

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

**A hora certa para nascer:
um estudo antropológico sobre o parto hospitalar
entre mulheres mbyá-guarani no sul do Brasil**

Rita Becker Lewkowicz

**Porto Alegre
2016**

Rita Becker Lewkowicz

**A hora certa para nascer:
um estudo antropológico sobre o parto hospitalar
entre mulheres mbyá-guarani no sul do Brasil**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ceres Gomes Víctora

**Porto Alegre
2016**

CIP - Catalogação na Publicação

Lewkowicz, Rita Becker

A hora certa para nascer: um estudo antropológico sobre o parto hospitalar entre mulheres mbyá-guarani no sul do Brasil / Rita Becker Lewkowicz. -- 2016.

165 f.

Orientadora: Ceres Gomes Victora.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Antropologia. 2. Saúde Indígena. 3. Mbyá-Guarani. I. Victora, Ceres Gomes, orient. II. Título.

Rita Becker Lewkowicz

**A hora certa para nascer:
um estudo antropológico sobre o parto hospitalar
entre mulheres mbyá-guarani no sul do Brasil**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Banca Examinadora:

Profa. Dr.^a Ceres Gomes Víctora (Orientadora)
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social – PPGAS/UFRGS

Profa. Dr.^a Patrice Schuch
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social – PPGAS/UFRGS

Prof.^a Dr.^a Esther Jean Langdon
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social – PPGAS/UFSC

Prof.^a Dr.^a Maria Paula Prates
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA

**Porto Alegre
2016**

Agradecimentos

São tantos os que fizeram parte do longo caminho trilhado até chegar à conclusão desta dissertação que é difícil mencionar a todos.

Em primeiro lugar, aos queridos Mbyá que me ensinaram muito sobre antropologia e sobre a vida. Ará Poty, Kerexú, Verá Poty, Karaí, Karaí Tataendy, Kuaray, Patricia, Jessica, Elza, Mariano, agradeço por me receberem sempre tão bem na *Tekoá Koenju* e em outros lugares dessa caminhada; Ao Vherá Poty, Pará e Vhera'í, Maria, Yry e Diana, pelas viagens e pelas visitas, enchendo minha casa de alegria e tornando a escrita um processo muito mais leve;

Agradeço também aos professores da universidade que me acompanharam ao longo de toda trajetória acadêmica, provocando e estimulando sempre a dar alguns passos mais. Especialmente ao José Otávio Catafesto de Souza, Sérgio Baptista da Silva, José Carlos dos Anjos, Denise Jardim, Patrice Schuch e Cornélia Eckert. À Antonella Fagetti, pelo tão acolhedor recebimento no México;

Um agradecimento especial a minha orientadora Ceres VÍctora, pela dedicação e disposição em me acompanhar durante esses dois anos;

Às professoras da banca, Patrice Schuch, Esther Jean Langdon e Maria Paula Prates, por aceitarem o convite à leitura de meu trabalho;

À antropóloga Miriam Chagas, com quem trabalhei diretamente na PRR4/MPF, por me apresentar um outro Estado;

À Rosa Maris Rosado, pela convivência no NPPPI e na vida, pelas trocas imprescindíveis para minha formação e temática de pesquisa;

Aos profissionais do Posto da *Tekoá Koenju*, por se disporem a conversar com plena abertura e interesse;

Às gurias do mestrado, por fazerem desses dois anos um momento de aprendizagem coletiva, apoio mútuo e cuidado. Especialmente à Vanessa, Helena, Lance, Lola, Jú, Marília, Luis, Herbert, pelo entusiasmo (crítico) com relação à antropologia;

À Laura, Paula, Gui, Cássio, Blind, Rafa, Theo, Martino, pela amizade sem fim;

Ao Mariano e ao Santi, por um outro caminhar, abrindo tantos mundos nessa América;

Aos colegas, Daya, Mário, Gabi, Carol, Marcelo, Gui Maltez, Laurence, Ana Laura, Michelle, Sara, Luiza, Ana Mendes, Lú, Nati, Leo, Rodrigo, Cássio, Paola, Lê, Fabi, por tantas aulas e discussões partilhadas;

Aos colegas de Guarani, especialmente Marcus e Lú, pela parceria no caminho do sol;

Aos colegas da etnologia, Mariana, Felipe, Flávio, Gustavo, Gui Heurich, Maria Paula, Ana Popp, Monica, Dani, Carleza, Marcinho, Billie, Jota, cujos trabalhos, comprometimento e dedicação sempre me foram muito inspiradores. Especialmente ao Luiz Fagundes, pela luta incansável e

dedicação admirável;

À Clementine por todas as viagens (sejam elas por terra, conceitos ou sonhos);

Às gurias da casa, Ana, Celvio, Dessa, Fê, Julia, pelas manhãs, tardes e noites... Pelas conversas, risadas e cantos, trazendo sempre outros tons e sons à vida. Especialmente à Gutcha, que além da casa e do vale, me ensinou a partilhar de um outro tempo;

Ao free jazz do sabiá, que acompanhou da janela todo o processo de escrita dessa dissertação;

À Fabi, pelo equilíbrio e alinhamento.

À Adri, por estar aqui de alguma outra forma.

À Ana Mar, pelas frases de autoajuda acadêmica, pela fala dos corpos e pela escuta;

À Gabriela, por um toque de realismo;

À Luana, Paulo e Maria Antônia, pelo aparentamento acolhedor;

Ao Vini, pela eterna parceria, exemplo de amizade;

Ao Bruno, pelas trocas, embates e implicâncias teóricas que conformaram grande parte dessa dissertação, qualquer agradecimento seria pouco;

Bruno, Vini, Cleme, Gus, agradeço a leitura acurada e minuciosa, sempre propositiva e instigante;

A toda minha família, pelo afeto. Especialmente aos meus pais, pelas asas, sempre estimulando um próximo voo. E à minha irmã, por levantar esse voo junto comigo.

À CAPES e ao PPGAS por disponibilizarem os recursos necessários para a realização desta pesquisa.

Agyjevete pave'i

Pende rataypy'ire avae maramo xerepota vae'ekue kie'iry!

Resumo

Esta dissertação de mestrado problematiza a relação das mulheres mbyá-guarani com as práticas e políticas de saúde diferenciada, especialmente aquelas que dizem respeito ao processo de gestação, parto e puerpério. Primeiramente, trazendo recortes históricos e legislativos, faço uma discussão a respeito da emergência da “população indígena” como uma “população governável” em que a questão “étnica” aparece de maneira relevante nas práticas de governo, implicando em novos dispositivos de controle e formas de subjetivação a partir da “diferença cultural”. As políticas de saúde diferenciada são analisadas nesse contexto, tratando de traçar um solo sob o qual se sustenta o Posto de Saúde situado na *Tekoá Koenju* (aldeia mbyá-guarani localizada no município de São Miguel das Missões/RS), onde realizei parte de meu trabalho de campo. Um segundo momento deste trabalho dedica-se às práticas cotidianas de produção do que seria a “cidadania indígena” em um contexto de etnogovernamentalidade, salientando as formas pelas quais os profissionais de saúde atuam tanto baseados em valores morais e concepções próprias, quanto na racionalidade técnica (biomédica e biopolítica). A motivação humanitária (da política e da atuação dos profissionais) muitas vezes acaba por produzir uma população mbyá vulnerável, precária, a qual se justifica a intervenção. A partir da história contada por um *karai opygua* suspendem-se certas regras desse jogo (político-conceitual) e adentra-se em outras possibilidades imaginativas mais atentas ao que os Mbyá vêm dizendo. Nessa direção, o terceiro momento atenta-se ao modo mbyá de fazer mundos, levando a política para o nível ontológico, e produzindo deslocamentos nos conceitos biomédicos. Seguindo histórias emblemáticas de partos (narradas e vivenciadas em diferentes espaços e momentos de minha trajetória etnográfica), busco trazer as formas mbyá de produção de corpos e pessoas, nas quais as práticas dos profissionais de saúde e o ambiente hospitalar também ganham um lugar específico. Os partos são, nesse sentido, como uma porta de entrada para pensar a cosmopolítica implicada no processo de produção da pessoa mbyá, situada também nas relações cotidianas com as políticas e práticas de saúde biomédica.

Palavras-Chave: Mbyá-Guarani; saúde indígena; práticas de governo; cosmopolítica; parto

Abstract

The purpose of this study is to reflect upon the relationship of Mbyá-Guarani women with specialized health policies and practices, especially those concerning pregnancy, birth and postpartum processes. First, bringing historical and legislative elements, I engage in a discussion about the emergence of the "indigenous population" as a "governable population" where "ethnicity" takes a significant role in governance practices resulting, therefore, in new control devices and forms of subjectivity that are built on "cultural difference". Indigenous health policies are analyzed in this context as to outline a ground upon which rests Tekoá Koenju's (a Mbya-Guarani community, situated in São Miguel das Missões/RS) Health Center, where part of my fieldwork was conducted. A second stage of this work is dedicated to the daily production practices of what would be the "indigenous citizenship" in a context of "ethnogovernmentality", highlighting the ways in which health professionals work based both on moral values and personal views, and on technical (biomedical and biopolitical) rationality. The humanitarian reason (present in the policies and in specialists' work) can often produce a vulnerable, precarious mbyá population that justifies an intervention. From a story told by a karai opyguá (mbyá shaman), certain rules of this political and conceptual game are suspended and other imaginative possibilities are able to emerge. In this direction, the third part of this study pays special attention to the mbyá way of "worlding", taking politics to the ontological level and producing changes in biomedical concepts. Following emblematic stories of births (narrated and experienced in different moments of my ethnographic trajectory), I seek to convey the mbyá modes of producing bodies and persons in which health professionals' practices and the hospital environment also have a specific place. Childbirth is, in this sense, a way to think about the cosmopolitics involved in the production process of the mbyá person, also situated in daily relationships with the biomedical health's policies and practices.

Key-words: Mbyá-Guarani; indigenous health policies; governance practices; cosmopolitics, childbirth

Lista de imagens

Imagem 1: <i>Entramando relações</i> . Por: Rita Lewkowicz. Aldeia do Bracuí, Janeiro/2016.....	11
Imagem 2: Mapa dos Distritos Especiais de Saúde Indígena. Fonte: SESAI, 2013.....	35
Imagem 3: <i>O Posto</i> . Por: Rita Lewkowicz. Tekoá Koenju, Agosto/2015.....	71
Imagem 4: <i>O Posto II</i> . Por: Rita Lewkowicz. Tekoá Koenju, Agosto/2015.....	71
Imagem 5: Croqui do Posto. Por: Rita Lewkowicz. Diário de campo (26/08/2015).....	74
Imagens 6: Organização do DSEI. Fonte: Relatório SESAI, 2013.....	76
Imagem 7: Modelo Assistencial SESAI. Fonte: página web da SESAI ¹	76
Imagem 8: <i>O Nascer do sol</i> . Por: Rita Lewkowicz. Tekoá Koenju, Agosto/2015.....	105
Imagem 9: <i>Caminhos</i> . Por: Rita Lewkowicz. Aldeia do Bracuí, Janeiro/2016.....	148

Lista de anexos:

Anexo 1: Carta compromisso direito à saúde indígena no Rio Grande do Sul. SES/RS, 2013.....	160
Anexo 2: Folder da Programação VII Seminário Povos Indígenas e o Estado: construindo redes no SUS, 2013.....	162
Anexo 3: Folder da Programação do I Congresso LatinoAmericano Povos Indígenas e Interculturalidade, e o VIII Seminário Povos Indígenas e o Estado - Cultura, Direitos e Sistemas de Saúde, 2014.....	163
Anexo 4: Folder da Programação do Seminário Povos indígenas e Saúde: olhares diferenciados para equidade no SUS, 2015.....	165

1 Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/jpg/2014/fevereiro/13/org-dsei-2012.jpg> (acesso em 24/11/2015).

Sumário

Introdução	12
Capítulo 1 - A emergência da “população indígena” no campo das políticas de saúde	36
1.1 A saúde como problema político: o cuidado e a vigilância.....	40
1.2 A emergência da “população indígena” no campo das políticas públicas.....	45
1.3 A emergência da “saúde indígena”.....	50
1.4 Os <i>experts</i> em diferença cultural.....	55
1.5 Fazer nascer, fazer viver: natalidade e maternidade no processo de investida do poder biopolítico.....	57
1.6 Entre a taquara e o bisturi: aumento da cesariana entre mulheres indígenas.....	64
Capítulo 2 - Sobre uma “intervenção positiva”: práticas de governo e moralidade no Posto de Saúde da Tekoá Koenju	72
2.1 A agência do <i>branco</i> : o Posto de Saúde na <i>Tekoá Koenju</i>	72
2.1.1 Política arquitetônica da diferença.....	73
2.1.2 A cronopolítica na produção de pacientes.....	78
2.1.3 Visita domiciliar, controle e mediação.....	84
2.1.4 Educação em saúde: formação de indivíduos conscientes.....	87
2.1.5 Marcadores de diferença e formas de intervenção.....	89
2.2 Sobre uma “intervenção positiva”: imaginário de índio e a gestão de vidas precárias.....	91
2.2.1 Intervenção positiva e razão humanitária.....	95
2.3 <i>Emokangy</i> e a boa distância.....	99
Capítulo 3 - Entre a aldeia e o hospital: a cosmopolítica cotidiana na produção da pessoa mbyá	106
3.1 A “hora certa” para nascer.....	108
3.2 <i>Puru'á</i> : mediador de mundos.....	121
3.3 Os riscos do <i>nhe'e</i> se perder ou ser levado.....	136
Considerações finais	149
Referências bibliográficas	153

A guerra é uma parteira: das entranhas do mundo faz emergir um outro mundo. Não o faz por cólera nem por qualquer sentimento. É a sua profissão: mergulha nas mãos do Tempo, com a altivez de um peixe que pensa que ele é que faz despontar o mar.
(Mia Couto, 2015, p.154)



Imagem 1: *Entramando relações.* Por: Rita Lewkowitz. Aldeia do Bracuí, Janeiro/2016.

Introdução

Transponho a vida. Não copio igualzinho. Nisso residiu o mestre equívoco naturalista. A verdade de uma casa transposta na tela é outra que a verdade na natureza. Pode ser até oposta. Tudo em arte é descoberta e transposição.

O material da literatura é a língua. A afasia da escrita atual não é perturbação nenhuma. É fonografia. Já se disse tanto. A gente escreve o que ouve - nunca o que houve.

(Oswald de Andrade, 2007, p.48)

Com certeza o mais difícil dessa dissertação foram as escolhas de tudo aquilo a deixar de fora. Nesses anos de caminhada junto aos Mbyá-Guarani, foram muitos os aprendizados e vivências, não sendo tarefa fácil escolher apenas uma pequena parte para compartilhar aqui. Contudo, entendo que a dissertação não é o fim de minha relação com essas pessoas, que se tornaram grandes amigas. As escolhas foram muito mais em direção à possibilidade de colocar em diálogo saberes mbyá e saberes antropológicos, filosóficos, biomédicos, a fim de pensar sobre a atualização desses encontros, pensar na realização do *acontecimento*. Talvez essa introdução seja mais como uma carta de intenções, preocupações e desejos. Assumo esse espaço como a possibilidade de um exercício sincero de expor as forças que me propulsionam a escrever e as linhas pelas quais fui atravessada ao longo desses dois anos de mestrado, nas leituras, nos afetos, na convivência com os Mbyá. Portanto, apresento meu problema de pesquisa como um ponto de agenciamento dessas intencionalidades, questionamentos e provocações.

Bebendo tanto dos estudos de antropologia política quanto da etnologia ameríndia, essa dissertação se coloca o desafio de problematizar a relação dos povos indígenas com as políticas de saúde, tratando de não cair na simples aplicação de modelos teóricos prescritivos, mas sim buscando tecer relações entre as diferentes contribuições teóricas que parecessem interessantes para dialogar com a experiência etnográfica. O resultado disso acabou sendo uma composição um tanto heterogênea, configurando-se como uma etnografia das práticas de governo e de conhecimento ocidentais posta em relação com uma etnografia das práticas cosmopolíticas e de conhecimento mbyá-guarani.

Frente à rica e extensa produção na área de etnologia ameríndia sobre os Mbyá-Guarani, assim como da relação política dos indígenas com o Estado Brasileiro, busquei não me aprofundar em nenhum desses dois polos, mas sim fazer um exercício de deslocamentos

entre um e outro, colocando-os em perspectiva, assim como perspectivando meu próprio lugar de enunciação enquanto um *locus* de produção de verdade – logo, também como parte desse jogo. Entendo a antropologia como uma instância de construção literária, no sentido não de “irrealidades”, mas como produção de “ficções persuasivas”², tomando a *escrita* como prática antropológica que produz uma relação entre escritor, leitor e texto.

Entendo, dessa forma, que não existe escrita inocente. Cada palavra, colocada em determinada posição, constrói um contexto e, portanto, o próprio recorte de um *campo* é a delimitação de um *território* (saber-poder), tão produtivo quanto restritivo. O que dá *forma* a essa dissertação são também os seus limites: limites do tempo, da escrita e de minha posição, em um campo simultaneamente real, político e discursivo. Reconheço o quanto uma dissertação de mestrado é uma peça escrita daqueles que dispõe do Verbo³ e portanto trato de exercer o constante exercício de problematizar meus desejos de produzir um “outro” objetificado para meus próprios fins. Procuro, assim, assumir a precariedade da minha posição, em busca não de um lugar de conforto, mas de um lugar de movimento.

Partindo de uma perspectiva parcial, considero que se algo é visto, é porque está sendo visto de algum lugar⁴. Não no sentido de uma condição subjetiva da qual emerge a perspectiva, nem de uma autoria como manifestação da interioridade pensante de um indivíduo específico apartado do mundo. As palavras aqui escritas, as reflexões elaboradas, são resultado de relações. Relações com as/os sábios Mbyá, com colegas, com professores, com amigos; com alegria, tristeza, tédio, satisfação; com textos, livros, códigos binários virtuais, enfim, uma série de agentes sem os quais nada disso existiria. O uso da primeira pessoa do singular se refere, antes de mais nada, a uma condição de possibilidades ancorada na perspectiva: as histórias contadas nessa dissertação, portanto, pretendem habitar os limites e provocar esses deslocamentos. Assumo, assim, o quanto meu olhar vem marcado pelos afetos que me perpassaram ao longo dessa caminhada e espero, portanto, que esse corpo de

2 Strathern (2014).

3 Refiro-me a afirmação de Fanon: “No hace mucho tiempo, la tierra estaba poblada por dos mil millones de habitantes, es decir, quinientos millones de hombres y mil quinientos millones de indígenas. Los primeros disponían del Verbo, los otros los tomaban prestado.” (Fanon, 1963, p.7).

4 Conforme a proposta de Haraway: “O eu dividido e contraditório é o que pode interrogar os posicionamentos e ser responsabilizado, o que pode construir e juntar-se à conversas racionais e imaginações fantásticas que mudam a história. Divisão, e não o ser, é a imagem privilegiada das epistemologias feministas do conhecimento científico. “Divisão”, neste contexto, deve ser vista como multiplicidades heterogêneas, simultaneamente necessárias e não passíveis de serem espremidas em fendas isomórficas ou listas cumulativas. Esta geometria é pertinente no interior dos sujeitos e entre eles. A topografia da subjetividade é multidimensional bem como, portanto, a visão. O eu cognoscente é parcial em todas suas formas, nunca acabado, completo, dado ou original; é sempre construído e alinhavado de maneira imperfeita e, portanto, capaz de juntar-se a outro, de ver junto sem pretender ser outro. Eis aqui a promessa de objetividade: um conhecedor científico não procura a posição de identidade com o objeto, mas de objetividade, isto é, de conexão parcial” (Haraway, 1995, p.26).

escritos possa compor um mundo *possível*, mas que desde já reconheça seu *fracasso* em representá-lo⁵.

Nesse sentido, pretendo aqui produzir contextos e colocá-los em relação, sobrepô-los, a fim de produzir *efeitos*. Quais os efeitos imprevisíveis e os outros “nós” possíveis? Não pretendo a busca de uma diferença essencial, capturável pelo antropólogo, ou a “objetivação” dos Mbyá-Guarani como uma população “apreensível” tanto em termos teóricos como etnográficos. Como saída a esse problema, busco realizar a produção de uma escrita que trate de mostrar tanto a minha inventividade, quanto a “deles”. Não se busca um método comparativo que pressuponha a existência de padrões comparáveis em qualquer pensamento. Justamente, esta é a crítica ao modelo da interculturalidade elaborada aqui. O que se pretende é que, ao realizar esse jogo de perspectivas, entre práticas de conhecimento Mbyá-Guarani e práticas de conhecimento ocidentais (biomédicas e 'políticas'), se possa produzir *outra* coisa.

Assim, quando me refiro “aos Mbyá-Guarani” não pressuponho a existência de um grupo circunscrito, homogêneo, de pessoas que pensam e agem igual, enclausuradas por marcadores étnicos ou fronteiras culturais. Como tratarei de mostrar no primeiro capítulo, esses processos de etnização estão inseridos em uma lógica estatal de produção de populações e espaços de intervenção que guardam relação direta com a herança colonial e com um formato de governamentalidade neoliberal. Ao mesmo tempo, contudo, não deixo de considerar importante falar em “os Mbyá-Guarani” no sentido de uma prática de conhecimento – nem uma metafísica enquanto representação coletiva e nem uma teoria da ação pragmática individualista – que difere da “nossa” e nos permite fazer um jogo de contrastes, uma com relação a outra. A ideia não é reificar um dualismo nós/eles, mas fazer uso desse recurso retórico para potencializar a diferença⁶.

Minha trajetória junto aos Mbyá, aliada a meu percurso acadêmico, fez com que eu chegasse a certas problemáticas de pesquisa e não a outras, a certos recortes e não outros. Desde os primeiros anos da graduação em ciências sociais, em 2007, me envolvi com

5 A ideia de fracasso aqui remete a problematização que Spivak (2008) faz sobre a impossibilidade de representar o subalterno, ao mesmo tempo em que existe a possibilidade de produzir efeitos críticos ao fazê-lo, desde que sempre assumindo o fracasso de tal exercício, remetendo a desconstrução: “Ésta es la virtud más grande de la deconstrucción: cuestionar la autoridad del sujeto que investiga sin paralizarlo: transformando persistentemente las condiciones de imposibilidad en posibilidad.” (Spivak, 2008, p.39).

6 Conforme a proposta de Strathern (2006), com respeito ao seu trabalho junto aos melanésios: “A intenção não é a de uma afirmação ontológica no sentido da existência de um tipo de vida social baseada em premissas que estejam numa relação inversa às nossas. Antes, é a de utilizar a nossa linguagem com vistas a criar um contraste interno a ela. Consequentemente, a estratégia de uma separação nós/eles não pretende sugerir que as sociedades melanésias possam ser apresentadas de uma maneira atemporal e monolítica, nem a de supor alguma fixidez em seu estado-de-ser que as torne objetos de conhecimento” (Strathern, 2006, p.45).

pesquisas relacionadas à temática indígena que me deram a oportunidade de chegar pela primeira vez em uma aldeia mbyá-guarani. Acompanhando um amigo que estava realizando sua dissertação de mestrado, tomamos a Av. Oscar Pereira e subimos o morro da Glória, passando pela curva da Restinga, onde a cada quilômetro a paisagem e o ar se transformavam, cada vez menos cimentados. “Tão próxima e tão distante” foi a primeira sensação que tive ao chegar na *Tekoá Jataity* (Cantagalo), onde ao dobrar a curva de uma das estradas de chão que interligam a zona sul do município de Porto Alegre, vi se abrir um mundo outro: terras coletivas sem cercamento, casas de barro, crianças brincando sozinhas por todo lado, áreas de mato, plantações de milho e, mais que nada, conversas tranquilas e divertidas embaixo de uma frondosa árvore em uma cálida tarde de primavera. Palavras cevadas pela pequena cuia de chimarrão que circulava entre nós, servida pela esposa do senhor com quem conversávamos. Ela falava pouco, mas parecia muito atenta a tudo que se passava a sua volta (além de nós, às crianças, cachorros, galinhas, ao pequeno fogo aceso e as sementinhas que tinha sobre sua saia colorida, às quais ia colocando uma a uma em um fio de nylon, elaborando o que veio a ser um belo colar. Eram um ritmo e uma forma de vida que eu desconhecia, ainda que estivesse a apenas 35km de minha casa.

Os projetos de pesquisa vinculados a universidade, especialmente os projetos do Laboratório de Arqueologia e Etnologia (LAE/UFRGS) e o Núcleo de Sociedades Indígenas e Tradicionais (NIT/UFRGS), coordenados pelos professores José Otávio Catafesto de Souza e Sergio Baptista da Silva, respectivamente, foram extremamente importantes em minha trajetória como aprendiz de antropóloga. Me levaram à outras aldeias, no interior do Rio Grande do Sul, especialmente ao acampamento mbyá-guarani de Irapuá (Caçapava do Sul), a *Tekoá Porã* (Salto do Jacuí) e a *Tekoá Koenju* (São Miguel das Missões). As estadas de vários dias em cada uma dessas aldeias, foi encurtando a distância desse primeiro encontro e criando laços de amizade e relação que são também parte (ou melhor, a condição de possibilidade) dessa dissertação.

Foi especialmente a relação com uma família mbyá que me levou do Salto do Jacuí a São Miguel das Missões, assim como a percorrer caminhos por toda região missioneira, adentrar à província argentina de Misiones, chegando a diferentes aldeias pela alegria de visitar os parentes. A família de Kerexú, com seus filhos Ará, Verá, Kará Mindi, Kuaray, Jachuka, Savina, Marcela, Helena e Yva, seu neto Kará Tataendy, me 'adotou' recebendo-me sempre com muito carinho, criando um ambiente de acolhimento que retrata essa especialidade mbyá na arte de receber visitas. Esta família mbyá tem especial experiência e abertura a receber visitas de não-indígenas, já tendo formado alguns tantos antropólogos. A

arte mbyá no acolhimento dos recém-chegados, me parece uma constante nas diversas aldeias pelas quais já passei. Há sempre um fogo aceso para esquentar-se e uma cuia de chimarrão, fazendo circular belas palavras e divertidas conversas. Assim como há sempre um cobertor sobrando e uma forma de acomodar os visitantes pela noite.

A estreita relação que fomos estabelecendo, eu e Ará, foi que me guiou por esses diferentes caminhos, a conhecer o mais belo e o mais difícil da vida mbyá. Grande amiga e parceira de viagem, Ará sempre manteve a preocupação de questionar uma visão idealizada dos Mbyá-Guarani, apresentando-me outras faces de ser uma mulher mbyá. Ao mesmo tempo em que sempre teve muita disponibilidade e paciência em ensinar-me e partilhar de sua vida, nunca deixou de afirmar sua desconfiança com relação ao trabalho antropológico – duvidando de sua serventia, reclamando da falta de retorno desses trabalhos à comunidade, do quanto são poucos aqueles que voltam a aldeia depois de haverem concluído seus trabalhos.

Ará Poty é uma mulher forte e um tanto combativa, qualidades não apreensíveis de imediato frente a sua postura um tanto tímida e silenciosa. Conheci-a na *Tekoá Porã*, no Salto do Jacuí, acompanhando uma tarde em que tramava o cipó *mondepi* com as estreitas tiras de taquara, na confecção de um belo e delicado par de brincos. Ela gosta e tem especial destreza na elaboração de diferentes peças de artesanato: colares, pulseiras, brincos, cestos e até mesmo nas figuras zoomorfas de madeira (*vixurangá*). Passamos algumas tardes coletando material e tramando linhas, taquaras, histórias, emoções, relações, desejos e sonhos...

Temos uma estatura parecida, aproximadamente um metro e sessenta de altura. Ará tem cabelos lisos e longos, bem escuros. Nos seus trinta e dois anos, já viveu em diferentes aldeias no Brasil e Argentina. Falante fluente do português (o que não é muito comum entre as mulheres mbyá), Ará trabalhou como agente indígena de saúde no Salto do Jacuí e hoje em dia trabalha como professora na escola da *Tekoá Koenju* (São Miguel das Missões). Nas tardes em sua casa, além de cozinhar, limpar a casa e varrer o pátio, íamos buscar remédios no mato, milho e melancia na roça, assim como assistíamos a diferentes novelas e outros programas na televisão. Eventualmente íamos à cidade (aproveitando que eu estava de carro), quando precisava comprar comida, buscar alguém na rodoviária ou quando Ará tinha consulta no dentista. Diferente de seu filho que estava sempre ansioso por um passeio na cidade, Ará preferia passar os dias na tranquilidade da aldeia.

Outro parceiro mbyá nessa minha trajetória foi Vherá Poty. Conheci-o em um ônibus dos estudantes de ciências sociais indo ao Rio de Janeiro, em 2007. Depois voltei a encontrá-lo nas visitas ao Cantagalo, mas principalmente nas aulas de língua mbyá-guarani na

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, nas quais ele era o professor. Mentor e coautor de diferentes projetos de pesquisa, de documentários, de fotografia, de livros, entre outros, Vherá é também um especialista na mediação entre indígenas e não-indígenas, e foi participante ativo na elaboração de diferentes trabalhos antropológicos, especialmente aqui no sul do país. Nos seus vinte e oito anos de idade, tem três filhos e já morou em diferentes aldeias no Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, e hoje está morando em São Paulo.

As aulas de guarani sempre foram momentos inspiradores e desafiadores, revelando um universo de sentidos que estava sempre muito além de minha capacidade “interpretativa”. A cada palavra que perguntávamos a tradução, éramos levados através de expressões poéticas e imagéticas, a empreender um caminho pelas narrativas mito-cosmológicas mbyá. Esses encontros, nas tardes de quinta-feira no prédio da Faculdade de Educação (FACED) da UFRGS, no centro de Porto Alegre, regados a chimarrão e bergamotas trazidos pelas colegas, nos deslocavam por outros tempos, espaços e mundos, no esforço mútuo por estabelecer um diálogo em que o entendimento fosse possível. Tanto quanto tratávamos de aprender algo sobre o pensamento e a língua guarani, Vherá também parecia nos 'antropologizar' tentando entender o que nos levava a fazer certas perguntas e não outras, curioso pela nossa insistência no aprendizado pela escrita e nossa dificuldade em memorizar certos sons, tons e expressões.

Foi nessas aulas que nasceu o projeto *Nhamandú Rapé*, que consistiu na viagem por diferentes aldeias, trilhando um caminho do RS ao ES. *Nhamandú Rapé* pode ser entendido tanto enquanto a caminhada originária de criação do mundo por Nhamandú (divindade sol); assim como pelo caminho trilhado por *Tataxi*, uma *kunha karai* (mulher xamã) que guiou a caminhada messiânica dos Guarani até o litoral do Espírito Santo; e, ainda, pelo caminho trilhado pelo sol todos os dias, de leste a oeste. Foi em janeiro de 2016 que empreendemos essa linda viagem⁷, que me levou por novos caminhos, proporcionando encontros e reencontros com as/os mbyá, alegrias e histórias inspiradoras que aparecerão ao longo dessa dissertação. Cada aldeia diferente em si, mas igualmente especialista na arte de acolhimento dos visitantes.

Foram essas viagens, junto de Ará e de Vherá, que me permitiram entender o que significava a “mobilidade mbyá-guarani” tão referida na teoria antropológica desde os primeiros cronistas, assim como uma territorialidade que extravasa os limites fronteiriços

7 Agradeço a Vherá por nos proporcionar e nos guiar por esse caminho; a Vherá Neymar, Marcus Wittmann e Luciene Rivoire pela disposição, diversão, parceria nessa viagem. E todas as famílias mbyá que nos receberam com alegria e acolhimento, com cobertor e comidas deliciosas, nas diferentes aldeias pelas quais passamos ao longo dessa caminhada.

nacionais, porque está vinculada a um marco de referência espaço-temporal outro⁸. Através desse caminhar, era possível encontrar e reencontrar parentes, alegrar-se, assim como ir em busca de uma vida mais tranquila, pelas mais diversas razões: frente a situações de conflito, separação matrimonial, falecimento, descontentamento, sonhos de mau agouro, entre muitos outros. De fato, a pergunta a um/uma Mbyá sobre os lugares onde já viveu geralmente é respondida com uma longa lista de aldeias, localizadas tanto nos diferentes estados brasileiros, assim como em localidades na Argentina e Paraguai. Para situar o leitor em termos mais gerais com relação aos Mbyá-Guarani, remeto à sistematização de Catafesto de Souza (2009):

Hoje, no Brasil, a população Mbyá está estimada em seis mil pessoas. No Rio Grande do Sul, são dois mil (aproximadamente) distribuídos em cerca de vinte e duas comunidades localizadas nas proximidades do litoral atlântico, nas margens ocidental e norte da Laguna dos Patos, na margem oriental do Lago Guaíba, no alto rio Jacuí e na região das Missões, no noroeste do estado. Existem outras dezenas de comunidades Mbyá-Guarani em Santa Catarina, no Paraná, em São Paulo, no Rio de Janeiro e no Espírito Santo. Na Argentina, são talvez oito mil indivíduos, vivendo em 53 comunidades localizadas na Província de Misiones. No Paraguai são talvez sete mil, distribuídos em mais de cem comunidades. Estão presentes, também, no Uruguai, nas proximidades de Montevidéu. No total, a população Mbyá atual soma por volta de vinte e uma mil pessoas unidas numa rede social de parentesco e aliança que se estende por centenas de quilômetros, ultrapassando as fronteiras políticas arbitrariamente criadas entre estados e países. (Catafesto de Souza, 2009, p.9)

Habitantes originários destas terras, os Mbyá mantêm muitos de seus saberes ancestrais em um ato de resistência e insistência frente às investidas em diversas instâncias de poder. Se antes da chegada europeia podiam circular por essas trilhas e matas, lagos e rios, hoje em dia esse deslocamento é muito mais difícil, agravado pela expansão do agronegócio, pela implementação de grandes empresas (extrativistas, mineradoras, industriais, geradoras de energia, entre outras), pela duplicação e implementação de novas rodovias, pela expansão dos centros urbanos, entre muitos outros elementos. As terras demarcadas são ínfimas frente ao território originário, mas situam-se geralmente nos poucos lugares onde ainda há mata nativa e nascentes de água doce.

Outra faceta de minha trajetória que merece ser explicitada aqui é meu trabalho como estagiária de antropologia no Ministério Público Federal – Procuradoria Regional da República da 4ª região (PRR4/MPF), em 2010, e no Núcleo de Políticas Públicas para Povos Indígenas (NPPPI) da Secretaria Municipal de Direitos Humanos da Prefeitura de Porto Alegre, em 2012. Essa experiência de trabalho em instituições públicas de diferentes níveis de

8 Sobre este marco de referência da cosmo-ecologia mbyá-guarani, ver: Catafesto de Souza (2008).

governo, junto a gestores técnicos do Estado, me trouxe uma série de outras inquietações sobre as formas de funcionamento e as limitações dessas instituições nas práticas e políticas em relação aos coletivos indígenas. Fonte de muitos aprendizados, essas vivências me fizeram desmistificar a imagem do Estado como um bloco homogêneo e estático, abrindo a dimensão de suas disputas internas, diferentes formas de atuação, governo e conduta a partir das práticas dos agentes implicados, assim como variadas maneiras de estabelecer relações, discursos e alianças.

Foi no MPF que pela primeira vez entrei em contato com a linguagem do Direito, da legislação relacionada aos povos indígenas, assim como de todo o aparato estatal que havia em torno dos direitos indígenas e cuja incumbência deste órgão era fiscalizar e garantir. Aprendi aqui que a legislação é mais maleável e subjetiva do que aparenta ser e seus usos são acionados de distintas formas em situações específicas. Nesse espaço, a antropologia aparece como um saber-poder autorizado a falar (geralmente através das chamadas “perícias antropológicas”), trazendo outras vozes e conceitos para a linguagem do Direito, assim como atuando diretamente na produção de formas outras de cidadania.

A posição da antropologia nesta instituição chamava, também, a uma outra forma de escrita. O diálogo com o Direito e o formato processual exigem uma linguagem distinta daquela dos meios acadêmicos, trazendo outras questões éticas e epistemológicas ao trabalho antropológico. Situações complexas, difíceis e que necessitavam de uma resposta (um tanto 'rápida' e 'direta'), me geraram muitas reflexões sobre esta prática antropológica tão desafiadora, delicada (incidindo diretamente sobre a vida daqueles envolvidos) e que, em alguns espaços acadêmicos, ainda é vista com desdém. Mas sem a qual, me parece, a distância entre os promotores de justiça e os indígenas seria ainda maior.

O estágio na Prefeitura de Porto Alegre, por sua vez, me levou para outras questões e dimensões do fazer antropológico. Enquanto uma instância executiva, cabia ao NPPPI a elaboração de políticas públicas municipais e a execução de projetos junto aos indígenas amparados em uma escuta técnica e atenta às suas demandas e prioridades. A organização de um livro, de eventos de formação para professores e gestores, assim como diferentes reuniões em outras secretarias marcaram minha participação neste espaço, mostrando-me a heterogeneidade de atores implicados em uma política pública, por mais 'simples' que possa parecer. O convencimento, as alianças e articulações necessárias (entre indígenas e não-indígenas, gestores de outras secretarias e instituições, técnicos e partidários, entre outros) para fazer um projeto acontecer, fazem parte de uma “arte diplomática” que exige muita paciência e dedicação.

Foi essa experiência, “desde dentro”, que me fez perceber o quanto as ações do poder público eram menos a agência de uma força supranatural modeladora (chamada “Estado”) e mais que nada a agência de certas pessoas, que estavam tão motivadas por valores morais, emoções e sentimentos, quanto por uma racionalidade técnico-burocrática. Inclusive, por exemplo, na atuação – aparentemente incipiente, mas igualmente agentiva – do motorista da Secretaria, com quem muitas vezes empreendi discussões sobre a forma de tratamento com relação aos indígenas. Portanto, lidar com todo esse aparato institucional também foi bastante desafiador, revelando uma maquinaria engenhosa de difícil apreensão para aqueles que olham de fora. Chamou-me a atenção, contudo, a destreza de certos indígenas (acostumados com a posição de mediação) em lidar com esse aparato, sabendo desenhar os caminhos e articular as relações necessárias, acionando as pessoas certas para a resolução ou encaminhamento de uma dada situação⁹.

Os estágios nessas duas instituições me permitiram conhecer muitas lideranças indígenas (Mbyá-Guarani, Kaingang e Charrua), assim como trabalhadores de diferentes órgãos do estado (EMATER, SES, SMS, MPF/RS, FUNAI, SESAI, SDR, CIMI, entre outros). Proporcionou-me a visita a diferentes aldeias em Porto Alegre e arredores¹⁰, assim como a participação em diferentes reuniões, seminários, encontros, cursos de formação e assembleias, organizados por essas diferentes instituições. Estes últimos foram muito importantes em minha formação, abrindo-me também o olhar para esses outros espaços de produção de sujeitos, em que o discurso e a postura dos corpos na fala de gestores institucionais e indígenas têm um “formato” um tanto prescritivo, que se repete a cada reunião. Se a princípio me surpreendi com o quanto a fala de uma mesma pessoa pudesse variar tanto dependendo do lugar e contexto do enunciado, depois entendi que esta era justamente parte de uma arte cosmopolítica, em que cada um aciona formas distintas e seleciona elementos específicos para produzir os efeitos desejados no campo da Política.

Quando estive trabalhando nestas instituições e na frequência desses espaços “públicos” de produção de cidadania, minha posição de estudante curiosa deslocou-se para a de uma “aliada”, a quem era possível também “acionar” eventualmente. Inúmeras vezes ao longo deste tempo recebi ligações de indígenas, a fim de resolver problemas com a chegada da cesta básica, com o término do subsídio de passagem, com a repercussão desastrosa de alguma chuva forte ou enchente, assim como convites para visitas e festas. Se essa posição de

9 Ao longo da dissertação, teremos algumas pistas do quanto esse conhecimento também está ligado a formas cosmopolíticas (relacionadas ao xamanismo) de lidar com o Estado.

10 Aldeias Mbyá-Guarani: Cantagalo, Itapuã, Estiva, Lomba do Pinheiro, Lami, Coxilha da Cruz; aldeias Kaingang: Morro do Osso, Lomba do Pinheiro, núcleo familiar de Iracema e Padilha, assim como núcleo dos Fidelis; e a aldeia Charrua Polidoro.

'aliada' me abriu certas portas e relações, colocando-me quem sabe em uma posição mais “simétrica”, também sempre manteve as relações em um plano mais superficial. Incomparável, por sua vez, à relação com Ará ou Vherá estabelecida por anos de convívio, com longas estadas na aldeia e visitas em minha própria casa em Porto Alegre.

Esta extensa apresentação de minha trajetória se justifica pela forma que acabou tomando essa dissertação. É através desse percurso (pessoal, acadêmico e profissional) que é possível entender meu interesse em olhar para as políticas públicas de saúde diferenciada na sua dimensão propositiva e produtiva de sujeitos e tecnologias, mas sem abandonar a profundidade e densidade dos aprendizados vividos junto aos Mbyá. Dediquei minha atenção principalmente à temática do *parto hospitalar de mulheres mbyá-guarani* porque além de ser um tema recorrente nas conversas entre as mulheres mbya (tanto na aldeia como nas reuniões institucionais) também me pareceu um ponto interessante de engendramento das diferentes dimensões da relação dos povos indígenas com o estado e com a biomedicina, em que estão implicadas formas distintas de produção de corpos e pessoas.

Pensar no nascimento não como um advento, mas como um acontecimento (que é linguagem e estado de coisas ao mesmo tempo), permite traçar linhas de reflexão em diferentes direções – no sentido da produção político-institucional da figura do indígena a partir de um modelo de etnogovernamentalidade (a qual dedico o primeiro capítulo); das práticas cotidianas de produção de cidadania e corpos biológicos (no segundo capítulo); assim como das diferenças ontológicas subjacentes a modos distintos de fazer e conceber mundos e pessoas (desafio do terceiro capítulo). Se assemelham, contudo, por fazerem parte de uma perspectiva teórica situada em um campo pós-bachelardiano, em que se privilegia a ruptura à continuidade, em um plano simultaneamente real, político e discursivo¹¹. Nos capítulos que virão, assim, podemos ver agenciamentos diversos entre esferas molares e moleculares, cuja relação talvez não seja tão evidente ou coerente, senão pela forma como estão atreladas à minha própria trajetória.

Cada capítulo pode ter uma vida independente e poderia ter composto uma dissertação inteira, mas minha aposta foi em outro sentido: optei por aprofundar menos em cada uma dessas direções, mas sobrepor esses textos a fim de compor um cenário mais diversificado, de produção de camadas distintas de realidade, igualmente agentivas. Inspirada nas três perspectivas sobre os corpos apontadas por Scheper Hughes e Lock (1987), penso nas formas de produção desses corpos subjetivos (“pessoalidades”), sociais (socialidades humanas e não-

11 Autores centrais nesse sentido norteador seriam: Foucault, Viveiros de Castro, Mol e Blaser.

humanas), assim como no corpo político (regimes de controle e governo). Quando falo em camadas, contudo, não me refiro a uma imagética “bonecas russas” (uma englobando a outra). Penso nessas camadas mais que nada como dobras, que se aproximam, distanciam, que se desdobram em outras coisas, um tanto imprevisíveis, deixando um vácuo incapturável no entremeio. Talvez um tanto como processos morfogenéticos que vão dando forma à pessoa (essa sugestão conceitual se encontra em: Reyes, 2016, no prelo). Em vez de me associar a apenas uma dessas matrizes epistemológicas, preferi correr o risco da ‘incoerência’ e provocar o leitor com respeito às formas distintas de produção de contextos em nossa disciplina e até onde uma ou outra podem levar. Enfim, os efeitos dessa escolha, caberá ao leitor avaliar.

A temática da saúde reprodutiva de mulheres indígenas aparece no debate antropológico dos últimos anos trazendo questões especialmente direcionadas à relação entre os povos indígenas e o sistema de saúde biomédico, assim como às práticas e políticas de “saúde diferenciada” que ganham forma desde a Constituição de 1988. Contudo, não há uma extensa produção nesse sentido, sendo ainda válida a afirmação de Coimbra e Garnelo (2004) de que: “permanece como grande lacuna no conhecimento os determinantes socioculturais, ambientais e biológicos da saúde reprodutiva da população indígena no Brasil” (p.153), considerando a “ausência de informações demográficas abrangentes” (p.154), assim como o fato de que a maioria dos estudos sobre essa temática se refere a regiões amazônicas, deixando de lado outros contextos nacionais.

Por um lado, os autores trataram de resolver essa “lacuna” através do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena, realizado em 2008-2009, mas cujos dados permanecem em processo de análise, ainda que já apresentem considerações a respeito da iniquidade entre os índices de saúde indígena e não-indígena quanto a morbimortalidade materna e infantil (Coimbra *et al*, 2013). Por outro lado, o último Fórum sobre “saúde e povos indígenas no Brasil” (realizado em 2014), levantou questões a respeito da dificuldade de acesso das populações indígenas às políticas de saúde, do formato que a “atenção diferenciada” vem tomando, dos problemas gerados no campo da gestão das políticas diferenciadas (como a terceirização do trabalho para ONGs, municípios e estados), assim como da falta de formação dos agentes indígenas e não-indígenas de saúde para trabalhar com a questão intercultural (Garnelo, 2014).

O tema da produção e fabricação do corpo entre os Mbyá-Guarani também vem sendo foco de diferentes estudos antropológicos recentes (Pissolato, 2007; Pradella, 2009; Heurich, 2011; Pierri, 2013; Prates, 2013), mas pouco se escreveu sobre a relação entre esses processos

e o sistema biomédico de saúde, ainda que a maioria das aldeias (demarcadas ou não) tenha uma unidade básica de saúde no seu interior. A presença do Posto de Saúde e da equipe multidisciplinar de saúde que mantém visitas frequentes às aldeias, desde a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASI) em 2002, configura um contexto específico em que poucos são os casos de gravidez que não são acompanhados por essa equipe. Dessa forma, a relação com o sistema biomédico se dá tanto no cotidiano da aldeia, como nos casos de ida ao hospital.

Um dos objetivos deste estudo é entender como se dá a composição dessa legislação da “saúde diferenciada”, inserida em um processo de produção de uma população indígena enquanto *locus* de intervenção, sustentando a chegada das unidades básicas de saúde às aldeias. Um segundo objetivo, assim, é etnografar as práticas cotidianas do Posto de Saúde de uma aldeia Mbyá-Guarani, a *Tekoá Koenju* (município de São Miguel das Missões/RS), atenta aos que elas produzem e aos valores morais e sentimentos implicados na atuação desses profissionais. E um terceiro objetivo é estudar como a experiência dessa relação é descrita pelas Mbyá-Guarani, assim como os conceitos implicados para situar tal relação no contexto cosmopolítico mais amplo das relações com outros seres¹². Tendo como foco a etnografia junto às mulheres Mbyá, a pesquisa se debruça sobre a experiência vivida, tratando de levar em consideração as noções (corpo, pessoa, gravidez) usadas para relatar suas vivências, inserindo-as em uma forma de fazer-mundo em que está implicada também a relação com os profissionais de saúde e as práticas e políticas de “saúde pública”.

Proponho pensar a diferença entre as formas Mbyá-Guarani e as formas biomédicas de conceber o *parto hospitalar* como modos distintos de descrever o mundo (Strathern, 1999, p. 172), sendo que cada uma dessas descrições corresponde a todo um conjunto de relações entre conceitos que, indo ao seu limite, conformam ontologias específicas. Essa perspectiva teórica, assim, dirige atenção às práticas distintas de descrição, nas quais as ideias ocidentais de indivíduo, corpo e humano, não aparecem como pressupostos *a priori* mas são colocadas em xeque num jogo de contrastes. Nesse sentido, trato de desconstruir a ideia de uma maternidade universal fundamentada em uma noção de mulher entendida como pressuposto extensível a qualquer contexto. Trato de trazer, nesta dissertação, situações que remetem às

12 Aqui, o conceito de cosmopolítica parece interessante no sentido de enfatizar o quanto uma cosmo-lógica implica em uma cosmo-política, considerando as diversas formas de relação entre humanos e não-humanos, incluindo discursos e modos específicos de fazer política. Seguindo a proposta de Pradella (2009), “entende-se por cosmopolítica conjuntos de entendimentos e procedimentos diplomáticos de interação com alteridades humanas e não-humanas, habitantes do cosmos” (p. 91), de forma que podemos incluir nessa cosmopolítica tanto as relações dos Mbyá com os agentes biomédicos de saúde, como com os próprios elementos que compõem o ambiente hospitalar.

formas cotidianas de constituição de maternidades e de mulheres, ancoradas em pressupostos distintos de corpo e pessoa, assim como problematizando as diferentes produções do que seria “humano”.

Se o “aumento dos partos hospitalares entre mulheres indígenas Mbyá-Guarani” foi o ponto de partida de minha pesquisa, essa temática acabou dando lugar a uma reflexão mais ampla sobre modos de governo da conduta e moralidades implicados nas práticas e políticas de “saúde indígena”, assim como das formas mbyá-guarani de se relacionar com elas, considerando as políticas ontológicas em jogo nessa relação. Os nascimentos apareceram, assim, como um mote emblemático a partir do qual pensar, pois se configuram como um momento de intensa relação das mulheres mbyá com o sistema biomédico vigente (incluindo pré-natal, parto e pós-parto), em que se colocam em evidência práticas distintas de concepção (no duplo sentido da palavra) de corpos. Levanta questões tanto no sentido de uma preocupação biopolítica de “saúde pública”, como traz a tona os perigos, riscos e tensionamentos de ser-se humano (mbyá).

Metodologicamente, este trabalho se propõe a uma perspectiva de etnografia multisituada em que não há uma idealização da “imersão total” do trabalho de campo clássico malinowskiano, assim como não se restringe a uma “*mea culpa*” das assimetrias inerentes ao trabalho antropológico. É na multiplicidade de posições e relações estabelecidas que se dá meu percurso etnográfico, passando tanto por períodos de estadias (de uma a duas semanas ao longo dos dois anos do mestrado) na casa de Ará na Tekoá Koenju, quanto por engajamentos em uma série de reuniões institucionais sobre a questão da saúde diferenciada, assim como cursos e seminários sobre a temática indígena¹³. Foi marcada, ainda, pelas viagens junto a Ará Poty e Vherá Poty (que relatei anteriormente), assim como pelas visitas que recebi em minha própria casa (também durante o período da escrita). O campo, assim, compõe um percurso diverso que parece bastante distinto de um “estar lá”, marcado pela possibilidade de uma “volta ao mundo dos brancos”.

A partir da relação com Ará, Vherá e seus parentes, fui aprendendo sobre a

13 Para essa dissertação, usei gravações e anotações especialmente de três eventos realizados em Porto Alegre, nos últimos três anos. São eles: 1) Em 2013, o VII Seminário Povos Indígenas e o Estado: Construindo Redes no SUS, nos dias 21, 22 e 23 de maio de 2013 no Memorial do RS (Centro Histórico); 2) Em 2014, o “I Congresso Latino Americano Povos Indígenas e Interculturalidade: Culturas, Direitos e Sistemas de Saúde e o VIII Seminário Povos Indígenas e o Estado: Culturas, Direitos e Sistemas de Saúde”, realizado de 08 a 11 de outubro de 2014; e 3) Em 2015, o “Seminário Povos Indígenas e Saúde: Olhares para equidade no SUS”, organizado pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Porto Alegre, realizado no dia 1º de outubro de 2015 no Hotel Continental. A programação desses eventos encontra-se em anexo.

importância de nutrir a *alegria*¹⁴ como uma ética-estética da vida e romper com a imagem do intelectual heroico, corajoso, que faz um sacrifício em nome da ciência. A imagem do trabalho de campo como um período de *sofrimento* parece repetir-se desde a antropologia clássica, reiterada em muitas das aulas de metodologia até hoje. Este, de fato, foi um incômodo compartilhado com muitos de meus colegas de mestrado. O martírio associado ao trabalho de campo (como um “abdicar” da própria vida) estabelece um limite entre “campo” e “vida” que parece constituir uma assimetria com relação a nossos “outros”. Diferentemente, associo-me a ideia de Das (2012), de que nunca se “volta” de um trabalho de campo, pois ele segue em nós, através do trabalho do tempo, da memória e do sentimento¹⁵.

Meu trabalho de campo junto aos Mbyá poderia ser pensado, nesse sentido, como um deslocamento movido pela alegria em que a visita ganha posição central. A visita assume, me parece, em si mesma o ato de reciprocidade e não algo que viria antes ou depois dela. A noção produtiva de relação que ela implica não está em seu caráter de significação ou objetivação posterior (que coisas essa relação pode produzir? Uma dissertação de mestrado?), mas sim pela própria *relação* como instância produtora em si mesma. Assim, menos do que voltar a ética-estética do sofrimento através da auto-culpabilização (pela herança ou inerência da assimetria na relação antropólogo/nativo), me parece interessante ressaltar a importância da possibilidade de seguir produzindo *relações*, mais do que *coisas*¹⁶.

Remeto, assim, a um dos escritos em meu diário de campo:

Era o último dia que eu estaria na aldeia, naquela visita. Como de costume, estávamos sentadas a beira do fogo, tomando chimarrão. Ará olhou para os meus pulsos e disse: “você não usa muito pulseiras, né?”. Respondi que usava sim, mas que agora estava sem. Então ela me olhou e disse: “eu fiz essa pra você”, mostrando-me uma das pulseiras que estava em seu pulso. Fiquei muito contente, ela me mostrou como se colocava, esfregando o pulso com sabão e passou-a de seu pulso para o meu. A pulseira, feita de miçangas verde, azul e preta, conformava um grafismo em forma de “v” para o lado esquerdo. Explicou-me, então, que era uma pulseira difícil de fazer, porque ela não se amarrava, não tinha um fim visível, e por isso se chamava “teko puku”, que traduziu como

14 Lembremos uma referência a alegria na literatura etnológica mbya: “o *vy'a* – alegria; satisfação (Pissolato, 2007: 136 n. 23) – é o fundamento que orienta os deslocamentos à medida em que a pessoa entende sua condição em certo lugar: não se sentir alegre pode, então, implicar num deslocamento para outra aldeia” (Heurich, 2011, p.63).

15 “Quero pensar uma forma na qual eu possa expressar esse sentido de “estar com” e ver que relação isso traz às memórias que surgem quando escrevo muitos anos depois. Então, talvez à etnografia possa ser atribuída a capacidade de resposta a chamados simultâneos do presente e do passado” (Entrevista com Veena Das, em: Misse et. al, 2012, p.353).

16 Lembrando a ideia de Strathern (2014) sobre a crítica melanésia ao fetichismo da mercadoria.

“*vida longa*”. *Essa continuidade da vida, assim como a própria continuidade entre os nossos corpos me parece haver sido colocada naquele acontecimento. Fazer a vida durar dependia também de fazer as relações durarem*¹⁷.

A pulseira que Ará me presenteou, e que permanece em meu pulso no momento da escrita, de alguma maneira me remete a pensar o quanto está em jogo a duração da nossa relação, mas também a duração do próprio trabalho de campo em tempo presente. Ao relatar minha experiência etnográfica não busco cristalizar um tempo passado, ocorrido e encerrado em uma série de eventos causais e sucessivos, mas sim trazê-los novamente a existência. Relatá-lo em tempo presente é colocá-lo em diálogo com outros pensamentos e reflexões, para produzir efeitos de pensamento, e não a fim de buscar em autores consagrados a própria realidade da minha experiência vivida¹⁸.

Considerando que a etnografia não se reduz a mera descrição de um fenômeno, ressalto o quanto ela está baseada na *experiência*, na relação possível entre antropólogo e nativo, destacando a importância de afetar-se nesse encontro. “Afetar-se” no sentido expresso por Favret-Saada (2005): “(...) quando um etnógrafo aceita ser afetado, isso não implica identificar-se com o ponto de vista nativo, nem aproveitar-se da experiência de campo para exercitar seu narcisismo. Aceitar ser afetado supõe, todavia, que se assuma o risco de ver seu projeto de conhecimento se desfazer” (p.160). Nesse sentido, seria através desta proposta de uma “teoria etnográfica” (Goldman, 2006) – que situa-se em um espaço entre saberes científicos sobre o outro e os saberes desse mesmo outro – que esta pesquisa se propõe a tomar como central a experiência transformadora do trabalho de campo para a elaboração de uma discussão conceitual.

Essa proposição, por sua vez, problematiza a própria produção antropológica clássica no sentido de situá-la enquanto um exercício da razão ocidental de pensar a diferença e o outro. Exercício este que em grande medida foi sendo elaborado a partir dos próprios termos do pensamento euroreferenciado – calcado em dicotomias tais como natureza/cultura, indivíduo/sociedade, ciência/crença. Ao mesmo tempo, contudo, não se trata de paralisar-se frente a essas críticas de modo a declarar o fracasso da antropologia. Diferentemente, esta pesquisa busca retomar a importância da etnografia como um encontro com outras linguagens que pode oferecer uma potência epistemológica e política no sentido de romper com esses cânones rígidos, já tão criticados na disciplina. Conforme Goldman (2006): “Essa experiência

17 Pissolato (2007, p.231) aponta a preocupação com a duração da pessoa como um “tema central na vida dos Mbyá”, sendo que essa duração implica em investir nos estados de estar alegre, de ouvir os conselhos dos mais velhos e de *Nhanderu*, assim como seguir produzindo e fazendo durar relações de parentesco. Desenvolverei esse ponto no terceiro capítulo.

18 Agradeço a Kosby (2015, com. pessoal) pelos comentários nesse sentido.

e essa aliança com as linguagens estrangeiras pode estar a serviço de algo muito diferente, a saber, dessa contaminação positiva e criativa que toda linguagem sofre quando busca traduzir, ou se aliar, a outras linguagens” (p. 169). Nesse contexto, se reconhece a dimensão criativa da etnografia, no sentido de construir os próprios “dados”, assim como fazer uso de conceitos, linguagens e estratégias ocidentais para teorizá-los, ao mesmo tempo em que se abre a uma possibilidade de *deslocamento*¹⁹.

Abro os olhos. São sete horas da manhã. Hora de partir. Levanto-me terminando de ajeitar a mochila, a bolsa com presentes, a erva mate e o fumo para levar. Tomo meu café brevemente e desço as escadas de meu prédio, cheia de sacolas tratando de não derrubar nenhuma até chegar ao carro. Acomodo as coisas no porta-malas e, mais uma vez, sinto aquele comichar na barriga de ansiedade e entusiasmo em pegar a estrada outra vez. São Miguel das Missões, aí vamos...

Era a primeira vez que eu percorria esses 500km sozinha, todas as outras vezes em que fui a aldeia algum colega da universidade ou amigo mbyá havia feito o trajeto ou parte dele junto comigo. Durante as oito horas de viagem foram muitas as paisagens e passagens que cruzaram meu caminho. Fui sentindo o quanto o 'campo' me constitui e do quanto esse processo me forma também como pessoa, do que é encarar esses desafios de viajar sozinha, seguindo o caminho que se acredita e traça. Ao me dar conta do meu próprio caminhar, pude perceber que a imagem do deslocamento é teórica e física ao mesmo tempo, e são esses movimentos que me aproximam e ligam às mulheres mbyá com quem convivi durante esses anos.

Relembrando as histórias dessas mulheres, vi o quanto são histórias de mulheres que caminham, construindo relações, produzindo e reproduzindo pessoas, corpos e mesmo “coisas” (cestarias, colares, sementes, celulares, entre outros). Me levam a pensar a mobilidade mbyá menos como uma instância extraordinária, de grandes migrações, novas aldeias, e mais como uma caminhada cotidiana, que se faz nas visitas aos parentes, pelas idas e vindas pelos diferentes caminhos (um tanto arriscados) que vão produzindo o próprio mundo. Assim como a caminhada de *Nandexy* (divindade mulher, “nossa mãe”), no mito originário mbyá-guarani, com seu filho *Kuaray* (divindade sol) na barriga, frente ao perigo de

19 Aliando a proposta teórica à proposta metodológica, recorro novamente à Strathern (1997): “Tento assim apresentar o discurso ocidental como uma forma mediante a qual o discurso melanésio pode aparecer. Se pensarmos sobre isso, o "discurso melanésio" pode evidentemente não ter outro *lócus*. Contudo, a transparência da ficção irá, espero, indicar simultaneamente que a vida de uma forma não é apropriada pela outra e certamente não é residual a ela” (Strathern, 1997, p.29).

tomar o caminho errado e ser devorada pelas onças²⁰.

Chegando na cidade de São Miguel das Missões, o primeiro que se encontra é o Sítio Arqueológico de São Miguel Arcanjo, onde situa-se uma das mais preservadas Reduções Jesuíticas do século XVII. Desde a calçada, vê-se um longo gramado, com algumas árvores frutíferas a esquerda, e a imagem altiva da igreja central em ruínas ao fundo. Tombado como Patrimônio Cultural, em 1938, e declarado Patrimônio da Humanidade, pela Unesco, em 1983; o Sítio de São Miguel Arcanjo foi reconhecido como lugar de referências Mbyá-Guarani pelo IPHAN. O IPHAN inscreveu, em dezembro de 2014, o bem imaterial “Tava, Lugar de Referência para o Povo Guarani” no Livro de Registro de Lugares, a partir do Inventário Nacional de Referências Culturais (INRC) realizado junto aos Mbyá-Guarani na região²¹.

Ao lado direito, fica a sede do Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN) e um pequeno museu. É a área que, com muito esforço, foi conquistada pelos Mbyá para a venda de artesanato. Do lado de trás da igreja, ainda dentro do Sítio, fica a Casa de Passagem. Uma pequena casa de madeira, semelhante às casas da aldeia, onde os Mbyá ficam hospedados quando estão na cidade, especialmente quanto vêm vender artesanato nas Missões. A casa se encontra em um estado um tanto defasado, com alagamentos frequentes, sendo que há um projeto de reforma que nunca se concretizou. Ao lado, há outro local para hospedagem (construído pela SESAI), mas ao qual os Mbyá têm pouco acesso pois a chave fica com os profissionais de saúde. Conforme os Mbyá me explicaram, há um projeto de manter o local aberto, mas como não há pessoal contratado, permanece inconcluído.

Situada na região oeste do Rio Grande do Sul, as diferentes ruínas das Missões Jesuíticas-Guaranis conformam os Sete Povos das Missões (composto pelas reduções de São Francisco de Borja, São Nicolau, São Miguel Arcanjo, São Lourenço Mártir, São João Batista, São Luiz Gonzaga e Santo Ângelo Custódio) e guardam a história de uma época colonial marcada pela cruz e pelo sangue, da qual os Guarani aparecem geralmente apenas como havendo sido extintos ou aculturados. Essas concepções, que circulam entre os não-indígenas locais até os dias de hoje, reiteram o longo período de invisibilização da presença Mbyá-Guarani nessa região, conforme o trabalho de Catafesto de Souza (2009) demonstra. Nos últimos anos, contudo, esse cenário tem se modificado, havendo um maior reconhecimento da presença mbyá-guarani, assim como uma retomada da versão guarani da história das Reduções. Esse processo tem feito emergir outras narrativas e relatos que haviam sido

20 Para algumas versões mais completas desse mito, ver: Cadogan (1997, p.119); Prates (2013, p.207).

21 Para maiores informações, ver: <http://portal.iphan.gov.br/pagina/detalhes/507/> (acesso em 20/12/2015).

achatados pelo peso de uma história oficial²².

Na rua paralela à principal, situa-se um bar-restaurant, com mesas e cadeiras de plástico na rua, e algumas também na parte de dentro, onde há uma televisão sempre ligada. Piso frio, caixas de cerveja empilhadas e encostadas nas paredes, um pequeno balcão com um expositor de salgados e salgadinhos e, do outro lado, um atendente branco (“colono”) com um ar simpático e receptivo. No lado direito, uma mesa está ocupada por uma senhora mbyá, uma mulher um pouco mais nova e duas crianças pequenas. Em outra mesa, uma jovem mbyá amamenta seu bebê, enquanto outra senhora a seu lado presta atenção na novela da televisão. Na mesa próxima à parede está um jovem sentado olhando para o celular, conectado à tomada ao lado de uma janela. Esse é o lugar da cidade onde os mbyá mais frequentam. Passei para tomar um café e ver se encontrava algum conhecido. Perguntei a uma das senhoras se queria carona para aldeia, mas ela me respondeu que não.

Segui, então, a percorrer os 30km de estrada de chão que ainda faltavam. No fim da rua principal, depois de passar a Casa de Passagem, dobro à esquerda e sigo pela estrada de chão, ainda bem larga nesse ponto, pela alta circulação de caminhões de soja pelo caminho. De fato, a soja toma conta da paisagem e mesmo nas partes mais altas da estrada, de onde é possível ver longo o horizonte, só se vê soja por todos lados. A terra vermelha levanta poeira que encobre o carro, quando passa outro veículo ou caminhão. Sigo as pequenas placas que indicam “Aldeia”, porque por mais que eu já tenha ido diversas vezes, meu senso de direção não é o mais acurado.

A terra indígena *Tekoá Koenju* (Aldeia Alvorecer²³) foi criada no decorrer desse processo de reconhecimento da presença indígena na região, sendo uma área de 237 hectares, comprada e cedida pelo governo estadual no ano 2001²⁴. Destinada à moradia dos indígenas que viviam em um pequeno acampamento próximo à cidade, hoje conta com a presença de cerca de 30 famílias distribuídas em aproximadamente dezessete casas. Do lado esquerdo da estrada já é possível observar a primeira casa e a plantação de milho que a circunda. A aproximadamente 500m, vê-se outras duas casas, bem ao longe, mais próximas ao pouco mato que ainda habita a beira do rio Inhacapetum, que banha a aldeia. Seguindo pela pequena

22 Ver: Catafesto de Souza et al. Tava Miri: São miguel Arcanjo, Sagrada Aldeia de Pedra - os Mbyá-Guarani nas Missões. Porto Alegre: IPHAN/RS, dezembro de 2007; assim como o brilhante vídeo “Tava – a casa de pedra”, realizado pelos Mbyá-Guarani junto ao Vídeo nas Aldeias (2012); e a série “Terra sem Males” da TV Escola.

23 Tekoá é comumente traduzido por aldeia, mas seu significado pode ser mais amplo do que isso. Escutei sua tradução como “o lugar da vida”, ou “o lugar onde é possível viver a vida mbyá”. No léxico mbyá-guarani, -ekoa raduz-se por “morada, povoado” (Dooley, 1998, p.39).

24 Essa cedência ocorreu no processo de desapropriação de uma fazenda da região que além da aldeia, consistiu na criação de assentamentos de reforma agrária na região, com os quais os Mbyá mantêm uma relação de proximidade.

estradinha, já na área indígena, passa-se por mais duas casas, uma de cada lado da estrada até chegar ao “centro” da aldeia, onde fica o campo de futebol, a escola, o posto de saúde, o galpão de festas e onde estava a Casa Tatu (um centro cultural construído nos moldes tradicionais, mas que pegou fogo no ano de 2015).

A casa de Ará ainda fica a aproximadamente um quilômetro do campo, seguindo a estrada pelo lado direito. Passo por um açude à direita e outras duas casas à esquerda. Sigo pela casa da sogra de Kuaray (irmão de Ará), e as últimas duas casas no fim da estrada são as de Ará e sua mãe (à esquerda), a de seu irmão e cunhada (à direita). É preciso sempre andar devagar pela aldeia, pois há um fluxo constante de crianças caminhando, correndo e de bicicleta; assim como cachorros, patos e galinhas que cruzam o caminho. Por toda aldeia, há mudas de árvores nativas plantadas, de forma que provavelmente a paisagem será bem diferente daqui alguns anos. De fato, a recuperação de área de mata nativa já mudou bastante o visual da aldeia, comparando com a primeira vez que a visitei (em 2008).

Neste dia, justamente quando estava em frente à escola cruzei com o carro de Kuaray, seu irmão e sobrinho, indo para a cidade. Acolheu-me com um sorriso de bem-vinda e afirmou sua surpresa de eu ter vindo dirigindo sozinha, “você é *xondaria*²⁵”, disse. Quando cheguei à casa de Ará, ela estava sozinha. Sua mãe estava visitando uma filha na Argentina, e seus irmãos estavam um na serra trabalhando na colheita da uva e o outro havia ido à cidade com seu filho e irmão. A casa é de madeira, tem uma varanda coberta na frente, com piso de cimento onde é possível manter o fogo aceso. Passando a porta, ingressa-se em um primeiro cômodo, onde fica o fogão a gás, as comidas armazenadas, diversos cestos com materiais e peças de artesanato prontas (inclusive uma pele de jaguatirica), uma cama de casal e um colchão em pé, recostado na parede, sempre disponível para as eventuais visitas. Deste cômodo, ingressa-se em outro, com uma cama de casal e duas de solteiro, uma televisão, malas de roupas, outros cestos e um filtro de sonhos pendurado. Os dois cômodos têm janelas grandes com persianas de madeira, cuidadosamente fechadas todos os dias ao entardecer.

Na casa, vive Ará e sua mãe, seus dois irmãos mais novos e eventualmente seu filho. A circulação, contudo, é sempre muito grande. Algumas vezes que cheguei a casa estava tão cheia que tivemos que dormir entre três pessoas na cama de casal. Outras vezes, como esta, estávamos apenas eu e Ará, sobrando camas. Geralmente dormíamos juntas na cama grande, mas há um certo revesamento das camas, não sendo 'individualizadas'. Comíamos todos juntos, cozinhando as vezes diretamente no fogo e, quando havia gás, também no fogão. Os alimentos que necessitavam refrigeração ficavam armazenados na casa do irmão de Ará, onde

25 Xondaro/xondaria pode ser traduzido por guerreiro/guerreira.

íamos buscar eventualmente. O pátio conta com duas bergamoteiras, uma pequena área com plantas de chás, um galinheiro e uma casa de fazer fogo (que não chegou a ficar pronta até a última vez em que estive na aldeia). Há uma área de mata bem próxima da casa, não muito densa, do tipo floresta secundária. Atravessando-a, chega-se ao rio, mas geralmente vamos tomar banho pelo outro lado (passando pelo campo de futebol). A roça, de melancia e milho da mãe de Ará fica próxima à casa de seu irmão, junto da roça de sua cunhada.

Passamos muitas manhãs e tardes comendo melancia amarela no pátio (no verão), e abrigando-nos próximo ao fogo (no inverno). Em um dos turnos dos dias de semana, contudo, eu ia até o Posto de Saúde, onde passava conversando e observando junto aos profissionais de saúde. A experiência na *Tekoá Koenju* é em alguma medida bastante particular no sentido que é uma das poucas aldeias do RS que conta com uma equipe completa de profissionais da saúde que trabalham em apenas uma aldeia, durante os cinco dias úteis da semana. A maioria das outras aldeias recebe visitas semanais e o Posto fica fechado durante o resto do tempo. Isso, por um lado, implica em um maior acesso ao atendimento, mas por outro, como desenvolverei mais adiante, implica em mecanismos mais intensos de controle e intervenção sobre os corpos.

Essa relação de proximidade que marcou meu trabalho de campo junto aos Mbyá vem carregada de preocupações éticas com respeito às formas de apresentar (especialmente na hora da escrita) essas pessoas e experiências sem reificá-las ou cristalizá-las. Conforme ressalta Cardoso (2013), no trabalho com populações indígenas seria como realizar uma etnografia entre “éticas”, considerando a relação entre a nossa ética de pesquisa e a ética indígena de relação. Para tanto, uma prática ética trata de questionar todo o processo de negociação da pesquisa, respeitando uma temporalidade e linguagem particular que se destaca (ainda mais) no trabalho junto a coletivos indígenas (Víctora, 2011). Tal pressuposto nos provoca a problematizar o uso e os possíveis desdobramentos dos nossos trabalhos científicos no que diz respeito a esses grupos, assim como a importância em estabelecer formas simétricas de relação. A discussão ética, assim, não se reduz ao *a priori*, ou ao momento de elaboração do projeto de pesquisa, mas perpassa o decorrer do trabalho etnográfico, assim como o período de trabalho de campo e da escrita, no qual uma “auto-análise” é sempre necessária.

Minha escolha teórica e meu próprio problema de pesquisa estão, nesse sentido, vinculados a uma postura ética de “levar a sério” meus interlocutores, trazendo a potência daquilo que eles estavam me dizendo e suas formas possíveis de desdobramento; assim como

problematizar as situações emblemáticas que participei ou me foram relatadas no sentido de ver formas de colonialidade atualizadas nas produções de cidadania contemporânea. Nesse sentido, entender as relações complexas em jogo nessas situações, sem negar a força dos aparatos de poder nem a agência dos sujeitos, é um dos desafios dessa dissertação.

Optei, aqui, por colocar os nomes de meus interlocutores em guarani (ainda que muitos deles também tenham um nome em português) para evitar que sejam tão imediatamente identificados por aqueles que não são próximos. No mesmo sentido, optei por omitir os nomes dos profissionais de saúde (e outros agentes do estado que menciono) assim como a descrição mais detalhada de seus corpos, assumindo os riscos de “despessoalizá-los” em alguma medida. Trato, contudo, de construir minha preocupação ética com relação a esses profissionais no sentido de ter o cuidado em não culpabilizá-los ou julgar suas práticas, mas sim mostrar o quanto elas vêm marcadas por controvérsias e conflitos (inclusive subjetivos) na busca de um “melhor possível”. Além disso, busquei situá-los em um contexto mais amplo que envolve uma série de instâncias e relações que não se reduzem à responsabilização por uma ação individualizada.

Como apontei anteriormente, esta dissertação está organizada em três capítulos. São autônomos e complementares, cada um deles correspondendo a uma “camada”, a uma fonte distinta de dados, a uma associação específica com atores e autores, o que resulta também em formas de escrita distintas. O primeiro capítulo é o mais denso, trazendo recortes históricos e legislativos, com respeito à emergência da “população indígena” como uma “população governável” em que a questão “étnica” aparece de maneira relevante nas práticas de governo, implicando em novos dispositivos de controle e formas de subjetivação a partir da “diferença cultural”. Não procuro negar a importância do acesso a saúde biomédica, mas sim tento problematizar os efeitos que se produzem para além de sua função epidemiológica ou política, a partir de como a política de saúde se materializa.

As políticas de saúde diferenciada são entendidas nesse contexto, tratando de traçar um solo sob o qual se sustenta o Posto de Saúde situado na *Tekoá Koenju*, foco do segundo capítulo. Esse segundo capítulo faz uso de uma escrita mais etnográfica, dedicando-se às práticas cotidianas de produção do que seria uma “cidadania indígena” em um contexto de etnogovernamentalidade, salientando as formas pelas quais os profissionais de saúde atuam tão baseados em valores morais e concepções próprias que na racionalidade técnica (biomédica e biopolítica). A motivação humanitária (da política e da atuação dos profissionais) muitas vezes acaba por produzir uma população mbyá vulnerável, precária, a

qual se justifica a intervenção. Através da história contada por um *karai opygua*, então, suspendem-se certas regras desse jogo (político-conceitual) e adentra-se em outras possibilidades imaginativas mais atentas aos que os mbyá vem dizendo.

Inspiro-me, nesse sentido, na proposta “cosmopolítica” de Stengers (2005), seguindo sua hesitação teórica quanto ao risco de esquecermos que a categoria política com a qual trabalhamos se desenha a partir dos recursos inventivos de nossa tradição (Stengers, 2005, p.995)²⁶. Assim, a fim de não me comprometer tanto com um regime de verdade moderno, com “um mundo moderno que nega a realidade de outros mundos” (Blaser, 2015), trato de deslocar-me (junto desses autores) da pressuposição de um “mundo comum”, em direção a um cosmos desconhecido, constituído por mundos divergentes e múltiplos, com diversas articulações possíveis²⁷.

Dessa forma, ingressamos no terceiro capítulo que se atenta a um modo mbyá de fazer mundos, levando (em certa medida) a política para o nível ontológico²⁸. Fazendo uso de dois recursos estilísticos de escrita – narrar histórias que vivenciei, assim como apresentar relatos que ouvi ao longo de meu trabalho de campo (tanto nas viagens quanto nos seminários) – busco trazer histórias de partos em que se evidenciam formas mbyá de produção de corpos e pessoas, contrastantes com os conceitos biomédicos, nas quais as práticas dos profissionais de saúde e o ambiente hospitalar também ganham um lugar específico.

Antes de passar para o primeiro capítulo, alguns breves esclarecimentos técnicos. As palavras em Mbyá-Guarani estão em itálico e são grafadas de acordo com as aulas de Vherá Poty. Para evitar um excesso de citações ao longo do texto, optei por colocar a maior parte delas em nota de rodapé. As conversas, percepções e descrições foram registradas em meus diários de campo e o uso do gravador se deu apenas nas reuniões institucionais. Optei por colocar os relatos e histórias em itálico, para diferenciá-los dos outros escritos. As citações em língua estrangeira foram traduzidas por mim, mas mantenho o original em nota de rodapé.

26 Citação completa no original: “I was facing the possibility that, in all good faith, I was in danger of reproducing that which I'd learned was one of the weaknesses of the tradition to which I belong: transforming a type of practice of which we are particularly proud into a universal neutral key, valid for all. I had already devoted many pages to "putting science into politics". The so-called modern sciences appeared to be a way of answering the political question par excellence: who can talk of what, be the spokesperson of what, represent what? But there was a risk of my forgetting that the political category with which I was working was part of our tradition and drew on the inventive resources peculiar to that tradition”. (Stengers, 2005, p.995).

27 Citação completa no original: “In the term cosmopolitical, cosmos refers to the unknown constituted by these multiples, divergent worlds and to the articulations of which they could eventually be capable” (Stengers, 2005, p.995).

28 Trato de estar vigilante ao risco de fazer do conceito de ontologia o mesmo uso e desdobramento que o conceito de cultura foi tomando, especialmente com relação a sua cristalização e enrijecimento. Sua riqueza teórica me parece residir na suspensão do mundo comum e o foco sobre as distintas formas de fazer-mundos (como uma filosofia performada na prática e não como um arcabouço teórico de conceitos abstratos).

(...) porque os rigores da lei só aparentemente exprimem a exigência do Uno – o seu verdadeiro objeto é a absolutização dos universos fragmentados onde a lei não reúne nada no Todo mas, pelo contrário, mede e distribui os desvios, as dispersões, as explosões...
(Deleuze e Guatarri, 2004, p.46)

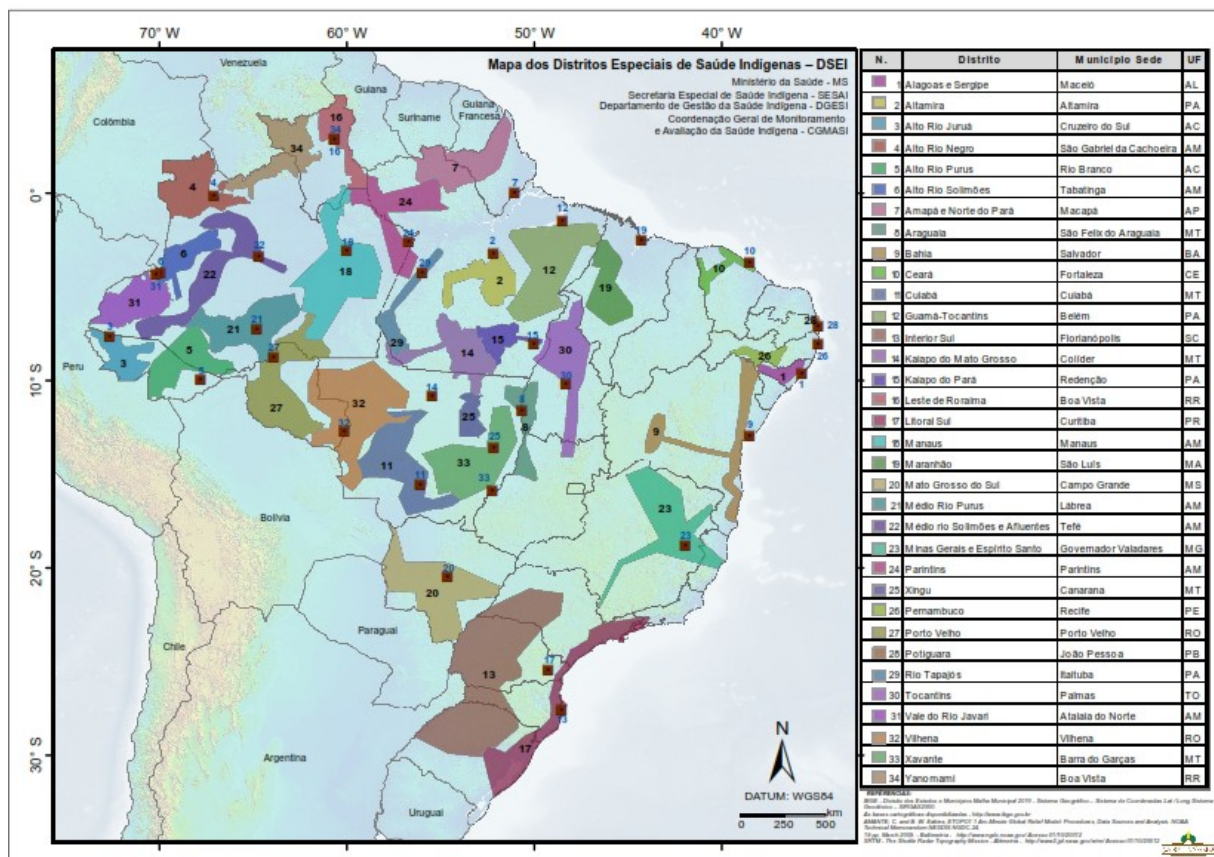


Imagem 2: Mapa dos Distritos Especiais de Saúde Indígena. SESAI, 2013.

Capítulo 1 - A emergência da “população indígena” no campo das políticas de saúde

Adiando parcialmente a exigência de formulação de constatações substantivas sobre saúde e etnia, pretendo questionar as posições pré-construídas de onde podem emergir discursos que racializam a problemática da saúde de populações. (Anjos, 2004, p.98)

A análise e reflexão sobre as políticas públicas na área da saúde voltadas para povos indígenas tem sido foco de uma produção acadêmica cada vez mais extensa no Brasil, conformando todo um campo de trabalho e pesquisa sob a rubrica da “saúde indígena”. Um dos trabalhos mais completos que elenca a produção nesta temática encontra-se no livro de Buchillet (2007), assim como um mapeamento da relação entre saúde indígena e antropologia nos últimos anos pode ser encontrada em Teixeira e Silva (2013). Ambos trabalhos se dedicam à variedade de produções acadêmicas e formas de atuação neste campo.

Minha intenção, neste primeiro capítulo, é conduzir um percurso pelos textos de algumas políticas da área da saúde pública no Brasil, com dois objetivos principais. Em primeiro lugar, inspirada nos estudos foucaultianos da biopolítica, procuro situar a emergência dos povos indígenas como uma “população governável” em que a questão “étnica” aparece de maneira relevante nas práticas de governo, implicando em novos dispositivos de controle e formas de subjetivação a partir da “diferença cultural”. Busco situar o contexto em que a “medicina tradicional” e a “atenção diferenciada” passam a aparecer no campo discursivo das políticas destinadas a essas populações, em consonância com diretrizes globais, mas que não parecem chegar a tensionar o dispositivo de produção de verdade da biomedicina. Em segundo lugar, trato de apresentar a forma pela qual os nascimentos e a maternidade passam a ganhar importância nas investidas das políticas de saúde desde o início do século XX, situando o processo de hospitalização dos partos e o, mais recente, aumento do número de partos por meio de intervenção cirúrgica (cesarianas) entre mulheres indígenas.

A perspectiva teórica que sustenta essa reflexão parte da analítica proposta por Michel Foucault em seus escritos sobre a governamentalidade e biopolítica, no que diz respeito a uma outra forma de dimensionar e analisar as relações de poder e subjetividade, distanciando-se das teorias políticas e sociológicas baseadas na ideia do contrato social e na centralidade do Estado-Nação com o monopólio do poder e da violência. Diferentes antropólogos (Ong, 2003; Rose, 1999; Das e Poole, 2004; Schuch, 2012; apenas para elencar alguns) levaram essa proposta analítica adiante, buscando nas análises mais empíricas e etnográficas os modos de

se fazer sujeito e de se fazer estado, envolvendo tecnologias, técnicas, procedimentos e discursos que produzem o que seria mais bem entendido enquanto “efeito-Estado”. Menos que entender o Estado enquanto uma unidade homogênea, coerente e astuta, agindo por si e para si, essas análises permitem a visão da heterogeneidade que marca a relação entre agentes do estado e a “população-alvo” das políticas, salientando os diferentes dispositivos e discursos acionados por esses atores morais particulares nos processos de constituição de sujeitos e do próprio Estado. Sendo assim, deixa-se de partir do Estado como um pressuposto, e busca-se analisar a complexidade das relações de poder em jogo e a diversidade das práticas de governo que tomam forma em cada contexto.

Inspirada nessa analítica, trato de empreender a desconstrução de um sujeito político do contrato social, do mito de um Estado homogêneo que através da Constituição Federal de 1988 teria consolidado os *direitos* dos indígenas e garantido sua *cidadania*. Diferentemente, busco pensar a forma pela qual a Constituição e outras tecnologias de governo produzem a “população indígena” e como, através delas, se vão negociando práticas de cidadania, que tomam em conta muitas outras esferas que não somente a político-institucional. Atentando para as formas pelas quais a “cidadania” vai se constituindo através de “composições concretas heterogêneas” (Ong, 2003, p.10). Ao mesmo tempo, portanto, trato de apontar para o quanto estes modos de governo não vêm simplesmente de cima para baixo, mas como as próprias “populações” entram nessa dinâmica, atribuindo sentidos particulares a certas categorias, produzindo deslocamentos nas formas de agir e governar.

Cabe a ressalva de que não tenho a intenção de avaliar ou classificar as políticas públicas de saúde, ou mesmo de fazer uma crítica ao Estado nos termos de um clichê teórico que já estaria desde um princípio pronto. Busco trazer aqui as políticas públicas de saúde indígena a fim de problematizá-las no sentido foucaultiano, de torná-las um problema a ser pensado, de estabelecer conexões, perguntas, paralelos. Assim, considero importante entender o Estado como o efeito móvel de um regime de governamentalidade múltiplo (Foucault, 1999), sendo que defino aqui governamentalidade como: “todos os esforços para modelar, guiar, orientar a conduta dos outros (...) E também abarca as maneiras pelas quais cada pessoa pode ser impelida e educada a refrear as próprias paixões, a controlar os próprios instintos, a governar a si mesmo” (Rose, 1999, p.3; tradução minha)²⁹. Nessa conceitualização está implicada a heterogeneidade das práticas de governo da conduta, que não se restringem à ação direta do estado de maneira unilateral e de cima para baixo, assim como ressalta a importância

29 No original: “all endeavours to shape, guide, direct the conduct of others (...) And it also embraces the ways in which one might be urged and educated to bridle one's own passions, to control one's own instincts, to govern oneself” (Rose, 1999, p.3)

de dar atenção às formas de subjetivação produzidas pelas teorias, estratégias e tecnologias de governo da conduta que compõe esse cenário de intersecção entre estado e medicina.

Tratando-se da questão indígena especificamente, me parece interessante o aporte trazido por Boccara (2007) em seu conceito de “etnogovernamentalidad”. Ainda que a inserção de prefixos “etno” às palavras não me pareça uma solução tão interessante na produção de conceitos³⁰, acredito que a definição dessa ideia aporta reflexões importantes especialmente no contexto de multiplicação das políticas ancoradas na etnicidade em toda América Latina³¹. Essa forma de governamentalidade calcada na diferença étnica parece fundamentar muitos projetos de governo, tendo reflexos especialmente nas políticas de saúde. Assim como o autor, acredito que:

O estudo aprofundado da emergência da chamada interculturalidade em saúde nos oferecerá a oportunidade de desenvolver uma reflexão mais ampla tanto sobre o papel do Estado na produção da etnicidade como sobre as formas locais e diárias de produção do Estado neoliberal diferencialista via a análise dos atos e das representações dos agentes estatais e paraestatais (Boccara, 2007, p.187; tradução minha)³²

Seguindo esta proposta, busco trazer para meu estudo tanto o âmbito da legislação e da política em termos mais “clássicos” (leis, políticas públicas e instituições), quanto busco salientar a política através das práticas concretas dos agentes diretamente implicados, atentando para os *efeitos* que elas produzem. Para tanto, buscarei trazer ao texto diferentes situações emblemáticas que ocorreram durante meu trabalho de campo, tanto no Posto de Saúde na aldeia Mbyá-Guarani *Tekoá Koenju* (localizada no município de São Miguel das Missões/RS) como em outros espaços de gestão e capacitação das políticas indigenistas, reuniões abertas e fechadas, e nas conversas de corredor, pois estes são espaços concretos onde se estão produzindo política, Estado e sujeitos.

Por um lado, minha experiência etnográfica me levou a pensar o quanto as práticas e políticas de saúde indígena refletem uma relação entre medicina e Estado que também pode ser encontrada em outros contextos, tratando-se de um modo de regulamentação e controle a partir de uma lógica biopolítica em que são tensionados aspectos de formação da família, de

30 A ideia de *etno* aparece geralmente associada a uma forma *menor*, particularizada, de algo generalizável. Pode tanto agrupar sobre um mesmo prefixo coisas muito distintas, como reforçar a universalidade de uma categoria sem questionar seus pressupostos mais fundamentais. Essa discussão fica mais evidente nos conceitos de etnociência, etnodesenvolvimento, etnobotânica, etc.

31 Um apanhado geral e recente sobre as políticas de saúde indígena na América Latina se encontra em: Langdon e Cardoso (2015).

32 No original: “El estudio acotado de la emergencia de la llamada interculturalidad en salud nos ofrecerá la oportunidad de desarrollar una reflexión más amplia tanto sobre el rol del Estado en la producción de la etnicidad como sobre las formas locales y diarias de producción del Estado neoliberal diferencialista vía el análisis de los actos y de las representaciones de los agentes estatales y paraestatales” (Boccara, 2007, p.187)

regulamentação dos corpos grávidos e das parentalidades³³. Por outro lado, esses modos de governo parecem ganhar uma forma muito específica frente ao “marcador étnico”, em que as imagens, valores e discursos sobre a “indianidade” e “cultura” perpassam as ações dos sujeitos e produzem muitos dos dispositivos de governo e controle nessas políticas interculturais. Além disso, os Mbyá me mostraram que há muito mais em cena do que apenas modos de subjetivação e assujeitamento. Está em jogo a maneira Mbyá-Guarani de dimensionar, subjetivar e objetivar a relação com essa investida médico-política, através de critérios, conceitos e estratégias bastante distintas dos parâmetros ontológicos ocidentais³⁴.

Da mesma maneira como não parto de uma ideia dada *a priori* de Estado, não pretendo partir da noção de população indígena, sem antes problematizá-la. Portanto, buscarei retomar a forma pela qual se vai produzindo na legislação brasileira o indígena enquanto *população* no sentido foucaultiano do termo, ou seja, como uma delimitação arbitrária de uma coletividade produzida a partir do direcionamento de políticas específicas, e não como uma unidade ontológica anteriormente dada. Parto da ideia de que “não existe 'a' população ou qualquer definição desta que não seja relacional e que não seja o produto de múltiplas ferramentas materiais e ideológicas de produção de similaridade e diferença” (Costa, 2015, prelo), abrindo brechas para pensar as formas com que práticas médicas e culturais produzem materialidades específicas. Semelhante ao que Foucault realiza com relação à categoria de *raça*, busco dessubstancializar a categoria *indígena* “sem deixar de apresentar os diferentes efeitos de poder e resistência do quadro de poder-saber que lhe é constitutivo” (Anjos, 2004, p.100).

Assim, antes de ingressar mais profundamente na minha experiência de campo, considero importante retomar a dimensão das políticas públicas direcionadas a populações indígenas e situar a emergência da ideia de “saúde indígena” nesse processo. Para analisar os diferentes regimes de governamentalidade pelos quais vai passando, buscarei entender as políticas em seu contexto de emergência, situando as formas de cidadania que produziam e produzem, os modelos de regulamentação e gestão que as sustentam, e as transformações político-institucionais e burocráticas que ocorreram nos últimos anos nessa área, dando maior atenção aquelas relacionadas à maternidade e ao nascimento.

33 Estudos de fora da área da etnologia indígena foram importantes para dimensionar essa forma de *se fazer Estado* que estava colocada no contexto das políticas indígenas, mas não de forma restrita. Referências importantes nesse sentido foram os trabalhos de Ong (2003), Robles (2015), Schuch (2012).

34 Aprofundarei esse ponto mais adiante.

1.1 A saúde como problema político: o cuidado e a vigilância

(...) uma medicina que vai ter, agora, a função maior da higiene pública, com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, e que adquire também o aspecto da campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população. (Foucault, 1999, p.291).

A “saúde pública” me parece um campo interessante para pensar a relação entre política e vida, formas de vida e corpos, devido a que esta é uma das áreas na qual torna-se possível observar mais claramente a intersecção entre os níveis macro e micropolíticos de governo. Desde sua emergência no século XVIII, a saúde pública vem se configurando enquanto uma instância na qual a conduta *individual e privada* dos sujeitos passa a ser um problema político (público). Foucault (1979) situa essa origem como diretamente ligada à formação dos estados europeus e à constituição de uma nova forma de governo em que o monarca não é somente autorizado a *matar*, mas o dever maior do estado é fazer *viver* a população.

Podemos situar o investimento na organização da saúde por parte do Estado como o momento em que a doença passa a ser entendida como um problema político e econômico, considerando a necessidade de uma população “saudável” - apta à produção e ao trabalho -, que parecem configurar o que seria a emergência de todo um aparato de poder em torno do cuidado e da vigilância da saúde dos novos “cidadãos”. Seria nesse momento que se consolida, por um lado, uma medicina “liberal”, individualizada e “privada”; e, por outro, um novo problema público: a saúde da população como objetivo político. Ambos, contudo, fazendo parte de uma mesma estratégia global, na qual:

Os diversos aparelhos de poder devem se encarregar dos “corpos” não simplesmente para exigir deles o serviço do sangue ou para protegê-los contra os inimigos, não simplesmente para assegurar os castigos ou extorquir as rendas, mas para ajudá-los a garantir sua saúde. *O imperativo da saúde: dever de cada um e objetivo geral. (Foucault, 1979, p.197; grifos meus)*

É justamente essa configuração do cuidado com a saúde enquanto um imperativo do “cidadão” que coloca a medicina em uma posição privilegiada de governo da vida e de assujeitamento. Os aparatos do poder passam a exercer não somente a *coerção* sobre as populações, mas a *responsabilização* dos sujeitos pela sua própria saúde. Não se trata apenas de vigiar e punir, mas também de dirigir (“civilizar”) as vidas, “não a vida como fato, mas a vida como forma” (Bernardes, 2011, p.155). Ao criar a relação entre o direito e a vida, o

controle sobre o processo de nascimento, morbidade e mortalidade aparece como um problema político e a intervenção sobre as *formas de viver* da população torna-se uma das estratégias do poder.

Compõe-se um regime de governo em que não somente o corpo individual do humano é fonte de investimento do poder – através das instituições disciplinares – mas as tecnologias do poder passam a atuar numa regulamentação dos processos biológicos, a nível das populações. Nesse contexto, através do discurso universalista da saúde pública, a medicina entra como uma das estratégias políticas mais centrais do biopoder. Sob a premissa do “fazer viver”, multiplicam-se as formas de regulação, gerenciamento, manutenção e controle da vida. Intervém-se sobre as populações em nome de sua própria saúde e do bem nacional.

A preocupação com a saúde pública no Brasil (Colônia) emerge no início do século XIX, vinculada a chegada da corte portuguesa em 1808. Foi neste mesmo ano que se criou a primeira instância voltada para a saúde pública no Brasil: a Provedoria-Mor de Saúde, que era tanto responsável pela salubridade da corte, quanto tinha uma preocupação com a vigilância e fiscalização dos produtos alimentícios e outras mercadorias que eram trazidas nos navios. No texto de criação dessa Provedoria, a “conservação da saúde” é colocada como dever do poder público, sendo que caberia a essa instituição estatal recém criada “pôr em pratica as providencias necessarias para conseguir-se o fim util de conservar-se ilesa de contagio, molestias epidemicas e peste, a saude publica”. Para tanto, à Provedoria cabia o dever de se encarregar do “*cuidado e vigilancia deste objecto de tanta importância, e em que muito vai o interesse publico, e o augmento da população: e convindo que para a prosperidade e segurança deste estabelecimento praticado na maior parte das nações cultas e civilizadas da Europa (BRASIL, 1810, grifos meus)*”³⁵.

Neste pequeno excerto, já podemos apontar para uma série de princípios que irão reger a saúde pública desde sua emergência. A aparição da saúde como um objeto de “tanta importância” a ser “cuidado e vigiado” das ameaças externas (principalmente do mundo “natural”), frente ao risco de “contágio” e decorrente redução da população, me parece uma das motivações providenciais desta política em termos de garantia inclusive de uma política de “soberania nacional”. Além disso, me chama a atenção o peso da referência aos valores implicados no exemplo das “nações cultas e civilizadas da Europa”, o que nos faz pensar o quanto os parâmetros para a elaboração da política pública do Brasil vêm diretamente marcados por um modelo euroreferenciado. Esse processo, evidenciado em termos de uma

35 Coleção de Leis do Império do Brasil. Alvará de 22 de janeiro de 1810. Brasil, 1810, Página 7 Vol. 1 (Publicação Original). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/revista/Rev_70/alvara.htm (acesso 28/09/2015).

geopolítica global, nos leva a questionar o colonialismo não apenas como modelo econômico situado historicamente neste período, mas sim como a face oculta da modernidade europeia e dos próprios valores liberais³⁶.

Acredito que seja possível afirmar que a partir desse momento passa a se configurar um novo regime de governamentalidade. Nele, a saúde aparece pautada enquanto problema *econômico* – em termos da importância da massa de trabalhadores aptos para ingressar e desenvolver a produção industrial nacional em ascensão no século XIX no Brasil – assim como problema *político* – de regulamentação da vida, constituição de um Império e de uma população civil(izada). Assim como sugere Foucault (1979) para os estados europeus, podemos ressaltar que nesse momento ocorre uma proliferação de tecnologias de governo direcionadas à população brasileira com uma “série de prescrições que dizem respeito não só à doença, mas às formas gerais da existência e do comportamento (a alimentação e a bebida, a sexualidade e a fecundidade, a maneira de se vestir, a disposição ideal do *habitat*)” (Foucault, 1979, p. 202).

Podemos apontar para a criação de instâncias de inspeção sanitária, no século XIX no Brasil, que parecem evidenciar uma nova relação entre Estado e Medicina. O Regimento da Provedoria, que entrou em vigência em 1810, conforma um novo tipo de prática do poder público, baseando-se no modelo importado das “polícias médicas”, com o fim de controlar e garantir a saúde da população (Costa e Rozenfeld, 2000, p. 23). Em 1832, após a Independência e municipalização dos serviços sanitários, a Câmara do Rio de Janeiro aliada à Sociedade de Medicina e Cirurgia, promulga um Código de Posturas que estabelece normas para enterros e cemitérios, doenças contagiosas, águas infectadas, matadouros, açougues; como também para o exercício da medicina e da farmácia, dos medicamentos, hospitais, casas de saúde, entre outros. Como apontam Costa e Rozenfeld:

A Sociedade de Medicina e Cirurgia, criada em 1829, constituiu-se em importante aliada do Estado. Inspirada na medicina francesa, a entidade centralizava a explicação das doenças no meio ambiente, criando, assim, uma relação entre a ordem moral e a saúde, e colaborava na elaboração de normas sanitárias e na proposição de medidas para o combate de doenças. E cobrava do Estado ação enérgica contra todas as demais práticas de cura, consideradas charlatanismo, mesmo se as práticas da medicina oficial só abarcassem uma pequena faixa da população. Com o apoio dessa sociedade, a Câmara Municipal do Rio de Janeiro elaborou um Código de Posturas (Costa e Rozenfeld, 2000, p.24)

Esse apontamento me parece importante para pensarmos o quanto certas normas

36 Esta relação entre colonialismo e modernidade vem sendo analisada criticamente por um movimento teórico-político que pode ser nomeado como perspectiva descolonial. Para trabalhos de diferentes pensadores neste sentido, ver coleção de textos em: Lander (2005).

sanitárias estatais, instituições públicas de controle, produções médico-científicas internacionais e sociedades médicas privadas se articulam na introdução de práticas higienistas e na disseminação do modelo biomédico. Operando, principalmente, através da proibição e perseguição de outras formas de cura, assim como de conformação de novos comportamentos e formas de vida, a partir dos critérios de produção de verdade da biomedicina.

A retomada desses documentos históricos nos permite visualizar certa lógica de operação da saúde pública, produzindo algumas pistas para entender a forma como se conformam as políticas de saúde diferenciada com respeito aos povos indígenas, assim como as práticas dos profissionais de saúde que atuam nesse sistema. Especialmente o “discurso/dispositivo biomédico da higiene”, que fundamenta muitas dessas práticas, parece se renovar e reforçar no contexto da saúde diferenciada, no qual existem uma série de tecnologias de governo que contribuem para o que Teixeira conceitualiza como a produção política da *repulsa* com relação aos povos indígenas (Teixeira, 2012, p.595). Retomarei esse ponto mais adiante, a partir de minha experiência etnográfica.

Por ora, podemos salientar a importância do dispositivo da *higiene* na saúde pública, a partir da forma pela qual opera na ativação, produção e manutenção de um regime de controle tanto dos corpos como das cidades. Voltando ao percorrido histórico, poderíamos mencionar o surgimento de uma instituição que se encarrega justamente dessa função: a Inspeção Geral de Higiene, criada em 1886. Com o objetivo de realizar a *vigilância* em saúde, essa instituição acaba especialmente atuando como uma polícia médica para a garantia da saúde do corpo social. Fazendo uma retomada da emergência de instituições semelhantes no contexto europeu, Foucault aponta para “o privilégio da higiene e o funcionamento da medicina como instância de controle social” (1979, p. 201), justamente salientando o quanto “a medicina como técnica geral de saúde, mais do que como serviço de doenças e arte das curas, assume um lugar cada vez mais importante nas estruturas administrativas e nesta maquinaria de poder” (Foucault, 1979, p. 202).

Neste sentido, podemos pensar na saúde pública como uma instância em que vigiar e gerir aparecem como fundamentais e, para tanto, todo um sistema administrativo é necessário. A *vigilância* aparece aqui tanto no sentido das inspeções sanitárias e “policialescas”, quanto no sentido da produção de dados estatísticos e informações derivadas a respeito da saúde da população que entrarão como um marco nos sistemas públicos de saúde. A estatística – cuja própria origem etimológica da palavra remete à ideia de *ciência do Estado* - aparece nesse contexto como um campo do saber-poder autorizado a sistematizar os dados, a fim de que se

estabeleçam formas de intervenção nas populações. É com a biopolítica como forma de governo que nasce a estatística como ciência que permite enriquecer de complexidade uma *massa amorfa* que era o “povo”, transformado agora em “população” (Foucault, 1979). De fato, é através da produção desses dados que se constituem “populações” cada vez mais diferenciadas como focos de intervenção.

A análise foucaultiana da biopolítica, contudo, parece não dar conta do fato de que a modernidade e a formação dos estados nacionais europeus têm uma contrapartida estrutural: o colonialismo. Como bem salientam os teóricos descoloniais latinoamericanos (tais como Enrique Dussel, Aníbal Quijano e Walter Dignolo), o Estado-Nação como maquinaria geradora de “alteridades” a serem disciplinadas deve-se ao surgimento dos estados modernos como *função* no interior do sistema-mundo moderno/colonial³⁷. Esse processo, que estabelece diferenças incomensuráveis entre colonizador e colonizado como identidades em relação de exterioridade e exclusão mútua, é uma das características da governamentalidade na América Latina. Mas a grande questão que aponta Castro-Gomez (2005) é que essa governamentalidade está articulada em dois níveis: uma produção de alteridades direcionada para dentro (através de políticas de subjetivação), assim como outra direcionada para fora (no fluxo de matéria-prima no sistema mundial), de forma que a colonialidade do poder e do saber pertencem a uma mesma matriz.

Não é por acaso, portanto, que as ciências sociais surgem nesse contexto e de certa forma vinculadas ao processo de produção de “outros” objetificáveis. Através da criação de toda uma economia da intervenção e da regulamentação da vida, as políticas públicas muitas vezes terminam por evidenciar a produção de alteridades demarcadas e cristalizadas (principalmente sobre o regime de diferenciação *étnica*) como meio de “governá-las”. É através do *esquadrinhamento* da população que se permite classificar certos sujeitos como *locus* passíveis de intervenção, sob o marco de um paradigma ético e estético (pautado na universalidade da biomedicina) de acesso à saúde e ao bem-viver ocidental; assim como outros sujeitos, objetivados sob o marco de “deixar morrer”, como aqueles aos quais os aparelhos do poder simplesmente não se responsabilizam, seja através da invisibilização ou diretamente da exclusão dos campos de intervenção do poder³⁸.

O “indígena” como categoria *diferenciante* na classificação dos dados populacionais, especialmente na área da saúde, é uma realidade recente no Brasil, não chega há 20 anos de

37 A crítica e relação entre a análise foucaultiana e o pensamento descolonial latinoamericano é desenvolvida por Castro-Gomez (2005).

38 Não quero dizer com isso que esses sujeitos estejam fora do Estado ou do marco de intervenção, mas entendo-os como “marginais” nos termos de Das e Poole (2004), em que a margem é parte integrante (e fundamental) do próprio Estado.

existência e ainda está em processo de aplicação e refinamento. Mas o aparecimento de tal categoria merece ser pensado para além da tarefa cidadã de buscar “reverter uma preocupante invisibilidade demográfica e epidemiológica resultante da ausência de informações confiáveis para as populações indígenas nas bases de dados oficiais” (Coimbra Jr. e Santos, 2000, p.125). O que esse novo contexto parece refletir é um momento histórico específico em que a “população indígena” passa a ganhar forma enquanto uma população “governável”, no sentido do investimento na produção de dados para consolidá-la enquanto um grupo específico de intervenção política e médica, assim como na elaboração de um campo de políticas diferenciadas ou as chamadas “interculturais”, na qual a questão “étnica” passa a aparecer como relevante em termos de governo democrático e visibilidade internacional. Esse regime de governo baseado na questão étnica, assim como o percurso pelo qual o “indígena” vai aparecendo como *locus* de intervenção na legislação brasileira são o foco do próximo subcapítulo.

1.2 A emergência da “população indígena” no campo das políticas públicas

(...) a arqueologia dos nossos possíveis pontos de enunciação de discursos atuais sobre raça e saúde recuará para situar o subsolo da estrutura de possibilidade de nossas posições enunciativas num longo processo de transformação discursiva. (Anjos, 2004, p.99)

Faz-se necessário situar o contexto das políticas públicas direcionadas aos povos indígenas no Brasil, a fim de desconstruir a ideia de que essas populações sempre foram concebidas enquanto alvo de políticas específicas. A primeira política de atendimento a “população indígena” foi o Serviço de Proteção ao Índio e Localização dos Trabalhadores Nacionais (SPI), criado em 1910, com o objetivo de dar assistência aos indígenas através de uma lógica integracionista e civilizatória, de incorporação dos indígenas à sociedade nacional, com projetos de escolarização, capacitação e introdução no mercado de trabalho. O SPI inscreve a existência indígena como população, através do estatuto jurídico que reconhece os “Índios do Brasil”, e portanto passa a operar através de uma série de tecnologias de proteção, enquadramento, pacificação e incorporação ao sistema produtivo nacional, que situavam tal população sobre a condição de “tutelados”, incapazes de exercer plenamente os atos da vida civil. Conforme Bernardes (2011):

A criação dessa figura “índios do Brasil” será paulatinamente esquadrihada em: “1º) índios nômades; 2º) índios arranchados ou aldeados; 3º) índios

pertencentes a povoações indígenas; 4º) índios pertencentes a centros agrícolas ou que vivem em promiscuidade com civilizados” (Brasil, 1928, p.15). Articuladas a essa taxionomia, estabelecem-se certas práticas que consideravam o processo de nacionalização como possibilidade de autonomia, ou seja, quanto maior o “grau de civilização” (Brasil, 1928, p.15), maiores as possibilidades de incorporação à Nação e, portanto, aos direitos atribuídos à população brasileira (Bernardes, 2011, p.158).

As políticas direcionadas aos indígenas, assim, vinham marcadas por essa classificação e se empenhavam em “fazer viver” somente aqueles que se aproximavam mais do “grau de civilização” desejado, “deixando morrer” aqueles que não interessavam a tal projeto. Para este fim, foram criadas Reservas Indígenas onde, através de uma política de confinamento na qual diferentes etnias indígenas eram levadas a viver em uma única terra, ficariam situados aqueles que não teriam potencialidade para se “incorporar” à sociedade nacional, destinados a permanecer nas reservas e sob a condição jurídica da *tutela*, com pouco acesso a políticas de assistência. Especificamente com relação ao sul do Brasil, Catafesto de Souza (2009) afirma que:

Nos tempos do Serviço de Proteção ao Índio (SPI, desde 1911), as famílias Guarani encontradas em circulação no sul do Brasil foram empurradas para o interior de áreas reconhecidas para outras etnias indígenas (Kaingang principalmente), segundo os critérios do confinamento e da tutela (Souza Lima, 1998). A gestão indigenista provocou um velamento social e uma negação administrativa e jurídica dos direitos originários dos Guarani no sul do Brasil, estimulando para que houvesse uma migração dos grupos Guarani em direção à região de Misiones (Argentina) e ao oeste do Paraguai (Catafesto de Souza, 2009, p.4)

É curioso salientar que, nesse momento, a população mais “digna de ser salva” eram os homens jovens – potenciais trabalhadores – e acabava se “deixando morrer” mulheres e crianças, conforme aponta Bernardes (2011), referindo-se às campanhas de vacinação direcionadas a homens indígenas nos anos 1950. Essa relação soa surpreendente frente a centralidade que as mulheres e crianças ganham nos projetos e políticas nos últimos anos, especialmente pós-Constituição de 1988 e publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)³⁹.

Podemos apontar, nesse sentido, para a duplicidade do sentido da *vida* no contexto biopolítico. Foucault (1999) chama atenção para o fato de que no novo contexto em que o “fazer viver” assume importância central como estratégia de governo, o “deixar morrer” passa a ser justificado pela mesma lógica do melhoramento populacional, aparecendo assim uma classificação entre as vidas dignas ou não de serem vividas⁴⁰. Assim, acompanhando a forma

³⁹ Aprofundarei essa questão no decorrer do trabalho.

⁴⁰ Um maior aprofundamento dessa ideia pode ser encontrado em Agamben (2010).

biopolítica de governo nasce o racismo de estado, como formação discursiva e dispositivo de guerra, que busca favorecer a emergência de um tipo desejado de população através de um protótipo de normalidade, ao mesmo tempo em que produz uma série de “outros” que devem ser civilizados, disciplinados ou simplesmente aniquilados. É importante seguir a análise dos aparatos de poder direcionados à população indígena atentando para essa duplicidade (fazer viver/deixar morrer) pois ressalta a legitimidade de práticas racistas em vários ramos do estado, trazendo à tona o racismo institucional implicado nessas formações discursivas⁴¹.

O Serviço de Proteção ao Índio seguiu sendo o órgão responsável pela população indígena até 1967, quando se cria a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) – instituição que perdura até os dias de hoje (passando por uma série de reestruturações institucionais). Ao longo do regime militar, em 1973, publica-se a Lei nº 6001, que dispõe sobre o Estatuto do Índio, cujo objetivo, conforme o seu artigo 1º é regular “a situação jurídica dos índios ou silvícolas e das comunidades indígenas, com o propósito de preservar a sua cultura e integrá-los, progressiva e harmoniosamente, à comunhão nacional” (Brasil, 1973)⁴². Essa peça jurídica fundamenta a condição *tutelar* a que seguiriam estando sujeitos todos os indígenas que ainda não tivessem sido “integrados”⁴³, cabendo à União a responsabilidade pela tutela. Semelhante à condição de menores de idade, os índios nesse contexto são tratados como necessitando “amparo, proteção e auxílio”, por não partilharem da condição de adultos plenos. Nesse contexto, é especialmente interessante ver o quanto o ingresso político-institucional do indígena na 'cidadania' vem por via da 'tutela', marcando de certa forma uma cena de valores e concepções morais que associa o indígena à incapacidade de exercer plena e autonomamente os atos da vida civil.

Além disso, nessa lei se estabelece uma definição à categoria “índio”, marcada pela sua diferença com relação a sociedade nacional, lê-se: “É todo indivíduo de origem e ascendência pré-colombiana que se identifica e é identificado como pertencente a um grupo étnico cujas características culturais o distinguem da sociedade nacional”⁴⁴. Essa definição acaba por individualizar a diferença, retirando a dimensão da historicidade do processo de colonização, assim como inscrevendo o “indígena” como um ator local, isolado e cuja diferença estaria dada *a priori*. Além disso, a partir dessa definição também se categorizam três estágios no qual os índios se encontrariam: isolados, em vias de integração, e integrados.

41 Agradeço a Clementine Marechal pelas sugestões nesse tópico.

42 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6001.htm (acesso em 10/09/2015)

43 “Art. 7º Os índios e as comunidades indígenas ainda não integrados à comunhão nacional ficam sujeitos ao regime tutelar estabelecido nesta Lei” - LEI nº 6001/1973. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6001.htm (acesso em 10/09/2015).

44 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6001.htm (acesso em 10/09/2015).

Essa classificação – amparada por uma ideia de graus distintos de desenvolvimento – era o que definia o direcionamento das políticas, assim como os direitos civis que cabiam a cada um. Essa diferenciação em “estágios” lembra os princípios de uma teoria evolucionista e demonstra uma forma de racismo de Estado que opera através da diferenciação e escalonamento das formas de intervenção.

Essa figura do *índio* foi contestada em 1978, quando se elaborou um projeto de lei de “emancipação” dos indígenas, ou seja, de declará-los *não-índios* perante a lei. O projeto, que colocou em debate certas concepções republicanas de igualdade e liberdade, foi rechaçado por certos setores da sociedade que o acusaram de ser uma forma do poder público se eximir de garantir terras e reservas indígenas, assim como de reconhecer a “organização social” dos povos indígenas. Nessa tensão colocada, o projeto acabou gerando uma mobilização nacional, que juntava diferentes setores da sociedade civil a certos grupos de indígenas e posteriormente levou à conformação do que seria o “indigenismo” no Brasil (Ramos, 1995, p.2).

Segundo Ramos (1995), esse momento tomou grande visibilidade midiática e a partir de então passou a se conformar um novo modelo de organização das entidades indigenistas. Passa-se, assim, por um processo de burocratização e profissionalização do indigenismo, majoritariamente financiado por organizações internacionais, que se fundamenta sobre o que a autora aponta como a produção de um índio modelo que cumpriria a expectativas de uma *ética branca*. A autora traz a ideia de “índio hiper-real” para descrever esse índio modelo ao qual se destinam os projetos e políticas, mas evito aqui o uso desse conceito pois ele pode levar ao equívoco de pressupor a existência de um nível de realidade “mais verdadeiro” ao qual a antropologia teria um acesso privilegiado. Em vez de cristalizar a alteridade, o que pretendo aqui é justamente problematizar esses regimes de produção de imagens e verdades sobre o “índio”⁴⁵.

Ao mesmo tempo, a visibilidade do indígena em tal mobilização civil, somada ao debate democrático no final do regime militar, produziu novos discursos que transformaram a figura jurídica do indígena no aparato político-institucional. A partir da Constituição Federal de 1988, se inscreve a figura do índio no campo dos direitos, através do Artigo 231, lê-se: “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” (CF/1988). Neste momento, então, os indígenas passam da condição de “tutelados” para “cidadãos”, tornando-se sujeitos de

45 Agradeço a Bruno Huyer pelos comentários nesse sentido.

direitos específicos, à nível político-legal. Cabe a ressalva de que a Constituição Federal não substituiu simplesmente o Estatuto do Índio e em muitos processos (especialmente de demarcação de terras) o Estatuto volta a aparecer como referência para “legislar” nessa área.

Essa mudança também acarretou em novas tecnologias de governo, não mais tão “top-down” (Rose, 1999). Nesse contexto, se multiplicaram os espaços de “participação” e “controle social”, tais como seminários, reuniões, assembleias, etc. Passaram a ser realizadas, inclusive, conferências nacionais a fim de que a elaboração de políticas específicas se faça a partir do debate “público”. Menos do que realmente concretizar esse projeto democrático, o que me parece mais evidente é como esses espaços vão criando novas formas de governo e produção de cidadania, agora marcada por esse viés da participação. O indivíduo-cidadão é chamado a participar, assim como se torna corresponsável pelo próprio “bem-estar” no processo de governamentalidade liberal.

É como parte desse mesmo processo que podemos entender o Decreto nº 5051, de 19 de abril de 2004, que promulga a Convenção 169 sobre Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes da Organização Internacional do Trabalho (OIT) aprovada em 1989, no qual se reconhece “as *aspirações* desses povos a assumir o controle de suas próprias instituições e formas de vida e seu desenvolvimento econômico, e manter e fortalecer suas identidades, línguas e religiões, dentro do âmbito dos Estados onde moram” (OIT/1989). Na Convenção se “lembra” a “particular contribuição dos povos indígenas e tribais à diversidade cultural, à harmonia social e ecológica da humanidade e à cooperação e compreensão internacionais” (OIT/1989). Parece haver, neste momento, uma transformação da figura do indígena como incapaz, tutelado, para a de um “aspirante” por um lugar no campo “cidadão” (em termos dessa governamentalidade liberal). Sua especificidade aparece, por sua vez, marcada por um imaginário que o posiciona como associado à “natureza”, entrelaçado aos discursos ecologistas em ascensão, assim como o coloca com um certo grau de autonomia “dentro” mesmo dos Estados Nacionais, ressaltando sua contribuição à harmonia da “humanidade”, em termos “internacionais”.

Podemos reconhecer a emergência desse conjunto de leis, políticas, diretrizes, como fazendo parte de uma ideia global de cidadania biológica, como: “todos esses projetos de cidadania que ligaram suas concepções de cidadão às crenças sobre a existência biológica dos seres humanos, como indivíduos, como famílias e linhagens, como comunidades, como população e raças, e como uma espécie” (Rose & Novas, 2003, p.2; tradução minha)⁴⁶. Na

46 No original: “all those citizenship projects that have linked their conceptions of citizens to beliefs about the biological existence of human beings, as individuals, as families and lineages, as communities, as population and races, and as a specie” (Rose & Novas, 2003, p.2).

linguagem político-institucional que venho retomando, é possível perceber o quanto se articula a ideia do humano enquanto *espécie*, com a questão *étnica* que vai ganhando relevância. Conforme a descrição de Ong (2003) elaborada com referência a legislação norte-americana, mas que acredito fazer sentido para essa discussão, ocorre o que seria “the minoritization process” (p.5). Este consistiria no processo pelo qual os direitos das *minorias étnicas* passam a figurar no contexto político-institucional, a partir de uma ideia de “cultura” muito marcada por uma visão culturalista, que muitas vezes não permite vislumbrar as outras intersecções às quais os sujeitos estão atrelados (gênero, classe, religião, etc).

Cabe apontar, também, a instabilidade de certas categorias e definições de “índio” que são operadas e tensionadas no próprio campo político-institucional. Se, por um lado, podemos apontar para um investimento na expansão do alcance das políticas sociais com relação aos povos indígenas nos últimos anos (como veremos nas políticas de saúde diferenciada no próximo tópico), por outro lado, podemos ver a própria definição de “indígena” tensionada a partir dos investimentos na transformação dos processos de demarcação de terras⁴⁷. Mais uma vez, cabe destacar o quanto a cidadania não se restringe a um reconhecimento político-legal datado, mas está sendo produzida ao longo de todos esses processos de disputas, conflitos e negociações.

1.3 A emergência da “saúde indígena”

Os povos indígenas são obrigados a carregar o fardo da imaginação do ocidente se quiserem ser ouvidos.
(Carneiro da Cunha, 2009)

No que diz respeito à área da saúde, podemos observar que a categoria “saúde indígena” passa a fazer parte do discurso político justamente nesse contexto de consolidação de um regime de governamentalidade liberal. Baseada nessa forma de governo ancorada na educação e participação, podemos apontar para a emergência dessa temática como problema de governo a partir da realização de duas Conferências Nacionais: a I Conferência Nacional

47 O reconhecimento jurídico está sendo posto em xeque, atualmente, através do Proposta de Emenda à Constituição 215 em tramitação no Congresso Nacional, que busca transferir do poder Executivo ao Legislativo a competência para demarcação de terras indígenas no país, através da proposta de toda uma nova forma burocrática para o processo de demarcação (através de outros critérios de 'tradicionalidade'), assim como a revisão de todas as terras já demarcadas. Além disso, propõe mudanças na condição jurídica das terras indígenas e nas formas de administrá-las. É uma proposta vinda por parte do que vem sendo chamada de “bancada ruralista” e tem ocorrido uma série de manifestações contrárias e protestos por parte dos povos indígenas a nível nacional. Seria interessante explorar mais a fundo esse contexto, no sentido de pensar que forças estão em jogo, que formas de produção de sujeitos, discursos e lógicas estão colocados. Infelizmente não cabe aos limites dessa dissertação. O texto integral da PEC 2015 se encontra em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=14562> (acesso em 15/09/2015).

de Proteção à Saúde do Índio (em 1986) e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (em 1993), em que estiveram presentes gestores públicos, antropólogos, indígenas, profissionais de saúde, entre outros. Essas conferências foram um marco na consolidação da área da saúde indígena no sentido de destacar a especificidade dessas populações com respeito ao atendimento. Em decorrência das mesmas, em 1991 transferiu-se para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas a esses povos, estabelecendo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) como a base de organização dos serviços. Os Distritos são definidos como:

(...) um modelo de organização de serviços - orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado -, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social (FUNASA/2002, p.13).

Se, por um lado, os DSEI nascem sustentados por uma ideia de reconhecimento da questão étnica para um atendimento mais especializado com referência aos diferentes grupos indígenas, o que acaba ocorrendo, paralelamente, é um processo de espacialização da diferença e a produção de novos espaços de intervenção e modalidades de regulação, sob o marco de um estado multicultural (Boccaro, 2007, p.201). É dentro desse mesmo contexto, me parece, que podemos entender a criação, em 1999, da lei nº 9.836 que institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como um sistema *diferenciado*, mas *integrado* ao sistema único. Esse subsistema, contudo, abarca somente o nível de atenção básica de saúde, de forma que os casos de média e alta complexidade entram para o âmbito universal do SUS. Essa lei não contempla, assim, políticas de atenção diferenciada nos complexos hospitalares, ainda que sugira a oferta de serviços diferenciados, “quando considerados necessários pelos próprios usuários e negociados com o prestador de serviço” (FUNASA, 2002, p.15)⁴⁸.

Acompanhando o Subsistema, em 2002, aprova-se a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), fundamentada sobre os princípios da diferença cultural, a partir da “adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços (...) de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do

48 É possível elencar algumas (poucas) iniciativas construídas nesse sentido: o Hospital de São Miguel das Missões durante alguns anos manteve um quarto do hospital para atendimento dos Mbyá-Guarani, no qual o *karai* poderia ingressar e realizar processos de cura, fazendo uso de plantas, assim como do cachimbo. Esse projeto foi elaborado por agentes da Secretaria Estadual de Saúde do RS. Outro exemplo são as oficinas de capacitação para trabalhadores do Hospital Conceição, realizada por agentes da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, a qual pude acompanhar no mês de outubro/2015.

Sistema Único de Saúde para essa população” (FUNASA, 2002, p.6). Nesse sentido, a PNASPI se fundamenta sobre a premissa de ampliar a gama de intervenção da saúde pública, assim como garantir sua “aceitabilidade”, através do que me parece ser uma forma específica de governamentalidade a partir da “diferenciação étnica”. Como podemos observar no excerto seguinte do texto desta política: “Assim, dever-se-á desenvolver e fazer uso de tecnologias apropriadas por meio da *adequação* das formas ocidentais convencionais de organização de serviços” (idem, grifos meus).

É interessante o quanto a ideia de “adequação” se restringe à organização dos serviços, cabendo pouca discussão sobre o conteúdo das intervenções. Explico. Ainda que na política apareça a ideia de intervenção “reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura” (FUNASA, 2002, p.13), nas modalidades, tecnologias e dispositivos da saúde pública em atuação nas áreas indígenas subjaz a lógica biomédica como parâmetro. A biomedicina se produz enquanto conhecimento legítimo, ou verdade *universal* inconteste, em oposição aos conhecimentos indígenas relegados à categoria de “sistemas de interpretação” (FUNASA, 2002, p.17), ou saberes culturais *parciais*. A própria ideia de atenção diferenciada aparece de diferentes maneiras na PNASPI, fazendo uso tanto da noção de “articulação” entre os diferentes sistemas médicos, como também de “integração” e de “incorporação” das práticas tradicionais. Nesse sentido, me alio à crítica apresentada pelas autoras:

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

Parece-me, assim, subjacente ao “respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas” (FUNASA, 2002, p.18), a existência de uma *assimetria* de conhecimentos, especialmente evidente frente às práticas concretas dos agentes da equipe médica em áreas indígenas. Mais que nada, entendo que essa política se insere em um contexto de governamentalidade neoliberal global, em que a “diferença cultural” entra como dispositivo de governo. Conforme o texto da própria PNASPI, “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.” (FUNASA, 2002, p.17, grifos meus). Ou seja, a “definição mais recente de saúde”, dada pela OMS e fundamentada na potencial “eficácia” das práticas e concepções, é o que estabelece os critérios que regem a política de saúde pública com relação aos povos indígenas a nível nacional.

Ao mesmo tempo, contudo, outras diretrizes da própria OMS entram em cena no campo da saúde indígena, produzindo formas de governo diferentes daquelas marcadas pela “diversidade”. Vindo pelo viés da “saúde da mulher”, os projetos de redução da mortalidade materna e infantil, por exemplo, quando levados para as áreas indígenas muitas vezes acabam resultando em processos de medicalização do parto e criando um aumento substantivo dos partos hospitalares (e inclusive de cesariana) entre mulheres indígenas – como veremos no final deste capítulo. Assim como também acabam incidindo em formas de controle sobre as práticas das parteiras e suas formas de ação.⁴⁹

Nos primeiros dias em que estive no Posto de Saúde da *Tekoá Koenju* perguntei à médica se os partos eram predominantemente realizados na aldeia ou no hospital e ela me respondeu, categoricamente: “são diretrizes do Ministério da Saúde que os partos sejam hospitalares”. E explicou que mesmo no hospital de São Miguel das Missões (município mais próximo) não é possível realizar partos, porque na nova legislação precisa haver uma ginecologista e um pediatra presentes, assim como um anestesista disponível, para que possa ocorrer um nascimento. Aponta como sendo essa a razão, também, pela qual ela não pode realizar partos no Posto de Saúde, sendo necessário o deslocamento das mulheres grávidas até o Hospital de Santo Ângelo, que fica a aproximadamente 90 km da aldeia. Ainda que a diretriz do MS não seja restritiva no sentido apresentado pela médica⁵⁰, o que podemos perceber a partir deste relato é o quanto ele compõe a justificativa da sua prática e portanto gera efeitos na própria materialidade dos nascimentos. É, assim, através de pequenos dispositivos, como as tabelas de produtividade, as cobranças e até mesmo de diferentes interpretações/usos da lei, que vão se conformando as práticas dos agentes estatais e sua relação com seus “pacientes”. Desenvolverei etnograficamente este ponto no próximo capítulo.

Cabe apontar, aqui, o quanto essa modalidade global de governo também incide na produção de um campo de “vigilância em saúde”, de produção de dados estatísticos sobre uma dada população, conforme mencionei no início deste capítulo. Esses dados, por sua vez,

49 É importante enfatizar o quanto essas políticas globais padronizadas da OMS incidem sobre diferentes países da América Latina, gerando efeitos específicos. Durante um breve intercâmbio de pesquisa que tive a oportunidade de realizar no estado de Puebla, no México, pude conhecer as variadas formas pelas quais essas políticas de redução da mortalidade materna têm incidido e produzido reconfigurações do trabalho das “parteiras tradicionais” nesta localidade. Este é justamente o foco do trabalho de Fagetti e Martinez (no prelo).

50 Segundo a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (Ministério da Saúde, 2016), “o parto domiciliar não está disponível no sistema de saúde, por isso não há como recomendar. No entanto, não se deve desencorajar o planejamento do parto no domicílio” (MS, 2016, p.28). Com respeito ao parto hospitalar a diretriz coaduna com o argumento apresentado pela médica de que para realização do parto hospitalar a paciente deve ter acesso à equipe médica completa (obstetrícia, anesthesiologia e pediatria), de forma que o procedimento não pode ser realizado em qualquer centro de saúde.

atuam para 'dentro' e para 'fora' das fronteiras nacionais. Por um lado, no sentido da classificação e esquadramento de um *locus* específico de intervenção que sustenta a existência das políticas públicas diferenciadas. Por outro, a produção de dados de “acesso a políticas públicas e direitos” que são importantes para a imagem do país a nível internacional. Especialmente o Brasil que se projeta como 'país da diversidade', tem como preocupação a nível diplomático global a manutenção e projeção dessa imagem. Além disso, os dados estatísticos são usados para campanhas, financiamentos, para o recebimento de recursos financeiros de agências internacionais no campo da saúde, entre outros fins.

Nesse sentido, criou-se o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena – SIASI, conjuntamente com a criação do Subsistema, a fim de centralizar e monitorar os dados demográficos e epidemiológicos. Grande parte do trabalho nos Postos de Saúde das aldeias acaba sendo a manutenção e preenchimento dessas tabelas de dados, às quais são usadas também como meio de cobrança em termos de trabalho e “produtividade” dos profissionais de saúde, estabelecendo uma série de metas a serem cumpridas. Segundo uma das profissionais de saúde da *Tekoa Koenju*, “no campo da saúde indígena há muito mais cobrança do que na saúde pública em geral, são mais cobrados os resultados e é mais fiscalizado o trabalho, o que pode ser bom, por um lado, mas acaba muitas vezes desgastando os profissionais”. Foi assim que ela me explicou o porquê da alta rotatividade dos profissionais de saúde nessa área.

Na margem de transformações institucionais na saúde indígena, houve mais uma mudança recente. Em 2010, criou-se a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) no Ministério da Saúde, e as atribuições da FUNASA foram transferidas para a nova Secretaria. A SESAI passa a ser, então, responsável por coordenar a PNASPI e todo o processo de gestão do Subsistema. Mantém-se a estrutura organizativa dos DSEIs, sendo hoje em dia conformado por 34 unidades, divididos por critérios territoriais, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas. Essa mudança foi relatada como uma “conquista dos indigenistas”, em um dos seminários que participei sobre Saúde Indígena⁵¹, explicando o quanto havia sido uma “luta” para conseguir “elevar” a saúde indígena ao estatuto de Secretaria. A profissional de saúde aposentada, que realizou esta fala no seminário, argumentou que com a criação da Secretaria (SESAI), a saúde indígena seria colocada em primeiro plano, em relação direta com o Ministério da Saúde – diferente, assim, da posição secundária que costumava assumir na FUNASA. Além disso, apontou para a importância da

51 Tratava-se do “Seminário Povos Indígenas e Saúde: Olhares para equidade no SUS”, organizado pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Porto Alegre, realizado no dia 01/10/2015. O Seminário destinava-se principalmente à formação de profissionais de saúde que trabalham com a questão indígena no município, e contou com as falas de gestores, antropólogos, indígenas e políticos. Ver programação em anexo.

nova Secretaria no sentido de evitar potenciais desvios financeiros e outros problemas burocráticos e institucionais que vinham sendo enfrentados na instituição anterior.

Ainda que descrevesse com entusiasmo a “conquista” da criação da SESAI, no decorrer de sua fala, a própria profissional aposentada constatou que poucas mudanças haviam ocorrido com a nova Secretaria. Frente a ausência de Concurso Público, os profissionais que trabalham para a SESAI seguem sendo contratados de maneira terceirizada, geralmente por meio de contratos temporários (de um a dois anos), impedindo a constituição de planos de carreira, entre outros direitos trabalhistas.⁵² Mesmo que sejam renováveis, esses contratos dão pouca garantia de estabilidade para os profissionais. Dessa forma, como pude observar nas conversas com os profissionais de saúde na *Tekoá Koenju*, poucos deles têm como plano a continuidade de trabalho na aldeia, sendo este relatado mais como um trabalho temporário, ou até mesmo ritual de passagem em termos de dedicação a uma “causa nobre”, do que de uma real perspectiva de garantia profissional.

Essas mudanças na figura político-institucional do “indígena” e nas políticas de saúde vinculadas a ela apresentadas aqui, nos permitem visualizar a maneira pela qual o discurso do “reconhecimento da questão étnica” vem tomando forma na esfera nacional. Contudo, não podemos dissociar essas mudanças das diretrizes internacionais (principalmente por parte da Organização Mundial de Saúde – OMS, da Organização das Nações Unidas – ONU e da OIT), que compõe esse cenário de uma cidadania biológica global (Rose & Novas, 2003), em que a vida assume um valor central. Grande parte dos projetos que incidem sobre esses grupos está marcada pela ideia de maximizar e investir na vida, intervindo sobre modos de vida e compondo projetos de cidadania (“política”) que são indissociáveis dos projetos de intervenção da área da saúde.

1.4 Os *experts* em diferença cultural

Não podemos deixar de salientar, também, a importância que a antropologia ganha nesses cenários de produção de discursos de verdade marcados pela “diversidade cultural”. Sendo a ciência disciplinar *expert*⁵³ nesse tema, a antropologia entra em cena no campo das

52 O contrato dos profissionais é atualmente feito pela Missão Evangélica Caiuá, instituição religiosa que tem convênio com a SESAI e terceiriza esses contratos. Mais informações podem ser obtidas no site dessa instituição: http://www.missaocaiua.org.br/atual/crbst_6.html

53 Sobre a importância que ganham os *experts* em regimes de governamentalidade liberal, ver Rose (1999), aponta o autor: “Government has both fostered and depended upon the vocation of 'experts of truth' and the functioning of their concepts of normality and pathology, danger and risk, social order and social control, and the judgements and devices which such concepts have inhabited” (Rose, 1999, p.30).

políticas públicas atribuindo de legitimidade científica os enunciados das políticas diferenciadas⁵⁴. Muitos dos conceitos e categorias que compõem essas políticas são calcados em noções antropológicas, mas vão ganhando certa autonomia para além da matriz disciplinar de onde provém. Diferentes autores problematizam a forma que o conceito de *cultura* foi assumindo, apontando para os efeitos que seu uso pode ter em termos de relações de poder e dominação. Buscam situar, assim, a antropologia como um campo disciplinar inserido em relações históricas, econômicas e políticas muito específicas⁵⁵.

Segundo Trouillot (2011), a essencialização do conceito de cultura ocorreu na injunção entre o contexto político intra e extra-acadêmico, na institucionalização da disciplina antropológica. No processo de diferenciação da antropologia das outras ciências sociais é que se assume a cultura como “o” objeto de estudo e “a” unidade de análise primordial da disciplina. Passa, assim, a ser algo em si, objetificado, e do qual o antropólogo é capaz de falar *sobre*. Fortalece-se, nesse momento, a figura do antropólogo como o *especialista* em cultura, sendo chamado muitas vezes para responder em contextos político-institucionais. Assume, muitas vezes, uma posição de “mediação” (entre Estado e povos indígenas), em que a antropologia se conforma como “discurso autorizado” sobre o outro, correndo o risco latente de cair na produção de “etiquetas étnicas”. Restrepo (2015) chegou a afirmar a responsabilidade da antropologia e da atuação dos antropólogos na maquinaria estatal de produção de alteridades que, segundo o autor, contribui para gerar conflito e racismo em contextos rurais⁵⁶.

Asad (1973), por sua vez, ressalta a afinidade da antropologia com o regime colonial e aponta para o quanto a forma de objetificar o conhecimento antropológico pode ser conivente e conveniente na (re)produção de assimetrias e relações de poder marcadas pela relação entre ocidente e terceiro mundo, que implica em uma forma específica de entendimento da humanidade não-europeia. Aponta não para a forma pela qual a antropologia 'serviu' para o regime colonial, mas sim como ela teve suas condições de possibilidade nesse encontro

54 Cabe ressaltar o papel dos antropólogos na própria formulação escrita das políticas de saúde diferenciada. Teixeira e Silva (2013), por exemplo, enfatizam a presença da antropologia desde a primeira conferência de saúde indígena e sua importância na elaboração da política nacional (PNASPI).

55 Exemplos nesse sentido são os trabalhos de Talal Asad, Johannes Fabian, Michel-Rolph Trouillot e Lila Abu-Lughod.

56 Referindo-se principalmente ao processo que vem ocorrendo na Colômbia, Eduardo Restrepo aponta para o problemático uso de “povo indígena” como uma categoria dada, estática e circunscrita a uma definição de cultura muito particular – a qual vem sendo usada como parâmetro das políticas multiculturais. Salientando a importância de termos uma maior criatividade teórica na produção de conceitos antropológicos, sugere o uso de “articulaciones de indianidad”. (Comunicação oral no Congresso Latinoamericano de Antropologia Social, Cidade do México, 10/10/2015).

desigual entre ocidente e terceiro mundo, apresentando-o como um “fardo” que a antropologia não conseguiria se livrar tão facilmente.

Acredito que seja importante olhar também para os processos através do qual essa “auto-crítica antropológica” chega a produzir formas subjetivas de auto-culpabilização e de vitimização que muitas vezes reproduzem assimetrias. Sob a premissa de reverter a herança vergonhosa da antropologia, se conforma um campo de “antropologia engajada” que parece reproduzir princípios de funcionamento do humanitarismo⁵⁷, e que remetem a uma superioridade implícita que coloca os “engajados” como donos de saberes-fazer que sejam capazes de preencher a “falta” das populações indígenas. Através da premissa do engajamento político, da “ajuda institucionalizada”, realizam-se certas práticas que condizem com um formato biopolítico de produção de populações, indissociável também de uma economia moral em que estão em jogo valores e sentimentos, especialmente aqueles relacionados ao “fazer o bem” e valorizar a vida a partir do esquadramento “cultural”.

Essa discussão nos provoca a pensar sobre o quanto a *vida* aparece como um valor e bem supremo, transversalmente, na política e na ciência. Tanto motivação quanto justificativa da intervenção dos aparelhos de poder e da própria “atuação engajada”, se constitui um campo de preservação, conservação e cuidado com a vida que caracteriza uma forma bem particular de investimento na “saúde” - situada numa prática de conhecimento ocidental de produção de indivíduos e cidadãos. Esses aparelhos de poder tomam também a forma de tecnologias individualizantes, através das quais se produzem sujeitos – indígenas, mães, maternidades de risco, etc –, se configuram relações – família nuclear e papéis sexuais – e regulações dos processos biológicos – natalidade, maternidade, infância. Esse é o foco do próximo bloco.

1.5 Fazer nascer, fazer viver: natalidade e maternidade no processo de investida do poder biopolítico

Não se trata, apenas, de produzir um melhor número de crianças, mas de gerir convenientemente esta época da vida. (Foucault, 1979, p. 199)

Um dos focos principais de investida deste regime de governo biopolítico que venho traçando é com respeito aos *nascimentos*, tanto no controle da natalidade da população, quanto na garantia da saúde da criança. A preocupação com os índices de mortalidade infantil e materna vai se tornando cada vez maior, aparecendo um aparato de políticas públicas, leis,

⁵⁷ O 'indigenismo', conforme mencionei anteriormente a partir de Ramos (1995), pode ser considerado sobre estes termos. Mas essa pretensão/presunção me parece um “risco” constante no trabalho antropológico.

campos de saber, instituições, produções escritas (manuais, diretrizes, campanhas, etc), entre outros, que se dedicam ao governo da natalidade e, principalmente, da infância. Esta última, por sua vez, somente a partir do século XVIII, na Europa, passa a emergir como uma “fase da vida” a ser investida, como uma responsabilidade moral do Estado e da família (Foucault, 1979). Nesse processo, desenvolve-se uma economia do *cuidado* com a saúde das crianças, especialmente como função da instituição familiar, mas também compondo um cenário de emergência de novas instituições, como a escola, a assistência social, os orfanatos, etc. Através desse processo de valorização da infância em que as crianças emergem como foco dos aparatos de poder, também se fortalece a figura da *mãe* como mediadora importante entre os filhos e o Estado (Rago, 1985).

É nesse sentido que podemos sublinhar que além da *população* como unidade de governo da conduta, também a *família* passa a ser foco das políticas de saúde e de intervenção médica (Foucault, 1979). Entendendo a vida familiar como instância educativa importante para a formação do cidadão, a família passa a ser reconhecida como responsável pela readequação das práticas e comportamentos, emergindo todo um conjunto de regras - fundamentado no saber médico - codificando a relação entre pais e filhos. Segundo Archanjo (2009), a partir da chegada da Corte Portuguesa ao Brasil elaboraram-se uma série de códigos e políticas “visando adequar a vida familiar à necessidade de centralização do poder e ao ideal de organização social importado da Europa” (p.3). Como aponta a autora, essa adequação passava pelo projeto de constituição de uma nova unidade familiar baseada no modelo nuclear, principalmente através de preceitos higienistas e tecnologias individualizantes.

Segundo estas historiadoras (Archanjo, 2009; Rago, 1985), desde o início do século XIX no Brasil o projeto de *família* vai passando por uma transformação, tanto pela influência dos ideais burgueses importados do modelo europeu, como da emergência (ainda bastante incipiente nesse momento) de um novo formato de governo das vidas baseado no cuidado com o *corpo*. No regime de governamentalidade que vai se conformando desde então, podemos apontar para a valorização que o saber médico vai ganhando e a ampliação da sua abrangência no controle das vidas dos “cidadãos”. Justamente nesse processo a medicina passa a atribuir uma especial atenção à maternidade, entendida como função natural da mulher e atividade central para a perpetuação da espécie humana (Archanjo, 2009). Retomo aqui uma reflexão de Rago (1985) que resume bastante bem esse processo no Brasil, atrelando aspectos da emergência do campo da saúde pública, da higienização e das tecnologias individualizantes de constituição dos papéis sexuais, especialmente com relação à infância. Diz a autora:

A “nova mãe” passa a desempenhar um papel fundamental no nascimento da família nuclear moderna. Vigilante, atenta, soberana no seu espaço de atuação, ela se torna a responsável pela saúde das crianças e do marido, pela felicidade da família e pela higiene do lar, num momento em que cresce a obsessão contra os micróbios, a poeira, o lixo e tudo o que facilita a propagação das doenças contagiosas. A casa é considerada como o lugar privilegiado onde se forma o caráter das crianças, onde se adquirem traços que definirão a conduta da nova força de trabalho do país. Daí, a enorme responsabilidade moral atribuída à mulher para o engrandecimento da nação (Rago, 1985, p. 80).

O *corpo* e a *mente* da mulher aparecem, assim, como focos importantes das políticas de saúde, tanto através dos processos educativos quanto dos procedimentos médicos⁵⁸. Ainda que estes investimentos se consolidem principalmente no início do século XX no Brasil, parece-me que traduzem mecanismos de atuação que mantêm certa continuidade, ainda que através de formas distintas. A partir de minha experiência no Posto de Saúde na *Tekoá Koenju*, posso afirmar que as “mulheres” e seus “corpos grávidos” ocupam grande parte da atenção dos profissionais de saúde e, portanto, recebem grande investimento de tecnologias de governo da conduta. Consultas pré-natal, exames de ultrassom, administração de medicamentos e vitaminas, aplicação de soro, indicações sobre amamentação, forma de vestir e segurar o bebê, alimentação materna, condições de higiene da casa e do corpo da criança são apenas alguns exemplos que pude acompanhar em meu trabalho de campo a este respeito.⁵⁹

Como podemos perceber na citação acima, o dispositivo da higiene novamente aparece, produzindo também novas formas familiares. Sendo a responsável principal pelo processo de *gestão* da infância, a família passa a operar não apenas como uma teia de relações inserida em um sistema de parentesco, mas “deve-se tornar um meio físico denso, saturado, permanente, contínuo, que envolva, mantenha e favoreça o *corpo* da criança” (Foucault, 1979, p. 199). Alimentação e higiene são temas especialmente importantes nesse momento em que o processo educativo – também através da constituição das escolas – se direciona a investir na produção de adultos higiênicos, bem alimentados e, portanto, cidadãos aptos a conformar a força de trabalho nacional. Constituindo-se como um novo domínio do saber desde meados do século XIX no Brasil, a infância passa a ser foco privilegiado dos médicos higienistas, ampliando o espectro de ação do poder médico ao interior das famílias. Apresentando-se

58 Não é à toa que emerge nesse período uma especialidade médica dedicada exclusivamente ao estudo da mulher, especialmente da sua sexualidade e do seu comportamento: a ginecologia. Conforme Rohden (2002), “a ginecologia se apresenta como o ramo da medicina dedicado ao estudo da mulher e se constitui a partir da noção de que o corpo e o papel social femininos são determinados pela função procriativa” (p.101), de forma que nos discursos médicos do século XIX a reprodução acaba aparecendo como eminentemente função sexual da mulher, havendo raras vezes referência a participação do homem nesse processo.

59 Retomarei este ponto no próximo capítulo.

como a autoridade mais competente para prescrever as normas racionais de conduta e práticas de cuidado com a criança e o recém-nascido – e amplamente amparado pelo aparato legal – o saber médico passava a classificar outras práticas como primitivas, irracionais, nocivas, supersticiosas, selvagens e infundadas (Rago, 1985, p. 118).

Nesse momento histórico, é possível observar o campo de disputas através do qual a medicina vai se conformando como verdade positiva, consolidando-se e legitimando-se através da desqualificação e supressão de outras práticas. Dentre estas, uma das que ganha maior enfoque é o ofício das parteiras. Diferentes trabalhos ressaltam o quanto o debate e contestação do trabalho dessas mulheres emerge no início do século XX, especialmente no sentido de denunciar o caráter não-profissional e não-científico das práticas e afirmar a legitimidade da medicina. A partir da análise da imprensa e dos processos criminais de 1900-1930 no Rio Grande do Sul, Careli (2008) aponta o quanto esse período foi “importante na constituição de uma percepção das parteiras e de seu ofício como um perigo à saúde pública” (p.1). Nos documentos analisados, a autora aponta principalmente para as afirmações com respeito a “imperícia” do ofício das parteiras, a ênfase no “risco” de suas práticas “pouco higienizadas”, dos produtos “pouco científicos” que utilizavam, assim como da acusação moral de “charlatanismo” que recebiam.

Sendo o início do século XX um momento de ascensão da temática da “mortalidade infantil” como problema de saúde pública, a preocupação com os partos passa a se tornar especialmente relevante, tanto nas políticas como nos discursos jornalísticos. Como afirma a autora:

Se num primeiro momento as mães e as condições sanitárias foram os alvos privilegiados da arguição dos articulistas frente à opinião pública no Rio Grande do Sul, nos anos 1920, a veiculação da temática da mortalidade infantil se viu acrescida nos periódicos regionais com a inclusão das parteiras como fatores de risco à integridade física dos fetos.(...) Ao mesmo tempo em que a denúncia do envolvimento das parteiras com a mortalidade infantil era realizada, o médico legitimava o espaço hospitalizado como o local apropriado para o cuidado com a gestante e sua prole, fazendo para isso alusões aos esforços de expansão da enfermaria da Santa Casa (Careli, 2008, p. 8).

Ou seja, dentro de um contexto no qual os aparatos de poder têm como foco a “proteção da infância”, nessas instâncias de formação de opinião pública podemos visualizar o quanto a acusação às parteiras está diretamente ligada a consolidação e legitimação da medicina como saber privilegiado para atenção aos partos. Como podemos ver, no século XX se consolida o processo de *medicalização*⁶⁰ do parto, de transferência para o campo biomédico

60 Para medicalização trago a definição de Riessman (2003): “The term medicalization refers to two interrelated processes. First, certain behaviors or conditions are given medical meaning - that is, defined in

e de emergência da instituição hospitalar como lugar privilegiado dos nascimentos.

Sigo a ressalva de Riessman (2003), contudo, sobre a importância de considerar que a medicalização do parto não foi produzida apenas pelo investimento do setor médico. A autora retoma o quanto certas mulheres (de classe média e feministas, por exemplo) lutaram pela transferência dos partos aos hospitais, pois entendiam essa mudança como parte de um processo de emancipação da mulher do controle que os processos biológicos exerciam sobre suas vidas. Destaca, contudo, a importância de entender a medicalização não como um processo universalizado (unívoco), mas diretamente marcado por questões étnicas, raciais e de classe, sendo dificilmente entendido fora desses marcadores. Esse estudo é interessante no sentido de nos fazer atentar para não reduzir a mulher a um sujeito passivo, ao qual são simplesmente impostas políticas sobre o corpo e do qual não teria nenhuma agência. Entender as relações complexas em jogo nessas situações, sem negar a força dos aparatos de poder nem a agência dos sujeitos, é um dos desafios dessa dissertação.

Busquei retomar estudos historiográficos (Archanjo, 2009; Rago, 1985; Careli, 2008) que fizessem referência ao momento de transição do parto domiciliar ao parto hospitalar no início do século XX, pois acredito que fornecem elementos interessantes para pensar esse processo de transição mais recente, com foco nos partos das mulheres indígenas. Essa transposição histórica não se faz em termos de uma linha evolutiva em que se colocam perguntas sobre continuidade ou ruptura, mas sim em termos arqueológicos em que possam se observar certas camadas sobrepostas que produzem efeitos umas sobre as outras. Ajudam, assim, a entender certos fundamentos do solo em que estamos pisando, desvelando mecanismos através dos quais a medicina foi se consolidando e legitimando como saber privilegiado na atenção aos partos, em detrimento de outras práticas, saberes e formas de nascimento.

No Rio Grande do Sul, desde meados do século XX, a maioria dos partos vem sendo hospitalares, diferentemente de outras regiões brasileiras nas quais esse fenômeno é mais recente. Esse mesmo padrão se vê refletido entre mulheres indígenas, cujos dados parecem apontar para um processo de hospitalização do parto que vem ocorrendo há mais tempo no RS que em outros lugares do país. Além disso, retomar o processo de legitimação e a abrangência que a medicina foi conquistando no RS, nos ajuda a compreender o fato de este estado ser um dos líderes nacionais em partos cesárea. No ano de 2011, por exemplo, 53,88% dos partos no

terms of health and illness. Second, medical practice becomes a vehicle for eliminating or controlling problematic experiences that are defined as deviant, for the purpose of securing adherence to social norms. Medicalization can occur on various levels: conceptually, when a medical vocabulary is used to define a problem; institutionally, when physicians legitimate a program or a problem; or on the level of doctor-patient interaction, when actual diagnosis and treatment of a problem occurs.” (Riessman, 2003, p. 48).

Brasil foram por cesariana, sendo que a Região Sul é a localidade com o maior índice de cesáreas do país: 60,11% (conforme dados do Ministério da Saúde - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC)⁶¹.

Outro ponto que podemos retomar da citação de Careli mencionada acima, é a forma pela qual se constitui uma economia do “risco”, associando o trabalho das parteiras e as práticas da mãe com os dados de mortalidade materna. Como podemos observar nas reportagens jornalísticas retomadas pela autora, podem-se perceber mecanismos de produção do risco e do medo, para além dos limites do campo biomédico. Ainda que Careli esteja analisando as reportagens do início do século, podemos observar um mecanismo parecido ao abrir qualquer jornal nos dias de hoje: “Fugi do hospital e viajei 30 quilômetros para ter parto normal”⁶², “Mulheres insistem no parto normal e são “abandonadas” por seus médicos na hora H”⁶³, “Enfermeira tenta parto em casa por 48h, sofre complicações, e morre no HB de Rio Preto”⁶⁴. Essas manchetes são apenas alguns exemplos de construção da aura de medo em torno do parto normal e domiciliar, especialmente dentro de um contexto polêmico de discussão da “epidemia de cesarianas” no Brasil, assim como a emergência do “parto humanizado” nas pautas políticas e midiáticas⁶⁵.

Além disso, acho que seria possível sugerir a existência de uma “geopolítica do risco”, em que certos locais ou populações são de antemão cerceados pela aura do risco, dependendo da posição social que ocupam. A própria classificação de “vulnerabilidade” pode ser problematizada nesse sentido, salientando a forma através da qual produz populações-alvo que estão sujeitas à intervenção de formas e intensidades distintas. Entendida como 'vulnerável', a população indígena geralmente é classificada como “mais sujeita” ao risco, e portanto, ocupa uma posição na qual é ainda “mais necessária” a intervenção. À nível global, poderíamos situar o Brasil nessa posição “vulnerável”, no sentido dos projetos internacionais que vêm ao país visando educar, ensinar boas práticas com relação à infância e à maternidade, especialmente fundadas pela ideia do maior “risco” a que estão submetidas as crianças dos

61 O uso dos dados estatísticos aqui é quase irônico. Não pretendo trazê-los como hierarquicamente “mais legítimos” em termos científicos ou estatais, mas sim entendendo-os como aliados no meu próprio meio de produção de discurso. Volto a essa discussão no próximo bloco.

62 El País Brasil, 11/01/2015 (http://brasil.elpais.com/brasil/2015/01/23/politica/1421974293_596294.html). Acesso em 31/10/2015.

63 Estadão, 19/05/2015 (<http://vida-estilo.estadao.com.br/blogs/ser-mae/mulheres-insistem-no-parto-normal-e-sao-abandonadas-por-seus-medicos-na-hora-h/>). Acesso em 05/11/2015.

64 Diário da Região, 24/07/2015 (<http://www.diariodaregiao.com.br/cidades/enfermeira-tenta-parto-em-casa-por-48h-sofre-complicacao-1.352477>) Acesso em 05/11/2015.

65 A atual repercussão da relação entre microcefalia e zika vírus, das campanhas contra o mosquito *aedes aegypti* e recomendações públicas para que mulheres não engravidem me parece um prato cheio para pensar as reflexões que venho delineando aqui. Cabe observar o website do Ministério da Saúde (<http://portalsaude.saude.gov.br/>), acesso em 10/03/2016.

países “subdesenvolvidos”⁶⁶.

Se no início do século XX podemos observar os traços de emergência da preocupação política sobre os nascimentos, trazendo a discussão para os dias de hoje acredito que poderíamos falar em uma forma de “governamentalidade global da infância”. Dentro dessa ideia, podemos direcionar o olhar para a importância de agências internacionais como o Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF – focando nas relações e efeitos que produz⁶⁷. Ao eleger a “primeira infância” como alvo de cuidados especiais, essa instituição passa a apoiar projetos de desenvolvimento para redução da pobreza em países considerados “atrasados”, criando escritórios locais para desenvolver “estudos detalhados sobre a situação da infância e suas condições de vida e a apoiar técnica e financeiramente projetos em parceria com organizações não-governamentais e governamentais” (Medeiros, 2011, p.30).

Mas além do apoio a projetos específicos, a instituição se propunha a incidir na legislação nacional dos países, com uma proposta de “mobilizar a sociedade civil e os governos estaduais e municipais para a questão da infância e da adolescência e promover a criação de políticas públicas locais” (Medeiros, 2011, p.30). A infância passa a ser, assim, um bem global que precisa ser cuidado, controlado, preservado e estudado, condizente com uma lógica biopolítica que direciona o foco para a preservação do humano enquanto *espécie*, dentro daquilo que outros autores conceitualizaram como “cidadania biológica” (Rose e Novas, 2005). Nesse sentido, cabe remeter ao manual publicado pelo Ministério da Saúde, em 2012, intitulado “Gestação de alto risco: manual técnico”, em que uma das frases introdutórias ao documento afirma justamente essa relação entre saúde e desenvolvimento:

A morbimortalidade materna e perinatal continuam ainda muito elevadas no Brasil, incompatíveis com o atual nível de desenvolvimento econômico e social do País. Sabe-se que a maioria das mortes e complicações que surgem durante a gravidez, parto e puerpério são preveníveis, mas para isso é necessária a participação ativa do sistema de saúde. Vários países em desenvolvimento já conseguiram obter excelentes resultados na melhoria de seus indicadores por meio de ações organizadas, amplas, integradas e com cobertura abrangente, utilizando tecnologias simplificadas e economicamente viáveis (Brasil, 2012, p. 9)

Uma vez mais, o controle sobre os partos e nascimentos aparece como central, pois sobre ele incide também a produção de indicadores sociais que refletirão na imagem do país

66 Cabe a ressalva que hoje em dia o Brasil ocupa uma posição um tanto “intermediária” na geopolítica global, não sendo um dos principais focos de políticas de desenvolvimento. Além disso, também é um “exportador” de modelos e políticas públicas, não cabendo situá-lo apenas sobre a lógica do receptor (de políticas que vem “de fora”). O SUS e a “agricultura familiar” são exemplos de “exportação” nesse sentido.

67 Em 1996, por exemplo, o Ministério da Saúde em parceria com FEBRASGO, UNICEF e OPAS lançou o *Projeto Maternidade Segura* que pretendia reduzir a mortalidade materna e perinatal, “através da melhoria da assistência ao parto e ao recém-nascido”.

no cenário de relações globais, na distribuição de financiamentos, acordos e projetos mundiais. Justamente uma das formas de materialização do projeto político “moderno” está em converter as diversas realidades em indicativos estatísticos que possam aferir os distintos níveis de desenvolvimento dentro de uma escala linear global (Benvegnú, 2015, prelo).

Acredito ser somente na composição de um contexto heterogêneo em que se cruzam diferentes relações e instituições, níveis de governo, campos de saber e de poder, reportagens jornalísticas, documentos históricos, dados estatísticos e práticas específicas que podemos situar o aumento do número de partos hospitalares e cesarianas entre mulheres indígenas, especialmente mulheres Mbyá-Guarani no Rio Grande do Sul. Sendo assim, passarei agora para uma breve conformação numérica deste fenômeno para, em seguida, articulá-la a minha experiência etnográfica junto às práticas com relação aos corpos grávidos e crianças.

1.6 Entre a taquara e o bisturi: aumento da cesariana entre mulheres indígenas

Hoje a mulher vai no hospital e é cortada
(Tulum Xokleng, 08/10/2014)⁶⁸

Como mencionei anteriormente, a mudança do parto de mulheres indígenas das aldeias para as instituições hospitalares vem se consolidando desde o final do século passado, ainda que seja importante ressaltar que entre as mulheres Mbyá-Guarani esse processo de hospitalização é mais recente. Acompanhado dele, vem o aumento do número de cesarianas entre mulheres indígenas, “fenômeno” que pode ser observado em diferentes regiões do país. Ainda que esse aumento aponte para o que alguns autores têm chamado de “epidemia de cesarianas” no Brasil, acredito que ganha contornos muito específicos com respeito as mulheres Mbyá-Guarani, especialmente considerando que está em jogo formas de vida e nascimento distintas daquelas do pensamento biomédico ocidental.

Para iniciar, farei o mapeamento do aumento de cesarianas entre mulheres indígenas a partir dos dados estatísticos sobre nascidos vivos do DATA/SUS disponíveis virtualmente⁶⁹. Entendo o quanto esse banco de dados pode operar como uma tecnologia de produção de populações, mas assumo o seu uso arbitrário como parte da composição de meu problema de pesquisa. Não pretendo trazê-los como hierarquicamente “mais verdadeiros” que minha experiência etnográfica, nem como “comprovação científica” mais legítima. Considero que os dados são interessantes para produzir mais concretamente o “conflito ontológico” do qual

68 VIII Seminário Povos Indígenas e o Estado: Culturas, Direitos e Sistemas de Saúde, 08/10/2014.

69 A construção das tabelas foi feita a partir dos dados do DATA/SUS. Disponíveis em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php> (acesso em 07/11/2015).

falarei mais adiante, para visualizar de maneira mais abrangente a sua incidência. Entendo o uso desses dados como parte de meu próprio meio de produção de discurso, assumindo o quanto essa dissertação também funciona como um dispositivo de produção de verdade a partir de uma posição privilegiada de enunciação⁷⁰.

Apesar das ressalvas quanto à forma de coleta dos dados, da precisão do registro e de tudo aquilo que “escapa” a esse controle (como veremos adiante), acredito que esses dados podem auxiliar a trazer *uma* das dimensões da forma com que as políticas de saúde têm chegado às comunidades indígenas, comparativamente, a nível local e nacional. Para termos um mapeamento geral da natalidade indígena no país, estado e na microrregião de Santo Ângelo (onde fica localizada a *Tekoá Koenju*), no período de 2006 a 2015 (até o mês de julho), podemos observar a tabela abaixo:

Tabela 1: Total de nascimentos indígenas 2006-2015

Total de nascidos vivos - indígena		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
País	Brasil	14.425	14.831	16.192	15.891	15.887	19.610	21.700	22.025	22.362	6.598
Região	Sul	1.151	947	953	1.062	1.020	1.198	1.401	1.461	1.420	432
Estado	Rio Grande do Sul	522	421	433	489	496	594	663	710	711	200
Mesorregião	Noroeste Rio-grandense	452	374	379	436	444	491	532	557	562	149
Microrregião	Santo Ângelo	9	6	6	7	5	8	8	11	5	3

Fonte dos dados: DATA/SUS

Podemos perceber, com essa tabela, um relativo aumento da natalidade indígena no país, que também se reflete na região sul. Apesar do aumento da natalidade a nível estadual, na microrregião podemos observar uma maior variação no número de nascidos vivos. Especialmente de 2013 a 2014, houve uma caída no número de nascimentos, que inclusive foi mencionada pelos profissionais do Posto de Saúde com quem trabalhei. O enfermeiro me relatou que um responsável da SESAI teria entrado em contato com ele “pedindo satisfações” com relação à queda do número de nascimentos na região. O enfermeiro disse que respondeu simplesmente que “as mulheres não estavam querendo engravidar naquele momento”. Minha hipótese, contudo, é que essa diminuição está ligada à permanência da equipe multidisciplinar de saúde na aldeia com a construção do novo Posto de Saúde – o que acaba por implicar em novas práticas com relação aos corpos e sexualidades (a administração de anticoncepcionais injetáveis, palestras de educação em saúde, visitas domiciliares, entre outras). Aprofundarei este ponto no próximo capítulo.

⁷⁰ É interessante o quanto dados estatístico produzem certos problemas e ocultam outros. Fazem existir certas realidades e não outras. Buscarei apontar, portanto, para outras dimensões do possível nos próximos capítulos.

A porcentagem de partos hospitalares com relação ao número total de nascidos vivos. Podemos observar uma diferença significativa entre o parâmetro nacional e o regional:

Tabela 2: Porcentagem de partos hospitalares, em relação ao número total de nascidos vivos (2006-2015)

Porcentagem de partos hospitalares, em relação ao número total de nascidos vivos		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
País	Brasil	65%	63%	63%	65%	67%	70%	68%	70%	71%	84%
Região	Sul	96%	95%	96%	95%	94%	96%	97%	96%	94%	96%
Unidade da Federação	Rio Grande do Sul	97%	95%	95%	93%	93%	96%	97%	96%	95%	95%
Mesorregião	Noroeste Rio-grandense	97%	96%	97%	97%	97%	99%	99%	99%	99%	99%
Microrregião	Santo Ângelo	100%	100%	100%	86%	100%	88%	88%	100%	80%	100%

Fonte dos dados: DATA/SUS.

Dos nascimentos totais registrados, a porcentagem de partos hospitalares é bastante alta em todas as regiões do país, tendo aumentado nos últimos anos (especialmente nas regiões norte e nordeste)⁷¹. No ano de 2006, a nível nacional, consta que 65% dos nascimentos de crianças indígenas foram hospitalares. Em 2014, este número subiu para 71%. Com relação ao Rio Grande do Sul, os dados do DATA/SUS apontam que desde 2006 o número de partos hospitalares se mantém em torno dos 95%. Entretanto, os relatos das mulheres mbyá-guarani com quem conversei (em diferentes regiões do país), assim como das agentes de saúde que trabalham na área indígena há mais tempo, parecem apontar para outra direção: de que o aumento dos partos hospitalares de mulheres mbyá-guarani no RS vem ocorrendo principalmente nos últimos dez anos.

Mas um dado relevante que esses números parecem mostrar – e que, este sim, coaduna com minha experiência etnográfica –, é uma mudança do *tipo* de parto hospitalar, que vem ocorrendo nos últimos anos. Temos a tabela seguinte com a porcentagem de cesarianas com relação ao total de partos hospitalares de mulheres indígenas:

Tabela 3: Porcentagem de partos cesariana, em relação ao número total de partos hospitalares (2006-2015)

Partos hospitalares- tipo: cesaria (%)		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
País	Brasil	20%	19%	19%	21%	21%	23%	26%	27%	27%	26%
Região	Sul	26%	24%	29%	29%	34%	33%	40%	43%	41%	39%
Unidade da Federação	Rio Grande do Sul	28%	23%	33%	33%	37%	36%	46%	44%	45%	42%
Mesorregião	Noroeste Rio-grandense	27%	24%	33%	34%	37%	36%	48%	48%	46%	41%
Microrregião	Santo Ângelo	11%	17%	50%	17%	20%	14%	29%	18%	25%	33%

Fonte dos dados: DATA/SUS.

⁷¹ Esse aumento vem sendo referido em diferentes trabalhos da área de antropologia e saúde pública, especialmente com respeito às regiões amazônicas. Para trabalhos nesse sentido, ver: Scopel (2014); Fleischer (2008); Ferreira (2012).

Como podemos observar na tabela acima, os dados do DATA/SUS apontam para o aumento do número de cesarianas principalmente na região sul do país, sendo especialmente expressivo no RS. Estes dados refletem também um contexto que vem sendo apontado entre mulheres não-indígenas, cujas taxas de cesariana estão bastante além daquelas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS).⁷²

Considero que o aumento (tanto de partos hospitalares como de cesarianas) pode estar relacionado às políticas de saúde com relação à população indígena que, ainda que sejam “diferenciadas”, parecem operar exatamente do mesmo modo que em outros contextos, através da ampliação e disseminação do parto hospitalar, assim como a realização do parto cirúrgico com cada vez mais incidência. Diferentes pesquisas na área da saúde pública apontam para esse aumento, relacionando também a taxa de cesarianas ao número mais elevado de realização de consultas pré-natal. Esse processo já vinha sendo observado antes de 2006, conforme Freitas et al (2005):

(...) o aumento na taxa de cesarianas entre os partos hospitalares da etnia indígena, ao comparar 1998 e 2000, pode ser reflexo dessa cultura obstétrica que vem permeando também as populações indígenas. Tal fato teve maior efeito após 1999, com a implantação de políticas dirigidas à essa etnia, como as equipes multidisciplinares de saúde indígena e o incentivo econômico aos serviços hospitalares de referência para essa população, refletindo em maior acesso à tecnologia médica durante a gestação e o parto (Freitas et al., 2005, p.766)

É interessante problematizar a forma pela qual o “acesso à tecnologia médica” vem marcado pela hospitalização dos partos e aumento da cesariana, mesmo que a política se construa sobre a ideia de “articulação” com as práticas tradicionais. Esse ponto é importante de ressaltar especialmente porque parece refletir um investimento no melhoramento dos dados estatísticos com relação à população indígena, no qual o número de consultas pré-natal, o parto hospitalar, e a própria cesariana aparecem como “dados de acesso a direitos”, dentro das políticas de saúde, especialmente de redução da mortalidade materna e fetal. Além disso, parece apontar para novas instâncias de controle e vigilância, tanto no sentido de práticas sobre os corpos, como na direção de um maior controle demográfico com respeito à *população indígena*.

Esses dados parecem mostrar, também, a forma pela qual o corpo da “mulher indígena” foi ganhando importância como foco das políticas de saúde, sendo que o

72 Conforme os resultados publicados em 2014 da pesquisa realizada pela Escola Nacional De Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), Projeto - Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento, as taxas de cesarianas no Brasil superam em muito a recomendação da Organização Mundial de Saúde (de que a porcentagem de cesarianas seja no máximo 15%), especialmente no setor privado (88%), mas também sendo alta no setor público (46%). Maiores detalhes desta pesquisa podem ser encontrados em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/> (acesso em 20/03/2016).

atendimento biomédico chega a elas cada vez mais cedo no processo da gravidez. Conforme o Inquérito de Saúde Indígena de 2008-2009, registrou-se que na Região Sul/Sudeste há uma média de 5,3 consultas pré-natal entre mulheres indígenas, sendo que 47,4% delas iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gravidez, 45% no segundo trimestre e apenas 8,7% no terceiro⁷³. Se, por um lado, podemos apontar para a importância de que essa tecnologia médica esteja disponível para a população indígena, contribuindo para a garantia da saúde materna e fetal, por outro lado, contudo, não podemos deixar de problematizá-la. Pensar as formas com que “maternidades de risco” se *produzem*, menos do que se *identificam*; pensar as formas de subjetivação produzidas nessas relações; e colocar em xeque a forma pela qual a premissa do acesso a direitos não garante um atendimento adequado (nem em termos “diferenciados” e nem mesmo em termos biomédicos⁷⁴) são algumas das questões que considero que a antropologia pode oferecer a um campo mais amplo de discussão e reflexão sobre “saúde indígena”, a partir do qual sustento minha pesquisa.

Considerações finais do capítulo

Ao apresentar a emergência da população indígena no contexto das políticas públicas de saúde, apontando para uma forma biopolítica marcada por um regime de etnogovernamentalidade, busquei evidenciar uma série de dispositivos que atuam na produção de sujeitos (“indígenas”, “mães” e “cidadãos”), e a importância que adquirem no nível de uma composição global de cidadania. Não tomar a interculturalidade como dada me fez recolocar os termos da discussão sobre as políticas diferenciadas, questionando qual a lógica subjacente a estas. Mais que nada, busquei entendê-la como uma *forma* de governo, inserida em um contexto em que se articulam a *anatomopolítica* dos corpos e o governo de populações (Foucault, 1979).

Como tratarei de seguir mostrando ao longo dos próximos capítulos, me parece que as políticas diferenciadas que se conformam sobre um discurso da interculturalidade, acabam tendo acesso e produzindo novos campos e espaços de intervenção. Elas mantêm, contudo, como praticamente inquestionável o parâmetro biomédico na pressuposição de uma universalidade baseada no biológico. Faz-se uso de uma suposta equivalência entre concepções “culturais”, mas acaba-se realizando uma apropriação de um sistema pela lógica

73 Conforme o Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

74 Scopel (2014) aponta a problemática transferência dos partos de mulheres indígenas ao hospital em um contexto no qual a própria estrutura hospitalar não tem condições de dar atendimento a tantas mulheres (em termos de número de leitos, de profissionais, de materiais cirúrgicos, etc).

de outro, ou mesmo a simples exclusão daqueles conhecimentos que não entram para esse marco de referência biomédico. Essas relações assimétricas parecem perpetuar uma colonialidade implicada nos aparatos de poder direcionados aos povos indígenas.

Se nesse capítulo busquei trazer, mais que nada, as práticas discursivas da legislação e da Política, no decorrer dos próximos capítulos buscarei me aproximar mais da política através das práticas concretas dos agentes de governo. Ainda que formuladas através da linguagem de uma racionalidade técnica, é possível observar o quanto as políticas relacionadas aos povos indígenas vêm marcadas por preceitos morais e inseridas em um universo de valores e sentidos. A pretensão de estar imune a esses pressupostos em nome de uma racionalidade técnico-científica (que se propõe “apolítica”) é que precisa ser problematizada, dando maior foco às articulações entre esses aparatos burocráticos e as práticas concretas dos sujeitos. Nesse sentido, abre-se o caminho para pensar na dimensão da *moralidade* implicada nas ações dos sujeitos, assim como nos ajuda a entender a forma pela qual estas práticas produzem e acionam pressupostos ontológicos diferentes. Radicalizar a política é também levá-la ao nível ontológico, a fim de entender o quanto as práticas de conhecimento mbyá-guarani oferecem um caminho para deslocar esse formato biomédico-biopolítico ocidental, ao reposicionar e desdobrar categorias tão fundamentais a “nosso” pensamento (e predisposições morais), como a vida, a saúde e a reprodução. Esse será o exercício dos próximos capítulos.

Não se vive em um espaço neutro e branco. Não se vive, não se morre, não se ama no retângulo de uma folha de papel. Vive-se, morre-se, ama-se em um espaço quadriculado, recortado, matizado, com zona claras e sombras, diferenças de níveis, vãos, relevos, regiões duras e outras quebradiças, penetráveis (...) Entre todos esses lugares que se distinguem uns dos outros, há os que são absolutamente diferentes, lugares que se opõe a todos os outros, destinados de certo modo a apagá-los, neutralizá-los ou purificá-los, são os contra-espacos.
(Foucault, 2013, p.19).



Imagem 3: *O Posto.* Por: Rita Lewkowicz. Tekoá Koenju, Agosto/2015.



Imagem 4: *O Posto II.* Por: Rita Lewkowicz. Tekoá Koenju, Agosto/2015.

Capítulo 2 - Sobre uma “intervenção positiva”: práticas de governo e moralidade no Posto de Saúde da *Tekoá Koenju*

(...) enquanto a biomedicina está atendendo à saúde dos corpos modernos, também está ajudando a constituir as atitudes e práticas normativas dos indivíduos como sujeitos biopolíticos do estado moderno de bem-estar social. (Ong, 2003, p.92)⁷⁵

Nesse segundo capítulo, busco deixar minha etnografia falar um pouco sobre o campo da “saúde indígena” através de diferentes situações em que se performou a relação entre profissionais de saúde e indígenas Mbyá-Guarani. Tomo como foco principal as práticas performadas e a rotina institucional no Posto de Saúde⁷⁶ situado na aldeia *Tekoá Koenjú* (São Miguel das Missões/RS). Não considero, contudo, que a legislação e a prática sejam esferas distintas de realidade, determinadas uma pela outra unidirecionalmente. Tampouco pretendo avaliar as “falhas” entre o que está preconizado na política de saúde e a forma com que os agentes “realmente” atuam na terra indígena. Diferentemente, trato de focar sobre o que certos discursos legais e projetos políticos *produzem*, seus *efeitos colaterais*, considerando o quanto a introdução de uma nova linguagem legal é uma abertura para outros tipos de intervenção, para outros projetos de sujeito, assim como para a produção de outras materialidades. Busco romper com o modelo de trabalho com políticas públicas (elaboração-implementação-avaliação), em direção a uma outra proposta analítica, considerando que “as transformações em curso, realizadas sob a forte ênfase no discurso dos direitos, não são apenas mudanças de princípios e regulamentos legais, mas também compreendem a gestão de sensibilidades sociais e subjetividades individuais” (Schuch, 2012, p.3). No final deste capítulo, trato de apontar para a possibilidade de um deslocamento epistêmico a partir da inventividade Mbyá.

2.1 A agência do *branco*: o Posto de Saúde na *Tekoá Koenju*

A *Tekoá Koenju* é uma aldeia Mbyá-Guarani situada na região oeste do Rio Grande do Sul, no município de São Miguel das Missões. Nesta terra indígena vivem cerca de 30 famílias, numa área de 237 hectares, cedida pelo governo estadual no ano 2001. Em abril de 2015, foi inaugurado o novo Posto de Saúde na aldeia, contando com uma equipe completa

75 No original: “while biomedicine is attending to the health of modern bodies, it is also helping to constitute the normative attitudes and practices of individuals as biopolitical subjects of the modern welfare state.” (Ong, 2003, p.92).

76 Uso “Posto de Saúde” ou apenas “Posto” para referir-me a unidade básica de saúde (UBS indígena) localizada na aldeia, pois é assim como os Mbyá e os profissionais de saúde se referem ao local.

(médica, dentista, enfermeiro, técnica de enfermagem e de odontologia, motorista, agente indígena de saneamento e dois agentes indígenas de saúde) e estando equipado com o mobiliário básico para atendimento. De segunda a sexta, em torno das 9h da manhã ouve-se o carro da SESAI ingressar na aldeia e estacionar em frente ao Posto, trazendo os profissionais de saúde que moram em São Miguel das Missões e arredores. Eles costumam fazer esse trajeto 4 vezes ao dia, pois voltam à cidade no horário do almoço e novamente se direcionam à aldeia no turno da tarde. Ainda que nem todos os profissionais tenham um regime de trabalho de 40 horas, se revezam para manter o Posto aberto todos os dias.

Poucas aldeias Mbyá-Guarani no Rio Grande do Sul contam com um Posto de Saúde com atendimento em turno integral e com uma equipe médica exclusiva para a aldeia. Na maior parte dos casos, existe uma equipe de saúde itinerante que recorre as diferentes terras indígenas da região, fazendo atendimentos semanais em cada uma delas; são as chamadas Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI). Esse dado me parece importante pois acredito que a intensidade e regularidade da presença da equipe no local produz um entramado específico de relações, em que os efeitos das práticas de governo inscritas na atuação dos profissionais de saúde são ainda mais consistentes. A cotidianidade da presença da equipe médica na aldeia faz com formas específicas de atenção se desenvolvam, assim como certos dispositivos de controle tenham uma maior abrangência.

2.1.1 Política arquitetônica da diferença

Situado ao lado da escola e em frente ao campo de futebol, o Posto de Saúde é a única edificação cercada da aldeia. Do portão da cerca até o posto, há um pequeno caminho cimentado que leva até um pano de chão, onde fica implícita a necessidade de limpar os pés antes de pisar o azulejo branco do piso frio. A terra vermelha resiste e vai deixando suas marcas dentro do posto, pegadas que – assim que percebidas – são imediatamente apagadas, reestabelecendo o ambiente asséptico e higiênico que aclimatiza o local. O branco é a cor que predomina, rompido apenas por algumas peças de artesanato Mbyá-Guarani e cartazes coloridos de campanhas da secretaria de saúde: campanhas de amamentação materna, de dieta saudável, de combate a doenças sexualmente transmissíveis, entre outros. O branco das paredes, do piso e das lâmpadas parecem materializar o que seria a proposta política da *higienização*; menos que ausência de cor, justamente o branco parece trazer a presença da biomedicina e do Estado para dentro da aldeia, marcando um forte contraste com o entorno. A parte “diferenciada” da política de saúde parece ser somente o lugar onde está situado o Posto,

mas a própria construção mantém o padrão hospitalar hegemônico. Abaixo, podemos ver o croqui do Posto de Saúde, conforme o desenhei em meu diário de campo:

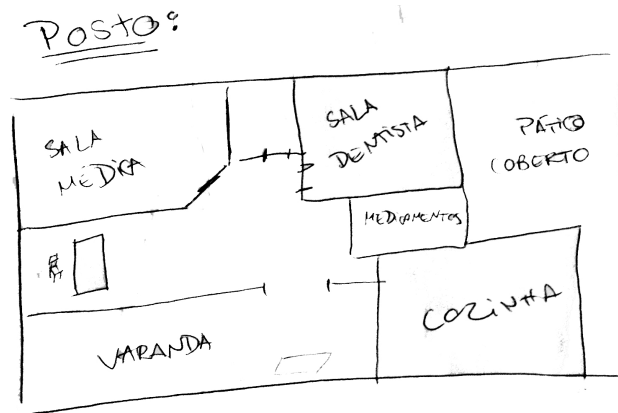


Imagem 5: Croqui do Posto – Diário de campo (26/08/2015)

O Posto é composto por duas salas de atendimento (uma para consulta médica e outra para consulta odontológica), uma sala de espera/secretaria, uma pequena peça para armazenamento dos medicamentos, um banheiro, uma cozinha, uma varanda na entrada e um pátio com uma pequena área coberta nos fundos. O uso do clássico avental branco não parece ser compulsório no local, ainda que muitas vezes os funcionários andem com uma camiseta com o logo da SESAI. Das vezes em que estive no Posto, apenas a dentista aderiu ao uso do jaleco branco impreterivelmente, enquanto os outros profissionais apenas o usavam em situações específicas. De fato, me chamou a atenção que a médica usava uma camiseta do Movimento dos Trabalhadores sem Terra (MST) no dia em que a conheci⁷⁷.

Os profissionais que trabalham no Posto, de modo geral, são jovens. A médica, a dentista e o enfermeiro situam-se na faixa dos trinta anos, enquanto as assistentes (de enfermagem e odontologia) têm em torno de vinte anos de idade. Todos são brancos e vivem em São Miguel das Missões e arredores. O enfermeiro está há mais de dois anos trabalhando na *Tekoá Koenju*, mas as outras profissionais ainda não completaram um ano de trabalho (até agosto/2015). Desde minha primeira chegada – apesar do olhar discretamente avaliativo dos pés à cabeça (ou, melhor dizendo, aos *dentes*) – todos se mostraram bastante interessados e cooperativos com a pesquisa. Pareciam, contudo, mais dispostos a falar de um “eles” (os Guarani) do que de si mesmos, algumas vezes estranhando um pouco minhas perguntas.

⁷⁷ Em conversas subsequentes, relatou-me que havia feito sua formação acadêmica em Cuba, tendo um maior foco em saúde da família e processos comunitários. Relatou-me, contudo, que essa é a primeira vez que trabalha com populações indígenas e sempre se mostrou muito interessada em minha pesquisa. Cabe apontar que em março de 2016 recebi a notícia de que esta profissional já não está mais trabalhando na aldeia. Não voltei a aldeia até este período, então não posso precisar melhor sobre este fato.

Pelo que pude acompanhar, enquanto estive sentada na sala central do Posto, os atendimentos são realizados tanto a portas fechadas, quanto a portas abertas. Algumas vezes inclusive na própria sala central costumam ocorrer consultas em um clima bastante informal, em frente aos que estivessem presentes. Acompanhei a chegada de duas mulheres mbyá, uma delas um pouco mais velha, com um bebê no colo. Passaram pelo portão de entrada e ficaram em pé, encostadas na parede em frente a porta, do lado de fora, ainda na área da varanda. Cumprimentaram-me timidamente com um “boa tarde” ao qual respondi em guarani “*nhande ka'aruju*”, provocando algumas risadas, tanto delas como do agente indígena de saúde que estava ao meu lado.

Elas ficaram naquela mesma posição por uns vinte minutos, trocando eventualmente algumas palavras (em guarani) com o AIS. A assistente de enfermagem, então, chegou até a porta e perguntou o que queriam. Uma das mulheres, Yva, que depois acabei conhecendo melhor (como veremos no terceiro capítulo), estava grávida e disse que não se sentia muito bem. A assistente chamou-a para dentro, enquanto perguntava o que sentia. Indicou que entrasse na cozinha para tomar soro. Yva ficou deitada na maca da cozinha durante mais de uma hora. A senhora que a acompanhava pediu leite para a assistente de enfermagem, que lhe deu duas latas. Ela guardou-as em uma sacola e foi embora do Posto.

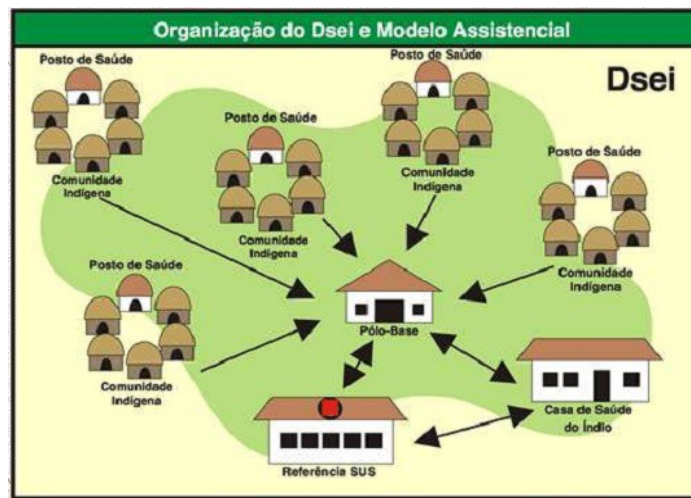
Quando ainda não havia chegado todo o mobiliário do local, alguns atendimentos eram também realizados na cozinha, onde estavam dispostas duas macas com um suporte cromado para soro. Sobre a pia havia um rádio, e em uma mesa ao lado, um aparelho de esterilização de instrumentos. Também uma balança para bebês e outra para adultos, com um medidor de altura. A peça de medicamentos estava cheia de mantimentos, especialmente com os remédios de administração mais frequente (detalharei quais são eles mais adiante). Também contando com um computador e uma impressora, etiquetas, protocolos e formulários, através dos quais se mantêm atualizados os dados com relação ao controle dos medicamentos assim como dos pacientes⁷⁸.

Analisando a organização e estrutura espacial desse lugar, podemos falar em uma política arquitetônica de produção de *diferença*, na qual as próprias *formas* dos espaços atuam no estabelecimento de certas distinções: indígenas e não-indígenas, médicos e pacientes, aparato biomédico e comunidade indígena, saberes legítimos e crenças, conhecimentos *brancos* e conhecimentos indígenas. Foucault (2001) e Goffman (2001) já chamaram a atenção para a importância das fronteiras espaciais e temporais na produção de corpos disciplinados, enfatizando o quanto os constrangimentos colocados por paredes, portas e

78 Cabe lembrar a importância do “sistema” de vigilância em saúde que apresentei no capítulo anterior.

tabelas de horários também produzem subjetividades. Ainda que eu não me dedique a aprofundar os estudos desses autores aqui, considero importante mencioná-los porque em alguma medida eles estão subjacentes a minha forma de *olhar* para as instituições.

Através da análise de duas ilustrações de uma publicação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), podemos visualizar imagetivamente esse processo de produção dos limites que demarcam as instituições de saúde e seus campos de intervenção. Não entendo as imagens como representações de uma realidade concreta ou como uma versão distorcida ideologicamente do real. Considero-as, sim, como parte de uma composição diversa que coloca em prática, que *materializa* diferenças. Reproduzo abaixo, então, duas figuras usadas em um material explicativo do modelo assistencial da saúde indígena, encontrados no *website* da secretaria, assim como em panfletos, apresentações e outros materiais de divulgação:



Imagens 6 e 7: Organização do DSEI e Modelo Assistencial SESAÍ⁷⁹.

79 Imagem 6 retirada do Relatório SESAÍ 2013. Imagem 7 disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/jpg/2014/fevereiro/13/org-dsei-2012.jpg> (Acesso em 24/11/2015).

Como podemos observar nas duas figuras, o Posto de Saúde destoa das outras casas da comunidade indígena. Na figura 1, é justamente o *branco* que delimita essa diferença, enquanto na figura 2 é o formato – retangular e de alvenaria – que produz a diferenciação. A representação das casas indígenas também parecem reforçar a projeção e produção de um índio genérico que mora em casas arredondadas de palha, que não se assemelha em nada às casas tradicionais Mbyá-Guarani e, menos ainda, à casa padrão de madeira que a Fundação Nacional do Índio – parte do mesmo Estado que a secretaria produtora desse material – constrói em terras indígenas⁸⁰. A Casa de Saúde do Índio, da mesma forma que o Posto e Pólo-Base, mantém o branco e retangular como formato padrão que as destaca do resto do cenário⁸¹. Essa política arquitetônica parece marcar/produzir diferença através de uma lógica específica que sugiro inclusive chamar *modernizante*, no sentido de corresponder a um processo ascendente de desenvolvimento. Podemos observá-la na forma como se ascende de um nível de atendimento a outro, seguindo as setas, até chegar ao “estágio final” no hospital referência do Sistema Único de Saúde (SUS). Especialmente na figura 2, parece haver uma lógica a partir da qual as construções vão ficando maiores e mais perenes, vai se passando da *murta* ao *mármore*⁸² em poucos passos.

Se observamos com atenção, podemos também perceber uma mudança na imagem de representação da “referência SUS”, de uma figura para outra. Passa-se de um Posto de Saúde ampliado, na figura 1, para uma edificação espelhada que sugere uma construção de alto padrão arquitetônico, na figura 2. Esta mudança não me parece meramente acidental, mas parece refletir um projeto específico de sujeito *moderno*. A representação do hospital na figura 2 não busca retratar nem uma imagem fidedigna (no sentido de que esse edifício é pouco condizente com a arquitetura da maioria dos hospitais do país) e nem uma simples imagem genérica (mais próxima aquela da figura 1). O que essa representação parece trazer consigo é justamente um modelo de *desenvolvimento* vinculado a um projeto civilizador, cujo apogeu está evidenciado no padrão arquitetônico - mas implícito como padrão moral, político, de vida e de sujeito - ocidental que pode ser encontrado no centro de São Paulo, Nova York ou Dubai.

80 A maioria das casas na Tekoá Koenju seguem esse padrão da FUNAI, assim como na maioria das aldeias que já visitei (Mbyá-Guarani e Kaingang) no Rio Grande do Sul.

81 Sobre o funcionamento da Casa de Saúde do Índio (CASAI) como uma *instituição total*, ver o trabalho de Silvia Guimarães, apresentado no IV Congresso Latinoamericano de Antropologia, realizado na Ciudad de México, de 7 a 10 de Outubro de 2015.

82 Viveiros de Castro (2002) usa essas duas imagens para contrastar um pensamento baseado na perenidade das estátuas de mármore, calcado em uma metafísica do ser e da substância ('tradição' para nações europeias) e outro que sustenta sobre o devir e relação, fundado sobre a inconstância (estruturas potenciais da experiência (Viveiros de Castro, 2002, p. 209). “Em contraste com a identidade talhada no mármore dos euroamericanos, ali a verdade é nômade e a alma existe sob o signo da inconstância, em que o outro não é um espelho para o eu, mas um destino”.

A imagem parece sugerir, assim, que o acesso à biomedicina está diretamente ligado a um projeto de civilização.

Acredito que essas imagens não somente *reproduzem* um imaginário de indígena e de desenvolvimento, mas elas atuam diretamente na produção do mesmo. Para além de simplesmente auxiliar na compreensão do funcionamento do modelo de organização dos DSEI⁸³, essas duas imagens estão investindo na materialização de uma diferença entre comunidade indígena e Sistema Único de Saúde, estabelecendo limites e demarcando fronteiras sobre as quais se organiza um modelo de assistência em saúde que é indissociável de um projeto modernizador de cidadão. Essas ilustrações – como muitas outras figuras, documentos, técnicas, etc – podem ser pensadas como práticas discursivas que compõem uma tecnologia de governo produtora de indivíduos e subjetividades, de sujeitos que intervêm e sujeitos sobre os quais se intervém.

Em uma análise brilhante da produção imagética de um Manual de Saneamento (no contexto das políticas de saúde indígena) e sua relação com uma produção política da repulsa com relação aos povos indígenas no higienismo contemporâneo, Teixeira (2012) nos chama atenção para o quanto essas produções imagéticas carregam em si uma composição de valores e pressupostos que produzem efeitos específicos. Em sua análise, ela salienta o quanto as imagens usadas no manual despertam um sentimento de nojo e repulsa com relação aos povos indígenas, indo muito além de uma mera produção técnica educativa.

2.1.2 A cronopolítica na produção de pacientes

Especialmente tratando-se da biomedicina, podemos apontar para diversos mecanismos que compõe um investimento na transformação de sujeitos em *pacientes*, nos diversos sentidos que essa palavra possa ter⁸⁴. O tempo aparece, nesse processo, como um dispositivo especialmente importante, produzindo distâncias e proximidades, sujeitos e objetos, agentes e pacientes. Além do espaço como produtor de diferença, também o tempo aparece como produtor de subjetividades e trato de reforçar aqui sua dimensão política, o que

83 Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI.

84 O verbete “paciente” no dicionário Aurélio da Língua Portuguesa conta com as seguintes definições: paciente. [Do lat. *paciente*.] Adj. 2 g 1. Resignado, conformado. 2. Que espera serenamente um resultado; tranquilo: professor paciente; motorista paciente. 3. Que persevera na continuação de uma tarefa lenta e difícil: relojoeiro paciente. [Sin. (bras., MG e RS): paciencioso.] 4. Que é feito com paciência (3): trabalho paciente; análise paciente. - S. 2 g. 5. Pessoa que padece; doente. 6. Pessoa que está sobre cuidados médicos. 7. Réu ou ré que vai padecer a pena capital; padecente. 8. *Jur* Vítima (7). 9. *Dir*. Vítima de abuso ou de ilegalidade do poder. 10. *Filos*. O que sofre ou é objeto de uma ação. - S. m. 11. *Gram*. Aquele que recebe a ação praticada por um agente” (Ferreira, 1999).

seria uma cronopolítica implicada na produção de pacientes.

No Posto da *Tekoá Koenju*, na diagonal da porta de entrada podemos observar um quadro branco que ocupa uma das paredes da sala. Nele, estão listados os nomes de alguns dos indígenas, com datas das suas próximas consultas fora da aldeia⁸⁵: Liliana – ultrassom – Santo Ângelo - 22/06; Rosa – oftalmologista – Giruá – 01/07. A lista dos agendamentos no quadro é usada como uma técnica de organização do trabalho no Posto, mas parece extrapolar essa simples função organizativa. “[Nome + especialidade agendada + data]” parece conformar uma fórmula interessante para pensar no processo de produção de pacientes, em que o nome é diretamente atrelado a uma especialidade médica, permitindo que a combinação sujeito-paciente seja reconhecida enquanto tal não somente pelos profissionais do Posto, mas também por todos aqueles que entram no local e observam a agenda escrita no quadro. Atrelado à data da consulta com o especialista, parece consolidar uma distância entre a busca por tratamento e o recebimento do atendimento, assim como entre o sujeito e o Estado/Medicina, enfatizando (ironicamente) a paciência necessária para ser paciente.

Ter o nome apontado nessa lista também implica que o agente indígena de saúde irá buscá-lo diretamente em sua casa ou ao menos efetuará uma chamada telefônica tratando de recrutá-lo para a consulta agendada. Mas a “eficácia” desse método é, no mínimo, contraditória. Boa parte das consultas marcadas não se concretizam. Escutei reclamações, por parte dos profissionais de saúde, sobre os Mbyá que não apareceram no dia da consulta, assim como reclamações por parte dos Mbyá, de que a consulta é marcada para uma data tão distante (chegando a ser mais de três meses) que algumas vezes nem estão mais na aldeia ou não se sentem mais doentes. Acredito que esse “desentendimento” pode ser interessante para pensar a *cronopolítica* implicada na produção de pacientes. Não apenas pensar as diferentes formas de conceber o tempo, mas também tratando de pensar o que esses tempos produzem, enquanto efeitos.

Por um lado, essa “demora” no atendimento pode ser entendida pela forma de organização da política de saúde (como mencionei no capítulo anterior), na qual o âmbito da “saúde diferenciada” se restringe à atenção básica, enquanto os outros níveis de atendimento (exames, especialistas, hospitalar) se integram ao sistema universal do SUS. Sendo assim, não é de imediato que se consegue agendar uma consulta. Diferentemente da política de atendimento anterior, baseada na figura jurídica da tutela, a “indianidade” deixou de ser critério prioritário de atendimento de saúde nos últimos anos – ainda que siga classificada

85 Os atendimentos com especialistas são realizados em outros centros de saúde da região.

como uma “população vulnerável”. Sobre os efeitos dessa mudança, cabe retomar aqui a fala de uma mulher indígena xokleng, em um seminário sobre a temática indígena, realizado em Porto Alegre, em 2014⁸⁶:

Hoje a mulher indígena vai e fica na fila para poder ser atendida, mas antes o governo acostumou o índio a ser prioridade para dar consulta, exames. Hoje não existe mais. Mas foi o governo que acostumou o índio dessa maneira. E hoje o índio tem que estar na fila do SUS, tem que pagar consulta para não morrer. E nossos velhos estão morrendo. (Gravação Seminário, 08/10/2014)

Essa análise parece salientar o quanto não apenas as políticas produzem subjetividades, mas como a *mudança* de um formato para outro de governo tem efeitos importantes na vida dos sujeitos, em que estão em jogo expectativas e sentimentos. O caráter de denúncia do discurso, aliado à forma emocionada e incisiva pela qual o foi performedo, parece enfatizar o quanto certas técnicas (como a fila e a espera) podem produzir efeitos nocivos na própria saúde dos sujeitos, assim como formas de subjetivação em que a *vida* e a *morte* são também recursos de reconhecimento. Deixar de ser prioridade de atendimento, em alguma medida, reflete a forma como se dá o ingresso dos indígenas na “cidadania democrática”.

Frankenberg (1992) chega a afirmar que a biomedicina é uma “cultura da espera”. Sala de espera, hora marcada, consulta agendada, vidas marcadas por essa delimitação de um tempo sagrado (do médico, principalmente), do qual nenhum minuto pode ser desperdiçado. Segundo o autor, especialmente evidente nos hospitais, o tempo opera como uma base importante de poder e controle da biomedicina. As fronteiras do corpo do paciente, dos seus processos biológicos, são produzidas na rotina hospitalar, especialmente através da regulação dos tempos, dos horários das refeições, dos banhos, do sono, entre outras técnicas que se justificam sobre o marco de restabelecer uma ordem *natural* na vida dos pacientes (Frankenberg, 1992, p.25)⁸⁷. A *agenda* pode ser pensada, nesse mesmo sentido, enquanto uma técnica de *esquadrinhamento* do tempo. Especialmente importante em instituições médicas, ela delimita o funcionamento da rotina institucional, conforma corpos disciplinados aptos a respeitá-las, assim como produz as próprias distinções entre médicos, enfermeiros, técnicos e pacientes, através de uma hierarquia que inclui também os diferentes valores dos tempos.

“Antibióticos de 8 em 8 horas durante dez dias”, “vitaminas diariamente como prevenção”, “injeções anticoncepcionais uma vez a cada três meses” são algumas das expressões que habitam o Posto e compõe esse cenário de entrecruzamento entre os domínios

86 VIII Seminário Povos Indígenas e o Estado: Culturas, Direitos e Sistemas de Saúde, 08/10/2014.

87 Retomarei esse ponto mais adiante, através de uma história em que o tempo da agenda foi mais soberano que o tempo do trabalho de parto.

do corpo, do espaço e do tempo. Além delas, ainda, se produzem dispositivos de controle da ingestão dos medicamentos. No quadro de avisos na lateral direita da porta de entrada, existem tabelas que são usadas para fazer a administração dos remédios de certas pacientes⁸⁸. Estão listados os nomes das pacientes e os dias do mês, em um quadro no qual o profissional deve registrar cada dia que fornecer à paciente o devido medicamento⁸⁹.

*Andrea: Metotrexate 2,5 mg, 04 cp (terças-feiras); Ácido fólico 5mg 01 cp (quintas-feiras); Prednisolona 1mg/ml, 3ml (segundas, quartas e sextas-feiras).
Clarissa e Flávia: Sulfato ferroso 5ml (1x/dia).
Gabriela: Abendazol, dose única (quartas, quintas e sextas-feiras); Ivermectina 01 cp dose única e Sulfato ferroso 5ml (1x/dia).
Juliana: Abendazol dose única (segundas, terças e sextas-feiras); Sulfato ferroso 10ml (1x/dia por 4 meses); Ácido Fólico 5mg (1cp ao dia).*

Diária ou semanalmente, assim, as mulheres adolescentes e de meia-idade discretamente chegam ao posto e esperam até que algum dos profissionais lhes deem seus medicamentos. As crianças geralmente chegam já a pedi-los, principalmente quando tem iogurte junto do medicamento. Cabe apontar que o iogurte não é uma política de governo, mas sim uma política dos próprios profissionais, que vão criando suas formas próprias de relação e reciprocidade na rotina cotidiana do Posto. Quando alguma das pacientes não aparece, por sua vez, um dos agentes de saúde geralmente sai à buscá-las pela aldeia, levando o medicamento até a sua casa. Quando isso não acontece, no dia em que voltam ao Posto são imediatamente cobradas pela falta do dia anterior, como pude presenciar algumas vezes.

Ao mesmo tempo, contudo, há algo que escapa a essa maquinaria cronopolítica tão disciplinadora. Um dos dias em que passei a tarde no Posto, a assistente de enfermagem me disse, referindo-se aos Mbyá-Guarani: “eles não têm relógio”, então “não adianta colocar a hora da medicação; tem que dizer que é para tomar na manhã, depois do almoço ou de noite, porque com horários não funciona”. Esta fala remeteu-me imediatamente ao trabalho de Ong (2003) com refugiados cambojanos recém-chegados aos Estados Unidos, em que os profissionais de saúde faziam um esforço enorme – incluindo desenhos gráficos nas caixas dos remédios – para tornar os refugiados “bons” pacientes (indivíduos responsáveis pela garantia e monitoramento de sua própria saúde); enquanto que os cambojanos desconfiavam

88 Todas as pacientes listadas eram mulheres. Não penso que isso seja uma mera coincidência. Uma série de trabalhos já foram produzidos no sentido de demonstrar o quanto o corpo e mente das mulheres foram objetos “mais interessantes” de medicalização, do quanto foram sendo constituídos como patológicos e passíveis de intervenção. O próprio desenvolvimento da ginecologia e da obstetrícia são parte desse processo. Abordei brevemente esse ponto na introdução dessa dissertação, mas acho que está subjacente a todo meu trabalho etnográfico.

89 Os nomes a seguir são fictícios.

do excesso de perguntas que os médicos os faziam, assim como duvidavam das indicações médicas com relação aos seus corpos (considerando-os distintos dos americanos), de forma que acabavam administrando os medicamentos da sua própria maneira (Ong, 2003, p.110).

Da mesma forma, acredito que esse “desentendimento” quanto aos tempos no Posto da *Tekoá Koenju* se dá menos por uma incapacidade dos Mbyá-Guarani de seguirem o relógio, do que por uma outra forma de estabelecer relação com as indicações biomédicas. Me parece, assim, que o relógio “não funciona” por uma recusa explícita em engajar-se com a “hora certa” do Posto e da consulta, trazendo à tona o quanto a vida mbyá se constitui sobre uma lógica temporal distinta (incompatível ainda que coexistente) com a cronopolítica biomédica.

Todos os dias pela manhã bem cedo, as mulheres mbyá levantam e varrem o pátio de suas casas. Na casa de Ará, costuma ser sua mãe a primeira a levantar. Nos dias em que estive lá, pude acompanhar o ritmo tranquilo de suas vidas. Antes mesmo de eu abrir os olhos, já podia ouvir o som do rádio barulhento tratando de encontrar a estação certa. Em seguida, o estalar do fogo que se reacendia na varanda da casa. Alguns minutos depois, o chiado da chaleira e o ruído da água batendo no fundo da térmica de metal. Sem dúvida, mais um amanhecer nos acorda. “*Javyju*” (bom dia)⁹⁰ digo a Kerexú, que me corresponde com um sorriso no rosto. Depois de lavar o rosto, sento-me ao seu lado próxima ao fogo e logo recebo uma quente e amarga cuia de chimarrão, preparada com erva mate vinda da Argentina. Passamos horas assim, tomando mate e trocando algumas poucas palavras. Pouco a pouco, vão despertando seus filhos e netos e se aproximado do fogo, esperando pela sua vez na roda. Momento em que os sonhos são contados e interpretados, refletindo sobre algum presságio ou aviso que eventualmente possam oferecer para aquele mesmo dia ou para o futuro.

Com movimentos precisos e mediados, Kerexú começa a preparar o *reviro*⁹¹ para o café da manhã. Aqui não há “hora certa” das refeições. Prepara-se o café e o almoço ao longo do dia, dependendo da fome, dos alimentos que houver, assim como da quantidade de lenha para a manutenção do fogo. Algumas poucas horas de trabalho na roça; na busca de lenha, taquaras ou sementes; ou na elaboração dos “bichinhos”, colares e cestos; eram alternadas com paradas para observar o movimento dos insetos, o canto dos pássaros e de outros seres que eventualmente aparecessem (tatus, cobras, lagartas). Visitas, principalmente de outras mulheres da aldeia, eram bastante frequentes. Algumas vezes traziam suas crianças e juntavam-se para conversar e tomar chimarrão, comer melancia, fazer artesanato ou mesmo

90 “Bom dia” é uma tradução reduzida da saudação que pode também ser traduzida como “agradecemos por mais um despertar que nos acorda” (tradução por Vherá Poty).

91 Uma espécie de farofa feita à base de farinha de trigo.

assistir televisão conjuntamente.

Logo na segunda semana em que estive na aldeia, escrevi em meu diário de campo: *Parece que por aqui o tempo é outro. A temporalidade da vida é outra. Tempo de tomar chimarrão, contar histórias, olhar atentamente para o movimento dos insetos e escutar o canto dos pássaros. O relógio é usado por Kerexú apenas para situar os programas de rádio e as novelas na televisão. De resto, é o tempo do dia e o tempo da noite, tempos novos (ara pyau) e antigos (ara yma), tempos de plantio e de colheita, tempos de ficar à beira do fogo, tempos de saídas e de chegadas, de encontros e despedidas. O tempo aqui talvez seja menos o de um rio que corre sem regresso e mais o tempo de uma gota de água que nasce nas nuvens, entra nos rios e mares e volta a cair na próxima chuva [tomando emprestada a diferenciação de tempos da poética de Mia Couto (2015, p. 341)].*

Mas o que parece marcar com maior força estas diferentes temporalidades é o espaço que o silêncio ocupa no cotidiano mbyá. Os diálogos pausados, os minutos entre uma fala e outra, os momentos de silêncio olhando e escutando o fogo, contrastam com as falas ansiosas, atravessando-se umas às outras, dos profissionais de saúde e “da cidade” (usando os termos mbyá). Um silêncio que não precisa ser preenchido com palavras ou expressões ligeiras, mas que dá ênfase às falas que virão, uma a uma. Esse espaço que é dado ao silêncio na socialidade mbyá faz com que o tempo passe de maneira diferente, ou ao menos esta foi a minha sensação ao compartilhá-lo.

Pensar nesse tempo do cotidiano da vida mbyá também nos leva por outras dimensões em que o trabalho do tempo produz efeitos, para além de sua potência constritora. Pensar na agência do tempo, como lembra Das (2007), permite pensar na multiplicidade das durações, das medidas de tempos diferentes acontecendo “ao mesmo tempo” que desaparecem e reaparecem na vida das pessoas, conformando-as. Inclusive na vida dos antropólogos em que o diário de campo parece ativar uma memória que se concretiza no presente e o desloca. A própria escrita, nesse sentido, é um viver e reviver de eventos e sentimentos em que “independente da minha vontade, certas regiões do passado são atualizadas e vem a definir qualidades afetivas no presente” (Das, 2007, p.100).

Nesse sentido, podemos dirigir um outro olhar ao próprio Posto de Saúde. Ele pode ser entendido, também, como um *passatempo*. Além daqueles que vem buscar os medicamentos; dos pacientes que tem alguma consulta marcada; das mães que vem buscar o leite, tomar soro ou trazer os pequenos para vacinar; daqueles que sentiram uma eventual moléstia no dia; o Posto também é bastante frequentado por qualquer um que queira passar seu tempo. Passam conversando e comentando sobre as notícias do rádio naquele dia, o resultado do futebol do

dia anterior, a mudança de clima ou algum eventual “causo” sobre alguém da aldeia ou da vizinhança. Sobre casamentos e separações, a chegada de um novo parente, ou as peripécias de algum bêbado na noite anterior. Momentos de piadas levam a risadas longas e espaçadas. As histórias, repetidas diversas vezes, provocam cada vez mais risos.

A circulação de gente é frequente, sendo o Posto um ponto de encontro no caminho para a escola, para o rio ou para a cidade. Os homens de meia-idade são os que ficam ali por mais tempo, principalmente os dois agentes indígenas de saúde, sentados na varanda ou em pé dentro mesmo do Posto. Uma das profissionais de saúde, quando chega, a primeira coisa que faz é esquentar água para o chimarrão. Servido em uma cuia grande, com erva verde clara e bem moída, circula entre aqueles que ali trabalham ou por ali passam. A térmica de dois litros, encapada com uma foto da *Tekoá Koenju* fica em cima da mesa, regando a cuia que passa de mão em mão. Sempre que chego ao Posto, recebo uma dessas cuias que fazem fluir também as relações. O clima geralmente é ameno e leve, permeado pelas brincadeiras e risadas que fazem parte do que poderia ser conceitualizado como socialidade mbyá⁹².

2.1.3 Visita domiciliar, controle e mediação

Sexta-feira é o dia das visitas domiciliares. A médica, o enfermeiro e um agente de saúde indígena se deslocam às casas dos moradores da aldeia para visitá-los. A típica “visita de médico”, diga-se de passagem. Especialmente diferente das visitas de 3 a 6 meses que os mbyá fazem na casa de seus parentes, o tempo sagrado do médico não pode ser desperdiçado, não passando dos 20 minutos. Explicaram-me que priorizam os pacientes doentes, mas pretendem dar conta de visitar a todas as casas com certa frequência. No tempo em que fiquei na aldeia, não chegaram a visitar a casa em que eu estava hospedada. Explicaram-me que essas visitas são para verificar se há alguém doente que eles não saibam, para verificar as condições de higiene das casas e prestar o atendimento “que for necessário”. Dispositivo de controle e disposição em realizar um atendimento menos centrado no avental branco, parecem faces da mesma moeda.

Retomando as transformações nos regimes e estratégias da saúde pública apresentadas no primeiro capítulo, poderíamos situar a visita domiciliar como fazendo parte de um novo modo de regulamentação e controle das vidas que é menos repressor e disciplinador que a “polícia médica” do século XIX. Seria mais como uma “polícia amiga”, nas palavras de

92 Essa não é uma exclusividade das aldeias Mbyá, o trabalho de Kelly (2015) junto aos Yanomami aponta justamente para a clínica médica como um “lugar social” onde os indígenas se encontram (p. 283).

Robles (2012), atuando através de dispositivos mais flexíveis, de “conselhos amistosos” e da transmissão de valores de “bem-estar e prazer”⁹³. Através desse formato de atenção, criam-se novos espaços de intervenção e práticas de governo, cada vez mais regulares nas Políticas de Saúde da Família, presentes tanto em bairros populares quanto em aldeias indígenas. Segundo a autora: “estaríamos delante de un doble proceso, por un lado de “suavización” de las técnicas de intervención y, por otro lado, una mayor “asiduidad” en la regulación, la cual parece bastante inusitada en América Latina” (Robles, 2012, p.98).

Dentro desse processo, aparecem uma série de novas técnicas e atores, dentre os quais a importante figura do Agente Indígena de Saúde (AIS). Se sexta-feira é o dia reservado pelos profissionais de saúde para ir até as casas da aldeia, a visita domiciliar, tal como desenhada na política, é uma atribuição principal do agente indígena de saúde. Segundo o enfermeiro do Posto, “os AIS não fazem as visitas como se deveria, deveriam realizar 8 visitas diárias, parando de casa em casa para manter os outros membros da equipe de saúde informados sobre as condições da saúde da população”. Devem sair, em certa medida, na busca de pacientes em potencial. Um dos principais objetivos dessas visitas, como se pode observar nos manuais de formação dos agentes comunitários, é a tarefa de detectar os casos de gravidez, a fim de integrá-los o mais breve possível ao sistema de saúde através das consultas pré-natal (Robles, 2012, p.108). Buscam, também, as mulheres em suas casas para fazer o preventivo de câncer de colo de útero, o exame da mamografia (para todas as mulheres acima de 35 anos), como também para a consulta odontológica no Posto.

Ainda que já exista desde os anos 70, é com a criação do Subsistema de Saúde Indígena que se institucionaliza e fortalece a figura do agente indígena de saúde como parte da equipe multidisciplinar (EMSI). Segundo o texto da Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, cabe aos AIS o aprendizado da ciência biomédica para assim poderem cumprir sua função de “mediadores” - tanto entre os saberes biomédicos e tradicionais, como entre a comunidade indígena e os membros da equipe de saúde. Essa posição, contudo, é muito complexa e vem sendo marcada por conflitos e ambiguidades, conforme sugere a revisão de Diehl et al (2012):

Na rotina de trabalho, dada a dinâmica hierárquica das relações entre os profissionais da EMSI, a alta rotatividade e a descontinuidade dos cursos de capacitação, o AIS é indicado como o membro mais despreparado tecnicamente para atuar junto aos demais profissionais que, por sua vez, também reclamam da falta de capacitações para atuarem junto a populações indígenas. Ainda, notamos uma tensão entre a demanda da seleção dos AIS segundo os critérios da comunidade e os critérios técnicos exigidos pelo gestor. (Diehl et al., 2012, p.827)

93 A descrição detalhada de uma destas visitas encontra-se no capítulo 3.

Nessa posição de mediação, os AIS acabam ocupando o lugar mais subalterno na hierarquia biomédica, ao mesmo tempo que lhes cabe a difícil tarefa de tradução “intercultural” com relação a comunidade indígena, que muitas vezes também se sente insatisfeita. Além disso, muitas vezes acabam lhes atribuindo a responsabilidade pelo fracasso de certas ações e mesmo da própria política de saúde, tanto por parte da comunidade, como da equipe médica. De fato, a complexidade da posição de mediação do agente comunitário de saúde já vem sendo apontada desde os princípios da implementação dessa figura nas Políticas de Saúde da Família. No trabalho de Victora (1991) em uma vila de classes populares em Porto Alegre, nos anos 90, já aparecem apontamentos a respeito da complexidade do trabalho do profissional de saúde comunitária na rotina do Posto de Saúde, revelando o quanto se sentem sobrecarregados, hiper-responsáveis, considerando-se inclusive “extra-terrenos”⁹⁴.

Acompanhei um dia no Posto na *Tekoá Koenju* em que a dentista entregou uma lista a um dos agentes indígenas de saúde, mostrando-lhes quais dos moradores da aldeia já haviam feito revisão e limpeza odontológica e quais ainda faltavam. Encarregou-o de ir buscar oito pessoas para atendimento naquele dia, usando um critério de seleção por famílias, pessoas que moram na mesma casa, ou residências próximas. Antes que ele saísse do Posto, contudo, entrou o outro AIS (que está neste cargo há mais de 20 anos). A dentista olhou para ele e com um sorriso irônico disse: “Ah, aqui está meu primeiro paciente de hoje. Hoje tu não escapas!”. Ele riu e disse que primeiro tomaria um mate, contornou a conversa, e quando percebemos já não se encontrava mais no local. A dentista olhou para mim e disse que ele é um dos Guarani “mais resistentes”, “ele é diabético e não quer tomar os remédios, tem uma das casas mais sujas da aldeia e não adianta falar”. Terminou com um suspiro e um leve balanço de cabeça, acenando negativamente. O tom da fala parecia semelhante ao de um comentário sobre uma criança malcriada.

Quase como uma figura de “anti-herói”, esse AIS desestabiliza tanto a imagem do indígena passivo, pacífico, *paciente*, como também a do membro da equipe de saúde “subordinado” aos saberes biomédicos. Esse simples comentário da dentista pode nos levar a pensar sobre certa tensão permanente que conforma a presença das práticas de intervenção dos agentes do Posto. Para além do entendimento dos indígenas como aqueles *a serem educados*, na fala da dentista se reconhece uma agência intencional dos sujeitos na recusa a acatar tais ensinamentos. Aquelas práticas que não condizem com a forma que os agentes

94 Trarei, no próximo capítulo, um caso emblemático em que aparece uma das dimensões e consequências da responsabilização do Agente Indígena de Saúde pelo fracasso da política.

falaram que é para ser são vistas como atos explícitos de *resistência* e, portanto, ainda mais carregados de condenações morais. É interessante porque sugere o quanto existe uma série de preceitos, expectativas e valores que compõe as relações daqueles envolvidos no Posto.

Aponta também a complexidade da posição do AIS, de estar nesse *entre* - contando com as expectativas e cobranças de cada lado da mediação - mas ressalta a dimensão da criatividade do sujeito que se encontra nesse lugar. Se, por um lado, espera-se que faça a mediação para melhor intervir, por outro, ocupa um papel de frear essa intervenção, contornando-a. Nesse sentido, retomo a análise de um agente de saúde kaingang, em um evento sobre saúde indígena, realizado em Porto Alegre, a fim de capacitar profissionais de saúde para atenção diferenciada⁹⁵:

A gente sabe que, nos governos, vocês tem uma hierarquia que não é a nossa forma, que não é o nosso jeito, mas muitas vezes a gente tem que se adaptar um pouco a esse costume. Muitas vezes a gente se choca em relação a isso. (...) Por exemplo, a forma que uma Secretaria contrata um funcionário indígena. Muitas vezes, se eu obedecer a minha Secretaria, se eu quiser defender a minha Secretaria, eu arrumo um problema para mim dentro da minha comunidade. Então essas são as diferentes coisas que as vezes os governos de vocês, os nossos governos, não entendem. (Registro do Seminário, 01/10/2015)

Depois de anos de trabalho como AIS, ele parece ressaltar o quanto há uma dimensão de desentendimento inerente a essa forma de governo, em que estão em jogo estratégias de adaptação, choque, problematização que fazem parte dessa relação. Ocupar a posição de AIS, assim, implica não somente em se capacitar nos saberes biomédicos, mas também em realizar o que poderíamos entender como uma 'antropologia nativa', no sentido de buscar entender o que os brancos pensam, como atuam, suas formas de governo e hierarquias. Como afirmou em seguida, encerrando sua fala: “vocês entendem de uma forma e o nosso jeito é outro”.

2.1.4 Educação em saúde: formação de indivíduos conscientes

Parece-me, contudo, que a “nossa” forma de entender é fazer com que os “outros” tenham de ser ensinados a entender do “mesmo jeito”. Explico. Na *Tekoá Koenju*, uma vez ao mês são realizadas “palestras de conscientização”, às quais todos na aldeia são convidados a participar. Dependendo de quantas pessoas aparecem, a reunião se faz no Posto ou em uma sala de aula da escola. Segundo os relatos da médica, dentro da proposta de “educação em saúde”, essas palestras consistem numa apresentação de slides (enviados pela secretaria de

95 “Seminário Povos indígenas e Saúde: olhares diferenciados para equidade no SUS em PoA”, realizado em 01/10/2015 em Porto Alegre.

saúde), acompanhado de conselhos, ensinamentos e esclarecimentos de dúvidas por parte dos profissionais que trabalham no local. As temáticas das palestras, segundo o cronograma de 2015 pregado no quadro de avisos, foram as seguintes: alimentação saudável; higiene corporal, bucal e ambiental; dengue; saúde da criança; saúde do idoso; álcool e droga; sexualidade; autoestima; zoonoses (doenças transmitidas por animais); saúde da mulher (outubro rosa); saúde do homem (novembro azul).

A ênfase nos padrões de higiene, na conscientização sobre doenças transmitidas por animais domésticos e insetos, assim como a adequação da alimentação, parecem estar vinculadas a uma imagem dos indígenas associada aos “maus hábitos” e como uma população à qual é especialmente necessário *educar*. Nesse sentido, parece estar atrelado ao que Teixeira (2012) conceitua como uma “produção institucional do nojo e da repugnância em relação aos indígenas brasileiros” (p.586), especialmente com respeito aos profissionais de saúde que trabalham em áreas indígenas. Afirma a autora:

(...) como relatado em etnografias e depoimentos indígenas em eventos políticos e acadêmicos, [os profissionais de saúde] percebem os indígenas como mal cheirosos e sujos, difíceis de lidar (e, do ponto de vista médico, de tratar) e avessos às orientações sanitárias, seja por ignorância, seja por dificuldade de entendimento, ou por serem assim mesmo (por sua natureza ou cultura) (Teixeira, 2012, p.586)

Ainda que o tema das palestras possa ser padrão para outras localidades, acredito que nas áreas indígenas ganha uma conotação ainda mais enfática, através de um tom professoral que oscila entre *conselhos amistosos* e *normas de conduta*. Aprender a se autogerenciar, mudando os próprios hábitos e condutas, é um dos motes dessa tecnologia característica de um modelo de governamentalidade neoliberal, em que cada vez mais há uma responsabilização do paciente por sua própria saúde e a do seu entorno, um modelo de saúde baseado na *formação* de um indivíduo responsável, educado e consciente a partir de um projeto de sujeito ocidental.

Novamente, podemos retomar o estudo de Ong (2003) junto aos imigrantes do sul-asiático que são recebidos com uma série de investimentos para formá-los cidadãos americanos, não no sentido burocrático mas no sentido de sujeitos modernos. A autora enumera uma série de tecnologias do self que incidem sobre os corpos dos recém-chegados que incluem tanto a área biomédica como educação e política (atendimentos médicos, exames e consultas psicológicas; palestras educativas de como se portar nos EUA, conselhos feministas sobre gênero e submissão, etc). Estas práticas, assim como aquelas na *Tekoá Koenju*, parecem interessantes também para pensar um duplo viés da etnogovernamentalidade

liberal: calcada tanto em formas de controle mais rígidas, através do dispositivo da “visita” ou mesmo da “consulta médica”, como de formas de governo que se sustentam na responsabilização dos pacientes, através de palestras de “capacitação” e “conselhos”.

2.1.5 Marcadores de diferença e formas de intervenção

Mas além de um projeto de *corpo-cidadão saudável* genérico, podemos observar a forma pela qual essas palestras produzem populações específicas, através da materialização de corpos que *importam* por recortes etários e sexuais. A “diferença cultural” que sustenta a política em outras instâncias, aqui parece desaparecer frente ao dispositivo de produção de verdade biomédico. O espaço da atenção diferenciada se perde nessas apresentações de como as doenças *são* (transmissão, contágio, prevenção, tratamento), de quais as práticas perigosas e inadequadas que vão do nível das condutas ao das subjetividades. Nesse momento, o diferenciado desloca-se da cultura e passa para outras categorias de produção de diferença: *criança, idoso, mulher, homem* aparecem, assim, como os marcadores de diferença relevantes na delimitação dos grupos aos quais são direcionados os cuidados e práticas de saúde específicos.

Além destes, no cotidiano do Posto pude observar a existência de um outro marcador importante de diferenciação da atenção em saúde: os/as Mbyá recém-chegados (geralmente vindos da Argentina) e os/as Mbyá que vivem na aldeia há mais tempo (relativamente fixos). Um dia que conversávamos sobre os atendimentos no Posto, o enfermeiro afirmou, enfatizando a eficácia de seu trabalho: “todos os pacientes fixos já estão imunizados, faltam apenas alguns dos recém-chegados”. A partir de então, explicou-me sua metodologia de ação com relação aos recém-chegados: estabelece um período de três meses para assegurar-se que a família irá ficar mesmo morando na aldeia, para então registrá-la no sistema da SESAI como pertencente à população daquela localidade.

Aos recém-chegados, se dedica uma série de intervenções específicas. Passam por todo um processo que poderia ser chamado de *higienização*. Os profissionais do posto me explicaram que eles têm que ter muito cuidado com aqueles que chegam porque todo investimento na manutenção da saúde dos moradores da *Koenju* pode ser ameaçado por esses novos habitantes - “desatendidos” e potenciais focos de “contágio”. Doenças como tuberculose, gripe e depressão foram apontadas como provenientes desses novos moradores. Contou-me a assistente de enfermagem sobre uma mulher Mbyá recém-chegada: “Ela chegou deprimida, triste. Nunca vi Guarani triste, com olheiras até. Mas lhe demos vitaminas e ela já

está bem melhor, mudou até a expressão”. Esta e outras histórias me foram relatadas para sustentar a conclusão de que o atendimento nos outros países do Mercosul não é tão bom como no Brasil. Um dos profissionais chegou a me dizer que um dos motivos dos deslocamentos dos Mbyá é a busca pelos serviços de saúde.

Os recém-chegados devem passar por uma consulta, na qual será feito o registro dos seus nomes e documentos, a verificação das vacinas (principalmente das crianças) e aplicação das doses que forem necessárias, assim como a verificação se há alguma mulher grávida ou potencial doente. Ainda que soe um tanto aterrador, esse aparato biomédico de recebimento dos Mbyá que chegam não é tão repressivo – condiz com uma lógica de que o paciente é *ensinado* a preocupar-se com sua saúde e, portanto, buscar atendimento. Num dia em que estive no Posto, percebi que o enfermeiro perguntava ao agente indígena de saúde sobre quem eram aqueles que tinham chegado, se iriam ficar ou estavam de visita, de onde vinham, onde iriam se instalar, quantas crianças, mulheres, idosos, e, ao final de sua sondagem, enfatizou que devia trazê-los ao Posto para uma consulta. Assim que o AIS saiu da sala, o enfermeiro me explicou essa sua teoria sobre os recém-chegados.

Além disso, em uma conversa junto à médica e à dentista, elas me explicaram que fizeram uma adaptação da tabela do Índice de Massa Corporal (IMC) para os Mbyá. Pois, se seguissem estritamente o padrão de “normalidade” da tabela, as crianças mbyá estariam sempre desnutridas ou abaixo do quadro de crescimento esperado. Apontaram que é preciso levar em conta que a estatura das/dos Mbyá é diferente, menor que o padrão não-indígena, então que não se pode seguir esses índices da mesma maneira. Avaliam caso a caso, vendo se a criança cresceu de uma consulta para a outra e se tem um aspecto saudável.

Nesse sentido, me parece interessante apontar o quanto o entramado entre os discursos das políticas diferenciadas, as moralidades implicadas, saberes biomédicos e a relação direta e cotidiana com os Mbyá resulta na produção de teorias dos próprios agentes que trabalham no local, sendo a partir delas que guiam suas práticas naquele espaço. Assim, através de meu trabalho de campo no Posto de saúde pude perceber que falar em *biomedicina* e *política* como blocos autocontidos e que carregam um significado dado e estável em si, não servem para dar conta dessa experiência, mas somente para encerrá-la. A supressão das contradições da biomedicina é justamente resultado da produção de um regime de verdade, que acredito ser necessário desconstruir. Menos do que um projeto coerente e homogêneo, me parece que o que está em jogo é uma multiplicidade de intenções, de dispositivos flexíveis e estratégicos que se aproximam e distanciam, tão contraditórios quanto semelhantes compondo uma complexidade incapturável.

Por um lado, podemos ver o Posto da *Tekoá Koenju* como um contra-espço, um lugar neutralizado, purificado, branco. Por outro lado, também podemos observar os seus rasgos, marcas, sombras e sobras. Já na porta de entrada do Posto, há um pequeno cartaz escrito *Eike'katu* (“pode entrar” ou “caminho desobstruído para passagem”). A terra vermelha que o invade, a poeira insistente, as pessoas circulando, assim como a pequena coruja em cima da mesa da sala de espera, o brinco de penas na orelha da dentista, o cestinho no qual se guardam materiais de escritório do balcão da dispensa, vão rompendo uma narrativa muito estável, estruturada e estruturante que eu poderia produzir sobre aquele espaço. Esses pequenos vazamentos lembram o quanto há sempre uma dimensão indeterminada que não cabe em modelos explicativos demasiado pretensiosos (lembram que a escrita deve ser um exercício constante de resistir à “tentação” de enclausurá-los). Trato de inspirar-me na crítica poética de Didi Huberman à Agamben, de que ao ligar os faróis tão fortes a fim de iluminar um campo muito amplo de análise, pode-se acabar por ofuscar a luz dos vaga-lumes.

2.2 Sobre uma “intervenção positiva”: imaginário de índio e a gestão de vidas precárias

Eles vêm e ficam nos chamando para fazer o preventivo, chamam todas as mulheres da aldeia, mas não porque queiram cuidar da nossa saúde, é porque querem mostrar serviço, colocar no registro os atendimentos e dizer que estão trabalhando. Eles vêm nos buscar por isso, não porque realmente se preocupam. (Ará Poty, 22/07/2015)

Acompanhei a rotina do Posto durante diversos dias, nos quais pude conversar com os profissionais de saúde do local sobre suas motivações de trabalho, perspectivas e reflexões, assim como de observar suas práticas. A forma de falar comigo no início era muito marcada pela intenção de demonstrar o quanto estavam realizando “bem” o seu trabalho, o quanto não havia crianças desnutridas nem casos de doenças graves na aldeia. Procuravam demonstrar como tudo estava “melhor” desde que a equipe chegou, apresentando dados a respeito da saúde da população local. Os dados de produtividade nos Postos de Saúde aparecem como evidências de inclusão de novas populações ao sistema de saúde pública, sendo (conforme os elementos apresentados no primeiro capítulo) importantes “medidas de acesso à cidadania”.

Nessas conversas, uma palavra frequente foi “controle”. Controle sobre a forma que os Mbyá-Guarani administram os medicamentos, sobre a frequência nas consultas, sobre o trabalho dos agentes indígenas de saúde; enfim, nas diversas temáticas abordadas foram repetidas vezes mencionadas as seguintes expressões: “não dá para controlar demais eles que

não funciona”, “a gente tenta controlar o máximo possível, né”, assim como: “é difícil para eles tomar medicação, a gente procura orientar como dá, explicar como se toma, onde guardar a medicação, mas também não dá pra cobrar muito, não dá pra cobrar deles, a gente vê que não tem condições, as dificuldades que eles vivem”. Além de se explicitar a produção de um “eles” homogêneo sobre o qual se tiram conclusões e se dirigem práticas, esses discursos parecem compor um cenário de produção dos Mbyá como vidas precárias e sujeitos em certa medida *incapazes* – tanto de entender as indicações médicas quanto de serem controlados⁹⁶.

Se em certos momentos o foco das práticas dos profissionais é sobre os indivíduos (inclusive através de tecnologias individualizantes), em outros a “cultura” aparece como característica desse “eles”, que além de formar um grupo (população) de intervenção, os coloca em oposição a um “nós” enquanto versão mais desenvolvida de humanidade⁹⁷. Através das práticas e discursos performados, se elaboram teorias e vão se produzindo pessoas diferenciadas, vinculadas também a um imaginário de *índio* que se coloca em operação em certas situações. Ainda que na conversa com a médica ela enfatizasse o “bem sucedido” da atuação dos profissionais, relatou também que eles – enquanto equipe – enfrentavam algumas dificuldades especialmente com respeito a questão da “cultura mesmo”, apontando que existem algumas temáticas (pontuou sexualidade e menstruação) que estavam tendo dificuldades de abordar.

No mesmo sentido, quando perguntei à dentista se ela via diferenças em trabalhar com os Mbyá-Guarani, ela disse que é “mais no sentido de que não ficam reclamando (durante o atendimento)” e percebe que “eles não gostam de ficar entre quatro paredes”. Relatou-me que a “*inculturização* da comida do branco foi muito forte, mas a *inculturização* da higiene foi menor”, de forma que existem muitos problemas de saúde vinculados a esse fato, como também ao menor acesso a serviços de saúde em relação ao resto da população. Defecar no mato, estar em contato com animais e suas fezes, assim como outras “condições de higiene” (nas palavras da profissional), foram argumentos para a explicação das doenças de maior ocorrência na aldeia - verminoses, parasitas, infecções, pneumonia, anemia, entre outras.

Assim como apontei anteriormente, retomo Teixeira (2012) ao salientar o quanto “o discurso/dispositivo biomédico da higiene (...) é um instrumento fundamental que permite articular normas governamentais de ação e *habitus* dos profissionais em ação, atribuindo às

96 Ao mesmo tempo, contudo, parecem evidenciar o quanto há uma política mbyá muito particular implicada, e que foge a tal controle mas sem estar baseada em uma forma de enfrentamento direto. Retomarei esse ponto mais adiante.

97 Estou remetendo aqui às críticas de Said (1991), com respeito a forma com que o ocidente produz o Oriente como espelho de si, desenhando uma imagem do Outro que como consequência reforça a imagem do Nós como expressão mais ilustrada da humanidade.

primeiras (as normas) legitimidade de princípios e, aos segundos (os profissionais), responsabilidade pelos fracassos da prática” (2012, p. 595). Através da análise do texto e das imagens do “Manual do Agente Indígena de Saneamento” a autora ressalta como ele opera como uma tecnologia de governo que contribui para uma produção política da repulsa com relação aos indígenas, produzindo formas de subjetivação e perspectivas sobre esses povos.

Por um lado, as explicações da dentista e da médica parecem sugerir que a *forma de vida* dos Mbyá é o que coloca a própria *vida* em risco. Justificam, assim, diferentes formas de intervenção em nome da preservação da saúde pública, através de distintas práticas de governo da conduta e dos corpos (como venho apresentando aqui). Por outro lado, me parece que essas falas vão alternando diferentes imagens de *índio*, tanto marcadas pela sua relação com a 'natureza', quanto com a 'civilização'. Conklin (2004), reflete sobre essas diferentes imagens e ideias que perpassam as representações dos profissionais:

Ideia do índio como parte da natureza, seja ela ancorada em imagens positivas do selvagem nobre como imagens negativas do índio bestial. Representações românticas do índio 'puro' e 'natural' expressam duas tendências do pensamento ocidental: o exotismo (que enfatiza a atração as diferenças culturais) e o primitivismo (que celebra a posição da sociedade nativa oposta à corrupção da civilização ocidental) (Conklin, 2004, p. 177).

Nesse sentido, podemos pensar o quanto as falas e práticas dos profissionais contribuem na produção de uma população indígena cuja vulnerabilidade é atrelada tanto aos costumes culturais (“não-higiênicos”), quanto a sua contaminação pelos (“maus”) costumes ocidentais⁹⁸.

Se essas conclusões poderiam ser apontadas em outros cenários indígenas, acredito que há uma especificidade com relação aos Mbyá-Guarani: a imagem de sua “docilidade”. Diferentes trabalhos acadêmicos, assim como as próprias falas dos profissionais do Posto parecem remeter a essa imagem dos Mbyá como passivos e pacíficos, “fáceis de lidar”. Em uma das falas da dentista, ela apontou para essa característica dos Mbyá, comparando com outro coletivo indígena, os Kaingang. Explicou-me que os Kaingang são mais “brabos, agressivos, tu vais de boa vontade e já não adianta”, dando exemplos de colegas que trabalharam em outras aldeias. De qualquer maneira, disse, “o preconceito varia de pessoa para pessoa”, com o “pessoal de São Miguel é mais complicado, nem conhecem muito os Guarani, mas como antes eles pediam dinheiro no centro da cidade, foi isso que ficou

98 Conforme afirma Kelly (2015): “os relatos dos médicos sobre os primeiros contatos com os Yanomami revelam a avaliação positiva de uma imagem destes como índios naturalizados. Esses médicos percebem as características consideradas “Yanomami” sob uma perspectiva positiva, em contraste a uma avaliação negativa daquilo que é considerado ocidental. Assim, as práticas Yanomami, tais quais usar roupas ocidentais, fumar ou comer comidas enlatadas, são tachadas como fruto da “nossa contaminação” (Kelly, 2015, p.288).

marcado”. Complementou sua fala, então, dizendo: “um Guarani tu até defende, mas um Kaingang já é difícil”.

Nesses comentários parece estar em jogo uma forma de produção de diferença “étnica”, criando modelos de diferentes formas de *ser* índio, a partir da relação com os brancos. É interessante apontar, assim, o quanto as práticas dos profissionais de saúde estão marcadas por suas próprias noções de “índio”, compostas tanto por sua experiência particular, como por um imaginário mais amplo⁹⁹. Parece incluir tanto a referência biomédica (do biológico), a referência da política diferenciada (baseada em um índio bastante genérico), como a observação direta de formas de comportamento chegando inclusive à elaboração de categorias (como “agressivos” e “dóceis”) na classificação desses *outros*¹⁰⁰. Como a fala da profissional parece sugerir, referências de “agressividade” e “docilidade” dão forma à prática dos agentes, desencadeando certas ações e não outras.

Cabe salientar, nesse sentido, a especificidade do município de São Miguel das Missões na composição desse imaginário, pensando especificamente nas representações em torno da relação dos Mbyá-Guarani com os Jesuítas, materializada nas ruínas das Reduções que conformam os Sete Povos das Missões (conforme mencionei na introdução). Além de um longo período de invisibilização da presença Mbyá-Guarani na região missioneira, Catafesto de Souza (2009) aponta para o quanto circulam entre os não-índigenas locais concepções dos Guarani como estrangeiros (paraguaios ou argentinos) que vem de fora, diretamente atreladas a uma ideia de que todos os Guarani “brasileiros” haveriam sido extintos no período das Missões¹⁰¹. Essas descrições seguem ocorrendo, ainda que nos últimos anos (ao menos desde 1990) haja ocorrido o reconhecimento da presença Mbyá-Guarani no município¹⁰².

Me parece interessante, assim, situar a própria proposta de “articulação de sistemas médicos” (prevista na PNASPI, mencionada no capítulo anterior) na composição específica de cada cenário, pensando na forma com que esses referenciais político-morais se agenciam na prática. Se, por um lado, São Miguel das Missões foi um expoente no sentido de ser o primeiro município do estado a disponibilizar um quarto do hospital para que os *karai* e

99 Cabe lembrar a própria política indigenista do início do século XX, de confinamento dos Guarani em terras Kaingang. Ver capítulo 1.

100 No final deste capítulo, voltarei à discussão sobre “docilidade” mbyá, trazendo-a por outro viés analítico.

101 “No Rio Grande do Sul, os Guarani dos Sete Povos são considerados extintos e suas obras arquitetônicas - convertidas em ruínas - foram integradas como parte do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional, monumentos mantidos dentro de parques arqueológicos protegidos pela União Federal brasileira. São Miguel Arcanjo é um parque que se destaca pela beleza e grandiosidade da ruína da igreja jesuítica, ao ponto de ser reconhecido como Patrimônio da Humanidade pela UNESCO” (Catafesto de Souza, 2009, p.7).

102 Esse reconhecimento foi fruto de mais de dez anos de diálogo e negociação dos Mbyá-Guarani com o poder público. Como mencionei na introdução, levou tanto à criação da terra indígena Tekoá Koenju, em 2001, como no reconhecimento das reduções como Missões Jesuíticas-Guaranis e lugar de referência dos Mbyá-Guarani, em 2014.

kunhã karai (xamãs) pudessem fazer o tratamento de seus pacientes (incluindo o uso de ervas e tabaco)¹⁰³. Por outro lado, no tempo em que estive na *Tekoá Koenju*, vi poucas iniciativas nesse sentido. Quando perguntei à médica do Posto se havia algum projeto de trabalho junto ao *karai*, ela me respondeu que essa era com certeza uma “meta para o futuro”, mas que, atualmente, quando ficam sabendo de alguém que está fazendo tratamento com o *karai* eles pedem para ver o paciente, “não com a intenção de impedir que ele continue o tratamento, mas para ver também o que está acontecendo”, para poder “cuidar para não agravar a situação”.

Se em certos momentos se articulam contextos que tendem para um maior reconhecimento das práticas indígenas, em outros parece que elas seguem sendo vistas com um grau de desconfiança e desconhecimento, reiterando a posição da ciência biomédica como parâmetro de verdade, mesmo em um contexto de saúde diferenciada. É claro que não podemos reduzir esse fato a uma má intenção do agente específico desse Posto, até porque essas práticas geralmente vêm repletas de “boas intenções” (como veremos no próximo tópico). É preciso compreendê-la, portanto, como estando implicada em todos esses processos e dispositivos de governamentalidade das populações indígenas, das pressões internas e controle das práticas dos profissionais de saúde, assim como da dimensão moral que não deixa de estar colocada como elemento fundamental nas decisões e ações desses sujeitos. Os agentes do estado, assim como os agentes indígenas, são atores morais que contribuem para os processos de produção e circulação de valores, especialmente no sentido da produção de uma população indígena governável, que perpassa toda uma economia moral e conforma as políticas e práticas de saúde diferenciada.

2.2.1 Intervenção positiva e razão humanitária

“Intervenção positiva” foi a forma como a médica responsável pelo Posto de Saúde da aldeia descreveu seu próprio trabalho e a relação com os Mbyá-Guarani. Explicou-me que, enquanto equipe médica, o que eles sempre tratam de fazer é uma “intervenção positiva”, porque “não podem deixar de intervir em uma situação de necessidade”, ao mesmo tempo em que não querem “prejudicar a cultura”. Enfatizou que seu trabalho ali não era “mudar os costumes”, mas sim “cuidar da saúde”. A relação entre as categorias de “saúde” e “costume” me parece interessante para pensar as formas de governo do corpo, da conduta e do discurso

¹⁰³ Esse projeto está referido no trabalho de Friedrich (2012), mas não tive nenhuma referência a esse tipo de atendimento durante meu trabalho de campo no município em 2015.

que está inscrita nas práticas de intervenção dos profissionais de saúde no contexto das aldeias indígenas. Colocadas em oposição, parecem sugerir uma diferenciação entre a dimensão da vida universalizável, que exige cuidado e intervenção, e outra que se sustenta sobre a parcialidade do “costume” que deve se manter intocada. Parece-me, contudo, que o campo do “costume” é circunscrito, mais que nada, a produção do artesanato e a fala da língua guarani, de forma que as outras dimensões da vida estão sujeitas à intervenção. Se tomamos a dimensão produtiva do discurso, também podemos chegar a apontar para o quanto nesta fala está se produzindo um indígena (atrelado a cultura, costume) e uma médica ou equipe médica (atrelada a saúde) enquanto agente de governo (intervenção).

Além disso, cabe explorar a potência criativa da expressão “intervenção positiva”. A disposição dessas duas palavras juntas me parece afinadíssima para pensar a articulação entre os regimes biopolíticos de governamentalidade pautados na regulação, controle e governo da vida (**intervenção**) – e a dimensão da moralidade implicada nas práticas dos agentes, em que a justificativa sobre suas próprias práticas está bastante baseada em valores morais (**positiva**). Retomo, assim a ideia de “economia moral” levantada por Fassin (2013), no sentido de destacar o quanto as práticas dos agentes do estado estão tão ou mais movidas por valores, emoções, moralidades, do que por uma suposta racionalidade padronizada que seria característica desse ente idealmente criado como coerente, que vem se reiterando como Estado.

Um dia, quando estava conversando com Ará Poty em sua casa, ela me contou que a enfermeira que trabalhava na aldeia há muitos anos havia recentemente sido afastada, por demanda da própria comunidade. Explicou-me, então, que “ela era muito fofqueira, ficava contando as doenças de todo mundo e inventando histórias sobre as pessoas; ficava contando sobre os casos de uma casa em outra, o porquê das pessoas irem buscar atendimento”. Ará contou-me que muitas vezes o seu cunhado (funcionário da saúde também) em Porto Alegre ficava sabendo de coisas que aconteciam na aldeia e que nem eram verdade. Especialmente assuntos relacionados a comportamentos e doenças sexuais, “quem estava namorando com quem”, eram os mais polêmicos da postura da enfermeira, gerando inclusive alguns conflitos na aldeia. Explicou-me Ará que eles, na verdade, queriam que ela tivesse sido demitida, mas até agora parece que está simplesmente afastada.

Essa conversa me parece instigante para pensar o quanto a presença da equipe médica vai muito além da questão da saúde. As fofocas, comentários e detalhamentos sobre a conduta das pessoas perpassa constantemente o trabalho dos profissionais e as conversas no Posto. A própria interação nas redes sociais (*facebook*) é compartilhada por profissionais de saúde e

indígenas, sendo que ver as fotos uns dos outros, comentá-las e curti-las também é parte da presença biomédica no local. Expande-se assim as redes de relações não apenas ao espaço restrito da aldeia, mas também a outros contatos (como o caso do cunhado, por exemplo), outras aldeias, outros agentes. Integra, também, um movimento constante da aldeia para a cidade, com caronas de idas e vindas inclusive no carro da SESAI, em que se cria uma circulação pouco premeditada na política de saúde. Muitas vezes, encontrei o enfermeiro na lanchonete dos Guarani na cidade de São Miguel das Missões, indo tratar de algum assunto burocrático ou biomédico, buscando ou trazendo alguém doente, que havia recém voltado de uma consulta, ou apenas para conversar¹⁰⁴.

A história da enfermeira contada por Ará, me chamou para atentar à forma pela qual a intervenção dos profissionais de saúde está tão ou mais ligada a pressupostos morais quanto biomédicos. A conduta sexual, por exemplo, de uma jovem na aldeia pode ser um motivo maior de chamá-la ao Posto do que o relato de algum sintoma específico que esteja sentindo, ainda que a explicação sobre o atendimento será calcada em preceitos sanitaristas de prevenção.

Além disso, nas trajetórias dos profissionais de saúde, pode-se destacar suas motivações de trabalho na aldeia em termos de uma “razão humanitária” ou “causa nobre” que guia as suas ações e os posiciona nesse lugar específico de trabalho. Uma das profissionais me relatou que antes de assumir esse posto, estava trabalhando em um consultório particular e não estava gostando. Disse que não estava feliz e ainda ganhava muito pouco. Então, viu a vaga para trabalhar na aldeia e decidiu se candidatar. Conta satisfeita que os Guarani a escolheram e que gosta muito de trabalhar ali, pois “é uma coisa diferente, com a comunidade”.

É interessante perceber o quanto na sua narrativa se cruzam as justificativas ligadas à oportunidade de emprego com a ideia de “doar-se” a uma causa. Mencionou que se motiva pela ideia de um “trabalho diferenciado de contato com as pessoas” e disse: “aprendo mais com eles do que sirvo para eles”. Ao mesmo tempo, entretanto, reconhece que não pretende “trabalhar aqui a vida toda”. Explicou-me que no momento em que fizer uma especialização pode encontrar oportunidades melhores em termos financeiros, mas que para outros cargos do Posto – como técnicos e enfermeiros – o trabalho na aldeia segue sendo uma boa oportunidade de salário¹⁰⁵.

104 Essa lanchonete, situada no centro de São Miguel das Missões, é onde os Mbyá-Guarani costumam ficar quando estão na cidade. Eles têm uma boa relação com o dono do bar que os recebe bem, algumas vezes permitindo inclusive comprar fiado, ou “deixar anotado”. O local de hospedagem costuma ser na Casa de Passagem próxima ao Sítio Arqueológico, como mencionei anteriormente.

105 Cabe apontar aqui o quanto essa fala remete a não homogeneidade da equipe de saúde, ressaltando as

Nesse sentido, considero possível aproximar o fundamento e justificativa moral de certas práticas e políticas de assistência de saúde para povos indígenas com as políticas humanitárias, mais especificamente com a “razão humanitária” que estaria compondo uma forma de governo contemporâneo (Fassin, 2012). Segundo o autor, sentimentos morais ganham força na política contemporânea, sustentando discursos e legitimando práticas especialmente direcionadas àqueles em desvantagem socioeconômica ou situações de dominação. Afirma Fassin (2012) que: “o humanitarismo se tornou uma linguagem que intrinsecamente articula valores e afetos, servindo tanto para definir quanto para justificar os discursos e práticas de governo dos seres humanos”¹⁰⁶.

Um dos pontos trazidos pelo autor que me parece mais interessante de retomar aqui é com respeito ao quanto a razão humanitária governa vidas precárias, ou contém em si mesma o pressuposto de uma relação desigual, do qual deriva a impossibilidade da reciprocidade. Justamente o autor conceitua a *compaixão* – que fundamenta muitas das políticas nacionais e internacionais assim como a motivação mais individual e profunda dos profissionais – como um sentimento moral sem possibilidade de reciprocidade. Além disso, acaba produzindo um sujeito *outro* enquanto “vulnerável”, “desfavorecido”. Como os estudos de Fassin parecem demonstrar, certas políticas humanitárias acabam fazendo com que os próprios sujeitos tenham que se assumir enquanto vítimas, produzindo um discurso de si mesmos bastante marcado pela busca de legitimidade na categoria de vítima, *paciente* e *passível* de receber certos recursos, documentos, abrigo, etc. Em diferentes situações se coloca a produção de um discurso de si que acaba produzindo efeitos tanto no sentido de assujeitamento como de subjetivação.

Com respeito ao discurso indígena no Brasil contemporâneo, por um lado, podemos ver essa dimensão da biolegitimidade (Fassin, 2012) que leva até os corpos a herança desigual que se carrega, enfatizando a dívida histórica do governo brasileiro com relação a esses *povos* e a esses “*corpos* que lembram”. Esse discurso vem sendo principalmente enunciado em esferas públicas, reuniões institucionais, grandes eventos ou documentos com caráter de denúncia. Por outro lado, contudo, acredito que essa construção de si ancorada na ideia de vítima se desfaz em outras esferas, somente acessíveis através de um trabalho de campo mais denso e estendido. Não considero que sejam posturas contraditórias ou incoerentes, mas sim

hierarquias e diferenciações entre os profissionais de diferentes formações, especialmente relacionadas ao salário. Há também outras tensões relacionadas a coordenação do Posto, a mediação com a SESAI, o tempo de trabalho, entre outros.

106 No original: “humanitarianism has become a language that inextricably links values and affects, and serves both to define and to justify discourses and practices of the government of human beings” (Fassin, 2012, p.2).

que compõe formas distintas de posicionar e conceituar a relação com os brancos. Farei um breve relato de um evento contado por senhor Kuaray Verá, *karai opyguá* (xamã) na aldeia Tamanduá, Argentina¹⁰⁷, pois o considero bastante provocativo para pensarmos nessas formas outras de performar¹⁰⁸ as relações.

2.3 *Emokangy* e a boa distância

Relatou-me Kuaray Verá que nos anos 1980, na Argentina, praticamente não haviam terras indígenas demarcadas. Frente a expansão do agronegócio e o confinamento cada vez maior dos Mbyá-Guarani, ele decidiu *mover-se*. Concentrou-se profundamente na *opy*, a fim de consultar as divindades sobre o que fazer. Depois de dias fumando o seu *petyngua* (cachimbo) e concentrando-se, ele juntou-se a outros Mbyá e partiu para uma caminhada desde a província de Misiones a Buenos Aires, Capital Federal. Kuaray Verá não sabia falar nenhuma palavra do espanhol, mas chegando ao Palácio da República, rapidamente conseguiu uma reunião com Presidente Argentino da época e falou exatamente as palavras necessárias para que ele o entendesse e concretizasse a demarcação de milhares de hectares de terras para os Mbyá-Guarani em Misiones. Explicou-nos que não adianta saber falar muito bem o espanhol, saber palavras “da boca pra fora”. Essas palavras não servem. As palavras certas têm que vir das divindades, por isso precisa se concentrar muito, fumar *petyngua*, antes de momentos importantes. Nesse sentido, disse que era preciso se concentrar muito antes de uma reunião para *-emokangy* os brancos. Fiquei curiosa quanto a esse conceito e saí em busca de traduções. Ao perguntar o que significava, Ará Poty me definiu como “sensibilizar os brancos”; seu filho Karáí, por sua vez, traduziu-o como “deixar os brancos fracos”; ao aprofundá-lo na conversa com Vherá Poty, ele explicou-o da seguinte forma: “para que se possa conquistar o que se quer, tirar força de um outro para tornar-se forte”. Estas foram as três definições/traduções a que cheguei, semelhantes também ao que constava no léxico guarani-mbyá (Dooley, 1998)¹⁰⁹.

107 Kuaray Verá é parente próximo de Ará. Ouvimos esta história numa visita que fizemos a sua casa na aldeia Tamanduá (Misiones, Argentina). Conforme mencionei na introdução, meu trabalho de campo foi marcado também por essas viagens junto aos Mbyá nas visitas a seus parentes.

108 Adoto a palavra *performar* como a tradução que vem sendo feita ao termo “to enact”, especialmente na forma utilizada na obra de Annemarie Mol; instituir ou promulgar seriam outras traduções possíveis. O tradutor do texto de Mol (2008) aponta: “‘enactment’ está próximo de ‘performance’ e neste texto os dois são usados alternadamente. Em obras posteriores, a autora viria a adotar em exclusivo o termo ‘enact’, para se demarcar de algumas conotações alimentadas pela extensiva utilização do vocabulário da performance nas ciências sociais da viragem do século. O termo ‘enact’ é de complicada tradução para a generalidade das línguas europeias, sendo difícil cobrir todas as acepções com a elegância da palavra inglesa” (2008, p.68).

109 “*Kangy* adj. (classe xe-). Fraco: ava kangy homem fraco. (Variante: *kã ky*. De *kã*, *ky*); *-mokangy* v. t. direto. Enfraquecer.” (Dooley, 1998, p.56).

Ainda que seja breve, essa história me parece sugerir uma multiplicidade de leituras possíveis. Trago aqui apenas uma delas, a fim de seguir meu argumento sobre o deslocamento da categoria de vítima e docilidade por parte dos Mbyá. Ou seria uma crítica mbyá à matriz de inteligibilidade baseada no formato sujeição/subjetivação ao reconfigurar a posição discursiva de *si* como expressão de um *outro*? Talvez Deleuze dialogue melhor com essa filosofia mbyá, do que Foucault, mas por enquanto manteremos essa inquietação sobre o pano de fundo.

As definições de *-emokangy* me pareceram especialmente interessantes para pensar a *política* implicada na prática cotidiana de estabelecer relações diplomáticas com “outros seres”. Essa estratégia complexa de lidar com formas de captura, que chega a ser quase um princípio de feitiçaria, parece ter pouco que ver com assumir uma posição de vítima ou ser mais “dócil” que outros indígenas. Certa 'docilidade' que escapa, que “não dá para controlar totalmente” (conforme a fala do enfermeiro relatada anteriormente), parece uma estratégia potente frente às práticas de governo da conduta sustentadas tanto por um regime de governamentalidade integracionista e civilizatório, como de uma etnogovernamentalidade humanitária.

No relato de Kuaray Verá, ele não foi a Buenos Aires para *pedir* a demarcação das terras ou para *exigir* um direito originário. Na sua narrativa, o modo de sensibilizar os brancos não era pelo discurso, pautado em uma linguagem e forma “política” ocidental/estatal (em que a palavra é em certa medida indissociável daquele que a enuncia, de um campo de saber-poder, e pressuposto de razoabilidade¹¹⁰). Ele não somente inverte a assimetria. Essa história me parece sugerir uma reconfiguração dos próprios termos da relação, recolocando-a a partir de uma série de outras práticas (investidas anteriormente). Se afasta, assim, da lógica da compaixão (apontada por Fassin (2012)) em que se corta a reciprocidade e produz a vítima. Se direciona, diferentemente, a uma relação em que se supõe um duplo involucramento, imbricado na própria definição da palavra (*emokangy*) em que forte e fraco são intrinsecamente relacionais.

Diferente de apresentá-los como vítimas de um projeto que incide *sobre* eles, procuro retomar a forma mbyá de lidar e reconfigurar esses projetos. Seja no sentido de avaliar criticamente as intervenções e formas de governo dos corpos e das condutas – como a fala de Ará na epígrafe deste capítulo parece afirmar – como também através de uma *cosmopolítica* em que a forma de lidar com os profissionais de saúde parece semelhante ao “agir

110 A crítica a centralidade do discurso na forma ocidental de 'política' (fono-logocentrismo) é muito ampla e extrapola os limites desse artigo. Para referências nesse sentido, ver: Derrida, Spivak, Cusicanqui, Blaser, Fanon, entre outros.

diplomático” com relação a outros seres que habitam o cosmos¹¹¹. Não pretendo aqui me aprofundar na discussão sobre 'xamanismo mbyá', mas apenas sugerir que parece haver um paralelo entre a forma de se relacionar com os brancos e com as onças em que a *diferença* é ao mesmo tempo potência e risco de transformação¹¹². Parece haver uma prática de conhecimento em que está em jogo a busca por uma “boa distância” - nem próximo nem distante demais – com os diversos seres que compõe o mundo mbyá. Seja no parentesco, em que é perigoso se aproximar demais pelo risco do incesto, assim como se afastar demais pelo risco da transformação¹¹³; seja na garantia da saúde, que parece estar vinculada a “medida certa” das relações com essas alteridades¹¹⁴, e com os próprios sentimentos e afetos¹¹⁵.

No próprio mito originário contado pelos Mbyá-Guarani com quem comparti, está em jogo formas particulares de se performar o estabelecimento de distâncias e proximidades com relação a “outros”. Não entrarei na complexidade e riqueza de detalhes dessa versão mitológica, mas retomarei o ponto em que um Mbyá usou para explicar-me o porquê da dificuldade de viver neste mundo, fazendo um paralelo entre a falta de terras e a falta de saúde. “Sem terra, não há saúde”, disse, contando-me que *Nhanderu* (divindade criadora) criou o mato para ser o lugar onde os Mbyá pudessem viver bem, assim como criou os campos para serem destinados à vida dos não-indígenas. Nesse primeiro momento originário, o equilíbrio e a tranquilidade estavam dados. O problema começou a existir quando os não-indígenas passaram a expandir seus espaços, cortar o mato e invadir as áreas destinadas aos Mbyá. Muitos problemas de saúde são, assim, atrelados aos brancos e sua expansão territorial e material.

Nesse mesmo sentido, acredito que a relação com a saúde biomédica pode ser pensada em termos de proximidades e distâncias. O Posto de Saúde é, por si, o lugar destinado à medicina não-indígena, a qual os Mbyá enfatizam que querem poder acessar quando lhes parecer necessário. Enquanto uma diferença que oferece potência, consideram que é importante que seja bem equipado, com equipe completa e toda tecnologia potencialmente interessante que os não-indígenas possam oferecer. O problema surge, contudo, quando os profissionais de saúde começam a invadir outros espaços, inclusive espaços dos corpos (no exame preventivo, por exemplo), sem que eles sejam convidados. Parece haver um

111 Viveiros de Castro define xamanismo como uma arte diplomática. Não entrarei na discussão sobre xamanismo aqui, mas existe uma extensa bibliografia a respeito do xamanismo mbyá-guarani. Ver: Pierrri (2013), Pissolato (2007), Pradella (2009), Prates (2009;2013), Cadogan (1997), Nimuendaju (1987), entre muitos outros.

112 Sobre metamorfose, ver: Huyer (2014)

113 Heurich (2011)

114 Pissolato (2007)

115 Prates (2009)

tensionamento quando a distância passa a se dissolver e a “medida” da intervenção a extrapolar, ainda que esses limites não sejam estabelecidos *a priori*, mas somente na medida em que vão se percebendo os efeitos da relação¹¹⁶.

Ouso sugerir que, a partir dessa perspectiva Mbyá, a ideia de saúde diferenciada seria mais bem entendida no sentido de um respeito aos espaços de cada “sistema médico”¹¹⁷, do que de uma articulação imbricada – *a la* “mestiçagem” – entre eles. Quando perguntei a Ará que diferenças havia entre as medicinas branca e mbyá, ela me olhou com uma expressão de surpresa com relação aos termos da minha pergunta e disse: “eu acredito nos brancos também”. Nesses termos, me parece que a diferença deve ser mantida enquanto potência e não como dispositivo de redução do outro ao mesmo, do outro ao si, ou de uma diferença relacional. A lógica da mestiçagem – que se percebe em certas práticas e políticas interculturais – parece diluir a *diferença* a partir da produção de um terceiro elemento que surgiria a partir de outros dois (ou três, no enigma da democracia racial brasileira), reproduzindo uma espécie de hibridismo homogeneizante. “Integrar” as práticas indígenas ao contexto biomédico do Posto – como preconiza a Política de Saúde Indígena (PNASPI) – não parece ser uma demanda e nem desejo dos Mbyá com quem compartilhei, cuja manutenção da “boa distância” com relação às práticas biomédicas parece ser o princípio fundamental articulador dessa relação.

Nas situações que relatei ao longo desse capítulo, considero que menos do que “desleixo” com relação a certas indicações biomédicas por incompreensão ou incapacidade (como as correntes “queixas” dos profissionais de saúde), me parece que as práticas performadas pelos Mbyá mais bem tem que ver com uma recusa intencional (ainda que sem assumir a forma de um enfrentamento direto) em estabelecer determinada relação, pelo perigo – inclusive à 'saúde' – que ela pode oferecer. Menos que “docilidade”, me parece que essa é uma estratégia política complexa em que está em jogo uma forma específica de tratar a diferença. Nesse sentido, retomo os apontamentos de Prates (2013), referindo-se às formas mbyá de se relacionar com os brancos, como o “idioma teórico da predação, que parece encontrar seu lugar entre os Mbyá em uma política de recusa ao conflito (...) em que a propagação da produção da diferença inclui a necessidade da distância sem a negação de uma relação intensa” (p.14). No próximo capítulo, será apresentado o relato de diferentes situações de atendimento a partos de mulheres Mbyá-Guarani, a partir dos quais (espero) esses

116 Mesmo no parentesco, o estabelecimento da delimitação de relações incestuosas e misturas indesejadas não está dado de antemão, mas é avaliado a partir dos efeitos de uma relação performada (Heurich, 2011, p.33).

117 Uso esse termo para tornar inteligível o que quero dizer, mas não considero que o termo “sistema” seja uma boa tradução à prática de conhecimento mbyá.

apontamentos teóricos irão se desenvolvendo e ganhando novas formas.

Considerações finais do capítulo

Se no primeiro capítulo me debrucei sobre os macro-discursos - a linguagem mais dura da legislação - nesse segundo momento tratei de buscar os pequenos detalhes, as formas mais sutis e cotidianas em que se colocam em prática formas de governo da conduta e a produção do que seria essa “cidadania indígena” para além do reconhecimento político-institucional, especialmente através do campo da saúde. Acredito que as práticas no Posto de Saúde atuam na produção da *diferença*, enquanto *locus* de intervenção, através de uma série de tecnologias a partir das quais se constituem corpos, sujeitos e ontologias. Especialmente com relação a 'população indígena', essas intervenções da área da saúde aparecem bastante marcadas pela imagem de “índio” que perpassa as concepções dos profissionais e que sustenta a própria política (como já mencionei no capítulo anterior).

A gestão e administração de medicamentos, a realização de consultas pré-natal, as visitas domiciliares e as palestras mensais são algumas das tecnologias que incidem sobre os corpos, compondo tanto um projeto higiênico e saudável de cidadão (e de mulher), quanto produzindo profissionais gratificados moralmente por um trabalho engajado. Assim, a oferta profissional se alia a valores morais na construção discursiva de si e contém um projeto de assistência que pode ser interpretado em termos de uma “razão humanitária”. Esse humanitarismo que parece operar na produção de vidas precárias (ou vítimas), a partir da lógica da não-reciprocidade da compaixão, acaba por ser *deslocado* a partir do que seria uma cosmopolítica Mbyá-Guarani ancorada na prática da “boa distância”.

A moça disse tudo isso sem pausa para respirar.
Onde aprendeste tudo isso?, perguntei, a medo. *Não tive que aprender*, respondeu.
Sou feita de tudo isso, o que me tiveram que ensinar foram as histórias dos brancos.
(Mia Couto, 2015, p. 287)



Imagem 8: *O Nascer do sol.* Por: Rita Lewkowicz. Tekoá Koenju, Agosto/2015.

Capítulo 3 - Entre a aldeia e o hospital: a cosmopolítica cotidiana na produção da pessoa mbyá

O hospital tem suas regras, é um outro mundo com suas regras. Tem que saber que se vai pra lá, é assim.
(Ará Poty, 11/02/2015)

Os partos, assim como a gravidez e o cuidado dos recém-nascidos, foram temáticas bastante frequentes nas manhãs e tardes regadas a chimarrão que passei junto à Ará e suas parentes à beira do fogo ou embaixo das árvores do pátio de sua acolhedora casa na *Tekoá Koenju*. Enquanto preparávamos o almoço ou o café da manhã, as palavras circulavam contando as histórias dos últimos eventos que ocorreram na aldeia, dos novos casamentos e nascimentos, dos parentes mais próximos (em termos afetivos muito mais do que quilométricos) assim como ensinamentos deixados pelas divindades. Conversando sobre a saudade que tinha de seu filho, que agora estava morando em outra aldeia, Ará contou-me que quando ele era bem pequeno, colocou sobre seu corpo a flor de uma planta fina e delicada (aquela que se a gente assopra, as pequenas pétalas voam longe), para que ele não fosse muito dependente dela, para não ficar sempre na sua volta. “Por isso agora ele é assim, viaja, fica longe, sabe se virar sozinho”, disse-me, complementando com outras práticas necessárias a conformação da saúde e personalidade (ou seria pessoalidade?) da pessoa recém-nascida.

Elencou uma série de práticas que envolvem diretamente o corpo da criança, em contato com outros seres, substâncias: colocar o filhote de um passarinho (inhandú) junto ao berço do bebê é importante para que ele durma bem e tranquilo; dar de comer o caldinho de um pequeno verme da palmeira é bom para que não tenha problemas de estômago; massagear o corpo com óleo de capivara faz com que a criança não tenha muitos pelos no corpo. Estas foram algumas das medidas que tomou na criação de seu filho, tornando-o inclusive “dorminhoco demais, mas bastante saudável”. Parou de falar e me olhou com uma expressão inquieta e desconfiada. Disse, já rindo: “mas *vocês* não acreditam nisso né? Chamam superstições, não fazem nada dessas coisas”. Sorriu enquanto me ouvia responder que os brancos talvez não faziam estas, mas faziam uma série de “outras” coisas.

Neste terceiro capítulo, apresentarei as histórias de partos com as quais me deparei ao longo de meu trabalho de pesquisa. Selecionei-as por serem situações que me provocaram uma espécie de *inquietação*. Histórias que cabiam pouco em explicações, mas se abriam para experimentações e multiplicações¹¹⁸. Por quê histórias de *partos*? Porque acredito ser um

118 Cabe lembrar a máxima deleuziana, referida por Viveiros de Castro: “A regra que invocávamos anteriormente: não se explicar demais, significava, antes de tudo, não se explicar demais com outrem, não explicar outrem demais, manter seus valores implícitos, multiplicar nosso mundo povoando-o de todos esses

momento emblemático de relação das mulheres mbyá com o sistema biomédico vigente, assim como um momento cosmologicamente importante que traz à tona os perigos, riscos e tensionamentos de viver nesta terra. Conforme Clastres, “todo nascimento é vivido dramaticamente pelo grupo como um todo, ele não é a simples adição de um indivíduo suplementar a tal ou qual família, mas uma causa de desequilíbrio entre o mundo dos homens e o universo das potências invisíveis” (Clastres, 1995, p.11). Os partos são, nesse sentido, como uma porta de entrada para pensar a cosmopolítica implicada no processo de produção da pessoa mbyá, situada também nas relações cotidianas com as políticas e práticas de saúde biomédica.

Não procuro fazer com essas histórias um grande aprofundamento teórico-etnológico sobre corpo e pessoa Mbyá-Guarani, pois fazê-lo excede os limites e objetivos dessa dissertação, já havendo uma extensa riqueza bibliográfica nesse sentido¹¹⁹. Tampouco pretendo aprofundar a lógica biomédica de produção de indivíduos, também bastante estudada¹²⁰. O que procuro fazer aqui, e espero que o leitor entenda minha escolha, é realizar um exercício antropológico de levar essas histórias a certas consequências extremas, estirá-las a ponto de poder evidenciar um *conflito (cosmo)político* em jogo. Um conflito em que “diferentes formas de “fazer mundos” estão interrompendo-se e interferindo-se umas com as outras” (Blaser, 2015) e que só pode ser pensado se buscamos trazer elementos um tanto “estranhos” para habitar o espaço legítimo da Política.

Se, no primeiro capítulo, tratei de mostrar o quanto a antropologia foi muitas vezes a disciplina que mediou a incorporação da “diferença cultural” para dentro da Constituição Moderna, atenuando-a, traduzindo-a e traindo-a em grande medida, aqui trato de exercitá-la em outro sentido: naquele de trazer o *impensável* para o campo da Política. Assumo aqui a proposta de Blaser (2015) com relação a antropologia:

Não entendo a antropologia nesse campo como a ciência legítima capaz de trazer para o âmbito da política racional a “diferença cultural” para que possa ser tolerada, ou seja, que se suspenda a explicação “mais racional” a fim de que uma outra explicação (crença, parcial) possa ingressar – ainda que correndo sempre o risco de voltar a ser expulsa – mas sim, mais que nada, de colocar em xeque ou em evidência os princípios ontológicos que sustentam a própria política, evidenciando o quanto muito além de um conflito de perspectivas, temos um conflito ontológico em cena (Blaser, 2015, *tradução minha*).

expressidos que não existem fora de suas expressões” (Deleuze 1969 *apud* Viveiros de Castro, 2002, p.131). 119 Pissolato (2007); Prates (2009; 2013); Heurich (2011); Pierri (2012), para citar alguns.

120 Weitz (2003), Martin (2007), Reissmann (2003), Frankenberg (1992), Scheper-Hughes e Lock (1987), entre outros.

Talvez o mais interessante seja trazer as histórias dos partos assumindo uma certa “equivocação controlada” (Viveiros de Castro, 2013), que possa colocar práticas de conhecimento em relação umas com as outras, sabendo-se que não se está representando ou interpretando, de fato, nenhuma delas¹²¹. Nesse sentido, considero o conceito de ontologia política (Blaser, 2013; Mol, 2008) como um conceito interessante para pensar a forma pela qual realidades são produzidas pelas práticas e relatos, inclusive analíticos, sem o afã de chegar a uma realidade afora, “mais concreta”¹²². Assim, podemos pensar na dimensão performática (e também moral) da atuação dos profissionais de saúde em aldeias indígenas, ao mesmo tempo em que pensar nos outros parâmetros sob os quais podem estar ancoradas as formas de produção de realidade mbyá. Sendo possível, nesse sentido, ver como uma pode colocar a outra em perspectiva. Essa antropologia, menos do que ver “além” das duas, ou se gabar da possibilidade de traduzi-las, se situa em um entremeio: em um campo um tanto indefinido e anexato¹²³ que trata de suspender a pressuposição de um mesmo mundo comum¹²⁴.

3.1 A “hora certa” para nascer

Pedi para Ará me acompanhar à casa próxima ao açude, onde vive Yva com seus pais. Yva tem 18 anos e está grávida de 8 meses e meio. Fomos nos aproximando da casa, que fica a cerca de um quilômetro da casa de Ará, no lado direito da pequena estrada de chão que liga as casas daquele lado da aldeia. Já do caminho, podíamos avistar Yva e sua mãe ao redor de um pequeno fogo, de onde saía muita fumaça, e estava colocada uma linguiça para assar. Olharam curiosas para nós duas, enquanto nos aproximávamos. Eram em torno das duas horas da tarde, e preparavam o almoço em frente à casa de taquaras que o pai de Yva estava construindo. Yva estava sentada numa cadeira mais alta, próxima ao fogo, enquanto

121 Como afirma Viveiros da Castro: “El perspectivismo necesariamente implica que la manera como yo estoy describiendo es imperfecta, es incompleta. (...) Pero traicionar no es destruir (...) se tiene que saber traicionar, de ahí la idea de equivocación controlada. Para poder traducir la antropología de los indios yo tengo que traicionar mi propia antropología (Viveiros de Castro, 2013, p. 22)

122 “Mol fala em ontologias no plural para pontuar que a realidade é performada em vez de ser passivamente observada. Ao invés de uma diversidade de olhares enquanto permanece intacta, a realidade, nesta acepção, é manipulada por meio de várias ferramentas no curso de uma multiplicidade de práticas. E tal postura nos coloca necessariamente no campo das políticas” (Spinik, 2011, p.6).

123 Assomando à ideia de “ciência menor” em Deleuze e Guatarri (1997): “nem inexata como as coisas sensíveis, nem exata como as essências ideais, porém anexata e contudo rigorosa (“inexata por essência e não por acaso” (p.26). Desdobramentos ecoados nesse sentido também em Reyes (2015).

124 Inspiro-me, aqui, na proposta cosmopolítica de Stengers, no sentido de hesitar quanto a pressuposição de um “bom mundo comum”. A autora aponta que “a ideia é precisamente desacelerar a construção desse mundo comum, para criar um espaço para hesitação com relação ao que significa dizer “bom”” (Stengers, 2005, p.995, tradução minha).

sua mãe, estava sentada sobre um cobertor em frente a ela, com seus dois filhos menores, de um e dois anos, aproximadamente. Chegamos devagar, saudando com um breve “Javyju” (bom dia), ao qual nos responderam com acolhida. Apresentei-me e expliquei o que viera fazer ali. Ará complementou minha fala, perguntando a Yva se podíamos fazer-lhe algumas perguntas. Ao que ela concordou com um sorriso tímido, enquanto sua mãe nos convidava a sentar em frente ao banco de madeira que estava do outro lado da mesa onde Yva se apoiava. “Peguapy” (Sentem-se), disse-nos.

Ficamos conversando durante algum tempo, em guarani e português, contando com as traduções de Ará. A mãe de Yva contou que teve sete filhos, dos quais somente os últimos dois nasceram na cidade. Ouvindo nossa conversa de relance, enquanto dedicava-se a colocar a estrutura de taquaras para a construção da nova casa, o pai de Yva apareceu e falou, enfaticamente: “Estás vendo essa menina ali brincando? Ela nasceu aqui na aldeia mesmo”, disse apontando para sua filha que tinha ao redor dos quatro anos de idade. Perguntei quem tinha realizado o parto e a mãe de Yva respondeu que ela teve o nenê sozinha, contando com a ajuda de uma outra senhora mais velha, somente na hora de cortar o umbigo, pois era “a parte mais difícil do parto”, disse.

Explicou-me que prefere ter seus filhos na aldeia, principalmente “por causa da dieta”. Relatou que a comida do hospital não é adequada para as mulheres que acabaram de ter filhos. Carne e derivados do leite foram alguns dos alimentos listados como prejudiciais. Perguntei, então, por quê os últimos dois filhos tinham nascido no hospital e ela, rindo, respondeu “ndai kuaai” (“não sei”). Depois de um breve intervalo, falou uma frase em guarani da qual só pude discernir a palavra usada em português mesmo, “atendimento”. Ará me olhou, então, e em tom explicativo me disse: “os médicos pedem para as mulheres avisarem quando sentem a contração para receber o atendimento; por isso elas avisam e, então, eles já chamam a ambulância para vir buscar; é assim que acabam indo para o hospital”. Ficamos alguns instantes em silêncio até que a mãe de Yva retomou a palavra e contou que a equipe médica vem com certa frequência a sua casa, explicou que eles vêm dar remédios para as crianças e para ela também, “eles vêm olhar as crianças”, nos disse.

Perguntei para Yva onde pretendia ter seu filho e ela disse que ia ter no hospital, “tenho medo de ter na aldeia”. “Mas e no hospital, não tem medo?”, perguntei. “Menos”, foi o que ela me respondeu com um sorriso no rosto.

[...]

Era uma tarde chuvosa, estávamos sentadas na varanda, eu, Ará e seu irmão mais novo bem próximos ao fogo. Tratávamos de nos esquentar, evitando o vento frio que passava

pelas frestas do cobertor verde que cobria a janela da varanda naquela época do ano. Sua mãe estava deitada no quarto, resfriada, e ouvíamos eventualmente o som de sua tosse. Ará explicou-me, naquele momento, que agosto é o mês mais perigoso do ano. É o último mês dos tempos antigos (ara yma), do frio, dos ventos do sul. É o período em que o risco de pegar uma gripe grave é muito forte, então é preciso cuidar-se muito. A bruma e eventual neblina podem trazer essas doenças. Apontando para os poucos pintinhos amarelados e marrons que caminhavam pela cozinha da casa, afirmou que nem mesmo os pintinhos que nascem nesse período tendem a sobreviver, ficam doentes e morrem. Não adianta nem cuidar muito, pois não é a hora certa para nascer, explicou-me.

[...]

Um mês depois, quando voltei a aldeia, Ará logo me contou que o bebê de Yva já havia nascido, e que fora no hospital. Parecia, contudo, haver certa comoção coletiva com respeito a esse parto, que a princípio não pude entender. Diferentes rumores se ouviam na aldeia, sobre nascimentos, cortes e riscos. Preocupações, principalmente dos mais velhos, sobre os medos das gerações mais novas. Conversei com um senhor mbyá e ele me disse que não entendia porque as jovens agora tinham medo, que antes escutavam atentamente os conselhos das mulheres mais velhas e não ficavam assim, “agora é só consulta, consulta, depois fica com medo de ter filho na aldeia”. “Ela foi sem dor e voltou com o bebê”, ouvi de outra senhora mbyá na aldeia, assim como a conversa com Ará girou em torno de comentários semelhantes. O parto de Yva parecia habitar as conversas dos diferentes fogos e rodas de chimarrão da aldeia naqueles dias. Mas por que tanta comoção? Fui em busca dos diferentes relatos.

Falei com o enfermeiro do posto, que me deu seu parecer sobre a situação: Yva fez três ultrassonografias ao longo da gravidez, de rotina; na primeira, constava que a previsão do parto era para o dia 15 de julho; enquanto que no segundo exame apareceu a data de 15 de agosto; e, na terceira, apontava para o dia 18 de agosto. Frente ao fato de que a criança ainda não havia nascido no dia 19 de agosto, a médica e o enfermeiro decidiram que a melhor opção era levar Yva ao hospital para que o médico plantonista avaliasse o caso, afinal “já havia passado da hora de nascer” (conforme afirmou o enfermeiro). O médico de plantão decidiu, assim, pela internação imediata e realizaram uma cesariana naquele mesmo dia. No sábado seguinte, três dias depois, ela voltou para a aldeia.

Na segunda-feira, então, acompanhei a primeira visita domiciliar que a médica e o enfermeiro, acompanhados do agente indígena de saúde, fizeram à casa de Yva depois do nascimento do bebê. O enfermeiro, com seu tom brincalhão, chegou cumprimentando os avós

e dizendo que estavam ficando velhos. O casal estava sentado em frente à casa de madeira, com duas de suas outras filhas (mais novas) e disse para que uma delas nos acompanhasse para entrar na casa onde se encontrava Yva. Entramos na casa e percebemos que Yva estava dando de mamar, sentada em uma cama que ficava a direita da porta. Mal podíamos enxergá-la, contudo, pois ao redor da cama estavam pendurados cobertores que conformavam como se fosse uma pequena peça apartada do resto da casa. A irmã de Yva que acompanhava a entrada na casa baixou um dos cobertores e então pudemos cumprimentá-la. O enfermeiro sentou-se nos pés da cama, a médica na cama em frente a que estava Yva. Eu e o agente indígena de saúde ficamos de pé, mais próximos da porta.

O enfermeiro perguntou se ela estava com dor, pois essa havia sido a informação que o agente indígena de saúde lhe havia passado. Ela concordou com a cabeça. A médica pediu o bebê e a primeira pergunta que fez foi seu nome. “Marcos Vinicius”, respondeu-lhe. “Bonito nome”, comentou a médica, seguindo o diálogo com uma série de perguntas e indicações sobre a saúde do bebê. Como ele está? Quanto mama? Quanto dorme? Chora muito? Como estão as suas fezes? Yva respondia quase monossilabicamente, falando baixinho, com uma expressão envergonhada: bem, bem, pouco, não, normal. A médica passou, então, a dar orientações, uma atrás da outra, sobre como cuidar do recém-nascido. Explicações sobre como e o quanto banhá-lo; sobre a importância da amamentação e de não esquecer de dar o leite nas duas mamas; sobre como cuidar na hora de higienizar a área do clipe do cordão umbilical, indicando “para limpá-la bem, com gaze e álcool”. Perguntou também se a assistente de enfermagem já tinha ido limpar a cicatriz de sua barriga naquele mesmo dia, explicando que um dos agentes do posto viria todos os dias daquela semana para isso. Yva apenas afirmava com a cabeça, sem dizer uma palavra.

Deu-lhe os remédios que deveria tomar, mas alguns deles a assistente de enfermagem já havia levado. Yva mostrou as tabletas de comprimidos, tirando-os de uma sacola plástica pendurada ao lado da cama, os quais a médica passou a dar as indicações de horários e doses que ela deveria tomar, entre os quais estavam: complexo ferroso, analgésico, antibiótico e vitaminas. O enfermeiro pediu para que Yva se deitasse para que ele pudesse olhar o curativo em sua barriga. Ela entregou o bebê para a médica, que o despiu e começou a examinar o cordão umbilical e apalpar o corpo todo do nenê. O enfermeiro, examinando o abdômen de Yva disse que estava tudo bem mas que a fita que cobria a cicatriz havia saído antes do tempo, então que deveriam colocar outra, pois deveria ficar tapado até o sétimo dia. Explicou que depois de 15 dias, Yva teria de ir lá no Posto tirar os pontos, mas ainda antes disso, ela deveria levar a criança para vacinar e fazer o teste da orelhinha. A médica seguia

com o bebê no colo, que logo começou a chorar. Levantou-se e ficou balançando-o para ver se o acalmava.

Enquanto isso, o enfermeiro pegou uma pasta plástica azul, na qual estavam os papéis que o hospital havia expedido, explicando – para mim e para Yva – que eles deveriam fazer uma cópia e enviar para a SESAI. Yva continuava deitada e teve de pedir ajuda do enfermeiro para sentar-se, pois não tinha força para fazê-lo sozinha. Disse que seguia com dor, apontando para a região abdominal. A médica conversava em tom ameno, tranquilo, mas obtinha poucas respostas de Yva, que olhava com cumplicidade para o agente indígena de saúde, trocando algumas poucas palavras em guarani. O enfermeiro repetiu algumas das indicações da médica, com maior ênfase e obtendo um retorno maior de Yva, acredito que também pelo fato de conhecê-la há mais tempo¹²⁵.

O bebê seguia chorando nos braços da médica, que tentava acalmá-lo sem muito sucesso. Tocando-lhe os pés, disse que o bebê estava com um pouco de frio, que deveria cobri-lo mais, e entregou-o de volta a Yva, para que voltasse a amamentar. Ele logo parou de chorar. Perguntaram também sobre quando Yva pensava em retornar à escola, mas aconselhando-lhe que era bom esperar uns meses. Yva estava sorrindo, numa expressão que eu descreveria como de vergonha e satisfação ao mesmo tempo. A médica avisou que eles passariam para visitá-la todos os dias daquela semana em um dos turnos, e a assistente de enfermagem no outro, para ver se estava tudo bem e limpar os curativos dela e do bebê. No caminho de volta ao Posto, o enfermeiro foi falando sobre seu filho que estava por nascer e que acabara de descobrir que também era um menino. Em nenhum momento houve espaço para o silêncio.

A história de Yva me parece emblemática em diversos sentidos. Por um lado, ela parece *dar forma* às diferentes tecnologias e aparatos de poder que constituem esse fortalecimento da presença biomédica na aldeia que abordei no capítulo anterior. Podemos pensar, nesse sentido, o que a visita domiciliar e as consultas pré-natal são capazes de produzir em termos de uma “gravidez de risco” que necessita intervenção, considerando as formas pelas quais se constituem maternidades a partir dos procedimentos biomédicos. A gravidez, dessa forma, pode ser pensada como uma ponte de imersão dessas mulheres indígenas na esfera médica, em que há um enorme investimento no sentido de “transmitir normas sanitarias que tiendan a la individualización y a la sanitización de la experiencia de

¹²⁵ Conforme mencionei no capítulo anterior, o enfermeiro já trabalha há dois anos na aldeia, sendo que a médica estava cumprindo um semestre de trabalho.

la maternidad” (Robles, 2012, p.114).

As perguntas, conselhos e ensinamentos da médica na hora da visita domiciliar parecem reforçar essas formas de regulação que conformam um processo de investimento na produção de sujeitos e corpos: “mãe” e “recém-nascido”. Através dessas tecnologias, se coloca em vigor um processo de transformação da *jovem* em *mãe*, implicando em uma série de atribuições a que deve seguir. Podemos ver atualizada, na cena da visita domiciliar, a forma com que se colocam em prática essas tecnologias de governo, através do idioma da saúde: a produção de indivíduos autônomos, bem-educados e orientados que aplicariam as normas biomédicas de cuidado. A maternidade, nesses termos, parece se constituir através de um modo de subjetivação a partir do qual o cuidado de si está ligado ao cuidado de um outro (Robles, 2012), em que estão em jogo formas de se constituir como uma “boa” mãe, assim como uma gravidez de alto ou baixo risco.

Além disso, nessas “orientações” parece se constituir uma distância (epistemológica e política) entre aquele sujeito que sabe e aquele que deve aprender, produzindo uma assimetria entre profissional de saúde e paciente, que se reforça ainda mais quando as pacientes são indígenas. Cabe pensar em como as pessoas estão sendo induzidas a certas modalidades de experimentar-se: o quanto estão em jogo regulações dos corpos, na produção do que seria uma “mulher indígena” (inscrevendo sobre o corpo tanto um gênero como uma “diferença cultural”), assim como a produção do próprio profissional estatal que se coloca nesse interstício entre produção de saúde e cidadania.

Podemos observar na história de Yva uma forma de produção obstétrica da “hora certa para nascer”. A agência do exame médico, aqui, parece ter mais efeito do que o próprio trabalho de parto, de forma que esse aparato tecnológico (a ultrassonografia com previsão do parto) acabou atuando fortemente na experiência de Yva e definindo a data do nascimento de seu filho. Essa intervenção biomédica se justificou a partir da ideia do potencial risco que a continuidade da gravidez para além da data prevista poderia ocasionar à vida da mãe e da criança. Justamente nesse sentido, diferentes estudos do campo da antropologia da saúde apontam para a importância que o “risco” passa a assumir na norma procriativa contemporânea¹²⁶, levantando questões que novamente retomam o modelo biopolítico (apresentado no primeiro capítulo) em que certas *vidas* adquirem um valor fundamental inquestionável que sustenta e compõe as práticas dos profissionais de saúde.

Podemos pensar na emergência do risco como uma tecnologia de governo que

126 Spinik (2011).

estabelece *normalidade e desvio*, sustentada por distintas formas de “gestão” de riscos. Nesse sentido, cabe remeter ao manual publicado pelo Ministério da Saúde, em 2012, intitulado “Gestação de alto risco: manual técnico”, em que se organiza toda uma listagem e classificação (uma verdadeira taxonomia) sob o “Enfoque de Risco”, fundamentado “no fato de que nem todos os indivíduos têm a mesma probabilidade de adoecer ou morrer, sendo tal probabilidade maior para uns que para outros” (2012, p.9). Aponta o documento sobre a importância de “identificação precoce e adequada dos problemas que a gestante apresente, assim como os procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários” (p.10), diferenciando-a como uma “gravidez de risco”. Ao mesmo tempo, o documento reconhece o quanto a noção de “risco” é convencional e está diretamente relacionada com sistemas de vigilância e intervenção em saúde¹²⁷.

É interessante apontar aqui para o quanto podemos pensar na “noção de risco como um conceito que extrapola a objetividade estando articulado com valores morais e com as estratégias de gerenciamento do risco produzidas por nossa sociedade” (Spinik, 2011). A história de *Yva* nos permite articular as dimensões morais, biopolíticas e subjetivas que são performadas na noção de “risco” e do quanto geram efeitos no processo de gravidez e nascimento das mulheres indígenas.

O risco, assim, parece ser proporcional ao controle e cuidado. Quanto maior o risco, maior o número de consultas necessárias, de visitas, de atenção e de atendimento. Os “fatores de risco”, por sua vez, são estritos mas ao mesmo tempo vão ganhando uma forma maleável na atuação direta dos agentes de saúde. Pressão alta, cordão umbilical em volta no pescoço, cesariana nos últimos dois anos, são alguns dos motivos que me foram apontados como fatores de risco pelos profissionais do Posto. Entretanto, diferentes relatos me levaram a outros “riscos” tão ou mais relevantes nas práticas performadas pelos agentes de saúde tanto nas aldeias indígenas como nos complexos hospitalares.

Uma enfermeira obstétrica que trabalhou durante anos no hospital de referência das mulheres mbyá-guarani na região de Misiones, na Argentina, relatou-me os diversos conflitos que teve que enfrentar junto ao médico desse mesmo hospital no sentido de que realizava uma avaliação clínica imediatista de que o porte físico das mulheres guarani comprometeriam o processo de parto vaginal, sendo necessária realização da cesariana. Apontou que o médico afirmava que elas eram “pequenas demais” ou mesmo “jovens demais”, sendo arriscado a

¹²⁷ Aponta o documento: “Embora os esforços dos cientistas para criar um sistema de pontuação e tabelas para discriminar as gestantes de alto risco das de baixo risco não tenham gerado nenhuma classificação capaz de prever problemas de maneira acurada, existem fatores de risco conhecidos mais comuns na população em geral que devem ser identificados nas gestantes, pois podem alertar a equipe de saúde no sentido de uma vigilância maior com relação ao eventual surgimento de fator complicador” (Brasil, 2012, p.11).

realização de parto normal.

Já a assistente de enfermagem do Posto da *Tekoá Koenju* relatou-me a história de uma gestante mbyá que acompanhou ao hospital, na qual o “cheiro” da jovem parece haver sido um elemento importante nas práticas da médica de plantão. A assistente de enfermagem contou-me que já na chegada ao hospital, a médica plantonista disse que só atenderia a indígena depois que ela tomasse banho, porque ela era “muito relaxada e estava fedendo”. A assistente acompanhou-a ao banheiro, onde banhou-se. Quando voltou, contudo, a médica disse à jovem mbya que ela nem parecia estar sentido dor, que estava fingindo só porque queria fazer cesariana novamente. Mas a médica afirmou categoricamente que “não iria fazer”. Foram embora do hospital e retornaram no dia seguinte, quando havia outro médico de plantão e cuja avaliação foi que deveria mesmo ser realizada uma cesariana. A assistente terminou a história explicando-me que “provavelmente a médica estava mal-humorada de acordar no meio da noite e não queria atender direito; mas não é sempre assim, quando tivemos um bebê internado na UTI do mesmo hospital, ele foi muito bem tratado pelos médicos e eram receptivos também em relação a sua mãe”.

Houve outro momento em que a não expressão da dor pareceu surpreender os profissionais de saúde. Conversando na beira da quadra de futebol, enquanto ocorria um campeonato na aldeia do Bracuí, Rio de Janeiro, Ará contou-me que quando foi ao hospital para o nascimento de seu segundo filho, o médico aproximou-se dela e perguntou se ela era muda, se não sabia falar o português e por quê estava ali se não gritava de dor. Ela relatou-me que lhe respondeu que sabia falar português e que sim estava com dor, mas olhando-me com um olhar empático disse: “mas tu sabe como são as guarani, a gente não é de ficar gritando e menos ainda no hospital”.

Ainda, em uma reunião institucional de política indigenista, tive a oportunidade de conversar com a enfermeira de SESAI da equipe multidisciplinar de saúde indígena de Viamão e ela relatou-me que aprendeu que as mulheres guarani têm um processo de evolução do trabalho de parto mais rápido que das mulheres não-indígenas, de forma que muitas vezes o que acaba ocorrendo é que chegam no hospital e as mandam para casa porque não tem dilatação suficiente, mas acabam tendo seus filhos no caminho de volta a aldeia (no carro ou na ambulância) ou tendo que ir a outro hospital. Explicou-me que como não pode intervir nas decisões médicas hospitalares, o que fez foi uma recomendação ao motorista da SESAI para que não se desloque do hospital, mesmo que as ordens médicas sejam de que a paciente ainda não está pronta para ter o bebê.

Esses breves relatos somados à história de *Yva*, parecem sugerir o quanto a idade, o

tamanho da mãe e do feto, o fato de haver plantonista ou não na hora da chegada ao hospital, o “cheiro” da mãe, o quanto ela era “muda” ou “gritona”, e a data prevista para o nascimento do exame de ultrassom eram elementos tão ou mais relevantes para a constituição do “risco” e das decisões médicas, do que a listagem do manual anteriormente referido¹²⁸. A gravidez de risco acabava se tornando uma maternidade de risco, entrando em jogo delimitações de normalidades e anormalidades, de constituição de fatores de vulnerabilidade e formas de intervenção e regulação – como venho tratando de mostrar desde o início dessa dissertação. Ao mesmo tempo, contudo, certos riscos são deixados de lado, por exemplo, o risco do puerpério na recuperação de um procedimento cirúrgico, como no caso da cesariana e da episiotomia¹²⁹, parece não ser “contabilizado” nessa equação.

Conforme a comoção na aldeia gerada a partir do parto de *Yva* parece mostrar, a “desordem” para os Mbyá está menos no “passar da hora” e mais no sentido de forçar o momento do nascimento e deixar de ouvir os conselhos das mulheres mais velhas e sábias nos cuidados com a gravidez. Saber ouvir esses conselhos é especialmente importante na transição da menina à fase adulta, formando-se mulher¹³⁰. É através desses ensinamentos e dos cuidados praticados que se dá a produção inclusive de uma maternidade tranquila e um parto seguro. É a partir dele que a mulher se fortalece e não fica tão exposta a outras agências que possam afetá-la como, inclusive, o próprio “medo”.

Como aprofundarei mais adiante, a produção da pessoa mbyá está implicada em processos de aquisição de capacidades agentivas de diferentes seres e propriedades. As substâncias que compõem o corpo incluem os estados afetivos que, assim como outros seres não-humanos, têm seus próprios “donos” (*-djá*) e implicam em formas meticulosas de

128 Ainda que alguns desses elementos também estejam indicados nele. Lê-se no documento referido como “características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis: - Idade maior que 35 anos;- Idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos*; - Altura menor que 1,45m; - Peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (IMC<19 e IMC>30); - Anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos; - Situação conjugal insegura; - Conflitos familiares; - Baixa escolaridade; - Condições ambientais desfavoráveis; - Dependência de drogas lícitas ou ilícitas; - Hábitos de vida – fumo e álcool; - Exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse” (Brasil, 2012, p.12).

129 Episiotomia é um corte cirúrgico efetuado na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal de parto, durante o parto normal.

130 O ritual de iniciação das meninas mbyá à vida adulta ocorre na menarca, passando por um período de reclusão, geralmente na *opy* (casa de rezas), sendo bastante marcado pelos conselhos das mulheres mais velhas. Badie (2015) afirma: “Enquanto permanecer no *opy*, uma das suas avós ou uma anciã de seu próprio grupo de parentes aconselha-a a respeito do que se espera dela no futuro como mulher e como mãe. Nesses discursos lhe é constantemente lembrado que foi isolada para seu próprio benefício, para que saiba cuidar de sua saúde e para que não seja uma pessoa “mal-educada”, no sentido de ser desobediente, desrespeitosa, desatenta ou preguiçosa — condutas desaprovadas entre os Mbya. A referência à maternidade era uma constante quando os indígenas explicavam a finalidade dos conselhos que recebe a *iñengue* das anciãs, devendo aprender todos os cuidados para levar a bom termo uma gravidez, ter um parto rápido e dar à luz uma criança sadia” (Badie, 2015, p.14).

estabelecimento de relações. O medo, assim como a raiva, o ciúme ou o tesão, pode ser pensado como uma dessas capacidades agentivas que podem tomar conta da pessoa e levá-la a certas práticas, nem sempre esperadas como as mais adequadas pelos mbyá.

Podemos apontar, assim, para o quanto o “medo” entra como um fator de risco principalmente para as jovens mbyá, podendo levá-las ao hospital e à agência de outros seres, da mesma forma que a falta de certos cuidados (nas práticas diárias como o tipo de alimentação, a administração de chás e banhos, o local onde deixar o recém-nascido, entre outros) podem afetar a saúde não somente da criança como de toda a família. Aprofundarei esse ponto mais adiante, mas cabe enfatizar que o que trato de mostrar aqui são as diferentes maneiras de posicionar os riscos e as consequências que uma ou outra podem acarretar. Menos do que a presunção arrogante de resolver um conflito, acredito que a história de Yva nos permite evidenciar esse tensionamento entre distintas formas de fazer mundo e o arriscado processo de fazer-se pessoa.

Na história de Yva, a agência da data do exame do ultrassom parece haver sido mais forte que a do tempo do trabalho de parto. Nesse sentido, parece retomar a importância que a regulação dos tempos ganha no contexto biomédico (como também apresentei na rotina do Posto no capítulo anterior), em que a normalidade parece estar associada a previsibilidade dos movimentos biológicos, a capacidade de controle dos movimentos fisiológicos a partir de um quadro cartesiano de ordenamento¹³¹. O risco, assim, parece estar ligado àquilo que escapa dos tempos previsíveis – atuando tanto na produção dos corpos como máquinas, como na justificação da intervenção biomédica para garantir sua manutenção.

No mundo mbyá, se é que é possível falar assim a partir da afirmação de Ará Poty que inicia esse capítulo, a adequação do momento do parto parece estar ligada a outro quadro de ordenamento, em que o risco é posicionado sob outros termos. Quando Ará se refere ao perigo de agosto, por exemplo, ela aponta para uma dimensão da existência que é atravessada pelas transformações que estão passando no cosmos, como um corpo aberto a esses atravessamentos. Parece referir-se aos riscos de habitar um mundo terrenal que se transforma ciclicamente, passando por tempos passados e presentes (*ara yma* e *ara pyau*), em que os ventos frios e quentes trazem consigo seres desejáveis e indesejáveis que precisam ser administrados com cautela.

131 Frankenberg afirma: “(...) the contradiction of temporalities and of aspects of body boundaries is sharpest between social and natural motherhood on the one side and class- and gender-constructed obstetric medicine on the other. The designation of pregnancy as pregnancy rather than expectant motherhood, and also as disease, is move in a power struggle in which the conceptualizing of women's and of health workers' time is of central importance” (Frankenberg, 1992, p.25).

Nesse sentido, parece-me que a “hora certa” nos termos mbyá tem menos que ver com o movimento fisiológico de um corpo autocontido e mais com um corpo que se faz no mundo, na relação com outros corpos, seres, substâncias que o constituem e o movem¹³². Certo dia, quando recebi a visita de *Vherá Poty* e seu filho de três anos em minha casa em Porto Alegre, contei-lhe a história de *Yva* (que eu havia acabado de escrever em meu trabalho). Contava com seus possíveis apontamentos, como alguém experiente na relação entre mundos, assim como nas “políticas diferenciadas”. Depois de um breve silêncio, relatou-me o parto de seu filho. Enfatizou as dificuldades que teve de enfrentar até conseguir que a parteira da comunidade realizasse o parto de sua esposa dentro do hospital, no qual ela havia sido internada pois sua gravidez fora considerada “de risco”. Relatando a surpresa das enfermeiras do hospital frente a experiência de assistir ao trabalho da parteira, explicou-me como era o parto mbyá, diferenciando-o do dos brancos: “É a própria criança que decide quando nascer”, disse, enfatizando que “não se *faz* a criança nascer, mas sim se acompanha o seu nascimento, é a criança que tem que querer nascer naquela hora; a parteira só vai acomodando a barriga, tocando, indicando, mas não fica mandando a mulher fazer força, gritar, pressionar para colocar a criança para fora; a criança vai nascendo sozinha” (Diário de Campo, 16/12/2015).

Essa fala é bastante interessante para pensar o quanto a criança, desde antes do seu nascimento, já tem uma *intencionalidade* que é afetada e afeta os outros a sua volta. Esse princípio intencional que a orienta se relaciona com o seu *nhe'e* (alma-palavra-nome) que, ainda que não esteja bem assentado em seu corpo, já faz parte dele desde a gravidez. Essa capacidade de decidir a hora de nascer, contudo, não me parece equiparável a um formato de subjetividade baseado na manifestação de uma essência individual (sobre a qual estaria marcada uma “escolha” em termos neoliberais). Menos do que a decisão consciente de um indivíduo autocontido, me parece que a escolha da hora de nascer está vinculada a relação com o cosmos em sua diversidade de alteridades (divindades, afecções, sentimentos, alimentos, seres não-humanos, entre outros), através das quais pode-se desejar ou não ficar nesta terra. Aprofundarei mais adiante estas ideias.

Seguindo neste caminho de desconstrução do pressuposto de uma ideia de indivíduo ocidental, podemos reposicionar também a “lógica da escolha” implicada tanto no modelo neoliberal de saúde – em que os sujeitos são chamados a se responsabilizar por seu próprio bem-estar – como também no modelo teórico adotado por muitas análises das ciências sociais

132 Pradella (2009) refere-se a esse processo de fazer-se pessoa através da fabricação de um corpo que se movimenta, tanto no sentido horizontal da mobilidade entre aldeias, quanto no sentido vertical de mover-se na relação com as divindades.

– que tomam “agência” como uma capacidade humana de ação individual frente às adversidades da norma social. A história de Yva parece mostrar que há muitas outras intencionalidades em jogo, que vão muito além da simples afirmação de que as mulheres mbyá-guarani agora estão “escolhendo” ter seus filhos no hospital.

Nesse sentido, aproximo-me da discussão proposta por certas teóricas não-ocidentais (especialmente Lila Abu-Lughod, Saba Mahmood e Veena Das) no sentido de repensar as formas de subjetivação foucaultianas a partir de outros referenciais (culturais, políticos, históricos e filosóficos). De que maneira as experiências localizadas, vividas, sentidas, podem trazer questionamentos à lógica totalizadora do que se poderia chamar de um modo de subjetivação moderno? Como opera uma multiplicidade de modos de se fazer sujeito, cuja articulação toma forma numa experiência particular/única? Ou, na pergunta de Veena Das (2011, p.16), “como os indivíduos colocam as normas para si mesmos, e como elas se relacionam com o modo como as normas sociais são imaginadas?”. Acredito que essas questões me permitiram recolocar minhas próprias perguntas e abrir minha atenção para novos problemas, ampliando a analítica proposta em meu primeiro capítulo.

Quando pergunto a Yva onde ela *prefere* ter seu filho, se na aldeia ou no hospital, não estou eu mesma pressupondo uma lógica da escolha que contém em si toda uma ideia de sujeito, uma teoria da ação e mesmo uma ideia de subjetividade implicada? Nessa minha simples pergunta, feita meses antes do nascimento, parece estar implícita uma ideia de que as mulheres mbyá grávidas avaliariam suas possibilidades, vantagens e desvantagens de cada “opção” de parto, e tomariam uma decisão (ao menos um *projeto futuro* de parto) baseada nessa avaliação. Lógica esta sob a qual se baseiam muitas das políticas de educação em saúde reprodutiva que conformam as práticas de uma governamentalidade liberal. Essa matriz de leitura, contudo, parece ter pouco que ver com o que aprendi com as Mbyá em minha etnografia.

Essas questões me levam a apontar ao quanto a ideia de “escolha” está vinculada a uma matriz filosófica que se funda sobre uma noção de sujeito transcendental kantiano (tão criticada pelas autoras supracitadas) que não dá conta de experiências outras de sujeito, fora do formato do indivíduo moderno. Menos do que um projeto de escolha motivado subjetivamente e amparado teoricamente, ou a ideia neoliberal de “mulheres empreendedoras de si mesmas”, me parece que a relação com o parto hospitalar das mulheres mbyá tem que ver mais com uma questão de *múltiplos atravessamentos*: as relações entretecidas com os profissionais de saúde, com os parentes, com as divindades, com os exames, com a dor, com o movimento do bebê, com os ventos, entre muitas outras intencionalidades, através das quais

se performa uma certa prática. Enfim, me parece que se trata de um agenciamento específico, e não somente entre humanos, que compõe o que poderíamos chamar de um “efeito parto hospital” ou “efeito parto aldeia”.

A ideia de “efeito” me parece interessante porque ela coloca em questão essa multiplicidade de agências implicadas que levam a provocar certo desenlace, mas sem ser possível atribuir uma única “causa”. Seria, em alguma medida, semelhante a ideia de Strathern (1999) de que: “nós testemunhamos um desfecho: os resultados ou efeito de mobilizar relações” (p.41)¹³³. Pensar no efeito das relações mobilizadas me parece uma alternativa interessante frente ao risco que o conceito de “escolha” ligado ao de “agência” pode trazer¹³⁴. Deslocamos, assim, do sujeito como o centro e apontamos para o entramado de relações que, enquanto um acontecimento único, produz efeitos. Darei seguimento a essa ideia no próximo relato, tomando o parto como um acontecimento, lugar onde eclodem processos de singularização (e multiplicação).

Antes de terminar esse tópico, contudo, cabe voltar a história de *Yva* e pensar sobre a minha própria posição. Na “cena” da visita domiciliar, fiquei parada próximo da porta, situada ao lado do agente indígena de saúde, nesse espaço um tanto intermediário e ambíguo. Durante a visita, não quis me aproximar muito da equipe médica pois não desejava que me vinculassem a essa instituição, tratando justamente de evitar os processos de produção de assimetrias que descrevi anteriormente (ancorados em territórios de saberes autorizados a falar e intervir). Pensando, hoje, acredito que essa posição (um tanto ingênua até) está mais que nada vinculada a meus próprios valores morais que me colocam em um jogo de aproximações e distanciamentos tanto com relação a meus interlocutores da área da saúde, quanto a meus interlocutores mbyá. Minhas preocupações éticas e políticas na forma de estabelecer relações também entram, de alguma forma, para essa economia moral de produção de corpos e subjetividades.

O contingencial uso do “nós”, “eles”, “vocês”, “outros” que foram aparecendo nos diferentes diálogos e nas mais variadas situações de meu trabalho de campo, parece fazer parte de um constante processo diferenciante através do qual se constituem pessoas e coletividades. Seja como “versão atenuada dos juruá”, como “estudante da universidade” ou

133 No original: “we witness an outcome: the results or effect of mobilising relations” (Strathern, 1999, p.41).

134 Mahmood (2006) chama a atenção para o risco da teoria antropológica assim como do feminismo ocidental de construir (e “exportarem”) um modelo de agência ligado unicamente à resistência ou subversão das normas estabelecidas, sustentado por um projeto de sujeito moderno (fundado sobre um desejo universal de liberdade) que tem pouca relevância em outros contextos.

como “mulher de corpo diferente”¹³⁵, me parece interessante apontar para as formas relacionais que produzem as pessoas, em que mais do que os termos o que importa são as relações. Sem, contudo, cair no mergulho em uma antropologia do eu, o que gostaria de apontar aqui é o quanto me constituo nesses espaços de mediação e deslocamentos. É imbricada nesses processos diferenciadores intrinsecamente relacionais (que não deixam também de produzir assimetrias) que vou abrindo e fechando portas, fazendo-me antropóloga, motorista, amiga, branca, não tão branca, aliada, especialista, mulher, *xondaria* e (quem sabe) mais ou menos humana.

3.2 *Puru'á*: mediador de mundos

Apresentarei, agora, o relato de um parto ocorrido na aldeia indígena Mbyá-Guarani *Tekoá Porã*, localizada no município de Salto do Jacuí. Esta experiência foi relatada em um encontro sobre saúde indígena que participei no Memorial do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre, no dia 22 de maio de 2013. Esse evento foi um encontro de três dias, intitulado “VII Seminário Povos Indígenas e o Estado: construindo redes no SUS”, no qual estavam presentes representantes institucionais do estado, indígenas, antropólogos, estudantes de diferentes áreas da universidade, sendo aberto ao público em geral¹³⁶.

Conforme mencionei na introdução, meu trabalho de campo foi marcado tanto pelos espaços institucionais, dos seminários e reuniões, como também pelos períodos de vivência na aldeia e viagens realizadas juntos aos Mbyá. Ao longo de meu trabalho de pesquisa, assim, pude retomar a história do parto relatada no seminário através de um outro viés, das conversas com Ará e Kuaray fora do contexto institucional, enriquecendo-a de detalhes e sentimentos. Da mesma forma, encontrei um relato deste parto no trabalho de Soares (2012, p. 68) – antropóloga que esteve presente no dia do ocorrido – o qual trouxe ainda mais elementos para pensar as tensões e conflitos gerados a partir dele. Uma vez mais, enfatizo o quanto não pretendo estabelecer generalizações a partir das experiências e relatos aqui apresentados. Acredito que a riqueza dessas histórias está justamente em sua dimensão singular. É justamente essa singularidade que a faz tão interessante e provocante para pensar sobre as formas como se articulam biopolítica e colonialidade no contexto contemporâneo. Vamos ao relato:

135 Estas são algumas das expressões que foram usadas para me descrever em diferentes situações etnográficas.

136 O VII Seminário Povos Indígenas e o Estado: Construindo Redes no SUS aconteceu nos dias 21, 22 e 23 de maio de 2013 no Memorial do RS (Centro Histórico/POA). Uma realização do Museu Antropológico do Rio Grande do Sul – MARS- juntamente com o Museu de Comunicação Hipólito José da Costa e Secretaria Estadual da Saúde.

Era o segundo dia do seminário, cheguei alguns minutos atrasada, mas a atividade acabara de começar. Não era a mesa que eu estava esperando, pois (como costuma ocorrer nesses encontros) haviam mudanças na programação. Sentei-me, de qualquer forma, nas cadeiras mais ao fundo no auditório, ao lado de um colega da universidade. Contrastando com o alto movimento de pessoas nas ruas do centro (era um dia de sol e calor), o salão do Memorial não estava muito cheio. Com um breve passar do olhar, já pude reconhecer muitas caras conhecidas: gestores do estado, indígenas Mbyá-Guarani e Kaingang, professores e colegas de aula. Estes espaços são sempre importantes para rever os amigos e atualizar-se do andamento dos projetos e políticas nas diferentes aldeias e municípios. Seja nas falas do microfone, seja nas conversas paralelas dos intervalos, estes espaços tendem a ser propulsores. Nesta sétima versão do Seminário Povos Indígenas e o Estado, a temática central era saúde indígena. Além de ser um tema que me é de caro interesse, minha participação no evento também fazia parte das atividades de meu trabalho do momento como estagiária no Núcleo de Políticas Públicas para os Povos Indígenas da Secretaria Municipal de Direitos Humanos (NPPPI/SMDH) de Porto Alegre.

Desde o início do Seminário, me surpreendeu a recorrência com que as/os palestrantes se referiam aos partos e parteiras, aos processos de gravidez e maternidade¹³⁷. Neste segundo dia, então, abriu-se o espaço para que Kuaray, cacique Mbyá-Guarani na Tekoá Koenju, fizesse sua fala junto de sua esposa. Conheço-os desde 2009, quando nos encontramos pela primeira vez no Salto do Jacuí, mas venho acompanhando seus trabalhos como cineastas desde então. Surpreendeu-me, em alguma medida, que sua fala não fora sobre as tecnologias audiovisuais e a elaboração de seu último filme, mas sim sobre os partos das mulheres mbyá-guarani.

Kuaray iniciou sua fala enfatizando o quanto estava preocupado com o fato de que na sua Tekoá a maioria dos partos estava sendo realizada nos hospitais. Apesar disto, retomou a história de um parto que ocorrera na aldeia Tekoá Porã (município do Salto do Jacuí/RS), contando com acompanhamento da equipe de saúde que trabalhava no local, conformada por profissionais não-indígenas, mas contando com a presença de uma agente indígena de saúde (a AIS presente era Ara Poty, quem vivia nesta aldeia naquela época). Contou que tiveram que fazer todo um convencimento prévio para que a equipe de saúde aceitasse que o parto fora realizado naquele local. Depois de dias de discussão, enfim lograram que o

¹³⁷Uma mulher kaingang fez uma fala intensa e emocionada em tom de denúncia, com lágrimas nos olhos, sobre o nó na garganta que sentia quanto à voz silenciada das mulheres e das parteiras, pela ida majoritária ao hospital. No mesmo sentido, a enfermeira da SESAI, também kaingang, relatou sobre sua frustração em não poder fazer nada frente à desvalorização dos saberes indígenas, das parteiras e rezadores, em seu trabalho.

nascimento ocorresse na aldeia, realizado por uma das parteiras da comunidade.

Tudo ocorreu bem, não houve complicações no parto. Entretanto, e nesse momento saltou a indignação na fala de Kuaray, nem bem a criança havia nascido, as enfermeiras já a levaram para o hospital, sob o argumento de que precisavam fazer a pesagem, medição, exames e outros procedimentos para garantir a sua saúde. Quando a criança foi trazida de volta e entregue a parteira que acompanhava a mãe, ela disse que não era aquela criança que ela tinha feito nascer, que não fora daquela maneira que ela havia cortado o umbigo. As enfermeiras imediatamente explicaram que era sim a mesma criança, mas que no hospital haviam cortado mais uma parte do cordão umbilical, pois assim era “mais higiênico e evitava contaminação”.

A família da parturiente ficou indignada com a situação e começou a pressionar a agente de saúde sobre o porquê de ela ter aceitado que fizessem esse segundo corte. A agente explicou que não tinha como evitar, pois diante da equipe de profissionais de saúde no hospital, não lhe escutavam, tinham suas próprias regras. Frente a incomodidade desta posição e a pressão que sofreu dos dois lados, acabou deixando de trabalhar como agente de saúde desde este dia. Conforme o relato de Soares (2012), a agente indígena de saúde, “num tom de desabafo, falou que “os jurua até respeitam que o parto ocorra na aldeia, mas depois acabam sempre impondo seu sistema”” (p.68).

Ará Poty, relatando-me esta situação em sua casa na Tekoá Koenju explicou – com pesar – que foi por isso que deixou de ser AIS no Salto do Jacuí. Contou-me aborrecida que as enfermeiras também ficaram indignadas com o ocorrido e resolveram propor um curso de formação para parteiras para ensiná-las como cortar o cordão umbilical de maneira “correta”, de maneira mais higiênica, para evitar conflitos deste tipo novamente. Mas esse projeto nunca chegou a se concretizar.

Kuaray (que é irmão de Ará Poty) encerrou sua fala no Seminário ressaltando a necessidade de respeitar o trabalho das parteiras e as formas mbyá-guarani de saúde. Os palestrantes que falaram depois de Kuaray voltaram a esta história, especialmente uma das lideranças Mbyá-Guarani que o prosseguiu, infantizando que “durante a gravidez tem que ter muitos cuidados, para prevenir doenças futuras nas crianças (...) cuidados na alimentação (...) e o umbigo da criança tem que ser guardado para a criança saber viver no mundo em que ela veio”.

De que maneira essa história pode nos fazer pensar sobre as diferentes formas de criatividade e diferente universos de sentido e ação? Ao irromper a narrativa na possibilidade

de que “aquela não fosse a mesma criança” nos remete imediatamente a uma possível troca de bebês, um equívoco, uma possibilidade assustadora de que aquela criança com a herança da parentela não correspondesse ao ser que estava ali presente. As expectativas em torno dessa afirmação causam espanto, em certo nível, nas referências que temos para interpretá-la. Mas quando da explicação da parteira, sobre a *diferença ou semelhança* produzida a partir do corte do cordão umbilical, o contraste entre esses estilos de pensamento parece ainda maior e nos permite vislumbrar certos pressupostos em que se funda nosso próprio entendimento de corpo e de pessoa. O umbigo como objeto – parte inerte ou lixo hospitalar – difere em muito do umbigo enquanto agência, enquanto produtor de pessoas e de relações de comunicação entre humanos e divindades. Sugiro uma leitura a partir desse viés.

Bebendo da etnologia, assim como da minha etnografia, poderíamos afirmar que entre os Mbyá existe todo um “cuidado corporal necessário para fazer com que as almas enviadas pelas divindades assentem-se em um corpo para formar uma pessoa guarani” (Pierri, 2013, p.174). O *nhe'e* (alma-palavra-nome)¹³⁸ enviado pelas divindades só será bem assentado no corpo da criança no momento em que ela começar a caminhar e falar, assumir a postura ereta. Até então, a criança ainda não se conformou completamente (e essa completude nunca será de fato alcançada) como pessoa e seu *nhe'é* tem que ser convencido de ficar nesta terra, sendo a manutenção do cordão umbilical uma das práticas importantes nesse sentido. A humanidade não está garantida no nascimento, mas é através de certas práticas e cuidados cotidianos que se produzem corpos humanos (pessoas) e não “outros”, refletindo um princípio de instabilidade crônica dos corpos. Voltarei a esse ponto mais adiante.

Sendo fundamental na linguagem da produção da pessoa Mbyá, utiliza-se o mesmo vocábulo para designar gravidez e cordão umbilical: *-puru'á*. Tanto a gravidez como o cordão umbilical são processos de ligação: não somente configuram a ligação da criança com a mãe e seus parentes, mas também permite a ligação com as divindades, o que é ainda mais fundamental nesse período dos primeiros anos da criança, em que ela está mais “aberta” à relação com outros seres existentes (humanos e não-humanos). Assim como a gravidez não é o simples resultado de uma relação sexual, mas sim evidência de uma relação de dádiva com as divindades que desejam enviar o *nhe'e* da criança (Assis, 2006), o cordão umbilical não é parte dispensável do corpo, mas instrumento necessário para manter essa comunicação. Com o cordão umbilical, é feito um adorno que a criança deverá carregar até caminhar, como

138 “Entre os Mbya, o termo usado como referência ao princípio imaterial que se instala no corpo de uma mulher que irá conceber uma criança é *nhe'ë*, que designa, também, a linguagem humana, a fala. Alma enviada pelos deuses para encarnar-se na Terra, *nhe'ë* ou o nome a que se liga é o que anima a pessoa enquanto ela permanece como vivente, voltando, em seguida à sua morte, à condição divina que a origina” (Pissolato, 2007, p. 254).

também servirá como componente medicinal. A descrição do mesmo, encontra-se na etnologia Mbyá-Guarani:

Quando nasce uma criança (após verificar se é menino ou menina) o cordão umbilical é cortado com uma lasca de taquara bem fininha, bem no alto, “na altura do coração” e é amarrado com uma tirinha feita de fibra de pindó (especialmente jerivá) ou de bananeira. O umbigo cortado assim, mais longo, permite uma reserva de modo que, quando secar e cair, seja suficiente para se fazer com um pedacinho o *mboy pyaguaxu* (colar de fortalecimento, “coração grande”) e guardar o restante para 'remédio' para a mesma ou para dar às outras crianças e pessoas, como 'remédio' (Ladeira *apud* Prates, 2009, p.80)

Justamente o cordão umbilical é um elemento central para a *saúde* dos Mbyá-Guarani. Este mesmo cordão umbilical que foi (re)cortado por práticas biomédicas, em nome de uma higienização padronizada, em nome de uma delimitação e diferenciação ontológica daquilo que é universal, Uno, e do que é “resto”. Nos termos Mbyá, o cordão umbilical não é uma parte inerte e descartável do corpo, mas é uma substância agentiva que contribui para que a criança cresça de forma saudável e seu *nhe'e* queira habitar esse mundo¹³⁹.

Nesse sentido, podemos inclusive pensar no umbigo como um *mediador* e não um mero intermediário que representa visões diferentes de corpo: ele produz a pessoa e produz agregados sociais distintos. Por um lado, se enfatiza a sua capacidade comunicacional e agentiva (inclusive com relação às divindades); por outro lado, há um esforço em “purificá-lo” como objeto inerte, ainda que seja justamente a *forma* do cordão umbilical que tenha agenciado novas práticas. Podemos remeter inclusive ao contraste apontado por Viveiros de Castro (2015, p.50), a respeito da diferença entre a prática de conhecimento ameríndia (que implica em um exercício de subjetivação permanente – de atribuir ou reconhecer o máximo de agentes e intencionalidades presentes) e o mundo naturalista da modernidade, onde o esforço seria no sentido contrário (de dessubjetivar o máximo possível, para assim poder conhecer). No caso do cordão umbilical parece curioso pensar, também, na agência da própria matéria (como a matéria *importa*¹⁴⁰), do quanto causou incômodo e perigo um cordão umbilical alargado que fugia ao formato “padrão”.

Sugiro, além disso, que a realização de um segundo procedimento sobre o corte que já havia sido realizado pela parteira está inserida em uma lógica de “domesticação da diferença”, implicada até mesmo nas políticas interculturais, que reflete a assimetria colocada na sobreposição de um sistema de conhecimento sobre outro. Ainda que as políticas públicas de

139 Poderíamos nos perguntar, inclusive, sobre o que esse saber-fazer mbyá-guarani teria a dizer à própria biomedicina frente a, por exemplo, novas “descobertas científicas” com relação às propriedades regenerativas de células-tronco no cordão umbilical?

140 Faço alusão aqui ao “How Matter Comes to Matter”, no texto de Barad (2003).

saúde indígena incluem no seu discurso o reconhecimento da “medicina tradicional”, nunca se chega a questionar os próprios parâmetros da biomedicina, calcada em uma lógica naturalista e biologizante. Dessa forma, a medicina tradicional só pode ser incorporada às políticas de saúde nos termos em que possa ser apropriada e acomodada segundo a grade conceitual e cosmológica da biomedicina. É por meio da biomedicina como ontologia política que se realiza a imposição do biológico como delimitante de um gênero e uma etnia sobre o corpo, não havendo espaço para outras concepções. Nesse contexto, “a saúde indígena passa a figurar como estratégia de captura do outro/alteridade e transformação no mesmo. A condição ontológica da diferença, do outro, que seria a condição mesma da alteridade, é suspensa e transformada em um mesmo, um mesmo diferente, porém esquadrihado” (Bernardes, 2011, p.162).

Conforme aponta Langdon (2013), a política de saúde diferenciada tem se caracterizado pela medicalização e instrumentalização da medicina indígena. Ao produzir uma “medicina tradicional” (no singular) homogênea e hegemônica, ela se propõe a “integrar” somente aquelas práticas reconhecidas pelo sistema biomédico como relacionadas à *saúde*, assim como passíveis de medir em termos de uma eficácia instrumental. Tal como na situação relatada, a realização do parto na aldeia pôde ser aceita (ainda que através de um esforço de convencimento) pela equipe de saúde, em termos de um “reconhecimento do tradicional”. Mas a indiferença com relação ao cordão umbilical reflete o quanto as práticas que não cabem no imaginário biomédico como referentes à “saúde” são simplesmente ignoradas ou classificadas como equivocadas e potencialmente perigosas. Esse “reconhecimento” da política diferenciada não dá conta do quanto a medicina indígena é muito mais abrangente do que a biomedicina, pois busca explicar também questões sobre a vida e a morte, e infortúnios, através de noções particulares mito-cosmológicas que não se reduzem ao corpo biológico-material, mas do corpo compósito-social (Langdon, 2013, p.24).

Sendo a “norma” baseada no formato ocidental consolidado de saúde e bem-viver, em cada ponto em que o “tradicional” possa questionar tais padrões, ele é chamado a adaptar-se. Assim, as políticas de saúde podem ser pensadas como um mecanismo de tornar o outro o mesmo, ainda que sob o discurso da diversidade cultural. Ou talvez seja exatamente o discurso da diversidade cultural que permita tornar o outro o mesmo, considerando o fato de que o multiculturalismo pressupõe como dado que a qualidade ontológica do ser é a mesma, sendo a diferença cultural uma questão social. Esse mesmo paradigma filosófico-conceitual é o que sustenta a suposta universalidade da biomedicina enquanto uma ciência “acultural”, no sentido de trabalhar com corpos enquanto ontologias dadas *a priori* – condição de um ser

orgânico, biológico, que apresenta certa anterioridade “natural” à intervenção cultural. Ou seja, revela o princípio *naturalista* que rege o pensamento ocidental, uma ferrenha crença na existência de uma natureza objetificada e estável, passível de intervenção e apreensão¹⁴¹.

Esse naturalismo que estrutura nossa epistemologia é o que rege as políticas de saúde, mas não somente elas. Nesse ponto, é possível fazer um paralelo entre as políticas de saúde e as políticas fundiárias, no sentido de que ambas funcionam através de uma lógica da territorialização da diferença. A primeira, através de uma biologização do corpo que demarca nos limites da pele as fronteiras de uma corporeidade outra. A segunda, através de uma demarcação espacial que estabelece marcos fronteiriços a uma territorialidade ampla que se sustenta sobre outras bases. Essa noção da natureza como algo dado, inerte e objetificado, se reproduz tanto na concepção do corpo biologizado, como no território circunscrito aos limites físicos.

O território, como o corpo e como um corpo, extravasa os limites da demarcação e estabelece um outro tipo de relação com o espaço e com aquilo que chamamos “natureza”. Da mesma maneira em que o corpo está em constante fabricação, o território também: é a relação com as alteridades que conforma o território. Assim como a biomedicina, a delimitação territorial também pode ser entendida como uma ontologia política que impõe limites cognitivos a um pensamento que se sustenta sobre outras bases, muitas vezes o que se evidencia é o mesmo que concluiu Santilli sobre o complexo processo de demarcação das terras Macuxi: os “limites territoriais eram, afinal, a materialização arrogante de um código jurídico estranho, indiferente aos Makuxi” (Santilli, 2001, p.124). Mas deixarei esse paralelo em aberto para desenvolvimentos futuros.

Considero, portanto, que não há como entender a profundidade do conflito inscrito na situação relatada, sem um certo aprofundamento nas formas ontológicas próprias do pensamento indígena de conceber o corpo, pois somente assim se tornará perceptível o quanto as políticas públicas não colocam em xeque os seus próprios conceitos. Ou seja, o parâmetro do biológico como universal – um humano, um mesmo corpo – não permite que se abarque a perspectiva de que para os indígenas os corpos são diferentes.

O argumento principal apontado por esse senhor para dizer que o corpo dos

141 Descola (2004) oferece uma boa conceitualização nesse sentido: “(...) el naturalismo produce un campo ontológico específico, un lugar de orden y de necesidad en el que nada ocurre sin una causa, tanto si esta causa se refiere a una instancia trascendente como si es immanente a la textura del mundo. En la medida en que el naturalismo es el principio rector de nuestra propia cosmología y que impregna tanto nuestro sentido común como nuestra práctica científica, se ha convertido para nosotros en un supuesto en cierto modo "natural", que estructura nuestra epistemología y, especialmente, nuestra percepción de los otros modos de identificación (Descola, 2004, p.32).

Guarani é distinto do dos brancos é que aquele tem que passar por uma série de cuidados em relação aos quais os brancos não se preocupam, e também é suscetível de doenças que só atingem os Guarani. Há uma série de cuidados a tomar para que não sejam vítimas dos ataques “daqueles seres que a gente não vê” (*jaexa va'e'y kuery*), ou da dominação daqueles seres que enganam” (*imbotavya kuery*). (Pierri, 2013, p.172)

Seguindo a proposta perspectivista (Viveiros de Castro, 2002), entendo que o pensamento ameríndio pode oferecer uma crítica ao pensamento ocidental por estar fundamentado em um viés filosófico-conceitual distinto. A dicotomia natureza/cultura não é apresentada como categoria de entendimento do mundo ameríndio, que estaria mais relacionado ao que seria um *multinaturalismo*: a dimensão da humanidade é estendida a outros domínios, ainda que em graus e formas distintos. Portanto, é possível problematizar a ontologia naturalista ocidental, ao partir do princípio de que o pensamento ameríndio se fundamenta em uma ideia não-biológica de corpo. A própria ontologia corporal não está dada previamente, ela tem de ser fabricada. Sendo assim, os corpos humanos e generificados somente serão conformados ao longo da vida, em relação às alteridades com as quais entrarem em contato. Como bem sintetiza Pradella (2009):

A pessoa ameríndia é composta, em seu corpo, por diferentes partes, influências e substâncias, afetos e resíduos, de origens distintas que, ao se reunirem, vão conformá-lo. (...) Estas “substâncias” conformantes da pessoa não se limitam ao âmbito humano, tendo origem também em outras entidades e seres do cosmos com os quais coabita: uma ampla gama de diferentes *outros*. (Pradella, 2009, p. 70)

O corpo, portanto, não é nem biológico e nem simples suporte de identidades e papéis sociais. Ele é ativo na produção de ontologias, assim como está absolutamente articulado com concepções cosmológicas: o corpo é a sede da perspectiva. Conforme McCallum (1998), “tudo se orienta em relação aos corpos das pessoas, vistos sempre como agentes/atores que agem sobre outros agentes, e não como organismos estáveis ou acabados, sítios de pontos de vistas fixos” (p. 4). O corpo não está circunscrito aos limites da pele, mas se estende por toda essa rede de relações que o atravessa; ele é permeável e compósito. Sendo assim, nenhum corpo está acabado, ele precisa ser trabalhado, fabricado, diferenciado dos outros corpos para garantir sua particularidade *humana*. Somente através do mundo relacional (que inclui humanos e não-humanos, grupos de parentesco e comensalidade, etc.) que é possível *fazer-se pessoa*. Essa condição não está dada na “natureza” e nem é estática¹⁴².

142 Strathern (1997) problematiza a noção ocidental de corpo entendido enquanto um todo integrado, substancial, que seria socializado pela cultura, ao contrastá-lo com as expressões corporais melanésias, nas quais “as imagens do corpo sugerem tanto disjunção como conjunção social. Onde, com efeito, cada corpo é composto de diferentes identidades; onde os corpos não pertencem às pessoas, mas são compostos das

Nesse sentido, assim como o conceito de *raça*, o conceito de *corpo* tem uma origem histórica e substrato conceitual enraizado em uma matriz de pensamento ocidental (especialmente fundamentada pelas ciências humanas e sociais), que não se assemelha em nada ao conceito ameríndio. Segundo Viveiros de Castro (2002), não se trata de “uma outra visão de um mesmo corpo, mas um outro conceito de corpo, cuja dissonância subjacente à sua ‘homonímia’ com o nosso é, justamente, o problema” (2002, p.140). Nesse sentido, é preciso colocar em xeque certos pressupostos dados de antemão, como as divisões natureza/cultura, indivíduo/sociedade, corpo/espírito e a universalização de uma humanidade pré-determinada enquanto *espécie*¹⁴³. Em termos ameríndios, são as relações que conformam a pessoa enquanto humana, através da associação a certas potencialidades e não outras¹⁴⁴.

Os corpos, nesse sentido, saem do plano circunscrito do *indivíduo* e são constituídos ao longo de toda a vida, incorporando e destituindo-se de certas capacidades/afecções, em um constante processo de *devir* – mais do que *ser* – pessoa. Uso esse conceito de devir buscando fugir da ideia de uma *identidade substancial* tanto de gênero como de sujeito, considerando as possibilidades de que devires múltiplos e contraditórios atravessem os corpos, marcados tanto pelo plano do desejo como da relação com outros sujeitos: são esses devires que compõem a pessoa e, conseqüentemente, conformam o seu gênero. Pode-se sugerir, assim, que na dinâmica de fabricação dos corpos é através da experiência pessoal – do que se come, com quem e como se relaciona – que se agencia a pertença a um dos gêneros (Prates, 2009, p.72).

No período da gravidez, por exemplo, tanto a mulher mbyá grávida como os seus parentes mais próximos precisam se cuidar seguindo uma série de prescrições e restrições de comportamento, alimentação, procedimentos rituais, que definem as substâncias saudáveis e perigosas de entrar em contato. O cuidado se aplica ao grupo de comensalidade, pois a

relações das quais uma pessoa é composta” (Strathern, 1997 p.30). Nesse ponto, acredito que podemos aproximar as discussões melanesistas e americanistas.

143 A partir de seu trabalho junto aos Candoshi no Alto Amazonas, Surrallés aponta para outra noção de pessoa que está diretamente ligada ao processo de constituição dos corpos, afirma: “(...) no existe una definición que establezca un límite ontológico a la noción de persona. En todo caso, este límite no se corresponde con el de la definición de humanidad universal propia del pensamiento occidental, que incluye solo a los miembros de la especie humana. En realidad, la diferencia de especies, o mejor dicho, la diferencia morfológica de cuerpos, no es el signo de una diferencia de esencia sino de una distinta intensidad intencional, es decir, de una diferencia en la capacidad de percibir y de actuar. Las facultades afectivas y las disposiciones para la acción hacen que un Cuerpo adquiera una determinada forma” (Surrallés, 2004, p.144).

144 “What I refer to here as a biological notion of the body relates above all to its proximity to a notion of humanity defined by the biological concept of species rather than the indigenous concept of the human. Hence although the idea of a body under continual fabrication contains in itself the notion of transformation, when this dimension is explored the ethnographic focus is generally restricted to the universe of those we conceive as humans. Here we have seen that an appreciation of the indigenous point of view on humanity – which ceases to be a category in becoming a position to be occupied alternately by different types of beings – produces a radically different analysis in which processes of transformation become pre-eminent and where the instability of the body and the impossibility of its totalization emerge as central dimensions” (Vilaça, 2005, p.460).

extensão do corpo da mulher grávida inclui essa rede próxima de parentes. Os limites do corpo, assim, não são os limites da pele, o dentro e o fora assumem perspectivas distintas e a gravidez deixa de ser uma experiência individualizada daquela “mulher”.

Nesse sentido, poderíamos sugerir uma concepção antiorganicista de corpo que estaria baseada na transferência de afetos, “o corpo pensado como um “feixe de afecções” e, portanto, a partir de suas capacidades e não de sua composição fisiológica” (Pierri, 2013, p.216), inclui assim tanto um plano vertical de relação com as divindades, quanto um plano horizontal, em que a relação com os diversos afetos implica em uma cosmopolítica cotidiana de composição da pessoa mbyá. Voltando à história do cordão umbilical, podemos pensar o quanto é a própria materialidade do colar que indica ao *nhe'e* da criança que fique neste mundo (e não sua capacidade representacional). Da mesma forma, a placenta deve ser enterrada junto a casa onde a criança vai morar, pois ela é capaz de agir no corpo da criança de modo a indicar ao *nhe'e* seu caminho, para que ele saiba viver no mundo em que veio.

A concepção de uma pessoa, na mesma direção, parece ser mais que o resultado direto de uma relação sexual entre um ser do sexo masculino e outro do sexo feminino que resultaria na produção de um embrião humano e sexuado. Segundo os Mbyá, o nascimento de uma criança seria o resultado da relação de um grupo de parentesco com um grupo de divindades, em que está colocada uma relação de dádiva (Assis, 2006), na qual os segundos decidem enviar um *nhe'e* para o plano da terra imperfeita/perecível. É através do sonho que se informa sobre a concepção: um dos familiares deve sonhar com um pássaro para que se saiba que há uma criança enviada pelas divindades a caminho¹⁴⁵.

Da mesma forma, quando se escuta o “oiiim” do pássaro chamado de *mitã jaryi* (que pode ser traduzido como parteira¹⁴⁶), sabe-se que há alguém grávida na casa. Duas vezes, uma na *Tekoá Koenju* e outra em minha casa em Porto Alegre fui surpreendida pela atenção de Ará aos sons que nos circundavam. Estávamos conversando sobre um assunto qualquer em minha casa, quando ela de repente ficou em silêncio e disse: “escuta”. Depois de alguns segundos tratando de entender ao que ela se referia, frente aos diversos ruídos da casa e da rua, ela complementou: “é *mitã jaryi* cantando, alguém deve estar grávida por aqui”. Sorri, era a segunda vez que ouvia o comunicado desse pássaro tão belo, mas que somente o ouvido de

145 Um jovem mbyá explicou-me uma vez que enquanto as divindades se reúnem (em uma espécie de assembleia) para decidir qual morada enviará o *nhe'e* para a terra imperfeita, as divindades *juruá* simplesmente jogam as almas dos brancos, como sementes ao vento. É por isso que muitos *juruá* acabam desorientados sobre a que vieram a este mundo, assim como é pelo mesmo motivo que há muito mais brancos do que mbyá na terra.

146 Essa expressão se relaciona a uma denominação de parentesco: *-jaryi* também se refere à avó. Estaria, assim, remetendo a uma condição de humanidade anterior deste ser que hoje vemos como pássaro? Estudos futuros poderiam aprofundar essa relação com o perspectivismo ameríndio.

minha amiga Ará era capaz de identificar.

Semelhante ao canto de um pássaro, também os cantos de ninar das mães aos seus bebês contribuem no processo de constituição do corpo da criança. Com uma melodia suave e um tom agudo, essas canções vão contando histórias das divindades, assim como apresentando – um a um – os seres que compõe o cosmos. “*Toke na mitã...*” (durma o nenê) é como inicia uma das canções que Ará cantou para mim, como costumava fazer para seu filho e sobrinhas. Ajudam a desenvolver a personalidade do bebê, pois os cantos - como explicou-me Vherá - são como “conselhos entoados”.

A alimentação também é de extrema importância na produção dos corpos desde o nascimento, ou mesmo antes dele. Desde a menarca, uma série de cuidados vão sendo tomados a fim de fabricar um corpo feminino passível de engravidar, de ter um parto rápido e sem complicações (ver nota 131). Durante toda a gestação, mas principalmente no período pós-parto, é preciso realizar uma dieta bastante restrita, pois os alimentos consumidos pela mãe (assim como suas ações e as do pai da criança e outros familiares) afetarão diretamente a criança, produzindo-a. Assim como o “*mbyta*¹⁴⁷ alimenta o espírito”, o consumo da carne nesse período pode acarretar o adoecimento da criança ou dos parentes próximos. Não é por acaso, assim, que uma das maiores preocupações da mãe de *Yva* (no relato anteriormente descrito) quando teve seu filho no hospital foi “a dieta”. Diversas vezes, as Mbyá me relataram que praticamente não comeram durante os dias no hospital, pois os alimentos eram demasiadamente “pesados”.

Explicaram-me que comer carne faz com que a criança adquira alguns hábitos que o animal tem. Se comer carne de porco, por exemplo, ao crescer a criança pode ter tonturas e até mesmo convulsões, pode adquirir o hábito de roncar, assim como outras coisas consideradas doenças¹⁴⁸. Na mesma fala em que me explicou que “é preciso ter todos esses cuidados na amamentação”, Vherá Poty apontou que “o sangue dos pais é a criança”. Essas duas afirmações juntas parecem sugerir que o corpo é conformado tanto pelo sangue dos pais e pela relação de consanguinidade com as divindades, quanto pelas capacidades agentivas daqueles seres com quem se transfere afetos, uma cossustancialidade que não se restringe ao

147 O *mbyta* é como um bolo de milho, feito com milho verde ralado, enrolado na folha de bananeira e assado nas brasas. Faz parte dos alimentos deixados pelas divindades, de modo que comê-lo alegra o *nhe'e* e fortalece o espírito, como me explicou Verá Poty numa tarde, enquanto comíamos o *mbyta* recém saído do fogo.

148 Assemelha-se, nesse sentido, a definição de corpo jivaro recuperada por Pierri: “[O parto] combina um certo número de proibições alimentares, tanto para a mãe como para o pai, fundadas sobre um princípio de analogia concernente à aparência ou o comportamento da coisa consumida: comer carne de tal animal induziria a um achatamento do crânio da criança, uma inclinação pela preguiça etc. Essas deformações físicas e morais seriam imputáveis a uma transmissão de atributos pelo viés das substâncias corporais [...]” (Taylor *apud* Pierri, 2013, p.179).

campo dos humanos (mbyá) ou do doméstico, incluindo também a relação com os animais, espíritos e mesmo com os brancos¹⁴⁹.

Essa perspectiva me ajuda a pensar sobre a afirmação de Ará de que nossos corpos se assemelhavam mas não eram o mesmo, assim como o seu corpo era diferente daquele de suas avós. Explicou-me que durante a menstruação não se pode comer doce, assim como também são restritos os alimentos muito salgados ou temperados. Antigamente, as mulheres seguiam muito essa dieta e por isso tinham partos saudáveis e uma menstruação adequada (sem cólicas e com duração de no máximo três dias), explicou-me. Quando está menstruada não pode cozinhar, nem tomar banho de rio; melhor é não se afastar muito da casa, pois é um momento de maior abertura aos seres invisíveis. O cheiro exalado do sangue atrai esses outros seres e a mulher fica mais vulnerável às doenças trazidas com eles.

Um dia estávamos comemorando o aniversário de Kuaray e havia um bolo de ovos moles que uma professora (de visita) havia trazido. Ofereceram-me o bolo, mas seu outro irmão disse-me, com um tom um tanto jocoso: “você não pode, está com preguiça dobrada”¹⁵⁰. Antes de responder, virei para Ará com um olhar de dúvida e cumplicidade, pois naquele mesmo dia ela havia me interditado de cozinhar pois sabia que eu estava menstruada. Mas, então, ela disse: “você é da cidade, você pode comer, não vai fazer mal”.

Lembro-me que uma conversa semelhante ocorreu alguns anos atrás, em uma de minhas primeiras visitas à aldeia Tekoá Porã, no Salto do Jacuí/RS. Era uma noite bem fria, em setembro de 2010, estávamos na volta da fogueira, eu e dois colegas da universidade, o irmão e o filho de Ará, e um outro amigo mbyá. Perguntei se o corpo do guarani era igual ao do *juruá* (não-indígena). Riram e um deles respondeu que sim, “o corpo é igual”, com um certo tom de obviedade. Enquanto pensava sobre a inadequação de minha pergunta, contudo, o outro jovem mbyá ali presente interrompeu e fez uma ressalva dizendo: “sim, o corpo é igual, mas o sangue é diferente”. Explicou que o sangue do branco é mais grosso, mais forte que o do Guarani, o do Guarani é mais fino e puro. Disse que todos têm sangue diferente, os Mbyá, os juruá, os Pongué (Kaingang), cada um tem um tipo de sangue. E quando um tipo entra em contato com o outro pode ser perigoso. O sangue do branco, por exemplo, é mais forte e pode contagiar o sangue mbyá, relatou.

Seguindo nessa conversa sobre a diferença de sangues, ele deu o exemplo da vacina:

149 Referindo-se às restrições pós-parto em diferentes grupos ameríndios, Vilaça considera que: "By observing taboos, the parents avoid this kind of symbiosis [com animais] while they finish making the child's body similar to their own. This fabrication occurs especially through a commensality mediated by the mother's milk and by the circulation of substances directly between their bodies" (Vilaça, 2002, p.357).

150 *Xeate'y jo'a* (estou com preguiça dobrada) é uma das formas de referir-se ao período de resguardo que acompanha a menstruação.

“A vacina é a pior coisa”. Todos mbyá ali presentes enfatizaram o quanto não gostavam de tomar vacina, ainda que os médicos insistissem que era importante para a saúde. “A vacina é a pior coisa, porque ela transforma o sangue do mbyá”. Olhou-nos pensativo e perguntou: “Mas o que é a vacina afinal? Para quê se toma? Como funciona?”. Um de meus colegas, que além de aprendiz de antropólogo era biomédico, tomou a palavra e logo disse, em tom explicativo, que era “uma forma atenuada das doenças, como uma doença bem fraquinha, que se coloca no corpo da pessoa para que o corpo aprenda a se defender dela, e daí a pessoa fica imune, não vai mais ter aquela doença”. O jovem mbyá riu e disse “ah, agora entendi, é que nem os antropólogos: uma versão fraquinha dos juruá”.

Estas duas conversas me fizeram pensar sobre a forma como meu próprio corpo entra para a linguagem de produção da pessoa mbyá, e do quanto me desloco e recoloco a partir dessa reversibilidade. É interessante perceber como minha posição (um tanto instável) de mulher da cidade e antropóloga me colocam nesses modos de produção de proximidades e distanciamentos, que são menos uma lista de prescrições e mais que nada um conhecimento que ganha forma na prática. Nossa semelhança não está em sermos uma mesma espécie humana, ou partilharmos de um mesmo corpo ou sexo. Ela faz parte de todo um processo de estabelecimento de relações, em que se dá a produção de diferentes pessoalidades, que tampouco cabem a modelos binários restritivos – como podemos observar na heterogeneidade de formas e corpos mbyá, assim como de formas e corpos não-mbyá¹⁵¹.

A forma com que se faz referência ao sangue e à dieta nessas falas parecem remeter à concepção anti-organicista do corpo mbyá que mencionei anteriormente, a qual ressalta o caráter substancial e ao mesmo tempo volátil das propriedades que o compõe. Parece reforçar-se, nessas conversas, a dimensão relacional da produção do corpo, assim como as operações diferenciadoras que vão tomando forma nessa linguagem. Podemos pensar o quanto outros elementos vão sendo incorporados na linguagem corporal, na medida em que pareçam interessantes no processo de produção da pessoa mbyá.

Seja através da administração de medicamentos (o remédio-iogurte das crianças, a sacola de medicamentos pendurada ao lado da cama de *Yva*, assim como a vacina), seja através da administração de novas relações (com antropólogos, agentes e profissionais de saúde), podemos pensar na entrada de novos elementos para a dinâmica da produção dos corpos mbyá. Acredito, assim como sugere o trabalho de Pierri (2014), que certos elementos e

151 “Isso significa abarcar diferentes humanidades constitutivas de uma sociocosmologia ameríndia onde o entendimento de corpo não decorre de uma forma fixa, mas, sim, de uma noção derivada da necessidade de intervenções contínuas. Fazer-se enquanto corpo-pessoa mbyá demanda investimento em manter sua forma.” (Prates, 2009, p.11).

narrativas são acomodadas na cosmologia guarani segundo um complexo sistema de relações de diferenciação, em que “[a] tecnologia dos brancos, suas cidades, sua religião, seus animais domésticos, seus campos e pastos, tudo isso encontra lugar nas elaborações cosmológicas dos Guarani, a partir de um sistema de contrastes” (2014, p.267). Essa premissa nos ajuda a pensar a forma com que o parto hospitalar, os exames de ultrassom e as consultas médicas são acomodadas na cosmologia mbyá, através de um processo constante de estabelecimento de diferenças. Humanos e não-humanos são chamados a fazer parte dessa linguagem.

Além da menstruação, o período da gravidez e pós-parto são especialmente arriscados, necessitando o engajamento com uma série de prescrições e restrições especialmente na manutenção de “boas” relações com as diversas afecções implicadas na produção do corpo da pessoa por nascer. Não é por acaso, assim, que na visita domiciliar à casa de *Yva* (no relato anterior) ela estava deitada em uma cama alta e “escondida” por cobertores, para evitar que fosse vista por esses tantos “outros” que não vemos. Poderíamos sugerir, assim, que nesse período da gestação, parto e pós-parto se vê atualizado o que Pradella (2009) resalta como o duplo caráter do xamanismo mbyá-guarani – vertical e horizontal – no que diz respeito a relação com as divindades (vertical), mas também com os animais, plantas, pedras e humanos (horizontal). Justamente por essa razão, os “riscos” estão colocados tanto no plano vertical quanto horizontal e é preciso muito cuidado nesse processo de transferência de afetos. Potência e perigo parecem caminhar juntos, de modo que a relação desmedida com certos outros pode acarretar sérios riscos – da transformação à morte¹⁵².

Esta apresentação da discussão sobre corpo e pessoa entre grupos ameríndios, ainda que breve, nos provoca a pensar sobre a existência de dois *corpos*: um corpo da política pública – um corpo legal, institucional, individualizado, generificado e biologizado – e um corpo Mbyá-Guarani – um corpo experiencial, composto, inacabado, atravessado por relações com humanos e não humanos¹⁵³. Cada um deles está inserido em uma matriz filosófico-conceitual distinta e de certa forma são irreduzíveis um ao outro, porque cada um é ontologicamente completo em si mesmo. Contudo, o problema surge quando um desses pensamentos trata de englobar o outro, de intervir sobre ele através da imposição dos seus

152 Referências a essa capacidade transformacional dos corpos são abundantes na etnologia ameríndia. Justamente a possibilidade de “troca de perspectivas”, de assumir perspectivas outras através de transformações corporais, é uma das chaves de do perspectivismo ameríndio (Viveiros de Castro, 2002). Para um maior aprofundamento na etnologia mbyá-guarani, ver: Pierrri (2013), Heurich (2011), Huyer (2014), Prates (2009;2013).

153 Uso essa ideia como um recurso heurístico, não pretendo reduzir a multiplicidade de corpos a um modelo binário. Reconheço a complexidade de cada matriz conceitual, mas não pretendo dar conta de nenhuma delas em sua totalidade. Acredito que apresentá-las nesses termos nos permite esse estiramento da história para evidenciar um conflito para além do plano Político da “diferença cultural”.

pressupostos como universais. Essa tentativa de transformação do outro ao seu próprio espelho é característica da lógica *binária* que rege o pensamento ocidental-colonial, em que “os outros tem que ser explicados, traduzidos, comensurabilizados, processados pela operação racional que os incorpora à grade do universal. O que não pode ser reduzido a ela, permanece como sobra e não tem peso de realidade, não é ontologicamente pleno, é descarte, incompleto e irrelevante” (Segato, 2010, p.22)¹⁵⁴.

Quanto ao parto anteriormente descrito, pode-se problematizar o quanto as práticas biomédicas podem afetar a rede de relações que conforma a criança, assim como a própria saúde daqueles envolvidos. Tirar a criança de sua “comunidade de substância”¹⁵⁵ exatamente no momento em que acaba de nascer é como tirar o órgão de um corpo, pode acarretar em riscos graves para a sua saúde e a de seus parentes. Conforme mencionei anteriormente, o entendimento ocidental parece posicionar os “riscos” em outro plano: aquele indivíduo que acaba de nascer precisa ser imediatamente *incorporado* ao Estado, no sentido de tornar-se um dado estatístico para aquilo que é concebido como “população nacional”. Talvez o mais “arriscado” para essa lógica biomédica e biopolítica, que opera no sentido de manter o controle meticuloso sobre os corpos através da produção de dados (peso, tamanho, carga genética, sexo, tipo sanguíneo, entre outros), é perder o registro daquele nascimento, não realizar o início do processo de esquadramento daquele mais novo “cidadão”.

Para finalizar este subcapítulo e passarmos para os próximos relatos, remeto a uma citação provocativa sobre o contraste entre cosmopolíticas, através de suas formas distintas de posicionar os Outros:

O encontro ou intercâmbio de perspectiva é um processo perigoso, e uma arte política - uma diplomacia. Se o multiculturalismo ocidental é o relativismo como política pública (a prática complacente da tolerância), o perspectivismo xamânico ameríndio é o multinaturalismo como política cósmica (o exercício exigente da precaução). (Viveiros de Castro, 2015, p.50).

154 No original: “los otros tienen que ser explicados, traducidos, conmensurabilizados, procesados por la operación racional que los incorpora a la grilla universal. Lo que no puede ser reducido a ella, permanece como sobra y no tiene peso de realidad, no es ontológicamente pleno, es descarte, incompleto e irrelevante” (Segato, 2010, p.22).

155 Cabe apontar que a ênfase na “substância” faz parte de uma corrente nos estudos do parentesco que recoloca a posição da biologia e das teorias da descendência, enfatizando a importância dos processos de produção dos corpos, através da “cossustancialidade”. Vilaça (2002, p.348) resume essa proposta teórica e suas principais expoentes: “Consubstantiality, located in this new body, was no longer a relation determined by birth, but a condition being continuously produced through acts of sharing, particularly of foods (Carsten 1995; Rival 1998) and mutual care (McCallum 1998; Overing & Passes 2000)”.

3.3 Os riscos do *nhe'e* se perder ou ser levado

Ará tinha 15 anos e estava grávida de seu primeiro filho. Não estava casada, vivia com a sua mãe, em uma terra indígena distante da cidade. Ela costumava não sair muito da aldeia, se comunicava praticamente apenas em guarani. Contou-me que esperava que sua mãe realizasse o seu parto, como já havia feito os de sua irmã mais velha e de outras meninas da comunidade. Mas as coisas não ocorreram como o previsto. Estourou a bolsa e Ará não sentia as contrações. Sua mãe a examinou e disse que não sabia o que estava acontecendo, avaliando que seria melhor chamar a ambulância e ir ao hospital. Assim o fizeram. Ará foi ao hospital e logo lhe deram um soro com anestésico, fazendo com que ela rapidamente ficasse desacordada. Ela apagou e não soube mais o que acontecia até o momento em que acordou, com uma cicatriz na barriga e sem o seu bebê. Deparou-se com um berço vazio ao lado, não encontrando seu filho na sua volta.

Preocupada, olhava para os lados, mas não encontrava nem a sua mãe e nem o seu filho recém-nascido. Perguntou para a enfermeira e ela lhe disse para esperar, aguardar com calma, mas sem passar-lhe muitas informações sobre a criança. Foi então que apareceu a sua mãe com o bebê no colo. Aliviada, Ará logo pegou o bebê nos braços e sua mãe lhe contou rapidamente o que tinha ocorrido, dizendo-lhe que deviam sair dali o mais rápido possível. A mãe de Ará relatou que estranhou que o bebê tinha sido levado logo depois da cesariana e estava demorando muito para aparecer de volta. Sua filha seguia desacordada e a equipe médica não lhe falava nada sobre a criança. Preocupada, saiu a procurá-lo dentro mesmo do hospital. Por sorte, disse Ará, a avó encontrou o bebê justo quando já estava sendo levado pela enfermeira para os braços de outra mulher.

Frente ao meu olhar assustado com o relato, Ará explicou-me que lá era assim mesmo, que naquele hospital eles têm o costume de roubar bebês. Depois te dizem que a criança nasceu morta ou morreu logo no nascimento. Mas na verdade foi levada para outro lugar, para outra família. “Lá é assim, ainda mais com as crianças guarani. Eu mesma nem sabia o que estava acontecendo”, disse. A ida ao hospital salvara sua vida, mas quase ocasionou que perdesse seu filho. A cesariana deixou a marca até hoje, relatou, levantando sua blusa e mostrando a cicatriz que carrega em seu ventre: uma marca de aproximadamente 10 cm na vertical do umbigo ao púbis. Desde então, Ará não mais teve filhos.

Estávamos conversando, logo depois do almoço, sobre o tempo em que esse senhor mbyá (atual vice-cacique da aldeia do Bracuí) havia trabalhado na área da saúde, durante

40 anos de sua vida, passando pela FUNASA e chegando hoje na SESAI. Aproveitei o gancho da temática e perguntei-lhe onde estavam sendo realizados os partos, se na aldeia ou no hospital. Respondeu-me que ali na Tekoá Sapucaí a maioria dos partos seguiam sendo feitos na aldeia. Contando e nomeando, chegou a conclusão de que havia mais de oito parteiras na comunidade. Mas afirmou, receoso, que era difícil essa negociação com os médicos, que estavam sempre cobrando, dizendo que era muito arriscado fazer o parto na aldeia. “Falam em gravidez de risco, pressão alta, que tem que ir pro hospital senão a criança vai morrer, mãe vai morrer; mas as mulheres fazem em casa mesmo assim”. Nesse momento, Vherá soltou uma gargalhada e disse: “mal sabem eles que o risco maior é sair da aldeia, e não ter filho aqui!”. Rimos todos.

Em outro momento, perguntei-lhe que riscos eram estes. Vherá contou-me, então, a história do parto hospitalar de uma mulher mbyá que morava no Cantagalo, na época em que ele também vivia por lá. Relatou-me que ela foi ao hospital e aparentemente havia sido tudo bem no parto, os médicos lhe disseram que a criança estava “bem” e “saudável”. Sendo assim, já no dia seguinte recebeu alta e foi liberada para voltar à sua casa na aldeia. Passaram-se dois dias da volta do hospital e a criança faleceu. Ninguém entendeu o que havia acontecido. A equipe de saúde do local foi para cima da família mbyá perguntando-lhe o que haviam feito de errado, se a mãe tinha alimentado direito a criança, se cuidaram direito, pois não podia ser que a criança morresse daquele jeito. A família, aturdida, decidiu consultar o karai – não o mais conhecido, mas aquele que é mais fechado para o contato com os brancos – e ele lhes explicou o que havia acontecido. Relatou que no hospital, entremeio a tanta gente, a tantos espíritos perdidos, desorientados, o *nhe'e* da criança acabou sendo levado por dois outros espíritos. Assim foi que se perdeu, não soube mais voltar para a casa e agora já nada mais poderia ser feito. Foi por isso que faleceu a criança. “Mas os brancos não entendem”, disse com um tom resignado.

Ele explicou-me, então, que tem muita coisa invisível ao olhar dos brancos e que são importantes para a saúde da criança. “Não adianta estar *cherosinho*, *limpinho*, tomar banho toda hora, como fazem no hospital, para a criança ficar bem”, falou. Uma série de cuidados são necessários (por parte da mãe, pai e outros familiares também) que não se limitam ao parto, mas se estendem ao longo de toda vida da criança. Explicou-me que se faz um *cestinho* (para a menina), ou um arco e flecha pequeno (se for menino), para o *nhe'e* saber ficar naquela casa, com seus parentes. Os mesmos artefatos que serão levados para a *opy* (casa cerimonial) no momento da cerimônia de nomeação da criança. Além disso, é preciso enterrar um pedacinho da placenta no pátio da casa, onde a criança brinca, para ela

*aprender a brincar ali, ficar tranquila, para o *nhe'e* dela não se perder. Disse: “no hospital é diferente, eles tiram e jogam tudo fora; é como objeto, não entendem que é importante para saúde espiritual da criança, que não é só carne”.*

Considero que esses dois últimos relatos nos trazem ainda mais elementos para pensar a cosmopolítica cotidiana em habitar um mundo que oferece potência e perigo aos corpos, tanto no plano vertical como horizontal. Repleta de riscos imanentes a esses planos cósmicos indissociáveis, a existência na terra imperfeita/perecível depende assim de uma série de investimentos, práticas no sentido de “fazer a vida durar” (Pissolato, 2007). Como essas histórias parecem sugerir, vai depender da vontade do *nhe'e*, de como é recebido e acolhido, das relações/afetos que estabelece, a sua permanência e duração nessa terra. Pois “há sempre também a possibilidade de que seu *nhe'e* não queira ficar. Tal qual diria qualquer Mbyá adulto que se desloca de um lugar a outro, só se pode saber da própria satisfação em um novo local para onde se muda com a própria experiência de viver nele” (Pissolato, 2007, p.290).

Voltando à ideia de corpo anteriormente abordada, podemos pensar em termos da sua potencialidade enquanto atravessamento de afetos. Dessa forma, parecem ser os efeitos das ações e das substâncias trocadas que produzem o corpo da pessoa, tendo a capacidade de orientar o *nhe'e* no mundo, para que não se perca por qualquer caminho¹⁵⁶. Os cuidados com relação ao *nhe'e* (as prescrições e restrições alimentícias, sexuais, de conduta, entre outras) não são como uma normativa que ao ser seguida impecavelmente estaria garantida a saúde da criança. Essas diferentes práticas de fabricação do corpo e da pessoa mbyá parecem ser menos uma lista de regras a serem cumpridas e mais uma forma de conceber e posicionar relações, seres e perspectivas, a partir da experiência vivida.

Frente ao que Vilaça (2005) conceitua como uma “instabilidade crônica dos corpos ameríndios”, me parece que a humanidade não está garantida no nascimento e a pessoa nunca estará completa, seu corpo não sendo passível de uma totalização. Não é apenas na fase inicial da vida, assim, que a pessoa está sujeita ao risco do *nhe'e* se perder. Por mais que já tenha sido assentada no corpo, este seu assento não garante uma finalização da produção corporal da pessoa. Especialmente em momentos como a transição à puberdade, a gravidez e o pós-parto, o corpo exala um aroma que atrai certos espíritos, que podem seduzir a pessoa e fazer com que sua alma se perca, chegando a estados graves de saúde. Conforme Cebolla Badie (2015):

As prescrições alimentares que informam sobre os perigos que existem na

¹⁵⁶ O *nhe'e* aqui parece tanto exterior como componente do corpo, deslocando uma ideia de corpo/alma em termos dicotômicos ocidentais. Não me aprofundarei neste ponto, mas essa vem sendo uma discussão cara à etnologia (ver Viveiros de Castro, 2002; Vilaça, 2005; Taylor, 2012; entre outros).

interação com as alteridades da floresta, tanto animais e vegetais quanto entes extra-humanos, se repetirão ao longo das suas vidas em situações de passagem, como a gravidez, o nascimento dos filhos, o pós-parto e a síndrome de couvade, entre outros. Assim como ocorre em outros grupos ameríndios (Vilaça 2002), entre os Mbya a maior parte dos cuidados que devem ser observados nos diferentes períodos da vida é destinada a fixar a alma no corpo, sobretudo nos recém-nascidos e na primeira infância, ou a impedir sua partida mais tarde. (Cebolla Badie, 2015, p. 29)

Poderíamos sugerir, assim, que os Mbyá nos oferecem um mundo em que o processo de humanização (que implica em diferenciação) não chega nunca a seu fim, e a produção da pessoa está diretamente ligada a uma cosmopolítica na qual é preciso muito cuidado em administrar as relações – estabelecendo proximidades e distâncias com os diferentes seres que povoam o cosmos¹⁵⁷. Nesse sentido, o hospital – assim como a floresta – parece entrar na linguagem mbyá como um espaço potencialmente interessante e perigoso que produz vida, mas também desentendimento e morte. As histórias relatadas parecem sugerir que os brancos também aparecem enquanto subjetividades “outras” que exigem uma série de cuidados na forma de estabelecer relações, pois suas práticas de produção de pessoas são arriscadas: tanto no sentido de fazer com que a criança não seja a *mesma* (como na história do umbigo), como que ela seja *levada* por esses humanos-outros.

Nos últimos dois partos relatados, parece estar em jogo o risco da perda de um parente, a possibilidade da criança ser raptada, da sua transformação em “outro” - um tema recorrente nas cosmologias ameríndias¹⁵⁸. Estão colocados os riscos das influências externas no acolhimento e permanência deste novo ser. No parto de Ará, podemos pensar o quanto a cesariana “salvou” sua vida, mas quase acarretou a perda de seu filho para os brancos. Ele só foi trazido de volta ao mundo mbyá pela ação de sua avó materna, desencadeada pela desconfiança com relação à intencionalidade daqueles outros a sua volta. No segundo relato, parece que as influências do ambiente hospitalar ofereceram um risco ao *nhe'e* da criança que acabou sendo irreversível. O caráter volátil de seu *nhe'e* neste período fez com que acabasse se perdendo de seus parentes e partindo para outro plano, sendo levada por certos seres que não vemos. Recuperando a importância do parentesco nesse processo, cabe lembrar o quanto

157 Sobre esse processo de produção do corpo humano ameríndio, Vilaça afirma: “kin-making activities focused on the construction and modification of bodies, so well described by Americanist ethnologists, not only relate to the domestic group but also to *this wider universe of subjectivities including animals and spirits*” (Vilaça, 2005, p.450).

158 Conforme Pissolato (2007, p.250): “A disputa por indivíduos que se deseja aparentar é um tema central das cosmologias ameríndias. Como observa Fausto: (...) “humanos e animais estão imersos em uma rede sociocósmica onde se disputam potencialidades de existência e capacidades reprodutivas (em sentido amplo) [na qual] a oposição fundamental não é entre ser ou não ser humano, mas sim entre ser ou não ser parente (e entre ter ou não ter parente) (...) Nesse universo (...) humanos ou não-humanos (...) procuram capturar pessoas para transformá-las em parentes (Fausto, 2002b, p.14)”.

estar ao lado dos parentes e de outras afecções que confortam, tranquilizam e alegram é que faz com que o *nhe'e* queira ficar.

Os estados de estar alegre, de deixar o *nhe'e* contente, são providenciais para a saúde da pessoa, chamando a atenção para o quanto as emoções também entram para essa linguagem corporal de produção dos corpos. Não sob o marco de uma expressão subjetiva interna, mas à semelhança de outras “substâncias agentivas” através das quais o corpo da pessoa se produz. Sendo assim, estados de excessiva tristeza, saudade, ciúmes e raiva (por exemplo) podem levar a um descontentamento e decorrente afastamento do *nhe'e*, produzindo ações inesperadas de uma dada pessoa. Conforme aponta Pissolato (2007):

Não desagradar a alma da criança durante a gestação e agradá-la a partir do momento em que se manifesta como vivente, esta é a regra fundamental do cuidado aos que nascem. Agir, enfim, em prol da alegria daquele ou daquela que vem pisar a terra é o que mobiliza ou deve mobilizar seus parentes, particularmente seu pai e mãe, que irão, por sua vez, se alegrar e “fortalecer-se” (*mbaraete*) com a presença da criança que recebem (Pissolato, 2007, p. 275).

Nutrir os estados de alegria é importante na gestação, mas faz parte de toda a vida da pessoa, sendo uma preocupação cotidiana. Nas viagens que fiz junto aos Mbyá, umas das perguntas recorrentes nos primeiros momentos de chegada a uma aldeia era se estávamos contentes (*-vy'a*). As visitas que fizemos aos parentes de Ará, assim como os encontros ao longo da viagem com Vherá, foram momentos propulsores desses estados de bem-estar para os viajantes, assim como para os anfitriões. Como mencionei na introdução desse trabalho, minha etnografia foi bastante marcada pela alegria das visitas, tanto nas minhas idas à *Tekoá Koenju*, como nos momentos em que os recebi em minha casa. A própria tradução que Vherá faz de *opy* (geralmente traduzida por casa de cerimônias), é “fonte da nossa eterna alegria”.

Isso não significa, contudo, que não haja tensões, conflitos, momentos incertos, tristes e incômodos. A ênfase dada à alegria pelos Mbyá, me parece diretamente ligada à constatação de que esta terra é imperfeita, perecível, repleta de males, perigos e riscos. Fazer a vida durar é um desafio que implica em administrar também essas emoções. Saber controlar os estados afetivos é importante não apenas para aquele que sente, mas para todos a sua volta, pois essas alterações nos estados afetivos da pessoa podem atingir, contagiar, os seus próximos.

Você está bem? Como dormiu essa noite? O que sonhou? Está se sentido bem hoje? São algumas das perguntas que povoam especialmente as rodas de chimarrão dos amanheceres na *Tekoá Koenju*. Estas e outras expressões são acompanhadas de uma delicada atenção aos estados de cada um da casa, a cada novo dia que desperta. Na casa de Ará, dormíamos todos em um mesmo cômodo, fazíamos juntos as refeições, a limpeza e cuidado

da casa, assim como outras atividades que povoavam nossos dias (ir ao rio, à escola, ao Posto ou à cidade, colher milho na roça ou fazer artesanato e desenhar-nos uns aos outros). Essa proximidade fazia com que qualquer detalhe da postura e hábitos de cada um fosse observado e interpretado com cuidado.

A constante tosse de um dos irmãos de Ará preocupou sua mãe, quem me chamou a acompanhá-la a buscar uma planta (*pipi*) para fazer-lhe chá no dia seguinte. A fome exagerada do filho de Ará levantava comentários (um tanto jocosos, mas não menos 'sérios' por isso) sobre a possibilidade de sua transformação – tanto em onça como em *pongué* (palavra mbyá para referir-se aos Kaingang) – este último também pelo fato de que ele estava namorando uma menina kaingang. Os horários e medidas de sono de cada um também eram fontes cotidianas de comentários. Minha reclamação de dor de cabeça, em um dos dias em que estive na aldeia, também resultou em que eu fosse indicada a fazer um tratamento que implicava em lavar a cabeça com folhas de uma árvore (*yvaró*), que o irmão de Ará foi buscar no mato, seguindo as instruções de sua mãe sobre onde estava localizada a planta.

Numa de minhas chegadas à casa de Ará, no início de outono, encontrei-a sozinha em casa. “Estava te esperando, ainda bem que você chegou porque já estou cansada de estar sozinha aqui”. Explicou-me que sua mãe viajara à Argentina e seus irmãos passavam a maior parte do tempo fora de casa. Vendera a televisão porque estava assistindo-a demais, mas agora sentia-se sozinha. Cheguei por volta das 20h, assim que ficamos conversando um pouco à beira da fogueira e logo nos deitamos. No dia seguinte, ela perguntou como eu havia dormido. Muito bem, lhe disse, aqui é muito mais silencioso que em minha casa em Porto Alegre. Ela, pelo contrário, não havia dormido nada aquela noite, disse: “mas você não escutou a música que ficou tocando a noite inteira?”. Neguei com a cabeça. Ela prosseguiu: “está o final de semana inteiro assim, sem parar a festa, não aguento mais; precisamos juntar-nos entre as mulheres e parar com isso, nem reunião está tendo mais na aldeia”.

Enquanto ela falava sobre suas preocupações, encheu novamente a chaleira com água para o chimarrão. Assim que a colocou sobre um dos troncos que mantinham o fogo aceso, na varanda de sua casa, a chaleira deslizou e derramou parte da água que havia dentro. Ará ajeitou-a e a acomodou novamente sobre duas madeiras, que se apoiavam mantendo as brasas do fogo acesas. A chaleira caiu novamente, agora derramando quase toda a água. Me olhou e disse: “vai aparecer um bêbado por aqui”.

Alguns minutos depois, chegou seu irmão embriagado na casa. Ará ofereceu-lhe um prato de comida e foi se deitar. Eu mantive-me sentada onde estava, ouvindo o que ele me

dizia, em português. Relatou sua preocupação com relação a ainda não ter filhos com sua esposa, que isso o deixava muito triste, sem saber o motivo do porquê era assim. Ará explicou-me, em outro momento, que isto acontecia porque eles não cuidavam direito de sua filha adotiva, que deveriam cuidá-la e amá-la como filha mesmo, para mostrar às divindades que cuidam bem. Somente assim as divindades mandariam um filho para eles, me explicou.

Enquanto comia, o irmão de Ará, pensativo, disse: “eu estou meio perdido, não sei bem que caminho seguir...”. Lançando-me um olhar investigativo, complementou: “na verdade acho que você é assim meio perdida que nem eu, não é mesmo?” Sorri e quando ia responder, ele seguiu falando: “minha sorte é que os deuses gostam muito de mim, e mesmo eu sendo assim, continuo sonhando”. Sonhar era um aviso que as divindades ainda lhe acompanhavam, indicando-lhe como prosseguir na vida. Um sinal de que sua conduta não havia afastado o seu *nhe'e*. Depois de um período de silêncio, ele disse: “está quente, vamos ao rio?”, respondi que não queria. Ele insistiu. Neguei outra vez. Quando voltava a insistir para irmos, a voz de Ará irrompeu de dentro da casa: “Rita, não quer descansar? E diz para o meu irmão ir dormir”. Eu lhe disse isso e entrei para a casa. Ele ficou sentado por mais alguns minutos, levantou-se e saiu em direção a “Boate Açude”, como apelidaram a casa onde estava havendo música, dança e bebida por longos dias.

Ele voltou no final da tarde à casa de Ará. Articulava pouco as palavras e ninguém lhe deu ouvidos. Apenas seu sobrinho, que caçoava de sua postura corporal quando embriagado. Foi, então, para sua casa – que estava vazia pois sua esposa e filha estavam viajando. Dois dias depois, ele ainda não havia saído de sua casa. A mãe de Ará já estava de volta na aldeia e acompanhei a conversa das duas sobre o consumo de bebidas alcoólicas de seu irmão. Relataram sua preocupação pelos longos períodos em que saía da aldeia, chegava tarde, e acabava dormindo demais, assim como deixando de se concentrar como deveria. Ao mesmo tempo, caçoavam das coisas que fazia e dizia quando estava embriagado. Ará, rindo, então disse: “não sei como as divindades o seguem guiando desse jeito”. Como eu iria embora nesse mesmo dia, fui até sua casa me despedir. Ele estava dormindo, eram em torno de 8h da manhã. Acordei-o, ainda que um pouco receosa. “Javyju” me disse sorrindo ao abrir a porta, e fomos juntos à casa de Ará, tomar chimarrão com sua mãe.

A preocupação de Ará e sua mãe me parecem menos no sentido de uma condenação moral e mais que nada parte dessa atenção e cuidado cotidiano com relação aos parentes. Conforme mencionei anteriormente, as ações e relações que se estabelecem nesta terra vão produzindo o corpo *mbyá* e, dentre estes afetos, está também o estado de embriaguez¹⁵⁹. Além

159 “Há sim, aqueles cujo desejo de beber é mais intenso, porém, antes de mais nada, é preciso matizar qualquer

disso, a própria conduta pode ser observada pelas divindades, quem decide ou não enviar uma nova criança para o casal, apontando também para o investimento mobilizado nas relações para que o *nhe'e* venha e queira ficar nesta terra.

Eu estava sentada a beira do campo de futebol, assistindo ao torneio que Vherá organizou para aquele final de semana. Estávamos na aldeia do Bracuí já fazia uma semana. Aproximou-se de mim um senhor mbyá, de aproximadamente 50 anos, que eu não conhecia. Sentou-se ao meu lado na grama. Nos apresentamos e ele me perguntou o que eu vinha fazer ali. Respondi que agora estava viajando com a minha turma de língua guarani, mas que também fazia mestrado em antropologia, sobre o tema da saúde indígena, especialmente com relação aos partos. Ele logo me disse, “ah, essa é uma área bem complicada, difícil”. Disse que havia trabalhado anos como agente indígena de saúde, mas que um acontecimento tinha feito com que ele decidisse largar essa função.

Contou-me, então, a seguinte história: há alguns anos, uma menina da aldeia (grávida de mais de oito meses) começou a dizer a seus familiares que iria embora, que logo já não estaria mais ali. Despedia-se um por um, afastando-se cada vez mais de seus parentes. Mas ninguém lhe deu muita atenção, pois todos estavam muito envolvidos em assistir os jogos da Copa do Mundo. Até que um dia, de manhã cedo, recebeu uma ligação chamando-o para ir à casa da menina pois ela não estava bem. Exercendo sua função de AIS, foi imediatamente. Chegando lá, viu a menina deitada em um canto da cama de um dos quartos. Ela tinha recém dado à luz a um menino. Os familiares disseram-lhe que ela não estava bem. Quando se aproximou da menina para medir seus batimentos cardíacos, percebeu que ela já havia falecido. Tentou reanimá-la mas já era tarde demais. Chamou a ambulância, que levou a menina assim como o bebê recém nascido para o hospital. Mas ele sabia que a menina já não voltaria à vida.

Ela morreu no parto, explicou-me, “sempre existe esse risco também, acontece”. Depois de um breve silêncio retomou a fala, lembrando pensativo, mas ela tinha avisado, ninguém lhe deu ouvidos. “Seu *nhe'e* já estava se afastando e por isso se despedira dos familiares”. Este evento lhe fez pensar muito sobre como é difícil essas políticas diferenciadas, me disse, é importante ter atendimento. Contou que esta situação acabou gerando um projeto junto à SESAI que consistiu na construção de uma “casa de partos” na aldeia, onde haveria os recursos para atendimento de primeiros socorros nos partos, caso

ideia de “bebedores”: no limite, todo mundo é bebedor; por outro lado, ninguém o é de fato. Embriagar-se (-ka'u) é mais um estado, ou seja, um modo de agir” (Heurich, 2011, p.78). Para um maior aprofundamento do lugar da cachaça e das festas na filosofia mbyá, ver o trabalho completo do autor: Heurich (2011).

fossem necessários. Mas como ninguém a usava, explicou-me em um tom um tanto resignado, hoje até já virou a casa de uma outra família. Ele acabou deixando sua função de agente de saúde e hoje trabalha na construção civil.

Contou-me essa história com certo pesar. A história, contada nesse nosso primeiro encontro, parece provocativa no sentido de apontar para a dificuldade de estar nesse espaço de mediação (como agente indígena de saúde) assim como a dificuldade de habitar esse mundo (tanto no sentido das dificuldades de atendimento de saúde biomédico quanto da inevitabilidade dos males colocados nessa terra em que o *nhe'e* nem sempre se contenta em ficar). Frente a esse conflito, um tanto sem solução, aparece novamente o cruzamento entre os eixos vertical e horizontal do xamanismo mbyá, entre os afetos humanos e não-humanos e as implicações de empreender uma cosmopolítica cotidiana de manutenção da vida frente às adversidades. Assim como o atendimento biomédico não chegou a tempo, os parentes não souberam ouvir, perceber, que a menina estava se afastando deles, que não estava contente.

A “causa” do falecimento da menina coloca um problema no sentido de evidenciar formas distintas de fazer-mundos. O relato nos ajuda a pensar o quanto, na prática, estas formas aparentemente contraditórias se entrecruzam e vão desencadeando outros fazeres, saberes e agires, incapturáveis em caixas de sistemas antagônicos de sentido. Colocam em xeque questões sobre a vida e a morte, corpo e pessoa que deslocam nossas certezas antropológicas também¹⁶⁰.

Essa história chama a atenção para o fato de que o estado de não estar alegre – que pode decorrer no abandono do *nhe'e* – não é apenas uma condição da maior volatilidade nos primeiros dias da criança na terra, mas sim uma possibilidade imanente à vida humana-mbyá. Como afirma Pissolato (2007):

A vida é uma condição de risco sobretudo pelas relações que nunca se devem estabelecer, mas que não é possível absolutamente evitar. Perigos do encontro indesejável com forças invisíveis que povoam os lugares terrenos, *maus* entendimentos que se traduzem propriamente no risco de que humanos correm de, a qualquer momento, deixar a sua humanidade. Os Mbyá não cansam de afirmar a existência destas potências perigosas que se levantam (-pu'ã) pelos caminhos em que andam na Terra. (Pissolato, 2007, p.252)

Esses perigos são, assim, a condição mesma da vida humana nesta terra imperfeita/perecível, denominada pelo complexo conceito de *tekoaxy*¹⁶¹. Como uma terra

160 Um tanto semelhante a ponderação clastreana: “A antropologia deixa assim escapar, em nome de impalpáveis e pálidas certezas, um campo ao qual ela permanece cega (como o avestruz, talvez?): aquele que conceitos tais como os de espírito, alma, corpo, êxtase, etc., não conseguem circunscrever, mas no centro do qual maliciosamente a Morte coloca sua questão” (Clastres, 2004, p.64).

161 Retomo a apresentação desse conceito em Pissolato (2007): *Teokoaxy* é, entre os Mbya com quem convivi, uma palavra rotineira e que parece compreender um conjunto de significados mais ou menos diretamente ligados a “doença” *mba'eaxy* (literalmente coisa-dor), que poderíamos ler como a manifestação efetiva de

“repleta de doenças”, “onde tudo acaba”, mas que é a própria definição desta humanidade, é preciso muito investimento e cuidado para fazer com que o *nhe'e* queira ficar, para evitar que as diferentes potências perigosas do mundo atinjam a pessoa, prejudicando seu estado alegre e tranquilo. “Se a vida dos humanos é marcada pela doença, voltam-se os esforços para a produção de saúde ou de saberes que a possam garantir” (Pissolato, 2007, p.228).

Se por um lado há um investimento em tornar a vida o mais perfeita possível, o mais próxima possível das divindades, por outro há uma certa inevitabilidade dos males, pela imperfeição constitutiva desta terra¹⁶². Como apontou-me Vherá Poty, lembrando uma fala de seu avô, “se fossemos perfeitos, nasceríamos sem fazer a nossa mãe chorar”, explicando-me que a dor do parto (*memby axy*) reflete diretamente a imperfeição humana desta terra, imagem perecível daquela das divindades (perfeitas/imperécíveis).

Considerações finais do capítulo

Lo impensable no es que 'los indígenas crean que los animales o los cerros tengan vida'—por el contrario, así es como pensamos. Lo que no podemos es pensar esas afirmaciones en sus propios términos porque no tenemos las herramientas conceptuales para hacerlo. Lo inconcebible—lo realmente impensable—es que el cerro o la ballena sean algo otro. Son cerro o ballena—punto. Eso 'otro' es creencia—está bien para los indígenas pero no para nosotros, y mucho menos para el Estado. (Blaser y De la Cadena, 2009, p.5)

As histórias relatadas neste capítulo não são uma coleção de eventos extraordinários, mas sim apontam justamente para a cotidianidade na vida mbyá de administrar a relação com esses diversos “outros”. Se desconstruirmos a ideia de uma condição humana anterior – de uma divisão natureza-cultura, sociedade-indivíduo e grupo-estado primordial – podemos chegar a afirmar o quanto os corpos *são* diferentes, sendo as *ações* e *afetações* que produzem um corpo humano como sede da perspectiva. Então, não se poderia pensar na *escolha* como ação interessada de um indivíduo autônomo e calculista. A escolha (assim como a “*má escolha*” tão recorrente na mitologia ameríndia) parece estar mais ligada à capacidade de

-*axy*. Cadogan traduz *tekoaxy* como “a humanidade”, “existência imperfeita, difícil” (Cadogan 1992, p.172), tomando por base os textos coletados em *Ayvu Rapyta* (1959a). A glosa “modo de vida imperfeito” englobaria, na visão do autor, tanto a humanidade quanto suas condições de vida, aspectos inseparáveis na definição de “imperfeição” que marcaria, então, a existência humana conforme o pensamento mbyá. (Pissolato, 2007, p.226)

162“(…) a única coisa que distingue os Guarani de seus antepassados divinos, e funda sua condição de *tekoaxy* são os seus corpos” (Pierri, 2013, p.49). Ver a obra completa de Pierri (2013), para um maior aprofundamento de sua sugestão teórica de entender o par *tekoaxy* e *tekorã*, entre humano (mbyá) e divindade, a partir da relação entre perecível e imperécível.

ouvir os conselhos dos mais velhos, a sabedoria das divindades, enfrentando os obstáculos, enganações, adversidades desta terra imperfeita/perecível. Estaria, assim, imersa em toda uma gama de interações mais complexas que dizem respeito a uma cosmopolítica em que agentes de saúde assim como sonhos, divindades, sentimentos e afetos estão implicados na produção da pessoa e nos efeitos das suas ações¹⁶³.

Se em meu projeto de pesquisa escrevi que eu tinha como foco buscar a forma mbyá de entender o parto hospitalar, a posição que este passa a ocupar no pensamento mbyá, me parece que depois do caminho percorrido por essa dissertação não terminei tão longe de uma sugestão nesse sentido. Me parece que o parto hospitalar recoloca os termos da relação entre brancos e Mbyá, assim como materializa as diferentes práticas de conhecimento em jogo. Através tanto dos procedimentos cirúrgicos, como espirituais (se é que podemos chamar assim), o parto acabou sendo em minha dissertação um mote para pensar a relação entre mundos e fazeres-mundo, que não podem ser apontadas ou contrastadas senão a partir das vivências e formas que ganham nos relatos e histórias a esse respeito. Colocar práticas de conhecimento em relação parece permitir certos deslocamentos, reconfigurar perguntas e, quem sabe, produzir uma outra coisa. Espero, assim, que o leitor tenha aceitado meu convite a ingressar em uma outra matriz epistemológica ou no que seria a busca de uma outra chave de leitura para esse “desentendimento” encontrado em minha etnografia, buscando seguir com maior “seriedade” a inventividade de meus interlocutores mbyá.

O que busquei trazer neste capítulo é uma forma de pensar a relação com as políticas de saúde, com a biomedicina e, portanto, com os brancos por um viés que não seja exclusivamente aquele de apontar para as assimetrias, modos de assujeitamento e colonialidade. Não quero tampouco negar as intenções e investidas etnocidas subjacentes, muitas vezes, a essas políticas. Tentei trazer as investidas estatais sem vitimizar os Mbyá; ao mesmo tempo em que tratei de destacar as formas mbyá de conceber essas relações, sem ignorar as relações de poder implicadas. Nesses relatos, parece estar em jogo uma maneira mbyá de conceber e administrar a relação com os brancos, tratando de estabelecer os limites e parâmetros desse 'encontro'. Os mbyá me ensinaram que havia muito mais coisas entre a aldeia e o hospital do que eu era capaz de imaginar.

163 “Não se distingue, afinal, de maneira absoluta, como já foi dito, a atitude do sujeito daquilo que ele encontrou pelo caminho” (Pissolato, 2007, p. 242).

O parto é a metade da vida, nada começa e nem termina nesse momento
Vherá Poty



Imagem 9: *Caminhos*. Por: Rita Lewkowicz. Aldeia do Bracuí, Janeiro/2016.

Considerações finais

Quero chamar a atenção para o papel desempenhado por um certo sentimento de inadequação; porque se pensamos que, de alguma forma, não entendemos bem as coisas, isso nos põe constantemente em alerta. (Strathern, 1999, p.162)

Termino essa dissertação com esse sentimento de inadequação, de que muitas questões foram abertas, algumas sugestões de leitura desenhadas, mas ainda muitos mundos por vir. Menos do que um fim, esta talvez seja uma metade. De qualquer forma, farei aqui alguns apontamentos finais daquilo que me mantém em alerta.

Os relatos aqui traçados parecem nos mostrar o quanto há *diferenças que importam*. Em primeiro lugar, no sentido de elucidar uma forma biopolítica em que a “maximização da vida é a mutilação da diferença” (Anjos, 2014, com. pessoal), de que formas outras de pensar e produzir pessoas acabam achatadas por um modelo de corpo biológico, de indivíduo e de cidadão subjacente inclusive às políticas diferenciadas (atualizando, assim, práticas coloniais de neutralização da diferença). Ao mesmo tempo, no detalhamento da emergência da população indígena como *locus* de intervenção (elaborado no primeiro capítulo), podemos ver um modelo de etnogovernamentalidade em que está em jogo justamente a produção de populações diferenciadas (em que vidas valem mais ou menos que outras), que produzem uma série de tecnologias e formas de governo específicas – baseadas tanto em produções técnicas, quanto em valores morais e imagens de indianidade – e não apenas uma população homogênea enquanto 'espécie'.

Em segundo lugar, os Mbyá parecem nos mostrar o quanto as diferenças importam pois justamente produzem mundos distintos, os quais nos são um tanto inapreensíveis. Tentei, assim, trazer esses elementos “estranhos” para povoar nosso campo da Política, a fim de tensionar também uma forma moderna e biopolítica de produção de sujeitos e mundos. Se a ideia biomédica de humano se fundamenta (em alguma medida) na mutilação da diferença, vemos emergir entre os mbyá um pensamento em que a diferença é constitutiva da humanidade (mbyá). É a relação com os outros (humanos e não humanos) que produz o corpo e a pessoa mbyá, ainda que com os riscos e perigos inerentes a ela.

Sendo assim, investir para que o *nhe'e* queria ficar nessa terra imperfeita/perecível, me parece um preceito um tanto distinto do valor supremo colocado a vida no poder biopolítico. Parece-me que a ideia de *teko axy* pressupõe uma inevitabilidade da morte, das doenças, dos

obstáculos, que contrasta com relação às prescrições e modos de governo da conduta que comporia uma economia moral ocidental, especialmente no contexto de um repositório moral biomédico em que a extensão da vida é a prerrogativa da intervenção.

Em terceiro lugar, a partir da reflexão sobre a fabricação de uma vida/corpo “saudável” (ética e esteticamente), podemos pensar o quanto a diferença ocupa um papel central numa cosmopolítica em que está em jogo o estabelecimento cotidiano de relações de “boa distância” com relação aos “outros”. Se, por um lado, o processo mbyá de “fazer a vida durar” está implicado em formas de identificação e semelhança (o mais próximo possível da conduta das divindades), por outro lado, implica em um constante processo de diferenciação com relação a todos esses outros (sejam eles animais, brancos ou mortos).

Esta preposição me parece oferecer uma pista interessante para pensar a forma com que o parto hospitalar entra também para a linguagem mbyá de produção da pessoa. O hospital, mas a biomedicina como um todo, oferece sua potência enquanto uma “diferença” interessante para os Mbyá, mas que é preciso mediar, trançando as medidas e distâncias adequadas para que não acabe por oferecer ainda mais riscos à pessoa. Nesse sentido, me parece oferecer uma crítica conceitual às políticas de saúde diferenciada que se baseiam em uma 'diluição' da diferença, através de uma 'mistura' entre sistemas médicos – que se assemelha, me parece, a uma teleologia da mestiçagem.

O que o meu trabalho de campo parece mostrar é que essas políticas de saúde indígena têm, mais que nada, aberto novos campos de intervenção da biomedicina, em que práticas de governo vão ganhando novas formas. Meu argumento, assim, não vai no sentido de que a “interculturalidade” pressuposta nestas políticas não está sendo *suficientemente* aplicada. Mas sim, que a própria proposta “diferenciada” corre o risco de atuar na produção de 'outros' objetificados, ao mesmo tempo em que atenua a diferença em um entremeio de 'mistura homogênea' – que mantém intacta a grade conceitual da biomedicina.

Para fugir de uma colonialidade do saber e do poder implicada nessa proposta teórico-política, me parece interessante atentar para o modo como o pensamento indígena oferece uma forma outra de posicionar a diferença (que não implica em um modelo de mestiçagem em que há uma diluição de dois mundos em nome de um terceiro), que se direciona a uma capacidade de circular entre mundos sem a diluição de si¹⁶⁴. Talvez nesse sentido possamos entender muitas das histórias apresentadas nessa dissertação, assim como atentar para a

164 De la Cadena (2005), Rivera Cusicanqui (2010), assim como outros intelectuais latinoamericanos têm elaborado teorias outras sobre a política, a partir de propostas descolonizadoras do pensamento indígena.

potência da afirmação de Vherá, quando saímos de uma reunião na universidade sobre a temática das políticas de educação indígena, dizendo que: “não são políticas *dos* povos indígenas, mas sim *para* povos indígenas, e isso muda tudo”.

Outro ponto interessante de sublinhar nessas reflexões finais é que minha etnografia parece mostrar o quanto a “eficácia” das práticas de governo e modos de subjetivação (apresentados no primeiro e segundo capítulos), na produção de sujeitos modernos, “bons cidadãos”, se situa principalmente no campo da mediação: com relação aos agentes de governo, profissionais de saúde, agentes indígenas de saúde, lideranças indígenas, antropólogos, entre outros. Voltando à citação de Ong (2003) com a qual iniciei o segundo capítulo: “(...) enquanto a biomedicina está atendendo à saúde dos corpos modernos, também está ajudando a constituir as atitudes e práticas normativas dos indivíduos como sujeitos biopolíticos do estado moderno de bem-estar social” (p.92), acredito que uma das conclusões possíveis de meu trabalho é que se cria todo um campo de governo da população indígena (que inclui a antropologia) onde talvez essa “subjetivação” seja mais “eficaz”. Um campo de mediação onde “sujeitos biopolíticos” são constituídos e onde novos atores passam a aparecer, mas que parece ter poucos efeitos com relação àqueles que seriam diretamente a “população-alvo” das políticas. As histórias do terceiro capítulo sugerem o quanto há muito mais vazamentos, linhas de fuga e de escape, do que de antemão se poderia pressupor.

Mas para que servem esses termos? Eles não existem, não podemos nos sentar à volta de uma mesa e legislar sobre o que é natureza ou cultura, ou até que ponto uma se dissolve na outra... A desconstrução, quando funciona bem, é móvel. Ela não fica parada em uma posição. Ela é um processo temporal, você abre as coisas e elas se fecham novamente, você as abre de novo, elas se fecham, e assim por diante. Por isso, não me embaraça nem um pouco ter descartado um conceito em um contexto para, em seguida, usá-lo em outro. (Strathern, 1999, p.166)

Lendo meu trabalho, um de meus colegas comentou que eu mudava meu “objeto” de pesquisa ao longo da dissertação, sendo que a cada capítulo eu o construía através de uma referência epistemológica distinta. Concordo com esse comentário e assumo a responsabilidade por esse “fracasso”. Acredito, contudo, que os efeitos gerados por essa aparente “incoerência epistemológica” possam ser interessantes no sentido de pensar a própria antropologia. No primeiro capítulo, através de uma matriz foucaultiana, acabei produzindo a

imagem de um indígena genérico, produzido pelas políticas públicas; no segundo, os profissionais de saúde e os Mbyá-Guarani assumem uma posição de sujeito, de agentes morais de carne e osso, que se produzem na relação, mas baseados em diferentes referenciais e imaginários que norteiam suas condutas; no terceiro, volto a abandonar em certa medida a carne e o osso – ao menos aquela entendida como humana e *locus* da perspectiva subjetiva – a fim de contrastar lógicas de pensamento e práticas de conhecimento distintas, que discuto a partir da ideia de ontologias, atentando para a dimensão da criatividade nativa que oferece conceitos interessantes para pensar.

Mediante essa “diversificação” teórica, fica evidente a impossibilidade de falar em um Os Mbyá-Guarani ou O Estado de maneira unívoca, homogênea ou coerente, que não esteja diretamente vinculada a uma matriz epistemológica da qual se parte para construir um “problema”. Assim, vemos o quanto a antropologia se produz através dessas formas distintas de engajamento, buscando diferentes justificativas para sua atuação. Nesse sentido, o que acho interessante é assumir que cada capítulo é complementar e ao mesmo tempo contraditório com relação aos outros capítulos, mas quando colocados em relação podem chegar a produzir certos deslocamentos.

Tratei de correr esse “risco” porque acreditei ser mais interessante mudar as regras do jogo, a fim de vislumbrar outras possibilidades e potencialidades do que aquelas premeditadas em cada uma dessas “formas” de análise. Ou seja, me perguntei como poderia entender a força dos aparatos de poder sem reduzir a dimensão da criatividade mbyá à apenas uma forma de “agência”. Talvez usando o texto como uma espécie de laboratório, tratei de construir em cada capítulo as condições de possibilidade de falar sobre certas realidades, produzindo-as. Não pretendo ter chegado a uma esfera mais real, mais completa ou mais compreensível, mas exercitar a multiplicidade de possíveis. Foi dessa maneira que também me fiz e desfiz ao longo da dissertação.

Referências bibliográficas

- AGAMBEN, G. *Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010
- ANDRADE, O. **Obras completas**: Oswald de Andrade. São Paulo: Globo, 2007
- ANJOS, J. C. G. Etnia, Raça e Saúde: sob uma perspectiva nominalista. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (org). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. p.97-120.
- ARCHANJO, D. R. A família como alvo de intervenções estatais e médicas: uma perspectiva histórica. In: **Anais**. XIV Congresso Brasileiro de Sociologia. Rio de Janeiro (RJ), 2009.
- ASAD, T. **Anthropology & the Colonial Encounter**. Universidade da Virgínia: Ithaca Press, 1973. 281p.
- ASSIS, Valéria. **Dádiva, mercadoria e pessoa: as trocas na constituição do mundo social Mbyá-Guarani**. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, UFRGS, Porto Alegre, 2006
- BADIE, M. C. Rituais de iniciação e relações com a natureza entre os Mbya-Guarani. **MANA** 21(1), 2015. pp. 7-34.
- BARAD, K. Posthumanist Performativity: Toward an Understanding of How Matter Comes to Matter. **Journal of Women in Culture and Society**, vol. 28, no. 3, 2003. pp. 801-831
- BENVEGNÚ, V. C. Problematizando Desenvolvimento, Agricultura Familiar e políticas públicas (não publicado), 2015.
- BERNARDES, A.G. Saúde indígena e políticas públicas: alteridade e estado de exceção. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.36, jan./mar. 2011. pp.153-64.
- BLASER, M. La propuesta pluriversal: hacia una ontología política para/del antropoceno. In: XXXVII Coloquio de Antropología e Historia Regionales de El Colegio de Michoacán. Conferencia inaugural. México, 2015.
- BLASER, M. **Un relato de globalización desde el Chaco**. Popayán: Universidad del Cauca, 2013
- BLASER, M.; DE LA CADENA, M. Introduction. In: **World Anthropologies Network (WAN) Red de Antropologías del Mundo (RAM)**. N° 4 January/Enero, 2009, pp. 3-11.
- BOCCARA, G. B. Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile. **Chungara, Revista de Antropología Chilena**, vol. 39, núm. 2, diciembre, 2007, pp. 185-202
- BRASIL, 1810. **Coleção de Leis do Império do Brasil**. Alvará de 22 de janeiro de 1810. Brasil, 1810, Página 7 Vol. 1 (Publicação Original). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/revista/Rev_70/alvara.htm (acesso 28/09/2015).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302 p.
- BUCHILLET, D. **Bibliografia crítica da saúde indígena no Brasil (1844 a 2006)**. Quito: Abya-Yala; 2007. 614 pp.
- CADOGAN, L. **Ayvu Rapyta**. Textos Míticos de los Mbyá-Guarani del Guairá. Asunción: Biblioteca paraguaya de antropologia, 1997
- CARDOSO, Marina. Etnografia entre “éticas”: ética e pesquisa com populações indígenas. In: SARTI, C. E DUARTE, L.E. (org.). **Antropologia e ética: desafios para a regulamentação**, Brasília: ABA, 2013
- CARELI, S. S. As transformações no ofício de partejar nas décadas iniciais da República no Rio Grande do Sul. In: **Anais**. IX Encontro regional de história, 2008. Disponível em:

http://eeh2008.anpuh-rs.org.br/resources/content/anais/1212240040_ARQUIVO_ANPUH2008.pdf (acesso em 16/09/2015).

CARNEIRO DA CUNHA, Manuela. **Cultura com Aspas**. São Paulo: Cosac & Naify, 2009.

CASTRO-GÓMEZ, Santiago. Ciências sociais, violência epistêmica e o problema da “invenção do outro”. En libro: **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas**. Edgardo Lander (org). Colección Sur Sur, CLACSO, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. setembro 2005. pp.169-186.

CASTRO-GOMEZ, Santiago. Michel Foucault y la colonialidad del poder. **Tabula Rasa**. Bogotá - Colombia, No.6: 153-172, enero-junio 2007

CATAFESTO DE SOUZA et al. **Tava Miri**: São miguel Arcanjo, Sagrada Aldeia de Pedra - os Mbyá-Guarani nas Missões. Porto Alegre: IPHAN/RS, dezembro de 2007

CATAFESTO DE SOUZA, J. O. Os Mbyá-Guarani e os Impasses das Políticas Indigenistas no sul do Brasil. In: **Anais**. VIII Reunião de Antropologia do Mercosul, 2009. Disponível em: <http://laced.etc.br/site/indigenismo/arquivos/GT12-Ponencia%5BCatafestos%5D.pdf>.

CATAFESTO DE SOUZA, J. O. Territórios e Povos Originários (Des)velados na metrópole de Porto Alegre. In: FREITAS, A. E C; FAGUNDES, L. F. C (orgs). **Povos indígenas na bacia hidrográfica do Lago Guaíba**, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. NPPPI/CDH – SMDHSU – Porto Alegre: Prefeitura de Porto Alegre, 2008. pp. 14 – 24.

CLASTRES, P. **Arqueologia da violência**. Pesquisas de antropologia política. São Paulo: Cosac Naify, 2004. 325p.

CLASTRES, P. **Crônica dos Índios Guayaki**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995. 256p.

COIMBRA et al. The First National Survey of Indigenous People’s Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. **BMC Public Health**, 2013, p.13-52

COIMBRA JR., C. E. A.; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000, pp. 125-132.

COIMBRA, Carlos e GARNELO, Luiza. Questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil. In: MONTEIRO S. e SANSONE, L. (org.) **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

CONKLIN, B. O Conceito de Direitos Reprodutivos na Interseção de Saúde, Gênero e Etnicidade Indígena. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (org). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. p.175-188.

COSTA, E. A.; ROZENFELD, S. Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, S. (org.), **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. pp.15-40.

COSTA, Larissa. Sobre AIDS, populações e a produção da diferença. Texto para a oficina “Ciências em Perspectiva Feminista”/UFRGS (não publicado), 2015.

COUTO, M. **Mulheres de cinzas: as areias do imperador: uma trilogia moçambicana**, livro 1. São Paulo: Companhia das letras, 2015.

DAS, V. **Life and words: violence and the descent into the ordinary**. California: University of California Press, 2007. 281p.

DAS, V. O ato de testemunhar: violência, gênero e subjetividade. **Cadernos Pagu** (37), julho-dezembro de 2011, pp. 9-41

DAS, V.; POOLE, D. State and its Margins. In: _____ (eds). **Anthropology in the Margins of the State**. Santa Fe: School of American Research Press, 2004, pp. 3-33.

DE LA CADENA, M. The Production of Other Knowledges and Its Tensions: From Andeanist Anthropology to Interculturalidad. In: RIBEIRO, G.; ESCOBAR, A. (eds) **World Anthropologies:**

- Disciplinary Transformations within Systems of Power. Oxford: Berg Publishers. 2005 pp. 201-224.
- DELEUZE, G.; GUATARRI, F. **O anti-Édipo**. Capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed. 34, 2004.
- DELEUZE, G.; GUATARRI, F. **Os mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**, vol.5. Rio de Janeiro: Editora 34, 2004, 240p.
- DESCOLA, Philippe. Las cosmologías indígenas de la Amazonia. In: SURRALLÉS, Alexandre & GARCÍA HIERRO, Pedro (orgs). **Tierra Adentro: Territorio indígena y percepción del entorno**. IWGIA (Grupo Internacional de Trabajo Sobre Asuntos Indígenas), Copenhague, 2004
- DESCOLA, Philippe. The genres of gender: local models and global paradigms in the comparison of Amazonia and Melanesia. In: GREGOR, T. A., e TUZIN, D. (ed.) **Gender in Amazonia and Melanesia: An Exploration of the Comparative Method**. Berkeley: University of California Press, 2001. p.91-115
- DIDI-HUBERMAN, Georges. **Sobrevivência dos vaga-lumes**. Belo horizonte: Editora UFMG, 2011.
- DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J.; DIAS-SCOPEL, R. P. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública** 28(5), 2012. pp.819-831.
- DOOLEY, R. **Léxico guarani, dialeto Mbyá: versão para fins acadêmicos**. Porto Velho: Sociedade Internacional de Linguística, 1998. 195p.
- ENRIZ, N.; PALACIOS, M. Deviniendo kuña va'era. In: HIRSCH, S. **Mujeres indígenas en la Argentina: cuerpo, trabajo y poder**. Buenos Aires: Biblios, 2008
- FAGUNDES, Luiz F. C. As “mulheres dos panos” Mbyá-Guarani. In: _____; ROSADO, Rosa M. (org). **Presença indígena na cidade: reflexões, ações e políticas**. Porto Alegre: Grafica Hartmann, 2013, 63-88.
- FANON, F. **Condenados de la tierra**. Mexico: Fondo de cultura economica, 1963.
- FASSIN, D. **Humanitarian Reason: A Moral History of the Present**. Berkeley: University of California Press, 2012
- FASSIN, Didier et al. “Introduction”. In: **Juger, Réprimer, Accompagner**. Essai sur la Morale de L'Etat. Paris, Editions du Seuil, 2013. pp. 11-25.
- FASSIN, Didier. "Les économies morales revisitées", **Annales. Histoire, Sciences Sociales** (64th Year) 6/2009.
- FASSIN, Didier. Another Politics of Life is Possible. **Theory, Culture and Society**, 26 (5), 2009. pp. 44-60.
- FASSIN, Didier. **When Bodies Remember: experiences and politics of AIDS in South Africa**. Berkeley, Los Angeles: University of California Press, 2007
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3 ed. totalmente rev. e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.
- FERREIRA, L. O. O Desenvolvimento Participativo da Área de Medicina Tradicional Indígena, Projeto Vigisus II/Funasa 1. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, supl.1, 2012. pp. 265-277.
- FERREIRA, L.; MORINICO, J. C. P. O Poraró Mbya e a indigenização do centro de Porto Alegre. In: FREITAS, A. E C; FAGUNDES, L. F. C. (orgs) **Povos indígenas na Bacia hidrográfica do Lago Guaíba**, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2008, 36-50.
- FERREIRA, Luciane O. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. **História, Ciências, Saúde – Rio de Janeiro**, v.20, n.1, jan.-mar. 2013, p.203-219
- FLEISCHER, S. Então, minha filha, vamos se afomentar? Puxação, parteiras e reprodução em Melgaço, Pará. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(3), 2008. pp. 889-898
- FLEISCHER, Soraya. Então, minha filha, vamos se afomentar? Puxação, parteiras e reprodução em

- Melgaço, Pará. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(3), 2008, p. 889-898
- FOUCAULT, M. **O Corpo Utópico, as heterotopias**. São Paulo: n-1 edições, 2013.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: História da Violência nas Prisões**. São Paulo: Editora Vozes, 2001. 262p.
- FOUCAULT, Michel. “Aula de 17 de Março de 1976”. **Em Defesa da Sociedade**. Curso no Collège de France. São Paulo, Martins Fontes, 2002, pp. 285-315.
- FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- FRANKENBERG, R.. Your Time or Mine: tempor al Contradictions of Biomedical Practice. In: _____ **Time, health & Medicine**. Londres: Sage Publications Ltd, 1992.
- FRAVET-SAADA, Jeanne. Ser afetado. **Cadernos de campo**, n. 13. 2005. p. 155-161
- FREITAS, P. F. et al. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. **Rev. Saúde Pública**, 39(5), 2005. pp. 761-767.
- FRIEDRICH, N. **Educação: um caminho que se faz com o coração**: entre xales, mulheres, xamãs, cachimbos, plantas, palavras cantos e conselhos. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da UFRGS. 2012. 346p.
- FUNASA. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: Funasa, 2002.
- GARNELO, Luiza. Diversidade homogeneizada: para onde caminha o Subsistema de Saúde Indígena? Posfácio do Fórum: saúde e povos indígenas no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(4), abr, 2014, p.875-877
- GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 9ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2015.
- GOLDMAN, M. Os tambores dos mortos e os tambores dos vivos. Etnografia, antropologia e política em Ilhéus, Bahia. **Revista de Antropologia**, São Paulo, USP, 2003, V. 46 Nº 2, p.446-476
- GOLDMAN, Marcio. Alteridade e experiência: antropologia e teoria etnográfica. **Etnográfica**, Vol. X (1), 2006, p. 161-173
- HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu** (5), Campinas-SP, Núcleo de Estudos de Gênero - Pagu/Unicamp, 1995, pp.7-41.
- HEURICH, G. O. **Outras alegrias**: parentesco e festas mbya. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social - PPGAS, Museu Nacional/UFRJ, Rio de Janeiro, 2011.
- HUYER, B. N. **Transformação, diferença e os juruá**: reflexões antropológicas entre os Mbyá-guarani no Cone Sul. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Antropologia Social da UFRGS, 2014.
- KELLY, J.A. Uma etnografia de ponta a ponta: o Ministério de Saúde e os Yanomami da Amazonas, Venezuela. In: LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. (orgs). **Políticas comparadas em saúde indígena na América Latina**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2015. pp. 279-307.
- LANDER, E. (org). **A colonialidade do saber**: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latinoamericanas. Colección Sur Sur, Buenos Aires: CLACSO, 2005.
- LANGDON, E. J. Medicina Tradicional: reflexões antropológicas sobre atenção diferenciada. In: HAVERROTH, M. (Ed.). **Etnobiologia e Saúde dos Povos Indígenas**. Estudos Avançados. Recife: Nupeea, 2013
- LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. (orgs). **Políticas comparadas em saúde indígena na América Latina**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2015. 313 p.
- LANGDON, Esther J. M. Medicina tradicional: reflexões antropológicas sobre atenção diferenciada.

- In: HAVERROTH, M. (org.) **Etnobiologia e Saúde dos Povos Indígenas**, 2013, p.15-35
- MAHMOOD, SABA. Teoria feminista, agência e sujeito liberatório: algumas reflexões sobre o revivalismo islâmico no Egito. **Etnográfica**. V.10, n.1. CRIA, Lisboa, 2006. pp. 121-158.
- MARTIN, E. The Egg and the Sperm: how science has constructed a romance based on stereotypical Male-Female Roles. In: LOCK, M; FARQUHAR, J. (eds) **Beyond the Body Proper**. Durham e Londres: Duke University Press, 2007.
- MCCALLUM, Cecília. Alteridade e Sociabilidade kaxinauí: perspectivas de uma antropologia da vida diária. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, vol. 13 n. 38 São Paulo Oct. 1998
- MEDEIROS, Larissa. **A objetivação da saúde da criança pelo UNICEF: problematizando tecnologias de biopoder na Amazônia**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará para obtenção de título de Mestre em Psicologia, 2011
- MENEZES, Mariane. **Gestar e parir em terra de juruaá: a experiência de mulheres guarani-mbyá na cidade de São Paulo**. Dissertação no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. USP, 2012
- MINISTERIO DA SAÚDE. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**, Ministério da Saúde. 2016. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf (acesso em 10/03/2016)
- MISSE et al. Entre palavras e vidas: Um pensamento de encontro com margens, violências e sofrimentos. Entrevista com Veena Das. **DILEMAS: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social** - Vol. 5 - no2 - ABR/MAI/JUN 2012. pp. 335-356.
- MOL, A. Política ontológica: algumas ideias e várias perguntas. In: NUNES, João Arriscado; ROQUE, Ricardo (org.) **Objectos impuros: Experiências em estudos sociais da ciência**. Porto: Edições Afrontamento, 2008, pp. 63-77.
- NIMUENDAJU, C. U. **As lendas da criação e destruição do mundo como fundamentos da religião dos Apapocúva-guarani**. São Paulo: Hucitec/Edusp, [1914] 1987.
- ONG, Aihwa. **Budha is Hiding**. Refuges, Citizenship and the New America. Berkeley: University of California Press, 2003. 355p.
- PIERRI, D. C. **O perecível e o imperecível: lógica do sensível e corporalidade no pensamento guarani-mbya**. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social – USP. 2013
- PIERRI, D. C. O dono da figueira e a origem de Jesus: uma crítica xamânica ao cristianismo. **Revista de Antropologia**, São Paulo, USP, v. 57 n° 1, 2014, p. 265-301
- PISSOLATO, E. **A Duração da Pessoa: Mobilidade, Parentesco e Xamanismo Mbya (Guarani)**, São Paulo, UNESP, ISA, Rio de Janeiro, NuTI, 2007
- PRADELLA, G. S. **Entre os seus e os outros: horizonte, mobilidade e cosmopolítica guarani**. Dissertação de mestrado em Antropologia Social – UFRGS, 2009.
- PRATES, Maria Paula. **Da instabilidade e dos afetos: pacificando relações, amansando Outros - Cosmopolítica guarani-mbyá (Lago Guaíba/RS-Brasil)**. Tese de doutorado em Antropologia Social – UFRGS. 2013
- PRATES, Maria Paula. **Dualidade, pessoa e transformação: relações sociocosmológicas mbyá-guarani no contexto de três aldeias no RS**. Dissertação de mestrado em Antropologia Social - UFRGS. 2009
- QUIJANO, Aníbal. Dom quixote e os moinhos de vento na América latina. **Estudos Avançados** vol.19 n°55 São Paulo Set/Dez, 2005
- RAGO, Margareth. **Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar: Brasil 1890-1930**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.
- RAMOS, Alcida Rita. O índio hiper-real. **Rev. bras. Ci. Soc.** v.10 n.28. São Paulo. Jun/1995
- REISSMAN, C. K. Women and medicalization. In: WEITZ, R. **The politics of women's bodies** (ed),

New York, Oxford, Oxford University Press, 2003

RESTREPO, E. Trabalho apresentado na XI Reunião de Antropologia do Mercosul (RAM). Montevideo, Uruguay, 2015.

REYES, L. **Posicionalismo y cosmoperiferismo Tocañero**: Re-construyendo los mundos afro-bolivianos (não publicado), 2016.

RIVERA CUSICANQUI, S. **Ch'ixinakax utxiwa**: una reflexión sobre prácticas y discursos descolonizadores. Buenos Aires: Tinta Limón, 2010. 80p.

ROBLES, A. F. Da gravidez de “risco” às “maternidades de risco”. Biopolítica e regulações sanitárias nas experiências de mulheres de camadas populares de Recife. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 25 [1], 2015. pp. 139-169.

ROBLES, A. F. Las agentes comunitarias de salud en el Brasil contemporáneo: la "policía amiga" de las madres pobres. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, núm. 12, diciembre, 2012. pp. 92-126.

ROSE, Nikolas e NOVAS, Carlos. Biological Citizenship. In: ONG, Aihwa; COLLIER, Stephen (Ed.). **Global Assemblages**. Technology, Politics and Ethics as Anthropological Problems. Oxford: Blackwell Publishing, 2005. pp.439-463.

ROSE, Nikolas. Introduction: reframing political thought; Freedom. In: _____. **Powers of Freedom**. Reframing Political Thought. Cambridge, Cambridge University Press, 1999. pp. 1-14; pp. 61-97.

SAID, E. **Orientalismo**. O Oriente como Invenção do Ocidente. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

SANTILLI, Marco. Demarcação de terras indígenas, entrevista de Márcio Santilli. Publicado em 12 março de 2014. Disponível em: <http://www.portaldomeioambiente.org.br/ecologia-humana/8054-demarcacao-de-terras-indigenas-entrevista-de-marcio-santilli> (acesso em 30/01/2015)

SANTILLI, P. J. B. Usos da terra, fusos da lei: o caso Makuxi. In: NOVAES, R.R & LIMA, R. K. de (orgs). **Antropologia e Direitos Humanos**: Prêmio ABA/FORD. Niterói, EdUFF, 2001. p. 81-136.

SCHEPER HUGHES, N.; LOCK, M. The Mindful Body: a Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. **Medical Anthropology Quarterly**. Volume 1, Issue 1, March, 1987. pp. 6-41.

SCHUCH, P. Justiça, Cultura e Subjetividade: tecnologias jurídicas e a formação de novas sensibilidades sociais no Brasil. **Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales**. Barcelona: Universidad de Barcelona, vol. XVI, nº 395 (15), 2012. Disponível em: <<http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-395/sn-395-15.htm>>.

SCOPEL, Raquel P. D. **A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto**: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku. Tese do Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da UFSC, Florianópolis, 2014.

SEEGER, Anthony, DA MATTA, Roberto & VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. “A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras”. In: **Sociedades indígenas e indigenismo no Brasil**, João Pacheco de Oliveira Filho (org.). Rio de Janeiro: Marco Zero/Editora UFRJ. 1987.

SEGATO, R. Género y colonialidad: en busca de claves de lectura y de un vocabulario estratégico descolonial, De Próxima aparición en Quijano, Aníbal y Julio Mejía Navarrete (eds.): **La Cuestión Descolonial**. Lima: Universidad Ricardo Palma - Cátedra América Latina y la Colonialidad del Poder, 2010

SOARES, Mariana. **Caminhos para viver o Mbya Reko**: estudo antropológico do contato interétnico e de políticas públicas de etnodesenvolvimento a partir de pesquisa etnográfica junto a coletivos Guarani no Rio Grande do Sul. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFRGS, Porto Alegre, 2012.

SOUZA LIMA, Antonio. Apresentação. Dossiê Fazendo Estado. **Revista de Antropologia da USP**.

SP, Vol. 55, n. 2, 2012, pp. 559 -564.

SPINIK, Riscos antecipados: regimes de esperança e regimes de verdade na administração de agravos à saúde. In: **Anais**. V Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, ABRASCO. USP, São Paulo, 17 a 20 de abril de 2011.

SPIVAK, G. Estudios de la Subalternidad. Deconstruyendo la Historiografía. In: **Estudios postcoloniales**. Ensayos fundamentales. Madrid: Traficantes de sueños, 2008

STENGERS, I. The cosmopolitical proposal. In: LATOUR, B; WEIBEL, P. (eds.). **Making Things Public**. MIT Press, 2005. pp. 994-1003

STRATHERN, M. **O efeito etnográfico e outros ensaios**. São Paulo: Cosac Naify, 2014. 576p.

STRATHERN, Marilyn. Entre uma melanesianista e uma feminista. **Cadernos Pagu** (8/9), 1997, p. 7-49

STRATHERN, Marilyn. No limite de uma certa linguagem: entrevista. **Mana** 5(2), 1999, p.157-175

STRATHERN, Marliyn. **O gênero da dádiva**: problemas com as mulheres e problemas com a sociedade na Melanésia. Campinas-SP: Editora da Unicamp, 2006.

SURRALLÉS, A. Horizontes de intimidad. Persona, percepción y espacio en los Candoshi. In: SURRALLÉS, Alexandre & GARCÍA HIERRO, Pedro (orgs). **Tierra Adentro**: Territorio indígena y percepción del entorno. IWGIA (Grupo Internacional de Trabajo Sobre Asuntos Indígenas), Copenhague, 2004

TAYLOR, A. O corpo da alma e seus estados: uma perspectiva amazônica sobre a natureza de ser-se humano. **Cadernos de Campo**, São Paulo, n. 21, 2012. pp. 213-228.

TEIXEIRA, C. C; SILVA, C. D. “Antropologia e saúde indígena: mapeando marcos de reflexão e interfaces de ação”, **Anuário Antropológico** I, 2013. Disponível em: <http://aa.revues.org/374>.

TEIXEIRA, C. C. A produção política da repulsa e os manejos da diversidade na saúde indígena brasileira. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 55, n. 2, 2012. pp. 567-608.

TROUILLOT, M. R. **Transformaciones globales**. La antropología y el mundo moderno. Popayán: Universidad del Cauca CESO; Bogotá: Universidad de los Andes, 2011. 284p.

VÍCTORA, C. G. **Mulher, sexualidade e reprodução**: representações do corpo em uma vila de Classes Populares em Porto Alegre. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFRGS, Porto Alegre, 1991. 203p.

VÍCTORA, Ceres G. Uma Ciência Replicante: a ausência de uma discussão sobre o método, a ética e o discurso. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.1, 2011, pp.104-112

VILAÇA, A. Making Kin out of Others in Amazonia. **Journal of the Royal Anthropological Institute**, Vol. 8, No. 2 (Jun.), 2002. pp. 347-365.

VILAÇA, A. Chronically unstable bodies. Reflections on Amazonian corporalities. **Journal of the Royal Anthropological Institute**. v. 11, n. 3. 2005. pp. 445-464.

VIVEIROS DE CASTRO, E. B. **La mirada del jaguar**. Buenos Aires: Tinta Limón, 2013.

VIVEIROS DE CASTRO, E. B. **Metafísicas Canibais**: Elementos para uma antropologia pós-estrutural. São Paulo: Cosac Naify, 2015.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. **A inconstância da alma selvagem e outros ensaios de antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2002. 552 p.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. O nativo relativo. **Mana**, abril, vol.8, nº 1, 2002

WEITZ, R. (ed). **The Politics of Women's Bodies**. New York, Oxford: Oxford University Press, 2003.

Anexos

Anexo 1: Carta compromisso direito à saúde indígena no Rio Grande do Sul. SES/RS, 2013¹⁶⁵

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**CARTA COMPROMISSO
DIREITO À SAÚDE INDÍGENA NO RIO GRANDE DO SUL**

**“Uma boa política é aquela que multiplica os possíveis”
(Viveiros de Castro)**

O VII SEMINÁRIO DOS POVOS INDÍGENAS E O ESTADO – CONSTRUINDO REDES NO SUS, teve como um dos objetivos a construção de uma carta a ser levada para as conferências de saúde indígena com o tema central :

Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e SUS: direito, acesso, diversidade e atenção diferenciada com os seguintes Eixos Temáticos: I. Atenção Integral e Diferenciada nas Três Esferas de Governo (gestão, recursos humanos, capacitação, formação e práticas de saúde e medicinas tradicionais indígenas); II. Controle Social e Gestão Participativa; III. Etnodesenvolvimento e Segurança Alimentar e Nutricional; e IV. Saneamento e Edificações de Saúde Indígena.

Tendo em vista o compromisso dos participantes representantes dos povos indígenas, de trabalhadores, gestores, estudantes, universidades e controle social com os processos de construção de Redes no SUS, propõe-se nesse documento a concretização das Políticas Públicas que garantam **direito, acesso, diversidade, atenção diferenciada e universalidade.**

Para tanto, é fundamental a participação do controle social na efetivação do pacto entre os três entes federados, com a garantia de cofinanciamento, para atendimento às demandas comunitárias indígenas e o apoio institucional às práticas populares de cuidado em saúde, o protagonismo dos indígenas e o reconhecimento dos seus saberes tradicionais.

Propostas:

1. Apoiar o fortalecimento do controle social, para que os conselheiros e as comunidades indígenas possam exercer plenamente os seus direitos;
2. Fomentar que as redes de atenção à saúde sejam potencializadas a partir do controle social;
3. Promover a saúde diferenciada, a partir das demandas das comunidades indígenas, identificando e articulando coletivamente possibilidades de fluxos e de ações com o controle social nos territórios étnico culturais;

165 Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1369416567_Carta%20Final%20Seminario%20Povos%20Indigenas-maio-2013.pdf

4. Refletir e debater as políticas de Estado com e a partir das demandas dos povos, comunidades, movimentos e organizações indígenas;
5. Trabalhar efetivamente com base nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (do qual faz parte o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SasiSUS), e do quadrilátero da Política de Educação Permanente, que envolve a relação entre Gestão – Ensino – Serviço – Controle Social, a partir das demandas dos povos, comunidades, movimentos e organizações indígenas;
6. Garantir o atendimento de todos os indígenas, mesmo aqueles que não residam em aldeias;
7. Realizar as atividades de formação interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e intercultural com povos indígenas, gestores e agentes das diversas esferas responsáveis pela construção e a execução das políticas públicas de saúde indígena;
8. Garantir que os líderes espirituais (pajés, karaí, kujã, parteiras) participem dos processos formativos em todos os níveis (do técnico à pósgraduação), visando à qualificação do Sasi/SUS na busca de uma integração com a medicina tradicional indígena;
9. Assegurar que o profissional que irá trabalhar nas aldeias tenha uma formação especializada na temática indígena e reconhecimento da medicina tradicional;
10. Garantir a equidade com base demográfica para o ingresso e permanência dos indígenas nas universidades, residências e concursos públicos;
11. Garantir vagas e infraestrutura para Conselheiros Indígenas nos Conselhos Municipais de Saúde e no Conselho Estadual de Saúde, a exemplo do CMS de POA e CES/RS, paridade por etnia, nos segmentos de usuário e trabalhador;
12. Viabilizar a articulação de apoio institucional para gestão, atenção, educação permanente e controle social específicos para a saúde indígena no Sasi/SUS;

Anexo 2: Folder da Programação VII Seminário Povos Indígenas e o Estado: construindo redes no SUS, 2013

Apresentação

A sétima edição do Seminário Povos Indígenas e o Estado consolida uma tradição institucional do Museu Antropológico e das esferas de governo, em âmbito estadual, de diálogo com diferentes campos de saberes e atores sociais integrantes da sociedade civil: lideranças culturais, espirituais e políticas indígenas, técnicos de ONGs, pesquisadores, intelectuais, acadêmicos e cidadãos em geral, na medida em que promove o debate, de natureza multi e interdisciplinar, sobre temas e assuntos que se relacionam com a problemática indígena tanto nos espaços locais e regionais como nos níveis nacionais, internacional e continental. Frente a esse contexto, no ano de 2013, pretendemos promover a transversalidade e a dialogia de falas e escutas em torno de abordagens e investigações de diferentes áreas de conhecimento que tradicionalmente tematizam a relação constituída e instituída entre os povos indígenas e o Estado.

Assim, a fim de fomentarmos processos formativos, propomos a VII edição do Seminário Povos Indígenas e o Estado: Construindo Redes, momento em que estaremos debatendo sobre as demandas e práticas indígenas e populares em cultura e saúde, assim como discutindo o protagonismo dos indígenas de seus saberes na perspectiva dos usuários indígenas no Rio Grande do Sul.

Objetivos

- *Debater Políticas Públicas em Saúde, Controle Social e a organização e formação de Lideranças e Movimentos Sociais Indígenas;
- *Promover a Interculturalidade, a Saúde Coletiva e as Redes de atenção;
- *Capacitar atores de rede em políticas públicas Indígenas a fim de potencializar o processo de implementação de sistemas de acompanhamento;
- *Fomentar a promoção da saúde, a partir do recorte étnico, cultural e geracional, identificando e articulando coletivamente fluxos e ações com a efetivação do controle social nos territórios étnicos culturais;

APOIO

Banrisul
CEPI
ASSOMARS
UFRGS
MUSEU DO INDIANO
MUSEU DA COMUNICAÇÃO
MEMORIAL
CASA DE CULTURA MARIO QUINTANA

REALIZAÇÃO

MARS
MUSEU ANTROPOLÓGICO DO RIO GRANDE DO SUL
MUSEU DA COMUNICAÇÃO
escolade saude publica
RIO GRANDE DO SUL
GOVERNO DO ESTADO

VII Seminário Povos Indígenas e o Estado Construindo Redes no SUS

Local: Memorial do Rio Grande do Sul
R. Sete de Setembro, 1020 - Centro Porto Alegre
Data: 21, 22 e 23 de Maio de 2013

PROGRAMAÇÃO	Dia 22/05/2013 - Quarta-Feira	Dia 23/05/2013 - Quinta-Feira
Dia 21/05/2013 - Terça Feira		
9h- Oficina I Povos Indígenas & Comunicação Coordenação MARS	9h- Oficina II Nova Tecnologias de Imagens e Povos Indígenas no Rio Grande do Sul Ariel Ortega	9h- Oficina III Produção da imagem Indígena em Vídeos e Filmes Etnográficos João Padilha
11h- Abertura Oficial MARS/SEDAC CEPI/SJDH DAS/ESP/SES	9h30min- Reunião PIM Indígena	10h- Painel 4 A noção de pessoa entre os povos indígenas Dorvalino Refej Cardoso Professor Kaingang Aldeia Por Fir Ângela Moura Charrua Agente de Saúde Indígena Vherá Poty Guarani Cacique Itapuã Vetxá Uvanhecu Téie Xokleng, Terra Indígena Laklãnõ
14h- Palestras de Abertura Corporalidade, Socialidades e Territorialidades Ameríndias Alai Garcia Diniz Professora UFSC/UNILA Roseli Bernardo dos Santos Professora IFRR Sandra Fagundes Diretora DAS/SES	10h- Painel 2 Concepções Nativas, Sistemas de Saúde Indígena e Interculturalidade no SUS Pedro Sales Enfermeiro Kaingang Patrícia Ferreira Guarani São Miguel das Missões Mariana Soares Antropóloga EMATER/RS Suzana Téie Xokleng Terra Indígena Laklãnõ	12h- Documento de Sistematização Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e SUS: direito, acesso, diversidade e atenção diferenciada
15h- Painel 1 Biomedicina e Medicina Tradicional: Desafios e Possibilidades no SUS Alice Echeverria Guarani Kaiowá Rosângela Kaingang SESAI/RS Jane Pilar Socióloga DAS/SES Cacique Guarani Cirilo Morinico	14h- Painel 3 Povos Indígenas, Saúde e Espiritualidade Valdomiro Vergueiro Cacique Kaingang Morro do Osso Neidi Friedrich Enfermeira, Educadora Agostinho Verá Guarani Estiva Neli Teixeira Xokleng-Zagaua	Inscrições MARS- Rua dos Andradas,1234, 10º andar, Sala 1009 e-mail: mars@sedac.rs.gov.br Informações Fone: (51) 3228-7664

Anexo 3: Folder da Programação do I Congresso LatinoAmericano Povos Indígenas e Interculturalidade, e o VIII Seminário Povos Indígenas e o Estado - Cultura, Direitos e Sistemas de Saúde, 2014

Ficha de Inscrição

I Congresso Latino Americano Povos Indígenas e Interculturalidade VIII Seminário Povos Indígenas e o Estado Culturas Direitos e Sistemas de Saúde
Data: 08,09,10 e 11/10/2014

DEVOLVER FICHA PREENCHIDA PARA:
museuantropologico@gmail.com
secacademica@saude.rs.gov.br

DADOS PESSOAIS DO PARTICIPANTE
Nome completo: _____
Endereço residencial: _____
E-mail: _____
RG: _____
Instituição: _____
Profissão ou Ocupação: _____
É participante do movimento social? NÃO () SIM () Quer? _____
Pessoa Indígena? _____
Outros: _____

RODAS DE CONVERSAS:
VAGAS LIMITADAS, SÓ LETO A TORÇÃO DA SALVA

Roda de Conversa 1: Povos indígenas, Escolas Populares e Saúde Mental
Roda de Conversa 2: Povos indígenas, Mídias e Políticas de Saúde
Roda de Conversa 3: Povos indígenas, Xamanismo e Espiritualidade
Roda de Conversa 4: Povos indígenas, Desenvolvimento e Sustentabilidade
Roda de Conversa 5: Povos indígenas e Bem-estar de Terceira Idade
Roda de Conversa 6: Povos indígenas e Mulheres
Roda de Conversa 7: Povos indígenas, Escrita e Educação
Roda de Conversa 8: Tradição Oral, Narrativas Míticas e Etnomusicologia
Roda de Conversa 9: Povos indígenas e o Futuro Presente
Roda de Conversa 10: Povos indígenas, Tradições e Patrimônio Cultural
Roda de Conversa 11: Povos indígenas, Saúde e Segurança Alimentar
Roda de Conversa 12: Políticas Públicas e Direitos Humanos indígenas

Apoio Institucional:

08 a 11 de outubro de 2014

Realização:
M V R S

escola de saúde pública

III Congresso Latino Americano Povos Indígenas e Interculturalidade VIII Seminário Povos Indígenas e o Estado Culturas, Direitos e Sistemas de Saúde

Anexo 4: Folder da Programação do Seminário Povos indígenas e Saúde: olhares diferenciados para equidade no SUS, 2015.



SEMINÁRIO POVOS INDÍGENAS E SAÚDE: OLHARES PARA EQUIDADE NO SUS

OBJETIVO:
Preparar os profissionais de saúde para atuação no contexto intercultural conforme estabelecido na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).
O debate contará com professores/pesquisadores da área (UFRGS e FIOCRUZ) e profissionais indígenas de saúde, estimulando a construção de estratégias para a elaboração de diretrizes municipais.

PÚBLICO-ALVO:
Profissionais de saúde, usuários indígenas, conselheiros, gestores e estudantes da área da saúde

DATA: 01/10/2015

LOCAL: Hotel Continental
Largo Vespasiano Júlio Veppo, 77
em frente à Rodoviária

PROGRAMAÇÃO:
9h - Recepção
9h15min - Panorama da saúde indígena: no Brasil, no Estado e no Município
10h30min - Atendimento ao usuário indígena na rede de saúde
12h30min - Intervalo de almoço
13h30min - Aporte antropológico à Saúde Indígena
14h30min - Roda de conversa "Fazendo saúde no contexto intercultural"
17h30min - Enceramento

INSCRIÇÕES:
Vagas limitadas, priorizando profissionais que atuam nos serviços de saúde que atendem aos indígenas em Porto Alegre.
[Clique e acesse o link para fazer sua inscrição.](#)




PREFEITURA
**PORTO
ALEGRE**
SECRETARIA DE SAÚDE