

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**MURILO SILVA ZAMBOLIN**

**Entre delírios e durezas: (re)existências de um residente  
em saúde indígena**

**DOURADOS-MS**

**2024**

MURILO SILVA ZAMBOLIN

## Entre delírios e durezas: (re)existências de um residente em saúde indígena

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência em Atenção à Saúde Indígena do Hospital Universitário da Grande Dourados filial Ebserh, como pré-requisito para obtenção do título de especialista em Atenção à Saúde Indígena.

Orientador(a): Dra. Cátia Paranhos Martins

DOURADOS-MS

2024

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus antepassados, pela herança transmitida.

Agradeço aos meus pais e minha irmã, por todo apoio e suporte ofertados.

Agradeço aos meus companheiros de equipe, Leonardo e Arthur, pela parceria nesses anos.

Agradeço a meu companheiro Merlin, por todo cuidado, carinho e convivência.

Agradeço a Tamires, pelo privilégio da companhia e da amizade.

Agradeço ao coletivo de residentes, pelas refeições partilhadas, pelos enfrentamentos e apoio mútuo.

Agradeço às psicólogas residentes, Damila, Fernanda, Nathália, Rafaela e Tamires, por quem nutro imenso carinho.

Agradeço à professora Cátia, pela dedicação, paciência e conhecimentos transmitidos.

Agradeço à professora Verônica, pela parceria e pela generosidade.

Agradeço a Jéssica e Tanise, pelos momentos que pudemos conviver.

Agradeço aos/as trabalhadores/as da saúde indígena, por me receberam em seus locais de trabalho.

Agradeço a todas as pessoas que atendi, por confiaram nos meus cuidados.

Agradeço ao Programa de Residência, por me possibilitar essa experiência.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

PNASPI - Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena

PNS - Política Nacional de Saúde

SASI – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

SUS – Sistema Único de Saúde

RMS - Residência Multiprofissional em Saúde

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

EMSI – Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena

RID – Reserva Indígena de Dourados

AIS – Agente Indígena de Saúde

AISAN – Agente Indígena de Saneamento

HU – Hospital Universitário

UFGD – Universidade Federal da Grande Dourados

CASAI – Casa de Saúde Indígena

CAND – Colônia Agrícola de Dourados

SPILTN - Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais

CIMI – Conselho Indigenista Missionário

SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

TI – Terra Indígena

SIASI – Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena

APS - Atenção Primária à Saúde

Nós, caminhando pelos penhascos,  
atingimos o equilíbrio das planícies.  
Nós, nadando contra as marés,  
atingimos a força dos mares.  
Nós, edificando nos lamaçais,  
atingimos a firmeza dos lajeiros.  
Nós, habitando nos rincões,  
atingimos a proximidade da redondeza.  
Nós somos o começo, o meio e o começo.  
Existiremos sempre,  
sorrindo nas tristezas  
para festejar a vinda das alegrias.  
Nossas trajetórias nos movem,  
Nossa ancestralidade nos guia.

(Nêgo bispo)

Modernizar o passado  
É uma evolução musical  
Cadê as notas que estavam aqui?  
Não preciso delas!  
Basta deixar tudo soando bem aos  
ouvidos.  
O medo dá origem ao mal.  
O homem coletivo sente a  
necessidade de lutar.  
O orgulho, a arrogância, a glória  
Enchem a imaginação de domínio.  
São demônios os que destroem o  
poder bravo da humanidade.  
Viva Zapata!  
Viva Sandino!  
Viva Zumbi!  
Antônio Conselheiro!  
Todos os panteras negras.  
Lampião, sua imagem e  
semelhança.  
Eu tenho certeza, eles também  
cantaram um dia.

(Chico Science e Nação Zumbi)

**RESUMO:** O trabalho com populações indígenas e/ou comunidades tradicionais coloca uma série de questionamentos e desafios aos modos de fazer e conhecer das ciências humanas e da saúde. Este é um relato de experiência de um psicólogo residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) - com ênfase em Saúde Indígena, do Hospital Universitário da Grande Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. Utilizarei notas de diário de campo realizadas durante e após os cenários de prática ofertados no Programa e as participações em encontros e cerimônias tradicionais. As discussões foram feitas em diálogo com a literatura dos campos da Saúde Coletiva, da Antropologia da Saúde, da Psicologia Social e da Psicanálise. Concluo que o Programa possibilita efetiva aproximação com a realidade do trabalho na área, constituindo-se como tempo e espaço privilegiado para experimentações, formação e qualificação profissional e aponto críticas e contribuições visando ao fortalecimento e aprimoramento das experiências de residentes e trabalhadores/as da área.

**Palavras-chave:** Povos indígenas. Saúde de populações indígenas. Psicologia.

## INTRODUÇÃO

A Constituição Federal aprovada no ano de 1988, também conhecida por ser a Constituição cidadã, é produto de amplos debates com a participação de diversos setores sociais em Assembleia Constituinte e segue vigente até os dias atuais; é o documento oficial que garante a toda/o cidadã/o brasileira/o o direito à saúde. Define também os princípios gerais do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo dever do Estado efetivá-lo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. (Brasil, 1988). As Leis Orgânicas da Saúde, nº 8080/nº 8142, de 1990, por sua vez regulam o Sistema em todo o território nacional, dispondo sobre as condições para as ações e serviços, a organização e funcionamento, bem como a participação da comunidade na sua gestão. (Brasil, 1990). Esta mesma carta significou também um marco jurídico de suma importância no tocante às relações estabelecidas entre o Estado e os povos indígenas do País, até então tutelados. O artigo nº 231 da Constituição, por exemplo, afirma que “são reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens” (Brasil, 1988, p.133).

Nesse contexto, cerca de dez anos depois, em 23 de setembro de 1999, a fim de contemplar uma atenção à saúde que respeitasse as especificidades dos povos indígenas também garantidas constitucionalmente, foi criado o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), com a Lei nº 9.836 - também conhecida como Lei Arouca - em alusão ao deputado e médico sanitarista Sérgio Arouca, autor do documento. Essa foi uma conquista dos

movimentos indígenas que começaram a se organizar de acordo com o modelo de movimento social da sociedade envolvente em meados de 1970, a partir da compreensão da importância e da necessidade de manter, aceitar e promover uma denominação genérica indígena, como uma identidade que pudesse unir, articular, visibilizar e fortalecer todos os povos originários desse território (Brasil, 2006).

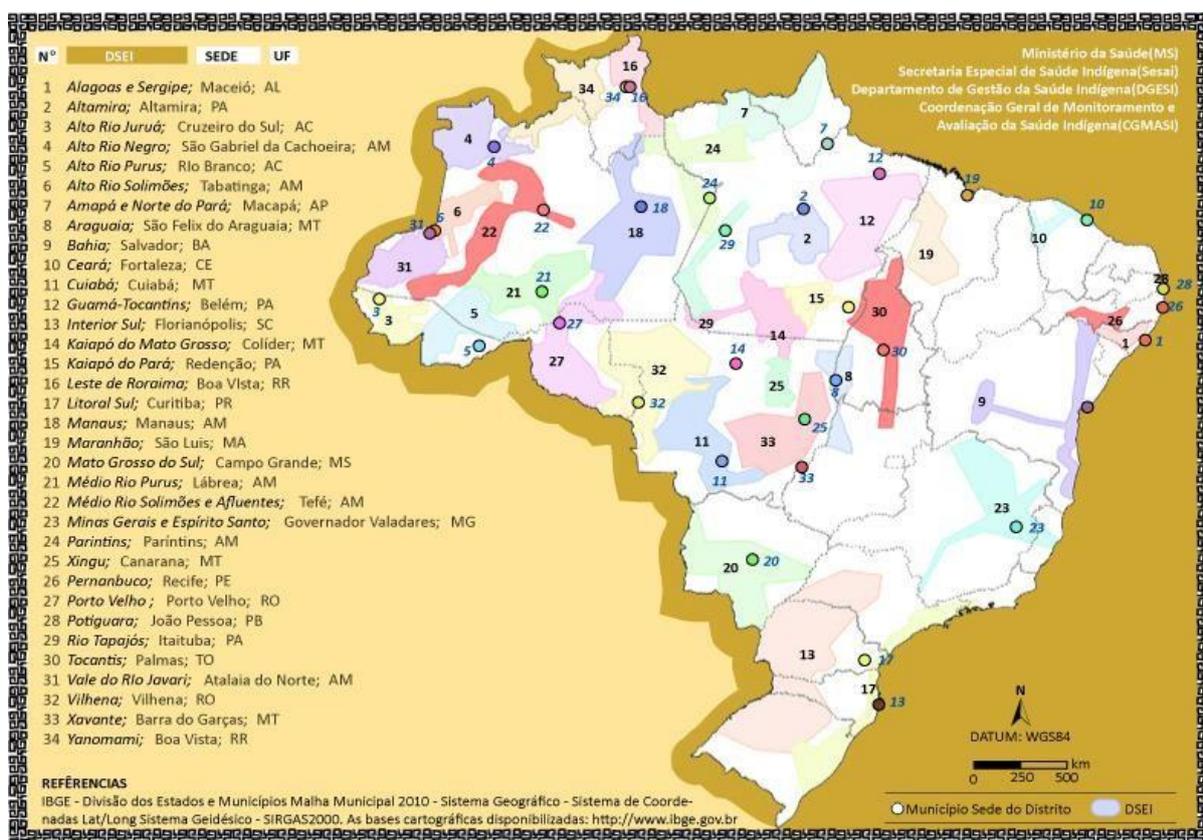
Nesse sentido, em 2002, foi formulada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) que integra a Política Nacional de Saúde (PNS) e requer um modelo complementar e diferenciado da organização dos serviços que garanta aos povos indígenas o exercício pleno da sua cidadania nesse campo, levando em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos (Brasil, 2002).

Desse modo, inicia-se o processo de implementação dos Distritos Especiais de Saúde Indígenas (DSEIs) como modelo de organização dessa política. Tais Distritos são espaços étnico-culturais dinâmicos que visam auxiliar na organização dos serviços de saúde e no cumprimento das diretrizes estipuladas para execução de ações de atenção à saúde, considerando as especificidades de cada povo, com intenção de proporcionar um atendimento de qualidade e sem discriminações (Brasil, 1999). Dentro desse modelo, os polos-base são a primeira referência para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) que atuam nas aldeias, sendo que cada unidade cobre um conjunto de aldeias.

Atualmente, existem 34 DSEIs distribuídos pelo território nacional (Figura 1), sendo o Distrito do Mato Grosso do Sul (DSEI-MS) o maior do Brasil, com 14 polos-base e 3 CASAIs. Em 2017 havia 83.241 indígenas sob a responsabilidade de atendimento em saúde pelo DSEI-MS, pertencentes principalmente a oito etnias diferentes: Atikum, Guarani Kaiowá, Guarani Ñandeva, Guató, Kadiwéu, Kinikinaw, Ofaié e Terena (Vicente et al., 2022). Dados mais recentes do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) apontam o quantitativo de 81.517 indígenas das etnias Kaiowá, Guarani e Terena, sendo 18.829 atendidas pelo polo-base de Dourados. A incompatibilidade de dados nos diz também de um problema do Estado brasileiro em (re)conhecer os povos indígenas que habitam o território nacional, inclusive quantos são e aonde estão.

Na imagem abaixo, podemos ver a distribuição dos DSEIs pelo território brasileiro e suas respectivas sedes; o DSEI MS está no número 20 e tem sua sede na capital Campo Grande.

**Figura 1** - Distribuição dos DSEIs pelo território nacional



Fonte: Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI)

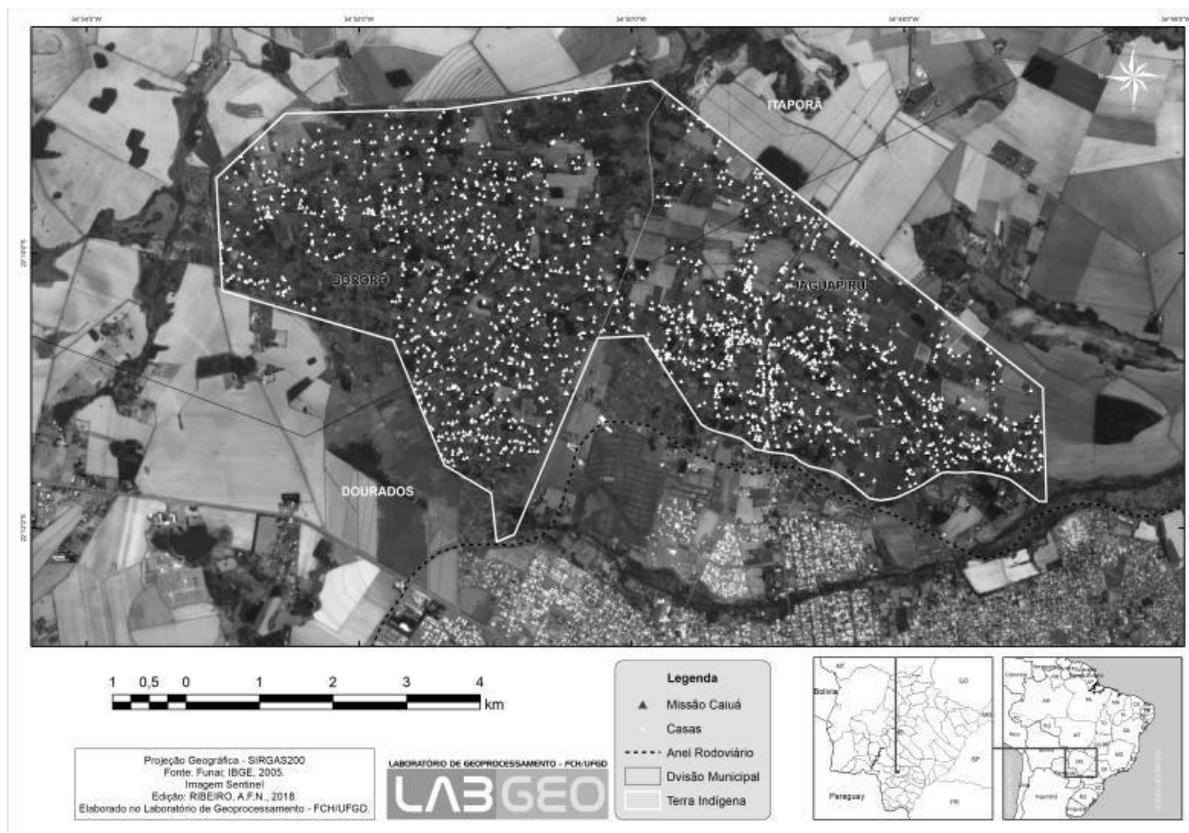
Dados do Censo demográfico de 2010 indicam o registro de 896.917 pessoas autodeclaradas indígenas no país, pertencentes a 305 etnias diferentes e falantes de 274 línguas, com 36,2% em contexto urbano, 63,8% em contexto rural e 57,7% vivendo em Terras Indígenas (TI) oficialmente demarcadas. Já o último Censo realizado em 2022 aponta que o Brasil possui 1.693.535 pessoas (ou 0,83% da população) que se autodeclararam indígenas, com 622 066 (36,73%) dentro de Terras Indígenas e 1 071 469 (63,27%) fora delas. O estado do Mato Grosso do Sul (MS) é o terceiro território brasileiro que detém o maior número de indígenas no país com 116.346 pessoas, ficando atrás dos estados do Amazonas e Bahia (Brasil, 2022, 2012). A cidade de Dourados, por sua vez, apresentou o quantitativo de 12.054. Os subgrupos Guarani Ñandeva, Guarani Kaiowá e Terena representam os maiores quantitativos no estado de MS e também na Reserva Indígena de Dourados (RID). No entanto, estes últimos dados vêm sendo contestados pelo Fórum de Caciques do MS, como noticiado pelo jornal Correio do Estado.

Considerada como “talvez a maior tragédia conhecida na questão indígena em todo o mundo” pela Subprocuradora geral da República Débora Duprat em entrevista concedida no ano de 2010, atualmente a Reserva é morada para cerca de 19 mil pessoas, sendo em sua

maioria indígenas das etnias supracitadas (Kaiowá, Guarani e Terena), mas também há população não-indígena (brasileiros e paraguaios) que coabitam um espaço de terra de 3.475 hectares. Indubitavelmente, o grande quantitativo contraria os respectivos modos de vida tradicionais da maioria da população (Cavalcante, 2019).

Ademais, a RID tem seus limites geográficos junto aos limites do perímetro urbano de dois municípios, Dourados e Itaporã. Está localizada ao norte da cidade de Dourados e é dividida em duas aldeias denominadas Bororó e Jaguapirú (Figura 2). Existe um polo-base na cidade que presta serviços aos municípios de Dourados, Douradina, Rio Brillhante, Maracaju, Lagoa Rica e a mais 15 áreas, dentre elas as aldeias Panambi e Panambizinho e áreas de acampamentos e retomadas.

**Figura 2** – Limites Geográficos das aldeias da RID

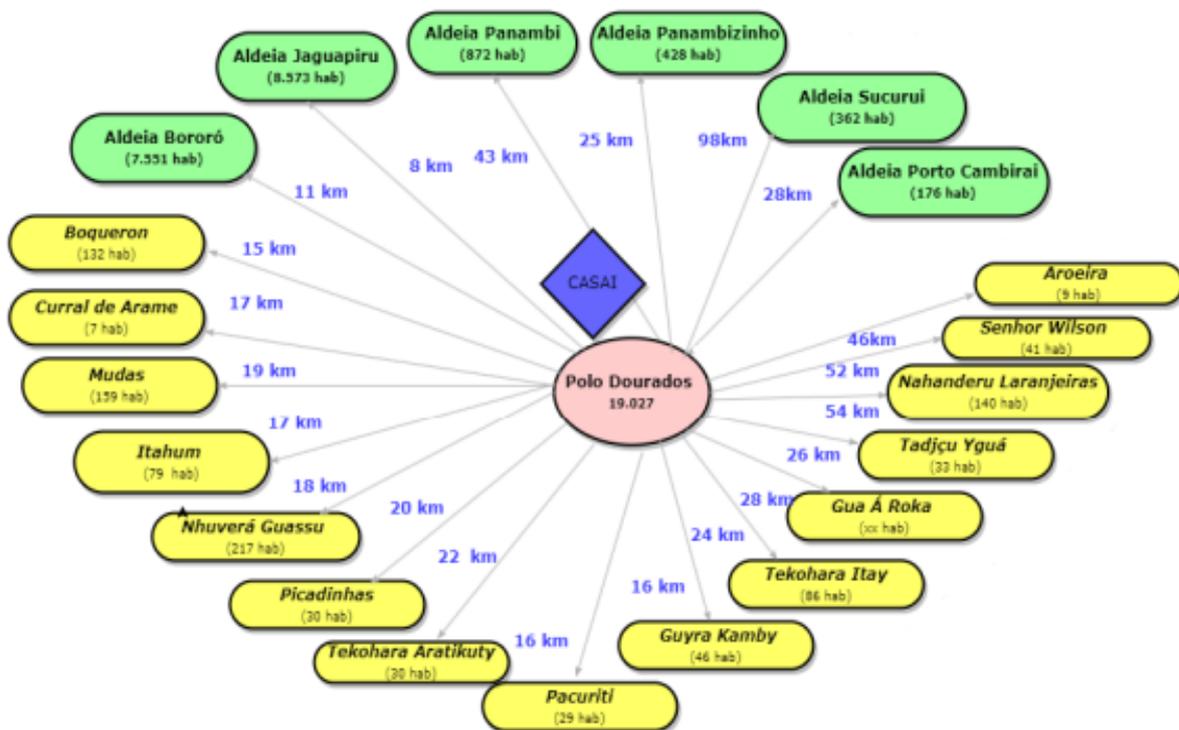


Fonte: Funai; IBGE, 2005.

Em 2020, o polo-base de Dourados, considerado o maior do Brasil, apresentava 124 profissionais de saúde - 82,9% indígenas e 17,1% não-indígenas - trabalhando diretamente na assistência aos povos indígenas na Atenção Primária à Saúde (APS), sendo 8 médicas/os, 9 enfermeiras/os, 18 técnicas/os de enfermagem, 46 Agentes Indígenas de Saúde (AIS), 18 Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN), 6 odontólogos/os, 7 auxiliares de saúde bucal, 5 nutricionistas, 2 assistentes sociais, 3 psicólogas/os, 1 farmacêutico e 1 fisioterapeuta. Esses

trabalhadores/as se encontravam dispostos/as em 6 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), 4 delas atuavam de maneira fixa nas quatro Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) localizadas dentro da RID, nas aldeias Jaguapirú (2) e Bororó (2), atendendo cerca de 17 mil usuários/as. As outras duas equipes são chamadas equipes-volante, pois não atuam de maneira fixa, mas atendem cerca de 2 mil pessoas, em um itinerário que abarca quatro aldeias fora da RID e mais cerca de 15 áreas de acampamento e/ou retomada, como ilustrado na Figura 3. Nessas áreas os atendimentos em grande parte não contam com estrutura física de UBSI, de modo que o serviço é prestado de maneira improvisada, muitas vezes utilizando recursos disponíveis no território, como embaixo de árvore ou dentro do carro, sendo esse adaptado para consultas e exames (Vicente et al., 2022).

**Figura 3** - Áreas atendidas pelo polo-base de Dourados



Fonte: Ministério da Saúde

A Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), órgão ligado diretamente ao Ministério da Saúde (MS) e atual gestor do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, por sua vez, foi criada em outubro de 2010 conforme a necessidade de reformulação da saúde indígena no Brasil por meio de reivindicações das e dos indígenas nos movimentos sociais e nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena (Brasil, 2023).

As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) nascem juridicamente, em nível nacional, no ano de 2005, por meio da Lei nº 11.129, como Curso de Pós-graduação *Latu Sensu*, a fim de qualificar profissionais da saúde para o trabalho no SUS. Com uma proposta pedagógica de educação em serviço, esse é um modelo que visa a construção de pontes entre teoria e prática, modalidades do conhecimento que, em geral, encontram dificuldades em efetivar diálogos e estabelecer relações dialógicas entre si.

O Programa de RMS com ênfase em Saúde Indígena tem início em 2010 no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD), junto da ênfase em Atenção Cardiovascular. No HU-UFGD há também o Programa de Atenção à Saúde Materno-infantil e Programas de Residência Uniprofissional em Saúde com as Residências médicas e de Enfermagem Obstétrica. Os programas da RMS propõem que os/as pós-graduandos/as, em equipes multiprofissionais, realizem um rodízio por alguns cenários de prática em diferentes serviços da rede de atenção à saúde no curso de dois anos, além de cumprirem uma carga horária de disciplinas teóricas.

No meu caso, estive cursando durante os anos de 2022/2023 nos quais atravessei (e fui atravessado por) os seguintes cenários de prática:

2 meses em Clínica Médica (CM) do HU, setor hospitalar onde são internadas pessoas jovens, adultas e idosas de ambos os sexos, com quadros clínicos diversos entre si, para acompanhamento e/ou cuidados de enfermagem;

2 meses em Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) do HU, setor hospitalar onde se encontram bebês recém-nascidos (com suas cuidadoras) que necessitam de observação e suportes nos primeiros meses após o nascimento;

6 meses em Unidade Básica de Saúde Indígena na Aldeia Bororó (RID), onde são prestados serviços de atenção básica à população indígena local;

2 meses em Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) de Dourados, serviço de apoio logístico à saúde indígena com enfermagem 24h;

2 meses em Maternidade do HU, estando um mês em Clínica Obstétrica, onde estão internadas gestantes com algum grau de risco na gestação e/ou mulheres com alguma questão ginecológica e um mês em Alojamento Conjunto, onde ficam as puérperas com seus bebês e acompanhantes para auxílio nos primeiros cuidados até alta hospitalar;

2 meses em Enfermagem Pediátrica, onde estão internadas crianças, com quadros clínicos variados que necessitam de cuidados de enfermagem;

1 mês em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Adulto, onde estão internados casos graves que precisam de cuidados intensivos e equipe especializada;

1 mês de UTI Pediátrica, onde estão casos graves de crianças que precisam de cuidados intensivos e equipe especializada;

2 meses de Hospital Porta da Esperança (ou Hospital da Missão), serviço da ONG Missão Evangélica Caiuá que realiza atendimentos médicos e sociais a população indígena e não-indígena;

1 mês em Equipe Volante, que presta serviços de atenção básica de forma itinerante fora da RID, em áreas de acampamentos e retomadas;

1 mês no Ambulatório de Saúde dos Povos Indígenas (ASPIN), unidade ambulatorial de atenção especializada do Hospital São Paulo (HSP).

Ao todo foram 12 meses em cenário hospitalar, 7 em cenários de atenção básica e 3 em outros cenários. É importante destacar que os serviços hospitalares supracitados atendem população indígena e não-indígena, sendo o HU-UFGD referência na assistência pública à saúde das populações indígenas e não-indígenas distribuídas nos 33 municípios da região da Grande Dourados, incluindo as populações de fronteira (Paraguai) e conta com o Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI), criado pela Portaria nº 2.663, de 11 de outubro de 2017. Os serviços de atenção básica, por sua vez, atendem exclusivamente pessoas indígenas do território adstrito.

## **OBJETIVO**

O trabalho com populações indígenas e/ou comunidades tradicionais coloca uma série de questionamentos e desafios aos modos de fazer e conhecer das ciências humanas e da saúde e na atuação nos equipamentos de saúde. O objetivo do trabalho é relatar as experiências vivenciadas de março/2022 a fevereiro/2024 por um psicólogo residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) - com ênfase em Saúde Indígena - do Hospital Universitário da Grande Dourados (HU-UFGD), bem como de produzir questões e reflexões sobre os desafios da formação e do trabalho em saúde com essas populações.

## **METODOLOGIA**

Este estudo trata-se de um relato de experiência de abordagem qualitativa e cunho descritivo. Esse tipo de estudo é caracterizado pelo registro das práticas e experiências vivenciadas em um dado momento e surge a partir de pesquisas, ensino, projetos de extensão universitária, entre outros (Mussi; Flores; Almeida, 2021).

Este relato é fruto das experiências vivenciadas e registradas em diário de campo por um psicólogo residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde com Ênfase

em Atenção à Saúde Indígena da UFGD, no período de março/2022 a fevereiro/2024, nos respectivos cenários de prática do Programa, onde estive em processo de aprendizagem em serviço, compondo uma equipe de saúde juntamente com um enfermeiro e um nutricionista do mesmo Programa.

No decorrer do relato, haverá alternância entre o uso da primeira pessoa do singular e do plural, sendo que este contempla as posições do residente com sua equipe em conjunto com a orientadora do trabalho. As narrativas marcantes virão em itálico no corpo do texto.

## **COMO CHEGUEI AQUI? - DA LAMA AO CAOS**

*Estão comendo o mundo pelas beiradas  
Roendo tudo, quase não sobra nada  
Respirei fundo, achando que ainda começava  
Um grito no escuro, um encontro sem hora marcada  
(Chico Science e Nação Zumbi)*

A partir da compreensão da parcialidade de toda e qualquer produção de conhecimento, trarei alguns marcadores da minha construção enquanto pessoa que considero importantes para localizar o/a leitor/a de onde escrevo. Sou um homem cis, de 33 anos, homossexual, não-branco, psicólogo. De família pobre - que teve na geração de meus pais uma ascensão a classe média - tive pais que buscaram me proporcionar as melhores oportunidades de educação dentro da realidade em que vivia.

Nascido numa cidadezinha do interior de SP chamada Iepê, onde morei até completar 18 anos. Estudei em escola pública, tive bolsa de estudo no ensino médio, educado também pela música e pelo esporte. Aos 18 vou para uma cidade maior, ainda no interior, para me preparar para a universidade. Foram 2 anos muito importantes na minha formação, em que encontrei com educadores e educadoras excelentes e extremamente acolhedores/as e sensíveis. Foram minha base para que construção de identidade longe de casa e a eles/elas sou eternamente grato.

Em seguida, vou para São Paulo depois de aprovado no curso de Engenharia na Escola Politécnica da Universidade de São Paulo (USP), meu sonho na época. Tomo a decisão de desistir do curso depois de um ano de muitas dificuldades, conflitos e descobertas também. Encaro, então, mais um ano de estudos para entrar em Psicologia na mesma universidade. Dessa vez, faço o curso até o fim e nessa trajetória descubro mais outros universos que a experiência universitária me proporcionou, inclusive a construção com movimentos sociais.

Durante alguns anos após formado, já em processo de (des)aprendizagens, fui encantado por pessoas e livros como, por exemplo, Geni Nuñez (2023), com sua crítica aos colonialismos e sistema de monoculturas, Davi Kopenawa Yanomami com “A queda do Céu” junto de Bruce Albert (2015), Eliane Brum com “Banzeiro Òkòtó” (2021), Sidarta Ribeiro com “O Oráculo da Noite” (2019), que me encheram de alegria e coragem para trilhar novos caminhos. Desse modo, enxerguei no Programa de Residência em Saúde Indígena um caminho possível para seguir minha travessia, uma possibilidade de dar mais um passo importante nas elucubrações que vinha construindo, dessa vez de corpo todo. Assim saí da capital paulista onde vivia há mais de 10 anos para terras vermelhas, *tekoha guasu*<sup>1</sup>. (Martins, 2022)

Chego na Residência cinco anos depois de formado na graduação, sendo que meu percurso dentro do curso de Psicologia foi bastante direcionado pelo meu interesse em Psicanálise, o que causou certo estranhamento a algumas pessoas quando me aproximei da Saúde Indígena. Em certo sentido, entendo que o *setting* clássico da psicanálise difere muito do chão da aldeia. Contudo, no modo como compreendo, vejo muitas relações possíveis entre esses dois campos. A importância dada aos sonhos, por exemplo, penso ser um ponto em comum entre a teoria e prática da Psicanálise e as tradições indígenas. Salustiano (2022) em sua dissertação de mestrado *Sonho entre os Guarani: um ensaio bibliográfico*, argumenta que:

o sonho – frequentemente concebido como mensagem ou aviso das divindades – constitui uma entre outras tecnologias que compõem uma *arte do cuidado* de que os Guarani dispõem para especular e agir em sua vida. Sonhar (e compartilhar o sonho) corresponde a um dos processos por meio dos quais é viabilizada a possibilidade de perceber agências humanas e não-humanas do cosmos, eventos por vir, seus efeitos sobre as pessoas e o que é desejável obter ou evitar dessas agências e/ou eventos (Salustiano, 2022, p.9)

Procura demonstrar ainda que a atenção dada aos sonhos por esse povo “é fundamental para a constituição da pessoa, do parentesco, do território, da coletividade, para a duração da vida e para, em alguns casos, atingir o *aguyje* permitindo a passagem para a Terra sem Males (*yvy marã e’y*)” (Salustiano, 2022, p.9).

O interesse do campo psicanalítico é por excelência a instância do inconsciente, isto é, aquilo a que não temos acesso direto pela consciência e que, portanto, não pode ser dito, visto ou ouvido, a não ser por mensagens cifradas. No inconsciente se encontram aqueles conteúdos psíquicos passíveis de nos causar certo incômodo ou desconforto e que, portanto, foram

---

<sup>1</sup> Refere-se ao grande território Guarani e à rede de relações entre mais de um *tekoha* que se associam em momentos ocasionais como festas-rituais. Possuem redes de troca, cooperação e casamentos que se estendem até os dias de hoje. Para mais informações, acesse o mapa Guarani, disponível em: <https://guarani.map.as/>

negados e/ou reprimidos. E talvez a característica que eu gostaria de colocar maior destaque é que o inconsciente opera desde uma outra lógica de funcionamento que não a racional clássica.

Em “A interpretação dos sonhos” (1900/2018), texto inaugural da Psicanálise enquanto ciência (do desejo), Freud defende que “a interpretação dos sonhos é a via régia para o conhecimento do inconsciente na vida psíquica” (1900/2018). Em outras palavras, Freud acredita na riqueza simbólica dos sonhos para acessar aquilo que nos está inconsciente.

Ñunez (2023) contribui com a teoria psicanalítica quando reconhece as ambiguidades, paradoxos e limitações da Psicanálise, sobretudo no que diz respeito ao erro metodológico da universalização das leis de funcionamento psíquico para todos os povos e às noções freudianas de desenvolvimento e evolução.

Desse modo, vou compreendendo que, incomodado e sensibilizado com as necropolíticas<sup>2</sup> produzidas pelo sistema-mundo<sup>3</sup> capitalista, meu interesse está direcionado à busca e à construção de outras possibilidades de vida e existência que mirem o respeito radical às singularidades, o acesso a outras maneiras de compreender e dar sentido à realidade, partindo de uma hipótese de inconsciente como um banco de sementes dormentes e/ou interrompidas que aguardam cuidado e condições favoráveis para germinação.

## QUE TERRA É ESSA?

*"Antes de ser Mato Grosso do Sul, aqui é terra indígena"*

*Kuña Aranduhá*

A grande chaga da formação social e territorial brasileira é sem dúvida a centralidade que a propriedade privada da terra assumiu no país e o processo (marcadamente, a grilagem e a violência) que levou a essa enorme concentração fundiária - que, ademais, tem crescido década após década. (...) Os conflitos fundiários são a marca da questão agrária do Brasil, onde o Estado, em todos os níveis e esferas, tem permitido que grandes proprietários de terra adquiram parcelas fundiárias de forma ilimitada e não raro ilícita, por meio de grilagem e da expulsão de ocupantes tradicionais. (Bombardi, 2023, p.21)

---

<sup>2</sup> Necropolítica é um conceito filosófico, explorado pelo filósofo camaronês Achille Mbembe (2011), que faz referência ao uso do poder social e político para decretar como algumas pessoas podem viver e como outras devem morrer; ou seja, na distribuição desigual da oportunidade de viver e morrer no sistema capitalista atual.

<sup>3</sup> O "sistema-mundo" baseia-se na divisão inter-regional e transnacional do trabalho e resulta na divisão do mundo em países centrais, semiperiféricos e periféricos. Segundo a teoria do sistema-mundo, o subdesenvolvimento dos países do hemisfério sul se deve à sua posição na estrutura da ordem econômica internacional. Todos os países globalizados fazem parte do sistema-mundo. (Wikipédia)

A região sul do que hoje se considera MS é tradicionalmente ocupada pelos Kaiowá e Guarani desde muito antes da invasão europeia ao continente. Nesse contexto, o território dos Kaiowá e Guarani, inicialmente, despertou menos interesse, exceto por algumas reduções de jesuítas. No século XIX, as terras do que hoje é o Mato Grosso do Sul começaram a despertar maior interesse de pessoas oriundas de outras regiões do Brasil. Entre 1864 e 1870 ocorreu um sangrento conflito armado nessa região: a Guerra da Tríplice Aliança contra o Paraguai, em que estava em jogo, entre outras questões, o estabelecimento de fronteira entre Brasil e Paraguai. De modo que uma das preocupações do Estado anos depois, após a Proclamação da República, era a conquista e o povoamento da área - por não-indígenas - para a nacionalização da fronteira. (Cavalcante, 2019)

Em seguida, a região, de ervais abundantes, passou a ser explorada por meio da extração, beneficiamento e comércio da erva mate. Prática que muito se utilizou da exploração da mão-de-obra indígena, em condições análogas à escravidão. Importante salientar a hegemonia da perspectiva assimilacionista na época com relação aos indígenas, isto é, de que eram considerados uma categoria social inferior, transitória, incivilizada, fadada ao desaparecimento e/ou incorporação à nação; o dissenso girava em torno apenas dos modos como isso aconteceria. (Cavalcante, 2019)

Como produto desse debate foi criado em 1910 pelo Estado brasileiro o Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPILTN), visando à integração dos/as indígenas e de suas terras à lógica capitalista. De 1915 a 1928 o órgão criou nessa região oito reservas indígenas - a Reserva Indígena de Dourados (RID) entre elas -, com os objetivos principais de liberar as terras dos Kaiowá e Guarani para a colonização e territorializá-las precariamente em pequenos lotes de terra a fim de mantê-los mais facilmente sob tutela estatal.

A partir da criação e implantação da Colônia Agrícola de Dourados (CAND) vai se efetivando a ocupação da região por não-indígenas que acontece entre os anos 1950 e 1970, junto da intensificação da atividade agropecuária em substituição à economia do mate, de modo que a população indígena vai sendo progressivamente confinada nas reservas, o que não impediu, é importante ressaltar, que essa população continuasse a transitar pelo território e a usufruir dele, mesmo que de maneira precária. (Cavalcante, 2013)

Tradicionalmente a territorialidade Kaiowá e Guarani se organizava a partir de famílias extensas que se reuniam em um *tekoha* com a liderança de um casal, sendo um homem e uma mulher mais velhos que acumulava funções políticas. Um assentamento agrupava não mais do que 200 pessoas que dispunham de amplo espaço territorial para atividades econômicas, sociais e culturais, sendo composto por um pátio, uma casa comunal e a mata, onde era realizado

plantio, caça e coleta. A proximidade a rios também era característica para consumo e atividade de pesca. (Cavalcante, 2019)

De forma resumida, o que se ocorreu na prática foi:

uma violenta apropriação do território dos povos indígenas e a estes se legou apenas os ônus desse processo. Depois de décadas de um esbulho historicamente reconhecido, mesmo com direito Constitucional de receberem de volta ao menos uma parte dessas terras, na prática o que se vê é o Estado agindo de forma orquestrada para inviabilizar o acesso dos/das indígenas à terra, transformando em letra morta o artigo 231 da Constituição Federal de 1988 citado inicialmente. (Cavalcante, 2019, p.32).

A política de criação de reservas e a colonização territorial trouxeram uma desestruturação socioterritorial sistemática e duradoura para as terras indígenas. A interferência constante do SPI na figura do capitão, o surgimento de novas lideranças ligadas ao Estado por meio da implementação de políticas públicas de saúde, educação e assistência social contribuíram para o enfraquecimento das lideranças tradicionais e para a dependência do próprio Estado e da sociedade envolvente para o trabalho assalariado na cidade, por exemplo. O processo de elevação da densidade demográfica no interior das reservas modificou maneiras culturais de administrar conflitos, os hábitos alimentares, o perfil epidemiológico com uma alarmante sobreposição de doenças crônicas não transmissíveis (sobretudo diabetes e hipertensão)

A partir do Relatório Violência contra os Povos Indígenas no Brasil: dados de 2022, organizado pelo Conselho Indigenista Missionário (CIMI), temos registros de 1.334 ocorrências de Violência contra o Patrimônio, que dizem respeito a 3 categorias: (a) omissão e morosidade na regularização de terras, na qual foram registrados 867 casos; (b) conflitos relativos a direitos territoriais, com 158 registros; e (c) invasões possessórias, exploração ilegal de recursos naturais e danos diversos ao patrimônio, categoria que teve o sétimo aumento sucessivo no número de casos, com 309 registros. No tocante a Violência contra a pessoa, foram registrados os seguintes dados: abuso de poder (29); ameaça de morte (27); ameaças várias (60); assassinatos (180); homicídio culposo (17); lesões corporais dolosas (17); racismo e discriminação étnico-cultural (38); tentativa de assassinato (28); e violência sexual (20). Os registros totalizam 416 casos de violência contra pessoas indígenas no Brasil em 2022.

O CIMI ainda relata que, assim como nos três anos anteriores, os estados que registraram o maior número de assassinatos de indígenas foram Roraima (41 pessoas), Mato Grosso do Sul (38) e Amazonas (30), segundo dados da SESAI, do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e de secretarias estaduais de saúde. Esses três estados concentraram quase dois terços (65%) dos 795 homicídios de indígenas registrados entre 2019 e 2022: foram 208 em Roraima, 163 no Amazonas e 146 no Mato Grosso do Sul. Dentre estes casos,

destacam-se os assassinatos de lideranças Guarani e Kaiowá como Marcio Moreira e Vitorino Sanches, nos meses seguintes ao caso conhecido como “Massacre do *Guapo’y*”<sup>4</sup>

Foucault (1999) nos ensina que “lá onde há poder, há resistência”, de modo que, a despeito do cenário de guerra retratado acima, são muitas e diversificadas as formas de resistir e (re)existir dessas gentes. Desde fenômenos de expressão mais óbvios como os acampamentos de retomada, mas também a organização das grandes assembleias (Kuñangue Aty Guasu, Aty Guasu, Retomada Aty Jovem), a luta propriamente pela demarcação das terras, o fortalecimento e parcerias realizada pelas organizações do movimento social, a disputa por espaços políticos institucionais, até a incorporação, ao modo da cosmologia Guarani, de elementos culturais não indígenas introduzidos historicamente de maneira forçada.

A imagem abaixo é de uma *Oga Pysy* (casa de reza) na XI Kuñangue Aty Guasu, Grande Assembleia das Mulheres Kaiowá e Guarani, realizada na Terra Indígena Guapo’y - Panduí, no município de Amambai-MS, no ano de 2023. As assembleias acontecem anualmente e são um dos espaços coletivos de debate, construção e encaminhamentos, no que se refere às demandas, direitos e deveres coletivos dessas mulheres.

---

<sup>4</sup> Operação policial do Batalhão de Policiamento de Choque (BPChoque) da Polícia Militar do Mato Grosso do Sul ao território ancestral indígena Retomada *Guapo’y*, no município de Amambai/MS, ocorrido em 23 jun. 2022. Para mais informações, acesse: <https://ponte.org/massacre-de-guapoy-pm-e-pistoleiros-matam-indigenas-no-mato-grosso-do-sul/>

**Figura 4** – Casa de reza tradicional Kaiowá e Guarani



Fonte: Arquivo pessoal.

## **DOS PERCURSOS E PERCALÇOS**

*Eu sei, cansa  
Quem morre ao fim do mês  
Nossa grana ou nossa esperança  
Delírio é equilíbrio  
Entre o nosso martírio e nossa fé.  
(Emicida)*

Minha primeira experiência de estranhamento foi logo no início, na recepção que tivemos com os/as residentes que entrariam para o segundo ano do Programa. De semblante abatido e falas ansiogênicas, os/as colegas me davam indícios de que o percurso não seria (só) de alegrias e contentamentos. Meu primeiro cenário de prática se deu no ambiente hospitalar; descobri que nesse espaço ficaria por grande parte do percurso, uma quebra de expectativa para mim que, por desconhecimento, imaginava um Programa mais voltado à saúde coletiva e cuidados básicos em meio a vida cotidiana das pessoas em comunidade/aldeia. É importante dizer que a RMS é hospitalar com ênfase na Saúde Indígena e, ao longo dos anos de existência, há uma luta coletiva protagonizada pelos/as residentes e professores/as parceiros/as para sua manutenção e aprimoramento, o que inclui a reivindicação de um deslocamento do foco

hospitalar do Programa para um modelo de atenção à saúde construído com as pessoas dentro das comunidades.

De forma a tentar lidar com a frustração inicial de expectativas e de ir construindo um olhar sobre o lugar, o contexto, as pessoas e o modo como me afetava em relação com elas, busquei de maneira incipiente tecer algumas críticas à instituição hospitalar orientado pelas sensações de deslocamento, tensão e desconforto que me acompanhavam pelos duros e infintos corredores todos iguais. Infelizmente, minhas primeiras elaborações não foram bem recebidas pela preceptoria, que parece as ter tomado como ofensivas, ingênuas ou inadequadas.

Sobre a população indígena, ouço no cotidiano hospitalar colocações de que eram “*como os favelados de São Paulo*”, numa aparente tentativa de aproximação que me soou bastante pejorativa e inadequada, mesmo com minha pouca pesquisa realizada anteriormente de forma autônoma. Começo então a me questionar: Quem são esses/as profissionais? Que lugar é esse? Posso me expressar aqui com alguma liberdade? Para quem? De onde vem essa sensação de que não deveria estar aqui? Estaria eu atrapalhando o trabalho desses/as profissionais? De modo que o afeto da desconfiança e do distanciamento foram muito presentes nas relações e determinante para a (não) fluidez dos encontros. Também fui sentindo o distanciamento no modo como fui sendo recebido pelos/as usuários/as indígenas, o que me colocou a pensar e refletir sobre os limites e as (im)possibilidades do cuidado no contexto hospitalar e a buscar formas de compreensão que pudessem se contrapor às versões estigmatizantes.

Ecoando as vozes dos movimentos indígenas Mojana Vargas (2023) e Geni Nuñez (2023) reiteram que o colonialismo e/ou a colonização não acabaram, mas continuam e se atualizam no contemporâneo. Fanon (2020), por sua vez, ajuda-nos a pensar os (des)afetos em circulação na situação colonial quando conta de sua experiência em hospital como médico na Argélia em guerra de libertação nacional e que podemos extrapolar para outras situações em que as relações de poder se mostram bastante rígidas e assimétricas. De acordo com Fanon (2020)

a ciência médica ocidental sempre provocou uma atitude ambivalente na população nativa, visto que a situação colonial é moldada de tal forma que obriga os colonizados a julgar mal todas as contribuições do colonizador. (...) A morte é interpretada como uma decisão homicida e consciente, como resultado das manobras criminosas do médico europeu. Durante décadas, os argelinos têm tentado evitar a internação hospitalar. Apesar do diagnóstico do técnico de que qualquer dúvida pode afetar seriamente a vida do paciente, geralmente encontramos uma recusa e uma recusa em transportar o paciente ao hospital, e o consentimento é dado quase sempre no último momento, quando não há mais esperança. Na maioria das vezes há um resultado fatal. E o argelino, que depois de muito esforço conseguiu reduzir significativamente a tradicional desconfiança, e impôs a si mesmo a decisão da internação, de repente sente-se infinitamente culpado. (Fanon, 2020, p.5)

E acrescenta: “É preciso, com paciência e lucidez, analisar cada uma das reações do colonizado, e toda vez que não entendemos um fato devemos repetir que estamos diante de um drama mais profundo, o do encontro impossível na situação colonial.” Do mesmo modo, podemos trazer essa atitude para pensar as situações e as relações que ocorrem nos diferentes cenários da atenção à saúde: a morte, a internação, a *falta de adesão* ao tratamento, o *paciente mal informante*, o *paciente que não contribui*, o/a *indígena calado/a* etc.

De outro modo, Keese dos Santos (2017) também nos abre portas para outros caminhos de entendimento quando compartilha sobre o movimento e a ação política entre os Guarani Mbya, ressaltando que se o movimento da esquiva é um modo particular de produzir engano com o corpo; enganar, em geral, é uma forma eficaz de enfrentar o poder político coercitivo, sendo, portanto, uma das principais armas Guarani para lidar com o poder atualmente. Na impossibilidade de criar uma nova ordem, a ação política guarani se centra na potência do engano e da esquiva como processos de insubordinação contínua contra as forças da colonização (Keese dos Santos, 2017).

Entro na Residência no ano em que, pela primeira vez, o processo seletivo adotado tinha sido o Exame Nacional das Residências (ENARE). Assim, pessoas de todo Brasil puderam concorrer a uma vaga nos programas, podendo realizar o exame nas respectivas capitais de cada estado, o que contribuiu para que o público matriculado mudasse consideravelmente. Antes disso, o processo seletivo era local, de modo que os/as selecionados/as eram pessoas que residiam na região da Grande Dourados majoritariamente. Dessa vez, a grande maioria vinha de algum estado da região nordeste e de outras regiões do Brasil; apenas 3 de 26 ingressantes já residiam no local.

A mudança de público trouxe consigo também outras vivências, outras expectativas, outras necessidades e outras formas de relação com o processo formativo, de modo que a Residência não poderia continuar a mesma. Dentre as reivindicações do coletivo de residentes, a viabilização de um transporte para que pudéssemos acessar as aldeias dentro da RID foi uma das principais a serem pautadas, principalmente para o Programa de Saúde Indígena. Importante dizer que, devido à ausência de transporte público municipal que viabilize a circulação de pessoas entre cidade e aldeia, o deslocamento nesse trajeto é bastante dificultado, sobretudo para quem mora na Reserva. Nesse ponto, nossas demandas enquanto residentes e as demandas dos/das indígenas da RID se encontraram. Assim como a população indígena local desde a criação da Reserva, estávamos passando por dificuldades advindas da ausência de transporte público adequado entre aldeia e cidade. É certo que essa já era uma pauta de turmas anteriores que ainda não havia avançado. Os/As residentes anteriores, quando não tinham carro

próprio, davam um jeito de emprestar de familiares e/ou amigos/as próximos que tinham na cidade, de modo que resolviam o problema individualmente, o que não funcionaria para nós vindos/as de outras terras sem redes de apoio.

Se de alguma forma essa situação nos sensibilizou, nos fortaleceu enquanto equipe e nos aproximou um pouco mais das questões e dificuldades cotidianas enfrentadas pelas/os indígenas da RID, de outro modo nos colocou também a refletir sobre o direito à cidade e de como e/ou em que medida esse direito pode estar (ou não) articulado ao direito à saúde colocado inicialmente. O Estatuto da Cidade, instituído pela Lei nº10.257 em 2001, regulamenta a política urbana do país e coloca o direito à cidade como o direito à terra urbana, moradia, ao saneamento ambiental, à infraestrutura urbana, ao transporte, aos serviços públicos, ao trabalho e ao lazer para as presentes e futuras gerações. Contudo, de acordo com Marcelo Leão, Conselheiro Regional-Sul do Instituto Brasileiro de Direito Urbanístico, em entrevista concedida ao jornal Brasil de Fato, o direito à cidade

também é uma filosofia, uma posição política, que deve ser utilizada em contraponto àquela visão da cidade que é tratada como mercadoria, aquela cidade que é produzida para dar acesso a bens e serviços públicos e a fruição do espaço só por algumas pessoas ou por determinadas classes sociais.

Nesse sentido, é desejável que o direito à cidade possa ser pensado como direito de todos/as/es habitantes - permanentes ou temporários, das gerações presentes e/ou futuras – a ocupar, produzir, governar e desfrutar das cidades de forma justa, segura e sustentável, compreendendo-as como um bem-comum importante para o florescimento de uma vida plena. A violação desse direito não só produz exclusão como também coloca em risco a vida de milhares de pessoas que ousam sair do lugar ao qual foram confinadas e realizar esse percurso por conta própria, a pé ou de bicicleta. (Brand, 2004)

A próxima história transcrevo integralmente do diário de campo, com exceção dos nomes das pessoas envolvidas, que serão fictícios, de modo a preservar a identidade delas. Era o primeiro dia no cenário de prática Hospital da Missão Caiuá, havíamos sido recebidos na unidade pela manhã e retornado à tarde após almoço.

O Hospital Porta da Esperança (mais conhecido como Hospital da Missão) é um serviço fundado pela Missão Evangélica Caiuá - sediado no município de Dourados/MS, ao lado da RID - que se instalou no território em 1928 por meio de pastores presbiterianos estadunidenses, com objetivos de evangelização da população indígena local. Hoje o serviço é público, recebendo verbas federal, estadual e municipal, e funciona de “portas-abertas” para demandas de saúde da população local, indígena e não-indígena. Tem sido alvo de denúncia por desvio de verba e más condições de funcionamento. Além do Hospital o espaço abriga a Escola

Municipal Francisco Meireles e o Instituto Bíblico Felipe Landes, onde acontece evangelização de pessoas indígenas vindas de diferentes localidades do país. (Missão Caiuá). Vamos à história:

*06/03 - Primeiro dia no Hospital da Missão*

*Acompanho o óbito da menina Fernanda, que no momento que iniciei minha participação se encontrava já falecida na sala de emergência do hospital, sem acessórios médicos, na companhia dos pais e da enfermeira Daniela, que procurava consolar a mãe. Fernanda estava às vésperas de completar um ano de vida. Teria uma festa de aniversário que já vinha sendo planejada pelos pais, residentes da aldeia Jaguapiru, próximo a um dos postos de saúde. A menina morava com eles mais um irmão, João Pedro, que agora sentirá saudades. Era uma criança feliz e estava aprendendo a falar. Acompanho durante mais ou menos duas horas o choro e o desespero dos pais que, precocemente, se despediam da filha. Entre as palavras ditas pela mãe Bruna em meio ao choro sob o corpo da filha, uma pergunta se repetia muito: “POR QUE?” De acordo com Bruna, Fernanda era muito pequena pra ficar sozinha embaixo da terra.*

A cena me marcou profundamente. Para além disso, o que permaneceu comigo foi também uma dúvida: O que/quem matou Fernanda?

No dia seguinte, tento saber sobre o desfecho da situação do dia anterior, mas não tenho retornos significativos. Sinto que minha dúvida gera desconfiança nas pessoas e os/as profissionais do local aparentam estar sob estresse agudo, com certa desorientação e automatismos. Não soube o que constou como causa na declaração de óbito de Fernanda, mas soube de alguns eventos que antecederam sua morte. A menina já tinha passado, mais de uma vez, tanto pela UBSI quanto pelo mesmo hospital dias antes e recebido alta, com retorno dos sintomas em casa. A mãe Bruna contou que há uma semana tinham pulverizado veneno algumas vezes ao lado de sua casa e que, com o vento, grandes quantidades de veneno atingiram a casa, o que ela achava que podia ter feito mal à sua filha. No entanto, a fala dessa mãe parece não ter ganhado relevância para ser escutada. Fiquei com isso na cabeça. Teria sido o veneno a causa da morte de Fernanda?

Larissa Bombardi (2023) traz alguns números sobre casos de intoxicação na região:

No Brasil, as regiões Centro-Oeste e Sul – que frisemos, lideram a produção de soja e milho no país - ostentam o maior número de casos notificados de intoxicação de seres humanos por agrotóxicos por meio da pulverização aérea. Entre 2013 e 2021, mais de 160 episódios do tipo foram relatados no Centro-Oeste e quase cem, no Sul. (Bombardi, 2023, p.65)

E acrescenta:

Proporcionalmente os indígenas são os que mais sofrem com os químicos agrícolas no Brasil, em flagrante descumprimento da Constituição de 1988 e da Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), da qual o país é signatário. O problema atinge sobretudo os membros das etnias localizadas em Santa Catarina, Paraná e Mato Grosso do Sul, onde o Ministério da Saúde registrou, respectivamente, 52, 23 e 19 casos de intoxicação de indígenas entre 2010 e 2019. (Bombardi, 2023, p.66)

Durante a escrita do trabalho, acesso mais uma história, uma denúncia realizada em perfil de rede social da Kuñangue Aty Guasu/Grande Assembleia das Mulheres Kaiowá e Guarani:

*15/03/2024 - A Kuñangue Aty Guasu vem anunciar com profunda tristeza, mais uma vítima do agrotóxico, Raquel Daniel Isnarde, 32 anos, indígena do Povo Kaiowá, do território da Jaguapiru, município de Dourados/MS.*

*Gestante de dois meses ela morava com a mãe, e no dia 12 de março ela deu entrada no Hospital Da Missão Caiuá, com convulsão, dores abdominais, olhos lacrimejando e muita dor de cabeça, segundo a família houve negligência do hospital pois a paciente ficou por horas no corredor passando mal.*

*Ela foi encaminhada ao Hospital da Vida e internada na ala vermelha, quando a família foi informada do óbito fetal e em seguida Raquel veio a óbito. A família nos informou que isso ocorreu após três pulverizações de agrotóxicos perto de sua residência no terreno onde será construído um mercado dentro do território indígena.*

*O médico ainda perguntou a mãe da vítima, se Raquel ingeriu veneno, pois foi diagnosticada com alta dose de veneno na corrente sanguínea, seu corpo e de seu bebê foi enterrado ontem na Jaguapiru, a vítima deixa um filho pequeno e a mãe da vítima continua a passar mal com a intoxicação.*

*A Reserva Indígena de Dourados é onde se concentra os arrendamentos de terras indígenas e as compras ilegais de terra, para plantação de soja, construção de mercados, bares etc.*

*Juridicamente, trata-se de potencial homicídio culposo com dolo eventual da pessoa que utilizou os agrotóxicos em área inferior àquela determinada pela Anvisa, ou seja, 500 metros de povoações, cidades, vilas e bairros. O arrendamento em territórios indígenas causa ilegalidades como as que levaram a óbito mãe e bebê. Muitas famílias indígenas ao longo do ano sofrem com as consequências do veneno que é passado em território indígena e no entorno, nas lavouras de soja, milho e cana.*

*É URGENTE apurar esse caso, e dar os devidos encaminhamentos aos responsáveis por esse crime contra uma mãe e seu bebê que teve a vida interrompida em seu ventre. É*

*necessário investigar a aplicação de venenos irregulares, como horas inadequadas do dia, em meio ao vento e doses maiores do que aqueles regulados pela Anvisa (que já são maiores que outros países).* Fonte: Instagram - @kunangueatyguasu

A partir da minha experiência durante esses dois anos morando em Dourados, estando em contato com diferentes cenários da atenção à saúde indígena, presente em algumas das assembleias dos/as Kaiowá e Guarani e acompanhando as movimentações coletivas também nas redes sociais, percebo que notícias e histórias como essas não são raras, mas fazem parte do cotidiano da comunidade e daqueles/as que trabalham com ela. Diante desse contexto de violências e violações constantes, pude observar os inúmeros impactos na subjetividade nos/nas moradores/as indígenas das comunidades e nos/as trabalhadores/as da saúde, principalmente, indígenas e/ou não-indígenas. No caso de trabalhadoras/es indígenas a situação se torna ainda mais complexa, dado que são moradoras/es e trabalhadoras/es, ou seja, trazem seu pertencimento étnico e são figuras representantes do Estado, ao mesmo tempo.

Não posso não dizer que Fernanda, Raquel e seu filho, Clodiodi, Tati, Ariane, Victor Fernandes, Riderson, Juan, Camile, Ñandesy Damiana, Ñanderu Valdemiro e tantas outras não foram vítimas de políticas genocidas e da violência de Estado. Mas preciso dizer, sobretudo, que todas estas pessoas são também sementes de um mundo em constantes transformações e seguirão sempre vivas e presentes na ancestralidade e na nossa memória. Pois como diz Mestre Bispo:

Nós somos o começo, o meio e o começo.  
Existiremos sempre,  
sorrindo nas tristezas,  
para festejar a vinda das alegrias.  
Nossas trajetórias nos movem,  
Nossa ancestralidade nos guia.

### **Considerações finais (ou Pra não dizer que não falei das flores)**

O meu último mês enquanto residente do Programa, na possibilidade de escolha, optei por realizar no Ambulatório de Saúde dos Povos Indígenas (ASPIN), no município de São Paulo, onde morava antes de ingressar na residência. O ASPIN é uma unidade ambulatorial de atenção especializada do Hospital São Paulo (HSP), vinculado ao Projeto Xingu<sup>5</sup>, programa de extensão do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

---

<sup>5</sup> Para saber mais acessar o site do projeto: <https://projetoxingu.unifesp.br/>

O Ambulatório é um serviço de referência no atendimento a diferentes povos indígenas de diversas regiões do Brasil, agregando recursos tecnológicos, de ensino e profissionais especializados/as com larga experiência na atenção à saúde dos povos indígenas e no indigenismo. Criado em 1989 para acolher a crescente demanda de pacientes indígenas no HSP, em consequência das ações de saúde desenvolvidas pelo Projeto Xingu, tem a missão de promover de forma intercultural, equitativa e dinâmica, o direito fundamental dos povos indígenas ao acesso à saúde de forma integral, desde ações de promoção e prevenção até ações de tratamento e recuperação da saúde (Projeto Xingu, 2024).

Durante o período em que estive no serviço, pude participar de atendimentos conjuntos, ouvir outras experiências, conhecer outras realidades, conversar com profissionais, usuários/as e alunos/as, participar de reuniões e cursos e acompanhar um pouco da rotina. Tive a oportunidade de conhecer um pouco da construção da Aldeia Multiétnica Filhos desta Terra<sup>6</sup>, fruto do sonho de lideranças indígenas de diferentes etnias vivendo em contexto urbano na cidade de Guarulhos/SP de retomar uma terra para se fortalecerem coletivamente em seus pertencimentos étnico-culturais. Foi também o tempo que pude me organizar um tanto, tomar o distanciamento necessário da vivência intensa e do contexto caótico em que estava imerso para - com muitas dificuldades e muitas ajudas - poder contar essa história tornando-a então parte da minha vida e da vida de quem com ela encontrar.

Do meu lugar, posso dizer que, assim como em muitos outros cenários desafiadores para o trabalho em saúde, os sentimentos de impotência, desvalia e desespero fizeram parte do caminho, assim como os preciosos momentos de expansão e realização, em que os sentidos nasceram nas brechas dos encontros (im)possíveis. Nas tentativas de criar estratégias para integrar os sofrimentos ao nosso fazer. Nas apostas em construir relações de solidariedade e cumplicidade na justiça entre os povos. Assim talvez possamos sonhar coletivamente com possibilidades de reparação dessas violências, em todas as suas dimensões: histórica, econômica, social, cultural, psíquica etc. Em construir um mundo onde caibam muitos mundos, como dizem os zapatistas; em criar condições para que o diálogo aconteça entre diferentes pessoas, culturas e cosmologias em relações tão assimétricas. Nesse sentido, estarmos juntos/as/es com as/os indígenas na luta pela demarcação das Terras Indígenas (TIs), contrariamente à Lei do Marco Temporal nº 14.701/2023 tem sido um dos meios que encontramos para começar a conversa. Seguimos!

---

<sup>6</sup> Para saber mais, acesse: <https://aldeiafilhosdessaterra.comunidades.net/>

## REFERÊNCIAS

BRAND, A. Os complexos caminhos da luta pela terra entre os Kaiowá e Guarani no MS. *Tellus*, [S. l.], n. 6, p. 137–150, 2014. DOI: 10.20435/tellus.v0i6.82. Disponível em: <https://www.tellus.ucdb.br/tellus/article/view/82>. Acesso em: 26 mar. 2024.

BOMBARDI, L.M. **Agrotóxicos e Colonialismo químico**. São Paulo: Elefante, 2023. 108p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasil, 2016.

Disponível em:

[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em: 15 out. 2023.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf). Acesso em: 26 mar. 2024.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2010: característica geral dos indígenas-Resultado**. Rio de Janeiro, RJ: Censo Demográfico, 2012. Disponível em:

[https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/95/cd\\_2010\\_indigenas\\_universo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/95/cd_2010_indigenas_universo.pdf). Acesso em: 29 dez. 2023.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2022: característica geral dos indígenas-Resultado**. Rio de Janeiro, RJ: Censo Demográfico, 2022. Disponível em:

<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2102018#:~:text=As%20informa%C3%A7%C3%B5es%20sobre>. Acesso em: 29 dez. 2023.

BRASIL. **Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em:

[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.142%20DE%20DE%20DEZEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20participa%C3%A7%C3%A3o%20da,sa%C3%BAde%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.142%20DE%20DE%20DEZEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20participa%C3%A7%C3%A3o%20da,sa%C3%BAde%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs). Acesso em: 20 out. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.080/1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm).

Acesso em: 23 out. 2023.

BRASIL. **Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999.** Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1999. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19836.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19836.htm). Acesso em 26 mar. 2024.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE SAÚDE INDÍGENA. **Relatório situacional do Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena Mato Grosso do Sul, 2023.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/chamamentos-publicos/2023/chamamento-publico-sesai-ms-no-01-2023/anexo-xxxvii-relatorio-situacional-dsei-mato-grosso-do-sul.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2024.

CAVALCANTE, T. L. V. **Colonialidade e colonialismo interno: a política de criação de reservas indígenas no sul de Mato Grosso do Sul e algumas de suas consequências contemporâneas.** In: MOTA, J. G. B.; CAVALCANTE, T. L. V. (org.). Reserva indígena de Dourados: histórias e desafios contemporâneos. São Leopoldo: Karywa, 2019. p. 21-42. Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/sites/default/files/documents/prov0103.pdf>. Acesso em 26 mar. 2024.

CAVALCANTE, T. L. V. **Colonialismo, Território e Territorialidade: a luta pela terra dos Guarani e Kaiowá em Mato Grosso do Sul.** 2013. Tese (Doutorado em História) – UNESP, Assis-SP. Disponível em: [https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UNSP\\_e15921560fc9d218d064420da635081c](https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UNSP_e15921560fc9d218d064420da635081c). Acesso em: 26 mar. 2024.

CIMI. **Meu glorioso Clodiód: Um ano do Massacre de Caarapó, demarcação foi anulada e fazendeiros soltos | Cimi.** Disponível em: <https://cimi.org.br/2017/06/meu-glorioso-clodiodi-um-ano-do-massacre-de-caarapo-demarcacao-foi-anulada-e-fazendeiros-soltos/> Acesso em: 26 mar. 2024.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). **Relatório Violência contra os Povos Indígenas no Brasil: dados de 2022.** Disponível em: <https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2023/07/relatorio-violencia-povos-indigenas-2022-cimi.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2024

DUPRAT, D. **Entrevista concedida por ocasião do XI Encontro Nacional da 6ª Câmara de Coordenação e Revisão (CCR) do Ministério Público Federal.** 30 nov. 2010. Disponível em: <https://cimi.org.br/2010/11/31318/>. Acesso em 20 mar 2024.

FANON, F. O. **Medicina e Colonialismo.** Editora Terra Sem Amos: Brasil, 2020. 40p.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: a vontade de saber.** Trad. M.T. C. Albuquerque e J. A G. Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1999. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7915170/mod\\_resource/content/1/Historia%20da%20sexualidade%20I%20%20a%20vontade%20de%20saber%20by%20Michel%20Foucault%20Maria%20Thereza%20da%20Costa%20Albuquerque%20J%20%20A%20%20Guilhon%20Albuquerque%20%28z-lib.org%29.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7915170/mod_resource/content/1/Historia%20da%20sexualidade%20I%20%20a%20vontade%20de%20saber%20by%20Michel%20Foucault%20Maria%20Thereza%20da%20Costa%20Albuquerque%20J%20%20A%20%20Guilhon%20Albuquerque%20%28z-lib.org%29.pdf). Acesso em: 26 mar. 2024.

FREUD, S. **A interpretação dos sonhos – volume 2**. Tradução: Renato Zwick. Porto Alegre: L&PM Pocket, 2018, 352 p.

KEESE DOS SANTOS, L. **A esquiva do xondaro: movimento e ação política entre os Guarani Mbya**. 2017. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. Departamento de Antropologia. Área de concentração: Antropologia Social. Disponível em: [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8134/tde-29062017-111237/publico/2017\\_LucasKeeseDosSantos\\_VCorr.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8134/tde-29062017-111237/publico/2017_LucasKeeseDosSantos_VCorr.pdf). Acesso em: 20 mar. 2024.

KUNÃGUE ATY GUASU. **Documento Final da XI Kunãgue Aty Guasu - Grande Assembleia das Mulheres Kaiowá e Guarani**. Amambai/MS, 2023. Disponível em: [https://www.kunangue.com/\\_files/ugd/c27371\\_0ef8ba5bfb1147c0a2cc93a790d8ba72.pdf](https://www.kunangue.com/_files/ugd/c27371_0ef8ba5bfb1147c0a2cc93a790d8ba72.pdf). Acesso em 25 mar. 2024.

KUNANGUE ATY GUASU. **Gestante Kaiowá vem a óbito vítima de envenenamento**. Disponível em: [https://www.instagram.com/p/C4i7cnrv\\_HQ/](https://www.instagram.com/p/C4i7cnrv_HQ/). Acesso em: 16 mar. 2024.

LUCAS LUIS FARIA; CATIA PARANHOS MARTINS. Autoetnografia e a potência do habitar e (des)aprender com territórios indígenas: **Teoria e Cultura**, v. 17, n. 3, p. 91–107, 23 dez. 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/TeoriaeCultura/article/view/38041>. Acesso em: 26 mar. 2024.

LUCIANO, S.; BRASIL. SECRETARIA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA, ALFABETIZAÇÃO E DIVERSIDADE; UNESCO BRASIL. **O índio brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje**. Brasília: Ministério da Educação, Secad, 2006. Disponível em: [http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/indio\\_brasileiro.pdf](http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/indio_brasileiro.pdf). Acesso em: 20 mar. 2024.

MARTINS, C. P. “Desaprender 8 horas por dia”. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 33, n. 3, p. 192–198, 8 jan. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/wSLnTkqHT3WLXCXRSgZTGxD/>. Acesso em: 26 mar. 2024.

MUSSI, R. F. de F.; FLORES, F. F.; ALMEIDA, C. B. de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Práxis Educacional**, Vitória da Conquista, v. 17, n. 48, p. 60-77, 2021. DOI: 10.22481/praxisedu.v17i48.9010. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/9010>. Acesso em: 20 mar. 2024.

NEVES, B. “**O colonialismo nunca acabou, ele foi atualizado**”, **Mojana Vargas**. Disponível em: <https://bantumen.com/mojana-vargas-entrevista/>. Acesso em: 26 mar. 2024.

NUÑEZ, G. As monoculturas como violação da singularidade. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, 56(105), 107-120. 2023. Disponível em <https://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/2023-sbbsp-jornaldepsicanalise-v56-n105-8.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2024

SALUSTIANO, H. **Sonho entre os Guarani: um ensaio bibliográfico**. 2022. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. Departamento de Antropologia. Área de concentração: Antropologia Social. Disponível em:

[https://www.academia.edu/96998036/Sonho\\_entre\\_os\\_Guarani\\_ensaio\\_bibliogr%C3%A1fico](https://www.academia.edu/96998036/Sonho_entre_os_Guarani_ensaio_bibliogr%C3%A1fico). Acesso em 26 mar. 2024

**SPEZIA, A. Cimi Mato Grosso do Sul lamenta a morte de dois jovens Guarani Kaiowá e cobra fim da violência | Cimi.** Disponível em: <https://cimi.org.br/2022/09/cimi-mato-grosso-do-sul-lamenta-a-morte-de-dois-jovens-guarani-kaiowa-e-cobra-fim-da-violencia/>. Acesso em: 26 mar. 2024.

VICENTE, Renata de Matos et al. Condições de trabalho dos profissionais de saúde indígena no maior Polo Base do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, p. e00110321, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/zPf4FtBCRwC8KYZG9cHHVWv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 fev. de 2024.

**Direito à cidade é negado a muitos brasileiros. Como ter acesso a ele?** Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/10/10/direito-a-cidade-e-negado-a-muitos-brasileiros-como-ter-acesso-a-ele>. Acesso em 15 out. 2023.

**Emicida - Levanta e anda (Feat. Rael).** Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=GZgnl5OcuH8>. Acesso em 20 mar. 2024.

**Governo Lula cogita encerrar convênio entre Missão Caiuá e hospital de MS.** Disponível em: <https://correiodoestado.com.br/cidades/governo-lula-cogita-encerrar-convenio-entre-missao-caiua-e-hospital/421825/>. Acesso em: 29 mar. 2024.

**Indígenas de MS discordam dos dados do IBGE e se reúnem para discutir o censo 2022.** Disponível em: <https://correiodoestado.com.br/cidades/indigenas-de-ms-discordam-dos-dados-do-ibge-e-se-reunem-para-discutir/419718/>. Acesso em: 27 mar. 2024

**Mesmo com repasses milionários, saúde indígena continua desassistida em MS.** Disponível em: <https://correiodoestado.com.br/cidades/mesmo-com-repasses-milionario-saude-indigena-continua-desassistida/410848/#:~:text=%E2%80%9CO%20hospital%20alega%20para%20os>. Acesso em: 29 mar. 2024.

**Missão Caiuá responsabiliza governo federal por más condições de hospital indígena em Dourados.** Disponível em: <https://correiodoestado.com.br/cidades/missao-caiua-responsabiliza-governo-federal-por-mas-condicoes-de/411534/>. Acesso em: 29 mar. 2024.

**Missão Caiuá – A serviço do índio para Glória de Deus.** Disponível em: <https://missaocaiua.org.br/>. Acesso em: 29 mar. 2024.

**Monólogo ao Pé do Ouvido (Vinheta) / Banditismo por uma Questão de Classe (Vinheta).** Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=AkePvxvbrUw>. Acesso em: 26 mar. 2024.

**Morte de criança indígena que foi atropelada causa protesto em Dourados.** Disponível em: <https://www.enfoquems.com.br/morte-de-crianca-indigena-que-foi-atropelada-causa-protesto-em-dourados/>. Acesso em: 26 mar. 2024.

**Projeto Xingu.** Disponível em: <https://projetoxingu.unifesp.br/>. Acesso em: 29 mar. 2024.

**Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena.** Disponível em:  
<http://www.ccms.saude.gov.br/saudeindigena/asesai/sistemasdeinformacao.html>. Acesso em 29 mar. 2024.

**Somos começo, meio e começo - um até breve a Nêgo Bispo.** Disponível em:  
<https://www.redesdamare.org.br/br/artigo/321/somos-comeco-meio-e-comeco-um-ate-breve-a-nego-bispo>. Acesso em: 26 mar. 2024.

