

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS**

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA

**NO MEIO DO CAMINHO SAÚDE INDÍGENA HAVIA O CUIDADO DO
ESTADO. HAVIA O CUIDADO DO ESTADO NO MEIO DO CAMINHO?
REFLEXÕES GENEALÓGICAS ETNOGRÁFICAS SOBRE PRODUÇÕES DE
SAÚDE NA CIDADE DE DOURADOS, MATO GROSSO DO SUL**

GRAZIELA BRITZ TURDERA

Dourados – MS

Julho, 2016

GRAZIELA BRITZ TURDERA

**NO MEIO DO CAMINHO SAÚDE INDÍGENA HAVIA O CUIDADO DO
ESTADO. HAVIA O CUIDADO DO ESTADO NO MEIO DO CAMINHO?
REFLEXÕES GENEALÓGICAS ETNOGRÁFICAS SOBRE PRODUÇÕES DE
SAÚDE NA CIDADE DE DOURADOS, MATO GROSSO DO SUL**

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Simone Becker

Dourados – MS

Julho, 2016

GRAZIELA BRITZ TURDERA

**NO MEIO DO CAMINHO SAÚDE INDÍGENA HAVIA O CUIDADO DO ESTADO.
HAVIA O CUIDADO DO ESTADO NO MEIO DO CAMINHO?
REFLEXÕES GENEALÓGICAS ETNOGRÁFICAS SOBRE PRODUÇÕES DE
SAÚDE NA CIDADE DE DOURADOS, MATO GROSSO DO SUL**

Dissertação julgada e aprovada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre no programa de Pós-graduação em Antropologia.

Dourados, 05 de julho de 2016.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a. Dr.^a. Simone Becker (Orientadora)
UFGD

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

Prof. Dr. Esmael Alves de Oliveira
UFGD

Prof. Dr. Levi Marques Pereira
UFGD

AGRADECIMENTOS

Neste espaço permito-me cumprir com uma parte fundamental nesta atividade que se encontra na iminência de conclusão, o exercício da gratidão. A apresentação de meus agradecimentos dar-se-á de forma breve, contrastando com o profundo afeto que me toma ao escrevê-los.

Agradeço e dedico esta dissertação aos meus pais, Guilherme e Yda, não porque me deram vida, mas porque jamais me abandonaram nela. Sempre acreditaram em mim e são, sem dúvida, os que mais torcem pelas minhas conquistas. Junto à minha família, em especial meus irmãos Valéria e Felipe e meu primo Mirko formam a minha rede de sustentação e aconchego.

Sou imensamente agradecida por ter encontrado nesta jornada com Simone Becker, quem ademais de cumprir seu ofício de orientação acadêmica, foi a melhor escuta que me acolheu durante este trajeto. Em tempos, as pedras no caminho da pesquisa misturaram-se às pedras de meu caminho pessoal e Simone teve paciência e sensibilidade para caminhar comigo. Por você, “Simona”, eu me senti cuidada.

Agradeço aos meus interlocutores, anônimos e protagonistas nestas páginas. Impactaram-me com força e levarei carinhosamente muitas histórias guardadas comigo. Meu reconhecimento aos professores doutores componentes da banca de qualificação e defesa: Catia Paranhos Martins e Esmael Alves de Oliveira. As suas contribuições foram de preciosidade inestimável.

Meus agradecimentos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), fundação do Ministério da Educação (MEC). O incentivo é essencial para impulsionar as pesquisas e aperfeiçoamento acadêmico no Brasil.

Sinto-me imensamente agradecida e honrada por ao longo desta história (e não apenas nela) ter tido a companhia de amigos verdadeiros, daqueles que compartilham papos sérios, papos furados, risadas, lágrimas, ombro e puxões de orelha. Conrado, Adriele e Elida, vocês são pessoas admiráveis, obrigada por terem me escolhido também para construir essas relações de amizade que são expressão de amor.

Obrigada Fábio por ter me apoiado em grande parte desta jornada.

Ao meu filho Miguel eu digo que o trabalho toma-nos tempo e investimento, exige

renúncias e a mais difícil delas, meu bebê, foi ter te dito tantos “agora não”, tantos “espera um pouco, estou escrevendo”, e muitos “mamãe está indo trabalhar”. Obrigada por sua paciência e pelos seus abraços, dão sentido a todos os meus projetos, eu te amo muito, muito, muito...

Finalmente, ao meu filho Vicente quem cresce ainda em meu ventre, obrigada pela sua chegada. Não há melhor coroação para esta etapa que finda. Obrigada por ser este terno lembrete da razão maior pela qual eu me levanto todas as manhãs, vale a pena cuidar da VIDA! Seja bem vindo, meu mais novo amor.

RESUMO

Este trabalho é uma etnografia que versa sobre os cuidados em saúde indígena que acontecem nos dispositivos estatais (Sistema Único de Saúde) da e na Rede de Saúde Pública de Dourados, Mato Grosso do Sul. A pesquisa ocorrida do ano de 2012 a 2016 traz relatos das instituições, práticas e discursos que agenciam sujeitos, provocam disputas de poder e promovem resistências. As histórias narradas pela pesquisadora contam das dificuldades e das potencialidades dos encontros interétnicos do e no campo da saúde, marcado pelo privilégio ao conhecimento biomédico e pela fragilidade na lida com as alteridades. O protagonismo indígena nas suas lutas e conquistas sociais misturam-se a agentes ao longo do trajeto que compactuam com a causa indigenista de serviços em saúde mais efetivos e próximos da realidade indígena, uma população que no Mato Grosso do Sul ainda sofre num lugar de estigma, preconceito e pouco acesso a direitos.

Palavras-chave: Etnografia, Saúde indígena, Rede pública de saúde.

ABSTRACT

This work is an ethnography which deals with the care in indigenous health that take place in the state apparatus (Sistema Único de Saúde) at the Public Health Network of Dourados, Mato Grosso do Sul. The research took place in the years 2012-2016 and brings reports of institutions, practices and speeches that operate in subjective agencies, cause power struggles and promote resistance. The stories told by the researcher tell about difficulties and the potential of interethnic meetings in health field, showcasing the privilege of the biomedical knowledge and the weakness in dealing with otherness. Indigenous role in their social struggles and achievements blend into the agents along the path which are closed to indigenist cause of more effective and close healthcare for the indigenous people, a population in Mato Grosso do Sul that still suffers from stigmatization, prejudice and little access to human rights.

Key words: Ethnography, Indigenous health, Public health network.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Agente Indígena de Saúde – AIS
Casa de Apoio à Saúde Indígena – CASAI
Constituição Federal – CF
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes
Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI
Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul - DSEI MS
Fundação Nacional de Saúde – FUNASA
Fundação Nacional do Índio – FUNAI
Hospital da Missão - HM
Hospital Universitário da Grande Dourados – HUGD
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE
Instituto Nacional de Seguro Social-INSS
Mato Grosso do Sul- MS
Ministério da Educação – MEC
Ministério Público Federal - MPF
Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI
Posto de Saúde – PS
Rede de Atenção em Saúde - RAS
Reserva Indígena de Dourados - RID
Residência Multiprofissional em Saúde – RMS
Saúde Indígena - SI
Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI
Serviço de Proteção ao Índio - SPI
Sistema Único de Saúde – SUS
Trabalho de Conclusão de Curso - TCC
Território Indígena - TI
Universidade Federal de Dourados - UFGD
Unidade de Terapia Intensiva - UTI
Unidade Básica de Saúde- UBS

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|-----|
| Figura 1: Mapa das três fronteiras. | 14 |
| Figura 2: Macrorregiões de Mato Grosso do Sul. | 27 |
| Figura 3: Feira Livre da Avenida Cuiabá. | 28 |
| Figura 4: Organização do Distrito Sanitário Especial Indígena. | 31 |
| Figura 5: Organização dos DSEIs no Brasil. | 33 |
| Figura 6: Caminho para o posto de Panambizinho. | 34 |
| Figura 7: Entrada do Posto de Panambizinho no ano de 2014. | 35 |
| Figura 8: Sala de exame com biombo. | 36 |
| Figura 9: Banheiro em construção. | 37 |
| Figura 10: Corredor do posto saco de lixo. | 37 |
| Figura 11: Sala de pesagem e aferência de pressão. | 38 |
| Figura 12: Única torneira de água ativa. | 38 |
| Figura 13: Entrada do Hospital. | 40 |
| Figura 14: Cartaz de entrada. | 41 |
| Figura 15: Entrada. | 42 |
| Figura 16: Corredor entre área materno/infantil e clínica médica. | 42 |
| Figura 17: Paciente prepara mate na casa de fogo. | 45 |
| Figura 18: Cópia parcial da Cláusula terceira, item XII. | 47 |
| Figura 19: HUGD. | 48 |
| Figura 20: Corredor do HUGD. | 49 |
| Figura 21: Playground, área externa à Pediatria. | 50 |
| Figura 22: Área externa. | 50 |
| Figura 23: Imagem do Rizoma. | 57 |
| Figura 24: Grande Assembleia Guarani e Kaiowá de 2013. | 71 |
| Figura 25: Um quarto da pediatria do HUGD. | 88 |
| Figura 26: Anúncios na parede do posto de Panambizinho. | 91 |
| Figura 27: Uma estrada dentro da aldeia Bororó. | 98 |
| Figura 28: Ilustração semelhante à usada na palestra sobre Alimentação Saudável. | 101 |
| Figura 29: Modelo de uma van Brasil Sorridente. | 104 |
| Figura 30: Ambiente sendo preparado para atividade. | 118 |
| Figura 31: Mesa preparada pelo AIS. | 118 |
| Figura 32: Brô Mc's - Grupo de rap indígena compõe letras em guarani. | 121 |

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS | 8 |
| LISTA DE FIGURAS | 9 |
| CONSIDERAÇÕES INICIAIS | 11 |
| 1 NOTAS INTRODUTÓRIAS SOBRE O LUGAR DE ONDE ESCREVO (...) | 13 |
| 1.1 A SUBJETIVIDADE E O EXERCÍCIO DE ESTRANHAR O FAMILIAR | 18 |
| 1.2 A CAMINHADA PELA SAÚDE INDÍGENA NUM CAMPO (PRODUZIDO COMO) MULTIFACETADO | 25 |
| 1.3 DESTACANDO O CAMPO E SUAS ESPECIFICIDADES | 27 |
| 1.4 CONSTRUINDO O CAMPO NA REDE DE SAÚDE INDÍGENA | 30 |
| 1.4.1 Considerações iniciais sobre uma unidade básica de Saúde indígena: o recorte de Panambizinho | 34 |
| 1.4.2 A respeito do Hospital da Missão | 40 |
| 1.4.3 O Hospital Universitário | 46 |
| 2 (DES)CAMINHOS NA/DA PRODUÇÃO DA REDE DE SAÚDE INDÍGENA DO MUNICÍPIO DE DOURADOS/MS | 55 |
| 2.1 SOBRE O SUS, AS PEDRAS NO CAMINHO E AS POSSIBILIDADES DE ESTRATÉGIAS PARA A PRODUÇÃO DE CUIDADOS | 59 |
| 2.1.1 O SUS, palco de diversos agentes e agências | 60 |
| 2.1.2 O Movimento Sanitário e as Diferentes Concepções de Saúde | 62 |
| 2.1.3 Sobre o SUS e a Participação Democrática | 68 |
| 2.2 A RESPEITO DO SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA | 76 |
| 2.3 DO PAU À OUVIDORIA. UM RELATO DO FUNCIONAMENTO DA REDE VIVA | 80 |
| 3 O CAMPO ETNOGRÁFICO: SOBRE O VISTO, O ESCUTADO E O VIVIDO | 87 |
| 3.1 QUANDO A TERRA TORNA-SE SUJA? | 87 |
| 3.2 O ETNOCENTRISMO NUM CARTAZ | 95 |
| 3.3 E O SORRISO (BANGUELO) INDÍGENA? | 101 |
| 3.4 PASSAGENS SOBRE SER INDÍGENA E PROFISSIONAL DE SAÚDE NOS DISPOSITIVOS DO ESTADO | 107 |
| 3.4.1 A fuga do dia 15 de Agosto de 2012 | 111 |
| 3.4.2 A eficácia das sementes contraceptivas: o evento de 09 de Outubro de 2013 | 115 |
| 3.4.3 Escorregamento de capital simbólico: atividade de 15 de Janeiro de 2015 em Panambizinho | 117 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 122 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 125 |
| ANEXOS | 135 |

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O início de meu mergulho em busca de compreender as (re)produções humanas no que tange à maneira como os sujeitos se relacionam, suas motivações, desejos, diferenças, repetições não é exato. Os registros que se misturam na minha memória confundem-se e constituem ao mesmo tempo algo da ordem do inatingível, mas algo da ordem de um detonador real. Uma força que me faz seguir, caminhar, estudar, relacionar, amar, cuidar e afetar, deixar-me afetar.

Ao longo da minha constituição (“acabadamente” inacabada) de profissional de saúde tive a oportunidade de conhecer e me reconhecer em teorias, em práticas, em Outros que me levaram a apoiar-me em pilares de respeito e compromisso social. Não é uma trajetória simples considerando o lugar ocupado pelo impulso ao individualismo (com traços de “egocentrismo”) que parece imperar nos tempos atuais. Acaba sendo uma escolha pelo coletivo, eleição pela qual em nosso ofício vemo-nos lutando diariamente. E é um desafio.

Este material que apresento é o resultado (inacabado como antes lembrado) de uma opção pessoal e profissional de “etnografar” o caminho percorrido pelos indígenas de Dourados, Mato Grosso do Sul, pelos serviços de saúde (mas não apenas neles) que fazem parte do Sistema Único de Saúde dessa cidade.

Os encontros interétnicos, as práticas discursivas que agenciam os sujeitos, os cuidados em saúde que denunciam diferenças de concepções sobre o que, afinal, é saúde, os distintos e múltiplos elementos que se combinam para produzir os contextos que influenciam no bem-estar de uma população com os quais me deparei nesta pesquisa distribuem-se nos próximos capítulos com algumas análises (na medida do que me foi possível). Essas, apoiadas nas ferramentas buscadas nos quase 5 anos que durou minha observação participante: etnografias publicadas, teóricos pesquisadores do campo da interculturalidade, saúde e ciências sociais, diálogos com orientadores, professores, alunos, usuários da rede pública de saúde, profissionais atuantes nesse campo.

No primeiro capítulo detalho sobre o lugar do qual eu escrevo para que fique claro ao leitor e à leitora as marcas que constituem os diferentes olhares lançados ao e no campo de pesquisa. Discorro acerca dos recursos metodológicos utilizados e apresento os diferentes locais que fazem parte deste trabalho, principalmente a Unidade Básica de Saúde de Panambizinho, o Hospital da Missão e o Hospital Universitário da Grande Dourados.

Caracterizo a cidade e região de Dourados em sua diversidade cultural, tratando especialmente das etnias indígenas que majoritariamente circulam por esta parte do estado.

No segundo capítulo dedico-me ao Sistema Único de Saúde, ao Subsistema de Saúde Indígena, seus agentes e agenciamentos. O objetivo principal é apresentar o conceito de saúde em que se pauta a Constituição Federal e os espaços de participação democrática que são grandes potencializadores de transformação nas práticas de cuidado da população indígena e não indígena brasileira. Durante todo o corpo da dissertação o leitor e a leitora encontrarão relatos, histórias contadas e partilhadas que dão vida às letras e movimento aos discursos “analíticos”, refletindo as contrariedades, as possibilidades e as disponibilidades dos sujeitos e do Estado em organizar, promover e efetivar os cuidados em saúde da população indígena acompanhada em seu trilhar pelos caminhos da rede de saúde de Dourados e região.

O terceiro capítulo é um conjunto de passagens presenciadas por mim que se referem especificamente às práticas acontecidas nos corredores dos hospitais, nos quintais de famílias, entre as paredes da unidade básica de saúde (UBS) que dizem sobre a produção dos encontros entre profissionais de saúde (indígenas e não indígenas) e os usuários da rede pública. Com frequência usarei o termo posto de saúde (PS) para referir-me à UBS, pois “posto” é o termo mais corriqueiramente conhecido. Em suma, tratarei de contos que sim, anunciam dificuldades e estranhamentos, mas também oportunizam perceber possibilidades e resistências que podem modificar as relações interétnicas, colocando-as num lugar de diálogo, ética e de celebração das diferenças.

Convido o leitor e a leitora a caminhar pelos trajetos de cuidados e descuidados da rede pública de atenção em saúde de Dourados e região e a deixarem-se afetar pelos encontros que, como coloca Guimarães Rosa, marcam a beleza deste mundo: “que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não estão terminadas, elas vão sempre mudando. Afinam e desafinam”.

1 NOTAS INTRODUTÓRIAS SOBRE O LUGAR DE ONDE ESCREVO (...)

Para situar o leitor sobre o lugar de onde surgem os apontamentos e reflexões de que trata este material genealógico e etnográfico, faço aqui considerações acerca de onde venho e como cheguei ao campo de meu objeto de estudo, ou seja, pinceladas sobre a constituição da trajetória pessoal da pesquisadora que o escreve.

Nasci na cidade de Foz do Iguaçu, Paraná, local com aproximadas duzentas e sessenta e três mil habitantes (MARTINS & RUSCHMANN, 2010) e que comporta em sua composição mais de 80 (oitenta) etnias. É muito comum caminhar por Foz do Iguaçu e encontrar pessoas que falam diferentes línguas ou se vestem de acordo com as variadas tradições culturais que compõem a cidade. A despeito de estar situada em região de tríplice fronteira, encontrando limites com os países do Paraguai e Argentina, é uma cidade que recebeu imigração de muitos estados do Brasil, como Rio Grande do Sul e São Paulo, além da marcante presença dos descendentes de paraguaios, italianos, alemães, árabes e chineses entre outros.

Pelas ruas, bancos e escolas dessa cidade circulam mulheres de véus da tradição islâmica, homens com trajes gaúchos (botas, lenços vermelhos no pescoço e a calça bombacha), grupos de jovens que se comunicam em árabe, chinês, castelhano e guarani, enaltecendo o quanto a diversidade étnica é cotidiana e visível. Por vezes, a cidade de Foz do Iguaçu soa como uma espécie de “Torre de Babel”, cuja significação nos remete à diversidade linguística em um dado e mesmo locus. Sobretudo os vizinhos das fronteiras, argentinos e paraguaios, cruzam-nas todos os dias, a fim de trabalhar ou fazer compras nos mercados da cidade. O fazem porque em Foz do Iguaçu encontram uma variedade maior de insumos que em suas cidades respectivas: Ciudad del Este, pelo lado paraguaio e Puerto Iguazu, pelo lado argentino. É neste (des)encontro tão fluído da fronteira com seus (des)cruzamentos que paraguaios, argentinos e brasileiros (re)tiram, por exemplo, significativas fontes de renda. Acompanhemos o mapa ilustrativo na sequência.

Figura 1: Mapa das três fronteiras.



Fonte: http://tcfoz2010.zip.net/arch2010-11-14_2010-11-20.html.

Os brasileiros de Foz do Iguaçu também cruzam as fronteiras por diferentes motivos. O lado argentino é conhecido pelos sítios gastronômicos com preços mais acessíveis que o lado brasileiro; o Paraguai, por sua vez, oferece um comércio de importados muito apreciado. Como uma “torre de Babel” esse espaço fluido da fronteira pode ser lido como um fluxo de contradições na significação nietzschiana que Gilles Deleuze (1976) atribui às noções de sentido, valores e genealogia. Isso porque são nesses encontros de, da, e na fronteira que os desencontros e vice-versa possibilitam-se, como se estivéssemos em um círculo virtuoso e não vicioso – nas palavras de Luiz Fuganti (2013). Algo que se tornará perceptível nas práticas discursivas que os agentes tanto indígenas quanto não indígenas, ou Karaí (termo guarani), articulam para se relacionarem produzindo constantes (des)encontros.

Concluí minha formação universitária em Foz, numa instituição particular que me oportunizou estagiar num hospital geral pela primeira vez no ano de 2011. Pelas regras disponibilizadas pelo Ministério da Saúde (2016) os hospitais gerais são aqueles que atendem o público nas especialidades básicas por profissionais especialistas. A possibilidade de estar como “acadêmica” do serviço de Psicologia, mesmo enquanto “disciplina” no sentido *foucaultiano*, aproximou-me dos familiares de pacientes, e então desenvolvendo espaços de conversas neste tão complexo e polêmico campo da Saúde. E mais: quiçá essas conversas apesar de atravessadas pela “grade curricular” do curso disciplinar (como todos os científicos) da Psicologia foram essenciais para eu apreender aos poucos a essência da significação plural da saúde.

O hospital em que estagiei era também particular, mas cadastrado junto ao Sistema Único de Saúde (SUS) para atender demandas contratuais da Prefeitura Municipal. Há nele dois grandes setores, por absorverem muitos recursos financeiros públicos e por servirem de referência à região. São eles: Cardiologia e Oncologia.

Uma das problemáticas referentes a esses dois setores específicos, compartilhadas pelos profissionais que atuavam neles (médicos, assistentes sociais, psicólogas) era a procura por tratamentos especializados (quimioterapias, cirurgias cardíacas, remédios e exames de custo elevado) por pacientes estrangeiros, sobretudo paraguaios.

Muitos pacientes que falavam exclusivamente o castelhano internavam-se para receber tratamento via SUS. Comentava-se que eles apesar de viverem toda sua vida no Paraguai, tinham documentação brasileira por “arranjos” feitos pelos pais nascidos no Brasil, e que cruzavam a fronteira apenas para receber tratamento em saúde gratuito, apesar de não colaborarem com os impostos no Brasil. Esses sujeitos que nascem no Paraguai e possuem documentação brasileira ou vice-e-versa são chamados de “brasiguaios”.

Eu intermediei alguns atendimentos a esses pacientes e familiares em razão de eu falar castelhano fluentemente. A conduta médica para com esses sujeitos não diferia para com os pacientes brasileiros, ainda que os discursos de graus variados de inconformismos com o que era tido como um “tirar proveito” do Sistema de saúde brasileiro existissem nos corredores por parte de profissionais de saúde, mas principalmente por parte de pacientes e familiares brasileiros – sobre os brasiguaios ver Valdir Aragão do Nascimento (2012).

Aos elementos que compõem o universo biomédico da Saúde: hospital, cirurgia, SUS, pronto-socorro, remédios, etc. tive acesso desde muito pequena. Isso porque meu pai é médico.

Boliviano, nascido e formado em Sucre, imigrou para o Rio de Janeiro na década de 1960 para especializar-se. Casou-se com minha mãe, argentina de nascimento, criada no Paraguai e naturalizada brasileira, ainda no Rio de Janeiro. Como as oportunidades na então pequena cidade de Foz do Iguaçu prosperavam na década de 1970, mudaram-se para o Paraná onde tiveram eu e meu irmão mais velho.

Trabalhando em hospitais já há 5 (cinco) anos, gosto de comentar com meu pai sobre atendimentos, casos clínicos raros e sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). De tudo, meu pai tende a ser crítico ferrenho das transformações pelas quais, segundo ele, sofreram o perfil dos médicos recém-formados e o modo de se trabalhar hoje em dia nos hospitais. Em grande medida, porque são as enfermeiras que na origem dos sentidos atribuídos aos seus (a)fazeres de cuidados são quem estabelecem contato mais próximo com os pacientes. A depender de

como elas manejam os cuidados, suas escutas são fundamentais para que os pacientes se tornem agentes nesse processo. Mas mais do que isto, a biomedicina quando se torna escola ou aprendizagem das técnicas voltadas ao curar (fazer viver e deixar morrer), bem como, à apreensão de seus saberes/poderes (FOUCAULT, 1998) se aproxima do que atualmente denomina-se de “dispositivo tecnológico” (MENEZES, 2006). Enfim, sobre a formação nos cursos de Medicina, meu pai há tempos lamenta que “os médicos de hoje só sabem ler exames, ou seja, não sabem nada de Medicina. Não sabem examinar um paciente e levantar hipóteses clínicas, são dependentes das máquinas” (sic). Sobre o processo de trabalho nos hospitais, costumava ouvir meu pai dizer que “hoje em dia enfermeira é mais importante que médico, onde já se viu isso?” (sic). De qualquer forma, essa imagem de meu pai deve ser relativizada, haja vista os diferentes contextos e, em especial, as contradições ou “as tensões estruturantes” (BONET, 2004) em meio às quais os médicos/residentes são ensinados ou domesticados em seus processos de aprendizagem. Mas não apenas, porque ao realizar a “participação observante” em um hospital público argentino, Octavio Bonet mostra o quanto a tensão entre o “saber/sentir” permeia tanto a formação dos residentes – futuros médicos, quanto o cotidiano de interpretações dos diagnósticos por parte dos médicos e suas distintas hierarquias dentro da instituição.

Hoje, depois de passar por uma especialização que me manteve atuando 2 (dois) anos dentro de um hospital geral, e trabalhando nesse mesmo hospital que é uma instituição universitária e por isso me oportunizou conviver com acadêmicos das mais diversas áreas das graduações em Saúde, entendo um pouco sobre as transformações às quais meu pai se refere.

A Medicina cada vez mais privilegia conhecimentos específicos e investe na formação de médicos especializados e, não mais com uma visão generalista como era na época em que se formou meu velho pai. Com exames “muito precisos¹” e custosos, a tecnologia passou a desempenhar um papel importante no campo de saúde. Isto porque o investimento pelo discurso científico médico se dá na disciplinarização do espaço institucional, mas não sem a tensão estruturante entre o “saber/sentir” (BONET, 2004) como acima esmiuçamos. Na etnografia de Rachel A Menezes (2006), a mesma ao realizar na qualidade de médica/psicanalista e antropóloga observação participante em um Centro e Terapia Intensiva de um hospital público carioca, destaca o quanto a produção da instituição de transmissão de saber posta e imposta pelo hospital, faz com que haja a perda da autonomia

¹ Aspeei porque a despeito dos exames serem precisos, eles são interpretados ou lidos pelos profissionais.

e identidade de quem se torna paciente. Entretanto, mais do que descartar o cuidado e o sentir do profissional médico em prol da “competência” médica, o que se propõe o seu trabalho é relativizar este movimento ou fluxo de contradições dentro do CTI de um hospital.

Se antes, pautada em Foucault, Menezes destaca o quanto os hospitais eram morredouros, de dois séculos para cá ele se torna esse espaço de transmissão de um saber que traz consigo o exercício de poderes por parte dos médicos rumo à produção da verdade sobre o corpo e seus sintomas. Enfim, sobre a cura.

Eis um dos desafios quando a multiplicidade de sistemas simbólicos adentra a esta instituição, como no caso dos indígenas. Investe-se na multidisciplinaridade e na reiteração da integralidade como princípio ético do SUS que não pode ser desperdiçado (GOMES, 2005), e quiçá isso convirja para a abertura da atuação de diferentes profissões dentro de um hospital, que contemple a avaliação do sujeito em sua integralidade, sem que haja necessariamente o diálogo entre as diferentes áreas do conhecimento. Ademais passou a existir a necessidade de técnicos que gerenciem e administrem as intervenções nos diferentes setores que compõem os espaços de saúde, o que fez com que o protagonismo do médico fosse atenuado em detrimento de outros profissionais que são gestores de suas unidades de saúde. A categoria dos enfermeiros, nesse sentido, conquistou um espaço político importante no dia-dia dos hospitais, muito embora estas ingerências (in)diretas sobre os afazeres dos distintos profissionais da saúde componham este fluxo de contradições existentes nesse lócus institucional. Sem esquecermos que o nascimento da clínica e/ou dos hospitais escolas se dá em grande medida para que se aprenda com os pobres, a fim de que os médicos assistam os ricos. Então, conforme expõe Roseni Pinheiro (2016) no tocante aos sentidos da integralidade como princípio ético (político) do SUS não se pode esquecer que, ela, a integralidade, sinaliza para: (1) o estreitamento entre usuário e profissional da saúde, em especial do médico, para que as máquinas e equipamentos não silenciem as dores e falações do usuário – quem sofre; (2) para a horizontalização dos programas de protocolos e de diagnósticos desenhados pelo Ministério da Saúde sob os esquemas outrora verticais; e, finalmente (3) o seu sentido mais jurídico de serviços articulados e/ou em rede. Adiante retomo a discussão de rede.

Desde muito cedo, em minha caminhada pessoal, deparo-me com as questões tratadas neste escrito. O campo da Saúde com suas relações entre pessoas, atravessado por valores institucionais, mas também impregnado com marcas pessoais, subjetivas, de discursos que ora tensionam disputas por poder entre as diferentes categorias profissionais, ora voltam-se para questões específicas da assistência aos que estão enfermos, em condições de

fragilidade e necessitados de cuidados.

A minha vivência pessoal de interculturalidade, com as impressões familiares que me compõem, também me levou a direcionar o interesse acadêmico para a pesquisa dessa temática. O conceito de interculturalidade trabalhado por Nestor Canclini (2009) configura-se como um disparador de reflexões acerca de como se dão as dinâmicas de encontros entre sujeitos atravessados por diferentes referências culturais. Diz ele: “Multiculturalidade supõe a aceitação do heterogêneo e interculturalidade implica que o diferente, são o que são, em relações de negociação, conflito e empréstimos recíprocos” (2009, pg. 17). Detalhe: não me preocuparei em identificar se se tratam de relações interculturais ou multiculturais, mas mostrar da maneira mais fluída possível como se estabelecem estes agenciamentos recíprocos.

1.1 A SUBJETIVIDADE E O EXERCÍCIO DE ESTRANHAR O FAMILIAR

Cheguei à cidade de Dourados, Mato Grosso do Sul, em janeiro de 2012. Comigo estavam meu filho, meu marido, o diploma de psicóloga e uma vontade de mergulhar em novos desafios profissionais.

Entre março de 2012 a fevereiro de 2014 fui aluna no programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Dourados (UFGD), no qual ênfase estava na Saúde Indígena. Nesse contexto aconteceu o encontro com o “objeto de estudo” que se desdobraria no mestrado em Antropologia.

Desde então coletei experiências e cultivo relações com pessoas que fazem parte do material agora escrito. São eles os usuários do Sistema Único de Saúde da rede pública de Dourados e região, profissionais de diferentes áreas dos campos por onde circulei professores de diferentes disciplinas, lideranças e famílias indígenas, e os discentes da residência, composta por profissionais da Psicologia, Nutrição e Enfermagem.

Em abril de 2014, assumi a função de docente nesse mesmo programa e segui na relação com todos esses atores, ainda que numa perspectiva diferente: num primeiro momento eu era tida como aluna.

O campo de práticas em Saúde foi meu eleito desde a graduação como psicóloga. Fazendo uma observação ampliada, percebo que há muitos anos meu investimento acadêmico dá-se no campo das inter-relações. Como psicóloga cultivo um fascínio pelas relações interpessoais, como profissional de saúde interessam-me as práticas interdisciplinares, como

mestranda em Antropologia o debate acerca da interculturalidade, mas que emerge e desemboca nas relações sociais.

Esse campo “inter” situa-se nas relações sociais e nos encontros subjetivos, na produção entre pessoas que se afetam, que se tocam, que compartilham e produzem, ou não, transformações. É algo como performático e de situações de limiaridade. No caso da performatividade cabe destacar aquele conceito desenvolvido por Judith Butler (2003; 2014) para quem o fazer da ação cotidiana nos produz, em especial, através do que ela denominará de “repetição performativa” (BUTLER, 2014, p.84).

Portanto, para mim, transitar por entre a Psicologia e a Antropologia deu-se no sentido de pensar a Antropologia como uma ciência generosa em discussões com diferentes perspectivas, tendo como fio condutor a pesquisa com outros sujeitos. Algo próximo do fazer desde dentro da psicologia social e da psicanálise, capaz de fazer com que Pierre Bourdieu aproximasse a sociologia da psicanálise. Se não, vejamos as aproximações que Pedro Paulo Oliveira (2005, p.537) tece a partir da obra do sociólogo/antropólogo francês:

Aos que sentirem um certo desconforto com aproximações psicanalíticas para abordar uma idéia do sociólogo francês é bom lembrar que ele próprio chegou a recomendar essa aproximação em passagens de sua obra. Notadamente em *Méditations pascaliennes* a aproximação da socioanálise com a psicanálise é explícita: “pode-se dizer, indiferentemente, ou que os agentes tiram partido das possibilidades oferecidas por um campo no intuito de exprimirem e de saciarem suas pulsões e desejos, eventualmente sua neurose, ou que os campos utilizam as pulsões dos agentes constringendo-os à submissão ou à sublimação, fazendo-os se dobrarem diante das estruturas e das finalidades que lhe são imanentes. De fato, os dois efeitos ocorrem em cada caso, sem dúvida, em proporções desiguais, conforme os campos e os agentes e, desse ponto de vista, poder-se-ia descrever cada forma singular de um *habitus* específico (de artista, de escritor ou de erudito, por exemplo) como uma ‘formação de compromisso’ (no sentido de Freud).

Retomando o meu campo, ele se constitui de forma que a etnografia agora colocada é resultado também dos diversos encontros com meus interlocutores e de exaustivas conversas com minha orientadora acerca das questões éticas que envolvem as relações sociais compartilhadas ao longo desta experiência.

Os termos de consentimento na medida do possível foram feitos oralmente frente às questões éticas adiante detalhadas; os relatos em maior parte aconteceram em espaços formais organizados pelo Estado (hospitais públicos, postos de saúde, conselhos de saúde, etc), ou então em instituições que mantêm acordos de pesquisa e extensão (em anexo) com o programa que eu estava vinculada. Portanto, na maior parte dos momentos meus interlocutores sabiam que estavam tratando com uma pesquisadora da Saúde Indígena.

Aponto que o termo de consentimento apresentado à direção do Hospital Universitário

da Grande Dourados solicitando minha entrada no hospital e apreciação dos prontuários de pacientes indígenas, como discente do programa de Mestrado em Antropologia, nunca foi sequer respondido (em anexo) e tampouco o retorno do protocolo recebido. Essa situação colocou-se como primeira questão de incômodo, afinal, eu ocupava um espaço como pesquisadora/docente em saúde autorizada pela instituição formalmente, mas tive ignorada a entrada como pesquisadora/discente. Como é possível que adiante retome esta questão, adianto que o termo foi encaminhado ao HUGD pela minha orientadora, e que prossegui mesmo com este não retorno significado como negativa, haja vista que a presente pesquisa se encaixa no projeto aprovado pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) de Simone Becker.

As comissões avaliadoras de ética em pesquisa em saúde tendem a orientarem-se pelo controle de normas e exigências clínicas, por critérios biomédicos, cerceando principalmente as pesquisas nas Ciências Humanas. Por esse motivo, justamente, por meio de uma Carta Aberta (em anexo) docentes da área de Antropologia da Universidade Estadual de Londrina (UEL) retiraram-se do Comitê de Ética em Pesquisa de referida Universidade em 2014. Talvez essa condição tenha criado barreiras na aceitação de uma proposta etnográfica dentro de um hospital. Contudo, o pedido não foi indeferido, não foi respondido. E eu, lá estive e estou. Nesse sentido, Simone Becker (2008, p.29) em sua tese trabalha com o contexto do direito, tal como eu o faço no contexto da biomedicina, isto é, lócus que controlam quem entra ou não para pesquisar. No caso da etnografia de Becker, o subterfúgio foi o do “segredo de justiça”, tomado pela antropóloga como um “dispositivo” no sentido *foucaultiano*.

Dentre as categorias discursivas, destaco a do “segredo de justiça”, cujo efeito tanto se constitui como um empecilho para os pesquisadores/antropólogos que pretendem analisar os processos a ele submetidos, quanto se perfaz como um artifício útil para se pensar nos motivos que levam determinadas temáticas (e casos concretos) a serem resguardadas sob sigilo quando estão sob julgamento da área cível, e esses mesmos casos concretos, ao se transformarem em matéria de interesse criminal, deixa(re)m de ser sigilosos. Sob esta perspectiva, a categoria nativa do segredo de justiça poderia ser pensada como um dos elementos constitutivos das relações e dos jogos de forças que sustentam o poder-saber inerente ao Judiciário – aqui entendido no sentido de práticas, instituições, enunciados, etc. E mais: talvez os processos que tramitam em segredo de justiça venham a apresentar mecanismos que não os verificados nos rituais processuais abertos ao público.

Ainda quanto ao ofício encaminhado ao HUGD, o seu não retorno ou a ausência de resposta me levou ao movimento de resistir a uma possível não entrada para pesquisa na instituição, aos moldes do (não) problematizado por Menezes (2006). Essa pesquisadora mostra em sua etnografia o quanto sua entrada para pesquisar a CTI (Centro de Terapia Intensiva) de um hospital público universitário, na cidade do Rio de Janeiro, esteve ligada ao

fato dela ser médica. Algo sinalizado também na pesquisa de Simone Becker (2008) no tocante ao universo do direito, incluindo a não problematização dessa questão ética-metodológica por parte dos pesquisadores.

Fazem parte de minha trajetória outros espaços vinculados à Rede de Atenção em Saúde (unidades básicas de saúde, Estratégias de Saúde da Família, Núcleos de Atenção em Saúde, Hospital Universitário, Hospital e Maternidade Indígena, Casa de Apoio à Saúde Indígena-CASAI-, etc.), por onde passei anotando e debatendo as práticas e situações diárias. Essa bagagem empírica certamente se faz presente uma vez que este trabalho está afetado pelo resgate das marcas de minha memória na medida em que avanço nas revisões teóricas.

Como fazem parte de mim as observações, escutas, cenas e conversas presenciadas tanto durante período de pós-graduanda, como em tempos de docência, todos esses cenários misturam-se nesta escrita. Ainda que não “consentida” oficialmente considero que olhar, ouvir e escrever (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2006) são funções intrínsecas ao Antropólogo. A todo o momento estou sendo impactada por registros, dados de encontros com os interlocutores, por isso opto pelo constante exercício de eger o material que toma parte deste trabalho com reflexão e cuidado. Assim, a opção ética foi a de explicitar e problematizar a questão da negativa do ofício por parte da direção do HUGD, bem como, de utilizar excertos de documentos e fotos públicas do contexto analisado.

O esforço, ainda assim, segue no sentido do anonimato dos atores que recheiam esta produção. Mas, como bem reflete Luis Fernando Dias Duarte (2004), sendo os interlocutores servidores públicos (como muitos neste texto), podem ser localizados se assim desejar o leitor e a leitora. Entretanto, não se trata de levantar conspirações nem acusações, mas sim as etnografias devem buscar nos termos de Duarte levantar as “propriedades fundamentais de um sistema social, complicações e contradições... tornando visível para quem quer que leia, seus resultados finais” (2004, p. 129). Quanto ao anonimato, buscamos como me inspiraram Bonet (2004) e Menezes (2006) descentrar do sujeito e enfatizar as práticas discursivas. Essa ênfase inspira-se na noção de rizoma de Deleuze e Guattari (1995, p.04) que coloca os holofotes sobre a agência dos sujeitos e não em sujeitos sob uma noção individualizada/individualista de autoria. Ao expor a noção de rizoma, ambos enumeram características ilustrativas, no volume 1 de Mil Platôs, tal como retomo no capítulo seguinte. Dentre estas ilustrações àquela que utilizo é a do princípio da multiplicidade. Isto porque converge tanto para a capilaridade do poder e da agência dos sujeitos (FOUCAULT, 2014) que exercem os poderes, quanto retrata os diversos e plurais movimentos planos que tendem a transbordar (sempre) toda e qualquer estrutura. Algo, aliás, intrínseco à integralidade do SUS, tal como antes exposto por

Pinheiro (2016).

Marcel Mauss em “O Ofício do Etnógrafo” (1979) contribui nesta discussão apontando que o pesquisador deve aprofundar-se na análise dos encadeamentos dos fenômenos sociais, das práticas como acontecem seja pelo “costume” ou pela “inconsciência”. Descrever os elementos que fazem parte de determinada situação, avaliando como se vinculam e produzem a realidade social é o que deve alcançar a crítica etnográfica.

O resultado da minha circulação pelos espaços a que me propus é uma etnografia, a forma da articulação de dados colhidos que sucede à observação participante e que caracteriza a Antropologia. Classicamente fazem parte da pesquisa etnográfica: estabelecer relações, selecionar e ser selecionado por interlocutores, transcrever textos, levantar genealogias, mapear campos, manter um diário, e assim por diante. Não deve ser, contudo, um relatório qualquer, mas um escrito derivado de uma descrição densa, que contribua para análise interpretativa do coletivo de quem se escreve, não na ingênua ambição de perceber as impressões como se fosse nativa desse grupo, mas sim de organizar elementos que permitam buscar os significados no contexto e tempo em que acontecem e a maneira como são compartilhados e legitimados (GEERTZ, 1989).

De minha jornada como residente em saúde, o panorama que se construiu foi o de que as práticas e políticas interculturais em saúde são desafiadoras e reúnem pluralidade de fatores políticos, históricos e sociais. Esteja na aldeia, ou na cidade, os encontros étnicos dão-se diariamente e pensar estratégias para que aconteçam o menos conflituosamente possível foi um compromisso assumido ao longo da minha vivência como profissional (TURDERA, 2014).

A travessia da Psicologia da Saúde para a Saúde em Antropologia veio acompanhada de tensionamentos, uma vez que eu precisei investir esforço em despir-me das certezas apropriadas da minha formação, bem como das impressões que me constituíam acerca da Saúde. A título de exemplo, menciono que a graduação da psicologia vinculada à psicanálise clássica *freudiana* nos mune de ferramentas que trabalham conceitos como o de inconsciente marcado por estruturas enraizadas num contexto familiar e social partilhado por uma sociedade particular, no caso a ocidental europeia. Essas ferramentas não devem ser simplesmente transpostas para uso com sociedades que compartilham de sentidos e formas de organização familiar e social diferentes, como no caso a dos indígenas. Também as graduações em Saúde, no geral, tomam o conceito de corpo a partir de um viés fundamentalmente biológico, e a compreensão de que há coletivos em que o corpo representa mais que um resultante de fatores fisiológicos provoca deslocamentos necessários para iniciar

qualquer trabalho com sujeitos indígenas.

A Antropologia com seu corpo teórico promotor de debates sobre o cientificismo, etnocentrismo, a construção de um corpo que é social (RODRIGUES, 2006), a importância do relativismo e de refletir sobre o que afinal é da ordem da Natureza e o que é da ordem da Cultura, foi me propiciando alternativas de análises baseadas não apenas num conceito fechado de Ciência ou num pensamento hegemônico de conceito de Saúde. Considerando aqui que o próprio conceito de natureza é produzido em grande medida pela biomedicina, essas desnaturalizações foram vitais para meus descentramentos (BUTLER, 2003; 2014).

Quando adentramos em um campo de pesquisa carregamos conosco nossas vivências, valores, assimilações e construções simbólicas ao mesmo tempo singulares e compartilhadas com nosso grupo social ao longo da nossa história pessoal. Dispondo-me a estudar um recorte na área da Saúde e sendo uma trabalhadora de Saúde carrego em minhas análises impressões prévias acerca do campo que fazem parte da minha subjetividade, de meu modo de estar no mundo.

O campo da Saúde poderia ser para mim, a princípio, próximo ou familiar, uma vez que não reuniria atores, lugares e situações da ordem do “exótico” ou “distante” como coloca Malinowski (1978), podendo levar a um investimento desprovido de cientificidade já que do filtro da análise estaria ausente uma pretensa neutralidade. Algo absolutamente criticável no fazer antropologia e “ciência” atualmente. Nesta perspectiva, Gilberto Velho (1978) aponta que seja o campo próximo ou distante, a neutralidade absoluta é da ordem do impossível uma vez que sempre estaremos classificando e rotulando de acordo com os princípios básicos da socialização a que fomos submetidos. O que me é possível é tratar desse aspecto subjetivo como constituidor do próprio fazer antropológico, transformando-lhe na medida do que for possível numa objetividade relativa.

O exercício da transformação do exótico em familiar e do familiar em exótico, estabelecendo uma relação de proximidade com o diferente ao mesmo tempo buscando realizar um afastamento de aspectos que fazem parte da nossa própria cultura, é constante e faz parte da dinâmica da prática antropológica. Disso trata Roberto DaMatta (1978) quando nomeia seu "anthropological blues" que instaura no pesquisador a sensação de esvaziamento e provoca necessária desconstrução subjetiva. É em virtude desse deslocamento que se abre a possibilidade de reconhecimento do Outro.

O efeito desse movimento que não nega a subjetividade do pesquisador, mas sim, exige esforços conscientes de identificação com o grupo que se pretende registrar, desloca o foco da observação participante inaugurada por Malinowski para o destaque na participação

do observador, como se refere Eunice Durham (1986). Com isso, sinto-me a vontade para avaliar que estive no meu campo e participei dele “consciente²” do ofício a que me propus como pesquisadora, mas também como psicóloga, mãe, mulher, enfim, todas as parcialidades que levo comigo.

Assim como coloca Ruth Cardoso de Oliveira (2004), as análises não devem ser descoladas do olhar do investigador, das condições que os atores sociais se encontra(ra)m, logo, temos o pesquisador como mediador das informações, e, então a subjetividade pertence igualmente à cena da pesquisa e por isso é intencional que se percorra dados de minha história. Resgatando-se informações da minha memória uma vez que eles, e não somente eles, integram o campo de intersubjetividades que possivelmente se misturarão ao produto da escrita etnográfica.

Foi do lugar de psicóloga atuante num programa de pós-graduação em formação multiprofissional, em Saúde, que tive o primeiro contato com a assistência aos povos indígenas que circulam pela rede de atenção em saúde da cidade de Dourados, a qual é composta por instituições das esferas Federal, Estadual e Municipal. Esse palco é tido como lugar privilegiado para reflexões sobre várias questões, dentre elas a de como produzir cuidados na rede de saúde de Dourados na condição de docente e psicóloga, de maneira diversa daquela posta tanto na disciplina quanto no controle. Eis o desafio. E, portanto, sem reiterar as mesmas violências institucionais, a começar com a percepção de como os usuários indígenas e seus parentes re-existem ou resistem a dadas práticas médicas/institucionais hospitalares.

² Coloco aspas no consciente porque em grande medida o inconsciente acaba agindo na produção tanto etnográfica quanto de nossas condições enquanto sujeitos no e do social.

1.2 A CAMINHADA PELA SAÚDE INDÍGENA NUM CAMPO (PRODUZIDO COMO) MULTIFACETADO

Detalho agora alguns aspectos fundamentais para organizar o conjunto de que trata meu campo de pesquisa e/ou trabalho de campo, a saber: onde faço a minha “observação participante” (MALINOWSKI, 1978) enquanto “descrição densa” (GEERTZ, 1989), e por quanto tempo; com quais atores dialogo, aliado à exposição do meu percurso pela Saúde Indígena na Rede de produção à atenção em Saúde de Dourados, que segue sendo trilhada para além do término deste trabalho. Destaco que a noção de rede de cuidados que assumo aqui é aquela disseminada por Ricardo Teixeira (2016). Enquanto sanitarista e médico ele é consultor da humanização e sobre a produção da rede na política de saúde nacional. Mas mais do que isto, a noção de rede se alia à de reciprocidade no sentido da dádiva maussiana, pois pautada no “dar, receber e retribuir” como fundante de todo e qualquer social. Dito de outra maneira, ao me debruçar sobre a página virtual do “rede humaniza SUS” – www.redehumanizasus.net”, percebo que a razão de ser deste lócus disseminador das noções de rede e de humanização do e no SUS permite “o encontro, a troca, a afetação recíproca, o afeto, o conhecimento, o aprendizado, a expressão livre, a escuta sensível, a polifonia, a arte de composição, o acolhimento, a multiplicidade de visões, a arte da conversa, a participação de qualquer um” (HUMANIZASUS, 2016, s/p).

A exposição de meu objeto, minha trajetória e principais objetivos que me guiam no trabalho apresentam o desafio de fazê-los não se descolar da bagagem teórica que dialoga com a temática de estudo. Aliás, a sistematização e apresentação das técnicas investigativas que norteiam minha pesquisa vêm ao encontro de que o produto desse esforço sirva à construção de conhecimento que contribua com meus pares, ou seja, com pesquisadores interessados em debater os processos sociais, as especificidades das culturas e desdobramentos de suas dinâmicas.

Tendo contextualizado meu olhar e problematizado o meu lugar de pesquisadora, carregado de impressões prévias acerca do meu envolvimento com o campo, aprofundarei algumas preocupações metodológicas.

Diferentemente de como colocaram Malinowski (1978) em seu *Argonautas do Pacífico Ocidental* ou Roberto DaMatta em *Ofício do Etnólogo* ou *Como Ter Anthropological Blues*, a partir das quais versam a respeito do fazer antropológico que por vezes implica em ausentar-se por longos períodos de tempo, em lugares distantes e solitários, o fazer antropológico do qual trato aqui dá-se em espaços do (meu) cotidiano. O encontro com a

multiplicidade étnica em Dourados/MS acontece nos mercados, nos postos de saúde, nos bancos, em qualquer período do dia.

Por atuar em locais de assistência em Saúde, por ser professora num programa que contempla trabalhadores e usuários da Rede de Saúde indígena, por ser pesquisadora em eventos acadêmicos que tratam dessa temática, encaro o desafio de fazer de todos esses espaços potenciais fontes de dados de campo. É um campo, então, plural, multifacetado (OLIVEIRA, 2015), composto por elementos teóricos e práticos, cujos interlocutores também se movimentam nesse mesmo campo e produzem discursos, encontros e reflexões que serão apresentadas neste material.

A coleta de dados buscou ser a mais ampla possível caracterizando-se não apenas pelo acompanhamento (na medida do possível) das situações cotidianas pela “observação participante” e/ou “participação observante” (MENEZES, 2006), mas também incluindo as experiências vivenciadas enquanto trabalhadora na rede de Saúde municipal. Dados colhidos em conversas formais e informais com os interlocutores, fotos dos espaços percorridos e ainda as visitas às Conferências e eventos de saúde e outros espaços que se apresentem como oportunidades para a compreensão de como os atores que compõem esses cenários dão sentido às suas práticas na assistência à saúde indígena.

Fazem parte deste universo as análises discursivas realizadas em acervos documentais numa etnografia de “aldeias arquivos”, espaços assim referidos por Carrara apud Becker *et alli* (2013) “face ao fato de sua concretude se reduzir a um amontoado de papéis, fichas, cópias, anotações e resumos feitos a partir de documentos que, pacientemente ou não, vai-se coligindo em bibliotecas ou empoeirados arquivos” (BECKER *et alli*, 2013, p.12).

O esforço visa acatar as sugestões de Marcel Mauss (1979) quando alerta para que o material produzido seja o mais valoroso possível, a partir da descrição detalhada sobre quem sou eu, a autora, em qual contexto produziu o que se escreve. Esses dados juntamente à pesquisa bibliográfica exaustiva, análises críticas e à reunião do maior número de documentos e elementos compõem o conjunto que deve nortear o antropólogo, no sentido de habilitá-lo a refletir os encadeamentos que moldam a lógica dos sistemas do grupo pesquisado. No caso deste trabalho, os encadeamentos que se dão no espaço do encontro entre indígenas e não indígenas no campo dos serviços em Saúde, no âmbito do Subsistema de Saúde Indígena que é o Sistema Único de Saúde (SUS), no Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul.

Coloco que esta pesquisa está vinculada a um projeto, como antes já citado, maior coordenado por Simone Becker e denominado “maiorias que são minorias, invisíveis que

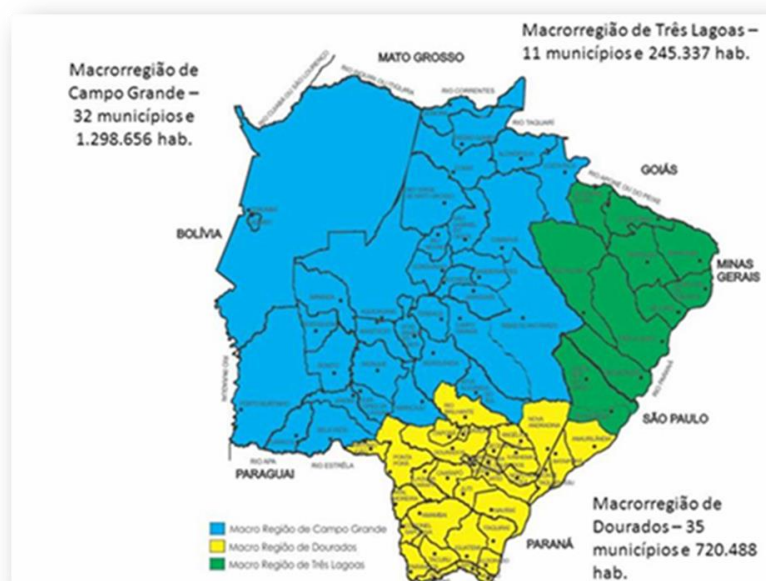
(não) são dizíveis: etnografia sobre sujeitos à margem dos discursos dominantes”, que apresenta parecer positivo dado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFGD (Anexo I), tal como já expus.

O esforço neste trabalho é o de que seu produto seja um diálogo entre as reflexões sobre o que se descreve e as leituras e debates principalmente a respeito do fazer antropológico, das políticas públicas indigenistas e algumas possíveis costuras de práticas discursivas voltadas às relações entre os usuários indígenas do SUS e profissionais da saúde. Por mais perversas que sejam algumas ações/omissões do Estado no cuidado da saúde dos indígenas da região de MS, esses resistem e agenciam ações no tocante ao melhoramento do SUS na rede de Dourados/MS.

1.3 DESTACANDO O CAMPO E SUAS ESPECIFICIDADES

Dourados é a segunda maior cidade do Estado de Mato Grosso do Sul e, juntamente com outros 35 (trinta e cinco) municípios forma a macrorregião da Grande Dourados. Por ela circula a segunda maior população indígena do país- etnias Guarani, Kaiowá e Terena- estando geograficamente localizada próxima ao Paraguai, circunstância que permite o trânsito entre os habitantes desse país com o Brasil (MARTINS, 2011; MEYER, 2014).

Figura 2: Macrorregiões de Mato Grosso do Sul.



Fonte: <http://slideplayer.com.br/slide/1250384>.

A região de Dourados tem como uma de suas marcas a multiculturalidade, esse termo entendido como por Hernandez-Reyna (2007) num sentido descritivo que implica uma diversidade, uma pluralidade cultural que não necessariamente estabelece relações sociais de trocas.

Na primeira semana em que cheguei a Dourados fui convidada a conhecer a “feirinha da Cuiabá”. É uma feira que ocupa parte da extensão da Avenida Cuiabá no centro da cidade. Ali se vende frutas e legumes, brinquedos, artesanato e, principalmente, comida a ser consumida lá. A variedade de comida expressa a variedade de influências culturais que moram na cidade. Tem comida japonesa, chinesa, árabe, italiana, e muitos, muitos quitutes de milho, fubá e mandioca que fazem referência à influência indígena presente em Dourados, além é claro das rodas de tereré (um mate gelado), típico da região.

Figura 3: Feira Livre da Avenida Cuiabá.



Fonte: <http://mapio.net/s/29193550>.

Uma circunstância que contribui para a pluralidade cultural é a proximidade física intensa entre não indígenas e indígenas das etnias Guaraní, Kaiowá e Terena em virtude das características do território. A maior reserva indígena urbana do Brasil, a Reserva Indígena de

Dourados (RID) está situada a 10 (dez) quilômetros de distância do centro urbano e com aproximadamente 15 (quinze) mil índios abrigados em seus limites (MEYER, 2014). Essa reserva divide-se em duas aldeias: A Bororó e a Jaguapiru (AYLWIN, 2009) e é atravessada por uma estrada asfaltada que se apresenta como uma extensão natural de uma rua da cidade de Dourados (ALCÂNTARA, 2007), mas não é considerada como sendo de dentro (MEYER, 2014).

Três etnias, Guarani, Kaiowá e Terena são as que estão presentes nesta região do Brasil. As etnias Guarani e Kaiowá são as que possuem maior população nas aldeias próximas. É em virtude das características demográficas desse território, que os elementos que constituem o universo da saúde indígena- rituais, mitos, cosmologia, por exemplo- que por ventura aparecem neste material etnográfico, dizem respeito majoritariamente aos elementos tradicionais das culturas Guarani e Kaiowá. Contudo, não deverá se limitar a essas etnias, haja vista, a circulação de sujeitos de outras etnias nessa região sul do estado e, os consequentes intercâmbios entre pessoas e suas diferentes origens, formas de pensar e se relacionarem com o mundo.

A cidade convive cotidianamente com as negociações interculturais a que se refere Nestor Canclini (2009), com indígenas e não indígenas promovendo encontros diários nos mais diferentes espaços físicos e essas relações distinguem este território e são marcas que se apresentam aos olhos dos que aqui chegam. Mas em outros locais, quando as trocas e ressignificações do “nós” e dos “eles” não é feita, deparamo-nos com as multiculturalidades.

Ellen Cristina de Almeida (2015) trata dessa singularidade em seu Mestrado apontando para como essa condição de território intercultural situa os antropólogos numa permanente condição de “dentro do campo”. Daí, conclui ela, há de se relativizar o que é “estar fora” e “estar dentro” do campo do qual se escreve, um exercício caro à ciência antropológica. Dourados torna-se então “um campo amplo de intensas relações interétnicas travadas cotidianamente pela pesquisadora que mora no campo” (2015, p.15).

Os serviços de Saúde em Dourados são espaços por onde circulam os indígenas que moram na cidade e os que vêm de cidades próximas, as relações interétnicas, por conseguinte, entre indígenas e profissionais da saúde ocorrem todos os dias, estejam eles ou não nas aldeias.

A partir de orientação do Ministério da Saúde, em conformidade com o conceito de etnicidade (cf. POUTIGNAT, 2011) todos aqueles usuários do aparato da Saúde que se reconheçam como pertencentes a algum grupo étnico devem ser acolhidos na rede dos serviços de Saúde, organizados por política específica coordenada por dispositivos federais

em parceria com os estados e os municípios. A despeito das mudanças no cenário político com o afastamento da presidente Dilma Roussef, destaco que as orientações aqui frisadas com relação ao MS se dão face às diretrizes da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena ocorrida em 2013. No relatório final, dentre tantos indicativos, o documento destaca que

Lutaremos para evitar a perpetuação de mortes precoces e internamentos evitáveis (por doenças com tratamentos disponíveis e de baixo custo, que deveriam ser ofertados no tempo adequado para a população indígena). Faremos a autodemarcação das terras indígenas, ampliando a articulação para superação da morosidade no processo de demarcação e homologação dos territórios indígenas. Vamos construir políticas públicas nas três esferas de governo voltadas para a convivência dos problemas relacionados à seca, ao alcoolismo e outras drogas, a migração dos povos indígenas, o preconceito da população, o desrespeito às práticas tradicionais de cura e autocuidado. Lutamos para defender nosso ambiente, nossas matas, rios e florestas (CNSI, 2016, p.28).

A ideia de que, então, é indígena quem se reconhece como indígena e, por sua comunidade reconhecido como tal implica, nas aldeias de Dourados, realidades curiosas, se as noções se atrelarem ao fenotípico. Quando passei pelas unidades de saúde indígenas por vezes via pessoas com olhos claros, loiras, negras, pele branca, biótipos enfim, que passam longe da representação que fazemos das populações indígenas. Ellen Cristina de Almeida (2015) aponta “que não se pode esperar um território indígena como está no imaginário coletivo da sociedade não-indígena” (IDEM, p.53). A respeito da diversidade étnica nas aldeias, acrescenta em sua pesquisa o fato de que na reserva Indígena de Dourados (RID) existem os “Bororo, Gavião Parkatejê, Guarani Kaiowá, Guarani Mbya, Guarani Nhandeva, Guarani, Kadiwéu, Terena, além de sujeitos não indígenas brasileiros e paraguaios que entraram na RID em diversos momentos, por alianças e/ou casamentos inter-étnicos” (2015, p. 54).

1.4 CONSTRUINDO O CAMPO NA REDE DE SAÚDE INDÍGENA

O meu caminhar pela rede de atenção em Saúde Indígena deu-se acompanhando os dispositivos formais organizados para atender a essa população aqui na cidade de Dourados. Esses dispositivos formam uma Rede de atenção, assim passível de ser ilustrada:

Figura 4: Organização do Distrito Sanitário Especial Indígena.



Fonte: http://dab.saude.gov.br/saude_indigena.php.

O que pretendo a seguir é destacar a ideia de que falar de dispositivos estatais de saúde é falar do trabalho em um Sistema de Saúde em Rede. Um Sistema quer dizer que falamos de um conjunto de várias instituições, com responsabilidades compartilhadas nos níveis de governo Federal, Estadual e Municipal, com ou sem parceria do setor privado e que trabalham pelo objetivo de prestar serviços em saúde à população.

No plano ideal, o trabalho em rede traz a noção de serviços que se ligam de forma a atender os sujeitos em uma trama formada pelos diversos pontos de assistência em saúde em um determinado território, cujas informações repassadas por uma instituição acabam por ser acessada por outra. Eis uma das noções já antes exposta tanto sob a perspectiva de Ricardo Teixeira (2016) quanto da integralidade sob o viés de Roseni Pinheiro (2016).

Como pontuado acima, o trânsito de sujeitos indígenas na cidade de Dourados é grande e não se limita às fronteiras das aldeias. Os indígenas circulam pela cidade e moram dentro e fora da reserva, assim, sujeitos indígenas se fazem presentes em todos os dispositivos de saúde, sejam públicos ou privados, estejam vinculados ou não formalmente à SESAI.

Para compreender os elementos que atuam nos encontros dos sujeitos indígenas com a assistência em Saúde nos dispositivos formais de Dourados, percorri os pontos da rede de atenção em saúde que recebem usuários indígenas. Anotei cenas, falas, práticas, estabeleci

conversas, para poder organizar e descrever acerca do acesso e/ou trânsito dos sujeitos indígenas aos locais que compõem a Rede de atenção de Saúde. Estive em companhia de usuários indígenas, familiares e profissionais nos postos de saúde, na CASAI de Dourados e nos hospitais de referência, em especial no Hospital Universitário da Grande Dourados (HUGD), espaços onde acontecem essas interações que movimentam meu interesse.

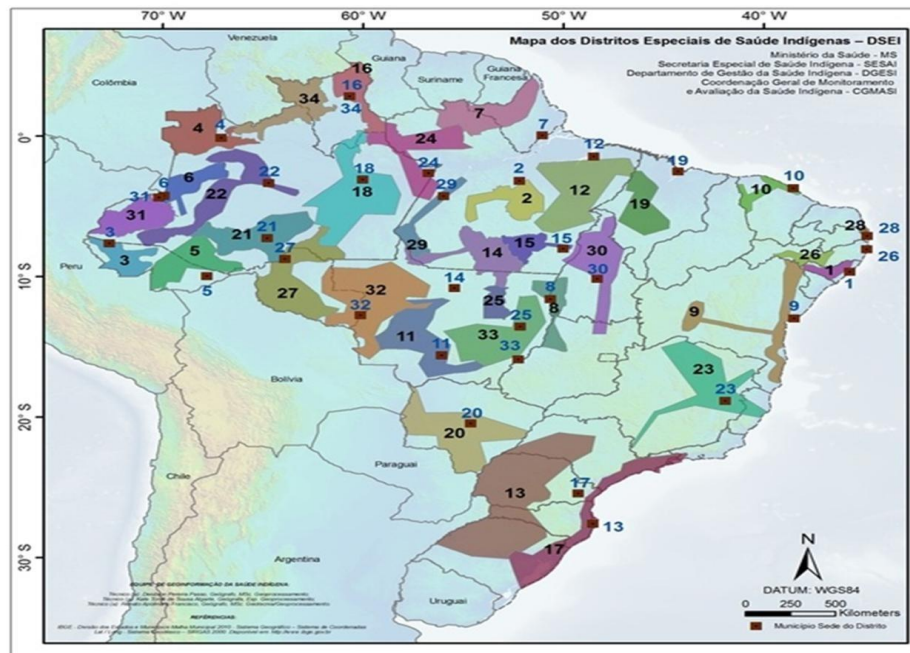
Atualmente, no Brasil, a atenção à saúde dos povos indígenas é coordenada pela SESAI, Secretaria Especial de Saúde Indígena vinculada ao Ministério da Saúde, quem deve coordenar o Subsistema de Saúde Indígena apoiado na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, a PNASPI, (BRASIL, 2009a).

Porque existem singularidades e contingências sociais especiais a serem levadas em conta e respeitadas para atender o modo de vida indígena, organizou-se o Subsistema de Saúde específico, uma alternativa jurídico-política vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e reconhecida em 1999 pela Lei 9.836 (GARNELO, 2012), que reafirma a obrigatoriedade do respeito à especificidade cultural, à relativização de hábitos e crenças no exercício da produção de saúde. Essa lei, conhecida como Lei Arouca, objetiva promover a Atenção à Saúde Indígena orientada pelos princípios de integração entre ações promocionais, preventivas e curativas em saúde, atenção diferenciada por compreender singularidades histórico-sociais dessas populações e o princípio de integralidade correspondente à sistematização do conjunto de práticas articuladas em rede (BRASIL, 2009). Nesse sentido, em sua dissertação, Mariana Pereira da Silva (2013, p.56) acrescenta que:

A assistência à população indígena somente aparece vinculada explicitamente ao SUS com a lei 9.836 de 23 de setembro de 1999. Conhecida como lei Arouca, ela acrescenta na lei 8.080/90 o Subsistema de Saúde Indígena. A lei recebe o nome de um dos protagonistas na mobilização da reforma sanitária no país, Antônio Sergio da Silva Arouca. Sergio Arouca foi presidente da fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – 1985 a 1989, tendo sido eleito deputado federal em dois mandatos. Em seu segundo mandato – 1995 a 1998 – encaminhou um projeto de lei, que entre outras medidas, transferia as ações de saúde indígena para a FUNASA (IDEM, 2013).

A Lei Arouca também sistematizou em todo território nacional as unidades de promoção das ações em saúde, divididas estrategicamente de acordo com a ocupação geográfica das comunidades tradicionais, não obedecendo aos limites territoriais dos estados, mas reunindo em suas limitações etnias próximas em suas particularidades. Com isso, caracterizando os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, os DSEIs, que são no número de 34 (trinta e quatro) no Brasil (BRASIL, 2009).

Figura 5: Organização dos DSEIs no Brasil.



Fonte: http://dab.saude.gov.br/saude_indigena.php.

O Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul (número 20 na figura acima) possui um polo-base na cidade de Dourados, que atende os indígenas dessa cidade além dos que vivem em Douradina, Maracaju, na Terra Indígena de Panambizinho, Porto Cambira e nos acampamentos fora da Reserva, os quais acolhem em média 800 (oitocentas) pessoas.

Idealmente, o percurso do acesso dos indígenas aos dispositivos de atenção em Saúde é dado pela Política Nacional de Atenção em Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2009) - (ver Figura 3).

Usuários indígenas que necessitem cuidados em saúde devem dirigir-se aos postos de saúde situados dentro das aldeias ou território indígena. Esses postos são responsáveis por ofertar cuidados de primeiro nível de atenção em Saúde: com tecnologia de baixa densidade, o que inclui um rol de procedimentos mais simples e baratos, capazes de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade. Na medida em que os agravos necessitem profissionais mais especializados e procedimentos tecnológicos de maior custo, os usuários da Saúde são referenciados para centros de maior complexidade.

São de responsabilidade da Secretaria Especial de Saúde Indígena (nível Federal) apenas os serviços correspondentes ao primeiro nível de atenção. Os demais serviços devem ser absorvidos pela Rede de Atenção do Sistema Único de Saúde Brasileiro (níveis Estadual e Municipal). Eis o nó nesta rede, na qual o HUGD, por exemplo, está inserido, cuja produção

se faz aos poucos com alguns profissionais da saúde, os usuários indígenas, não indígenas e seus respectivos familiares.

1.4.1 Considerações iniciais sobre uma unidade básica de Saúde indígena: o recorte de Panambizinho

Como mestranda, escolhi o posto de Saúde de Panambizinho como ponto de partida para coleta de dados, em especial, pelas entradas já estabelecidas em campo pela minha orientadora. Inseri-me nessa comunidade indígena, mas não apenas nela, e circulei, conversando com todos os atores que as experiências me apresentaram.

Na ocasião em que fui pela primeira vez sozinha, no ano de 2014, à Panambizinho parei por duas vezes para perguntar onde era o posto de saúde, pois era a primeira vez que dirigia sozinha até lá. Trata-se de um território indígena localizado há 20 (vinte) quilômetros do centro de Dourados, no distrito de Panambi. O primeiro sujeito, um homem aparentando ter uns 40 (quarenta) anos, foi muito simpático e me direcionou no sentido por ele assinalado como o correto, “Tá no caminho” (sic) disse sorridente. A segunda informante, uma mulher jovem com dois filhos pequenos no colo, colocou um no chão para poder apontar com o dedo “é ali” (sic). E realmente era logo “ali”, bastava fazer uma curva. O Posto, junto a uma escola municipal (indígena denominada de Pai Chiquito-Chiquito Pedro), estava vazio. Fui recebida por um dos profissionais que ali atua, indígena com vínculo de trabalho junto à SESAI. Eis o meu “epicentro”, pois era a partir do posto que eu realizei as minhas observações e em dada medida minhas participações nas relações para além das estabelecidas “naturalmente” com os agentes ligados à área da saúde.

Figura 6: Caminho para o posto de Panambizinho.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2015).

Figura 7: Entrada do Posto de Panambizinho no ano de 2014.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2015).

A escolha por iniciar formalmente por Panambizinho foi intencional porque é uma localidade com a qual não tive contato prévio, como tive com o Hospital Universitário ou CASAI, numa pretensão de provocar distanciamento e conhecer os deslocamentos e esvaziamentos antropológicos singulares que pudessem iniciar a tão necessária desconstrução e, abertura para o novo numa reativação de curiosidade quase infantil (DA MATTA, 1978).

Ademais, como minha intenção é apresentar o maior número possível de cenários onde acontecem os encontros entre indígenas e os profissionais de saúde, optei pelo posto de saúde indígena de Panambizinho porque na rede formal de saúde dada pelo Estado a “porta de entrada” é simbolicamente dada pelos postos de saúde nas comunidades, nos bairros, nos territórios, de forma que seja possível para a população usuária estabelecer relações com os profissionais e com o espaço de cuidado.

A Terra Indígena de Panambizinho, uma comunidade Kaiowá localizada no distrito de Panambi em Dourados conta com pouco mais de 1.272 hectares, e é território oficialmente homologado pelo Estado Nacional (MACIEL, 2012). É, portanto, um território onde vivem mais de 300 (trezentos) índios, entre crianças, jovens e idosos da etnia Kaiowá.

Percorrendo o trajeto para acesso aos serviços e instituições de Saúde estatais que compõem a rede de cuidados indigenistas, busco considerar como as relações que nele acontecem e como são vividas pelos protagonistas que o compõem; e o posto de Panambizinho revela-se generoso em sinalizações.

O posto de saúde abriga uma equipe permanente de dois agentes indígenas de saúde, um técnico de enfermagem e uma zeladora. Semanalmente recebe visitas da equipe volante da SESAI com médico, enfermeira e dentista.

Nas minhas idas a esse campo, ao longo do ano de 2014 e 2015, tive como interlocutor principal o agente indígena de Saúde que me recepcionou e como dito antes, talvez isto tenha ocorrido face à minha familiaridade com o discurso técnico da saúde. Conduzida e induzida por ele, fiz visitas a residências e passei a maior parte do tempo em conversas que amiúde tocam a condição estrutural em que se encontra o prédio, que abriga a unidade de saúde e como essa condição desestimula os que ali trabalham.

A seguir, fotos tiradas em visitas à unidade com devida autorização dos responsáveis pelo posto, durante o período em que lá estive:

Figura 8: Sala de exame com biombo.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2014).

Figura 9: Banheiro em construção.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2014).

Figura 10: Corredor do posto saco de lixo.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2014).

O prédio estava em reforma há mais de dois anos, não tinha portas, torneiras, armários, banheiro. As paredes estavam no reboco, o chão sem piso de cerâmica, a falta de água era amenizada por uma única instalação na parte externa, e não havia luz elétrica.

Figura 11: Sala de pesagem e aferência de pressão.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2015).

Figura 12: Única torneira de água ativa.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2015).

A despeito da estrutura inacabada acontecem vacinas e algum atendimento ambulatorial de baixa complexidade, ou seja, condições consideradas menos graves e que podem ser atendidas sem necessidade de instrumentos de alta tecnologia, como resfriados, dores de cabeça, diarreia. Alguns exames como aferir pressão e pesagem das grávidas e crianças acontecem, mas qualquer outra “intercorrência de maior complexidade”, ou que exija instrumentos esterilizados, é dirigida ao hospital de referência para cuidados disse-me um dos profissionais do posto.

Panambizinho conta com uma linha de ônibus que faz o transporte até a cidade, sendo que cedo pela manhã o ônibus vai e por volta das 14 horas da tarde o ônibus volta do

centro da cidade. O acesso às casas dos moradores é dificultado pelas estradas estreitas e sem asfalto. A maior parte dos moradores não tem automóvel, alguns tem moto. Quando há a necessidade de locomover-se ao hospital de referência que fica em Dourados e não havendo condições para utilizar o transporte público ou pessoal, há a opção de solicitar a única ambulância do Pólo de Saúde Indígena de Dourados que faz atenção às localidades externas da cidade e nos acampamentos. Durante as noites e finais de semana, essa mesma ambulância trabalha sob o regime de plantão atendendo chamados também das aldeias dentro da Reserva Indígena de Dourados (RID).

A prioridade para uso da ambulância são, segundo um de meus interlocutores que atua no Posto, situações de urgência em que se corre risco de morte e priorizam-se gestantes, crianças e idosos. Em Panambizinho já aconteceram casos em que mulheres gestantes tiveram que esperar outras ocorrências para serem atendidas. Segundo o agente indígena de saúde, quando essas situações acontecem, os bebês correm o risco de nascerem em trânsito, dentro da ambulância, em meio a caixas de remédios, agulhas e outros materiais.

Há que se problematizar que elas acabam nascendo e sem antecipação de parto ou intervenções tão questionadas, haja vista que o parto não deveria ser um “ato médico”, tal como naturalizado em tempos modernos.

A CASAI também pode funcionar como abrigo para os pacientes que por ventura estejam de alta hospitalar sob algum tipo de tratamento medicamentoso que não seja possível realizar-se em suas casas.

Em Dourados, em virtude da proximidade geográfica entre os hospitais e ambulatórios clínicos para exames das aldeias Bororó, Jaguapirú e da comunidade de Panambizinho, pacientes de origem dessas localidades dificilmente ficam internados na CASAI de Dourados. Na CASAI ficam usuários e familiares de aldeias mais distantes da região.

Há uma especificidade na rede de saúde de Dourados, uma vez que a SESAI mantém acordos de serviços com os hospitais municipais vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e também com o Hospital e Maternidade Indígena Porta da Esperança, tido como “o primeiro hospital exclusivamente indígena do Brasil” (SILVA, 2007). Fundado em 1963 pela Missão Evangélica Caiuá, é uma instituição filantrópica que opera em Dourados junto ao povo indígena prestando assistência nas áreas educacional, médica e espiritual.

Figura 13: Entrada do Hospital.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2015).

1.4.2 A respeito do Hospital da Missão

A Missão Evangélica Caiuá foi implantada em Dourados no dia 28 de agosto de 1928, por um grupo de pessoas não indígenas: o médico Nelson de Araújo, o reverendo Alberto Maxwell, o agrônomo João José da Silva e o professor Esthon Marques (SILVA, 2007). No site da Igreja Presbiteriana do Brasil (www.ipb.org.br), locus de publicização das informações sobre a Missão Evangélica Caiuá virtualmente, há um ícone destinado ao referido hospital. Denominado de “Missão Caiuá”, a partir deste ícone constam os dados voltados ao histórico dos seus objetivos destacados sob as rubricas da “saúde” e do “ensino”. Quanto à saúde em 1963, 38 leitos foram inaugurados para a estrutura de atendimento aos indígenas, incluindo maternidade. Atualmente ampliou-se para 50 leitos, sendo que desde 1978, mais 50 leitos foram fundados para tratamento de Tuberculose.

No tocante ao ensino, os objetivos são explicitados com a disseminação de missionários entre os indígenas. Com eles pregando a palavra do Evangelho. Nesse sentido, a forma como os indígenas ressignificam a religiosidade ocidental é tratada por alguns antropólogos, dentre eles, Grazielle Açolini que trata da terenização do protestantismo (2012).

Figura14: Cartaz de entrada.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2015).

Neste hospital permaneci em estágio por quatro (4) meses enquanto discente no programa de residência, de agosto a novembro de 2013, e retornei em algumas visitas pontuais para fazer supervisão de alunos como docente ao longo dos anos de 2014 e 2015.

Sempre fui bem recebida por toda a equipe ali existente: composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentista, farmacêutico, assistente social além do pessoal do administrativo e técnicos da limpeza e serviços gerais.

Há muitos trabalhadores indígenas que vivem nas aldeias circundantes, e não é raro que eles prestem assistência a familiares internados. A mim me foi dada liberdade para percorrer por todo o hospital, acessar prontuários, conversar com usuários e familiares acompanhantes.

Estruturalmente, a instituição divide-se em 4 (quatro) setores: na entrada ficam as salas de recepção, triagem, atendimento ambulatorial e ecografia. A seguir os quartos de internação materno/infantil mais as salas de parto. Abaixo por uma rampa os quartos para internação de clínica médica (infecções, condições respiratórias, ferimentos e queimaduras, etc) para adultos e idosos. Num setor anexo está o Centro de Recuperação Nutricional onde ficam internadas crianças com baixo peso.

Figura 15: Entrada.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2015).

Figura 16: Corredor entre área materno/infantil e clínica médica



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2015).

Ao longo da pesquisa no Hospital da Missão eram constantes as observações feitas por funcionários acerca da necessidade de contratar mais pessoas para melhor atender o fluxo de pacientes. O quadro de colaboradores era considerado pequeno, em especial quanto às funções de enfermeiros e técnicos de enfermagem.

A nutricionista responsável pelo local pontuava em reuniões de equipe a dificuldade de armazenar alimentos em locais que precisavam de reformas para estar adequados a esse fim, além do que, apontava a falta de recursos para compra de insumos importantes na alimentação dos pacientes, em especial, de fórmulas de leite específicas para crianças com baixo peso.

Lelio Silva (2007) em sua dissertação de mestrado aponta que desde o início das

atividades missionárias na cidade, a Missão Caiuá enfrenta dificuldades. Atualmente a origem dos recursos financeiros parece ser uma combinação de doações voluntárias com subsídios do Sistema Único de Saúde.

Tanto no posto de Panambizinho quanto no hospital da Missão fui recepcionada por profissionais da saúde que enfatizavam a falta de estrutura. Em meio às faltas ou ausências, o mais difícil de ser percebido é o resíduo³. Como enfatizou Catia Paranhos Martins em meio às suas preci(o)sas contribuições na minha qualificação⁴, o que resta pode ser o cuidado e na concepção da saúde como luta por parte dos indígenas locais. Assim, por falar em luta e resistência (re-existência) quando a ênfase se faz na falta de estrutura o que se obstaculiza é de discutirmos a miséria e a fome como condições contínuas para a realidade indígena sul mato-grossense, bem como, as intervenções continuadas da biomedicina que precarizam cada vez mais suas vidas, incluindo as que diariamente nascem.

Devido aos longos anos de atuação em proximidade com as aldeias, o Hospital da Missão (HM) é um centro de referência em cuidados médicos para a população da região. Ali os pacientes verbalizam sentir-se mais à vontade e menos desconfiados em relação à equipe de Saúde.

O HM não tem os mesmos protocolos compartilhados por outros hospitais gerais como, por exemplo, o HUGD. A entrada e a saída são livres aos pacientes e familiares, entra quem quer a qualquer momento do dia. Diferente do HUGD onde há hora marcada para visitação e número limitado de visitas e acompanhantes.

Não há no da Missão revista de pertences, as visitas levam para dentro do hospital roupas, comida, enfim, o que quiserem. Esse fato ocasiona situações inusitadas, capazes de nos mostrar os fluxos de contradições entre usuários e profissionais da saúde. Presenciei algumas vezes a equipe de saúde queixar-se de que passa ao longo da semana cuidando da alimentação de determinado paciente, monitorando insulina no caso de uma Diabetes (onde há restrições em termos de açúcares e gorduras), por exemplo, e na segunda-feira, depois do fim de semana, o paciente “descompensou”, ou seja, os níveis de insulina voltam a ficarem inadequados.

Essa fala me fez lembrar de uma das narrativas de um dos profissionais da saúde em

³ Ao sublinhar “resíduo” de Carlos Drummond de Andrade, Catia Paranhos Martins fez-me perceber que “(...) de tudo, terrível, fica um pouco, e sob as ondas ritmadas, (...) e sob o soluço, o cárcere, o esquecido e sob os espetáculos e sob a morte escarlata (...) e sob tu mesmo e sob teus pés já duros, e sob os gonzos da família e da classe, fica sempre um pouco de tudo”.

⁴ Como as de Esmael Alves de Oliveira.

Panambizinho, mais especificamente em relação aos feitiços como motivos de adoecimentos (PRITCHARD, 2005). Mas no caso narrado tratava-se de uma senhora que resistia ao tratamento de um câncer porque as razões não estavam alocadas na biomedicina, mas na lógica dos malefícios engendrados pelas energias e forças negativas vindas de uma outra parentela rival. Sem maiores detalhamentos para a história, o que destaco é a pertinência do acolhimento destas narrativas como lógicas explicativas para os estados de doenças entre os indígenas.

Voltando ao HM, nos fins de semana, a Missão costumava receber muitos familiares, em especial os que moram mais afastados, e esses familiares comumente levam comida, seja uma “galinhada”, um “puchero”, um “guisado”, todos pratos típicos desta região. Esse comportamento, segundo os meus interlocutores -os próprios familiares- era uma maneira de celebrar a recuperação e o encontro entre as pessoas, e os parentes se esforçavam por cozinhar aquilo que mais agradava os pacientes. Segundo uma técnica de enfermagem, indígena Guarani Kaiowá: “Não adianta explicar certinho pra eles, eles trazem porque é um carinho, eles não entendem como pode fazer mal, se é com carinho” (sic).

Outra situação comum que ocorre nesse local, mas que causa polêmica nos debates entre a equipe de saúde é a existência de uma “casa de fogo”, ponto de encontro para muitos “matearem” e conversarem. Um local onde existe uma chama permanentemente acesa, cuidada pelos próprios pacientes, utilizada para ferver água ou mesmo cozinhar. Essa casa fica próxima ao setor dos quartos destinados ao isolamento respiratório. Contudo, os pacientes saem desses quartos para ficarem junto aos demais na casa de fogo, um local onde há muita fumaça, além do compartilhar do mate.

Nesse sentido, a casa de fogo do HM e o solário do HUGD caracterizam-se como lugares de resistências ou re-existências. Aliás, uma forma de familiarizar estes espaços localizados na instituição tão higienizadora que é o hospital. Remarco as discussões e as reflexões sobre a casa de fogo produzidas por Catia Paranhos Martins (2010, p.60-61):

O Acolhimento aos usuários indígenas era muito mais que a mera tradução do guarani para o português. No dia a dia o intérprete nos ensinava valores de outra cultura, como por exemplo, as concepções do que é saúde e doença, o receio das mães e pais em deixarem seus filhos no ‘hospital dos brancos’, o dilema de acompanhar um filho deixando os outros sem cuidado na aldeia, as longas distâncias que muitas pessoas tinham que percorrer para ter acesso ao serviço de saúde; as dificuldades de estar doente num espaço onde as pessoas falavam outra língua; o paciente que vai embora sem avisar; as diferenças de cultura, de hábitos alimentares e de higiene. O intérprete era um dos membros da Comissão de Humanização e trazia para as reuniões muitas reivindicações e sugestões. Discutíamos as solicitações dos usuários indígenas e modos de respeitar as diferenças culturais. O exemplo mais emblemático foi a solicitação de uma ‘Casa de Fogo’, que seria um

lugar parecido com uma fogueira. Trata-se de um espaço importante para as etnias dessa região para as quais o fogo possui uma simbologia. Para os indígenas o fogo não deve ser apagado, pois serve para fortalecer a alma, espantar as coisas ruins, esquentar nos dias frios, tomar mate, ficar em volta, dentre tantos outros usos e sentidos.

Para além destas simbologias sinalizadas por Martins (2010) há aquela destacada por Levi Marques Pereira (2004) no tocante ao “fogo doméstico”. É do fogo que se advém a vida e a proeminência das mulheres Kaiowá junto à parentela. Aliás, algo que Lauriene Seraguza (2013) sinaliza como “alteridade radical”, mostrando o quanto o feminino engloba o masculino, uma vez que são as mulheres que detêm os poderes para a vida e para a morte. Para a vida na capacidade de reproduzir o social, incluindo a produção dos alimentos, e da morte através da manipulação das secreções tão poluidoras do corpo através dos tabus e interdições, tais como, da menstruação.

Em síntese, quanto às resistências indígenas no lócus hospitalar, uma das interlocutoras não indígenas é taxativa: “Não há como controlar. Acho que seria muito pior se não tivesse” (sic).

Figura 17: Paciente prepara mate na casa de fogo.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2015).

Por ter orientação Evangélica, os momentos para evangelização como acima expus analiticamente, com cultos diários dentro do hospital e festas religiosas comemorativas envolvendo a comunidade acontecem a miúdo. A maior parte dos funcionários indígenas e não indígenas é religiosa e é comum escutar-se nas rádios de alguns setores a música gospel.

1.4.3 O Hospital Universitário

O Hospital Universitário da Grande Dourados é uma das instituições de referência para a atenção aos indígenas do município e região. Os setores que mais recebem indígenas, devido à contratação dos serviços entre hospital e SESAI, são a Maternidade, a Pediatria, a Psiquiatria e a Infectologia (todas especialidades biomédicas).

Está na página virtual do HUGD, o Contrato Administrativo de número 604/2014 onde dispõe sobre ser esse um:

contrato que entre si celebram o município de Dourados, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade da Federal da Grande Dourados, por intermédio do Hospital Universitário (HU/UFGD) visando à execução de ações e serviços de saúde, ensino e pesquisa no âmbito do Sistema Único de Saúde (CONTRATO HU, 2016).

Em sua Cláusula terceira- Das responsabilidades do HU/UFGD, item XII aparece o compromisso de atenção ao usuário indígena, em meio ao hospital-escola:

Figura 18: Cópia parcial da Cláusula terceira, item XII.

- gestor do SUS, com vistas à otimização do acesso dos usuários aos leitos hospitalares, incluídos os de retaguarda, consultas, terapias, exames de apoio diagnóstico e o que mais couber;
- VI. Promover a alta hospitalar responsável, conforme estabelecido na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP);
- VII. Implantar e/ou implementar o Programa de Segurança do Paciente estabelecidos pelo SUS, com enfoque na implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente, na elaboração dos planos e implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente;
- VIII. Implementar o Atendimento Humanizado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH);
- IX. Garantir assistência igualitária sem discriminação de qualquer natureza;
- X. Promover a visita ampliada para os usuários internados;
- XI. Assegurar a presença de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes, idosos e indígenas, de acordo com as legislações específicas;
- XII. Prestar atendimento ao indígena, respeitando os direitos previstos na legislação e as especificidades socioculturais, de acordo com o pactuado no âmbito do subsistema de saúde indígena;
- XIII. Disponibilizar informações sobre as intervenções, solicitando ao usuário consentimento livre e esclarecido para a realização de procedimentos terapêuticos e diagnósticos, de acordo com legislações específicas;

Fonte: <http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufgd/aceso-a-informacao/contratualizacao-com-o-municipio-de-dourados>.

Se o hospital da Missão volta-se estritamente aos indígenas, a despeito do processo evangelizador que transversaliza sua criação/reprodução, o HUGD volta-se ao atendimento dos indígenas, em meio aos seus mais de dez objetivos/responsabilidades postos em contrato estabelecido com o Município de Dourados/MS.

É um hospital 100% SUS, ou seja, nele não há nenhum tipo de cobrança aos usuários pelos serviços, é gratuito, e segue os princípios e diretrizes norteadores do Sistema Único de Saúde em todo o Brasil.

É uma unidade de atendimento de baixa e média complexidade, ou seja, nele não acontecem procedimentos que necessitem tecnologia e recursos considerados do mais alto custo e especificidade (por exemplo, transplantes cardíacos).

O Hospital Universitário é um hospital público de caráter “porta-fechada”, ou seja, não há atendimento de pronto socorro, todos os pacientes que ali chegam o fazem por meio de referência dos demais centros de saúde que compõem a Rede.

A única exceção é o setor da Maternidade que atende gestantes e puérperas sem

necessidade de encaminhamento.

Figura 19: HUGD.



Fonte: <http://g1.globo.com/mato-grosso-do-sul/noticia/2015/10/mpf-investiga-mortes-de-fetos-e-de-bebes-no-hu-de-dourados-ms.html>

Quando cheguei ao hospital Universitário de Dourados pela primeira vez em março de 2012 senti-me deslocada e sozinha. Não me pareceu por fora ser um hospital tão grande como parece ser quando se entra por seus corredores. A pintura branca, o silêncio nos diferentes setores, o caminhar das pessoas olhando para baixo expressando corporalmente tanto acúmulo de trabalho, ora preocupação quanto possível subserviência dos usuários, ora distanciamento das pessoas que por eles cruzam, tudo contribuía para um ambiente solene e intimidante, como tende a ser neste contexto hospitalar moderno (FOUCAULT, 2001).

É raro, a exceção sendo os períodos noturnos, os corredores e espaços estarem vazios. Sempre há pessoas ocupando os lugares, sempre carregando algo na mão, em geral papéis. Documentos, exames, prontuários, e sempre caminhando com muita pressa.

Cada entrada de setor de uma determinada especialidade clínica –cirurgia, UTI, ginecologia obstetrícia, pediatria, e assim por diante- está bem demarcada por uma grande porta e um grande balcão que sinalizam as diferenças entre os departamentos.

Cada setor conta com um número de quartos específicos, com dois leitos por quarto. Cada local conta com sua equipe de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, equipes de assistência que trabalham em sistema de plantão, num rodízio completo a cada 6 (seis) ou 8 (oito) horas.

Fazem parte do cenário os profissionais de outras áreas de Saúde: nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas educacionais, dentistas, etc....além de muitos acadêmicos, estudantes estagiários de todas as graduações de saúde estão presentes no hospital.

Figura 20: Corredor do HUGD.



Fonte: <http://www.correiodoestado.com.br/cidades/dourados/hu-de-dourados-recebe-61-profissionais-para-suprir-rotatividade/291478>.

Circulam pelo HUGD também os pacientes que estão em condições de caminhar, os acompanhantes dos pacientes e as visitas periódicas. Técnicos de segurança, recepção, administrativos e de serviços gerais completam os atores da instituição.

A aparente solenidade do Hospital é quebrada em alguns espaços que favorecem o encontro de grupos de pacientes. O solário, onde muitos vão para caminhar, tomar sol, ler e conversar é um desses lugares. Há também um setor externo anexo à Pediatria ocupado pelas crianças e pelas mães acompanhantes. É um lugar de cor verde, com um pequeno playground e também ocupado para estender roupas que são lavadas ali mesmo por familiares que ficam junto aos pacientes em longos períodos de internação.

Figura 21: Playground, área externa à Pediatria.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2015).

Como ao expor a “casa de fogo” do HM sublinhamos, quiçá o solário seja a materialização dos contra-discursos-hegemônicos posta de maneira a familiarizar um espaço tão disciplinador e domesticador dos corpos que por lá transitam com seus sintomas.

Figura 22: Área externa.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2015).

O primeiro setor em que permaneci como residente em Saúde foi o da Maternidade. Dali pude aprender e conhecer as rotinas e protocolos que fazem parte do cotidiano desse hospital que, em alguma medida, se repetem nos demais setores.

A primeira coisa ou o primeiro papel, que se busca quando se chega ao HUGD é o chamado Censo. Todos os setores fazem seu Censo de pacientes a cada plantão de equipe,

matutino, vespertino e noturno que traz à tona tanto o esquadramento que Foucault enaltece como características do biopoder e da biopolítica, quanto possibilita agenciamentos entre os próprios profissionais da saúde de diferentes hierarquias como destaca Bonet (2004); ao analisar as contradições e contestações entre as interpretações dos diferentes médicos que compõem categorias internas ao Hospital de Buenos Aires.

Em que pesem algumas especificidades, no geral, o Censo contém colunas distribuídas com as seguintes informações: número do leito, nome do paciente, data de admissão no setor, sexo, data de nascimento, diagnóstico, dieta oferecida e observações gerais. É um panorama rápido na situação dos pacientes que se encontram naquele dia internados.

A partir do Censo cada profissional vai organizar suas condutas e prioridades a partir da vigilância e controle dos pacientes.

Para Michel Foucault a organização de um sistema de registro permanente e exaustivo do que acontece num hospital é uma das condições necessárias que fazem nascer o espaço hospitalar como um lugar de produção do conhecimento e poder médico. Em suas palavras: “Constitui-se, assim, um campo documental no interior do hospital, que não é somente um lugar de cura, mas também de registro, acúmulo e formação de saber” (FOUCAULT, 2001, p.110).

Meu primeiro trabalho, em se tratando de saúde indígena, passou a ser reconhecer entre os nomes escritos no Censo, quais talvez fossem indígenas. Comecei então, um processo de familiarização com sobrenomes como Villalba, Benitez, Ramirez, enfim, os que aprendi a identificar como os de família indígena da região de Dourados. Não há nos Censos do hospital outra forma para identificar os pacientes indígenas, a não ser o nosso prévio conhecimento a respeito desses dados como os sobrenomes recorrentes. Dados mais específicos podem ser encontrados nos prontuários, como onde moram e etnia. Da minha observação em quatro anos dentro do hospital universitário percebi que quando, e apenas quando, a caixa que refere à Etnia do paciente no prontuário é preenchida, quase todos os pacientes indígenas são apontados como Kaiowá, mesmo em situações onde os sujeitos se identificavam da etnia Terena.

Algumas reflexões podem daí ser depreendidas. A principal é a de que há uma homogeneização das diferenças étnicas entre os indígenas sul mato-grossenses por parte dos profissionais da saúde não indígenas, desconsiderando particularidades dos Terena que não se observa entre os Kaiowá e nem entre os Guarani, e então, prevalecendo a imagem do índio didático (ROCHA, 1996). Mas também o fato de serem os Kaiowá os mais resistentes com

relação tanto ao falar o português, quanto a se submeter aos ditames biomédicos. São eles, os Kaiowá, que quiçá comumente são apontados como desleixados e como insubordinados.

Há no hospital um intérprete de Guarani, enfermeiro e indígena Kaiowá, vinculado à SESAI, mas lotado no HUGD para auxiliar o diálogo entre técnicos de saúde e usuários indígenas que por ventura não falem português.

O intérprete é muito atuante na Saúde indígena, é conselheiro indígena de Saúde, se coloca como militante da causa indígena em seu discurso e muito requisitado como palestrante em Dourados e restante do Brasil devido a sua experiência, tendo inclusive viajado ao Equador, Canadá e Áustria para participar de eventos relacionados à Saúde.

Cátia Paranhos Martins faz um breve relato a respeito da inserção inicial do intérprete indígena no Hospital Universitário de Dourados e do impacto positivo que a contribuição desse profissional causou no início de seu trabalho nessa unidade de saúde (MARTINS, 2011).

Contratado para diminuir as dificuldades e distâncias de comunicação entre a população indígena e as equipes técnicas, a presença do intérprete garantiu uma estratégia do hospital de promoção de acolhimento dessa população que, por vezes, perdia-se em meio a uma realidade da qual não compartilhavam os códigos e percebiam-se não compreendidos por profissionais que desconheciam sua realidade social, prejudicando a atenção integral aos sujeitos indígenas. A pesquisadora mostra que aparando arestas na comunicação com os pacientes sujeitos indígenas algumas dificuldades de atendimento foram sanadas em pouco tempo. Sobre isso relata o intérprete indígena: “O índio chegava ao hospital e esperava que alguém viesse buscá-lo, porque ele entendia que o médico vinha buscar. Muitas vezes, voltava para casa sem ser atendido” (IDEM, p.258).

Contudo, da minha observação desde 2012, percebi que a atuação do intérprete indígena no HUGD parece ter passado de uma inovação construída para melhorar o diálogo e qualificar a clínica para uma ferramenta utilizada pelos técnicos para garantir o entendimento por parte dos pacientes indígenas do que era pensado e feito pelos profissionais, sem necessariamente ocorrer o inverso: a comunicação das percepções dos pacientes para a equipe. A estratégia da aproximação das diferentes realidades tornou-se num aparato de mera tradução do discurso médico para a linguagem indígena, calando o debate sobre as transformações das práticas biomédicas para ações de maior sentido para a comunidade. A ferramenta de acolhimento de interpretação e compreensão parece ter sido capturada pelas forças hegemônicas de poder atuante nos corredores do serviço biomédico.

Ademais, o número de profissionais intérpretes necessários para a demanda do

hospital deveria ser mais que 1 (um), considerando a quantidade de pacientes indígenas que atravessam os seus setores e a diversidade étnica que compõe essa população na cidade de Dourados.

Por conta do número insuficiente de tradutores e a grande necessidade do profissional contratado estar em diferentes lugares devido aos seus compromissos fora do lócus hospitalar, nem sempre há intérprete na unidade. Por vezes, a partir de uma boa vinculação com algum paciente indígena internado que fala português, utiliza-se esse paciente como tradutor de conversas com outro sujeito paciente.

Ainda que o contingente de pacientes indígenas recebidos no HUGD seja grande e rotineiro, há um desconhecimento grande quanto a essa população por parte dos profissionais que ali atuam.

A Pediatria é um setor que recebe muitos pacientes das aldeias indígenas. Como em geral, são internações longas onde ficam nos quartos as mães com seus filhos, é o setor onde mais é possível estabelecer relações com as mulheres indígenas e conhecer na medida do possível mais sobre quem são, o que pensam do hospital e o que pensam dos cuidados ali recebidos.

No geral, os pacientes indígenas não querem estar no hospital. Querem ir embora, como a maioria dos não indígenas por se tratar de um lugar onde talvez não se sintam acolhidos. Ainda que falem português, os indígenas geralmente não dialogam com os médicos, limitando-se a dizer sim ou não. Segundo minhas interlocutoras, o hospital universitário não é um ambiente onde elas se sintam bem e muitas vezes estão ali por “imposição” da SESAI, como depreendo do trabalho de Mariana Pereira da Silva (2013) quanto aos pré-natais e os agenciamentos estatais, quiçá institucionalizando os partos cada vez mais como atos médicos e não o momento da mulher/gestante.

Pelo lado da equipe de saúde as queixas são também inúmeras. Falam que os indígenas não aceitam as terapêuticas, não tomam remédio como deveriam, não entendem o que eles falam. Há também muito preconceito quanto a esses pacientes, numa repetição do que se ouve na cidade de Dourados como um todo. A “culturalização” da violência e do alcoolismo indígena atravessa as paredes do hospital e muitos profissionais tendem a desqualificar os pacientes indígenas em seus discursos.

O HUGD é um centro de educação formal das disciplinas médicas e de saúde não indígena. De um saber sobre o corpo fragmentado e sintomático. Nesse espaço diálogos sobre história, saberes e as culturas indígenas acontecem muito pouco.

Tive a oportunidade de em 2014 ser convidada a organizar e ministrar oficinas a

respeito de Antropologia da Saúde e as populações indígenas de Dourados no HUGD. Apesar do número de interessados e participantes ter sido o mais baixo do ciclo de diversas oficinas ocorridas com outros temas, o interessante foi a produção da demanda ter ocorrido pela oficina. Finalmente, deparando-me com os diversos discursos que ecoam nas unidades de saúde cuidadoras da alteridade indígena, encontro motivação para trabalhar pela aproximação entre indígenas e não indígenas na Rede de Saúde de forma a contribuir na celebração da diversidade do nosso território.

Um povo você não mata só com a bala, mas também tirando seus valores. Esses valores continuam a ser tirados dos indígenas à força, e a saúde não pode reproduzir isso. Minha expectativa é que os indígenas comecem a se integrar na saúde pública, atuando no controle social para garantir o acolhimento a suas questões de saúde não só na aldeia, mas em toda a rede SUS” (MARTINS, 2011, p.260).

2 (DES)CAMINHOS NA/DA PRODUÇÃO DA REDE DE SAÚDE INDÍGENA DO MUNICÍPIO DE DOURADOS/MS

“Caminhante não há caminho, se faz caminho ao andar”.
(Antonio Machado)

Desde 2012 percorro caminhos na Saúde Indígena e então em meio à rede que a articula. Uma constante (des)construção de conhecimento. Andanças que me acrescenta(ra)m como profissional e pesquisadora, como estudante, como professora, como sujeita em e de agenciamentos.

Em março do mencionado ano, em uma das minhas primeiras conversas com uma residente veterana a respeito do programa da Saúde Indígena, ela me conta em tom gozador que para ela foi uma surpresa estar tanto tempo dentro de um hospital na cidade (referindo-se ao HUGD). Ela pensava que, ao optar pela formação em Saúde Indígena, atuaria fundamentalmente “dentro das tribos, junto com os índios, e não vestida de branco” (sic). Sua colocação fez-me pensar qual era a minha expectativa na Saúde Indígena e avaliei que não pensava como ela, não pensava que iria às “tribos”, pela minha experiência prévia em países como Paraguai e Bolívia; eu imaginava os indígenas ocupando o espaço urbano e os serviços de saúde. Dessa breve conversa comecei a tecer uma impressão que se (re)afirmaria como tal ao longo da minha jornada: as pessoas divergem em bagagens prévias assim como divergem na tessitura das passagens a que se aventuram. As pessoas, as impressões, os tempos, os diálogos, tudo forma um contexto único, inédito que influencia no próximo passo a ser dado e que não o limita, o imbui de outras tantas possibilidades.

Os profissionais que se aventuram no trabalho com a Saúde Indígena a todo o momento são impactados com o desafio de traduzir, de compreender e atuar nos encontros com uma diversidade e complexidade de histórias e de agentes. Esses são chamados a atuarem num processo de “tradução” para suas próprias compreensões da multiplicidade de produções de saúde, estando constantemente num exercício de refletir estratégias que fujam de um fazer homogeneizante, de exercício de poder e de controle que favorecem a biomedicina e sua maneira de organizar os elementos da Saúde.

A formação em Saúde Indígena concomitante à pesquisa nesse campo, as quais eu me proponho a escrever neste trabalho, é um processo um tanto quanto rizomático (como tomado por Gilles Deleuze e Felix Guatarri, 1995).

Processo porque é um acesso, um devir, um caminho histórico impossível de ser sequenciado ou organizado cronologicamente posto que é organizado por ditos e não ditos e

por contingências que se associam livremente.

Quando da minha entrada no campo da Saúde Indígena em 2012 antecipava que estaria sendo “formada” para a assistência, para o cuidado técnico com as populações indígenas. Contudo, percorrendo os espaços não apenas da atenção, mas também os acadêmicos, os de gestão, os de conversas com muitos atores da área fui me deparando com uma “formação”, uma transformação subjetiva que me impulsionou para pesquisas, para o debate e para a reivindicação de transformações éticas e políticas para com o cuidado na Saúde Indígena. Um processo que não seria possível de antever, de prognosticar, mas que se deu no avançar das experiências.

Em novembro de 2013, viajei com um grupo de discentes da Residência em Saúde do HUGD de Dourados para o Rio de Janeiro, a fim de apresentar o trabalho “Saúde indígena: a experiência da residência Multiprofissional de Dourados-MS” no VI Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde: Circulação e diálogo entre saberes e práticas no campo da saúde coletiva.

Na minha banca de apresentação estava um antropólogo, professor da Universidade Federal de Roraima (UFRR), quem após minha fala apresentou-se como médico sanitário, ator ativo e militante da saúde indígena no Brasil. Ele relatou que fez parte do grupo de profissionais da saúde que se organizaram e manifestaram a necessidade de uma sistematização no país da assistência à Saúde Indígena - há duas décadas. Dessa luta resultaria a Lei Arouca que organizou o Subsistema de Saúde Indígena em território brasileiro.

Foi para mim e minhas companheiras residentes de saúde um momento de sensibilização; a fala dessa pessoa após a apresentação de nosso trabalho. Ele relatou a todos os ouvintes presentes sobre “a dificuldade que é fazer saúde indígena no Brasil (...) Nós éramos um grupo de sonhadores, e é muito frustrante trabalhar todo o dia em algo que as pessoas não acreditam. É emocionante para mim ver que ainda existem jovens corajosos, que acreditam nesse sonho” (sic).

As palavras do médico estão marcadas em minha memória e em alguma medida me inspiraram na escrita do texto “A prática da psicologia e o compromisso com os povos indígenas”, publicado no site do Conselho regional de Psicologia do Mato Grosso do Sul, no dia 22 de abril de 2014, em contribuição às ações realizadas em alusão ao Dia do Índio no estado. Acima de tudo, a certeza que começava a ganhar força em minha mente era a importância de um compromisso ético para com os sujeitos indígenas.

A partir das interlocuções estabelecidas, contextualizar as conjunturas e as condições históricas, sociais e econômicas que produzem a saúde e a doença dos indígenas no sul do

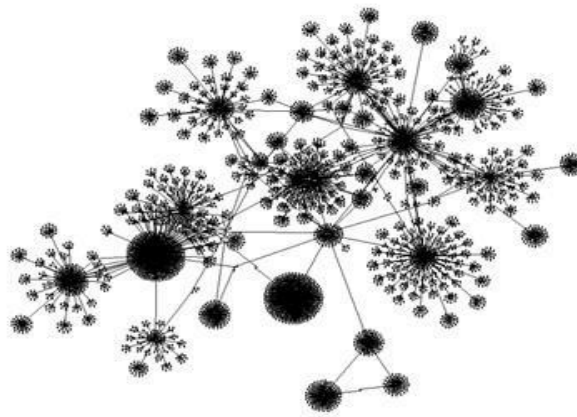
Mato Grosso do Sul passou a mostrar-se como essencial para iniciar qualquer debate sobre o campo da saúde indígena. A problematização da assistência em saúde aos povos indígenas, mas não apenas a eles, as reflexões críticas sobre as produções de saúde junto à alteridade nos campos de atuação por onde passei, acompanharam as escritas a que me dediquei ao longo dos últimos anos.

Para Deleuze e Guatarri os acontecimentos rizomáticos se dão por desdobramentos que formam espécies de fluxos contínuos que lembram galhos, vincos, raízes:

É preciso fazer o múltiplo, não acrescentando sempre uma dimensão superior, mas ao contrário, de maneira simples, com força de sobriedade, no nível das dimensões que se dispõe, sempre $n-1$. (...) Há rizoma quando os ratos deslizam uns sobre os outros. Há o melhor e o pior no rizoma: a batata e a grama, e a erva daninha. (...) Qualquer ponto de um rizoma pode ser conectado a qualquer outro e deve sê-lo. (DELEUZE e GUATARRI, 1995, p. 04)

Para que tenhamos uma noção imagética dessa noção do rizoma, segue abaixo uma das possíveis:

Figura 23: Imagem do Rizoma.



Fonte:
<http://antroposimetrica.blogspot.com.br/2011/03/magens-para-pensar-rizomas-2-parte.html>.

Entender que a formação em Saúde proporcionada a partir do programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) do Hospital Universitário de Dourados dá-se por uma via rizomática de (des)encontros, de probabilidades é importante porque torna-se mais fácil compreender a participação ativa e singular de cada agente - de cada residente, de cada profissional e usuário da rede pública de saúde nas práticas e transformações das formas de (re)produzir a saúde que tratamos. Todo diálogo dado nesse espaço passa a ter potencial extraordinário, todas as trocas interpessoais e situações de momentos podem resultar em

aprendizado e oportunidade de aquisição de conhecimento e então de posicionamento político.

Citei anteriormente que a formação dos residentes na RMS dá-se em diversos lócus da Rede Municipal de Saúde em Dourados. Os residentes passam por hospitais, unidades básicas de saúde, pelo Núcleo de Atenção em Saúde da Família, casa de Apoio à Saúde Indígena, entre outros espaços como o do Conselho Municipal de Saúde, das Conferências de Saúde, etc. A proposta do programa da RMS é que os discentes possam tensionar pequenas mudanças nas práticas de cuidados em Saúde a partir do conhecimento adquirido durante essas passagens por diferentes locais, aproximando o aparato técnico das demandas reais da população uma vez que se tem a oportunidade de conversar, conhecer a comunidade, os usuários da rede pública de saúde, os profissionais que nelas atuam, e, então, seus anseios e dificuldades. Por vezes, um simples questionamento numa prática de rotina pode gerar uma reflexão nas ações em saúde.

Foi relatado por um residente em uma reunião de supervisão, a sua percepção de como muitas vezes determinados pacientes mudavam de atitude frente às visitas médicas de rotina. Alguns pacientes tidos como falantes e participativos emudeciam frente ao médico no momento da “passagem de leito”; uma prática que consiste numa oportunidade de o profissional discutir com os estudantes estagiários, com demais integrantes da equipe multiprofissional e com os pacientes a respeito de sua internação no hospital. Foi sugerido ao residente que apontasse essa situação para os demais técnicos para que pudessem pensar uma alternativa de modo que a passagem de leito fosse um momento de inclusão também do paciente e de seus familiares e não apenas um momento dos profissionais e acadêmicos. Gerou-se um debate e a decisão foi por tentar estimular o diálogo com os usuários nos momentos das visitas ao leito, numa linguagem que pudesse ser mais compreensível e deixar, para as salas de aula e/ou reuniões de equipe detalhes e pormenores mais técnicos e pertinentes à formação acadêmica de estagiários. Eis uma das vivências que me fez perceber como se produz a rede em seus constantes agenciamentos. Algo posto como princípio da rede de atenção à saúde. Se não, vejamos:

A rede de atenção à saúde é composta pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde que se dispõe num determinado território geográfico, seja ele um distrito sanitário, um município ou uma regional de saúde. Estes serviços são como os nós de uma rede: uma unidade básica de saúde, um hospital geral, um centro de atenção psicossocial, um conselho municipal de saúde, etc. Entretanto, a construção de uma rede na saúde implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território geográfico. Implica colocarmos em questão: como estes serviços estão se relacionando? Qual o padrão comunicacional estabelecido entre as diferentes equipes e os diferentes serviços? Que modelos de atenção e de gestão estão sendo produzidos nestes serviços? (BRASIL, 2009).

O trajeto ao longo de dois anos torna possível encontrarmos o mesmo sujeito em diferentes pontos dessa Rede, em distintos momentos. Por exemplo, um sujeito que foi nosso paciente no hospital, pode tornar-se nosso interlocutor numa unidade de saúde como acompanhante de outro familiar, ou ainda, sentar-se ao nosso lado como colega ouvinte numa palestra, num debate em um dos inúmeros eventos em Saúde do qual participamos.

Um mesmo sujeito toma diferentes formas, é agenciado de diferentes maneiras ao longo da jornada dentro do período que dura o Programa e fora dele. Não nos esqueçamos que muitos ex-residentes atuam hoje na rede de Saúde e são impactados pelo lugar de onde falam, bem como, pelas experiências que teceram em suas caminhadas individuais. Assim, os atores protagonistas vão atuando em base a performances, sendo produzidos pelos discursos que compõem os cenários e (re)produzindo discursos próprios a partir de deslocamentos e apropriações que afetam diretamente suas práticas na Saúde, podendo ou não transforma-las.

2.1 SOBRE O SUS, AS PEDRAS NO CAMINHO E AS POSSIBILIDADES DE ESTRATÉGIAS PARA A PRODUÇÃO DE CUIDADOS

Do título deste trabalho e a poesia de Carlos Drummond de Andrade que me inspira aponto que no caminho da Saúde Indígena e sua rede, encontramos muitos desafios que, por vezes, nos desanimam e faz-nos questionar as reais possibilidades de alcançar o objetivo a que se propõe nosso Sistema Único de Saúde, desde seu decreto na Constituição de 1988, quer seja: a democratização da saúde no Brasil. Grosso modo, o SUS é uma proposta de avanço “civilizatório” (numa perspectiva de conceder idealmente a todos os moradores do território brasileiro o acesso a direitos) com seus princípios norteadores e diretrizes inclusivas da diversidade que compõem o Estado brasileiro. É um grande projeto de construção coletiva da Saúde como produção de cidadania, desconstruindo o histórico processo de Racismo de Estado (FOUCAULT, 2010) quanto aos descuidos em relação às minorias de acessos a direitos em solos brasileiros.

Apontar nas entrelinhas que há o descuido do Estado no meio do caminho, ou colocar sob suspeita (com o ponto de interrogação) o cuidado do Estado é apontar para a criação de estratégias do Estado para produzir um cuidado em Saúde num compromisso com a defesa da vida, e não somente com o controle de corpos por meio dos biopoderes e biopolíticas que segregam através dos vetores de classe social, etnia, raça e gênero (BUTLER, 2003).

A diversidade étnica, cultural, social e econômica, portanto, simbólica, que caracteriza nosso país acaba por colocar muitas pedras no caminho do trabalhador de saúde comprometido a efetivar o projeto SUS que se consubstancia na ou com a rede. Empecilhos que começam na formação para o cuidado e passam pelas estruturas físicas precárias de atenção indo até os preconceitos e estigmas sociais.

Num campo tão complexo e desafiador cabe aos trabalhadores e usuários lançar mão de ferramentas que auxiliem na busca por cuidados e serviços de qualidade. Nesse sentido a concepção de Saúde que norteia o Estado e tem como base a Constituição de 1988 aparece como essencial para subsidiar a luta por esse direito.

2.1.1 O SUS, palco de diversos agentes e agências

O SUS não é algo que simplesmente aconteceu sem estar associado às condições históricas que o produziram. Ele é resultado de lutas sociais que se atrela(ra)m ao processo conhecido como Reforma Sanitária, que embasou as discussões na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986. Configurando-se como política pública de saúde, com seus princípios organizativos e doutrinários, garantidos na Constituição Federal Brasileira.

O SUS nasce no seio da Constituição de 1988 (Brasil, 2015), chamada “Constituição Cidadã”, definido pelo artigo 198, nos seguintes dizeres:

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

- I- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II- Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III- Participação da comunidade.

Parágrafo único- o Sistema Único de Saúde será financiado com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

O Sistema Único surge então com seu conceito intencionando a promoção de uma aproximação da população brasileira, uma vez que estratégias de prevenção, de atenção integral, de protagonismo comunitário e de articulação das diferentes esferas de governo (Federal, estaduais e municipais) devem-se sustentar no conhecimento do território para o qual as práticas em saúde estarão voltadas.

O SUS se organiza a partir de territórios de atenção. Não se trata aqui o que geograficamente podemos deduzir sobre os aspectos geológicos, geomorfológicos, hidrográficos e recursos naturais, por exemplo. Não que isso não seja importante para considerarmos o lugar onde trabalhamos, mas principalmente consideramos aqui as relações entre pessoas estabelecidas nesse espaço. A maneira como as pessoas que compõem o território de atuação da equipe de saúde, a forma como se organizam socialmente, os lugares de destaque que determinadas pessoas ocupam na resolução de problemas, as maneiras como a comunidade percebe e ocupa esse espaço denota um território. Logo, um território não se restringe somente às fronteiras entre diferentes países, cidades ou estados, mas corresponde ao espaço geográfico socializado, simbolicamente representado e apropriado pelos seus habitantes, independentemente da extensão territorial.

Motivo pelo qual, destaco novamente a maneira como acontece o trilhar dos residentes em Saúde da UFGD, caminhando pelo território da rede de Atenção em Dourados, construindo conhecimento com e sobre seus moradores. Quanto mais e melhor os atores de saúde conhecerem e dominarem esse território, que não é mais só físico mas, também simbólico, mais efetivas e específicas serão as intervenções em saúde.

Disso decorre que em saúde indígena, mas não apenas nela, fundamentalmente as práticas devem ser pensadas e realizadas considerando a população étnica à qual se destina. Uma ação em saúde pensada para a reserva de Dourados não deverá ser a mesma pensada, por exemplo, para uma aldeia no interior da Amazônia. Ou ainda, dentro da própria diversidade que compõe a Reserva, uma intervenção pensada para as mulheres Kaiowá será diferenciada para mulheres de outras etnias como Terena, ou ainda aquelas que não compartilhem de registros culturais semelhantes.

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 (BRASIL, 2002, p. 17).

Os princípios doutrinários ou ideais do Sistema são: a universalidade, onde todas as pessoas indiscriminadamente têm direito a acessar serviços de saúde; a equidade, onde a igualdade da assistência seja garantida para todas as pessoas e grupos sociais reconhecendo-se as diferenças e desigualdades sociais existentes entre eles; e a integralidade, onde as ações considerem as pessoas como um todo, contemplando todas as suas necessidades (CAMPOS,

1998). Em suma, todos esses elementos que compõem o **conceito social de saúde** é o sustento do SUS.

2.1.2 O Movimento Sanitário e as Diferentes Concepções de Saúde

Em seu artigo “O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde”, Gastão Wagner (CAMPOS, 2007) discorre sobre a tensão entre dois modos de pensar saúde que no Brasil produziram uma forma híbrida da efetivação dos serviços de saúde.

Ainda que Wagner não trate do conceito de hibridismo como o geralmente tecido nos meios antropológicos numa ideia de “hibridismo cultural”⁵, ele faz referência à produção de um formato híbrido do SUS, concebido pelo arranjo entre duas concepções distintas: uma de caráter de mercado, liberal-privatista outra de saúde pública, atravessada por uma ideologia socialista, onde o Estado seria o gestor responsável pela saúde da população.

Haveria uma produção híbrida de “coletivos de pensamentos”⁶ em meio aos quais, por um lado exerciam influência pessoas de pensamento marcadamente privatistas, interessados em fortalecer um sistema biomédico e farmacêutico, por outro lado existiam os atores ativistas de um Movimento Sanitário (profissionais, docentes, pesquisadores, entre outros), interessados em fortalecer uma medicina de base comunitária, de saúde básica preventiva, de educação popular, próxima a camadas populares da sociedade e de organização política com representantes de todos os setores.

Esses ativistas se posicionaram estrategicamente em órgãos de Governo para pressionar uma discussão de saúde ampliada e inclusiva, onde a população pudesse participar efetivamente do processo de construção e avaliação dos serviços, e também pudesse ser assistida com serviços de saúde que correspondessem às suas particularidades

⁵ O termo “hibridismo cultural” trabalhado pelo antropólogo argentino Nestor Canclini (2009) trata de como na América latina, o encontro de distintas práticas sócio-culturais existentes em formas separadas produzem novas combinações, que geram por sua vez novas práticas, estruturas ou objetos.

⁶ Coletivos de pensamentos é um conceito introduzido na Psicologia pelo biólogo Ludwik Fleck (SANTOS, 2009). Grosso modo coloca que as pessoas diferenciam-se em sua forma de pensar, ainda que localizadas no mesmo tempo e espaço, porque a maneira como elas percebem a realidade é produzida nas trocas e interações sociais que são, por sua vez, atravessadas de outros signos compartilhados aos quais são atribuídos valores. Grupos de pessoas com similares estilos de pensamento formariam um determinado coletivo. Esses coletivos são dinâmicos e se transformam na medida em que os indivíduos seguem trocas sociais atravessados por seus momentos históricos.

regionais, indiscriminadamente.

... a motivação de amplo segmento do movimento sanitário era política, e o trabalho na saúde era utilizado como uma tática para enfrentamento contra a ditadura, de onde, é provável, ganhou relevância o lema que ajuntava “saúde e democracia”... Considero, contudo, que com o passar do tempo, esse movimento, com forte componente “instrumental” – muitos o pensavam como um “meio” para fazer política junto ao povo e dentro de instituições -, encontrou-se com outros sujeitos sociais, gente da universidade, de organismos internacionais, dos serviços de saúde, e operou-se uma síntese, teórica-prática, que constituiria o arcabouço do SUS. A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a Constituinte, em 1988, podem ser considerados o cadinho que unificou todas estas tendências” (CAMPOS, 2007, p. 1869).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 foi importante para definir as demandas a serem configuradas pela Constituição de dois anos depois.

Devido a esses elementos, entre especialistas e pesquisadores do campo da saúde brasileiro o SUS é tido como uma conquista da luta por justiça social e bem-estar entre os brasileiros, configurando-se como uma política de saúde ampliada e de acesso para todos os cidadãos.

Do Relatório Final da conferência em Saúde de 1986 (Brasil, 2015b) aponto as seguintes passagens que destacam a definição de saúde que posteriormente será incorporada no texto da Constituição de 1988.

Outro tema bastante polêmico foi aquele relativo à separação da Saúde da Previdência. O entendimento majoritário foi o de que a Previdência Social se deveria encarregar das ações próprias do seguro social (pensões, aposentadorias e demais benefícios) e a saúde estaria entregue em nível Federal, a um único órgão com características novas.

Artigo 1- Em seu sentido mais abrangente, a Saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra, e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (...);

Artigo 3- Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições digna de vida e de acesso universal e igualitário às ações de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (...);

Artigo 4- Esse direito não se materializa simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há necessidade do estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitem efetivá-las.

O Estado pautado nessa definição assume um entendimento para além de antigos conceitos prévios como, por exemplo, o que trata saúde enquanto ausência de doença, ideia fundada num paradigma biomédico, uma vez que trata de disfunções orgânicas apenas, descolando o sujeito de um contexto social, histórico, psicológico (BATISTELLA, 2007) em

meio ao qual se (re)produz constantemente.

Afirmar que o Estado reconhece e trabalha com determinantes sociais de saúde, com as condições históricas, econômicas, de estrutura e saneamento, de possibilidade do livre exercício de religião e espiritualidade, de educação e assim por diante é apontar para o fato de que são os trabalhadores da rede SUS de saúde os que na prática podem (ou não) legitimar esse mesmo conceito, amparando-se em todos esses elementos para pensar a produção de saúde de seus respectivos territórios. Ou seja: trabalhar com saúde no Brasil implica em considerar nas suas rotinas de trabalho cotidianas os contextos de produção de saúde da população atendida.

A importância efetiva dessa compreensão é o trabalho no cotidiano atravessado por constantes questionamentos; por exemplo, como sendo parte de uma equipe de saúde que atendendo a um sujeito indígena morador da aldeia, posso eu construir um plano de alta eficaz (que diminua as chances de retorno do paciente) desconhecendo a realidade em que ele vive e à qual retornará depois da passagem pelo hospital? Assim, não basta garantia de acesso a medicamentos, por exemplo, mas também a um plano de alta adequado à sua realidade de vida no cotidiano.

A maneira como todos esses aspectos ganham vida em campo é de uma delicadeza que escapa aos olhares mais endurecidos cristalizados numa forma engessada de se pensar saúde. Trago um exemplo prático para fazer-me entender com a história do encontro entre eu e uma mulher indígena Kaiowá que conheci no dia 18 de setembro de 2014; quando eu visitava o posto de saúde de Panambizinho.

Era por volta das oito horas da manhã e eu chego à unidade dirigindo carro próprio, munida de máquina fotográfica, agenda, caneta. A mulher estava do outro lado da rua, de pé e apoiada na cerca que dividia o terreno da frente.

O posto estava fechado, não havia ninguém e eu sem entender os motivos. Caminhei ao redor, fiz fotos da estrutura, tomei notas sob o olhar atento da mulher que seguia imóvel. Aproximei-me, cumprimentei, perguntei a ela se sabia o motivo da unidade estar fechada, ela acenou que “não” com a cabeça e perguntou: A Simona vem? Simona era como muitos indígenas moradores de Panambizinho referem-se à Simone Becker, professora e pesquisadora da UFGD; quem tem trabalhos na comunidade que lidam com diversos tipos de questões relativas ao Direito na interface com a Antropologia. Como a Simona é minha orientadora de mestrado eu sabia responder à indígena que nesse dia “Não, a Simona não viria”. Iniciei uma conversa.

A princípio suas respostas eram curtas, monossilábicas, sem olhar-me nos olhos. Uma pausa aqui. Essa situação de estabelecer com os indígenas Guarani e Kaiowá, no geral, diálogos curtos que se limitam a respostas do “sim e do não”, sem que eles nos olhem diretamente (ainda que falem português) é rotineira na minha vivência pela Rede de Saúde. Os antropólogos Lauriene S. Souza (2013) e Levi M. Pereira (2004) nos trazem elementos para pensar o desviar dos olhares Guarani e Kaiowá como parte dos seus costumes, numa marcação entre os mundos do público, do que pode ser compartilhado através da troca entre olhares, e do que é privado, do que é familiar. Seria de “mau tom” sustentar o olhar para os que não são parentes ou aliados políticos.

Além de incorporar-se ao que seriam regras de um sistema simbólico Guarani e Kaiowá, o não olhar pode assumir um viés de resistência nos encontros entre indígenas e não indígenas. John Haviland (2003) enquanto antropólogo e linguista, em seus trabalhos envolvendo a tradução e a figura do intérprete no contexto judicial de disputas entre norte-americanos e sujeitos de origem de língua hispânica, me faz pensar três questões importantes no meu campo, a saber: (1) o quanto a existência de um único intérprete para as demandas de todo o hospital – como já enfatizei no capítulo anterior - singulariza a diversidade das etnias locais; (2) o quanto os indígenas entre si no contexto do hospital não falarem o português é sinal de resistência e de exclusão dos não indígenas daquela cena, e nesse sentido (3) o quanto este ato do não olhar e do responder “somente o necessário” sob a forma de “sim” ou “não” assume o viés também da resistência dentro deste sistema, cujos ouvidos dos profissionais da saúde, geralmente, não estão receptivos às vozes que os usuários indígenas e não indígenas portam dentro do sistema.

Sendo a rede de Saúde um campo de embates de poder ele é também um campo onde surgem estratégias de resistência. Para Foucault (2014), usar a linguagem da guerra, da batalha e da luta fazia com que as formas de poder pudessem identificar-se com dominação, remetendo a uma concepção insatisfatória e politicamente ingênua de poder. Porém, ao mesmo tempo que reconhece que “não há relação de poder sem resistência”, Foucault afirma que “toda a relação de poder implica, então, pelo menos de modo virtual, uma estratégia de luta” (FOUCAULT, 2005, p. 244-248). Nesse sentido, a ressalva que deve ser feita é a de que o “poder” enquanto exercício produz positividade e não apenas negatividade sob o viés de dominação. Eis a microfísica do poder com suas capilaridades que em meio às domesticações dos corpos e seus múltiplos controles, produz movimentos em termos de agenciamentos de devires.

Outras estratégias de resistência identificadas por mim ao longo da jornada foram o costume de estarem, os sujeitos indígenas, sempre em grupos caminhando ou reunidos nos corredores ou espaços abertos dos hospitais. Quando se aproximavam para falar com algum profissional de saúde parecem preferir estarem acompanhados quando possível. Também geralmente os indígenas estão a falar entre eles no idioma guarani e por vezes fazem parecer que não entenderam o que está sendo falado pelos técnicos de saúde não indígenas (mesmo os falantes de português), como antes destacado e problematizado no tocante aos olhares. E há também “a fuga” literal das unidades de saúde. O hábito indígena de “fugir” do hospital é muito sabido e reprovado pelas equipes técnicas (essa percepção aparece como sendo da maioria dos profissionais, mas não reflete a percepção de todos). Não há um motivo específico que dê conta de explicar a razão pela qual o fazem, pode haver discordância na terapêutica sendo aplicada, no tempo de internação ou ainda um motivo externo, familiar, mas o fato é que se o paciente tem um motivo ele vai embora sem pedir ou avisar ninguém como ato de e em resistir. Eis o motivo: a resistência.

Voltando ao relato sobre o encontro com a mulher do outro lado da rua em Panambizinho, conversamos por um tempo suficiente para que ela aparentemente se sentisse mais à vontade. Ela me conta que está esperando a Simona para saber se houve avanço na situação da aposentadoria dela, um processo que a professora estava acompanhando. Essa situação de o posto de saúde ser procurado para outras demandas, jurídicas, educativas, etc, é muito comum na Saúde Indígena. O posto de saúde reconhecido como um dispositivo do Estado dentro do território indígena implica em ser porta de acesso a outros recursos e ferramentas para direitos e serviços estatais. E aqui utilizo dispositivo no sentido *foucaultiano* de engrenagens capazes de estabelecer a circulação de relações de forças produtores de poderes e saberes. Por isso, não me surpreendeu o fato de a mulher ter associado a minha presença a alguém que conhece e pode acessar, no caso, a Simona. Recordei-me das situações que eu acompanhei minha orientadora em Panambizinho e que sentadas em roda com os indígenas, Simona “escutava-os” com eles tendo em mãos e lhes mostrando os exames médicos, papéis da burocracia previdenciária, a fim de narrarem por onde as dores circulavam e atuavam em seus corpos.

Conversando sobre com que frequência minha interlocutora usa o posto de saúde para cuidados com seu corpo, ela me diz que “de tempos em tempos recebo injeção para dor” (sic). Ela fala que há anos sofreu um acidente em casa e teve uma das pernas esmagadas por uma espécie de pedra. Ela costuma sentir dores “nos nervos dessa perna” (sic), mas que “tomando a injeção passa” (sic).

Por conta dessa perna a mulher não consegue mais trabalhar. Conta que trabalhava com artesanato. “Fazia artesanato: cocá, colar, enfeite...meu marido busca pra mim no mato as pedras, a caça e eu faço e ele vende... vai até a Vila São Pedro vendendo. Mas ganha pouco né. O que fazia bom dinheiro era a rede, mas rede não faço mais (Sic). Quis saber por que ela não fazia mais rede. Ela diz que pra fazer rede “tem que ficar muito tempo sentada e apoiada na perna. Eu não consigo mais” (sic). Acrescenta que não é qualquer uma que sabe fazer essa rede à qual ela se refere, em Panambizinho haveria apenas outra mulher que faz, só as duas saberiam fazer.

A conversa segue e a artesã comenta sobre a decepção dela com a escola de ensino fundamental que existe em Panambizinho e está localizada ao lado do posto. Segunda ela, “na escola não ensina nada de nada pras crianças, nem a falar português direito, nem a fazer cocá... só ensina as matemáticas e matemáticas” (sic).

Pergunto se posso tirar uma foto dela, ao que ela responde que sim “mas tá vendo aquela mulher da bicicleta? (apontando para uma pessoa que passava ali) Não mostra pra ela”. E por qual motivo, indago eu. “Porque ela faz macumba, quer que eu morra” (sic). Por quê? “Porque ela não faz artesanato, não faz rede” (sic). Algo que me remeteu à eficácia real e simbólica do feitiço como organizadores da vivência dos indígenas locais, em suas relações na e para além da parentela.

Como psicóloga, não pude deixar de escutar tanto simbolismo na sua fala. Ouvi primeiro sobre as dores que ela traz no corpo, dores que a impedem de trabalhar. Para além do trabalho como ofício, a mulher fala da produção da arte indígena, que nas palavras dela está deixando de existir, deixando de ser ensinada. Os indígenas estão perdendo sua arte e em troca não recebem “nem o português direito” (sic), só a dureza dos números, da quantidade, “das matemáticas” (sic). Os desafios que John Haviland (1982) sinaliza em relação ao bilinguismo sem que a língua indígena seja desconsiderada.

Parece a questão da “macumba”, mas que pode ser também o “feitiço”, tema que explorarei mais adiante em outro relato. E por que razão a outra mulher teria inveja? Porque ela “não faz arte, não faz rede”. Pensei na imagem da rede que se tece, que se espalha e que se conecta. A arte indígena produzindo sentidos e como rede conectando-se e amparando a comunidade que se (re)produz também na base dos entrecruzamentos de disputas entre parentelas. Disputas movimentadas pela força do feitiço que agencia, como toda e qualquer palavra que nos produz na ação dos (a)fazeres. Eis a força do “*mana*” que emana da magia sinalizada por Marcel Mauss (2003), e que não fora deixado de lado pela lógica da bruxaria entre os Azande em Evans-Pritchard (2005). A artesã está impossibilitada de “fazer rede”, tem

dores. A comunidade de Panambizinho buscando no posto de saúde o acesso a direitos, o cessar de dores, a busca por algo que venha a devolver (outro) sentido, vida, saúde no mais amplo conceito da palavra, para onde agora não há mais produção de arte, de ensino, de nada - quando conosco – não indígenas – eles falam. Mas esse nada há que ser relativizado, porque esse nada não deixa de ser um espaço para que eles possam ter a escuta, e então por suas narrativas de (in)sucessos nas suas buscas de direitos, estabelecerem tessituras nestes fios de Estado que eu e minha orientadora ali representamos também.

2.1.3 Sobre o SUS e a Participação Democrática

O conceito de Saúde como uma produção tecida coletivamente pelos sujeitos em seu território, dividindo responsabilidades com distintas esferas estatais provoca um alargamento nas possibilidades de inserção de outros atores (que não os exclusivamente ligados à área biomédica). Ademais, além de provocar outras formas de atuação efetiva nas produções de Saúde. Formas de atuar não vinculadas essencialmente a cuidados clínicos e físicos, mas também aos movimentos de organização e reivindicações sociais e políticas.

Os espaços de saúde ordenados pelo SUS oportunizam maior participação dos usuários, a corresponsabilidade nos tratamentos clínicos e gestão das instituições num protagonismo da população com a possibilidade do controle social.

A rigor, com o advento do SUS os espaços formais de participação social ordenados pelas leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 são os Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Distritais e Municipais.

A Lei nº 8.142/90, no segundo parágrafo, estabelece que: O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 2013, p.37)

Por meio deste exercício a sociedade organizada realiza intervenções na formulação, execução e avaliação dos serviços desenvolvidos por órgãos governamentais. Para tanto, há que se garantir a existência de espaços públicos de *participação popular*.

A institucionalização da participação social, que se materializa em Conselhos e

Conferências de Saúde, tem como intenção introduzir no interior do Estado uma nova dinâmica de democratização da esfera pública, tornando-a mais permeável a presença e ação da sociedade. Ao influir nas políticas e nas decisões de gestão, a sociedade e o Estado passam a estabelecer uma corresponsabilidade para que, em tese, prevaleça o interesse público. Para conferir sentido à esfera coletiva de decisão é necessário que seja preservada a condição de igualdade e liberdade de opinião entre os atores e que deva ser baseada na construção de consensos que visam o melhor para a coletividade (COSTA, 2013, p. 237).

Contudo, pesquisadores como Ana Costa e Natália Vieira (2013) atentam para o fato que a lógica de representatividade dentro dos Conselhos não garante que interesses de grupos com maior poder político (como os dos gestores) não prevaleçam frente aos reais interesses da comunidade. Esta com representações que teriam maior dificuldade de articulação política, menos acesso às informações e mais dificuldades para estarem presentes nas reuniões deliberativas. Assim, o Estado permanece em sua condição de exercer e manter o controle da sociedade, submetida a seus interesses.

Hoje há praticamente um consenso de que prevalece na maioria das cidades um baixo grau de mobilização e de politização dos movimentos sociais para a defesa dos direitos sociais e da saúde em particular, que pode ser responsável, em parte, pela baixa efetividade dos conselhos e conferências e pela manipulação dos governos exercida por meio dos gestores da saúde. Por outro lado, mesmo naquelas situações mais diferenciadas, a sobrecarga das funções de fiscalização e controle aliadas a pouca transparência e ao despreparo dos conselheiros para o desempenho dessas tarefas, contribuem para o baixo desempenho dos conselhos. Todo esse conjunto de situações contribuiu, e ainda contribui, para o fortalecimento do caráter centrado na fiscalização e no poder de veto prevalente nos conselhos e demais mecanismos de participação social (COSTA, 2013, p.256).

Por outro lado, uma das riquezas da estrutura de democratização da saúde que toma corpo - a partir da valorização da participação popular, é o entendimento que todos os espaços onde há reunião de pessoas para dialogar sobre aspectos da rede de Saúde, quer sejam qualidade de serviços, queixas, elogios, dúvidas, práticas, passa a ser entendido como um braço importante de controle social. Uma vez que servem para organizar demandas que podem encontrar lugar para serem acolhidas no aparato do Estado. Assim, as Conferências de Saúde (Nacional, Estaduais, Municipais), as ouvidorias, o Ministério Público, a Defensoria Pública, ou ainda simples rodas de conversa, todos esses ambientes são potenciais agentes que alimentam o trabalho dos conselhos e potencializa o estreitamento entre os interesses da sociedade e o Estado. Os agentes da chamada “sociedade civil” que se misturam nesse Estado após a Constituição de 1988, haja vista os conselhos tutelares, dentre outros espaços por esses agentes ocupados, passam a desempenhar estratégico e importante lugar no controle da engrenagem do SUS.

A atuação da sociedade no sistema de saúde ganhou uma nova dimensão. A participação social foi ampliada, democratizada e passou a ser qualificada por “controle social”. Controle da sociedade sobre a política de saúde. Com isso, a lógica tradicional do controle social exercido exclusivamente pelos governos era invertida. A sociedade começou, efetivamente, a participar da gestão do sistema de saúde. A população, por meio dos Conselhos de Saúde, passou a exercer o controle social, participando do planejamento das políticas públicas, fiscalizando as ações do governo, verificando o cumprimento das leis relacionadas ao SUS e analisando as aplicações financeiras realizadas pelo município ou pelo estado no gerenciamento da saúde (BRASIL, 2013, p.38).

A população indígena assim como a população nacional tem um espaço de controle social específico para suas demandas que são os Conselhos Distritais de Saúde Indígenas (CONDISI).

A Saúde indígena ordenada pelo Estado deve igualmente apoiar-se no conceito ampliado de saúde (que considere os elementos que a produzem: contextos sociais, históricos, princípios doutrinários do SUS e as especificidades dos sujeitos), além de ter claro que neste campo operam, encontram-se, enredam-se práticas de saúde indígenas (produzidas dentro dos grupos étnicos) e as indigenistas (produzidas para o grupo étnico pelo Estado).

Quanto aos espaços de participação popular indígena, por um lado, estão os CONDISIS legitimados pelo estado como de controle social, mas que não são únicos espaços produtores de diálogos e demandas dessas comunidades. Há no Mato Grosso do Sul uma organização chamada Grande Assembleia Guarani Kaiowá- *Aty Guasu*, por exemplo, na qual lideranças indígenas de toda a região sul do estado participam e onde são discutidos todos os assuntos que dizem respeito ao cotidiano das reservas, aldeias e acampamentos. Debates sobre temáticas vinculadas com a saúde são rotineiras nesses encontros. “Na atualidade, a *Aty Guasu* representa o espaço máximo de discussão política dos grupos, principalmente no que se refere às relações interétnicas, pois várias instituições estatais e não-governamentais são convidadas para participar do evento” (ALMEIDA, 2015, p.42).

As *Aty Guasu* são eventos tradicionais, promovidos e protagonizados essencialmente por indígenas que convidam e estimulam a participação não indígena, objetivando publicizar as pautas reivindicatórias e os resultados das discussões ocorridas.

Figura 24: Grande Assembleia Guarani e Kaiowá de 2013.



Fonte: <http://www.cimi.org.br/site/pt-br/index.php?system=gallery&action=gallery&gallery=252>

Nas *Aty Guasu* as lideranças indígenas pautam problemáticas específicas que dizem respeito à importância da saúde da comunidade vinculada à questão da terra, da necessidade de retomada de seus territórios tradicionais para que eles possam reestabelecer seus modos de vida e organização social, bem como recuperar sua saúde.

Isto porque, para os indígenas

(...) a terra não é simplesmente um meio de produção; é pois, fundamentalmente um espaço sócio-político. A terra tem um significado amplo, pois é a garantia da existência e reprodução da comunidade, é onde jazem seus ancestrais, onde se reproduz a cultura, a identidade e a organização social própria (FUNAI, 2005, p.205).

Alguns pesquisadores debruçaram-se sobre o processo de confinamento em reservas e consequente desterritorialização sofridos pelos indígenas de Mato Grosso do Sul (MACIEL, 2009; PEREIRA, 1999, BRAND, 1993 e 1997). Em virtude dessa situação histórica muitas famílias indígenas vivem hoje em dia em espaços diminutos onde não conseguem produzir alimentos, em aldeias sem condições estruturais de saneamento, em meio a lutas reivindicatórias pelo reconhecimento de suas terras tradicionais, num cenário que é percebido

pelos sujeitos indígenas como trágico em termos de produção de saúde.

Segue trecho retirado da carta aberta denominada “Reivindicação Final da Aty Guasu e dos Tekoha Guarani e Kaiowá pela Imediata Publicação do relatório pela Continuidade da Demarcação de Nossos Territórios Tradicionais”, publicada no dia 09 (nove) de maio de 2016.

Nós lideranças da ATY GUASU junto com as lideranças tradicionais... pedimos ao senhor presidente da FUNAI que antes de tudo receba nosso povo em reunião urgentemente para que possamos conversar e garantir nossos direitos que estão sendo negados(...) A falta de respeito de vocês em garantir nosso território nos tem causado resultados terríveis(...) Vamos dizer a vocês o que isso significa: em todos nossos Tekoha vivemos sem saber até quando vamos sobreviver, até quando veremos outro dia . Em lonas pretas, sem água, sem luz, sem nenhuma condição de vida, nossas crianças não tem escola, não temos saúde e tudo isso é consequência da falta de terra. Assim vão passando os dias, o sol é quente, a chuva é fria. Nossa juventude adocece e se suicida, pois o suicídio é um fantasma que caminha dentro da tekoha convidando nossos meninos e meninas a descansar de sua dor. Nossos velhos morrem sem poder pisar em suas terras e sem poder partilhar suas memórias e ensinamentos para os jovens como deveriam. Nossos velhos adoecem porque estão longe de seus lugares sagrados e antes de morrer ainda sonham com eles, com os locais para os quais jamais puderam voltar. Espremidos, confinados buscamos nosso território da única forma que nos resta, na luta de nossas retomadas. E ai somos atacados pelos fazendeiros como se fossemos animais., mortos e jogados em valas no meio das plantações.... Nossas águas limpas são poluídas pelo agrotóxico e nossas matas derrubadas pelos tratores para vir mais e mais cana de açúcar. Sem este papel não podemos ter Escola, a saúde não atua e as políticas não funcionam para centenas de pessoas. Ate quando? (CARTA ATY GUASSU, 2016).

Na rede de Saúde de Dourados, por vezes, deparei-me com dificuldades enfrentadas pelos indígenas quanto ao reconhecimento de singularidades na produção tradicional de sua saúde, bem como na falta de sensibilidade por parte de profissionais gestores da saúde para considerarem as condições físicas, estruturais dos espaços onde esses sujeitos vivem, das aldeias onde moram e onde recebem cuidados.

Acerca disso, eu presenciei na VII Conferência Municipal de Saúde de Dourados, a fala do presidente do CONDISI, um indígena da etnia Terena, quem foi chamado para compor a mesa de abertura. O evento aconteceu na Câmara Municipal de Vereadores nos dias 7 e 8 de maio de 2015.

Estando um tanto quanto esvaziado o evento, talvez por ter sido publicizado com poucas horas de antecedência, era marcante a presença de trabalhadores da saúde ligados à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Nessa época, eu era docente na Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) e, havia recebido informativo sobre o acontecimento da Conferência quando faltavam menos de 24 horas para acontecer. Pude às pressas organizar junto a outros professores um grupo de discentes para estarmos no evento.

Causou desconforto essa situação entre os participantes, porque as conferências municipais de saúde são tidas como espaços por excelência de promoção de inclusão e participação social. São momentos onde representantes de todos os setores (gestores, profissionais, usuários) podem e devem colocar suas demandas, seus problemas, suas realidades, suas propostas, num diálogo para avançar e melhorar no trabalho e assistência do SUS. Para tanto, há que se ter tempo de maturação e organização destas dialogicidades. Fez-se notar também a ausência de representantes gestores da Secretaria Municipal de Saúde. A má divulgação foi a justificativa que circulou pelos corredores. Para um docente da área da saúde da Universidade Federal (UFGD), com quem conversei no evento o esvaziamento era “um sintoma que revelava a falta de vontade política e o desinteresse em ouvir as demandas da população” (sic).

O tema da conferência era: “Saúde Pública de Qualidade para Cuidar bem das Pessoas”. Muitos indígenas usaram o microfone para colocar suas demandas, a comissão indígena era de longe a maior e mais organizada nesse espaço. Estavam presentes técnicos administrativos, coordenadores, técnicos de saúde, agentes indígenas de saúde e usuários do Subsistema de Saúde de Dourados. Soube pelo psicólogo da Saúde Indígena que (eles) foram avisados também de última hora, mas que em reunião pela manhã (nesse mesmo dia), o médico responsável liberou todas as equipes para estarem na Conferência. O psicólogo lamentou não terem tido tempo nem recursos para trazer representantes da comunidade, isto é os usuários indígenas.

Uma mulher agente indígena de saúde levantou-se e falou: “você quer cuidar da saúde, mas nós lá não tem estrada, não consegue chegar no posto quando chove. Queremos ajuda do município, pra mim é difícil chegar descalça no posto. Eu estou triste, ajuda a gente lá”. Essa sua fala me fez recordar da dissertação de Luíza Meyer (2014) e do quanto suas análises reiteram a concepção de corpos abjetos e/ou de vidas infames de Butler e Foucault. Isto porque, ao demandar ajuda do município, o que se observa é que são sujeitos relegados pelas três esferas do Estado, em serviços de responsabilidade do próprio Estado. Meyer (2014) mostra o quanto a consulta prévia não é respeitada quando há intervenção (in)direta do Estado sobre as terras indígenas e em casos como a presença policial, cada esfera estatal lega sua omissão à responsabilidade da União. No limite cabe à União, e aqui quiçá seja interessante refletir como a noção de “tutela” por parte da FUNAI (instituição federal) em relação aos indígenas e de outros órgãos como o próprio Ministério Público Federal (MPF), responsável por veicular suas demandas no Judiciário, voltam à cena. Cabe lembrar que a tutela sai de cena no cenário judiciário e legal para os indígenas com o advento da CF de 1988 que

enaltece o quanto eles são tão capazes e sujeitos de direitos como os não indígenas. São brasileiros e não estrangeiros. Isso ainda, infelizmente, em tese. Como também na prática ainda se faz presente o uso abusado do Estatuto do Índio, não mais aplicável em muitos de seus dispositivos - revogados pela lei maior brasileira que é a CF, tal como explicitam Simone Becker, Olívia Souza e Jorge Eremites (2013) em pesquisa realizada junto ao TJMS (Tribunal de Justiça do Mato Grosso do Sul) quanto às negativas da feitura de perícias antropológicas para réus indígenas.

O presidente do CONDISI em sua fala colocou que (ele) está cansado de discutir resultados que a saúde indígena (SESAI) conseguiu até aqui, mas não discutir os fatores que condicionam a saúde do indígena na aldeia. Encerrou colocando seu maior desejo: “Que o município e o Estado reconheçam a gente como população brasileira”. Eis o caráter de estrangeiros que os indígenas para além de abjetos enfrentam em algumas importantes situações na relação com este Estado.

A realidade da saúde indígena em Dourados soa dura quando colocada pela voz do próprio indígena.

Quando fiz pesquisa para meu trabalho de conclusão de curso (TCC) no Programa da RMS, tive oportunidade de entrar em contato com documentos públicos produzidos no âmbito desse Conselho no Mato Grosso do Sul. Sendo o Conselho o instrumento de controle social do Subsistema de Saúde Indígena, dele participam representantes dos usuários dos serviços de saúde, profissionais e prestadores de serviços, bem como gestores e técnicos administrativos diretamente vinculados aos órgãos governamentais da Saúde Indígena (TURDERA, 2014).

Por essa razão, em meu TCC, eu tive meu primeiro encontro com o presidente do Conselho Distrital no ano de 2012. Primeiramente entrei em contato com ele via correio eletrônico, apresentei-me e falei das minhas intenções de acessar as atas produzidas nas reuniões do Conselho. Ele respondeu prontamente também via correio eletrônico. Esse personagem muito contribuiu com minha construção até aqui, enviando-me as atas que estavam digitalizadas das reuniões do Conselho dos anos de 2011 e 2012 (são elas as de número 48 até 54). E mais: sendo gentil em estabelecer comigo longas conversas, em diferentes momentos, sobre o Subsistema de Saúde Indígena e colocando-se a disposição para eventuais entrevistas para minha dissertação, além de participar em rodas de conversa junto aos discentes da residência Multiprofissional em Saúde sempre que solicitado.

Das atas do CONDISI aparecem insatisfações com a gestão e serviços da Saúde Indígena. Críticas específicas à transição FUNASA-SESAI (a qual escreverei mais adiante) apontam para um panorama desalentador quanto à burocratização do funcionamento da rede,

insatisfação quanto a contratos extintos não retomados, falta de remédios e ações específicas para atender aldeias da região. Gestores, profissionais e usuários manifestam descontentamentos quanto aos resultados atingidos até aqui pelo Subsistema, tido como incapaz de atender as especificidades da comunidade indígena e ineficiente no combate ao sofrimento dessa população, que se percebe tratada com preconceito pelos não indígenas e com omissão por parte dos governantes (CONDISI- MS, 2012). A seguir, alguns recortes das atas públicas a fim de que os leitores e as leitoras possam depreender suas próprias interpretações:

Ata 48, de 25 de maio de 2011

151 Saude. Na sequência o senhor Marcos apresenta o Planejamento Estratégico da SESAI
 152 para implementação do Subsistema de Atenção a Saúde Indígena (SASISUS), senhor
 153 Marcos lembra ainda que a relação de conselheiros deva ser encaminhada à SESAI para
 154 publicação no Boletim de Serviço. Senhor Fernando propõe e apresenta uma Carta de
 155 Manifestação que será encaminhada à SESAI em que o texto resume o sentimento de
 156 indignação de todos os conselheiros pela morosidade do processo de transição e a queda
 157 na qualidade da atenção junto aos Povos Indígenas, solicitando providências urgentes,
 158 atenção e apoio pela equipe técnica da SESAI para com o Distrito Sanitário Especial
 159 Indígena de Mato Grosso Sul às principais demandas apresentadas pelos conselheiros,
 160 uma vez que é o maior Distrito em contingente populacional indígena do país. A carta
 161 foi assinada pelos conselheiros e entregue ao senhor Marcos para que seja encaminhada

Ata 50, de 24 de janeiro de 2012

67 sobre pacientes em hemodiálise, faltam vagas em Aquidauana. Os postos de saúde estão
 68 sem energia, o trabalho fica inviabilizado e questiona quem irá consertar. Questiona
 69 também o conserto de cadeiras odontológicas. Dalva questiona a ausência da equipe na
 70 aldeia guató-uberaba. Não há combustível suficiente para o tratamento da água. Coloca
 71 a necessidade de AIS feminino e até o momento não foi atendida. Reinaldo reforça os
 72 questionamentos anteriores e coloca: o que é estruturação do conselho? O saneamento é
 73 precário e esquecido em MS, em primeiro lugar deve vir o saneamento, depois o
 74 restante. Cobra uma reunião com o pessoal do saneamento. Na aldeia lagoinha há poço
 75 perfurado sem utilização. Há necessidade de chefias indígenas. Representante de Bonito
 76 informa que não há atendimento em saúde indígena, não há viaturas. Marcelo de

Ata 51, de 11 de abril de 2012

99 fala de ter um representante de Aty Guassu dentro do conselho. Silvio Ortiz compara o
 100 conselho como se fosse enxada que é um instrumento de trabalho, fala do poder
 101 público, da violência contra criança, do movimento Aty Guassu, do descaso do governo
 102 sendo que um dos papéis do governo é assistir/acompanhar a realidade dos povos
 103 indígenas. Fala também sobre a incidência de tuberculose que está atingindo a
 104 população indígena. Fala da violência dentro da aldeia, fala da Cesta Básica que não
 105 está sendo mais entregue com frequência e disse ainda que se o povo não plantarem vão
 106 passar fome. E quem conhece bem a situação da aldeia é a SESAI, o Pólo Base, as

2.2 A RESPEITO DO SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA

O Subsistema de Saúde indígena enquanto dispositivo estatal responsável pela atenção às populações tradicionais vincula-se a um sistema nacional maior: o Sistema Único de Saúde (SUS), que atende à população nacional e que também inclui os indígenas. Motivo pelo qual, ele não deve ser tido como um apêndice, como algo “fora” do SUS, mas como sendo também o Sistema Único de Saúde, pois ele está estruturalmente “dentro”, incorporado aos serviços e veio à tona para implementar o cuidado às especificidades dos indígenas.

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é mais um resultante do processo de democratização da Saúde no Brasil. Frisa-se que até os anos 80 os dispositivos de saúde destinados à população em geral baseavam-se na assistência aos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho, o que deixava à margem os indígenas do território nacional e aqueles sujeitos não indígenas excluídos do mercado formal de trabalho.

Apesar de representar um avanço para as populações indígenas, uma vez que incorpora em suas políticas o respeito pelos diferentes grupos étnicos brasileiros, o Subsistema encontra conflitos políticos e ideológicos constituintes das próprias instituições estatais, como se refere Carla Costa Teixeira (2012).

A Constituição de 1988 assegurou aos indígenas o respeito à sua organização social, aos seus costumes, línguas, crenças e tradições e, deste modo, o direito à diferença, ou seja, o direito de serem indígenas e permanecerem identificando-se como tal. Reconheceu também a sua capacidade processual, estabelecendo que têm a legitimidade para atuar em juízo, individual e coletivamente, em defesa de seus direitos e interesses, o que consistiu em uma ruptura importante com a tradição tutelar da política indigenista brasileira. Contudo, não reconheceu a autoridade política das formas de organização tradicionais indígenas. Tampouco as mediações modernas (organizações representativas regionais e nacional) que os povos indígenas construíram para interagir com os organismos governamentais em suas diferentes institucionalizações têm sido consideradas legítimas pelos interesses que desde então vêm se fazendo ouvir e obedecer nesses organismos, sob a frequente alegação de que nenhuma destas mediações lograria representar a totalidade dos povos indígenas (IDEM, 2012).

Foi a lei 9.836 que institui o Subsistema de Saúde Indígena em 23 de setembro de 1999 (Brasil, 2009b):

Artigo 19-B. “É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde- SUS, com o qual funcionará em perfeita integração”.

Artigo 19-C. “Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema

de Atenção À Saúde Indígena”.

Artigo 19-F. “Deve-se levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção À saúde indígena, que deve se pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência À saúde, saneamento básico, nutrição, habitação e meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional”.

Sergio Arouca, médico sanitário, foi o autor e defensor do Subsistema Indígena, pautando-se no conceito em saúde marcado nos documentos federais que versam sobre essa assistência (Constituição de 1988, Lei 8.080, Lei 9.836), de maneira a convergir para a definição social ampliada de Saúde, onde é necessário a co- responsabilização de vários setores governamentais, bem como a participação de uma heterogeneidade de atores.

Em se tratando de Saúde indígena, há elementos fundamentais a serem incorporados, como a cosmovisão particular das centenas de etnias nossas, o uso de ervas e rezas, a distribuição de papéis sociais e políticos no grupo, os mitos e ritos que dão sentido às experiências cotidianas e formam a cosmologia, e principalmente a relação construída com a terra, pois é em seu território que os indígenas experimentam a produção de saúde em sua própria concepção.

Para a antropóloga Esther Jean Langdon é necessário o entendimento dos elementos que fazem sentido para um determinado grupo cultural, pois saúde é uma construção que acontece em meio a ele, uma concepção compartilhada e impregnada de significado coletivo. Adoecer ou ter saúde seriam condições atravessadas pelo modo como cada grupo cultural organiza sua realidade (LANGDON, 2010).

Parece haver uma convergência entre o Subsistema de Saúde Indígena, organizado para considerar as particularidades culturais dos grupos tradicionais, com os pressupostos colocados pela reforma sanitária, quando da constituição do SUS. Ambos sinalizam para a importância de práticas em Saúde em harmonia com a realidade local, continuada aproximação da comunidade, valorizando a participação comunitária efetiva do processo de construção e avaliação dos mecanismos de cuidado em saúde.

Em 29 de julho de 1999, pela Medida Provisória n. 1.911-8 a Presidência da República transfere da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) a responsabilidade da assistência da Saúde Indígena para a FUNASA - Fundação Nacional de Saúde (Brasil, 2009b).

A FUNASA era resultado da fusão entre a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) e a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP). Ambas enquanto estruturas organizacionais de inspiração militarista e por essa razão, segundo a antropóloga Carla Teixeira, incompatíveis com os princípios de descentralização,

universalismo, equidade, integralidade e participação preconizados pelo SUS (TEIXEIRA, 2009).

Em 31 de janeiro de 2002 é aprovada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, a PNASPI (Brasil, 2015c).

A PNASPI institui grosso modo, o modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços – voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo. Ela também indica as diretrizes que nortearão o modelo, convergentes com o SUS, organiza a atenção em forma de distritos sanitários especiais indígenas (DSEIs), Casas de Apoio a Saúde Indígenas (CASAI) e Pólos Bases com equipes multiprofissionais (Ver Figuras 4 e 5).

O elemento que percorre todo o corpo dessa Política é a “interculturalidade”, conceito exposto ao longo dos capítulos desse trabalho, em especial, no primeiro. Marcada pela preocupação na formação e atuação dos profissionais em contato com outros grupos étnicos: “Portanto, a melhoria do estado de saúde dos povos indígenas não ocorre pela simples transferência para eles de conhecimentos e tecnologias da biomedicina, considerando-os como receptores passivos, despossuídos de saberes e práticas ligadas ao processo saúde-doença” (BRASIL, 2015c, p.17).

Na prática, a interculturalidade atuaria como promotora do princípio de atenção diferenciada colocado na Lei Arouca, mas pesquisadores como Esther Jean Langdon (2007) concluem que os princípios tão bem elaborados nos documentos oficiais estão longe de se apresentarem como realidade.

Os discursos que circulam no país em relação aos projetos de medicina tradicional indicam visões bastante diferentes ao propor “integrar”, “articular”, “resgatar” ou “estimular” as práticas de medicina tradicional. Enquanto alguns projetos procuram uma convivência harmônica com os especialistas tradicionais, muitos outros procuram identificar e instrumentalizar práticas tradicionais que podem ser testadas e verificadas pela biomedicina quanto à sua eficácia. Essa idéia mantém a biomedicina na posição hegemônica de julgar as terapias que devem ser estimuladas ou eliminadas, bem como a relação assimétrica entre as práticas e os especialistas. As noções de cultura e medicina tradicional tendem a ser conceituadas no molde “museológico”, procurando traços culturais, homogeneidade e integridade que não existem (IDEM, 2007).

Em 19 de outubro de 2010, o Presidente da República assina decreto 7.336 passando definitivamente a gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena a SESAI. Para Carla C. Teixeira (2012) a demora de anos em oficializar a transferência institucional para a SESAI, decorrente de uma luta da FUNAI para manter a responsabilidade sobre a gestão do cuidado da Saúde Indígena, resultou num prejuízo para a instituição do Subsistema.

O decreto 7.336 viria a ser revogado e substituído pelo decreto n. 8.065 em 7 de agosto de 2013, definindo as competências da SESAI no artigo 46 (BRASIL, 2015d):

- I - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, mediante gestão democrática e participativa;
- II - coordenar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos povos indígenas;
- III - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações referentes a saneamento e edificações de saúde indígena;
- IV - orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena, em consonância com as políticas e os programas do SUS e em observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais indígenas;
- V - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações de atenção integral à saúde no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;
 - promover ações para o fortalecimento do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;
 - promover a articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuam interface com a atenção à saúde indígena;
- VIII - promover e apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas em saúde indígena;
- IX - identificar, organizar e disseminar conhecimentos referentes à saúde indígena.

O decreto sinaliza uma gama ampla de responsabilidades da SESAI para com a gestão e coordenação de ações da Saúde Indígena, contudo, é vago quanto às maneiras que a Secretaria efetivamente atuará no sentido das ações em Saúde. Se por um lado, verbos como “planejar, promover, orientar” não dão bases claras e concretas para as práticas a serem desenvolvidas, por outro, possibilita que cada equipe o faça de acordo com as características, necessidades e potencialidades da sua região. Eis a dinâmica à capilaridade do agenciamento particular dos agentes locais.

A partir do entendimento de que o Subsistema funciona regido pelos princípios democráticos do SUS, compreende-se que as iniciativas e atividades para a assistência em Saúde têm um considerável grau de autonomia, já que os DSEIs devem articular práticas regionalizadas. Também há importante participação popular nos espaços dos Conselhos Locais de Saúde Indígena, Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) e Fórum dos presidentes do CONDISI. Essas instâncias contam com representantes eleitos pela comunidade e outros atores vinculados ao Subsistema.

2.3 DO PAU À OUVIDORIA. UM RELATO DO FUNCIONAMENTO DA REDE VIVA

Como já colocado, o Subsistema Indígena funciona “dentro” da grande Rede Pública de Saúde, portanto é a rede também. Usuários indígenas da rede de Dourados dividem espaços com os não indígenas, são atendidos ora por profissionais indígenas, ora por não indígenas, ora dentro de suas comunidades, ora fora de seus territórios tradicionais. Esse palco heterogêneo, multicultural, promove encontros e desencontros produtores de histórias interessantes para compreender como se movimenta e se (re) produz essa rede, que longe de ser algo estático e engessado, é viva. Produz discursos, subjetividades, práticas inéditas e com potencial transformador. Uma rede rizomática (DELEUZE & GUATTARI, 1995).

Em abril de 2012, eu era psicóloga residente no HU da Grande Dourados. Junto com minha equipe multiprofissional (discentes enfermeira e nutricionista) vínhamos acompanhando um menino indígena de dois (02) anos de idade, morador da aldeia Jaguapirú de Dourados, internado com diagnóstico de pneumonia grave. A criança estava sempre acompanhada de sua mãe, mulher Guarani/Kaiowá (como ela se definiu) e vinha evoluindo clinicamente bem, como se diz na linguagem técnica da biomedicina.

Além de estarem no hospital recebendo tratamento; a dupla (mãe e filho) esperava para que o menino tivesse condições físicas de submeter-se a uma cirurgia no pulmão. Acabaram por ficar internados no setor da pediatria por um longo período, cerca de cinco semanas. Desenvolveram um vínculo afetivo ou muito positivo com nossa equipe de residentes, mas não apenas conosco. Outros técnicos da enfermagem e residentes médicos estabeleceram com eles boa relação.

A empatia pelo menino era imediata, ele era tido como “obediente, carinhoso, querido, tão calminho, faz tudo o que a gente pede, parece um adultinho...” (sic). Essas observações eu escutava sempre quando passava pela pediatria. A mãe, por sua vez, era vista como “uma excelente mãe, muito cuidadosa, que se esforça para fazer-se entender, muito protetora” (sic). Elogios à mãe por parte da equipe técnica também eram constantes. Elogios às mães indígenas como os colocados para essa mãe em particular, não apareceram com frequência nas minhas anotações de campo durante o tempo que estive em pesquisa.

Uma característica física peculiar chamava a atenção, quando as pessoas conheciam o menino e acompanhando sua estadia no HUGD ficou claro que colaborava (a característica) para aumentar a simpatia para com ele. O menino indígena era loiro, “loirinho”, o cabelo

quase branco de tão loiro. Já a pele era morena, queimada de sol, um contraste que o diferenciava das demais crianças e, certamente das demais crianças indígenas: “nossa, mas ele é loiro? nossa, um índio loiro? O pai é loiro? Nem parece índio” (sic) Falas de espanto e curiosidade como essas aconteciam frequentemente, principalmente dos outros familiares acompanhantes e pacientes que cruzavam com o pequeno índio loiro.

O estereótipo social criado que liga o ser indígena a um “fenótipo” é ainda muito marcante no estado do Mato Grosso do Sul. Índio não é (para a maioria das pessoas com quem cruzei) quem se reconhece indígena, mas sim quem carrega marcas observáveis no corpo em termos raciais: olhos rasgados, cabelos negros, cheiro de fumaça, vestes rasgadas ou sujas, chinelo no pé, para citar algumas. Numa conversa com um técnico de enfermagem não indígena na pediatria, num quarto onde estavam quatro (04) crianças pacientes indígenas escutei a seguinte afirmação:

Olha, eu não sei quem você é, mas eu me sinto muito a vontade pra te falar: eu respeito muito quem defende os índios, mas esses aqui (apontando as crianças com o dedo), esses aqui não são mais índios, não têm que ser protegidos porque são índios, isso é conversa. Os pais chegam aqui com celular, com calça jeans, andando em caminhonete...que tipo de índio é esse? É tudo, menos índio”(sic).

Antônio Guimarães Brito (2013) em “Direito e Barbárie no Mundo Moderno”, discorre sobre o movimento que foi sendo construído e naturalizado de que os indígenas acabam sempre por serem colocados no lugar daquele que deve ocupar a inferioridade, representar o bruto e atrasado legitimando uma posição oposta- a de civilidade- ocupada por não indígenas.

O indígena, segundo o autor, ocupando sempre o lugar do subdesenvolvido, sendo-lhe negado o direito à alteridade, o respeito à sua autenticidade e identidade valida uma ideologia colonialista, que em suma prega a superioridade de uns em relação a outros. Para combater essa perspectiva haveria a necessidade de um movimento des- colonialista contrário ao anterior.

Ressalta-se que o discurso des-colonialista latino americano não está preso em uma reflexão melancólica do passado de opressão, até porque a opressão persiste em nível brutal...em todos os sentidos, civil, econômico, social e político...Pretende-se no presente vivenciar as necessidades particulares negadas, principalmente a noção do respeito à diferença” (BRITO, 2013, p.78)

Foram discursos como os do técnico de enfermagem que impulsionaram um grupo de pesquisadores dentro do hospital (inclusive eu) a montarem grupo de estudos e pesquisas para promover no nosso espaço de trabalho atividades de Educação em Saúde que tratassem da questão indígena, que fomentassem o conhecimento da história indígena, de promoção de

debates sobre conceitos como cultura, alteridade, direitos humanos, entre outros. O grupo de estudos trabalhou por dois anos e conseguimos poucos, mas intensos espaços práticos para desenvolver atividades. Atualmente está inativo.

Voltando ao evento envolvendo a criança indígena loira, a explicação, segundo médicos e nutricionistas para o amarelo do cabelo era a falta de nutrientes que respondia pela despigmentação dos fios. Uma criança, qualquer criança, que tenha pouco acesso à alimentação adequada pode desenvolver consequências físicas como a descoloração do cabelo, ressecamento de pele, baixa estatura, diferentes graus de déficit cognitivo, assim por diante. No caso do nosso paciente indígena, ele estava loiro devido à descoloração dos fios causada por possível desnutrição.

As condições sócio-econômicas que respondiam pela desnutrição do menino acabaram por atribuir-lhe uma característica que promoveu certo encantamento por ele no hospital. A mãe, eu notava, parecia gostar da atenção que seu filho –e seu cabelo- recebia e disso tive certeza meses mais tarde.

Cerca de um ano após meu encontro com o índio loiro no Hospital Universitário cruzei novamente mãe e filho no Hospital da Missão em Dourados. O motivo de internação era uma forte gripe do menino.

Eu estava ainda como psicóloga residente e fazia minha passagem no hospital indígena como parte do estágio na Rede Pública de Saúde. Reconheci a mãe logo que cheguei. Na sua passagem pelo HUGD havíamos ficado muito próximas devido a uma situação que relatarei mais adiante.

Cumprimentamo-nos, conversamos sobre o tempo frio e chuvoso, sobre a gripe do menino. Aliás, até aquele instante eu ainda não o havia visto, ou pelo menos não o reconheci entre as crianças que brincavam perto. Ela me aponta: “Ali, ele está ali”.

O indiozinho havia crescido e engordado bastante, um ano tinha feito diferença, estava mais forte. Contudo, o que mais me chamou atenção e me causou estranheza foi, novamente, o cabelo. Continuava amarelo, mas um amarelo forte, quase laranja. A raiz próxima ao couro cabeludo estava escura, quase preta. Abaixei-me para falar com o indiozinho, acariciei sua cabeça e nesse momento tive certeza. Perguntei: “Mãe, você pintou o cabelo dele? Sim, ela respondeu e sorriu”. O cabelo da criança estava duro de tanta tinta.

Perguntei à mãe o motivo que a levou a passar tinta no cabelo do filho, ela simplesmente disse: “Porque eu gosto, é bonito”. O indiozinho loiro seguia loiro, mas decorrente de um recurso químico usado pela mãe. A “loirice” do menino já não anunciava

uma possível desnutrição, mas aos olhos da mãe parecia carregar a marca positiva da atenção outrora recebida devido ao que um dia foi percebido como belo (no diferente). Ao passar tinta na cabeça do filho, a mulher expressava uma forma de cuidado. Uma forma de cuidado que dizia respeito principalmente às relações do indiozinho com os sujeitos não indígenas, uma vez que é bastante razoável sugerir que o caractere “loiro” na nossa cultura é bastante apreciado, em oposição ao que acontece com os “caracteres fenotípicos indígenas”; como já citado anteriormente. Eis uma amostra de como valores podem ganhar novas significações e serem transformados nos encontros interétnicos.

Cabe ainda destacar que entre os Guarani e Kaiowá há a influência mítica do *Jasy Jatere*, um ser sobrenatural que é loiro, responsável (também) pela fabricação dos corpos dos Kaiowá e Guarani, cuja significação (ambígua porque tanto é protetor quanto “fazedor do mal”) remete também aos não cuidados quanto a dados interditos. Não esqueçamos que Lauriene S. Souza em sua etnografia sinaliza para esta cosmologia e para o quanto as mulheres Kaiowá e Guarani dos locais onde imergiu portam a alteridade radical, isto é, sugiro que são elas (além dos homens) que detêm a produção tanto da vida quanto da morte sociais. Vida e morte estão intrinsecamente atreladas às substâncias que somente elas possuem no corpo, tal como, a capacidade de gestar. Se não, vejamos o exposto pela antropóloga Lauriene S. Souza (2013, p. 65):

A preocupação com a alimentação, os rituais, as substâncias e fluidos corporais são percebidos e praticados no dia a dia, em virtude das necessidades de se habilitar o sujeito, seja em humanidade, seja em corporalidade, para a vida social. Os espaços ocupados por mulheres, casas, caminhos, matos, roças, estão intimamente ligados com esses processos, e a ausência deles sugere uma aproximação perigosa com o mundo não humano e com seres sobrenaturais, como o *Jasy Jatere*, ser não humano intrinsecamente vinculado à produção e reprodução da vida social kaiowa e guarani e preponderantemente circulado pelas mulheres destes coletivos.

Ou seja, para alguns indígenas, como os de Paranhos/MS (IDEM, p.81-82) uma criança loira poderia, por exemplo, remeter a uma espécie de descuido por algum comportamento devido e não observado, motivo pelo qual os encantos do *Jasy* foram eficazes e a criança nasce como seu filho – remarcam ironicamente alguns dos interlocutores da antropóloga. Sem entrar na complexidade da simbologia do *Jasy Jatere* esmiuçada por Lauriene Seraguza (2013) friso, como antes exposto, que ele é um ser mítico causador não apenas de receios por parte dos indígenas, já que também é responsável por cuidados e encantos emitidos para e, então pelas crianças. Acompanhemos um dos excertos de sua dissertação:

Durante minha estada com Celeste, a xamã enumerou diversas vezes que, em sua descendência paterna, há pelo menos duas gerações de xamãs, sendo ela, a terceira. Sua filha, Tatiana, segue por caminhos símiles. A xamã compartilhou que Tati já sonha, participa, junto com as crianças, dos ensinamentos da mãe e que o *Jasy Jatere* “gosta muito dela, vem visitá-la sempre, faz trança no cabelo para que fique bonito”. (IDEM, p.62).

Assim, no caso da criança do HUGD, a sua “loirice” mantida pela mãe veio a transparecer uma possível escolha pela marca positiva que se construiu na imagem da criança. Um cuidado que talvez amenizasse o preconceito sofrido pelos sujeitos indígenas em Dourados.

Comentei acima que uma determinada situação acontecida no HUGD durante a primeira internação dessa família fez com que eu e a mãe nos aproximássemos.

Dedico-me a isso agora.

Era bem cedo pela manhã e como fazia todos os dias percorri os setores sob minha responsabilidade para sondar a respeito da chegada de novos pacientes e saber de alguma ocorrência que pudesse implicar na prioridade de atendimento.

Assim que coloquei os pés na Pediatria vi essa mãe, com seu filho loiro no colo, gesticulando e ameaçando o enfermeiro residente que passivo, calado, sem saber o que fazer, ouvia e acenava que não com a cabeça. A mãe estava muito brava. Todos os presentes, funcionários, alguns cuidadores, pacientes escutavam o esbravejar da mãe.

Logo que me viu o enfermeiro me chamou e pediu para que eu conversasse com a mulher. Surpreendeu-me a cena porque como eu mencionei antes tanto mãe quanto o filho gozavam de uma estadia tranquila no HUGD.

Fui atrás da mãe e a encontrei chorando na área externa, sentada num banco. Ela me conta o ocorrido.

No dia anterior, segundo a indígena, ela pediu para a técnica de enfermagem; quem cuidava de seu filho para trocar o curativo da cirurgia no peito do menino. Segundo a mãe, já havia “passado do tempo”, e a troca de bandagem era necessária.

A mãe conta que essa técnica ouviu, seguiu seus afazeres e não trocou o curativo. Essa profissional teria dito diante da insistência da acompanhante para que o curativo fosse feito “Não vou trocar, não vou mexer em curativo de índio sujo, fedido que não toma banho”.

O relato foi chocante. A mãe, entre o choro e a raiva olhou para mim e disse: “Tá todo o mundo brabo aqui, isso eu não aceito, já falei com todas e eu vou dar um pau nela. Eu pego ela doutora. Eu vou dar um pau nela”.

Sobre o termo “todo o mundo”, a mãe referia-se às demais mães indígenas quem estavam como acompanhantes nos demais quartos. Essas mulheres estavam reunidas

igualmente na área externa. A mãe pegou-me pela mão e me levou até a técnica acusada. “É ela, é essa aqui doutora, é essa que eu vou dar pau”. A técnica olhou assustada e entrou num quarto.

Escutei, pedi à mãe que tentasse se acalmar e perguntei a ela se “dar um pau” seria realmente a melhor resolução. Falei do serviço de Ouvidoria do hospital, onde ela poderia queixar-se da técnica formalmente. Disse a ela que conversaria com o enfermeiro do setor para saber das medidas que haviam sido tomadas até então e, a partir disso, decidir o que fazer nessa situação.

Conversando com a equipe ficou claro que efetivamente o curativo não havia sido trocado. Duas outras profissionais o haviam feito naquela manhã e segundo elas “foi muito difícil, o paciente chorou muito porque tava muito colado por causa do pus. Deve ter doído bastante”. Os enfermeiros referiam-se principalmente aos desdobramentos técnicos da não retirada da bandagem no tempo certo como uma possível piora no ferimento que vinha cicatrizando bem. Por outro lado, eu estava indignada com a justificativa supostamente usada: “não vou tocar em índio fedido”.

Nesses momentos as diferenças de olhares dadas pelas distintas formações profissionais sustentam a importância da equipe multidisciplinar numa equipe de saúde.

Logo surgiram possíveis explicações para a não realização do procedimento no dia anterior: uma equipe sobrecarregada com alto número de pacientes, muitos procedimentos que tomam tempo dos profissionais, etc. É um fato que a carga de responsabilidades e as condições de trabalho nas unidades de saúde tende a criar ambientes propícios para acidentes de trabalho, adoecimento dos colaboradores, num prejuízo para a qualidade de atenção e cuidado com usuários. Por outro lado, havia uma denúncia grave de discriminação e preconceito que também precisava ser apurada. Talvez de racismo.

Foi decidido em equipe que ouviríamos a mãe, chamaríamos o intérprete do hospital para promover um diálogo com as acompanhantes indígenas e a pedido da assistente social: “tentar resolver na conversa essa situação”.

Fui incumbida de levar a notícia da reunião para as indígenas. Enquanto eu seguia pelo corredor em direção à Pediatria, uma onda de mães indígenas vinha na direção contrária. Todas as mulheres indígenas haviam se reunido e decidido ir até a Ouvidoria. Entre elas elegeram uma intérprete que se encarregaria de falar por todas. E assim foi feito. E essa foi a primeira vez na história do HU da Grande Dourados em que um grupo de mulheres indígenas adentrou a porta da Ouvidoria e prestou queixa formal a respeito da situação vivida com o índio loiro e sua mãe.

Foi um verdadeiro exemplo de participação e organização popular no controle social do SUS. Ao mesmo tempo um movimento indígena, que no coletivo apropriou-se da ferramenta da Ouvidoria e foi à luta. Uma ressignificação de luta de mulheres indígenas dentro desse espaço onde comumente os usuários indígenas Kaiowá não nos olham nos olhos e ao falarem são monossilábicos.

Esse caso ocorrido entre as paredes do hospital teve seguimento, pois foi aberta sindicância interna para apurar fatos, a técnica acabou sendo afastada de suas funções numa investigação que acabou por sensibilizar gestores ao revelar inúmeros casos de discriminação sofridos por pacientes indígenas.

A rede de saúde é dinâmica, seus “nós” tão atados tensionam movimentos na medida em que os atores dão vida a sua estrutura e se apropriam, protagonizam histórias, encontros e produzem transformações.

É fundamental que espaços de fala, de diálogo sejam promovidos e ocupados, mas é essencial também que as falas sejam escutadas, reverberando e ecoando no sentido da construção coletiva de uma sociedade mais inclusiva e solidária.

Sigo, neste capítulo que segue, apresentando histórias, ditos e não ditos presenciados, escutados ou silenciados em campo.

3 O CAMPO ETNOGRÁFICO: SOBRE O VISTO, O ESCUTADO E O VIVIDO

Dedico-me neste capítulo a discorrer sobre algumas experiências que vivenciei, estando na prática cotidiana das intervenções em Saúde, mais especificamente dos diferentes dispositivos da Rede de atenção aos indígenas em Dourados/MS.

3.1 QUANDO A TERRA TORNA-SE SUJA?

Era 14 de março de 2012, quando fui chamada à sala do Serviço Social do HUGD para tratar da internação de uma criança indígena.

O caso era do menino Gustavo de 1 (um) ano, internado por desnutrição grave na Pediatria do hospital. Gustavo estava acompanhado da mãe, Soraia, de 19 (dezenove) anos e de sua irmã Tamires de 2 (dois) anos, quem também estava internada por desnutrição no mesmo setor. O pedido da assistente social foi para que eu acompanhasse essa família de forma que levantasse informações que contribuíssem para responder à dúvida da equipe do serviço social: as desnutrições dessas crianças seriam resultadas de negligência da mãe Soraia?

A possibilidade de ser um caso de negligência materna era, na visão da assistente, aumentada devido a outras características apresentadas pelas crianças. Elas estavam sujas, com as unhas cheias de terra, com roupas não adequadas para o tempo frio que fazia. Gustavo, por exemplo, não tinha sapato ou meias, as crianças estavam com um aspecto de “mal cuidadas” (sic). O fato de estarem os dois filhos de Soraia internados por desnutrição também era um sinalizador preocupante.

Passei a fazer visitas diárias à Soraia e seus dois filhos. No quarto havia dois berços, um para Gustavo e um para Tamires e duas poltronas grandes. A acompanhante que neste caso era a mãe, Soraia, dormia em uma delas.

Figura 25: Um quarto da pediatria do HUGD.



Fonte: Acessado no Google Imagens (Imagem indisponível no período de finalização deste trabalho).

Ficavam no quarto em regra quando o bebê estava dormindo ou era o horário de alguma refeição. No mais, costumavam ocupar o espaço externo onde era comum ver a mãe passeando com o filho nos braços.

Soraia conversava em português com pouca dificuldade, era vinda de Amambai/MS e casada com Antônio de 22 (vinte e dois) anos. Contou-me ter sido um casamento arranjado pela sua mãe, quem queria que ela se casasse. Antônio tivera um primeiro casamento do qual resultaram outros três filhos. Após o divórcio, os filhos de Antônio ficaram sob os cuidados de diferentes parentes do pai.

Essa forma de descrever tanto a conjugalidade (ou casamento) de Antonio e Soraia quanto o rompimento do casamento anterior de Antonio é a maneira como eu a compreendi por meio das minhas categorias. Isto quer dizer que não me proponho a discutir as questões de organização social e parentesco dos Kaiowá e Guarani do sul de Mato Grosso do Sul. Para maiores detalhes sugiro a leitura de Levi Marques Pereira (2004) e Lauriene Seraguza Souza (2013).

Quando disse que morava em Amambai, Soraia referia-se à Terra Indígena (TI) de Amambai que foi a primeira reserva criada no Mato Grosso do Sul pelo Serviço de Proteção

ao Índio (SPI) em 1915. De acordo com Eranir Martins da Siqueira (2007) foi apenas em outubro de 1991 que a TI de Amambai foi homologada com uma área de 2.429 hectares e perímetro de 22 km.

A TI de Amambai situa-se próxima ao município de Amambai, sudoeste do Mato Grosso do Sul. Segundo dados do censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012) de 2010 sua população é de 34.730 habitantes dos quais 7.158 são indígenas Guarani e Kaiowá.

Mariana Pereira da Silva (2013) faz referência em sua pesquisa de mestrado à TI de Amambai e ao processo de confinamento dos indígenas em reservas territoriais diminutas para uma vasta população nessa região do Mato Grosso do Sul, bem como a imagem dos sujeitos indígenas que foi sendo construída em torno de adjetivos como “sujos, preguiçosos, bêbados, etc”. Segundo a pesquisadora, moradores não indígenas de Amambai foram enormemente impactados por essa construção de sujeito indígena, daí um enorme preconceito para com essa população alimentado em especial por produtores rurais e pela mídia local.

Em relação às mulheres Guarani e Kaiowá da TI de Amambai, Pereira da Silva (2013) aponta que elas, em sua maioria, se organizam em torno dos cuidados tradicionais quando tratam de gestação e filhos, os quais são muito valorizados.

As mães indígenas de Amambai buscam os conhecimentos de parteiras ou mulheres mais velhas, geralmente as avós quando estão grávidas. Contudo, a pesquisadora aponta que as indígenas, sejam elas parteiras ou não, também fazem uso dos diversos mecanismos oferecidos pelas agências estatais.

Em Amambai, na interação com as mulheres indígenas o que me saltou aos olhos (foi). como se articulam os discursos em torno do cuidado com a saúde da mãe e a da criança, de maneira a valorizar os cuidados tradicionais, em relação aos procedimentos advindos da biomedicina; que não os nega ou os exclui (SILVA, 2013,p.92).

Soraia nunca trabalhou e estudou até os 14 (catorze) anos. Nessa idade casou-se e começou a tomar injeções no posto de saúde para não engravidar. Após três anos, a pedido do marido que queria filhos, ela parou de tomar as injeções e logo engravidou. Como não quer mais filhos, “porque dois é muito difícil pra cuidar” (sic), voltou a tomar as injeções no posto de saúde em Amambai. As injeções são dadas de 3 em 3 meses, e a cada 4 meses volta ao posto para receber cestas básicas que são distribuídas pela FUNAI.

Ao referir-se sobre suas idas ao posto e ao fato de buscar cesta básica, Soraia me apresentou ao fato de que os postos de saúde das aldeias indígenas, como acontece também nos centros urbanos, são usados pela população como locais de acesso a benefícios de

programas sociais como, por exemplo, o Bolsa Família.

O Bolsa Família é um programa de combate à pobreza e desigualdade no Brasil que articula benefícios em dinheiro e o acesso a políticas sociais para o desenvolvimento das famílias beneficiadas (BRASIL, 2016).

As famílias indígenas beneficiadas são cadastradas e acompanhadas pela FUNAI e SESAI de modo que as condições, na área da saúde, para obtenção das cestas estejam sendo cumpridas pelos requerentes. Essas condições são universais de acesso aos benefícios como o Bolsa Família, ou seja, aplicam-se tanto para indígenas como não indígenas cadastrados e são duas: que crianças menores de sete anos estejam sendo acompanhadas por profissionais de saúde e com carteira de vacinação em dia, e que gestantes façam pré-natal nas unidades de Saúde.

Nos dias em que acontecem as pesagens e monitoramento do desenvolvimento das crianças as unidades indígenas de saúde ficam lotadas. Mencionarei mais adiante essa situação novamente quando estiver tratando do posto de Panambizinho.

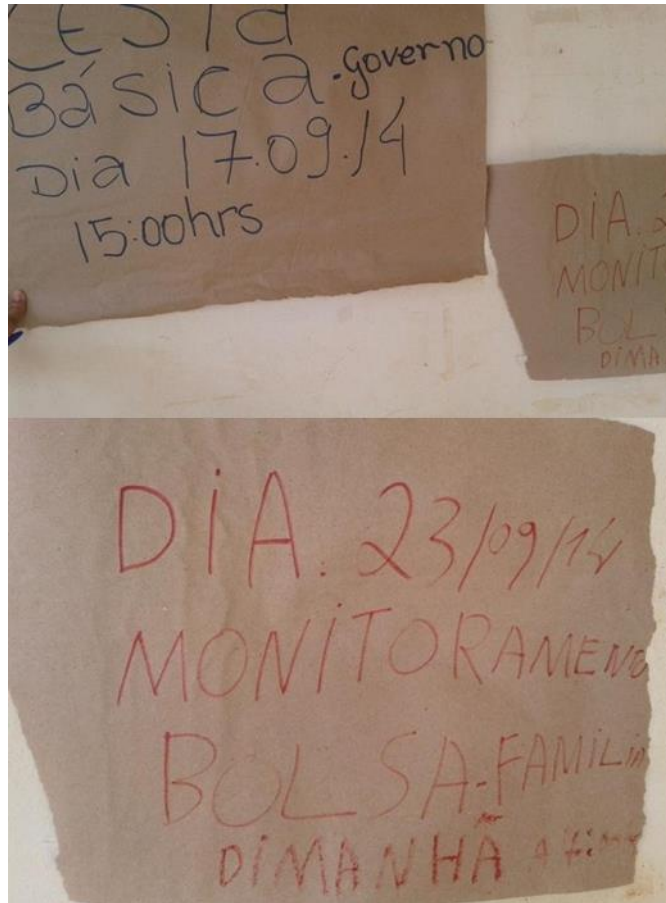
O que me interessa apontar é a maneira como o Estado e sua burocracia intencionalmente formulam e operam diretamente no cotidiano das populações indígenas, de modo que esses sujeitos aprendem que para terem acesso à saúde devem cumprir com determinados requisitos e condições previamente organizadas por agências alheias à sua realidade, obrigando-os a estabelecer novas relações e ressignificações quanto a questões de saúde indígena.

A relação dos indígenas com o Estado é perversamente e pejorativamente significada pela sociedade não indígena e envolvente/englobante como de “assistencialismo”/ “paternalismo”. Aliás, um assistencialismo ligado com a “não produção”⁷, “não trabalho”, “não agenciamento” e que no limite ousa dizer que se caracteriza como uma das faces do Racismo de Estado (FOUCAULT, 2010). Isto porque, esse assistencialismo tende a condicionar os indígenas a outros *habitus* (BOURDIEU, 1996) como é o caso da cesta básica sem que a discussão quanto à miséria e à fome que os assolam seja realizada. Assim, quando lemos nos cartazes abaixo que a “cesta básica” é do “governo”, parto do pressuposto que há outras cestas básicas vindas de outros lugares. E então a “roda viva” gira com ingredientes que se repetem nas cestas básicas, como o óleo, o sal, o açúcar, dentre outros que geram problemas como de pressão alta recorrentes em diferentes geracionais entre os indígenas. Como expõe Aline Crespe (2015) em sua tese, a cesta básica e os alimentos a ela vinculados

⁷ Mariana Pereira da Silva (2013) em sua dissertação expõe o slogan que foi veiculado em faixas e adesivos pelos ruralistas ao longo de 2008 e 2009 em Dourados – “Produção sim, demarcação não”.

estão no que os Kaiowá denominam de *teko vai*, ou seja, “o modo de ser ruim que o Kaiowá precisa evitar” (IDEM, p.237).

Figura 26: Anúncios na parede do posto de Panambizinho.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2016).

Na ausência de políticas públicas específicas para as populações indígenas, o Estado opera de modo a coagir os sujeitos indígenas a se adequarem a um modo particular para acessarem seus direitos. Em sua dissertação, Ellen Cristina de Almeida (2015), usa a metáfora de um Estado “trator” que como uma máquina subjuga ou passa por sobre as populações indígenas.

Soraia contou-me que seu marido, Antônio, trabalhava fora alternando “bicos” em Naviraí, Dourados e em cidades no estado de Santa Catarina. Ele conseguia visitar a família mensalmente e prover o básico: arroz, frango, mandioca, farinha. Eis o que destaquei acima quanto à naturalização dos ingredientes constantes na cesta básica.

À medida que a mãe trazia dados de sua vida em família era possível perceber que se tratava de uma família limitada em recursos econômicos. Essa condição comprometia os

cuidados com Gustavo, uma vez que ele era um bebê diagnosticado com paralisia cerebral que necessitava de recursos outros não disponíveis na Unidade Básica de Saúde frequentada pela mãe.

A respeito do nascimento de Gustavo, Soraia disse que ele nasceu “antes da hora” e que teve muitos problemas por causa de pressão alta na gravidez. Apenas posso supor ao que o “antes da hora” verbalizado pela mãe pode indicar. Não com a intenção de investigar o processo do nascimento do pequeno Gustavo, mas com o interesse de problematizar as muitas intervenções técnicas que vêm ocorrendo dentro dos hospitais, em especial os de ensino onde as transformações de práticas tendem a encontrar pouca abertura. Se por um lado os avanços obstétricos têm proporcionado segurança à vida, tanto da mulher como do feto, observa-se também que alguns procedimentos passaram a ser usados sem justificativas adequadas e com intervenções desnecessárias em meio aos riscos e podendo deixar marcas físicas e/ou emocionais (CASTRO, 2005).

No caso de Soraia possivelmente o quadro de pressão alta fez com que a equipe tenha optado por promover um nascimento via cirurgia de cesárea, aplicando medicação para maturar o pulmão (órgão que ainda não está completamente desenvolvido antes do oitavo mês de gestação). Essa intervenção (a interrupção da gestação antes do início natural do parto) ocorre corriqueiramente em hospitais e tende a ser uma decisão exclusiva da equipe médica, o que transforma o parto num ato médico: medicalizado, patológico e despersonalizado e não um ato da mulher/mãe, natural, fisiológico (CASTRO, 2005).

Soraia contou-me que o filho “não é normal”, percebendo que ele não se sentava, não levantava a cabeça, não tinha dentes formados e por isso “não consegue comer seco” (sic). Gustavo tinha febres recorrentes, motivo pelo qual era levado ao posto de saúde com frequência. Ela me narrou que sua maior dificuldade era saber se quando o filho chorava, o fazia por dor, por fome ou por sono, “na dúvida, eu pego no colo e faço o bebê acalmar” (sic).

Este primeiro relato aborda uma situação que aparece frequentemente no cotidiano hospitalar. Mães indígenas internadas com seus filhos levantam suspeitas de maus-tratos ou são “julgadas” em sua qualidade de serem mães, caso as roupas das crianças estejam sujas com terra, exalem cheiro de fumaça, ou estejam com unhas sujas, sem banho, com trajés considerados inadequados.

A sujeira posta na terra impregnada sob(re) as unhas e os corpos dos indígenas possibilita sentidos diversos. O primeiro, da própria exclusão, quando a sujeira é significada como falta de cuidado e de higiene. Nesse caso, se faz perceptível pelas reações de distintos

profissionais da saúde quanto à dificuldade de sair desse registro de significação da terra como sujeira, ao invés de percebê-la em sentidos positivados como parte daquelas subjetivações. Uma visita a qualquer das aldeias do sul do Mato Grosso do Sul é capaz de mostrar ao visitante como a poeira que embriaga as narinas, a terra que se apega ao corpo, o cheiro da fumaça que se cola nas vestes fazem parte do cenário, do contexto no qual nascem, crescem, brincam e vivem os sujeitos indígenas. Correspondem a uma vida em meio a árvores, córregos, animais, estradas de chão, sob o sol e chuva num ambiente de liberdade onde se faltam recursos materiais, sobram alegria das crianças e hospitalidade das famílias indígenas.

O cuidado de Soraia com seu filho foi colocado em xeque a partir do momento em que fui chamada para relatar algo em termos de descuido materno. Rapidamente a partir das primeiras entrevistas com a mãe ficou claro que o que pesava contra ela era seu status socioeconômico, e complementarmente o atrelamento deste vetor com o da etnia/raça.

Dentro do hospital, mas não apenas nele, mães em condições de vulnerabilidade socioeconômica sofrem um crivo mais pormenorizado quanto as suas condições de cuidar ou não de seus filhos. Isso acontece não apenas na esfera da Saúde, mas também da Justiça, como mostra Claudia Fonseca em seu estudo *Caminhos da Adoção* (1995).

Ainda que Fonseca esteja falando de não indígenas, ela mostra o cruel recorte de classes institucionalizado quando a Justiça não apenas se propõe a eleger um casal como pais adotivos, mas também quando consente oficialmente que uma mulher abra mão de seu filho para adoção.

Quem é então, que dá seus filhos? Aqueles que não têm como evita-los- os párias, como as mães solteiras e os pobres-, aquelas mulheres que, por ocasião do parto, não têm condições de manter a criança, e que, para satisfazer as necessidades do momento, aceitam renunciar para sempre, não apenas seu pátrio poder, mas também ao próprio laço de filiação. Em outras palavras, a lei se aproveita da fragilidade de certas mulheres para anular sua condição de mãe (FONSECA, 1995, p. 131).

Soraia é indígena, mulher e pobre. As três condições que a colocam num lugar à margem em nossa sociedade. O Estado em grande medida orquestra uma situação em que essa mãe não tem acesso a oportunidades que melhorem sua condição de vida. É uma face do que foi chamado por Foucault de Racismo de Estado (FOUCAULT, 2010). Simone Becker (2015) articula o Racismo de Estado de Michel Foucault às condições de inumanidade e corpos abjetos de Judith Butler. Para Becker na medida em que Foucault assinala o racismo de Estado como resultado de uma lógica seletiva de determinados sujeitos, num evolucionismo social, que escolhe quem terá acesso a oportunidades e privilégios em detrimento de outros, é possível pensar sua relação com os corpos butlerianos que são inumanos, ou seja, “corpos que

não importam corpos abjetos” (PRINS & MEIJER, 2002, p.160). A categoria dos excluídos acabaria sempre por implicar uma discussão em torno das questões de gênero, raça e classe.

A história clínica de Gustavo conseguida a partir de seu prontuário não é muito detalhada, mas registra que ele nasceu prematuro, bem como de 6 (seis) meses e meio e sofreu com a condição de anoxia durante o parto (situação problematizada anteriormente). A anoxia é resultado de asfixia, condição resultante do comprometimento da troca de gases entre o sangue materno e o fetal. Havendo asfixia em grau e duração suficientes, espera-se lesão cerebral com consequentes sequelas neurológicas nos infantes sobreviventes. O prontuário aponta para uma hipótese diagnóstica de paralisia cerebral.

As minhas conversas com Soraia ao longo de todo o período de internação de suas crianças são marcadas por dúvidas acerca da condição do filho, e um certo orgulho pela forma como ela lida com a situação. Soraia contou-me do carinho que a família tem por Gustavo, das receitas que ela faz para alimentar o filho, do alívio que sente por ter em sua casa água encanada (condição que não é partilhada por todas as residências em sua aldeia).

Quanto à Tamires, sua filha de dois anos, é uma menina muito sorridente que não se afasta do irmão. Todo o tempo ao seu lado, é segundo a mãe “a melhor irmã, ela ajuda a cuidar” (sic). Foi interessante para mim aprender com Tamires e Soraia, que para a cultura Guarani e Kaiowá as crianças (ainda que com dois anos de idade) já assumem responsabilidades no círculo familiar que podem surpreender os não indígenas acostumados a pensar infância num conceito ocidental.

Silvana Jesus do Nascimento, antropóloga e que em sua dissertação trabalhou com os abrigos e processos de adoção de crianças indígenas em Dourados, coloca desta forma a questão:

A noção que temos de infância é que esta é uma etapa da vida humana marcada pela faixa etária que vai de zero a doze anos de idade. A partir do modo como o governo passou a encarar as crianças - como sujeitos de Direitos - elas tornaram-se referências para proteção. Assim, as crianças precisam ser protegidas, assistidas, cuidadas, ter recreação e não trabalhar. Ocorre que essa noção de criança, típica de nossa sociedade e advinda de discussões internacionais, é universalizada para todas as crianças (NASCIMENTO, 2013, p.28).

Assim, a pequena Tamires ajudava a mãe nos cuidados de Gustavo ficando ao seu lado quando Soraia tinha que se ausentar do quarto, avisando a mãe quando o menino acordava ou brincando com ele.

Pela avaliação da nutricionista do HUGD, apesar de Tamires apresentar um leve quadro de desnutrição, sua condição não era grave. A conduta da equipe foi a de manter a

menina internada apenas num caráter social, que é quando a condição clínica do paciente não justifica uma internação, mas que a permanência se apresenta como necessária por alguma razão. No caso de Tamires, justificou-se para manter mãe e filhos juntos.

A fim de responder a demanda da assistente social, elaborou-se um relatório multidisciplinar para responder ao pedido de investigação por negligência feito pelo serviço Social. Concluiu-se que as condições dos irmãos deveriam ser avaliadas a partir de um universo “multicausal”, onde influências sociais e financeiras da família, e limitações neurofisiológicas da criança aliam-se para responder pelo quadro de desnutrição de Gustavo, e não maus-tratos ou negligência materna. Em síntese, se em alguns momentos a categoria no plano conceitual e ideal da interculturalidade apareceu no meu texto, aqui cabe remarcar da importância, por exemplo, da reconstrução das “grades curriculares”, tão aprisionadas sob os ditames das disciplinas científicas como nos ensina Foucault (2001), nas graduações voltadas à área da saúde.

3.2 O ETNOCENTRISMO NUM CARTAZ

Em 11 de maio de 2012, ainda como Psicóloga residente, tive a oportunidade de acompanhar a equipe de Saúde Mental da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) de Dourados, em uma atividade na aldeia Bororó. A equipe era composta por uma assistente social não indígena e por um psicólogo indígena Guarani e Kaiowá.

O psicólogo foi o palestrante e mesclava português com o guarani, língua materna da maioria indígena presente. A ele coube a responsabilidade exclusiva da fala, sendo a minha função a de segurar os cartazes com ilustrações representativas do tema. O material que compôs a atividade já estava em sua maioria preparado antes mesmo de minha chegada junto à equipe da SESAI. Essa mesma palestra já havia sido proferida em outras ocasiões. O que eu fiz, a pedido de meu interlocutor e sob sua orientação, foi dias antes recortar figuras ilustrativas para substituir aquelas que pelo desgaste tinham se descolado de cartazes.

Sendo a minha primeira oportunidade de participar de uma atividade dentro da aldeia, escutei atentamente suas orientações, quem foi meu acompanhante durante essa passagem. O palestrante tinha uma experiência de 6 anos de trabalho nas aldeias de Dourados. Ele me orientou sobre como gostaria que fosse feito o material a ser usado; cartazes com figuras. A atividade seria uma palestra sobre “Higiene pessoal e Alimentação Saudável”. Neste sentido,

inspirada no artigo de Luíza G Meyer e Simone Becker (2012), a partir do qual expõem as dificuldades de acesso dos indígenas (e também não indígenas) ao acesso aos benefícios do INSS, com a etnografia feita com campo realizado no referido órgão em Dourados/MS, sugiro que a comunicação burocrática do Estado estabelece através do imagético esta relação com os sujeitos mais assujeitados pelo sistema, a fim de que a compreensão dessa linguagem técnica e padronizada como o modelo seja apreendida minimamente.

As figuras selecionadas para comporem os cartazes seguiam a linha das pré-existentes, girando em torno de crianças brancas envoltas em espuma de banho, cremes dentais aludindo à escovação de dentes necessária antes e depois de todas as refeições, frutas bem lavadas e carnes bem cozidas na panela de pressão. Um universo selecionado e repleto de sentido para nós que não vivemos nas condições socioeconômicas dos moradores da aldeia Bororó, e então percebiam que o racismo de Estado (BECKER 2015; FOUCAULT, 2010) se perfaz com o que não é passível de adequação por parte dos indígenas. Voltarei a este ponto quando expuser as imagens veiculadas nesta espécie de reunião/capacitação por parte da SESAI.

Numa reflexão crítica a respeito dessa atividade, percebi que os cartazes ilustravam, para além da proposta “educativa” da equipe, o etnocentrismo engendrado e o despreparo de profissionais para refletir suas práticas da perspectiva intercultural e/ou relativizadora. O educativo aqui no sentido mais disciplinador do termo educação, nas críticas realizadas por Foucault às instituições a ela vinculadas. Uma reprodução do distanciamento cultural na assistência aos indígenas, exatamente o contrário do que prevê o ideal da PNASPI, com conseqüente eleição e imposição de nossas regras não indígenas como padrão para nós e para os indígenas.

Na prática, a dificuldade de relativizar técnicas e conhecimentos para o trabalho com a diversidade, aparece como um desafio que exige um compromisso daqueles que lidam com um fazer em saúde que respeite a alteridade e promova diálogo. Aliás, o entendimento de que relativizar, como apontado por importantes pesquisadores, entre eles, Roberto DaMatta (1981) e Roberto Cardoso de Oliveira (2006), é instrumento chave para constituir o corpo do conhecimento antropológico, mas, também atitude que é cara aos demais profissionais que lidam com interfaces interculturais. Relativizar ouvindo o outro, portanto, dando-lhe voz, provoca um deslocamento de posições etnocêntricas e abre espaço para que as diferenças não sejam tomadas como inferiores, mas, como o que são: diferenças da ordem de uma pluralidade de formas que os coletivos tomam num determinado contexto que deve ser particularizado, enfim, a noção de respeito ao OUTRO semeada pelo antropólogo Franz Boas.

A concepção boasiana de cultura tem como fundamento um relativismo de fundo metodológico, baseado no reconhecimento de que cada ser humano vê o mundo sob a perspectiva da cultura em que cresceu - em uma expressão que se tornou famosa, ele disse que estamos acorrentados aos "grilhões da tradição". O antropólogo deveria procurar sempre relativizar suas próprias noções, fruto da posição contingente da civilização ocidental e de seus valores. Mas o relativismo cultural não era, para Boas, apenas um instrumento metodológico. A percepção do valor relativo de todas as culturas... servia também para ajudar a lidar com as difíceis questões colocadas para a humanidade pela diversidade cultural (CASTRO, 2010, p.18).

As ações e os discursos das equipes de saúde estão fortemente marcados por um etnocentrismo. O profissional da rede de saúde parece saber, de antemão, o que é melhor para o usuário indígena, porque segue uma única formatação posta na técnica do conhecimento adquirido ao longo de sua formação (BONET, 2004). As atividades que deveriam ser de Educação – no sentido de orientação para caminhos possíveis a seguir, construídas coletivamente pelo grupo de forma a fazer sentido para a comunidade acabam por tornarem-se palestras onde os indígenas são orientados naquilo que devem comer, como se comportar, o que devem desejar, tendo como marcadores a forma não- indígena de viver.

O Etnocentrismo aparece como mediador das disposições do profissional não indígena e do indígena para com os sujeitos nas aldeias. Os relatos parecem revelar um pensamento comum dado pela “convicção de que a história tem um sentido único e que toda a sociedade está condenada a inscrever-se nessa história e a percorrer suas etapas que, a partir da selvageria, conduzem à civilização” (CLASTRES, 2008, p. 208).

Eduardo Lander (2005) se refere à manutenção do que chama um espírito colonial que se constrói desde as primeiras interações entre indígenas e não indígenas e que atravessa todos os fenômenos atuais. Sejam eles fenômenos culturais, econômicos ou sociais, o espírito colonial se instala, se capilariza (FOUCAULT, 2001) e conduz através da Ciência e da tecnologia a lógica da cultura dominante, no caso a ocidental não indígena, sustentando relações de poder que servem a um projeto maior: o de manter relações assimétricas e de domínio das populações indígenas.

Retomo o relato a respeito da atividade coordenada pela equipe de saúde mental, que havia sido marcada com semanas de antecedência e aconteceu na casa de uma senhora indígena tida em alta conta pelas famílias que viviam naquela região da comunidade. Era conhecida ativista na causa indígena além de ser uma liderança referência para as mulheres na aldeia, motivo pelo qual segundo o psicólogo sua escolha reuniria um significativo público.

Contribuiria para a presença das pessoas o fato de o tempo estar firme, sem chuvas. Quando chove, as estradas de terra molhada dificultam o trânsito de carros e pessoas dentro da aldeia e muitas vezes o acesso a determinadas localidades torna-se impossível. Em

Dourados o período chuvoso compreende os meses de outubro a março.

Figura 27: Uma estrada dentro da aldeia Bororó.



Fonte: <http://g1.globo.com/mato-grosso-do-sul/noticia/2015/08/apos-decisao-judicial-pf-faz-rondas-diarias-em-aldeias-indigenas-de-ms.html>.

Contudo, fui alertada por meu interlocutor, que haveria mais mulheres e crianças do que homens adultos. Segundo ele, nessa época do ano os homens adultos estavam trabalhando ou nas usinas de cana de açúcar, ou nas construções na cidade, ou em outros estados que possuem grandes plantações de maçã. Devido a isso, a aldeia gozava de certa tranquilidade nessa época, uma vez que quando os homens voltassem certamente o fariam “com muito dinheiro no bolso e atrás de pinga e mulher. A violência aumenta muito quando o trabalho acaba”(sic).

O cenário descrito trata da fragilidade social e política na qual vivem os Guarani e Kaiowá no Mato Grosso do Sul. Antonio de Carvalho Silva e Esther Jean Langdon (SILVA e LANGDON, 2013) em artigo publicado na revista *Tempus-Actas de Saúde Coletiva* abordam como o processo de reservas imposto pelo SPI, a partir de 1928, impacta no padrão tradicional de organização social das aldeias, restringindo o campo de produção das condições materiais de existência, comprometendo a reprodução física e cultural Guarani e Kaiowá.

Antropólogos que se dedicam às pesquisas com indígenas no Mato Grosso do Sul como Levi Marques Pereira (1999) observam como a demarcação das terras Kaiowá pelo SPI que não respeitou a distribuição da população pelo território nacional, resultou na superposição de várias comunidades em espaço físico pequeno, ocasionando o surgimento de novos arranjos e composições dentro dessa nova realidade.

Para Langdon fica claro que a perda dos territórios tradicionais tem como resultados

as dificuldades na produção de alimentos, aumento da situação de miséria e a explosão de conflitos sociais. Estes, por sua vez, têm o abuso de álcool e drogas como um elemento presente, na medida em que essas substâncias transitam com facilidade para dentro das aldeias em decorrência da proximidade com os centros urbanos.

Não apenas os homens passaram a buscar alternativas econômicas fora da aldeia, como também a busca por auxílios governamentais instaurou um processo de dependência econômica dos indígenas.

A dependência das famílias das cestas básicas de alimentos e de outros benefícios da previdência social, tais como auxílio-doença, auxílio-maternidade, aposentadoria por idade ou invalidez, têm se tornado cada vez mais essenciais para a sobrevivência (SILVA e LANGDON, 2013, p.153).

Nossa anfitriã preparou banquinhos próximos às árvores para que as convidadas se sentassem. Ofereceu mexerica, uma fruta abundante em seu terreno para as crianças. A casa era simples, feita parte de material, parte de madeira e a área externa era grande, de terra batida, zelosamente varrida de modo que quase não havia folhas esparramadas pelo chão. Estavam presentes além da dona da casa, as mulheres da sua família: noras, irmã, cunhadas, algumas vizinhas e muitas crianças.

Comecei com essa experiência a me acostumar ao fato de que quando estivesse junto a um grupo de sujeitos Guarani e Kaiowá, o grupo falaria o guaraní, mesmo que dominassem também o português. Já vinha pensando esse comportamento como um ato de resistência dos indígenas frente aos não indígenas. Resistir num sentido foucaultiano seria estabelecer uma luta contra o grupo dominante, contra o autoritarismo, as formas de dominação e exploração, de sujeição e submissão, cuja finalidade seria construir novas possibilidades de existência, diminuindo diferenças relativas aos privilégios de alguns em detrimento de muitos outros (FOUCAULT, 2005).

O movimento de resistência para Foucault (2001) é um dos componentes contidos na dinâmica da repressão dentro do exercício de poder. Para Foucault, a concepção de poder pela repressão exercida pelos grupos dominantes sobre o dos oprimidos tende a ser uma noção extremamente negativa, engessada. A concepção foucaultiana abarca, contudo, uma força motriz, produtora, não apenas que proíbe.

O que faz com que o poder se mantenha e seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao saber, forma prazer, produz discurso. Deve-se considera-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir (FOUCAULT, 2001, p.8).

As dinâmicas de resistência indígenas incorporam-se num contexto de repressão e controle cotidianos sobre sua comunidade, num processo diário de colonização. Surgem então formas de resistir ao exercício do poder não indígena.

Para resistir, é preciso que a resistência seja como o poder. Tão inventiva, tão móvel, tão produtiva quanto ele. Que como ele venha de “baixo” e se distribua estrategicamente... a partir do momento em que há uma relação de poder, há uma possibilidade de resistência. Jamais somos aprisionados pelo poder: podemos sempre modificar sua dominação em condições determinadas e segundo uma estratégia precisa. (FOUCAULT, 2001, p.241).

A palestra fluiu conforme cronograma planejado. Além de orientações gerais sobre importância de tomar banho, lavar as mãos, lavar as frutas e verduras antes do consumo, houve orientações específicas sobre os perigos de uma alimentação rica em gorduras transgênicas, alimentos industrializados, o excesso do uso de sal, refrigerantes, e também a valorização da alimentação a partir do que se pode plantar e colher na aldeia, estímulo ao uso de frutas para fazer sucos e incentivo ao exercício físico. Em cena, contracenava novamente mais uma face do racismo de Estado, à medida que é perverso e aniquilador para os indígenas serem capturados pelas políticas públicas centradas no assistencialismo reducionista da cesta básica, por exemplo, e serem advertidos como ocorreu na capacitação de que eles devem evitar alimentos gordurosos com uma ilustração que os apetece sem que acesso possam ter, mas, sobretudo, sem que a capacitação explicitasse que na cesta básica todos os malefícios estão presentes. Aliás que as terras deles solapadas e onde plantavam, ali residia um equilíbrio alimentar não mais existente.

As mulheres falavam entre elas também em guaraní, as crianças brincavam e poucas pessoas pareciam estar prestando atenção ao material preparado. Até o momento em que se abriu um cartaz específico. Esse cartaz mobilizou todo o grupo, as mulheres se cutucaram e começaram a conversar entre elas com sorrisos, as crianças se amontoaram na nossa frente.

O palestrante começa então a falar do perigo de uma alimentação não balanceada e dos altos índices de indígenas obesos e com colesterol elevado, uma preocupação da equipe de saúde com as mudanças de hábitos alimentares atuais. Para ilustrar com um exemplo, no cartaz, a figura de um hambúrguer duplo, com muito queijo amarelo e bacon.

Esse momento, essa cena, para mim foi um verdadeiro divisor de águas na minha principiante formação na saúde indígena. Percebi ali, naqueles olhares que devoravam o cartaz o distanciamento entre a nossa proposta com a realidade que caía como um prato vazio na minha cabeça.

Figura 28: Ilustração semelhante à usada na palestra sobre Alimentação Saudável.



Fonte: <https://burgerkingbrasil.wordpress.com/category/imagens/>

Como abordar temas em saúde, higiene, alimentação na Reserva Indígena de Dourados (RID) quando ali havia falta de água potável, pouca condição de plantio e produção de alimentos, condições desfavoráveis para ir e vir de dentro da aldeia, falta de rede de esgoto, entre outras condições reais em que sobrevivem os moradores? Percebi na cena contada acima que existia um largo caminho a percorrer para que eu pudesse me instrumentalizar e propor práticas que fizessem sentido para a população que eu me direcionava.

Para mim a palestra foi efetivamente uma atividade de aprendizagem, certamente eu não sabia o que fazer a partir desse evento, mas talvez eu tivesse aprendido o que não fazer. Logo, as primeiras reflexões: desconsiderar o contexto, a história, a realidade daquelas pessoas não poderia mais acontecer. E, como habitar a máquina do Estado de outro modo? Como estar permanentemente atenta às reproduções sutis de “colonização” que existe em nós?

3.3 E O SORRISO (BANGUELO) INDÍGENA?

Em 21 de outubro de 2014 fui à unidade de Saúde de Panambizinho. O posto estava cheio, havia uma fila de mulheres com crianças de colo para vacinação, outro grupo de

peessoas sentado aguardando serem chamadas pelo médico, além dos trabalhadores da SESAI: um dentista, um técnico de enfermagem, uma enfermeira, dois agentes de saúde, a zeladora e dois motoristas.

As atividades de vacinação e acompanhamento do crescimento e pesagem das crianças, bem como o acompanhamento das gestantes que esperavam serem consultadas nesse dia faziam parte do monitoramento do programa federal Bolsa Família. Como mencionei acima, os dias de monitoramento/cadastramento eram dias de um fluxo grande de pessoas no posto de saúde. Não esqueçamos que este Estado através dos dispositivos voltados à reprodução da biopolítica e do biopoder, esquadrinha quem interessa ser calado, como forma sutil e eficaz de conter a resistência.

Segundo o agente de saúde indígena do posto em questão, há boa adesão das mulheres Guarani e Kaiowá aos dias de monitoramento. Já mencionei neste trabalho o processo de dependência estabelecido entre Estado e sujeitos indígenas das aldeias de Mato Grosso do Sul através de seus programas assistencialistas. Em Panambizinho essa relação fica clara quando observamos a “boa adesão ao monitoramento” que explicita uma dinâmica onde as mulheres submetem-se ao controle de seus corpos, e dos corpos de seus filhos, em troca da garantia de receberem as cestas básicas com produtos alimentícios.

Michel Foucault (1997, 1998, 2001, 2013, 2013b, 2014) trata da genealogia do poder do Estado e de grupos dominantes a partir da produção de verdades engendradas em discursos de conhecimento que servem para intervir na realidade das pessoas e manter uma espécie de *status quo* na sociedade: grupos dominantes sempre no poder e grupos marginalizados sempre subjugados. Essa estrutura social amarrada ao saber produzido servindo ao poder exercido manteria, segundo Foucault, o sistema capitalista. Os dispositivos de saúde, hospitais, postos, laboratórios, são espaços de produção de conhecimento, de verdades a respeito dos corpos, dos indivíduos, da comunidade fundamentais para o sistema de domínio estatal.

A ciência da Medicina (e também do Direito) presta-se na visão *foucaultiana* para disciplinar, para docilizar, adestrar sujeitos que se tornam facilmente manipuláveis. O poder disciplinar é “um domínio de objetos, um conjunto de métodos, um corpus de proposições consideradas verdadeiras, um jogo de regras e definições, de técnicas e instrumentos” sendo o responsável pelo controle dos discursos produzidos (Foucault, 2013, p.28).

Os dados levantados pelas agências do Estado a partir do controle com os corpos; número de nascimentos, de mortes, condições de saúde da comunidade, de envelhecimento; contribuem para o exercício do que Foucault chama de biopoder, que permitirá ao estado fazer a gestão da vida, e também da morte, da população. Nesse sentido, o biopoder se

articula a uma biopolítica que organiza, controla a sociedade. Outra face de como se articula a biopolítica aliada ao biopoder é que ela opera não apenas de maneira a exercer o controle, mas também a exclusão de sujeitos.

Uma situação lamentada pelos técnicos de saúde no dia do monitoramento foi a impossibilidade de as mulheres fazerem o exame ginecológico chamado Papa Nicholau, que serve para detectar câncer de útero. A razão era a falta de condições de higiene e de estrutura para acomodar as mulheres (não havia água, não havia portas na sala de exames, não havia maca apropriada) em virtude da reforma em andamento.

A dúvida que atormentava a equipe era como fariam para prestar contas dessa exigência junto à SESAI (que exige um número mínimo de exames por unidade de saúde a fim de atingir metas federais), se os exames não estavam sendo feitos pelas próprias condições do prédio, e não pela não adesão das mulheres.

Nesse jogo, o Estado não dá condições para eficazmente promover e cuidar da saúde da mulher indígena, mas por outro lado cobra dela a responsabilidade individual por manter a carteira de gestante em dia ou as vacinas de seus filhos regularizadas.

Nesse dia, tive a oportunidade de conversar mais demoradamente com a enfermeira, quem é indígena e trabalha há alguns anos com essa equipe. Enquanto pesava e media a altura das crianças falou da preocupação com eficiência das políticas de saúde voltadas para a população indígena e de sua insatisfação com a reforma no posto; iniciada há mais de dois anos e ainda inacabada.

Essa enfermeira gosta de conversar, e me fez várias perguntas acerca de meu trabalho ali. Quis saber se eu estava pesquisando sobre suicídio e com qual grupo de professores da Universidade eu fazia pesquisa. Uma jovem mãe que acompanhava a nossa conversa quis saber se eu era casada e se tinha filhos. Espantou-se ao ouvir que sim, “mas você tem jeito de mulher solteira” foi o que ela me disse rindo. Sorri para ela, pensando como a minha entrada em campo se liga(va) à maneira como eu era significada pelos indígenas (ver SOUZA, 2013), e as mulheres - por mais que na minha idade não necessariamente estejam casadas - essa não deixa ainda de ser a regra. Assim, se eu não me encaixo nas categorias nativas, dificilmente minha entrada é permitida (IDEM).

Enquanto estávamos ali, na nossa conversa, chega o dentista. Era a primeira vez que eu o via. Havia chegado com sua van, onde se lia BRASIL SORRIDENTE nas portas.

Ele se apresentou e começou a falar de suas atividades na saúde indígena. Disse ser o responsável por atender os desaldeados e acampados. Notou que uma das jovens indígenas ali

presentes estava usando aparelho nos dentes e comentou: “agora você vai ter que me visitar para fazer limpeza. Tem que cuidar da placa bacteriana”. Ela sorriu para ele, e eu fiquei a pensar em toda a imposição de categorias e conhecimentos não indígenas ali presentes, como dadas noções de higiene, bem como da própria “placa bacteriana”.

O dentista me contou que desde que um corte de energia aconteceu na unidade em janeiro de 2014, queimando e inviabilizando o uso dos instrumentos do dentista, esse serviço é prestado numa van do programa Brasil Sorridente, que leva até a casa dos usuários do serviço o equipamento e os técnicos competentes para auxiliar na saúde bucal. No carro tinha uma cadeira odontológica, recursos como medicamentos e luvas, um reservatório de água.

Figura 29: Modelo de uma van Brasil Sorridente.



Fonte: <http://www.isurubim.net/2012/08/47-cidades-de-pernambuco-receberao-uma.html>

Estávamos sentados eu, o dentista, a jovem de aparelho nos dentes e a zeladora da unidade, ambas indígenas. Já era fim de expediente e quase não havia mais pacientes no posto. Nesse momento chega a notícia de que uma senhora indígena estava com muita dor de dente e o serviço odontológico domiciliar foi requisitado.

Atendeu-se ao chamado prontamente. Ao sair de onde estávamos conversando acerca das dificuldades impostas pela realidade estrutural do posto, o dentista despediu-se dizendo: “Até logo, vou ali tirar um dente”.

Perguntei às minhas acompanhantes se conheciam a pessoa com dor de dente. Uma

delas disse que sim. Perguntei onde mesmo tinha ido o dentista, ao que ela respondeu: “Ele foi ali, arrancar um dente”. Sorri e disse a ela que achava que ele tinha usado apenas uma expressão para referir-se ao atendimento. A indígena com semblante sério respondeu: “Não, a senhora está com dor de dente. Vai arrancar” (sic). Abriu um sorriso e concluiu: “Tá doendo, né. Tem que tirar” (sic).

O trabalho do antropólogo foi resumido com muita sensibilidade por Roberto Cardoso de Oliveira (2006) como sendo o de “olhar, ouvir e escrever”. Quando iniciei minhas imersões em Panambizinho não sabia ao certo o que me esperava, sobre o que escreveria? Pensei que o deslocamento maior viria em forma de elementos da “cultura” indígena, esse termo trabalhado como o faz Manuela Carneiro da Cunha (2009), sinais diacríticos e comportamentos um tanto folclorizados acerca do modo indígena de tratar saúde.

Pensei que a maior parte do meu tempo seria para aprender sobre os rituais indígenas de cuidado em saúde, as simbologias, os medicamentos tradicionais. Mas, olhando e ouvindo surpreendi-me que tratar de interculturalidade implicava grandemente em aprender a história da população que me recebeu, compreender o contexto de onde moravam, em que condições viviam, trabalhavam, se alimentavam, como davam sentido às circunstâncias de vida de sua comunidade.

A noção de um conceito de cultura dinâmico, que se transforma e se ressignifica a partir de suas contingências temporais foi sendo construída com enorme clareza a partir de minha inserção em Panambizinho. Até então minhas passagens pelas aldeias Jaguapirú e Bororó tinham sido pontuais e breves. Como meu contato nesses locais deu-se mais com os técnicos de saúde e não com a população indígena residente algumas reflexões apareceram com maior clareza em Panambizinho.

Ali me deparei com um campo, o posto de saúde, tido como a porta de entrada à rede de saúde estatal, organizado para atenção diferenciada à população indígena. Um espaço onde estão indígenas usuários de um serviço primordial do seio dos Direitos Humanos: o acesso à Saúde. Uma questão que por si traz um leque de interesses conflitantes entre concepções diferenciadas do que é afinal, saúde, de lugares onde uns tem mais privilégios do que outros, onde todos se submetem a regras e legislações estatais homogeneizadoras que se pretendem universais (SEGATO, 2006).

O posto de saúde de Panambizinho serviu para mim como porta de entrada para as reflexões acerca da minha posição ética enquanto pesquisadora da Antropologia e começa a semear indagações referidas por Rita Segato (2006, p.207) sobre como “colaborar no complicado processo de expansão do direito e de articulação entre horizontes culturais

particulares e uma jurisdição que se confunde com a própria humanidade”.

No meu percurso até aqui, chamou-me a atenção a dificuldade enorme que os profissionais de saúde têm na atenção à Saúde dos usuários indígenas. Dificuldades que acontecem pela língua, pelo desconhecimento da realidade dessa população, pela estrutura física dos locais de trabalho, pela falta de motivação dos trabalhadores.

Ademais, percebi nos diferentes campos, hospitais, unidades básicas de saúde, ambulatorios, que quando os sujeitos são indígenas não há quase diálogo com os profissionais de saúde não indígenas, não há trocas entre sujeitos. Tratando-se das relações interétnicas, entre pacientes que são indígenas e os profissionais de saúde formados numa lógica distinta, a assistência em saúde é feita num distanciamento e silêncio perturbadores. O paciente indígena é cotidianamente calado nos hospitais, nos campos estatais de saúde. Na disputa de forças, seus desejos, seus discursos não estão sendo considerados. Então, o calar refere-se também a não escuta e ao processo de infantilização posto no movimento de incapacitação. Afinal, os infantes ou crianças na sociedade moderna ocidental são sujeitos assujeitados e sem voz; colocados juridicamente como absolutamente incapazes de responder por si a respeito de suas ações. Assim, aproveitando a metáfora da incapacidade ligada ao infante e ao sujeito sem voz, cabe o escorregamento desta para a retirada dos dentes antes exposta como marca desta infantilização do indígena.

Pierre Clastres escreveu acerca de como a fala para os povos primitivos tem caráter valiosíssimo na organização e manutenção da estrutura de poder e tradições. Na sua concepção, aquele que abre mão do uso e domínio da palavra submete-se ao outro, posto que “palavra e poder mantêm relacionamentos tais que o desejo de um se realiza na conquista do outro” (2008, p. 208).

Rita Segato (2006) fala que o anseio ético é um movimento que nos impulsiona a partir do encontro com a alteridade. É um anseio que incomoda quando padrões compartilhados que se mostram já não satisfazem. A autora ressalta ainda que nem todos se mostrarão insatisfeitos, impulsionados pelo impacto da existência do Outro.

Fui tomada por um enorme “incômodo ético” na passagem da jovem indígena que sem a chance literal de abrir a boca teve a sorte de seu dente decretada, seria arrancado, num procedimento já tido como natural por um serviço sistematizado e supostamente gerido para manter o “Brasil Sorridente”. Não percamos de vista que estar sem dentes é infantilizar os sujeitos que ficam despidos da possibilidade de mastigar e então processar seus alimentos.

3.4 PASSAGENS SOBRE SER INDÍGENA E PROFISSIONAL DE SAÚDE NOS DISPOSITIVOS DO ESTADO

Passo agora a relatar um bloco de histórias que têm foco nos profissionais indígenas de saúde. O farei em ordem cronológica como as vivenciei.

Os agentes indígenas de saúde, os enfermeiros, os técnicos de enfermagem indígenas são peças essenciais na aproximação entre comunidade e órgãos do Estado. Ademais, se estamos falando de encontro entre culturas, de um espaço de produção intercultural, são esses profissionais que trazem em si a possibilidade de produção desse encontro por excelência.

Em Dourados, nos dispositivos de saúde, a assistência aos indígenas revela o desafio dos profissionais em geral para atuarem em consonância com a interculturalidade almejada pelo Estado na PNASPI. Uma produção intercultural como pensada por Homi Bhabha (2007) implica numa construção singular, onde num encontro entre dois distintos, produz-se algo inédito, um terceiro elemento impregnado dos dois.

A interculturalidade idealmente conceituada como o produto final do encontro entre alteridades encontra dificuldades em sair do papel, como mostra a prática. Da mesma forma, a assistência intercultural como “o atendimento ao indígena respeitando suas especificidades sócio-culturais” como escrito no documento de contrato de serviços do HUGD e que deveria nortear toda a rede de atenção ao indígena encontra também obstáculos.

Nossa cultura, essa mesma que aponta Geertz (1989) trata-se de um conjunto de sistemas simbólicos ao qual estamos enredados, produzindo e encadeando significações, parece estar construindo uma teia que engloba e cristaliza determinados sujeitos a uma distância considerável do acesso aos direitos e ampliação de conquistas para a cidadania.

Segundo Homi Bhabha (2007) a potencialidade do entrelugar criado no encontro entre dois coletivos de diferentes culturas é interessante porque abre a possibilidade criativa de produção de novas subjetividades. Remete à figura de uma ponte que conecta dois grupos étnicos e permite trocas e transformações culturais únicas, como se pode perceber ao longo dos eventos descritos ao longo do trabalho.

Acompanhando os profissionais indígenas de saúde, percebemos uma assistência que reproduz na maior parte os saberes não indígenas. A riqueza da potencialidade entre culturas perde-se.

Autores como Homi Bhabha (2007), Joaquin Flores (2009), Eduardo Lander (2005) e Antonio Brito (2013) apontam que o cenário da diversidade pode revelar-se como um cenário

de diferenças hierarquizadas, onde hábitos, costumes, crenças subjetivadoras de um coletivo tendem a ser desqualificadas em relação às maneiras do grupo social dominante física, política ou economicamente. Daí uma extrema dificuldade de se construírem relações interétnicas onde diferenças sejam celebradas e não submetidas a interesses do grupo privilegiado.

Cabe aqui a reflexão sobre em que termos acontecem as relações negociadas nos campos de atenção e assistência à saúde indígena em solos douradenses. Neles as práticas de saúde ratificadas tendem a ser norteadas por valores construídos historicamente onde saberes biomédicos e técnicas ocidentais são valorizados por ciências tidas como verdades únicas (BONET, 2004) e que consideram o corpo fisiológico em primazia, pautando-se no uso de medicamentos, controle e disciplina (FOUCAULT, 1997, 1998).

A assistência em saúde que tem sido legitimada pelo Estado pauta-se, sobretudo, nos marcadores da ciência biomédica que por sua vez elegeu o conhecimento construído acerca do corpo fisiológico, fragmentado em suas especificidades e minuciosamente dissecado pelas especialidades que compõem o campo de estudos da medicina (Ginecologia, Ortopedia, Nefrologia, etc).

Para Michel Foucault (1997, 1998, 2001) o interesse do Estado em legitimar estudos, pesquisas e intervenções médico-científicas retrata o interesse em produzir um saber sobre um corpo, o qual por sua vez é submetido à “clínica” que goza de status privilegiado na sociedade e produz verdades que sustentam relações de poder. Mantêm-se com isso, em geral, posições onde um sujeito acaba sendo assujeitado (BUTLER 2003) e submetido ao conhecimento legitimado de um Outro privilegiado.

Mas eu gostaria de fazer um outro tipo de pergunta. Ou seja: como é que o domínio da ontologia, ele próprio, está delimitado pelo poder? Como é que alguns tipos de sujeitos reivindicam ontologia, como é que eles contam ou se qualificam como reais? Nesse caso, estamos falando sobre a distribuição de efeitos ontológicos, que é um instrumento de poder, instrumentalizado para fins de hierarquia e subordinação, e também com vistas à exclusão e à produção de domínios do inimaginável (PRINS & MEIJER, 2002, p.161).

Reproduz-se um discurso que parece ter sido formatado e naturalizado, o da exclusão social de determinados sujeitos.

Judith Butler (PRINS & MEIJER, 2002) segue contribuindo para a discussão do papel fundamental do Estado em criar intersecções políticas que validam e repetem incessantemente discursos e práticas que mantêm paradigmas culturais e conceitos normativos que limitam produções subjetivas. Dessa forma, reproduzem-se condições legitimadas de

sujeitos que Butler chama de abjetos, destituídos sistematicamente de acesso a privilégios e poder.

“Entretanto, prevenindo qualquer mal-entendido antecipado: abjeto para mim não se restringe de modo algum a sexo e heteronormatividade. Relaciona-se a todos os tipos de “corpos cujas vidas não são consideradas “vidas” e cuja materialidade é entendida como não importante” (PRINS & MEIJER, 2002, p.161). O termo “assujeitados” utilizado pela pesquisadora— inspirada em Michel Foucault— refere-se a minorias (de acessos a direitos) que frente às relações constantes de poder acabam caladas e/ou não escutadas. Nessa perspectiva, quanto mais assujeitado e com menos condições sociais e econômicas de vida, mais distanciado do acesso aos serviços do Estado e mais inumano é o sujeito (BUTLER, 2003).

Felix Guattari (1993) afirma que o Estado interessado pela manutenção de poder bélico e econômico e de domínio sobre diferentes parcelas da população associa-se à mídia, aos sistemas jurídicos e à ciência-tecnológica e utiliza-se do discurso, do enunciado para paralisar e impedir qualquer processo subjetivo que possa corromper a lógica estabelecida. A essa dinâmica denomina “territorialização”; a formação de campos equilibrados a custas de subjetividades uniformes e obedientes. O autor diz que é necessário “desterritorializar” permitindo novas cadeias discursivas, buscando sentidos no outro. Trata de um processo ético, de escuta de singularidades com compromisso coletivo, projeto que, em longo prazo, levaria a benefícios para toda humanidade (GUATTARI, 1993).

Nessa mesma perspectiva, dever-se-á considerar os sintomas e incidentes fora das normas como índices de um trabalho potencial de subjetivação. Parece-me essencial que se organizem assim novas práticas micropolíticas e micro sociais, novas solidariedades, uma nova suavidade juntamente com novas práticas estéticas e novas práticas analíticas das formações do inconsciente. Parece-me que esta é a única via possível para que as práticas sociais e políticas saiam dessa situação, quero dizer, para que elas trabalhem para a humanidade e não mais para um simples reequilíbrio permanente do Universo das semióticas capitalistas (IDEM, 1993, p.55).

Como não pensar que muitas pessoas se beneficiariam de uma semente natural, encontrada na mata, sem custo que pudesse ser utilizada como contraceptivo? Por que razão a enfermeira indígena quase sussurrou seu depoimento num refeitório praticamente vazio (relato este episódio mais adiante)?

O sistema médico de atenção à saúde é um sistema cultural consonante com os grupos dominantes e realidades sociais que o produziu.

Colocado dessa forma, os aparatos de atenção em saúde reconhecidos pelo Estado tendem a desconsiderar outras formas de organização e cuidados em Saúde que dizem de

outros sistemas, como por exemplo, os tradicionais indígenas. Eles são um leque composto por distintas formas de significar o corpo, de orquestrar rituais e curas (LANGDON, 2001). Ignoram-se elementos constitutivos de populações que produzem e se apropriam de diferentes maneiras de produzir saúde.

Apesar de ser impossível falar de uma medicina indígena, em geral os sistemas indígenas de saúde são mais holistas e podem ser caracterizados como sistemas xamânicos, nos quais doença e saúde fazem parte de um sistema cosmológico e os fatores físicos, sociais e espirituais interagem no processo de saúde/doença e cura (LANGDON, 2001, p. 161).

O panorama que se constitui diz sobre um Estado frágil no desafio de gestar e administrar políticas de Saúde para a diversidade de populações que o compõem. Em especial as práticas indígenas que são amiúde referidas como ações mágico-religiosas sofrem preconceito nesse cenário colocado, provocando o aparecimento de um campo de disputas entre saúde indígena e a saúde indigenista, uma roupagem relacionada às lutas por poder que fazem parte das engrenagens institucionais.

Em virtude da ênfase nas práticas pautadas na biomedicina que se pretende postular como universal forma-se a condição onde o conhecimento do corpo biológico não se afeta pelas especificidades acerca de quem é o homem cujo corpo se trata (BONET, 2004).

Na cultura ocidental moderna, ao se explicar o processo saúde-doença, foram destacados os saberes biológicos, dando lugar ao que se conhece como modelo biomédico ou biomedicina. Esse modelo, imposto como um saber sobre a doença e sobre o corpo coexiste com outras exteriorizações do processo saúde e doença-conhecidas como medicinas alternativas, medicina popular, medicinas naturais e medicinas lentas. Mas, desse conjunto de saberes, a biomedicina é a que conta com maior grau de legitimidade.e sua postulada universalidade (que) derivam do fato de suas bases estarem estreitamente relacionadas com o conhecimento científico (IDEM, 2004).

Parece ser necessário que se sinalize às escolas que lidam com a formação e com a capacitação dos profissionais de saúde, a importância de campos de discussão a respeito da existência das diversas formas de relações que os grupos humanos podem estabelecer com seu corpo, construindo diferentes concepções de Saúde, e por sua vez, entrelaçadas com elementos das cosmologias, dos seus processos históricos que em conjunto interferem nos seus modos de cuidar, de viver e de adoecer.

3.4.1 A fuga do dia 15 de Agosto de 2012

No segundo semestre do ano de 2012 houve uma extensa greve de servidores da Universidade Federal da Grande Dourados. Essa greve atingiu o HUGD. Os servidores em greve adotaram um sistema de rodízio para atender o hospital. Com isso, os residentes pós-graduandos da especialização multidisciplinar assumiram os diferentes setores cobrindo as faltas dos grevistas.

Desse modo vimo-nos, eu e uma colega também psicóloga residente, cobrindo demandas no hospital inteiro, uma vez que os profissionais servidores da Saúde Mental estavam ausentes. Numa ocasião fui chamada de volta à Pediatria com urgência. Pelo alto-falante anunciavam meu nome e que me dirigisse até lá imediatamente.

Cheguei ao setor e encontrei com o semblante de frustração de uma das enfermeiras; quem me disse: “Vai lá no quarto e conversa com o pai da Geni, se quer fugir que fuja. Eu não tenho paciência mais não. Já chamei o intérprete, mas ele ainda não chegou” (sic).

Pedi que me explicasse a situação. Geni era um bebê de dois anos. Estava internada há cinco dias por causa de uma pneumonia. A mãe, uma jovem indígena, era a acompanhante. Moravam na aldeia Jaguapiru de Dourados.

A criança estava fazendo uso de antibióticos num tratamento que duraria ainda pelo menos mais dois dias. Caso essa medicação não fizesse efeito desejado, outro antibiótico seria utilizado, o que implicaria ainda em mais sete dias de internação.

A condição da bebê, quem apresentava melhoras, era ainda frágil. Para a equipe, se o pai retirasse a filha do hospital, como ameaçou fazer, prejudicaria seu reestabelecimento.

Perguntei à enfermeira responsável pelo setor por que o pai queria ir embora com a criança. “Não quer ficar. Vai fugir. É normal eles fazerem isso. Mas poxa, é um bebê. E a mãe não fala nada, super submissa. Ele só diz que vai embora” (sic). Quiçá, eis a emergência da resistência não percebida por parte da maioria dos servidores da saúde que não são indígenas.

Indaguei o que ela queria que eu fizesse. Ela me disse que eu conversasse com a mãe para convencê-la a ficar. Fui até o quarto para conhecer essa família e tentar entender as razões para que o pai de Geni quisesse ir embora levando a filha.

No quarto a criança estava de pé dentro do berço, a mãe sentada numa poltrona com uma sacola de plástico nas mãos com alguns pertences, como um pente, um par de fraldas e o que parecia ser uma escova de dente.

O pai estava fora do quarto no corredor. Olhava o relógio e me parecia ansioso.

Apresentei-me e comecei a conversa com a mãe, perguntei sobre a bebê, sobre como estava de saúde. Ela foi timidamente respondendo e sorria para sua filha sempre que ela a chamava.

Disse-lhe que ela parecia estar pronta para ir embora, com sua sacola na mão. Ela disse que sim, que aguardava a carona pedida pelo marido. Perguntei se ela sabia que a equipe médica não concordava com a ida de Geni para casa. Ela respondeu que sim. Mas acrescentou; “Ela vai continuar cuidada. A avó cuida. Ela já está melhor” (sic).

A conversa seguiu de modo que eu entendesse como seria o cuidado dessa avó. Não pude compreender se se tratava da avó por parte de pai ou de mãe. Mas entendi que quando ela se referia a cuidados que só a avó poderia oferecer, estava referindo-se a rezas ou algum tipo de ritual para proteger Geni de feitiço. Para a mãe, Geni sofria de um feitiço (maldoso) lançado por algum inimigo da família. A bebê precisava de proteção espiritual dessa avó, quem saberia os cuidados a fazer. Como já mencionei anteriormente, há uma lógica e eficácia próprias à magia e ao feitiço. Essa energia que impõe força à circulação dos malefícios veiculados nos e pelos feitiços, faz com que os Kaiowá, por exemplo, tomem suas precauções como a realização de mais de um batismo somados às modificações dos prenomes a serem usados ou não socialmente (SILVA, 2013). Acompanhemos excerto da pesquisa de Mariana Pereira da Silva (2013, p. 88-89):

Sugiro que o “ser parteira” é um lugar de poder, de prestígio, plural porque não resumido a uma dada e única maneira de ser parteira. Enfim, em meio à pluralidade e talvez às diferentes nuances que o “ser parteira” ocupa, ligado à expertise das rezas e dos benzimentos ao longo da gestação, durante o parto e após o parto. E mais: Maria Cândida me faz pensar que o “ser parteira” também pode se vincular ao batizar, às rezas e aos demais elementos que revestem este ritual que sela esta forma de parentesco espiritual. Mas não apenas, porque o ser “comadre” soma-se, quiçá, ao poder/saber (FOUCAULT, 2001) que Maria Cândida apresenta na localidade e que se alia aos desdobramentos do batismo: é ela quem – segundo dizeres de Alzira, atribui o nome Kaiowá que tradicionalmente não se pronuncia e que não se confunde com aquele posto no RANI (Registro Administrativo de Nascimento e Óbito de Indígenas) nem tampouco no assentado no Registro de Certidão de Nascimento Cível (voltado aos não indígenas e indígenas). Como forma, quem sabe, de evitar que o feitiço ou doenças colem à pessoa, afinal, o nome é a pessoa, em especial, no seu valor “metafísico e moral” de pertença ao social (MAUSS, 2003, p.397).

Lauriene Seraguza Olegário e Souza (2013) trata em sua pesquisa de campo a respeito da cosmologia e do corpo das mulheres Guarani e Kaiowá, em terras indígenas no Mato Grosso do Sul.

O resultado é um relato de sensibilidade sobre o compreender como a feitiçaria presente no universo Guarani e Kaiowá tem papel estruturante para a produção de um corpo

saudável, estando ligado à concepção de pessoa indígena; uma correta maneira de ser, do jeito de viver Guaraní e Kaiowá, o dito *teko porã*, como o oposto do antes exposto com o *teko vai*.

A feitiçaria, discussão clássica antropológica, permeia as relações interpessoais, sendo que a acusação de feitiçaria é tida como gravíssima na comunidade. Segundo a pesquisadora, a categoria feitiço adquire duas nuances: o feitiço que mata, que faz o feio, e o feitiço que aproxima e produz o belo.

As concepções de xamanismo e de feitiço, instância máxima da alteridade entre os Kaiowa e Guarani permearam toda a minha pesquisa de campo, a importância da reza/canto, o uso de remédios do mato, o perigo do feitiço, e a mistura dos dois, estão intrinsicamente ligados com a fabricação e reprodução dos corpos e a concepção da pessoa kaiowa e guarani, assim como com a alteridade absoluta alastrada pela mulher (SOUZA, 2013, p.126).

Nos espaços de saúde, as acusações de feitiços feitas pelos indígenas para explicar a condição dos pacientes não são consideradas como “inteligível” (tomando uma expressão de Victor Turner). São tidas como crenças que não auxiliam a terapêutica biomédica dos doentes. Contudo, para os Kaiowá e Guarani, os feitiços estão presentes em seu cotidiano e fazem sentido porque detémeficácia.

O antropólogo Victor Turner (2013) faz importantes reflexões quando aborda essa questão com os ndembus e seus ritos na África central. Entre os ndembus há um ritual que se chama Isoma. O principal objetivo do Isoma é reverter feitiços de infertilidade. Contudo, o ritual acaba por restaurar a relação entre matrilinearidade e casamento e reconstruir relações conjugais entre mulher e marido, além de restaurar a fertilidade da mulher. Acredita-se que essas mulheres estão sendo castigadas por sombras de parentas mortas⁸.

Turner detalha esse ritual que tem a participação das pacientes e de familiares do sexo masculino, raízes, remédios especialmente preparados, aves brancas e vermelhas, num rito que será bem sucedido caso a mulher consiga ter um filho e que o filho sobreviva até começar a dar os primeiros passos.

O que pareceria uma crença sem sentido aos olhos ocidentais, adquire entre os ndembu uma proporção simbólica importante e estrutural para sua organização. A mulher que é enfeitada e assombrada pelos espíritos é, ao fim do rito, levada a retomar os laços com sua

⁸ Um dos profissionais da saúde indígena do posto de Panambizinho em uma de nossas conversas mais descontraídas, ocorrida em dezembro de 2014, compartilhou comigo que: “Aqui não é violento como Dourados. As pessoas aqui são tranquilas, por isso tem que cuidar pra não vir muita gente. Aqui não se tem medo do vivo, ao contrário, o pessoal aqui, a gente tem é medo do *anguery*. Pergunto o que é *anguery* ele muito sério diz: “Assombrado!”(sic). Se aqui a fala do AIS remarca a assombrado e o provável feitiço à reboque, em outros momentos o mesmo destacou também a importância dos instrumentos de exames e de intervenção da biomedicina como sendo necessários aos cuidados de si por parte dos indígenas.

família de origem, afastando-se do lado masculino familiar. Restabelece-se o retorno à convivência numa sociedade estruturalmente posta no conflito, haja vista os ndembus serem matrilineares e uxori-locais, isto é, quando as mulheres se casam passam a morar com a família do esposo, a despeito dos filhos manterem ascendência de sucessão com os homens de sua linhagem.

Finalmente, o Isoma não é grotesco(...). Cada elemento simbólico relaciona-se com algum elemento empírico de experiência... dado o limitado conhecimento da ideia de causalidade natural transmitido na cultura ndembu, quem duvidará que em circunstâncias favoráveis o uso desses medicamentos pode produzir considerável benefício psicológico? A expressão simbólica do interesse de grupo pelo bem-estar de uma mulher infeliz, reunido à mobilização de um conjunto de coisas boas em favor dela, bem como a associação do destino individual com símbolos dos processos cósmicos da vida e da morte- isto tudo se apresentará para nós como algo meramente inteligível? (TURNER, 2013, p. 54).

Turner atribui sentido contemporâneo à questão da feitiçaria. Nas relações estabelecidas entre os não indígenas e os Guarani e Kaiowá parece não haver (tanto) espaço, principalmente na biomedicina, para que os males que acometem os indígenas sejam aplacados da forma como para eles fazem sentido.

Volto agora ao caso de Geni. O pai entrou no quarto, disse que não queria conversar comigo, puxando a mãe pelo braço. O intérprete indígena chegou. Com muita tranquilidade iniciou um diálogo em guarani com o pai da criança. Eles misturaram guarani e português. Eu consegui entender frases soltas, como “uma semana, uma semana já”, gritava o pai, e ainda a frase “chamar conselho tutelar” dita pelo tradutor.

Ficamos eu e a mãe ali observando a conversa entre eles. No fim, o pai saiu do quarto contrariado. O intérprete conversou com a mãe de Geni, ainda em guarani, afagando a criança no berço e saiu. Convidou-me para ir com ele.

Perguntei o que aconteceu. Ele me contou que o pai estava irritado com a ausência da esposa em casa, provavelmente pelo locus central que as mulheres como explora Souza (2013) detêm junto à parentela. A perspectiva de ficar sem a mulher em casa por mais uns dias não lhe era agradável. Perguntei se falou algo de a criança estar enfeitiçada. Como resposta ouço que para os Guarani e Kaiowá sempre tem feitiço num adoecimento. Mas que ele tentou de todos os jeitos explicar para o pai que também existem outras formas de tratamento e que a criança precisava ficar aqui, no hospital.

Questionei se o pai se convenceu. A resposta foi que não. “Ficou brabo” (sic). Perguntei o que ele falou para o pai ir embora sozinho. “Nesses casos não tem jeito, você tenta explicar, tenta conversar, mas esse pai não quer saber. Daí você fala que tirar a criança

do meio de um tratamento do hospital é crime. E que vai chamar o Conselho Tutelar. Pra eles é como polícia. Daí teve que deixar” (sic).

Novamente o poder disciplinador dado por uma agência do Estado (FOUCAULT, 2013) aparece para controlar e domesticar o sujeito. O hospital caracteriza-se por ser um espaço de vigilância, seja por registros feitos a cada turno nos prontuários, seja pelas relações estabelecidas entre os ocupantes de um mesmo quarto, ou ainda pelos guardas nas portas de entrada e saída. É um sistema descentralizado de poder ao qual nos submetemos em troca de cuidados com o corpo. Os indígenas são o grupo que reconhecidamente mais “fogem” do HUGD. Escapam a esse controle, não se submetem a esse sistema, fazendo assim mais uma forma de resistência.

Voltei ao quarto para saber como estavam a mãe e Geni. Ambas estavam bem. A mãe disse estar tranquila e que esperaria o marido voltar para buscá-la em dois dias. Quando a indígena mencionou a temporalidade de dois dias para ir embora, recordei-me das pontuações de Rachel A Menezes (2006) para quem dentro dos CTI’s há uma “total abolição do tempo” (IDEM, p.32) somada à constância da luminosidade artificial solapando a presença da luz solar. E mais: recordei-me de quando minha orientadora remarcava o quanto para os Kaiowá a temporalidade não se dá, necessariamente, pautada no calendário judaico-cristão como naturalizamos. Em outros dizeres, se nossa nascença é marcada pelos anos e a data de aniversário a faz com que anualmente reiteremos nossa linearidade temporal, para os Kaiowá há outros marcadores que não o antes e depois de Cristo, bem como, a prevalência do tempo-relógio não necessariamente os balizam.

3.4.2 A eficácia das sementes contraceptivas: o evento de 09 de Outubro de 2013

Era uma tarde chuvosa. Estava no Hospital da Missão tomando café no refeitório. Havia poucos pacientes, alguns quartos vazios. Comigo, tomando chá, estava uma das enfermeiras que é indígena Guarani e Kaiowá.

Ela é jovem, talvez uns 26 anos. Fala com paixão de sua profissão e me conta como é um orgulho para ela trabalhar na sua comunidade, lugar onde ela cresceu e mora. Conhece bem os pacientes que passam pelo hospital, pois são vizinhos, parentes, amigos e me auxilia nas minhas abordagens com os pacientes em várias situações.

Na tarde do dia 09 de outubro de 2013, aproveitei para perguntar-lhe a respeito de

uma semente supostamente usada como contraceptivo pelas indígenas Guarani e Kaiowa. Ela quis saber como eu sabia da existência dessa semente. Respondi que algumas vezes no HUGD deparei-me com jovens que me contaram fazer uso dessa semente, mas que não estava claro para mim como era esse processo, por isso lhe perguntava.

A enfermeira aproximou-se, baixou o tom de voz e quase que em confidência falou: “olha, existe sim. Eu sei porque minha avó mexia. Minhas tias e outras mulheres eu sei que também usavam. Mas não é qualquer um que mexe, eu mesmo nunca usei, nem vi” (sic). Olha para os lados e fala ainda mais baixo: “Se a menina diz pra mim que usa, eu acredito. Porque funciona. Mas aqui, vou dizer pra ela que tem que ir no posto, tomar injeção” (sic).

Ainda que a profissional diga conhecer e confiar num remédio tradicional, ela pareceu para mim não se sentir a vontade para falar disso no seu local de trabalho. Ser da comunidade, conhecer suas tradições, contribuir na assistência em espaços de diversidade étnica, são algumas das atribuições que respondem pela importância de profissionais indígenas de saúde nos espaços de serviço. Contudo, nas “negociações cotidianas” entre biomedicina e medicina tradicional segue-se valorizando a primeira, em especial quando tais profissionais estabelecem contato conosco em falas formais de e para pesquisas. É uma declaração de que a forma(ta)ção a que esses profissionais estão sendo submetidos está resultando num contínuo “processo civilizatório” dessas populações, mas que são atravessados pelos demais saberes tradicionais que escapam de suas falas e práticas.

Reconhecimento e respeito aos conhecimentos indígenas, entre eles seus processos medicinais são em tese conquistas garantidas em leis internacionais (BRITO, 2011). Para Antônio Guimarães Brito “etnodesenvolvimento, autodeterminação ou autonomia dos povos indígenas significa, acima de tudo, tomar o próprio rumo da história, como sujeito capaz de decidir. Isto é condição básica para um povo” (IDEM, p.67).

Desconsiderar as especificidades de atenção em Saúde aos indígenas é desrespeitá-los na sua forma de organização e de autodeterminação. A situação é complexa e aponta realmente para o extermínio étnico cultural quando colocamos que não basta que o conhecimento acerca da saúde indígena seja considerando, mas que as práticas de saúde indigenistas os efetivem.

Há muitos trabalhadores indígenas no campo da Saúde, profissionais enfermeiros, técnicos em enfermagem, agentes indígenas de saúde, psicólogos, os quais certamente conhecem acerca da produção de saúde tradicional. Contudo, para adentrar no campo de saúde formal esses profissionais atuam em conformidade com suas formações/formatações científicas e práticas reconhecidas costuradas no seio da cultura ocidental europeia, protegidos

pelos códigos de ética que suas ciências produziram, reproduzindo discursos de poder e um saber pautado tanto na biopolítica quanto no biopoder *foucaultianos*. Porém, por mais que eu tenha significado a fala baixa da enfermeira do HM como um sussurro com tons de confissão de interdito, ao relatar sobre a eficácia das sementes contraceptivas, sublinho o quanto ela não hesitou em confirmar os saberes tradicionais. O mesmo percebi nos ditos de um dos agentes de saúde (AIS) de Panambizinho, cuja porosidade discursiva deixava transparecer o quanto esses dois registros coabitam em sua subjetivação, a saber: a formação técnica da biomedicina repassada pela antiga FUNASA e atual SESAI, bem como da tradicional advinda de sua parentela Kaiowá.

3.4.3 Escorregamento de capital simbólico: atividade de 15 de Janeiro de 2015 em Panambizinho

Fui avisada que na terceira quinta do mês de janeiro de 2015 aconteceria uma atividade de Educação em Saúde, no posto de Panambizinho. Cheguei bem cedo, antes mesmo das 8 horas da manhã. Esses encontros segundo disseram-me, não aconteciam com frequência, mesmo sendo considerados pela equipe do posto como momentos importantes para coordenar estratégias de promoção em Saúde. Não percamos de vista que especialmente, o posto de Saúde está localizado ao lado de uma quadrapoliesportiva e da escola municipal indígena que atende jovens e crianças Kaiowá até o nono ano. O público que vai à escola passa pelo posto e vice-versa. Assim, não estranhei que a atividade fosse voltada aos jovens dentro do posto de saúde.

Foi-me dito que a iniciativa daquela manhã era para reunir jovens da aldeia e discutir sobre alimentação saudável e planejamento familiar. A atividade fora organizada por um dos AIS e pela enfermeira responsável da unidade. Como parte da equipe ainda estava de férias consideraram pertinente aproveitar o espaço do posto para realizar esse encontro e conversar com os jovens.

Entrei no posto e os convidados ainda não haviam chegado. O ambiente estava sendo preparado com balança e aparelho para medir a altura, também uma mesinha com um aparelho para aferir pressão, lista de presença a ser assinada e prontuários dos possíveis participantes para eventuais anotações. Ressalto que o posto à época contava com a estrutura reformada, de maneira não precária como quando realizei a pesquisa de campo.

Figura 30: Ambiente sendo preparado para atividade.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2015).

Figura 31: Mesa preparada pelo AIS.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2015).

Foram espalhadas cadeiras e aos poucos os jovens começaram a chegar. Sentaram-se 9 meninos e 4 meninas, entre 12 e 18 anos. O grupo era falante e aparentavam serem bem próximos, brincando uns com os outros e contando histórias engraçadas. Falavam a maior parte em guaraní, mas também em português.

Os palestrantes, ambos indígenas, mesclaram as duas línguas ao se comunicarem, de modo que eu pude entender grande parte do que foi falado por eles.

Dentre informações referentes à qualidade da comida que deveriam ingerir, de métodos contraceptivos e o estímulo ao esporte, recorto algumas falas sobre o que seriam orientações para que os jovens se comprometessem com o que seria o “resgate ao respeito pelo indígena” (sic).

A respeito do desempenho escolar dos jovens de Panambizinho: “Se o branco tira 8, o indígena 4. Não pode. Vocês têm que estar entre os melhores. Têm que estudar muito. Só o estudo vai trazer respeito para o indígena “ (sic). “A respeito da realidade na comunidade e do encorajamento para que os jovens sejam “alguém na vida” (sic), foi dito: “As notícias que saem dos adolescentes de Panambi é que morrem, suicídio. É triste isso. Que imagem vocês querem passar? Vocês têm que ter sonhos, pra crescer, pra viver bem. Sem sonhos vocês entram nas drogas, desistem de estudar, tem que sonhar, ir atrás” (sic).

O discurso da enfermeira é permeado por estigmas sociais que marcam os Kaiowá e Guarani em Dourados, mas também por uma apropriação de capital simbólico dos não indígenas. Refletirei primeiro sobre os estigmas. Estes giram em torno de que são “atrasados, menos capacitados, alcoolistas, drogados”. É o caso de apontar como é perverso o processo que culmina na fabricação de um “preconceito às avessas”, assim como trabalhado por Gabriel Fiel Lutz e Simone Becker (2013):

Desta forma, a ideia do “preconceito às avessas” tem por base a sucessão de estigmas e/ou atributos depreciativos que são construídos, inculcados e reiterados nas mais diversas relações sociais estabelecidas, por exemplo, entre brancos e negros. Assim, em meio a esta consciência coletiva que dá margem ao surgimento de um carisma grupal, o preconceito às avessas emerge quando os negros reproduzem os mesmos atributos depreciativos e/ou estigmas colados a eles pelos brancos, naquelas relações que estabelecem com outros negros (IDEM, p.88).

Mas para além desta perspectiva, cabe pensarmos que há na fala da enfermeira um incentivo à apropriação de capitais simbólicos postos na estrutura da sociedade que os envolve – a não indígena. Nesse sentido, lembrei-me da importância do ritual da primeira comunhão, em especial para as filhas de mulheres largadas no Bairro das Flores, da etnografia

de Simone Becker (2002, p. 93). É através do parentesco espiritual ou do compadrio que as filhas de mulheres-mães largadas, tidas como desonradas no grupo, apresentam as honras de suas madrinhas escorregadas para si. Se não, vejamos:

No tocante às filhas das largadas, a escolha de uma nova madrinha para a primeira comunhão estabelece um novo vínculo de parentesco - quer entre as afilhadas e as madrinhas, quer entre as novas comadres. Por essa razão, as largadas passam a ser comadres de mulheres que desfrutam de uma melhor condição social do que elas ou, ainda, que tenham a aceitação social advinda do casamento. E, mais: as filhas das largadas, ao terem uma madrinha bem conceituada, talvez amenizem a possibilidade de receber atributos depreciativos (GOFFMAN, 1963) tal como ocorre com suas mães, largadas.

Foi perguntado aos jovens ouvintes o que eles queriam ser na vida, que sonhos eles têm/tinham. Todos os meninos disseram querer ser jogadores de futebol. Entre as meninas, duas queriam ser médicas e duas queriam estudar turismo.

A essa altura a fala voltou-se especificamente para as meninas e iniciou-se um discurso sobre planejamento familiar, sobre cuidados com bebês, aleitamento materno. Após discorrer sobre conteúdos de pré-natal e a importância de vacinar crianças até 05 anos, a enfermeira complementa: “Têm que aprender a ser mãe hoje para ter o filho só daqui a 10, 15 anos. Daí vão estar preparadas, agora vão estudar” (sic). Uma mudança paulatina entre as mulheres indígenas que a etnografia de Lauriene Souza aborda entre os Kaiowá e Guarani.

Estudar e adquirir conhecimento intercultural sugere um *status* de prestígio dentro deste coletivo. É possível observar, ao menos no caso dos cursos de formação de professores indígenas, onde Jacy e sua irmã Abigail foram cursistas, que as pessoas que lá participam acabam por adquirir um suposto prestígio, e, então, por vezes questionado, mediadores de conhecimentos indígenas e não indígenas. Trata-se de uma situação prestigiosa para a mãe e para o pai ter as filhas cursando a universidade, e todas as demais no mesmo caminho, ou melhor, construindo outros caminhos de/para mulheres, guarani e kaiowa. (SOUZA, 2013, p.32).

Ao final da atividade com os jovens houve uma reza feita em guarani e uma dança tradicional à qual fui convidada para participar, percebendo que também provavelmente haja uma forma de se mostrar os simbolismos locais para os de fora. No caso para mim.

Anoto em meu caderno de campo a palavra “cultura” seguida de um ponto de interrogação, porque a atividade entre os jovens Kaiowá me remeteu, por exemplo, à emergência do rap com os Brô MC’s. Grupo indígena douradense, como uma das múltiplas formas de resistência em meio à estrutura (de conjuntura) aos moldes de Marshall Sahlins (1990); para quem as mudanças e ressignificações são constantes graças aos múltiplos agenciamentos dos sujeitos (por mais assujeitados que sejam).

Figura 32: Brô Mc's - Grupo de rap indígena compõe letras em guarani.



Fonte: <http://www.douradosnews.com.br/dourados/dourados-sera-cenario-para-serie-de-ficcao-sobre-a-vida-de-jovens-indigenas>.

Aliás, uma das reflexões que me acompanhou e me acompanha após a atividade no posto, foi a forma não estigmatizante que as discussões sobre planejamento familiar foram encaminhadas naquele grupo. Isto porque não é incomum significar a gravidez entre os jovens como um problema a ser prevenido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Digo, o real não está nem na saída nem na chegada: ele se dispõe pra gente é no meio da travessia”.

João Guimarães Rosa

Esta pesquisa de mestrado teve o objetivo de compartilhar com os leitores e leitoras, os percursos, vieses, possibilidades e reflexões acerca dos cuidados em saúde organizados e ofertados nos dispositivos do Estado à população indígena de Dourados, Mato Grosso do Sul.

Os olhares foram múltiplos na medida em que, como pesquisadora, fui atravessada por diferentes posições ocupadas ao longo dos cinco anos que durou esta particular trajetória, cujo ponto final traveste-se de reticências (...). O objetivo maior propulsor da motivação para seguir (apesar das pedras no caminho) foi apontar elementos para contribuir no diálogo com os diferentes atores interessados em transformações e maiores efetividades das ou nas práticas de cuidado em saúde dos sujeitos indígenas.

O entendimento foi de que não apenas a população indígena é beneficiada com os possíveis tensionamentos provocados, mas também os profissionais (indígenas ou não) da área da saúde e em última instância os usuários em geral dos serviços públicos de saúde da rede de atenção. Penso que as tensões na rede não apenas provocam a sensação de uma ameaça, de algo ruim, mas acima de tudo as tensões provocam movimento, propagam ondas que movem sujeitos, que abrem espaços, que acomodam imprevistos. Tensionamentos, então, são grandes agentes de transformação, de passagem de algo dado para outro estado, outra forma. Ora, e não foi esse o intuito maior da constituição e defesa pelo SUS? Uma rede de saúde ampliada, mais democrática e inclusiva, que produza sentido e cuidado real à população em sua diversidade. E, acima de tudo, um Sistema elástico que garanta o direito à **vida**, em conformidade com a luta iniciada pela Reforma Sanitária.

Encontros interétnicos e práticas de trabalho pautados no respeito às alteridades tem o potencial para enriquecer o cotidiano em um campo que pode apresentar-se endurecido e por vezes perverso, que é o campo do trabalho em Saúde. O qual por vezes está engessado em disputas de poder, hierarquizado pelo conhecimento científico biomédico e limitando (não impossibilitando) deslocamentos e construções de alternativas para outras produções de saúde.

Interessou-me apresentar o campo de pesquisa, composto por diferentes unidades de

saúde, espaços acadêmicos e políticos, bem como documentos oficiais produzidos nesses contextos ou que tocam a temática da saúde no Brasil.

Ao longo deste trabalho busquei costurar as vivências, as conversas, os sentidos produzidos e pensados a partir dos ditos e não ditos que dão vida e colorido, portanto, fluidez às experiências retratadas. Muitos recortes foram feitos, e na impossibilidade de captar e escrever sobre “tudo” sistematizado, me deparei com a potencialidade de ter ainda mais a falar. Deixo lacunas e indagações em aberto, frutos da realidade de um trabalho que se faz no presente, no dia-a-dia, junto aos colaboradores, junto aos usuários da saúde, junto ao que nos escapa o controle... e espero que o resultado desta dissertação (em)preste-se para motivar outros que seguem no caminho de pesquisa e atuação em campo.

Afinal, não devemos esperar dar conta de tudo, ao contrário, aprender a celebrar as pontas que não se fecham e que podem/devem seguir contando histórias num círculo virtuoso e não vicioso. Pois como nos conta Carlos Drummond de Andrade em Resíduos, o final nunca é o fim, “mas de tudo fica um pouco, da ponte bombardeada, de duas folhas de grama, do maço –vazio- de cigarros, ficou um pouco”. E desta escrita, das ações acompanhadas em campo, dos discursos escutados, de tudo ficou um pouco. E com o conjunto do que fica todos os dias os trabalhadores da saúde de Dourados vão para o seu ofício e fazem muito (e pouco) com o que têm.

O debate sobre a Saúde Indígena avança nos campos de trabalho. Os grandes propulsores desse movimento são os próprios indígenas que resignificando e apropriando-se das ferramentas disponíveis transformam o seu calar em voz, seu olhar baixo em luta e suas diferenças em resistência. Ou talvez, suas falas passem a ser percebidas, nem que seja aos berros como acompanhei. Caminham ao lado de outros agentes, outros atores vinculados ou não diretamente à Saúde Indígena, mas interessados na promoção de direitos, o que fortalece a defesa do conceito de saúde ampliado que sustenta o SUS. Refiro-me especialmente aos residentes resistentes que acompanhei, a muitos docentes que se comprometem com a formação diferenciada de seus alunos, aos cidadãos comuns que ocupam os espaços deliberativos dos Conselhos de Saúde para fortalecer as lutas coletivas, aos profissionais que se deixam afetar pelos encontros com os sujeitos pacientes e neles percebem a humanidade e não a enfermidade apenas, entre outros.

O movimento de empoderamento indígena que tem nesses próprios sujeitos os protagonistas deve aliar-se a um currículo mais generoso nas escolas que versem sobre a diversidade cultural que caracteriza este país. As histórias indígenas, as diferentes concepções de corpo, saúde, ciência, a potencialidade nos encontros dialógicos com o Outro, são algumas

temáticas que contribuiriam em práticas interculturais mais assertivas e discursos menos preconceituosos nos corredores dos hospitais. Sinalizando positivamente para que a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas possa deixar o ideal do papel e ganhar corpo nas ações em saúde fora dele.

Teóricos e pesquisadores que balizaram este escrito foram especialmente Judith Butler, Michel Foucault, Carla Costa Teixeira, Jean Langdon, Gilles Deleuze, Felix Guatarri e Simone Becker, entre outros antropólogos e personagens que produziram e produzem gatilhos reflexivos que impulsionam mudanças discursivas e empíricas nas relações interpessoais e entre os sujeitos abjetos e os grupos de poder.

As críticas que porventura transpareceram ao longo do material escrito não tiveram intenção de denúncias imponderadas, mas de pontuações pertinentes ao compromisso assumido: produzir uma dissertação honesta e ética que venha a ecoar junto aos pares interessados em discutir o campo da saúde e aproximar os cuidados do Estado à população indígena que sofreu (e ainda sofre) num lugar de não reconhecimento, de não pertencimento às portas de acesso aos direitos que gozam uma parte privilegiada da população brasileira. Ainda mais neste cenário atual do Brasil em que as pautas indígenas e indigenistas encontram-se paralisadas num aparato governista em suspensão, onde a presidenta eleita está sofrendo um processo de impedimento muito contestado e os parlamentares que ali estão ocupam-se por interesses econômicos do agronegócio e posicionam-se contrariamente a dar seguimento nas discussões acerca das demarcações de terra. Contexto desalentador que afastou o presidente da FUNAI, deixando o movimento indígena fragilizado e em ares incertos.

Por fim, se no meio do caminho da saúde indígena havia o cuidado, mas também o descuidado do Estado não nos esqueçamos que em última análise o Estado, bem como a Rede de Saúde somos nós. Somos pessoas, sujeitos que dão vida a esses processos e que somos afetados no processo de vivenciá-la e de experimentá-la. Os caminhos fecham-se e abrem-se de acordo com as nossas possibilidades de seguir, nossos agenciamentos, nossos devires. As pedras do caminho são pedras, e como tal podem construir paredes ou pontes, porque afinal de contas ou no final das contas que não cessam de serem contadas, as pedras também nos agenciam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACÇOLINI, Grazielle (2012). Xamanismo e Protestantismo entre os Terena: contemporaneidades. Espaço Ameríndio. V. 6, n.1, jan/jun-2012, p24-47. Disponível em seer.ufrgs.br/EspacoAmerindio/article/view/26916. Acesso em 31 de maio de 2016
- AYLWIN, José (2009). Os direitos dos povos indígenas em Mato Grosso do Sul, Brasil: Confinamento e tutela no século XXI. Grupo Internacional de Trabalho sobre Assuntos Indígenas (IWGIA). Faculdade de Medicina da USP. São Paulo.
- ALCÂNTARA, M. de L. B. (2007). Jovens indígenas e lugares de pertencimentos: Análise dos jovens indígenas da Reserva de Dourados/MS. São Paulo: USP.
- ALMEIDA, Ellen Cristina de (2015). O associativismo na reserva indígena francisco horta barbosa/ dourados (rid) – ms e as redes de parcerias. Dissertação defendida junto ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da UFGD. Dourados: UFGD.
- BATISTELLA, Carlos (2007). Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: Fonseca, Angélica Ferreira (Org.) O território e o processo saúde-doença. / Organizado por Angélica Ferreira. Fonseca e Ana Maria D'Andrea Corbo. – Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.
- BHABHA, Homi K. (2007). O Local da Cultura. Tradução de Miriam Ávila et al. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- BECKER, Simone (2008). Dormientibus non socurrit jus! (o direito não socorre os que dormem): um olhar antropológico sobre rituais processuais judiciais (envolvendo o pátrio poder/poder familiar) e a produção de suas verdades. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Programa de Pós Graduação em Antropologia Social, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da UFSC, Santa Catarina.
- BECKER, Simone (2002). Honras & Estratégias: formas de ser mulher no bairro das Flores. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Curitiba: UFPR.
- BECKER, S., DE SOUZA, OLÍVIA CARLA NEVES, 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, v.17, p.97 – 120).
- BECKER, H.S (2015). Análise etnográfica sobre as lógicas das absolvições e das condenações de crimes de racismo contra (pessoas) negras e indígenas. In: ANAIS DO IV ALA. Disponível em: <http://www.ala.iiia.unam.mx/memorias/simposios/ponenciasok/29/29.%20An%C3%A1lise%20etnogr%C3%A1fica%20sobre%20as%20l%C3%B3gicas%20das%20absolvi%C3%A7%C3%B5es.%20Simone%20Becker.pdf> Acesso em janeiro de 2016.
- BONET, Octavio (2004). Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina.

Rio de Janeiro: Fiocruz.

BOURDIEU, Pierre (1996). *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas, SP: Papyrus.

BRAND, Antônio (1993). O confinamento e seu impacto sobre los Pai-Kaiowa. Porto Alegre : PUC-RS, 1993. (Dissertação de Mestrado)

BRAND, Antônio (1997). O impacto da perda da terra sobre a tradição Kaiowa/Guarani: os difíceis caminhos da palavra. Porto Alegre: PUC-RS. 390 p. (Tese de Doutorado)

BRASIL. Constituição Federal de 1988. (2015). Disponível em:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 18 de abril de 2015.

BRASIL. Decreto 8.065. (2015d). Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8065.htm#art7 Acesso em 3 de maio de 2015.

BRASIL (2002). Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2.ed. Brasília, DF.

BRASIL, (2009b). Fundação Nacional de Saúde. Lei Arouca: a FUNASA nos 10 anos de saúde indígena. Brasília: Funasa.

BRASIL, (2016). Ministério do desenvolvimento. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e/acesso-a-educacao-e-saude>. Acesso em 23 de janeiro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (2013). Para entender o controle social na saúde/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde,178 p.

BRASIL (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde. 44 p.

BRASIL (2015c). Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf Acesso em 20 de junho de 2012.

BRASIL (2015b) Relatório Final VIII Conferência de Saúde. 2015. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf Acesso em 15 de abril de 2015.

BRITO, Antonio G (2011). Direito Indígena nas Nações Unidas. Curitiba, Pr. CRV.

BRITO, Antonio (2013). G. Direito e Barbárie no Mundo Moderno- a questão do Outro na civilização. Dourados-MS: UFGD.

BUTLER, Judith. (2003). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. 1ª edição. Rio de Janeiro: Civilização.

BUTLER, Judith (2014). O clamor de Antígona: parentesco entre a vida e a morte. Florianópolis: Editora da UFSC.

CAMPOS, Francisco E.; OLIVEIRA, Mozart; TONON, Lidia M (1998). Legislação Básica do SUS. Belo Horizonte : Coopmed.(Cadernos de saúde, 3)

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa (2007). O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, supl. Nov. 2007. Acesso em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700009&lng=en&nrm=iso>. access on 04 May 2015.

CANCLINI, Néstor (2009). Néstor. G. Teorias da Interculturalidade e fracassos políticos. In: *Diferentes, desiguais e desconectados: mapa da interculturalidade*. 3.ed. Rio de Janeiro: UFRJ.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto (2006). O trabalho do antropólogo. 2ª ed. Brasília, Paralelo 15; São Paulo: Editora UNESP.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Ruth (2004). Aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método. In: CARDOSO, R (Org.). *Aventura antropológica: Teoria e Pesquisa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, p.95-106.

CARTA ATY GUASSU. Disponível em http://cimi.org.br/pub/MS/Cartas%20Aty%20Guasu/carta-Aty-Guasu_2016-05-10_Dourados-Amambai-Pegua.doc.pdf. Acesso em mai 2016.

CASTRO, Celso (2010). Apresentação. In: BOAS, Franz. *Antropologia cultural*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2010. p. 7-23.

CASTRO Jamile C., Clapis Maria J. (2005). Parto Humanizado Na Percepção Das Enfermeiras Obstétricas Envolvidas com a Assistência ao Parto. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 novembro-dezembro; 13(6):960-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a07.pdf> Acessado em 03 de junho de 2016.

CLASTRES, Pierre (2008). *A Sociedade contra o Estado*. São Paulo: Cosac & Naify.

CNSI. Relatório final da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/29/relatorio-final-5-cnsi.pdf>. Acessado em: 27 mai2016.

CONTRATO HU (2016). Número 604/2014. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/documents/16692/261835/Instrumento_Formal_de_Contratualizacao.pdf/b5aea47f-97ff-4c41-af1e-5e28a4a72d10. Acesso em janeiro de 2016.

COSTA, AM. and VIEIRA, NA (2013) Participação e controle social em saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do*

sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 237-271. ISBN 978-85-8110-017-3. Acessado em 08 de junho de 2016.

CRESPE, Aline Castilho. MOBILIDADE E TEMPORALIDADE KAIOWÁ: DO *TEKOHA* À *RESERVA*, DO *TEKOHARÃ* AO *TEKOHA*. Tese defendida junto ao PPGH da UFGD. Dourados: UFGD, 2015

CUNHA, Manuela C. da (2009). *Cultura com Aspas*. São Paulo, Caosac Nayfi.

DAMATTA Roberto (1978). O ofício do etnólogo ou como ter "anthropological blues". In: NUNES, E. O. (Org.). *A aventura sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar.

DAMATTA, Roberto (1981). *Relativizando: Uma introdução à antropologia social*. Petrópolis: Vozes.

DELEUZE, Gilles (1976). *NIETZSCHE E A FILOSOFIA*. Rio de Janeiro: Editora RIO,

DELEUZE, Gilles & GUATTARI, Félix (1995). *Mil Platôs (Capitalismo e Esquizofrenia)* Vol. 1. Editora 34, 1ª Ed.

DIAS DUARTE, Luis Fernando (2004). Ética de pesquisa e “correlação política” em Antropologia. In: *Antropologia e ética: o debate atual no Brasil*. Associação Brasileira de Antropologia. Editora da Universidade Federal Fluminense. Niterói.

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

FLORES, Joaquin H. (2009) *A (re) invenção dos direitos humanos --* Imprensa: Florianópolis, Fundação Boiteux.

FONSECA, Claudia (1995). *Caminhos da adoção*. São Paulo, Cortez.1995.

FOUCAULT, Michel (1997). *A História da Loucura na Idade Clássica*. 5. Ed. São Paulo: Perspectiva.

FOUCAULT, Michel (1998). *O nascimento da clínica*. RJ: Ed. Forense Universitária.

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

FOUCAULT, Michel (2005). O sujeito e o poder. In: DREYFUS, Hubert & RABINOW, Paul. *Uma trajetória filosófica: Para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, PP. 231-249.

FOUCAULT, Michel (2010). *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Editora Martins Fontes.

FOUCAULT, Michel (2013). *A ordem do discurso: Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970*. São Paulo: Edições Loyola.

FOUCAULT, Michel (2013b). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 41. ed. Petrópolis: Vozes.

FOUCAULT, Michel (2014). *A história da sexualidade 1: A vontade de saber*. São Paulo: Paz e Terra.

FUGANTI, Luiz (2013). Palestra de abertura ministrada por Luiz Fuganti na Faculdade de Teatro da Universidade Federal de Uberlândia em setembro de 2013. Disponível em: <https://youtu.be/8jMcywa-HUE>. Acesso em 12 de fevereiro de 2016.

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO, FUNAI (2005). *Relatório Circunstanciado de Identificação e Delimitação de Terra Indígena GUARANI/KAIOWA Taquara*. Brasília, 2005.

GARNELO, Luciano (2012). Política de saúde indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: *Saúde indígena: uma introdução ao tema/ GARNELO, L; PONTES, A.L. (Orgs).* – Brasília, SECADI, UNESCO.

GEERTZ, Clifford (1989). *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R (2005) *Acolhimento e vínculo: Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos.. Interface - Comunic., Saúde, Educ.* v.9, n.17, p.287-301, mar/ago 2005.

GUATTARI, Félix (1993). *As três ecologias*. Trad. Maria Bittencourt, 4. Ed. Campinas: Papirus.

GUIMARÃES, Silvia. *As casas de saúde indígena na política de atenção á saúde no Brasil: Miradas sobre efetivacao de um biopoder*. In: ANAIS DO IV ALA. Disponível em: http://www.ala.ia.unam.mx/docus/Resumenes_ponencias_FINAL_Modificaciones.pdf. Acesso em: Dez. de 2015.

GRUBITS, Sonia; FREIRE, Heloisa Bruna Grubits; NORIEGA, José Angel Vera(2011). *Suicídios de jovens Guarani/Kaiowá de Mato Grosso do Sul, Brasil*. *Psicol. cienc. prof., Brasília,* v.31, n.3, p. 504-517. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Mar. 2015.

HAVILAND, JOHN (1982). *El problem de la educacion bilíngue en el área Tzotzil*. In: *América Indígena*. Vol XLII, n.1-enero-marzo. Disponível em: <http://pages.ucsd.edu/~jhaviland/Publications/EducacionBilingue.pdf>

HAVILAND, John Beard (2003). *Ideologies of Language: Some Reflections on Language and U.S. Law*. *American Anthropologist* [online] v. 105, n. 4, p.764-774, December 2003. Disponível em: <http://anthro.ucsd.edu/~jhaviland/Publications/AA104%284%292003.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2011

HERNANDEZ-REYNA Miriam (2007). *Sobre los sentidos de “multiculturalismo” e*

“interculturalismo”. Ra Ximhai, Vol. 3, Número 2, Mayo-Agosto, pp. 429-442. Universidad Autónoma Indígena de México, México.

HUMANIZASUS (2016). Disponível em– www.redehumanizasus.net. Acessado em 01 de junho de 2016, s/p.

IBGE (2016). Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?codmun=410830&idtema=130&search=parana%7Cfoz-do-iguacu%7Cpopulation-estimate-2014-&lang=>. Acesso em: jan. 2016.

IBGE (2012). Os indígenas no Censo Demográfico de 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf. Acesso 21 de janeiro de 2016.

LANDER, Eduardo (2005). A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas Latino-americanas. Colección Sur Sur, CLACSO, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Setembro.

LANGDON, Esther Jean (2001). A tolerância e a política de saúde do índio no Brasil: são compatíveis os saberes biomédicos e os saberes indígenas? (1997). In: GRUPIONI, L. D. B.; VIDAL, L. B.; FISCHMANN, R. (Org.). Povos indígenas e Tolerância: construindo práticas de respeito e solidariedade. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

LANGDON, Esther Jean; WIIK, Flávio Braune (2010). Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 459-466, Junho. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200004>. Acesso em abril de 2015.

LANGDON, Esther Jean; DIEHL, Eliana E. (2007). Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v.16, n.2, p. 19-36, Aug 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 de junho 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000200004>

LOFREDO, Sonia Maria et al (2001). Investigação e controle de epidemia de escabiose: uma experiência educativa em aldeia indígena. Saude soc., São Paulo, v. 10, n. 1, p. 65-86, Julho. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902001000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 mar. 2015.

LUTZ, Gabriel Fiel; BECKER, Simone (2013). “Paraíso” ou “Inferno Racial”? Possíveis reflexões sobre a construção da raça no Brasil e sua importância para a análise das cotas étnicas. IN: Direitos Humanos e Relações Internacionais: Debates contemporâneos; Dourados, UFGD, 254p.

MACIEL Nely Aparecida (2012). História da Comunidade Kaiowá da Terra Indígena Panambizinho (1920-2005) / Nely Aparecida Maciel. – Dourados : Ed. UFGD, 210p.

MALINOWSKI, Bronislau (1978) [1922]. Os Argonautas do Pacífico Ocidental. São Paulo: Abril.

MARTINS, Lavínia Raquel; RUSCHMANN, Doris Van de Meene (2010). Desenvolvimento Histórico Turístico Estudo de Caso: Foz do Iguaçu – PR in: Anais do VI Seminário de pesquisa em turismo do Mercosul. Saberes e fazeres no Turismo: Interfaces. ISSN 1806-0447. Universidade de Caxias do Sul. Julho. Acesso em: jan. 2016.

MARTINS, Catia (2011). Considerações sobre o processo de humanização no HU de Dourados – MS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde. 268 p., il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v. 3).

MARTINS, Catia Paranhos (2010). Possibilidades, limites e desafios da humanização no Sistema Único de Saúde (SUS). Interface (Botucatu), Botucatu, v. 16, n. 40, p. 281, Mar 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100023&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 01 Junho 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012000100023>.

MAUSS, Marcel; HUBERT, Henry (2003). Esboço de uma teoria geral da magia. In: *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac Naify.

MAUSS, Marcel (1979) [1902]. “Ofício de etnógrafo, método sociológico” Em: Roberto Cardoso de Oliveira (org.) Marcel Mauss: antropologia. São Paulo: Ática. Pp. 53-59.

MENEZES, RACHEL AISENGART (2006). Díficeis decisões: etnografia de um Centro de Tratamento Intensivo. Rio de Janeiro: Fiocruz.

MEYER, LUIZA GABRIELA, BECKER, Simone (2012). A diversidade cultural indígena e acesso à justiça In: DIÁLOGOS ENTRE ANTROPOLOGIA, DIREITO E POLÍTICAS PÚBLICAS: o caso dos indígenas no sul de Mato Grosso do Sul. 1 ed. dourados : UFGD, v.1, p. 61•86.

MEYER, Luiza Gabriela Oliveira (2014). Rumo à descolonização? O direito de consulta e os seus (ab)usos na Reserva Indígena de Dourados (RID). Dissertação defendida junto ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da UFGD. Dourados: UFGD.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2016). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>. Acesso em: jan. 2016

NASCIMENTO, Silvana 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 defendida junto ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da UFGD. Dourados: UFGD.

NASCIMENTO, Valdir Aragão do (2012). Yo soy paraguayo, chamigol: breve estudo sobre a identidade no Paraguai. Mato Grosso do Sul / Valdir Aragão do Nascimento – Dourados, MS: UFGD.

OLIVEIRA, Pedro Paulo. (2005) Illusio: aquém e além de Bourdieu. *Mana* [online]. vol.11, n.2, pp. 529-543. ISSN 1678-4944.

OLIVEIRA, Greciane Martins de (2015). A expertise em gênero: análise etnográfica da (re)produção dos saberes/poderes no enfrentamento às violências contra as mulheres no MS. Dissertação defendida junto ao PPGAnt. Dourados: UFGD.

PEREIRA, Érica (2014). A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. *Saude soc.*, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 1077-1090, Setembro. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000301077&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Mar. 2015.

PEREIRA, Levi Marques (2004). *Imagens Kaiowá do Sistema Social e seu Entorno*. Tese de Doutorado em Antropologia Social. São Paulo/SP: USP

PEREIRA, Levi Marques (1999). Parentesco e organização social kaiowá. Mestrado em Antropologia Social do IFCH-UNICAMP. Dissertação de mestrado. Campinas, SP.

PINHEIRO, Roseni (2016). Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>. Acesso em 25 mai.2016.

POUTIGNAT, Philippe (2011). Teorias da etnicidade: seguido de grupos étnicos e suas fronteiras de Fredrik Barth. Trad.Elcio Fernandes. 2ª ed.São Paulo:Ed. Unesp, 250p.

PRINS, BAUKJE; MEIJER, IRENE COSTERA(2002). Como os corpos se tornam matéria: entrevista com Judith Butler. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 10, n. 1, Jan. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Jan. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100009>.

PRITCHARD, Evans (2005). A noção de bruxaria como explicação de infortúnios. Em: *Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande*. Rio de Janeiro: Zahar.

ROCHA, Everardo. *Jogo de Espelhos. Ensaios de cultura brasileira*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Mauad, 1996.

RODRIGUES, JC. (2006). *TABU DO CORPO*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 154 pp.

SANTOS, Fabia Monica Souza dos; JACO-VILELA, Ana Maria. O psicólogo no hospital geral: estilos e coletivos de pensamento. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto , v. 19, n. 43, p. 189-197, ago. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2009000200007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 out. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2009000200007>.

SAHLINS, Marshall. *Ilhas de História*. RJ: Jorge Zahar, 1990.

SEGATO, Rita. L (2006). Antropologia e Direitos Humanos: Alteridade e ética no movimento de expansão dos direitos universais. *MANA*, v.12, n.1, Rio de Janeiro.

SILVA, A. C, LANGDON E. J, RIBAS, D. L.B. (2013) Fatores estruturais e as práticas de autoatenção das famílias com parentes com transtornos mentais: contexto Kaiowá e

Guarani do Mato Grosso do Sul. Brasil. Revista Tempus. Actas de Saúde Coletiva; 7(4):149-168.

SILVA, Lélío Loureiro (2007). As representações dos Kaiowa-Ñandeva no jornal O Progresso na década de 1980. 135 f. Dissertação (Mestrado e História) – UFGD, Dourados.

SILVA, Mariana Pereira da (2013). Entre vivências & narrativas de jarýi – parteiras de Amambai/MS e AIS do posto de saúde Bororó II/MS. 2013. 100 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Faculdade de Ciências Humanas. UFGD: Dourados.

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

SOUZA, Lauriene. S (2013). Cosmos, corpos e mulheres kaiowa e guarani de ãña à kuña. Dissertação defendida junto ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da UFGD. Dourados: UFGD.

TEIXEIRA, Carla C. (2012). "A produção política da repulsa e os manejos da diversidade na saúde indígena brasileira". Revista de Antropologia, 55(2): 1-37.

TEIXEIRA, Carla C (2009). Políticas de Saúde Indígena no Brasil em perspectiva. IN: problemáticas sociais para sociedades plurais: Políticas indigenistas, sociais e de desenvolvimento em perspectiva comparada. SILVA, Teófilo (org). ANNABLUME. São Paulo.

TEIXEIRA, CC; GARNELO, L.(2014) Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro.

TEIXEIRA, Ricardo (2016). Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/4-a-rede-humaniza-sus>. Acessado em: 27maí 2016.

TUBINO, Fidel (2004). Del interculturalismo funcional al interculturalismo crítico. Disponível em: <http://www.pucp.edu.pe/ridei/pdfs/inter_funcional.pdf>. Acesso 10/05/2012

TURDERA, Graziela (2014). Considerações sobre a Saúde Indígena: Vivência na Residência Multiprofissional de Dourados, (MS). Dissertação da Residência Multiprofissional em Saúde do HU/UFGD. Dourados.

TURNER, Victor (2013). O processo ritual; estrutura e antiestrutura. Coleção Antropológica. Editora Vozes; Petrópolis, Rio de Janeiro.

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

VIEIRA, Hítalo Thiago Gomes; OLIVEIRA, Jacqueline Eyleen de Lima; NEVES, Rita de Cássia Maria (2013). A relação de intermedicalidade nos Índios Truká, em Cabrobó - Pernambuco. Saude soc., São Paulo, v. 22, n. 2, p. 566-574, Junho. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 mar. 2015.

ANEXOS

ANEXO I



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Dourados, 19 de maio de 2014.


Senhora Pesquisadora:

Simone Becker

O Projeto de sua responsabilidade – Protocolo nº. **013/2011 – CEP/UFGD** - intitulado “**Maiorias que são minorias, invisíveis que (não) são dizíveis: análise etnográfica sobre sujeitos à margem dos discursos dominantes**” foi integralmente **APROVADO** e poderá ser conduzido. Data do Parecer: 18/05/2011.

Ressaltamos que os relatórios semestrais devem ser apresentados ao Comitê de Ética para acompanhamento e que alterações em seu projeto devem ser avisadas previamente a Coordenadoria.

Atenciosamente,



Paulo Roberto dos Santos Ferreira
Coordenador – CEP/UFGD

ANEXO II

Antropólogos se retiram do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da UEL

Postado | [11 comentários](#)

Maio/2014

História, Ciências, Saúde – Manguinhos recebeu e reproduz na íntegra a carta enviada pelos docentes da área de Antropologia do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Londrina (CLCH/UEL) aos seus colegas de departamento. A carta dá sequência ao debate levantado no blog de HCS-Manguinhos pelo professor Luiz Antonio de Castro-Santos a respeito dos comitês de ética em pesquisa na área de saúde, que arbitram também sobre pesquisas em saúde no campo das ciências sociais e humanas, o que tem sido criticado por pesquisadores destas áreas.

Londrina, 22 de abril de 2014

Prezados colegas do Departamento de Ciências Sociais,

A área de Antropologia vem, por meio desta carta, tornar pública sua decisão de se retirar formalmente do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Estadual de Londrina. A área foi representante nesse Comitê pelo CLCH, a partir do ano de 2010, através dos professores João Valentin Wawzyniak, Leila Jeolás, Celso Vianna Bezerra de Menezes e Carla Delgado de Souza.

Desde o início o entendimento da área foi o de reforçar a necessidade da atuação das Ciências Humanas para construir um diálogo interdisciplinar sobre ética em pesquisa, apesar dos Comitês de Ética estarem relacionados à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), cujos membros são indicados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde (MS). Entendíamos, justamente, que o seu objetivo era o de buscar o diálogo entre as multiplicidades de técnicas e aparatos metodológicos

[://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/antropologos-se-retiram-do-comite-de-etica-em-pesquisa-envolvendo-seres-humanos-da-uel/](http://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/antropologos-se-retiram-do-comite-de-etica-em-pesquisa-envolvendo-seres-humanos-da-uel/)

1/3

utilizados por pesquisadores das áreas de Artes, Ciências Humanas, Ciências Exatas, Ciências Biológicas e Ciências da Saúde.

Entretanto, as atribuições do CNS tem sido interpretadas de maneira equivocada, impondo a todas as áreas do conhecimento normas e exigências próprias às pesquisas clínicas, principalmente do campo da biomedicina. O total desconhecimento de outros procedimentos metodológicos tem cerceado as atividades de pesquisa de um modo geral, inclusive nas Ciências Humanas. O entendimento de que o material de entrevistas transcritas deve ser considerado de forma análoga a um banco de material biológico é um dos exemplos que podemos citar dos equívocos enfrentados. Atualmente, para um projeto de pesquisa da área de humanidades ser aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa deve haver a promessa, no projeto, de que o pesquisador se compromete a destruir gravações, transcrições de entrevistas, diário de campo e demais materiais que tenham sido originados pela pesquisa logo após a conclusão desta. Além disso, nenhuma pesquisa exploratória de campo pode ser iniciada sem a aprovação da pesquisa pelos Comitês e, uma vez aprovado o projeto, nenhuma possibilidade de revisão é permitida, engessando rigidamente e sobremaneira as pesquisas realizadas com metodologias qualitativas. O exemplo mais polêmico tem sido o do Termo de Consentimento, cujo modelo, saído dos ensaios clínicos da ciência médica, foi imposto indiscriminadamente a toda pesquisa científica.

Tais dificuldades não são, infelizmente, próprias do Comitê de Ética em Pesquisa da UEL e os dilemas estão sendo discutidos há vários anos em diferentes fóruns nacionais como a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), a Associação Brasileira de Antropologia (ABA), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), a Associação Nacional de Pós-Graduação em Ciências Sociais (ANPOCS), dentre outros. Como afirmou recentemente o sociólogo do IMS/UERJ, Luiz Antônio de Castro Santos na revista de *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*: “*A rigor, as normas e regulamentos hoje vigentes pela Plataforma Brasil teriam inviabilizado as pesquisas de caráter sociológico e antropológico que marcaram nossa literatura, pela qualidade e solidez, nos últimos 50 anos no Brasil, seja no campo da saúde ou em tantas outras temáticas do social*”.

Tais dificuldades levaram pesquisadores a lutar pela criação de um Comitê de Ética em pesquisa em Ciências Humanas independente do sistema atual do Ministério da Saúde, trabalhando com anseios e dúvidas de pesquisa mais próximos de nossa realidade. Recentemente, o Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) acolheu a proposta da ABA e da ANPOCS acerca da criação de um de um sistema específico de avaliação ética da pesquisa e que está em discussão no momento.

Não é por acaso, portanto, que nenhum projeto do Departamento ou do Colegiado de Ciências Sociais tenha sido submetido à análise deste conselho superior durante os últimos anos. A falta de diálogo e a extrema burocratização das avaliações afugentam os pesquisadores de nossa área de conhecimento, que trabalham com outra concepção sobre um conceito que nos é tão caro: a ética em pesquisa. A representação nesse Comitê tem sido, portanto, reduzida a um trabalho burocrático, sem espaço para discussões sobre ética em pesquisa de forma interdisciplinar.

Por essa razão, avaliamos que a participação da área de Antropologia no Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da UEL não tem sido eficaz e colocamos à disposição do Departamento de Ciências Sociais essa representação, caso os colegas das outras áreas de Sociologia, Ciência Política ou Metodologia entendam diferentemente e tenham interesse em participar. Caso contrário, solicitamos que o Departamento indique ao Centro de Letras e Ciências Humanas da UEL as razões expostas pelas quais renunciamos à participação da área no Comitê.

Atenciosamente,

Docentes da área de Antropologia