grego, significa o todo. A “*harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia*” é o princípio para tal abordagem holística. Ao afirmar que “*As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade*” demonstra a tentativa de escapar da generalidade prevista por essa explicação, que prevê um “sistema tradicional indígena de saúde” no qual existiria um “sistema” que contempla o “todo”, ou a multiplicidade de aspectos que envolvem a saúde. Além disso, evita o estereótipo do “índio é tudo igual”, portanto, de uma única forma de saber-fazer saúde suficiente para as diversas etnias existentes sob a cobertura da PNASPI, já que se observa “*a lógica é interna de cada comunidade*”. Isso representa o “*produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem*”, que coadunam com os estudos antropológicos realizados junto aos povos Guarani, Kaiowá e Terena (Pereira 1999; 2009).

4.11 Eficácia simbólica e empírica - mente e corpo: rompendo dualismos e abandonando a política da representação verdadeira.

Apesar de ser um ponto necessário a se esclarecer àqueles que buscam intervir na Atenção à Saúde Indígena, mediante Políticas Públicas, a validade ou veracidade continua condicionada à lógica ocidental, pois recorre à “*Organização Mundial da Saúde*” e sua definição de Saúde mais recente para validar a “*eficácia simbólica e empírica*”.

A noção de eficácia simbólica e empírica é apresentada pelo antropólogo francês Claude Lévi-Strauss em seu livro “Antropologia Estrutural” composto por diversos textos escritos a partir de suas pesquisas realizadas entre 1958 e 1973. O texto intitulado “A Eficácia Simbólica” (Lévi-Strauss, 1975a) trata especificamente dessa noção, anunciada no texto anterior “O feiticeiro e sua Magia” (Lévi-Strauss, 1975b).

Nesse ponto, a Antropologia, assim como qualquer outra área do conhecimento científico, busca enunciar os problemas teóricos e interpretativos sobre os aspectos de cura

xamanística retomando um “texto mágico-religioso conhecido da cultura sul-americana” para evidenciar suas implicações gerais (Lévi-Strauss 1975a, p. 215).

Lévi-Strauss (1975a) retoma um texto antropológico redigido na língua original dos índios Cuna, habitantes, naquele período, do território da República do Panamá. No texto apresenta a intervenção do xamã e o objeto do canto para auxiliar um parto difícil, a pedido da parteira. Além do canto, a confecção e invocação das imagens sagradas – *nuchu* –, esculpidas nas essências prescritas, como as fumigações de favas de cacau queimadas, se tornam assistentes do xamã e lhes dão eficácia para conduzir-se à morada de *Muu*, reconhecida, nesse contexto, como “a potência responsável pelo feto” (p. 216).

O xamã é traduzido por Lévi-Strauss (1975) como médico indígena por ser capaz de atribuir as causas da doença, isto é, desvendar “o lugar do arrebatamento das forças vitais”, especiais ou gerais, oriundas dos maus espíritos. O xamã recorre aos espíritos protetores para empreender tal viagem ao mundo sobrenatural e recuperar o duplo capturado pelo espírito maligno causador da enfermidade. Ressalta o autor:

O caminho de *Muu*” e a morada de *Muu*, não são, para o pensamento indígena, um itinerário e uma morada míticos, mas representam literalmente a vagina e o útero da mulher grávida, que percorrem o xamã e os *nuchu*, e no mais profundo dos quais eles travam seu combate vitorioso (Idem, 1975a, p. 217).

Nesse ponto nota-se a não distinção entre o que seria animado e inanimado numa concepção indígena, expressa na precisão entre o conteúdo afetivo e a perturbação fisiológica, presente ou não na consciência do doente. Corresponderia, segundo Lévi-Strauss (1975a) à noção platônica de “ideia” ou de “arquétipo” em que a matéria possibilitaria a realização sensível enquanto objeto de algo existente em outra dimensão.

Ao refletir o caso analisado, o autor verifica uma contribuição especial às descrições existentes até então para as curas xamanísticas, pois nesse caso não há nenhum tipo de manipulação do órgão a fim de extrair a causa da doença, como em outros casos. O método terapêutico se faz por uma repetição ritual, mais precisamente o canto, considerado bastante abstrato, no qual não se compreende necessariamente qual a incidência sobre a doença. Por comodidade trata-se como uma cura psicológica invocada para combater as perturbações fisiológicas bem definidas, o que faz permanecer vazia tal explicação porque ainda não define a maneira como isso acontece.

No presente caso a medicação é puramente psicológica, já que está posto em causa o estado patológico e sua morada. Assim, conclui-se ser a manipulação do órgão feita a partir do canto, isto é, a cura esperada não vem de uma manipulação do órgão propriamente dito, mas de uma manipulação psicológica do órgão adoecido (Idem).

O canto como uma forma de narrativa apresenta o valor atribuído à linguagem de tais intervenções, sobretudo quando notamos, a partir desse estudo analisado por Lévi-Strauss (1975a), a participação comunitária nesse procedimento estilístico. A tradição oral necessária é atribuída pelo autor, ao nosso contragosto - sem nenhum atrevimento -, à categoria dos “povos limitados”. Nesse processo a cura se inicia a partir do histórico dos acontecimentos precedentes e aparentemente secundários, contudo de interesse retrospectivo. O corpo constitui o suposto teatro em questão pela passagem e oscilação entre os temas míticos, ou mundo interior, e os temas fisiológicos, ou mundo exterior. “A técnica narrativa visa, pois, reconstruir uma experiência real, onde o mito se limita a substituir os protagonistas” (p.225). E com tal preparação psicológica torna-se possível sentir no corpo as intervenções simbólicas.

Esta “visão iluminadora”, apresentada a partir do itinerário explicitado do presente caso, demonstra uma anatomia mítica do corpo, não necessariamente relacionada à estrutura dos órgãos físicos, mas a uma espécie de geografia afetiva, definindo os pontos de resistência e seus movimentos impetuosos. O canto descreve e nomeia a parturiente, apresenta-lhe, em uma forma que possa ser compreendido e pensado de maneira consciente ou inconsciente, aquilo que não seria possível formular de outro modo. Além da ofensiva lançada em socorro da “mitologia psico-fisiológica”, há, ainda, a “mitologia psico-social” indicada na convocação dos habitantes da aldeia a participarem no procedimento, principalmente na busca de plantas medicinais (Idem).

A cura consistiria, pois, em tornar pensável uma situação dada inicialmente em termos afetivos, e aceitáveis para o espírito as dores que o corpo se recusa a tolerar. Que a mitologia do xamã não corresponda a uma realidade objetiva, não tem importância: a doente acredita nela, e ela é membro de uma sociedade que acredita (Lévi-Strauss, 1975a, p. 228).

A concepção indígena é suficiente para a compreensão da doença, não no sentido da resignação, mas no da cura efetiva: a(o) doente sara! Não há dúvida em relação ao método terapêutico do xamã, pois o inaceitável são as dores, extremamente incoerentes e arbitrarias, que constituem elemento estranho em seu sistema. A passagem à expressão verbal, a formulação e o fornecimento de uma linguagem feita pelo xamã possibilitam o desbloqueio desse processo fisiológico patogênico ao qual a(o) doente estava submetida(o) (Idem).

Em nosso contexto, algo similar acontece e vale registrar antes de prosseguirmos: existe uma doença conhecida como “coaió virado” ou “nó nas tripas”, segundo Nascimento (2013), ou, uma diarreia infantil segundo Picoli e Adorno (2008), que acomete as crianças, mas, segundo a crença guarani e kaiowá, os médicos não sabem curar. Para que se tenha sucesso em seu desfecho é necessária a intervenção dos benzedores(as) com reza e procedimentos de massagem e quiropraxia. Existem relatos indígenas da morte de crianças por “coaió virado”

quando as intervenções são feitas nos moldes ocidentais por não serem efetivas (Nascimento, 2013).

Consideremos, neste ponto, o nome indígena “coaio virado”. Assim, chamar o “coalho virado” de “diarreia” indica uma apropriação indevida. A biomedicina científica não o reconhece e não o trata, mas procura apropriar-se dele alterando seu nome, sua etiologia, seus sintomas e seu tratamento e, desta forma, desqualifica o saber indígena. E, como expresso acima, as relações de poder-saber ocorrem de uma forma que inflige sofrimento de toda ordem ao Outro, podendo levar até mesmo à morte.

Lévi-Strauss (1975a) afirma que entre a medicina orgânica e as terapêuticas psicológicas não indígenas, como a Psicanálise, encontra-se a cura xamanística. Sua particularidade está em aplicar um método próximo das terapêuticas psicológicas, mesmo quando a perturbação é orgânica. Isso se dá a partir da condução dos conflitos e resistências mantidos no inconsciente, seja por recalçamento ou por sua própria natureza orgânica (como no caso do parto), para a consciência. O conflito se dissolve, em ambos os casos, porque a partir desse conhecimento nasce uma experiência específica, numa ordem, em um curso e em um plano em que seu desenlace se torna possível. Certamente, esta é uma tradução intercultural de uma prática sem paralelos, mas o fazemos, mesmo que paradoxalmente, na tentativa de tocar e apontar a diferença.

Lembra Lévi-Strauss (1975a) que este acontecimento é chamado pela Psicanálise de ab-reação e acontece a partir da transferência terapêutica surgida do conflito do doente, não provocada pelo analista, tornando possível o protagonismo do sujeito de carne e osso ao explicitar sua situação inicial não formulada. Em um sentido propriamente psicanalítico, a catarse acontece e se abre o caminho à consciência, tornando possível a descarga dos afetos.

No entanto, a comparação não anula as diferenças entre a psicanálise e a cura xamanística, o que consta é uma inversão de todos os termos. As experiências provocadas reconstituem um mito que o doente deve viver ou reviver. Aliás, no caso da Psicanálise é revivido um mito individual encontrado na narrativa do próprio sujeito, ao passo que, no caso do xamã, o mito é social, exterior ao indivíduo e presente na concepção de seu grupo. “Para se preparar a ab-reação, que se torna então uma “ad-reação”, o psicanalista escuta, ao passo que o xamã fala” (Lévi-Strauss, 1975a, p. 230).

A Eficácia Simbólica do tratamento é “o que garante a harmonia do paralelismo entre mito e operações. Mito e operações formam um par, no qual se encontra a dualidade do doente e do médico” (p.232). Uma “propriedade indutora”, possuidora de estruturas semelhantes entre

si, torna-se capaz de edificar a cura a partir de materiais diferentes, nos diferentes níveis do indivíduo: processos orgânicos, psiquismo inconsciente e pensamento refletido.

Nesse sentido, aquilo que é designado pela Psicanálise como o Inconsciente pode ser entendido como a função simbólica de que tratamos. Deixa de ser o refúgio inefável das individualidades e particularidades, depósito de uma história única que nos torna insubstituíveis e singulares. Ou seja, trata-se de uma especificidade humana regida pelo mesmo conjunto de leis presente em todos os homens. Diferentes materiais de imagens recriadas pelo sujeito ou tomadas de empréstimo da tradição coletiva podem ser empregados, mas a estrutura permanece a mesma e é a partir dela que a função ou eficácia simbólica se realiza (Lévi-Strauss, 1975a).

Essa pequena apresentação da contribuição de Lévi-Strauss (1975a, 1975b) para a compreensão da eficácia simbólica e empírica não é apenas descritiva. Buscamos demonstrar com isso que, apesar do incontestável aporte do autor na aproximação da Psicanálise com a “eficácia” dos saberes e práticas indígenas, uma comparação é feita com algo produzido em termos não indígenas, mais precisamente com a Psicanálise. Em outras palavras, para validar as práticas indígenas é preciso colocá-las na ordem discursiva ocidental, sobretudo naquele período histórico em que as noções estruturalistas correspondiam ao verdadeiro do discurso científico.

No entanto, a partir das contribuições do Prof. Dr. Esmael Alves de Oliveira, consideramos que isso não invalida a possibilidade de pensar o processo xamânico (olhar tradicional) a partir da psicanálise (olhar ocidental). Isso porque as produções de Lévi-Strauss afirmam a existência de um pensamento selvagem para exaltá-lo e não o oposto, buscando contrapor uma ideia de mentalidade primitiva ou pré-lógica, como defendida por Lévi-Bruhl.

Deste modo, não podemos cair na política da representação verdadeira, permanecendo atentos aos esquemas de pensamento, sejam eles indígenas ou não, visando subverter a norma como gesto de potência. Não importa onde ou quem enuncia as representações (Europa ou América Latina, cidade ou aldeia, Lévi-Strauss ou Davi Kopenawa), mas sim como são apresentadas (valorizando, classificando ou hierarquizando).

Nas palavras do Prof. Dr. Esmael Alves de Oliveira: “Recorremos a nós mesmos para pensar os outros, recorremos aos outros para pensar a nós mesmos, recorremos aos outros para pensá-los, os outros recorrem a nós para nos pensar e pensar a si mesmo, enfim a questão é para quê (diminuir, dominar, escravizar, compreender, interagir, relacionar).”

4.12 Despertar do sono dogmático: a *expertise* profissional em Saúde Indígena e a necessidade de questionar as próprias investigações e produções ditas científicas.

Nesse mesmo texto citado logo acima, o autor remete a ponderação realizada por Freud (1920/1996) em “Além do princípio do prazer” e também nas “Novas conferências” (1933/1996) de que as descrições realizadas em termos psicológicos nos escritos chamados Metapsicologia deveriam ser substituídas por expressões fisiológicas ou bioquímicas, nas palavras de Freud (1920/1996), ou desaparecer, segundo Lévi-Strauss (1975a). Isso demonstra a necessidade dos autores em traduzir em termos orgânicos a cura xamanística ou psicanalítica como sendo uma “reorganização estrutural” capaz de afetar o corpo e, portanto, ser evidenciada ou comprovada.

Apesar de reconhecer que as expressões fisiológicas ou químicas também não passam de uma linguagem figurativa, Freud (1920/1996) as propõe por elas serem mais familiares à linguagem científica de sua época, além de serem consideradas, ao mesmo tempo, simples. Já, Lévi-Strauss (1975a), se esforça em seu texto para colocar em termos estruturais aquilo que chama de eficácia simbólica e o faz pela carência de inserção dessas perspectivas em uma “civilização mecânica”, na qual “não há mais lugar para o tempo mítico, senão no próprio homem” (p.236).

O que buscamos alertar até aqui se refere aos cuidados necessários às traduções e investigações realizadas sobre a diferença, sejam elas representadas em termos de saber ou em termos de práticas e, em nosso caso, de Saúde. Pois, nos arriscamos, enquanto profissionais-pesquisadores da Saúde Indígena, em funcionar como *advocatus diaboli* nos processos de canonização e, aqui, nos processos de validação das práticas e saberes indígenas, na busca constante de apontar falhas nas provas da eficácia de tais procedimentos, assim como o *advocatus diaboli* fazia com o candidato a santo.

Em nosso estudo, comparativamente, a candidatura que se pretende concorrer não é a de santo, mas a de *expert* profissional em Saúde Indígena que, em alguns casos, contudo, busca excluir os especialistas tradicionais indígenas de tais práticas, justamente os representantes máximos da Saúde Indígena. E justamente por se colocar na condição de *advocatus diaboli* não se considera “vendido ao demônio²⁰” (Freud, 1920/1996, p.67), ou para abrandar os termos e contextualizar em nosso estudo, vendido à razão científica etnocentrada e excludente. Neste

²⁰Esta expressão em comparação à razão científica etnocentrada, em nosso caso, não representa o uso da lógica adversarial maniqueísta (do bem e do mal) muitas vezes presente em nosso contexto. Ao contrário, ela busca apontar a fragilidade de tal posicionamento binário entre os saberes científicos e tradicionais. A reflexão nos leva a compreender que independente de qual seja o uso (sempre momentâneo), ele nunca deve ser etnocentrado, pois isso acarreta desperdícios e dominações.

sentido, recuperamos a observação de Freud (1920/1996) em relação à necessidade de questionar as próprias investigações e produções ditas científicas, pois:

Devemos estar prontos, também, para abandonar um caminho que estivemos seguindo por certo tempo, se parecer que ele não leva a qualquer bom fim. Somente os crentes, que exigem que a ciência seja um substituto para o catecismo que abandonaram, culparão um investigador por desenvolver ou mesmo transformar suas concepções (Freud, 1920/1996, p. 71-72).

Deste modo, os saberes tradicionais, as epistemologias do Sul, devem ser vivenciados e experimentados ao contrário de serem testados por uma perspectiva alheia às suas formas de significação. Nas práticas de Saúde Indígena a coexistência dos diferentes saberes e conhecimentos deve presumir a não hierarquização entre ambos, mesmo que o conhecimento ocidental moderno, por muitas vezes, ensine o contrário nas formações disciplinares.

Para produzir em Saúde um saber-fazer de sentido para as comunidades indígenas é necessária a inserção de sua cosmologia, ainda que tenhamos que abandonar o caminho seguido até aqui. Despertar do sono dogmático disciplinar que busca fixar os sujeitos de suas intervenções em seus próprios parâmetros. A Psicologia decolonial, como perspectiva de produção multidimensional, pode contribuir neste processo de deslocamento.

4.13 Entre as metas que vêm de cima e as conversas: encontros em Saúde.

Esta não é uma afirmação generalizável, como qualquer outra não o é. Portanto, não se deve ter a impressão de existir uma oposição entre o trabalhador e o usuário da Saúde Indígena. É preciso ter clara a concepção de produção coletiva da Saúde Indígena na qual estamos envolvidos e, com isso, reconhecer o conflito que vive o trabalhador de saúde. Um conflito que envolve as exigências da saúde enquanto Política Pública com sua prioridade de controle, e da saúde enquanto ato potencializador de vida, no qual se prioriza o cuidado. No primeiro aspecto, são exigências da Política Pública de Estado dar respostas quantitativas em relação a uma noção de saúde muito mais filiada ao controle do que ao cuidado, como por exemplo: metas, dados consolidados, relatórios estatísticos *etc.* O segundo aspecto está relacionado às necessidades e demandas da realidade total do usuário, não traduzíveis apenas por números e que, na maioria das vezes, não estão contempladas pelo trabalho prescrito.

Em nossas andanças uma trabalhadora de saúde indígena kaiowá relata: *“tem profissionais indígenas, mas ainda há dificuldade de adesão. A comunidade não participa. Temos metas a cumprir e isso vem de cima, já começa por aí! Falta diálogo e isso parte das instituições”*. Essa fala representa bem o conflito vivenciado pelos profissionais de Saúde Indígena do Polo Base de Dourados. Ao mesmo tempo em que comemoram a diminuição dos

índices epidemiológicos, percebem o distanciamento das práticas de saúde, do modelo de atenção em suas unidades, das expectativas e das necessidades dos usuários dos serviços. Há uma dificuldade de adesão porque os modos de operação não satisfazem as necessidades dos usuários dos serviços. Assim, “o problema do acesso não depende apenas da expansão do número de unidades prestadoras, mas, cada vez mais, depende intimamente do tipo de modelo de atenção operante nessas unidades” (Teixeira, 2003, p. 3).

Quando uma liderança indígena diz: “*vocês que trabalham com saúde indígena, vamos conversar mais!*”, constata a consciência de sua possibilidade de contribuição no processo de Atenção à Saúde Indígena. E indica um dos motivos da não participação da comunidade, já sugerida pela profissional indígena kaiowá: a falta de diálogo justificada pelas inúmeras outras preocupações. Isso eleva a visão comunicacional da relação trabalhador-usuário, do plano micropolítico de questões no trabalho vivo em ato. A nossa carência em estabelecer uma democracia viva em ato, que se faz através da principal substância ou materialidade desse encontro, isto é, da conversa (Teixeira, 2003; Merhy, 2002).

Nesse sentido, vale destacar ainda a afirmação de Lévi-Strauss (1975a) sobre a confrontação entre os saberes ocidentais, como o psicanalítico (com seus métodos e suas finalidades), com os saberes tradicionais. Essa confrontação pode recolher a confirmação da sua validade, o preservar da esperança em aprofundar suas bases teóricas e a melhor compreensão dos mecanismos de sua eficácia, pois estaria recorrendo aos seus “grandes predecessores: os xamãs e os feiticeiros” (p.236).

Isso nos sugere uma inversão do prisma lançado, de modo geral, às confrontações entre os saberes tradicionais indígenas de saúde e os conhecimentos de ordem ocidental disciplinar que colocam os primeiros em destaque, isto é, não há superioridade do conhecimento europeu sobre os demais, já que possuem seu próprio valor e são tidos como predecessores.

4.14 Preciosidades e não recursos: a preparação/formação de colaboradores da Saúde Indígena para a atuação em contexto intercultural.

No item: “*Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural*” a PNASPI diz em seu início: “*A formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde é uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não*”.

Dentro daquilo que propomos no presente estudo, a escolha e uso do termo *recursos humanos* não corresponde à importância e relevância do(a) trabalhador(a) de saúde no processo de Atenção à Saúde Indígena. O recurso, de modo geral, se refere àquilo que se utiliza em uma ação, algo que pode ser, a qualquer momento, substituído ou descartado. O humano, desse processo, ou seja, o(a) trabalhador(a) de saúde indígena, compreende, - como nos ensina a Profa Dra. Catia Paranhos Martins - uma preciosidade para todo o processo de cuidado em saúde, portanto, para o bom funcionamento do SUS.

Com isso, nomear os atores deste cenário apenas como recurso se torna inapropriado e insuficiente. São colaboradores(as) e preciosidades da Saúde Indígena que encaram o desafio técnico-ético-político da intervenção intercultural, seus sabores e dissabores. Tais colaboradores(as), indígenas ou não indígenas, necessitam de um investimento muito mais potente do que um “recurso” é capaz de ter e/ou oferecer.

Referindo-se a seus colaboradores como recurso, a política aponta a necessidade de “*formação e capacitação de indígenas como agentes de saúde*” e sugere sua incapacidade e desinformação sobre saúde. Demonstra, mais uma vez, que as concepções de saúde calcadas nas políticas ocidentais prescindem, também, de uma noção não ocidental de saúde. Para que alguém se torne “*agente de saúde*” é preciso a “*apropriação*” “*de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental*”, sem o qual não é possível sê-lo, isto é, a formação não concebe um executor de práticas de saúde, mas um receptor delas. Uma posição de passividade é relegada àqueles que não possuem formação de saúde em termos ocidentais.

Isso não quer dizer que nos posicionamos contrariamente a qualquer tipo de formação profissional para os povos indígenas, pois isso abre inúmeras possibilidades. Entre elas destacamos a maior aproximação das produções subjetivas de cada figuração social envolvida e que pode ser contemplada nas ações de saúde. Mas isso deveria ser apenas parte do processo intercultural, tal como sugerem as alteridades componentes do cenário. A outra parte seria a entrada na cosmologia de cada figuração social por parte dos demais trabalhadores para que, de fato, compreendam e colaborem com o fortalecimento das dimensões culturais de cada povo na busca por melhores condições de vida e, conseqüentemente, de saúde.

É certo que o enunciado a seguir: “*não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não*”, a princípio, parece abrandar e contradizer nossa análise acima, no entanto, ao nosso ver, ele apenas a reafirma, pois é preciso “*somar*” “*as terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não*” ao conhecimento verdadeiro, a saber: a “*medicina ocidental*”. Com isso, não se nega a necessidade dessa somatória, ou melhor, dessa articulação entre os saberes, sobretudo quando se leva em

consideração as reconfigurações dos modos de vida e as novas formas de adoecer das comunidades indígenas após as incursões colonialistas. No entanto, não se pode esquecer que as “*terapias e outras práticas culturais próprias*” não perdem seu valor, nem devem ser diminuídas em termos de eficácia e importância frente ao conhecimento e à “*medicina ocidental*”. Aliás, de modo geral a “*medicina ocidental*” só tem sentido nesse espaço pela interpelação dos modos de vida moderno ocidental às comunidades indígenas.

Neste sentido afirma um colaborador indígena de saúde em evento junto à comunidade: “*É preciso pensar a saúde não de como se cura nosso povo, mas como não adoecer. Não tem espaço para produzir seu próprio alimento, consomem enlatados e passam a adoecer. Pergunta para seu ancião se existia câncer, diabetes e essas doenças. Como pensar uma saúde de qualidade se nosso povo não tiver território. É no território que a saúde começa, com feijão, arroz, coisas naturais e não veneno*”.

A noção de prevenção de doenças e promoção de saúde está presente no início do enunciado quando afirma a necessidade de pensar “*como não adoecer*” antes de pensar “*como se cura*”. Isso está relacionado à autonomia dos grupos-sujeitos indígenas, pois quando produziam “*seu próprio alimento*” não existiam determinados tipos de doenças. Isso pode ser evidenciado por meio das memórias e narrativas das lideranças/ anciãos, fonte de aprendizagem a respeito da Saúde Indígena, sua história, cosmologia e cultura. A perda de autonomia e de qualidade de vida está associada à expropriação de seus territórios, o que inviabiliza uma saúde de qualidade, haja vista que “*é no território que a saúde começa*”.

Encontramos aqui traços das perspectivas da territorialidade indígena e da perspectiva da prevenção, da promoção e de sua relação com a Saúde Coletiva. Legitimar a relação entre a terra-território e a saúde para os povos indígenas torna-se imprescindível aos colaboradores de saúde que visam boas práticas. Deslegitimar essa significação é deslegitimar também suas concepções de saúde e de vida.

Não que consideremos os saberes tradicionais e culturais indígenas algo fechado, impermeável e imutável, mas chamamos a atenção ao lugar de subordinação que tais saberes são colocados quando representados na PNASPI e nas Políticas Públicas de modo geral. Perguntamos, neste ponto, por que o item intitulado “*Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural*” não se inicia com a capacitação dos colaboradores marcados pela formação ocidental, ou seja, dos não indígenas sobre as práticas e saberes tradicionais em Saúde Indígena? Da forma como está colocado, o AIS emerge não como facilitador de articulação entre os saberes, mas como facilitador de assimilação de um saber ocidental e, portanto, também de controle sobre os povos indígenas.

Isso nos surge como indagação, mas para a comunidade indígena do Polo Base de Dourados representa uma necessidade, haja vista a proposta apresentada na Carta de Dourados: *“Implementar política de parceria com as Universidades nos interesses da Saúde Indígena, visando respeitar e fortalecer saberes tradicionais indígenas, por meio de projetos de pesquisa e formação de recursos humanos”*. A implementação de *“parceria com as Universidades”*, instituições de formação acadêmica ocidental, desde Platão (427-347 a.C)²¹, é proposta, pois os *“interesses da Saúde Indígena”* não estão contemplados nessas instituições até o presente momento²². O objetivo é *“respeitar e fortalecer saberes tradicionais”* e isso indica que os profissionais e colaboradores de Saúde Indígena oriundos de tais instituições, marcados por esse processo de formação profissional e de subjetividade, ainda não dão conta de respeitar os saberes tradicionais, quiçá de contribuir para o seu fortalecimento.

Com vistas à construção do respeito e fortalecimento dos saberes tradicionais, que por sua vez correspondem de fato aos *“interesses da Saúde Indígena”*, a Carta de Dourados faz uma sugestão para sua efetivação: *“por meio de projetos de pesquisa e formação de recursos humanos”*. Mas, por outra via, que não a da proposta inicial da PNASPI, os aprendizes devem ser os não índios e não o inverso. Isso sim seria *“formação de recursos humanos”*²³ para atuação em contexto intercultural. Ou, como lembra Martins (2016), aos não indígenas, marcados pelas disciplinas modernas ocidentais, é mais profilático (des)aprender oito horas por dia.

4.15 Saúde Diferenciada não é pensada em Brasília, é construída coletivamente: confrontando a epistemologia abissal e a fronteira entre os Instrutores/ Supervisores responsáveis e as Lideranças e Organizações Indígenas.

Segue o texto da PNASPI: *“O Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde deverá ser concebido como parte do processo de construção dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Será desenvolvido em serviço e de forma continuada, sob a responsabilidade de Instrutores/Supervisores, devidamente capacitados, com a colaboração de outros profissionais*

²¹ Apesar de conter diferenças em relação às configurações acadêmicas que conhecemos nos dias de hoje, “por volta de 387 a. C. [. . .] Platão fundou sua própria escola filosófica, a **Academia**, nos jardins constituídos por seu amigo Academus. Essa escola foi uma das primeiras instituições permanentes de ensino superior do mundo ocidental” (Cotrim, 2002, p. 97).

²² Em contraponto a formação acadêmica atual e como possibilidade de transformação dessa realidade, fazemos referência a criação e oferta da disciplina optativa Psicologia da Saúde Indígena, pelo curso de Psicologia da UFGD, segundo a RESOLUÇÃO N°. 061, DE 23 DE MARÇO DE 2017. Disponível em: <http://files.ufgd.edu.br/arquivos/arquivos/78/COGRAD/Res%20CEPEC%2061-2017%20Estrutura%20Curricular%20curso%20de%20Psicologia.pdf>.

²³ O termo “formação de recursos humanos”, já contestado neste trabalho, poderia dar lugar ao termo “formação de colaboradores de saúde indígena”.

de serviço de saúde e das lideranças e organizações indígenas”. Afirmando que o programa é de formação de AIS, é parte do processo de construção do DSEI e seu desenvolvimento será feito em serviço e de forma continuada. E em seguida remonta à linha discursiva utilizada até aqui: “*sob a responsabilidade de Instrutores/Supervisores, devidamente capacitados*” contanto com “*a colaboração de outros profissionais de serviço de saúde e das lideranças e organizações indígenas*”. Isso marca a distinção entre quem é responsável e quem apenas colabora, e não só isso, os responsáveis são de fato “*devidamente capacitados*”, enquanto os colaboradores apenas auxiliam quando os responsáveis capacitados entenderem ser necessário. O que parece ser difícil conseguir, pois a ordem discursiva desses “*Instrutores/Supervisores*” é ávida pela manutenção da linha abissal entre os saberes envolvidos. Do ponto de vista da PNASPI, deste lado da linha abissal, estão os “*devidamente capacitados*” e do outro lado da linha, as “*lideranças e organizações indígenas*”.

Ao afirmar em seguida: “*O processo de formação dos agentes indígenas de saúde será elaborado dentro dos marcos preconizados pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB (Lei nº 9.394/96) -, no que diz respeito ao ensino básico, direcionado para a construção de competências/habilidades, visando facilitar o prosseguimento da profissionalização nos níveis médio (técnico) e superior (tecnológico). Deverá seguir metodologia participativa, propícia à comunicação intercultural, de modo a favorecer o processo recíproco de aquisição de conhecimentos. Os estudos e levantamentos sócio antropológicos existentes e os realizados de forma participativa deverão ser aproveitados como subsídios à formação de recursos humanos e à própria prestação de serviços*”, explicita outra distinção hierarquizando os “*marcos preconizados pela LDB*”, tornando-os referenciais capazes de construir “*competências/habilidades*” e “*profissionalização*”.

Por isso, a formação será elaborada dentro desses marcos. Mas há condicionantes: “*Deverá seguir metodologia participativa*” o que implica numa ingerência aos educadores, pois sequer se sabe do preparo e disposição para a atuação com esta abordagem metodológica e também interfere na construção do conteúdo, indicando que os “*estudos e levantamentos socioantropológicos*” deverão ser “*aproveitados como subsídios à formação de recursos humanos e à própria prestação de serviços*”.

Em nossa análise não há uma crítica à LDB, mas uma reflexão no sentido de sua efetividade no processo de favorecer “*o processo recíproco de aquisição do conhecimento*”, sobretudo quando tem como pressuposto a realização dos “*estudos e levantamentos socioantropológicos existentes e os realizados de forma participativa*”. Isso porque esses

últimos nos parecem ser o elemento base para construção e formação de colaboradores de saúde indígena segundo nossa prática de análise e intervenção.

Outro ponto chama a atenção: “*o processo recíproco de aquisição do conhecimento*” dá a entender ser uma proposta viável no processo de construção de uma saúde em seu sentido de mutualidade. No entanto, não se pode dizer o mesmo do termo “*aquisição de conhecimento*”, pois está marcado por uma significação do conhecimento como uma substância possível de ser adquirida, possuída por alguém e de uma essência capaz de evidenciar o conhecimento verdadeiro e o falso. O que corresponderia aos propósitos de verdade das ciências empírico-positivistas e da posição racionalista, com a qual não compactuamos.

Compreendemos o conhecimento enquanto relação de sujeitos individuais-coletivos-institucionais conectados por redes de vias informacionais complexas, exercício simbólico de ação e expressão. Uma rede sociotécnica é tecida no interjogo entre sujeitos, grupos e instituições, isto é, nas relações de poder, nas tecnologias de comunicação, nos processos de transmissão e nas ritualidades de passagem existente entre eles (Maraschin & Axt, 2013).

Desse modo, para ser um “*processo recíproco*” ele não pode ser de “*aquisição*”, mas sim de construção, já que o conhecimento é algo que se faz junto, nas coletividades, e tem a linguagem e outras materialidades existentes nas relações cotidianas como sua matéria-prima. Assim, se desmistifica o conhecimento como algo circunscrito à cabeça do(a) *expert* em determinado assunto, ou do pesquisador(a) trabalhador(a) em saúde, como no caso deste estudo (Batista, Bernardes & Menegon, 2014).

Neste sentido, destaca uma indígena colaboradora de saúde: “*A disposição está em roda porque ninguém é melhor do que ninguém. Saúde diferenciada não é pensada em Brasília, ela é construída coletivamente*”. Esse enunciado é bastante presente nos eventos de diálogo e construção coletiva em Saúde Indígena, pois representa o modo de ser dos indígenas da presente pesquisa. Dispor os espaços em roda, configura-se como uma estratégia de desierarquização, que busca a coparticipação dos envolvidos. O lugar de suposto saber-poder atribuído às chamadas instâncias de poder localizadas em Brasília e em seus especialistas, recorrentemente, enviados às comunidades indígenas de Dourados, também encontram sua contestação, pois a “*Saúde diferenciada*” “*é construída coletivamente*”. Não há um *expert* ou uma *expertise* capaz de sanar ou minimizar questões multidimensionais, como é o caso da ADSI. Por isso deve ser construída coletivamente e em rodas.

4.16 As novas realidades: doença de índio e doença de branco e a coexistência da casca da árvore e a caixa de remédio.

Segue nessa linha: *“O órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas fará gestões, junto aos órgãos e instituições competentes no campo da educação, no sentido de obter a certificação de competências para os agentes que seguirem o processo de formação, inclusive aqueles já capacitados, de acordo com o que faculta a Lei nº 9.394/96”*.

A *“certificação de competências”* será dada aos agentes que cumprirem todos os requisitos que *“faculta a Lei”*, isto é, para serem considerados capazes ou *“capacitados”* é preciso adentrar nas instituições e normas ocidentais. Fica explícita a superioridade dos saberes não índios sobre os saberes indígenas. Os últimos não são plausíveis de certificação, portanto não são de competência de formação em Saúde, segundo as concepções apresentadas pela PNASPI.

Somente em seu antepenúltimo parágrafo, no subitem *“Preparação de recursos humanos para a atuação em contexto intercultural”*, a PNASPI faz alusão a outros profissionais que não os AIS. *“A capacitação dos recursos humanos para a Saúde Indígena deverá ser priorizada como instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas e às novas realidades técnicas, legais, políticas e organizacionais dos serviços. Deverão ser promovidos cursos de atualização/aperfeiçoamento/ especialização para gestores, profissionais de saúde e assessores técnicos (indígenas e não-indígenas) das várias instituições que atuam no sistema”*.

Essa capacitação é vista como *“instrumento fundamental”* para *“adequação das ações profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas”*. Aqui parece reconhecer a adequação das ações e serviços de saúde quando orientados pela política pública, e não o inverso como vinha sendo dito. Não obstante, intriga a sequência do enunciado *“e às novas realidades técnicas, legais, políticas e de organização dos serviços”*. Ao que está fazendo referência quando diz *“novas realidades”*?

Isso remete ao processo histórico, que é apresentado na própria PNASPI, pelo qual passaram os povos indígenas. Novas realidades parecem dizer das consequências desse processo de violação aos indígenas e que hoje compõem sua nova realidade. Intriga as divergências existentes na adequação a tais realidades, pois a adequação pode se opor à transformação de tais realidades. Como bem aponta a Psicologia Social, desde a década de 1980, quando faz a crítica ao *status quo* da própria Psicologia. Uma vez que está entorpecida pela adequação dos sujeitos ao sistema social, político e econômico, mesmo que seja esta a fonte de suas maiores inadequações e sofrimentos. Isso inviabiliza a *“emergência das*

contradições e a transformação social” (Lane, 1991, p. 15; Bernardes, 2013). Se busco *adequar* minhas ações de saúde à condição de confinamento em reserva, por exemplo, não estaria cumprindo função em sua manutenção? Essa questão não é simples, mas não podemos fugir de refleti-la.

Seus desdobramentos em termos de saberes em Saúde, a inserção da vontade de saber ocidental em Saúde no campo de atuação da Saúde Indígena é pensada e aceita justamente por essas novas realidades (se for de fato a isso que a PNASPI se refere). Hoje, os saberes tradicionais, à primeira vista, parecem insuficientes para combater as mazelas às quais seus grupos sociais estão expostos. Isso fica claro pelo enunciado que circula nas comunidades indígenas da RID: “*doença de índio e doença de branco*”. As doenças de índio são sanadas com as terapêuticas tradicionais, as doenças de branco muitas vezes não são tratadas pelos saberes tradicionais, pois fogem ao seu escopo. Assim passa a ser necessária a coexistência, lado a lado: “*a casca da árvore e a caixa de remédio*”. Esse mote se repete por AIS e também por lideranças indígenas, rezadores e afins, em defesa dos valores de seus saberes e posto em comparação para demonstrar seu sentido aos não índios, distantes dessa realidade.

4.17 Estratégias para facilitar o entendimento do currículo regular de formação acadêmica ocidental: uma maquinaria pronta para produzir a assimilação dos “alunos de origem indígena” às *expertises* não indígenas?

“*As instituições de ensino e pesquisa serão estimuladas a produzir conhecimentos e tecnologias adequadas para a solução dos problemas de interesse das comunidades e propor programas especiais que facilitem a inserção de alunos de origem indígena, garantindo-lhes as facilidades necessárias ao entendimento do currículo regular: aulas de português, apoio de assistentes sociais, antropólogos e pedagogos, currículos diferenciados e vagas especiais*”. A “*solução dos problemas de interesse das comunidades*” advém de fora, das “*instituições de ensino e pesquisa*”, que devem facilitar a “*inserção de alunos indígenas*”. É preciso “*facilitar o entendimento do currículo regular*”, por parte dos “*alunos de origem indígena*” e para isso são necessários “*aulas de português, apoio de assistentes sociais, antropólogos e pedagogos*”. Seria esta proposta uma maquinaria pronta para produzir a assimilação dos “*alunos de origem indígena*” às *expertises* não indígenas? A Começar pela língua, uma substituição daquilo que identifica o sujeito como pertencente a determinado grupo social, transpondo-o de sua língua materna para a língua portuguesa. “*Currículos diferenciados e vagas especiais*” aparecem como

facilitadores nesse processo, mas de uma produção bem delimitada, agora prevista, e de recusa da diferença e da alteridade.

Não se acusa, com isso, a Assistência Social, a Antropologia ou a Pedagogia de tal produção, mas chama a atenção à nossa ordem discursiva que parte do “Eu” “Nós” como a referência correta e verdadeira para o “Outro” “Eles”. Nosso imaginário colonizador insistentemente recusa a diferença e a aproximação da alteridade e quando não as faz se coloca como centro da relação.

Em diversos pontos deste trabalho é possível pensar a relação entre Estado e Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Porém, buscamos compreender o Estado para além daquilo já muito bem descrito por teorias ocidentais críticas como quando Althusser (1970) apresenta os Aparelhos Ideológicos do Estado, que interpelam sujeitos os tornando assujeitados à sua égide. Apesar de estarmos muito mais afinados aos efeitos do discurso e aos processos de subjetivação, é improvável discordar disso em nossas reflexões, sobretudo com a leitura da dissertação de Benites (2014) e seu *Oguata pyahu* (uma nova caminhada) no processo de (des)construção e da educação escolar indígena da reserva indígena *te'yi kue*.

Nesse trabalho, o autor, indígena Guarani e Kaiowá, apresenta o processo de subjetivação que perpassa os indígenas de sua etnia na interseção entre os saberes tradicionais e o modelo de saber ocidental da sociedade envolvente. Althusser (1970) chamaria de interpelação ora pela ideologia (AIE), ora pela repressão feita pelos Aparelhos Repressivos do Estado (ARE). Ideologicamente, a inserção de modos de vida se deu com a inserção da Escola e das Igrejas (para nós vale destaque às instituições de saúde) e como ARE destaca-se a implantação da capitania nas aldeias/reservas que, por muito tempo e até, às vezes, nos dias atuais, utiliza-se da coerção aos moldes ocidentais para inibir o modo ruim de ser - *Teko vai* -.

As interpelações apresentadas demonstram como podem ocorrer as assimilações das *expertises* ocidentais por alunos de origem indígena no processo de educação em saúde e o desperdício das experiências e saberes tradicionais. Os Aparelhos do Estado acabam por funcionar como territórios-períodos de interdição, onde não se fala a língua materna e se subordinam os modos de ser tradicionais às concepções e estilos da modernidade ocidental.

Contudo, isto pode ser diferente, como apresentado por Benites (2014), que atravessado pelas concepções ocidentais e tendo a dimensão tradicional de sua subjetividade adormecida a resgata, a partir de diálogos nos espaços acadêmicos não colonizadores e com suas lideranças, num reencontro com seu modo de ser. Entendemos que isso pode ser vivenciado junto aos trabalhadores de saúde, caso descolonizem suas práticas e produzam em ato uma Atenção de fato Diferenciada à Saúde.

Por último, assinala a PNASPI: “*O órgão responsável pela execução desta política organizará um processo de educação continuada para todos os servidores que atuam na área de Saúde Indígena*”. O “*processo de educação continuada para todos os servidores que atuam na área de Saúde Indígena*” compreende, no presente estudo, uma possibilidade de ação capaz de transformar as realidades e dificuldades enfrentadas, desde que se faça a ressalva: “*O órgão responsável pela execução desta política*” e organizador do processo acima citado deve deslocar-se de seus vícios colonizadores ainda vistos como virtudes por estarem inseridos no verdadeiro desta linha discursiva, isto é, por estarem deste lado da linha abissal.

O sujeito, o Eu, a consciência de si, pela qual viemos nos pautando, consiste em uma ótica na qual a alteridade, a diferença e o outro são definidos e catalogados por essa consciência, esse Eu/Nós. Mesmo após as incursões psicanalíticas que desestabilizaram essa noção de consciência como organizadora da realidade, sobretudo pela noção de inconsciente e pelos deslocamentos provocados pela virada linguística, entre outras colaborações, ainda se constroem relações pautadas de maneira ego-euro-centrada.

4.18 O monitoramento das ações de saúde a serviço da globalização-colonização.

O item 4.3 “*Monitoramento das ações de saúde*” apresenta em seu primeiro parágrafo: “*Para acompanhar as ações de saúde desenvolvidas no âmbito do Distrito Sanitário, será organizado sistema de informações, na perspectiva do Sistema de Vigilância em Saúde, voltado para a população indígena*”. O acompanhamento das ações de saúde, no nível do Distrito Sanitário, será feito a partir da “*perspectiva do sistema de Vigilância em Saúde*” direcionado às populações indígenas. Então, qual seria a perspectiva do Sistema de Vigilância em Saúde?

Desde os primeiros debates para a implementação do SUS, o campo da vigilância aparece como conceito central referente às teorias e práticas em Saúde Pública. Tem como “*tônica a busca de respostas mais efetivas para as demandas e os problemas de saúde*”. Para isso, deve-se integrar e articular as ações em Saúde de acordo com a realidade de cada população em seu território e, portanto, transcender as esferas institucionais dos serviços de saúde (Oliveira & Cruz, 2015, p. 256). Em outras palavras: “*Vigilância é informação para a ação*” (Brasil, 2013, p.11).

Destacamos, de início, a grande importância atribuída à proposta de Vigilância em Saúde para se pensar as ações em Saúde, mas por outro lado, essa recomendação demonstra como nossas estratégias de Saúde ainda são extremamente reativas. Isto é, nossas estratégias compreendem um emaranhado de *re*-ações às produções sociais patogênicas as quais estamos

expostos e das quais somos também produtores. Mesmo afirmando a promoção da Saúde em sua proposta, não fica evidente essa possibilidade, pois o movimento está direcionado para a atenuação dos prejuízos de nossos modos de organização e produção social. Neste sentido, observa-se em documento publicado pelo Ministério da Saúde:

A vigilância em saúde deve estar preparada para lidar com os maiores riscos inerentes ao processo de desenvolvimento e de globalização. Se as práticas existentes são incapazes de responder aos novos objetos, é preciso buscar novas tecnologias, processos e respostas (Brasil, 2013, para. 1).

Por esta via, os maiores riscos à Saúde são “inerentes ao processo de desenvolvimento e globalização”, aos quais a “vigilância em saúde deve estar preparada”. O projeto de globalização deve seguir seu fluxo e não deve, em hipótese alguma, ser alterado. Os determinantes sociais como condicionantes de Saúde observados nas Políticas Públicas, entre elas a PNASPI, não encontram possibilidades de consideração. Isso afeta significativamente a Atenção em Saúde da população brasileira, sobretudo na Saúde Indígena, tendo em vista que a globalização em curso não só tem seu caráter falacioso e perverso como já apontava Milton Santos (Santos, 2001), mas é uma forma contemporânea de se chamar a colonização (Sodré, 1995). E no trajeto de “*monitoramento das ações em saúde*” a colonização permanece em marcha.

4.19 A visão biomédica como orientadora na construção de indicadores que avaliam a saúde: medicando os corpos e ignorando os fatores sociais aos quais estão expostos os povos indígenas.

“Esse sistema deverá identificar informações que atendam às necessidades de cada nível gerencial, fornecendo subsídios para a construção de indicadores que avaliem a saúde e, indiretamente, a atenção à saúde, como a organização dos serviços no Distrito Sanitário, particularmente no que diz respeito ao acesso, à sua cobertura e à sua efetividade”. A referência “*a construção de indicadores que avaliem a saúde*” traduz a concepção de saúde relacionada à visão biomédica cujo foco é o corpo biológico, com presença ou ausência de doenças. Especificamente o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), que será analisado adiante, se estrutura e funciona sobre módulos produtores de diversos indicadores: “demográfico, morbidade, imunização, saúde bucal, nutrição, acompanhamento à gestação, recursos humanos, infraestrutura e saneamento” (Sousa, Scatena & Santos, 2007, p. 856). Em sua maioria, índices interessados em mapear o corpo biológico direta ou indiretamente.

Além disso, o sistema nos faz questionar a diferenciação de tais ações para as populações indígenas, isto é, em que medida isso corresponde a uma Saúde Indígena? Esses indicadores devem apontar *“indiretamente, a atenção à saúde, como a organização dos serviços no Distrito Sanitário, particularmente no que diz respeito ao acesso, à sua cobertura e à sua efetividade”*. Uma preocupação operacional quantitativa do serviço, sobretudo em termos de *“acesso à cobertura e à sua efetividade”*. O monitoramento indica controle, também, das ações dos(as) trabalhadores(as). Devem estar todos em consonância com uma saúde biológica, quantitativa, cartesiana.

Essa linha discursiva continua: *“Essas informações servirão também para identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, estabelecer prioridades na alocação de recursos e orientação programática, facilitando a participação das comunidades no planejamento e na avaliação das ações”*. Em vista dos tipos de indicadores existentes, temos a dimensão de se tratar de uma noção de saúde biomédica, pois a possível identificação e divulgação dos *“fatores condicionantes e determinantes da saúde”* não parecem contemplar a integralidade em saúde.

O máximo que se pode conseguir, em termos de identificação e divulgação, são corpos adoecidos investidos de medicação, seja para a cura ou para a prevenção de ‘surtos’ das doenças fisiológicas, mas os fatores sociais aos quais estão expostos os povos indígenas locais são ignorados, sobretudo por falta de recursos naturais básicos em seus territórios. Territórios expropriados pelo Estado brasileiro e direcionados à produção agrícola e agropecuária da região sul de MS.

Esse projeto de desenvolvimento e globalização destrói a saúde e a vida, não só biológica, mas também subjetiva dos povos indígenas, seu modo de ser Guarani, Kaiowá ou Terena, com os quais devemos estar todos alinhados para que tudo transcorra com sucesso. Como resistência, a função de muitos é atenuar os efeitos deletérios já previstos.

Esse ponto fica expresso no enunciado de colaboradores não indígenas: *“não aguento mais dar remédio para este povo”*. Com isso, os colaboradores anunciam sua angústia por atuarem como atenuadores dos sofrimentos e desarranjos de saúde causados pelos fatores sociais aos quais estão expostos os povos indígenas. Fatores que não são reconhecidos pela visão biomédica de saúde. Deste modo, medicam-se corpos e ignoram-se os fatores sociais e ético-políticos que adoecem. Adoecem não só os usuários do serviço, mas o próprio colaborador que não *“aguenta mais dar remédio”*, pois a medicação ingerida não cumpre a função terapêutica e acarreta reincidências do adoecimento.

Desta forma, evidenciamos a necessidade de fortalecer as ações na Atenção Básica em detrimento das ações biomédicas. Como possibilidade, destacamos que as redes de inter-relações apresentadas por Passos e Barros (2009) também ocorrem nas comunidades indígenas. São também relações entre relações, ou seja, existem diversos grupos, instituições e organizações dentro daquilo que buscamos, por conveniência, chamar de comunidade. Entretanto, tais grupos, instituições e organizações da rede de inter-relações indígenas devem ser pensados a partir de seu modo de ser, de sua própria cosmovisão e não serem transpostos como fazem as Políticas Públicas ocidentais que visam intervir com estes povos.

No caso dos Guarani e Kaiowá, os grupos mais íntimos são os fogos familiares que formam parentelas compostos pela família extensa (PEREIRA, 1999). O mesmo ocorre com a etnia Terena organizada a partir da noção de - *kurú* - tronco familiar que forma agrupamentos em aldeias (Pereira, 2009). A partir disso pensamos a forma de organização e operacionalização dos serviços, especificamente no ponto em que se determina o campo de atuação das(os) AIS por uma microrregião. Este tipo de organização amparada na Estratégia de Saúde da Família e no caso dos povos indígenas pela PNASPI não contempla o modo de ser Guarani e Kaiowá, ou o *ethos* Terena, pois sua geografia é outra. Isto é, as redes de inter-relações são outras. Sua geografia é a do fogo ou do tronco, aquilo que os une.

Isso implica em constrangimento aos envolvidos, pois podem pertencer a outros fogos, troncos e parentelas e, apesar disso, serem interpelados por uma Política Pública Ocidental, - que se presume diferenciada - a conviver e se relacionar como agentes de Atenção à Saúde sem a existência de qualquer tipo de vínculo ou existindo vínculo de conflito entre redes de inter-relação.

Então indagamos se não seria salutar para uma melhor organização e operacionalização da Atenção Básica e da atuação dos AIS a realização de territorializações que identificassem quais as microrregiões e territorialidades do fogo e do tronco familiar dos usuários dos serviços. Desta forma poderíamos escapar da política de intervenções biomédicas e vislumbrar uma política da transformação dos fatores sociais a partir da potência interna da própria comunidade.

4.20 O pensamento pós-abissal e a ecologia de saberes como alternativa diagnóstico-situacional dos problemas de saúde e as prioridades técnica, social e política.

Na sequência: *“Os instrumentos para coleta de dados no território distrital serão propostos por equipe técnica do órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas. Estes instrumentos poderão ser adaptados à realidade local, mas terão*

que permitir a identificação dos riscos e das condições especiais que interferem no processo de adoecer para buscar intervenções específicas de cada povo”. Chama-nos a atenção o fato de as tecnologias ocidentais aparecerem como possibilidade e melhor resposta para a “coleta de dados” e “execução das ações”, entretanto se busca, a partir disso, “intervenções específicas de cada povo”. Fica difícil precisar isso, justamente porque falamos de noções em saúde distintas, ou seja, os indicadores ocidentais nem sempre, para não dizer quase nunca, são compatíveis com a concepção de Saúde e possibilidade de intervenção dos povos indígenas.

A afirmação seguinte de que “O acesso permanente ao banco de dados deverá estar assegurado a qualquer usuário”, não se confirma, ao menos até o estudo de Sousa, Scatena e Santos (2007), pois diferente de outros sistemas de informação em saúde, no SIASI as informações não são facultadas a qualquer cidadão. É possível apenas para gestores e profissionais em Saúde Indígena, mediante senha disponibilizada pela SESAI. Essa limitação dificulta uma das principais propostas da PNASPI, a participação da comunidade.

Em seguida a PNASPI apresenta o monitoramento: “Deverá ser facilitado o acesso aos dados para a produção antropológica, de modo a facilitar a qualificação e a análise dos dados epidemiológicos, com a participação de antropólogos especialistas que atuam na região e dos agentes tradicionais de Saúde Indígena”. “O acesso aos dados para a produção antropológica” deve ser “facilitado” em busca de um “auxílio à análise dos dados epidemiológicos”, além dos “agentes tradicionais de Saúde Indígena”. Tendo em vista a importância de tais atores neste processo, sua participação deveria ser apenas facilitada? Não seria imprescindível sua atuação nesse contexto?

Finaliza então uma das Diretrizes da PNASPI em relação ao “monitoramento das ações de saúde”: “O Acompanhamento e Avaliação desta política terá como base o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena - SIASI- referente à saúde dos povos indígenas. Os aspectos a serem acompanhados e avaliados incluirão a estrutura, o processo e os resultados da atenção à saúde dos povos indígenas. O SIASI deverá subsidiar os órgãos gestores e de controle social quanto à indispensável compatibilidade entre o diagnóstico situacional dos problemas de saúde identificados e as prioridades estabelecidas nos níveis técnico, social e político, visando a coerência entre ações planejadas e efetivamente executadas”.

“A estrutura, o processo e os resultados da atenção à saúde dos povos indígenas” são os “aspectos a serem acompanhados e avaliados”. Com intuito de “subsidiar os órgãos gestores e de controle social” para o “diagnóstico situacional dos problemas de saúde” e o estabelecimento de prioridades no nível técnico, social e político. A multidimensionalidade da Saúde Indígena parece ser contemplada, pois verifica-se a “indispensável compatibilidade”

entre o diagnóstico e o estabelecimento de prioridades. O que possivelmente garantiria a “*coerência entre ações planejadas e efetivamente executadas*”. Contudo, parece estar na perspectiva de saúde e naquilo compreendido como prioridade em nível técnico, social e político o ponto de descompasso entre o que se planeja e excuta na Atenção à Saúde Indígena.

Neste sentido, a inserção do conectivo “*dos*” para o termo lexical “Saúde dos Povos Indígenas” faz a distinção cartesiana entre sujeito e objeto, na qual Saúde torna-se algo presente ou ausente nos indígenas, uma substância, portanto a arcaica definição permanece: “saúde como ausência de doença”. Desta forma, não é compreendida em sua totalidade de fatores e condicionantes. Assim, o “*diagnóstico situacional dos problemas de saúde*” definirá prioridades sem afirmar garantias que “*serão estabelecidos nos níveis técnico, social e político*” compatíveis às necessidades das comunidades indígenas, pois a técnica está viciada e enviesada, o social é etnocentrado e a política é biopolítica.

Com essa posição, não se contraria a necessidade do estabelecimento de diagnósticos situacionais e prioridades de saúde em seus níveis técnicos, sociais e políticos, mas busca-se apontar a necessidade de ressignificação da perspectiva ocidental moderna de saúde, para que possam ser estabelecidas prioridades técnicas, sociais e políticas pautadas no pensamento pós-abissal, na ecologia de saberes. Isto é, prioridades que de fato atendam às necessidades dos povos indígenas, dentro de sua própria epistemologia e cosmovisão de saúde.

CONSIDERAÇÕES PONTUAIS E NÓS TRANSITÓRIOS

Neste estudo apresentamos uma cartografia sobre o processo de ADSI no Polo Base de Dourados – MS, as múltiplas territorialidades envolvidas, as tramas da biopolítica e da colonialidade e os efeitos de subjetivação e objetivação nas relações de poder-resistência. Além disso, destaca os processos não só de descolonização do saber-fazer em saúde, mas do próprio movimento decolonial materializado nos modos de ser das comunidades indígenas Guaraní, Kaiowá e Terena.

Apresentamos o entre-lugar e o entre-tempo desta escrita para situar o(a) leitor(a) a respeito da complexidade das relações multi/interculturais e da administração das Políticas Públicas de Saúde Indígena. Deste modo, entendemos nosso campo de investigação como processo e não como materialidade fixa, imutável e com centros e margens definidos, isto é, o compreendemos como rizoma. Esse entendimento se dá a partir do conhecimento da Rede de Saúde e, em especial, do Subsistema de Saúde Indígena, oportunizado pela inserção na RMS.

Em seguida, observamos que em cada nó da Rede de Saúde há um encontro capaz de produzir novas afetações e sensibilidades. A Rede não é estática, mas viva e composta por diferenças em (inter)relação, ora na busca do cuidado, ora do controle. Não em um sentido binário de rebatimento entre grupos ou do estabelecimento ilusório de relações e realidades idealizadas, mas de devires minoritários que se dão por desarranjos e rearranjos.

Fizemos um breve histórico da Saúde Pública com a inserção da Saúde Indígena neste processo e diferenciamos, sem dissociar, a Saúde Indígena enquanto ordem cósmica e a Saúde Indigenista enquanto política pública. A indiferenciação serve às capturas do modo de ser indígena ou seu desperdício, neste caso, como se fosse impossível uma saúde além das instituídas pelos moldes ocidentais. Com isso, evidenciamos a relação entre as cosmologias de cada povo indígena (Kaiowá, Guaraní e Terena) e as suas formas de organização social e, entre elas, as concepções e operacionalizações de Saúde.

Apontamos, então, que compreender a complexidade desse cenário é reconhecer as dobras e as marcas existentes nos grupos-sujeitos e em seus modos de saber-fazer saúde. Com isso, Saúde Indígena e Saúde Indigenista partem de perspectivas distintas, mas não se dissociam na ADSI. Ressalvamos a existência de saberes ignorados e subalternizados, como os saberes tradicionais indígenas advindos das cosmologias de cada figuração social. Reconhecemos, com isso, que a própria cosmologia é devir, ou seja, se faz e se refaz enquanto processualidade em fluxos contínuos de desterritorialização e reterritorialização.

A integralidade se apresenta como ideia-força e a diferença cultural se torna agente ativo de articulação e aglutinação de cuidado na ADSI. Para tanto é necessário romper com os essencialismos e fetiches da cultura para percebê-la como hibridismo cultural, entre-tempo e entre-lugar. Deste modo, as fronteiras entre grupos-sujeitos não são mais vistas como barreiras culturais fixas, mas como margens deslizantes na composição de subjetividades entrecruzadas e intersticiais.

Isso demonstra a necessidade de ir além da política da doença e das psicologias coloniais eurocentradas que se tornam efeitos da colonialidade na Atenção à Saúde Indígena. A psicologia colonial é incapaz de contribuir para que a vida dos grupos-sujeitos, com os quais intervém, não permaneça em completa despersonalização em seu meio social, pois nega os modos de ser dos povos colonizados, suas formas de conceber o mundo e, conseqüentemente, a Saúde e a Psicologia.

Com isso, a psicologia colonial reproduz a hostilidade existente na estrutura social moderna ocidental para com as diferenças e busca imprimir nos grupos-sujeitos e figurações sociais distintas seu saber-fazer como único e verdadeiro. Por exemplo, no caso dos Guaraní e Kaiowá a psicologia colonial descarta a relação destes povos com o *Tekoha* e também a atuação em conjunto com as lideranças espirituais *Nhanderu* e *Nhandesy*. Isso faz com que o profissional parta de modos de operação disciplinar, etnocêntrico, no qual, mesmo carregado de boas intenções, permanece marcado por frustrações, pois seu saber-fazer não contempla a terapêutica solicitada porque o sofrimento psíquico nesses cenários interculturais é indissociável do sofrimento espiritual, político e social.

Desse modo, no desenvolver da pesquisa, noções como aculturação dão lugar ao hibridismo cultural. A imagem do índio, marcada por estereótipos e preconceitos pejorativos, que enclausura os grupos-sujeitos no lugar de incapazes e tuteláveis até que deixem de ser índios (assimilados), dão lugar a uma entre-imagem enquanto processualidade. Assim, pudemos mostrar traços da potência existente em cada figuração social indígena, sua insubmissão aos modos de vida ocidentais e a autonomia de seus saberes tradicionais vindos da mata que os mantém vivos.

Assinalamos como o confinamento geográfico e cultural na RID produz prejuízos de diversas ordens, principalmente pela falta de espaço para a expressão do modo de ser Guaraní e Kaiowá e do *éthos* Terena. Contudo, a articulação entre os povos indígenas e não indígenas propensos ao movimento decolonial torna possível a criação de expressões da interculturalidade como os Espaços-*Guateka* (como é conhecida uma das UBSs e Escola na aldeia Jaguapiru). Nesses Espaços as etnias *Gua-rani*, *Te-rena* e *Ka-iowá* buscam evitar que os conhecimentos

ocidentais passem por cima dos saberes tradicionais de cada povo e reivindicam o direito às suas terras e ao seu *Tekoha*, demonstrando sua indissociabilidade em relação às suas condições de vida e de saúde.

Ao apresentar quem são os indígenas deste cenário e estudo refletimos sobre quem é o Outro dessa relação, com o questionamento: quem são eles ou quem somos nós? Isso foi realizado como tentativa de apontar que não há uma relação de superioridade por parte dos sujeitos pesquisadores ou colaboradores de saúde, uma relação que fosse capaz de definir os grupos-sujeitos pesquisados ou usuários dos serviços de saúde. Ambos recorrem um ao outro para se constituírem enquanto integrantes da Atenção à Saúde. Durante esta produção textual e também nas relações cotidianas constatamos ser mais evidente quem é o agente da enunciação, do que quem é representado ou definido. Em outras palavras, observamos que no ato de definir e representar o Outro, revela-se quem se é.

Quando a aproximação é marcada pela colonialidade prepotente da suposta superioridade ocidental em relação às comunidades indígenas tradicionais passa a existir não apenas uma despersonalização do Outro, mas uma despolitização dos grupos-sujeitos. Esses passam a perceber e sentir seus atributos sócio-histórico-cosmo-cultural como subalternos e inviáveis nas relações de saber-poder. Consequentemente é necessário desaprender o modo dominador das disciplinas científicas eurocentradas nas quais conhecer se torna sinônimo de controlar e encontros são tratados como descobertas.

Neste sentido, apontamos a inauguração de novos mundos ou linhas de fuga no processo de ADSI, como o direito de falar em Guarani no HU e a existência da “Casa de Fogo” no HM. Torna-se possível olhar para o cenário de Atenção à Saúde Indígena para além da falta, percebendo-o como um processo produtivo-desejante capaz de criar novas sutilezas, sensibilidades e realidades da Saúde Coletiva. O espaço-grupo-sujeito indígena deixa de ser o lugar do degradável e do subalterno, como circula na sociedade envolvente carregada do discurso colonial, e passa a ser o espaço-grupo-sujeito de potências infinitas na transformação dos processos-condições de vida e saúde.

Nesta Cartografia foram utilizados registros documentais e das redes de inter-relação de saúde desse campo-tema, a saber: a Carta de Dourados e a PNASPI. As aldeias-arquivos foram articuladas junto às memórias cartográficas registradas no período da RMS e durante este mestrado. Portanto, situa-se entre a poeira dos arquivos e a poeira dos caminhos, pois há a presença da terra no corpo-linguagem dos colaboradores de saúde indígena.

O arquivo linguístico empoeirado é compreendido, neste contexto, não como algo da ordem do imóvel como previam as teorias anteriores ao giro linguístico, teorias que não

reconhecem o caráter performativo do discurso. Do mesmo modo, a poeira dos corpos não é entendida como a sujeira definida pelo discurso biomédico higienizador. Constitui-se como potência humana, pois terra, corpo e texto são indissociáveis e formam o corpo-texto-terra para os grupos-sujeitos colaboradores e usuários da saúde indígena.

Assim, as aldeias arquivos, mais bem exploradas e analisadas no último capítulo, são articuladas com as experiências cartográficas na Saúde Indígena. Relacionamos os Saberes Tradicionais e a Vontade de Saber ocidental moderna, não apenas como concepções de ordens discursivas distintas, como se a Vontade de Saber fosse necessariamente algo oposto aos Saberes Tradicionais e visse versa. Diante do material encontrado, buscamos demonstrar que a própria Vontade de Saber em Saúde, de fato potente e criadora, deve contemplar em seu arcabouço os saberes tradicionais indígenas, mesmo causando desconforto e transformações na ordem discursiva vigente. Com isso, notamos a necessidade de reconhecimento de que a verdade, a qual se pretende encontrar, jamais será universalmente fecunda, senão para dominar e excluir as diferenças.

Ademais, a Vontade de Saber e os Saberes Tradicionais não possuem formas e fronteiras estáticas e fixas, mas margens deslizantes nas quais deve-se articular saberes indígenas e não indígenas, sem hierarquizações pré-estabelecidas, sem desperdícios e dominações.

No último capítulo demonstramos que os princípios de limitação que incluem e excluem o que deve ou não pertencer à determinada disciplina/saber em saúde acabam por desconsiderar formas outras de produção de Saúde. Surgem, então, representações equivocadas e estereotipadas a respeito de concepções e epistemologias indígenas em Saúde, como quando circula o discurso: “o paciente evadiu-se do hospital”, tratando-o como “fugitivo”, quando, na verdade, o usuário dos serviços apenas mudou de itinerário terapêutico ao sair do hospital, pois a intervenção-instituição ocidental *Nomboguerai* -nada resolve.

Percebemos também que a(o) AIS entendido segundo as Políticas Públicas como elo entre EMSI e comunidade e, conseqüentemente, como vinculação potente para a ADSI acaba por constituir-se como elo-continente entre trabalhadores de Saúde e comunidade indígena. No entanto, devido à hierarquização de saberes e força desproporcional atribuída ao saber ocidental, a(o) AIS vivencia uma dupla tensão, pois sua participação é solicitada pela comunidade e limitada pelas disciplinas modernas ocidentais de saúde e suas formas de operacionalização.

Ao discutirmos as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais previstas pela PNASPI para uma ADSI foram articuladas produções discursivas do cotidiano para identificar como são compreendidas tais especificidades no contexto cartográfico. Observamos

o distanciamento de muitos colaboradores e de outros atores da saúde indígena em relação à definição de cultura, e com isso as especificidades culturais cedem lugar aos estereótipos e a uma subjetivação atravessada pelo discurso colonial. Desta forma, tanto as especificidades epidemiológicas quanto as mazelas que atingem indígenas tornam-se “coisa de índio”, por seu caráter pejorativo. E, também, seus saberes e suas especificidades operacionais, são entendidos como ineficazes na Atenção à Saúde, na perspectiva do discurso colonial.

Nesse sentido, o movimento decolonial em Saúde busca demonstrar “o que de bom acontece” na ADSI para não reverberar a visão do indígena como “vilão” e o espaço-saúde como degradável. Contudo, o diálogo entre os diversos atores e a atuação interdisciplinar se torna imprescindível para barrar a colonização às avessas e retificar o discurso vitimizador do índio incapaz

Na análise dos antecedentes da PNASPI destacamos como são atribuídos pela política apenas como acontecimentos de um passado remoto, e demonstramos como esses fatos ainda assentam as práticas e saberes em saúde na atualidade, pois são componentes rotineiros do cotidiano dos povos indígenas do país e do presente estudo. Sobretudo no que se refere aos grandes projetos de desenvolvimento moderno ocidental com a conseqüente sedentarização compulsória dos povos indígenas que têm seus territórios usurpados e seus direitos negados. Junto com eles, negam-se o *ñandérekókatú* – nosso modo de ser verdadeiro e autêntico -, e o *ñandérekomarangatu* – nosso modo de ser religioso, bom, honrado e virtuoso -.

Discutimos ainda a afirmação de que “o SUS é lindo no papel” não no sentido de negá-la em sua totalidade, mas de refletir sua função enunciativa, pois com essa afirmação pode-se, sem perceber, negar a beleza existente no trabalho cotidiano dos colaboradores de Saúde em ato. Essa afirmação pode também esmaecer a potência micropolítica de colaboradores e usuários de saúde indígena em produzir liberdade, mesmo nos espaços de sujeição.

Nesse sentido, a Lei do Estado-nação é entendida como aglutinadora dos conhecimentos deste lado da linha abissal, sendo os conhecimentos tradicionais indígenas desperdiçados por estarem do outro lado da linha. Por isso, ao se orientar pelo pensamento e epistemologia abissal, o Estado-nação com suas políticas públicas tende a inviabilizar a co-presença dos dois lados da linha, mesmo que existam verdades em disputas deste lado da linha (método científico, razão filosófica e fé religiosa). Sua visibilidade se ampara na invisibilidade de saberes que não se encaixam em suas perspectivas, como os saberes indígenas. A partir de tais concepções, destaca-se o direito moderno que aglutina os conhecimentos deste lado da linha e, assim, o Estado-nação, desde o início, tira com uma mão para dar com a outra.

Tais ponderações, aliadas à situação atual de Saúde apresentadas pela PNASPI, indicam que a demarcação da terra se torna estratégia-necessária para a Atenção Básica de Saúde. Além de inverter aquilo que a fala indígena denuncia em nosso cotidiano: ‘um pé de soja ou uma cabeça de gado valem mais do que uma criança indígena’, pode-se pensar em diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde para além do viés biomédico no qual, muitas vezes, a racionalidade e a ética caminham em lados opostos.

Com isso, percebemos a necessidade de compreender o Controle Social indígena para além dos mecanismos oficiais, como os exigidos no âmbito do DSEI. Assim, destacam-se as estratégias Indígenas de Participação Social e/ou Controle Social, como no caso da Aty Guasu - a grande assembleia Guarani e Kaiowá -. A Aty Guasu é o espaço máximo de discussões políticas e sociais que conta com a participação de instituições estatais e não governamentais, protagonizado pelos povos indígenas para orientar as intervenções direcionadas junto à comunidade indígena, entre elas as intervenções em Saúde.

A partir da relação de autorização e desautorização entre visitantes tradicionais e prestadores de serviço, apontamos para o risco de a ADSI configurar-se como alfândega na fronteira entre a Saúde Indigenista e a Saúde Indígena. Nesse caso, o saber-fazer na Saúde Indígena permanece submisso ao crivo do conhecimento ocidental ou da Saúde Indigenista. Assim, o conhecimento tradicional representa visitas tradicionais e não intervenções reconhecidas pelo prestador de serviço, e mesmo quando se efetiva esse saber-fazer, ele ocorre de forma clandestina, isto é, apresenta-se como saber-fazer “pirata” em Saúde.

Nesse sentido, o enunciado de uma liderança indígena surpreende as perspectivas ocidentais de “Saúde Mental” ao afirmar: “*a saúde mental para os povos indígenas começa com a alimentação*”. Questiona a fragmentação do sujeito e a dicotomia mente e corpo, entre objetividade e subjetividade, entre humano e não humano. O alimento representa a natureza e o sagrado que revitalizam espiritualmente e psiquicamente os indígenas que compartilham dessa significação.

Na esteira do movimento decolonial de Saúde ampliam-se as possibilidades e potências terapêuticas para além das fronteiras do pensamento abissal que valida ou não o conhecimento tradicional indígena com seu crivo moderno ocidental, numa relação de dominação e submissão. Assinalamos, nesta altura, que a ecologia de saberes emerge e compreende o conhecimento como interconhecimento, advindo de inter-relações sustentáveis e dinâmicas entre múltiplos saberes.

Reconhecemos a necessidade de legitimar os itinerários de Saúde como potência, isto é, concebemos as possibilidades de articulação dos saberes biomédicos com os saberes

tradicionais indígenas de Saúde. Não como um facilitador à aceitabilidade da terapêutica ocidental, mas por sua legitimidade terapêutica enquanto saber-fazer em saúde construído pela/na lógica interna da comunidade que os concerne.

Do mesmo modo, assinalamos que compreender a eficácia simbólica e empírica e a relação mente e corpo nas intervenções xamanísticas de saúde torna possível romper dualismos e o abandono da política da representação verdadeira. Notamos que o procedimento estilístico em Saúde, realizado a partir das mitologias psico-fisiológicas e das mitologias psico-sociais, de acordo com as diferentes concepções indígenas é potente em termos terapêuticos preventivos e curativos. Neste contexto, destacamos as intervenções com crianças acometidas por “coao virado” pela reza e procedimentos de massagem.

Para melhor compreensão da denominada eficácia simbólica e empírica, apresentamos suas aproximações com a Psicanálise ocidental. Não no sentido de validar a experiência tradicional indígena ou de sobrepor conhecimentos, mas como tentativa de desmitificar a ideia de mentalidade primitiva ou pré-lógica dos saberes tradicionais indígenas, tantas vezes entendidos como inferiores. Isso porque, independentemente da estratégia e arcabouço utilizado, apesar de diferentes entre si, conservam a propriedade indutora da eficácia simbólica que une mitos e operações, sujeito e coletivo na dissolução dos conflitos e desarmonias vivenciadas. Com isso, ao invés de reproduzir e reiterar a norma em forma de capturas, possibilita subvertê-la como gesto de potência.

Concluimos que a Psicologia da Diferença ou Psicologia decolonial deve imbuir-se, junto às demais formas de saber-fazer em Saúde, do movimento decolonial na Atenção à Saúde Indígena. E despertar-se do sono dogmático que visa constituir uma *expertise* profissional de Saúde Indígena aos moldes ocidentais, reconhecendo a necessidade de questionar as próprias produções ditas científicas.

Esse apontamento nos sugere que as conversas-encontros em Saúde aliam-se ao processo de constituição de um movimento decolonial, sobretudo quando consideramos as imposições institucionais que burocratizam e desumanizam o processo de Atenção em Saúde, como as metas determinadas aos colaboradores. Tais prescrições e seus modos de operações redundam em ineficácia, pois esse modelo operacional privilegia dimensões quantitativas em detrimento da comunicação. Na dimensão micropolítica, o trabalho vivo em ato se faz democraticamente e se materializa por meio da substância dos encontros, isto é, da conversa. Por isso fomos tocados pelo sentido no convite da comunidade indígena representada por uma liderança: “*vocês que trabalham com saúde indígena, vamos conversar mais*”.

Do mesmo modo, com essa aproximação os trabalhadores-colaboradores de Saúde passam a ser entendidos como preciosidades e não como recursos nos processos de ADSI. A preparação/formação desses colaboradores para a atuação em contexto intercultural deve ir além da preparação de AIS aos moldes ocidentais, mas contemplar as epistemologias do Sul na constituição do interconhecimento em Saúde Indígena. Isto é, para atuar em contexto intercultural, o aprendiz marcado pela formação acadêmica moderna ocidental deve (des)aprender oito horas por dia.

Assim, entendemos que “é no território que a saúde começa” e, por isso, devemos pensar primeiro em “como não adoecer” para depois pensar em “como se curar” nos processos de Saúde das comunidades indígenas. Isso porque a mudança em seus modos de vida, a partir das relações estabelecidas com a sociedade envolvente e sua forma de funcionamento e reprodução social, emerge atualmente como função patogênica. Conseqüentemente, como polo de intervenção dos colaboradores envolvidos com a Saúde Coletiva na atuação junto às comunidades indígenas, são necessárias ações que, antes de qualquer outra coisa, deixem de ser promotoras de sofrimento e adoecimento dessas comunidades.

Ao confrontarmos a epistemologia colonial em suas fronteiras abissais com os Instrutores/Supervisores responsáveis pela capacitação dos atores da Atenção à Saúde Indígena e com as lideranças e organizações indígenas, compreendemos que a “Saúde Diferenciada não é pensada em Brasília, ela é construída coletivamente” e “em roda”. Então, não existe um *expert* ou uma *expertise* hierarquicamente capaz de sanar ou minimizar questões da saúde em contexto multi/intercultural, pois suas demandas são multidimensionais.

A adequação deve ser das ações profissionais e do SUS às especificidades da Atenção à Saúde Indígena. Isso exige a descolonização das práticas e dos saberes, além do reconhecimento das novas realidades dos serviços, sejam elas técnicas, legais, políticas ou de organização, pois sabemos da existência distinta das “doenças de índio e doenças de branco” e da coexistência das diferentes terapêuticas e intervenções em saúde, isto é, “de casca da árvore e de caixa de remédio”.

Na tentativa de facilitar o entendimento do currículo regular por parte dos alunos de origem indígena, destaca-se a sugestão inadequada da PNASPI em relação a realização de aulas em português. O uso da língua materna é entendido como a expressão máxima da alteridade indígena, principalmente aos povos Kaiowá e Guaraní. As instituições e programas de formação tornam-se territórios-períodos de interdição, isto é, mais um local na estrutura social que coloca o sujeito indígena em situação de despersonalização e despolitização, pois suspende seu modo de ser nesses espaços. E traz o questionamento: seriam as estratégias facilitadoras do

entendimento do currículo regular de formação acadêmica ocidental uma maquinaria pronta para produzir a assimilação dos “alunos de origem indígena” às *expertises* não indígenas?

Ao final do texto, discutimos o monitoramento das ações de saúde e sua contribuição na manutenção do processo de globalização-colonização, pois a vigilância enquanto informação para a ação se mostra, ainda, como uma estratégia reativa de atenuação das consequências dos modos de produção de vida da globalização-colonização e da possibilidade de sua continuidade.

Assim, observamos a visão biomédica como orientadora na construção de indicadores que avaliam a Saúde com a conseqüente medicalização dos corpos e negligência em relação aos fatores sociais aos quais os povos indígenas estão expostos em seus territórios diminutos, isto é, há um confinamento que rege fatores condicionantes e determinantes da saúde.

Por fim, indicamos o pensamento pós-abissal e a ecologia de saberes como alternativas ao diagnóstico situacional dos problemas de Saúde e ao estabelecimento de prioridades técnica, social e política para que a técnica não permaneça viciada e enviesada, o social não continue etnocentrado e a política não seja biopolítica.

Entendemos que o objetivo de colaborar com as Ciências Psicológicas e da Saúde por meio da compreensão da ADSI em Dourados, proposto para este estudo, foi alcançado. Sobretudo quando consideramos que tal compreensão só é possível quando aliada ao compromisso ético-político dos colaboradores de saúde para com a comunidade com as quais atuam. Isso nos leva a busca de novos questionamentos e possíveis respostas dentro de um movimento decolonial, isto é, no interior das figurações sociais e não nos recortes teóricos eurocêntricos. Assim, compreendemos que a Psicologia Decolonial ou a Psicologia da Diferença se faz-com e não para grupos-sujeitos. Juntos, colaboradores de saúde e usuários reinventam o saber-fazer em Psicologia e Saúde e inauguram novos mundos.

As interdições metodológicas representaram as maiores dificuldades na realização deste estudo, tendo em vista o rigor-horror metodológico muitas vezes encontrado nos Comitês de Ética regidos pela lógica positivista, aos quais optamos pela nossa não submissão. Além disso, há uma burocracia específica em relação a pesquisas com populações indígenas que demandaria um tempo não disponível neste momento. Assim, optamos pela utilização de documentos de domínio público e enunciados registrados em memórias cartográfica, não localizados em sujeitos individuais como objetos de pesquisa, mas circulantes entre grupos-sujeitos e relações de poder do cotidiano com os quais co-habitamos.

Destacamos o fato de não termos realizado uma análise discursiva linear dos documentos, ou localizado falas e sujeitos em espaço-tempo delimitados, como salas de entrevistas, oficinas e grupos operativos, entre outras metodologias, o que para alguns pode ser

compreendido como uma fragilidade do estudo. No entanto, optamos por tratar o enunciado como algo circulante no espaço-tempo de Saúde Indígena, ou ainda como aquele lugar que alguém ocupa em determinado momento e posição, e que por sua multiplicidade produz inúmeras territorialidades. Enfim, as narrativas, enunciados, falas, conversas, cenas *etc.* se caracterizam como plissês na composição das tessituras da presente pesquisa.

De fato, consideramos que muitos enunciados e temas poderiam ter sido abordados, mas que não foram contemplados na presente pesquisa por inúmeras razões. Dentre elas, destacam-se as limitações do cartógrafo e a vasta gama de galhos e vincos de possível investigação no rizoma das intervenções-pesquisas em Saúde Indígena. Por isso, apontamos a necessidade de futuras pesquisas neste campo-tema.

Referência

- Agamben, G. (2010). *Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua I*. Belo Horizonte: UFMG.
- Albuquerque, J. L. C. (2010). *A dinâmica das fronteiras: os brasiguaios entre o Brasil e o Paraguai*. São Paulo: Annablume.
- Althusser, L. (1970) *Ideologia e Aparelhos Ideológicos do Estado*. Lisboa: Presença.
- Araújo, A. V. (Org). (2006). *Povos Indígenas e a Lei dos “Branços”*: o direito à diferença. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional.
- Azevedo, B. M. S. & Carvalho, S. R. (2009). O diário de campo como ferramenta e dispositivo para o ensino, a gestão e a pesquisa. In S. R. Carvalho., M. E. Barros., S. Ferigato (Orgs.). *Conexões: Saúde Coletiva e políticas da subjetividade*. (pp. 204- 2019). São Paulo: Hucitec.
- Baremblytt, G. F. (1998). *Introdução à Esquizoanálise*. Belo Horizonte, MG: Instituto Félix Guattari.
- Barros, J. D'A. (2011). O conceito de alienação no jovem Marx. *Tempo soc.*, São Paulo, 23(1), 223-245. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702011000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 dez. 2017.
- Batista, N. C. S., Bernardes, J., Menegon, V. S. M. (2014). Conversas no cotidiano: um dedo de prosa na pesquisa. In M. J. P. Spink., J. I. M. Brigagão., V. L. V. Nascimento., M. P. CORDEIRO (Orgs.). *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Batistella, C. (2007). Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: A. F. Fonseca., A. M. D'A Corbo (Orgs.) *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz. Recuperado de http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?livro_id=6&area_id=2&autor_id=&capitulo_id=14&arquivo=ver_conteudo_2).
- Bauman, Z. (1998). *Modernidade e Holocausto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Bauman, Z. (2001). *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Bauman, Z. (2004). *Amor Líquido*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Bauman, Z. (2008). *Vida para consumo: a transformação das pessoas em mercadoria*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Becker, S., Oliveira, D. G. (2013, dezembro). Análise sobre a (não) caracterização do crime de racismo no Tribunal de Justiça de São Paulo. *Estud. hist. (Rio J.)*, Rio de Janeiro, 26(52), 451-470. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21862013000200010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 jul. 2017.

- Becker, S., Souza, O. C. N & Oliveira, J. E. (2013). A prevalência da lógica integracionista: análise das negações à feitura de perícia antropológica em processos criminais do Tribunal de Justiça do Mato Grosso do Sul'. *Etnográfica*, Lisboa, 17, 97-120.
- Benites, E. (2014). *Oguata Pyahu (Uma Nova Caminhada) no Processo de Desconstrução e Construção da Educação Escolar Indígena da Aldeia Te'yikue*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande.
- Bernardes, A. G. (2011, janeiro/março). Saúde Indígena e Políticas Públicas: alteridade e estado de exceção. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 15(36), 153-64.
- Bernardes, C. R. O. (2013). *Racismo de Estado: uma reflexão a partir da crítica da razão governamental de Michel Foucault*. Curitiba: Juruá.
- Bernardes, J. de S. (2013) História. In: M. N. Strey. *Psicologia Social Contemporânea: livro-texto*. Petrólis: Vozes.
- Bhabha, H. K. (1998). *O Local da Cultura*. Ávila, M., Reis, E. L. de L., Goncalves, G. R. (Trads) Belo Horizonte: UFMG.
- Bittencourt, C. M. & Ladeira, M. E. (2000). *A história do povo Terena*. Brasília, MEC.
- Brasil, Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. (2a ed.). Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- Brasil. Fundação nacional de Saúde. *Lei Arouca: a FUNASA nos 10 anos de Saúde Indígena*. Brasília: Funasa, 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Inovações e desafios: Vigilância em saúde: Gestão 2011-2013 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- Butler, J. (2015). *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Caminha, P. V. de. (1999). A Carta de Pero Vaz de Caminha. *Folha de São Paulo*. (pp.7-19). São Paulo: Publifolha. Edição Especial.
- Campos, G. W. de S. (2006, agosto). Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. *Saúde soc.*, 15(2), 23-33. São Paulo.
- Canclini, N. G. (2009). Teorias da Interculturalidade e fracassos políticos. In N. G. Canclini. *Diferentes, desiguais e desconectados: mapa da interculturalidade*. (3a ed.). (pp. 15-33). Rio de Janeiro: UFRJ.
- Carrara, S. (1998). *Crime e loucura: O aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. (pp. 23-61). Rio de Janeiro: EdUERJ.

- Chamorro, G. O. (2015). *Bem viver nos povos indígenas*. Fórum temático: a espiritualidade do Bem Viver. CEBIvirtual. Recuperado de <http://cebivirtual.com.br/ava/arquivos/FT1-M1.pdf>
- Conselho Indigenista Missionário. (2010). *Relatório da Audiência Pública na Câmara Federal Sobre "Os Suicídios entre Guarani/Kaiowá no MS"*. (CIMI). Recuperado de Centro de Documentação Regional. CDR/FCH/UFGRD. [Promoção Conjunta da Comissão de Defesa do Consumidor, Meio Ambiente e Minorias; e Comissão de Direitos Humanos].
- Costa, R. H. (2003). *Da desterritorialização a multiterritorialidade*. Associação Brasileira de Geógrafos, Seção Porto Alegre.
- Cotrim, G. (2002). *Fundamentos da Filosofia: histórias e grandes temas*. (15a ed.) São Paulo: Saraiva.
- Cruz, K. R da & Coelho, E. M. B. (2012, maio). A saúde indigenista e os desafios da particip(ação) indígena. *Saúde soc.*, São Paulo, 21(supl.1).
- Deleuze, G. (1992). Post-scriptum: sobre as sociedades de controle. In G. Deleuze. *Conversações* (pp. 219-226). São Paulo: Editora 34.
- Deleuze, G & Guattari, F. (1997). *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. (Vol. 5). São Paulo: Editora 34.
- Diehl, E. E., Langdon, E. J., Dias-Scopel, R. P. (2012, maio). Contribuição dos agentes indígenas de saúde na Atenção Diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(5),819-831. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000500002&lng=en&nrm=iso
- Duarte, A. (2013). Biopolítica e resistência: o legado de Michel Foucault. In: A. Veiga-Neto & M. Rago (Orgs). *Figuras de Foucault*. (3a ed.) (pp.45-56). Belo Horizonte: Autêntica.
- Elias, N. (1994). *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Fanon, F. (1968). *Os condenados da Terra*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Feuerwerker, L. C. M. (2014). *Micropolítica e saúde: produção de cuidado, gestão e formação*. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde). Porto Alegre: Rede UNIDA.
- Foucault, M. (1979). A política da saúde no século XVIII. In R. Machado (Trad), (Org) *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (2002). *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: Nau.
- Foucault, M. (2003). *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola.
- Foucault, M. (2008). *Segurança, território, população*. E. Brandão (Trad). São Paulo: Martins Fontes.
- Freud, S. (1920). Além do princípio de prazer. In *Obras completas*. (pp.11-75). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Publicado originalmente em 1920).

- Galindo, D. & Rodrigues, R. V. (2014). Incidentes críticos, um fio de ariadne na análise documental. In M. J. Spink, J. Brigagão, V. Nascimento & M. Cordeiro (Org.). *A produção social de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein.
- Gil, A. C. (2009). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- Gregolin, M. R. (2004). O enunciado e o arquivo: Foucault (entre)vistas. In P. Navarro-Barbosa & V. Sargentini. *Foucault e os domínios da linguagem: discurso, poder, subjetividade*. (pp. 23-44). São Carlos: Claraluz.
- Guatarri, F & Rolnik, S. (2008). *Micropolítica: Cartografia do Desejo*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Ibáñez, T. (2004). O “giro linguístico”. In L. ÍÑIGUEZ (Coord.). *Manual de análise do discurso em Ciências Sociais*. (pp.19-49). Petrópolis: Vozes.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2012). *Os indígenas no Censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça*. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado de http://indigenas.ibge.gov.br/images/indigenas/estudos/indigena_censo2010.pdf.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. (2010). IBGE. Recuperado de <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=500370>
- Lane, S. T. M. (1991). Psicologia social e uma nova concepção do homem para a Psicologia. In S. T. M. Lane & W. Codo (Orgs.). *Psicologia social: o homem em movimento*. (9a ed.). São Paulo: Brasiliense.
- Laraia, R. B. (1986). *Cultura: um conceito antropológico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Leda, M. C. (2015, fevereiro/dezembro). Teorias pós-coloniais e decoloniais: para repensar a sociologia da modernidade. *Temáticas*, Campinas, 23(45/46), 101-126.
- Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – PROJOVEM. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm.
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm
- Leite, S. N & Vasconcellos, M. P. C. (2006, janeiro/março). Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, 13(1), 113-28.
- Lévi-Strauss, C. (1975a). A eficácia simbólica. In C. S. Katz & E. Pires (Trads) *Antropologia estrutural*. (pp.215-236). Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Lévi-Strauss, C. (1975b). O feiticeiro e sua magia. In C. S. Katz & E. Pires (Trads) *Antropologia estrutural*. (pp.193-214). Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Limberty, R. C. P. (2012). *A Imagem do índio: discursos e representações*. Dourados: UFGD.

- Lopes, A C. (2013). Teorias pós-críticas, política e currículo. *Educação, Sociedade & Culturas*, 39, 7-23. Recuperado de <http://www.fpce.up.pt/ciie/?q=publication/revista-educa%C3%A7%C3%A3o-sociedade-culturas/edition/educa%C3%A7%C3%A3o-sociedade-culturas-39>
- Luciano, G. S. (Baniwá). (2006). *O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre povos indígenas no Brasil de hoje*. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. LACED/Museu Nacional.
- Maciel, N. A. (2012). *História da Comunidade Kaiowá da Terra Indígena Panambizinho (1920-2005)*. Dourados: UFGD.
- Maraschin, C & Axt, M. (2013). Conhecimento. In: STREY, Marlene Neves (Org.). *Psicologia Social Contemporânea: livro-texto*. (PP. 133-145). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Martins, A. L. B. (2008, dezembro). Biopsiquiatria e bioidentidade: política da subjetividade contemporânea. *Psicol. Soc.*, Florianópolis, 20(3), 331-339.
- Martins, C. P. (2010). *Possibilidades, limites e desafios da humanização do SUS*. (Dissertação Mestrado) UNESP, Assis, SP.
- Martins, C. P. (2016). “Desaprender 8 horas por dia”: a psicologia na saúde indígena. *I Seminário Internacional Etnologia Guarani: diálogos e contribuições. GT 4 – Saúde Indígena. 1(1)*, UFGD.
- Martins, J. S. (1993). *A chegada do estranho*. (pp.11-26). São Paulo: Hucitec.
- Mázaro, L. P., Bernardes, A. G. & Coêlho, A. E. L. (2011). Análise das políticas públicas de prevenção e promoção em saúde sob um olhar foucaultiano. *Polis e Psique, 1(1)*.
- Meihy, J. C. S. B. (1991). *Canto de morte Kaiowá: história oral de vida*. São Paulo: Loyola.
- Melià, B. (1989). A experiência religiosa Guarani. In M. Marzal (coord.). *O rosto índio de Deus*. (pp.355-421). Petrópolis, Vozes.
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.
- Mignolo, W. (2003). *Histórias locais / projetos globais: colonialidade, saberes subalternos e pensamento liminar*. Belo Horizonte: UFMG.
- Morin, E. (2000). A ciência e a consciência da complexidade. In E. Morin & J. Le Moigne. *A inteligência da complexidade*. (pp.25-41). São Paulo: Peirópolis.
- Nascimento, S. J. (2013). *Crianças indígenas kaiowá abrigadas e em situação de reinserção familiar: uma análise em torno da rede de proteção à criança e ao adolescente*. (Dissertação Mestrado). UFGD.
- Oliveira, C. M. & Cruz, M. M. (2015, março). Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, 39(104), 255-267.
- Ortega, F. (2003). Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. *Cadernos Saúde Coletiva, 11(1)*, 59-77.

- Passos, E. Kastrup, V. & Escóssia, L. (2009). Apresentação. In E. Passos., V. Kastrup., L. Escóssia (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. (pp.7-16). Porto Alegre: Sulina.
- Passos, E. & Barros, R. B. (2009). A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In E. Passos., V. Kastrup & L. Escóssia, (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. (pp.17-31). Porto Alegre: Sulina.
- Pereira, L. M. (1999). *Parentesco e organização social kaiowá* (Dissertação de Mestrado). IFCH-UNICAMP, Campinas, SP.
- Pereira, L. M. (2004). *Imagens Kaiowá do Sistema Social e seu Entorno*. (Tese de doutorado). USP, São Paulo, SP.
- Pereira, L. M. (2009). *Os Terena de Buriti: as formas organizacionais, territorialização da identidade étnica*. Dourados, MS: UFGD.
- Pícoli, R. P & Adorno, R. C. F. (2008). Cuidado à Saúde de Crianças Kaiowá e Guarani: notas de observação de campo. *Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.* 18(1), 35-45.
- Pimentel, S. K. (2007, outubro). Entre *nhemyrõ* e *vy'ae'y*: interpretações sobre motivos e atitudes dos suicidas guarani-kaiowa. *31º Encontro Anual da ANPOCS 22 a 26 de outubro*, Caxambu, MG.
- Pinheiro, R. Integralidade em Saúde. In *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Fundação Oswaldo Cruz. Recuperado de <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>
- Porto-Gonçalves, C. W. (2002). Da geografia às geo-grafias: um mundo em busca de novas territorialidades. In A. E. Ceceña & E. SADER (Orgs.). *La guerra infinita: hegemonía y terror mundial*. Buenos Aires: Clacso.
- Prado Filho, K.P & Teti, M. M. (2013, janeiro/junho). *A cartografia como método para as ciências humanas e sociais*. Barbarói, Santa Cruz do Sul. (38), 45-59. Recuperado de <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/2471/2743>
- Quijano, A. (2005). A colonialidade de poder, eurocentrismo e América Latina. In E. Lander. *A Colonialidade do Saber: eurocentrismo e ciências sociais latino-americanas*. Buenos Aires: Clacso.
- Rodrigues, M. B. (2007, dezembro). Interculturalidade: por uma genealogia da discriminação. *Psicologia e Sociedade*. Porto Alegre. 19(3).
- Rodrigues, P. A. S., Martins, C. P. & Abilio, E. S. (2016). *Oguata Pyahu* e o desafio de SUSentar (trans)formações e diretos em um novo caminhar na Saúde Indígena. *I Seminário Internacional Etnologia Guarani: diálogos e contribuições. GT 4 – Saúde Indígena*. 1(1). UFGD.
- Rolnik, S. (1989). *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Estação Liberdade.

- Rolnik, S. (1998). Subjetividade Antropofágica. In P. Herkenhoff, & A. Pedrosa (Orgs.). *Arte Contemporânea Brasileira: Um e\entre Outro*s. (pp.128-147). São Paulo: Fundação Bienal de São Paulo.
- Said, E. (2007). *Orientalismo: o Oriente como invenção do Ocidente*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Santos, B. S. (2010). Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia dos saberes. In B. S. Santos & M. P. Meneses. *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez.
- Santos, M. (2001). *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. (6a ed.). (pp.17-36). Rio de Janeiro: Record.
- Sathler, C. N. (2016). *Formações subjetivas: o sujeito à luz da teoria dos Discursos*. Dourados, MS: UFGD.
- Seraguza, L. (2013). *Cosmos, corpos e mulheres kaiowa e guarani de aña à kuña*. (Dissertação de mestrado). Dourados: UFGD.
- Shine, S. K. (2009). *Andando no fio da navalha: riscos e armadilhas na confecção de laudos psicológicos para a justiça*. (Tese de doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Silva, A. L. Edição a partir dos textos *Mitos e cosmologias indígenas no Brasil: breve introdução* (1992) e *Mito, razão, história e sociedade* (1995), de Aracy Lopes da Silva. Recuperado de <https://pib.socioambiental.org/pt/c/no-brasil-atual/modos-de-vida/mitos-e-cosmologia>
- Silva, F. H., Barros, M. E & Martins, C. P. (2015, dezembro). Experimentações e reflexões sobre o apoio institucional em saúde: trabalho a partir do HumanizaSUS. *Interface*, Botucatu, 19(55), 1157-1168.
- Silva, L. L (2007). *As representações dos Kaiowa-Ñandeva no jornal O Progresso na década de 1980*. (Dissertação de Mestrado). UFGD, Dourados.
- Sodré, N.W. (1995). *A farsa do neoliberalismo*. Rio de Janeiro: Graphia.
- Sousa Filho, A. (2008). Foucault: O cuidado de si e a liberdade ou a liberdade é uma agonística. In Albuquerque Junior; Veiga-Neto & Souza Filho (Orgs.). *Cartografias de Foucault*. Belo horizonte: Autêntica.
- Sousa, M. C., Scatena, J. H. G & Santos, R. V. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. *Cad. Saúde Pública*, 23(4).
- Souza, A. F. (2016). *Entre discursos e territorialidades: uma análise antropológica das práticas institucionais no Hospital Universitário da Grande Dourados - MS*. (Dissertação de Mestrado). UFGD.
- Spink, M. J & Frezza, R. M. (2013). A perspectiva da psicologia social. In M. J. Spink (Org.). *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. Livro eletrônico. Biblioteca Virtual de Ciências Humanas do Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.

- Spink, M. J. & Medrado, B. (2013) Produção de sentido no cotidiano: Uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In M. J. Spink (Org.). *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. Livro eletrônico. Biblioteca Virtual de Ciências Humanas do Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Spink, P., Ribeiro, M. A. T., Conejo, S. P & SOUZA, E. (2014). Documentos de domínio público e a produção de informações. In M. J. Spink., J. Brigagão., V. Nascimento & M. Cordeiro (Org.). *A produção social de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein.
- Teixeira, R. R. (2003). O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. (pp.89-112). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO.
- Turdera, G. B. (2016). *No meio do caminho da saúde indígena havia o cuidado do Estado. Havia o cuidado do Estado no meio do caminho? Reflexões genealógicas etnográficas sobre a produção de saúde na cidade de Dourados – MS*. (Dissertação de mestrado). UFGD.
- Viveiros de Castro, E. (2008a). “No Brasil todo mundo é índio, exceto quem não é”. In E. B. Viveiros de Castro. *Encontros*. Entrevistas organizadas por Renato Sztutman. (p.159). Rio de Janeiro: Beco do Azogue. Entrevista concedida Beto e Fany Ricardo.