

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

Karina Lilith Moreira Sanchez

**“NÃO APARECE NO RAIOS-X”:
COSMOLOGIAS E PRÁTICAS DE AUTOATENÇÃO NO CONTEXTO
DE INTERMEDICALIDADE NA SAÚDE DOS MBYA-GUARANI EM
SÃO MIGUEL DAS MISSÕES - RS**

Santa Maria, RS
2021

Karina Lilith Moreira Sanchez

**“NÃO APARECE NO RAIO-X”:
COSMOLOGIAS E PRÁTICAS DE AUTOATENÇÃO NO CONTEXTO DE
INTERMEDICALIDADE NA SAÚDE DOS MBYA-GUARANI EM SÃO MIGUEL DAS
MISSÕES-RS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Linha de Pesquisa Cultura e Subjetividades, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestra em Ciências Sociais**.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Zulmira Newlands Borges
Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Ceres Karam Brum

Santa Maria, RS
2021

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001

Sanchez, Karina Lilith Moreira
"Não aparece no raio-x": cosmologias e práticas de
autoatenção no contexto de intermedicalidade na saúde dos
Mbya Guarani em São Miguel das Missões-RS / Karina
Lilith Moreira Sanchez.- 2021.
148 p.; 30 cm

Orientador: Zulmira Newlands Borges
Coorientador: Ceres Karam Brum
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de
Pós-Graduação em Ciências Sociais, RS, 2021

1. Intermedicalidade 2. Etnologia 3. Políticas
públicas da saúde indígena 4. Antropologia da Saúde 5.
Práticas de autoatenção I. Borges, Zulmira Newlands II.
Brum, Ceres Karam III. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSC. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, KARINA LILITH MOREIRA SANCHEZ, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

Karina Lilith Moreira Sanchez

**“NÃO APARECE NO RAIO-X”:
COSMOLOGIAS E PRÁTICAS DE AUTOATENÇÃO NO CONTEXTO DE
INTERMEDICALIDADE NA SAÚDE DOS MBYA-GUARANI EM SÃO MIGUEL DAS
MISSÕES-RS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Linha de Pesquisa Cultura e Subjetividades, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestra em Ciências Sociais**.

Aprovado em 19 de abril de 2021:



Prof.^a Dr.^a Zulmira Newlands Borges (UFSM)
(Orientadora/Presidente)



Prof.^a Dr.^a Maria Catarina Chitolina Zanini (UFSM)



Prof.^a Dr.^a Suzana Cavalheiro de Jesus (UNIPAMPA)

Santa Maria, RS
2021

AGRADECIMENTOS

A concretização desta dissertação foi uma significativa caminhada para um projeto de vida. Nessa linha de vida e pesquisa, fiquei ao lado de pessoas que colaboraram nesse processo, que vejo como um eterno “refazer-se”. Reconheço que a elas devo os meus mais verdadeiros agradecimentos.

Começo agradecendo aos moradores da aldeia *Tekoa Ko'enju* e aos funcionários do Posto de Saúde da Secretária Especial de Saúde Indígena; sem eles, essa pesquisa não teria existido. Todos ajudaram a compor cada detalhe, abriram a porta de suas casas, dividiram seus mates (antes da pandemia), conversaram comigo, me deixaram sentar em suas cadeiras, ficar em seus pátios e no posto de saúde. Agradeço a hospitalidade de todas e todos e, em especial, ao Toti, Tiago Timoteo (cacique) Nancy, Ana, Tiago, Aline, Cristino e Aniceto.

Agradeço, agora, à minha família e ao meu companheiro Tiago, que participou ativamente desse projeto, abrindo as portas para o campo (por ser parte da equipe de saúde), compartilhando dos desafios do trabalho de campo, oferecendo caronas para os interlocutores no circuito Santa Maria/Santo Ângelo/São Miguel das Missões. Além de se mostrar muito solícito para todos aqueles que lhe pedem ajuda. Obrigada por ser uma pessoa maravilhosa, resiliente e compreensível.

Aos meus pais que muito me ensinam e auxiliam a solidificar meus sonhos, mostrando que existem alternativas mais sustentáveis de experienciar a vida. Em vocês, encontro força para seguir, nessa mistura de múltiplos tempos e sentimentos. À minha avó Marlene e irmã Neiara, que são grandes inspirações de amor, cuidado e afeto.

À minha orientadora, Professora Zulmira Borges e, minha coorientadora, Professora Ceres Brum; agradeço imensamente pelo privilégio que foi ter suas orientações, desde um olhar aguçado sobre o campo até a inspiração teórica que foram fundamentais para estas páginas que se seguem. Obrigada, Ceres e Zulmira, por acreditarem e investirem em meu projeto.

Às Professoras Susana Cavalheiro de Jesus e Maria Catarina Chitolina pelas contribuições na aula de qualificação. Nesse momento, seus direcionamentos foram essenciais para dar continuidade a pesquisa, elenco alguns apontamentos marcantes, como por exemplo, o texto da autora Joana Overing para compreender o cotidiano. A indicação que demanda uma imersão nos vídeos produzidos pelo Coletivo de cinema

Mbya. E finalmente, gostaria de agradecer a recomendação de um olhar mais atento para as políticas públicas da saúde indígena. Infelizmente, com o campo interrompido pela pandemia não pude incorporar algumas sugestões cuja a intenção era explorar redes de parentesco, nem me aprofundei no conjunto de narrativas sobre o corpo em pesquisas referentes ao passado missioneiro.

Quero ressaltar também a importância das minhas colegas de turma, Renata, Bruna, Juliê e Gabriela, com quem criei uma maior afinidade. A todos amigos e amigas que fiz ao longo dessa vida acadêmica, esta dissertação carrega muito do que aprendi com vocês. Gostaria de citar, particularmente, alguns GTs que foram importantes na minha trajetória: RAM de 2019 (GT 12 Antropologia da saúde: perspectivas, debates e problemas), JAI 2019 e RBA GT 36 Espiritualidades, pluralismo e saúde 2020.

À CAPES pela minha bolsa que propiciou o financiamento desta pesquisa. Por fim, a todos e todas que direta ou indiretamente participaram do meu mestrado, na convivência durante estes dois anos de percurso. Amigos e amigas de Manaus dos velhos tempos e os gaúchos e gaúchas que conheci nessa jornada.

RESUMO

“NÃO APARECE NO RAIO-X”: COSMOLOGIAS E PRÁTICAS DE AUTO-ATENÇÃO NO CONTEXTO DE INTERMEDICALIDADE NA SAÚDE DOS MBYA-GUARANIEM SÃO MIGUEL DAS MISSÕES-RS

AUTORA: KARINA LILITH MOREIRA SANCHEZ
ORIENTADORA: ZULMIRA BORGES

Este texto de dissertação se configura na prática etnográfica realizada junto à comunidade *Tekoa Ko'enju*, em São Miguel das Missões-RS. A pesquisa se inscreve nos âmbitos da Antropologia da Saúde, Política de Saúde indígena e da Etnologia indígena, objetivando compreender de que forma as práticas de autoatenção Mbya-Guarani se relacionam com a zona de contato entre profissionais de saúde e os Mbya. Para tanto, proponho um recorte teórico realizado por meio dos conceitos de intermedicalidade e práticas de autoatenção, a fim de unir essas iniciativas de construção de uma atenção diferenciada à saúde indígena. Assim, a pesquisa procura mostrar os diferentes universos de significação presentes nesse contexto, discutindo as concepções de saúde, atenção, doença. Da mesma forma, busco compreender a noção de corpo/pessoa como substrato para observar a intermedicalidade, principalmente no que se refere as negociações que a comunidade estabelece com os agentes não-indígenas. Por conseguinte, é abordado o *Nhe'é*, como a noção de espírito que desencadeia a produção de corpos saudáveis Mbya. Argumenta-se que esta concepção se organiza em torno de ideais de condutas que, por sua vez, orientam-se a partir de um modo de ser guarani (*Nhande reko*), o qual inevitavelmente dialoga com as novas roupagens do neoliberalismo. Diante disso, são analisadas as práticas de autoatenção da terapia local, tecendo um panorama referente ao cruzamento da biomedicina e da religião. Por fim, sinalizo como o contexto imperial se traduz em políticas de austeridade para os povos originários, em meio a pior crise sanitária da modernidade.

Palavras-chaves: Antropologia da saúde. Intermedicalidade. Saúde indígena. Etnologia.

ABSTRACT

“DOES NOT APPEAR ON THE X-RAY”: COSMOLOGIES AND SELF-CARE PRACTICES IN THE INTERMEDICALITY CONTEXT IN MBYA-GUARANI HEALTH IN SÃO MIGUEL DAS MISSÕES-RS

AUTHOR: KARINA LILITH MOREIRA SANCHEZ
ADVISOR: ZULMIRA BORGES

This thesis assembles the ethnographic performance held with the *Tekoa Ko'enju* community, in São Miguel das Missões, Rio Grande do Sul, Brazil. The research falls within the scope of Health Anthropology, Indigenous Health Policy, and Indigenous Ethnology, aiming to comprehend how the Mbya-Guarani self-care practices are related to the contact zone between health professionals and the Mbya and its traditions. To this end, I propose a theoretical approach through the concepts of intermedicality and self-care practices, to put together these initiatives to build differentiated attention towards indigenous health. Thus, this project investigates the different universes of meaning in this context, discussing the concepts of health, attention, disease. Moreover, there is a pursue to understand the notion of body/person as a substrate for examining intermedicality, especially on the negotiations that the community establishes with non-indigenous agents. Therefore, the *Nhe'eis* approached as the notion of spirit that initiates the production of healthy Mbya bodies. It is argued that this conception is formulated through ideals of behavior that, consecutively, are guided by a Guarani way of being (*Nhandereko*), which inevitably dialogues with the contemporary disguises of imperialism. Faced with these ideas, the self-care practices of local therapy are analyzed, providing an overview of the intersection between biomedicine and religion. Finally, I display how the imperial context translates itself into austerity policies for the First people, during the world's worst health crisis in modern times.

Keywords: Health anthropology. Intermedicality. Indigenous health. Ethnology.

CONVENÇÕES ORTOGRÁFICAS

Nesta dissertação, a ortografia das palavras Guaraní se encontra em *itálico* e visa reproduzir a grafia do Guaraní Paraguaio, permanecendo a substituição do “ñ” por “nh” nos moldes dos registros feitos por pesquisadores como Cadogan, Bartomeu Melià e Graciela Chamorro.

*[...] Os Guarani não são memórias
nostálgicas do passado e sim memória
dinâmica do futuro.*

Bartomeu Melià

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mutirão do SAF	16
Figura 2 – Plantação de feijão	17
Figura 3 – Fonte Missioneira	23
Figura 4 – Entrada da aldeia <i>Tekoa Ko'enju</i>	24
Figura 5 – Mapa evidenciando Região das Missões	24
Figura 6 - Casas atrás do Posto de Saúde	25
Figura 7 – Entrada da casa de passagem	26
Figura 8 –"Cerca de 15 famílias indígenas chegam na divisa entre Morretes e Guaratuba".....	27
Figura 9 – Mapa da aldeia feito pelo antigo Agente Indígena de Saúde	29
Figura 10 – Conselho Regional de Desenvolvimento Missões	49
Figura 11 – Loja Artesanato Sepé Tiaraju	50
Figura 12 – Placa da praça Guarani em São Miguel das Missões	51
Figura 13 – As missões	53
Figura 14 – Espetáculo Som e Luz.....	53
Figura 15 – Entrada do hotel Tenondé	57
Figura 16 – Palermo e Neneco – <i>Bicicletas de Nhanderu</i>	58
Figura 17 – Inauguração do Posto de Saúde com o Pedro Ortaça	60
Figura 18 – Mapa dos Distritos Especiais de Saúde Indígena.....	66
Figura 19 – Posto de Saúde da SESAI.....	68
Figura 20 – Sala de espera do Posto de Saúde do SESAI.....	69
Figura 21 – Consultório médico	69
Figura 22 – Calendário de Vacinação.....	70
Figura 23 – Palestra Janeiro Branco	71
Figura 24 – Karáí Solano – <i>Bicicletas de Nhanderu</i>	77
Figura 25 – Parte da Cartilha.....	102
Figura 26 – Reunião do dia 19/03/2020 na <i>Tekoa Ko'enju</i>	112
Figura 27 – Cartaz de prevenção 1	113
Figura 28 – Cartaz de prevenção 2	113
Figura 29 – Vacinação para influenza em 2020.....	113
Figura 30 – Entrada da aldeia <i>Tekoa Ko'enju</i> fechada	117
Figura 31 – Distanciamento controlado Rio Grande do Sul.....	118
Figura 32 – Visita domiciliar e entrega de medicamentos.....	120
Figura 33 – Enfermeiro chefe e a vacina da COVID-19.....	121
Figura 34 – <i>Karáí Solano</i> tomando a vacina da COVID-19	122

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Marcos históricos da saúde indígena no Brasil	100
Tabela 2 - Atendimentos SESAI.....	100

LISTA DE ABREVIATURAS

AIS	Agentes Indígenas de Saúde
AISAN	Agentes Indígenas de Saneamento
CASAI	Casas de Saúde Indígena
DASI	Departamento de Atenção à Saúde Indígena
DEAMB	Departamento de Determinantes Ambientais da Saúde Indígena
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
EMSI	Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISA	Instituto Socioambiental
IPHAN	Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional
PBF	Programa Bolsa Família
SasiSUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SPI	Serviço de Proteção ao Índio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
VnA	Vídeo nas Aldeias

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 A PESQUISA DE CAMPO, CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS E UMA DIGRESSÃO HISTÓRICA	22
2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O GESTO ETNOGRÁFICO	35
2.2 CUIDADOS ÉTICOS	39
2.4 O POVO GUARANI: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA	45
2.5 TRADICIONALISMO GAÚCHO, PASSADO FOLCLÓRICO E O PROCESSO DE INVISIBILIZAÇÃO DOS AUTÓCTONES MISSIONEIROS.....	49
3 ANTROPOLOGIA DA SAÚDE, INTERMEDICALIDADE E ETNOLOGIA: UM DIÁLOGO TEÓRICO	62
3.1 OS SISTEMAS MÉDICOS DA <i>TEKOA KO'ENJU</i> : O POSTO DE SAÚDE, O <i>KARAI</i> , A <i>OPYE</i> E A <i>MITÃ JARYI</i>	65
3.1.1 O Posto de Saúde	66
3.1.2 <i>Karai</i> (pajé)	75
3.1.3 <i>Opy</i> (casa de reza).....	78
3.1.4 <i>Mitã Jaryi</i>	80
3.2 <i>NHE'É</i> E A CONSTRUÇÃO DE CORPOS/PESSOAS SAUDÁVEIS.....	86
4 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DA SAÚDE INDÍGENA E AS INTERFACES ENTRE A BIOMEDICINA, A GLOBALIZAÇÃO E O IMPACTO GERADO PELA COVID-19	96
4.1 UMA REFLEXÃO SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO DIFERENCIADA A SAÚDE INDÍGENA: REVISANDO CONCEITOS.....	96
4.2 INTERFACES ENTRE A BIOMEDICINA, A RELIGIÃO E A GLOBALIZAÇÃO	104
4.2.1 Hibridismo: políticas públicas e saberes locais	108
4.3 O CENÁRIO DA COVID-19: RELATOS POSSÍVEIS SOBRE A ALDEIA <i>TEKOA KO'ENJU</i>	111
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
REFERÊNCIAS	129
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA ENTREVISTA	137
APÊNDICE B - ILUSTRAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACERVO DA AUTORA	138
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA	145

“Não se pode respeitar aquilo
que não se conhece”¹
Darcy Ribeiro

1 INTRODUÇÃO

No prólogo de sua tese, delineada no âmbito da economia informal, Rosana Pinheiro-Machado (2009) destaca a possibilidade de certos pesquisadores brasileiros serem rotulados como antropólogos que elaboram textos demasiadamente autocentrados. Cabe lembrar que, embora exista o risco de que isso se aplique para além de uma característica benéfica da intersubjetividade científica e se mostre como uma manifestação de vaidade, gostaria de introduzir a história da primeira vez que passei (com 12 anos de idade) em uma Área Indígena, no ano de 2004.

Minha tia Liane e prima Jéssica haviam acabado de se mudar de Manaus para Boa Vista-RR. Certo dia, minha irmã Neiara e eu resolvemos pegar um ônibus para visitá-las. É uma viagem de aproximadamente 14 horas, em um trajeto que atravessa a BR-174. Em Manaus, não têm muitas estradas e na época existia a AM-010 e a BR-174, que liga os estados Amazonas e Roraima e segue até a fronteira com a Venezuela. No meio do caminho, passamos pela Área Indígena *Waimiri-Atroari*, de ramo linguístico *Karib*, cujo território está situado entre os rios Uatumã, Negro e Branco.

Recordo-me das expectativas que as pessoas no ônibus criaram, pensando que iriam encontrar indígenas com uma imagem caricatural. No entanto, o que vimos foi uma estrada esburacada, com horários para carros, ônibus e caminhões transitarem. O percurso foi longo. Enquanto passávamos pela Área Indígena, eu olhava atentamente pela janela com esperança de ver alguém escondido na vegetação, já que estava cercada por comentários que enfatizavam a presença de indígenas com a caracterização de um passado folclórico. Quando chegamos em Boa Vista, liguei para meu pai para avisá-lo que havíamos feito uma boa viagem e narrei a situação para ele. Prontamente, meu pai, filósofo de formação, retrucou tal posicionamento. Ressaltando o estigma criado pelo povo brasileiro, no decorrer de um longo período, sobre os *Waimiri Atroari* serem encarados como um povo guerreiro

¹ RIBEIRO, Darcy. **Os índios e a Civilização**: A integração das populações Indígenas no Brasil Moderno. Petrópolis: Vozes, 1982.

capaz de ferir aqueles que tentam entrar em seu território. Tal caracterização contribuiu para que autoridades governamentais deslocassem o encargo das obras da rodovia BR 174 (Manaus-Boa vista) ao Exército Brasileiro, que manipulou forças militares para reprimir e dizimar os indígenas. Esse episódio resultou na quase extinção do povo *kinja* (autodenominação *Waimiri Atroari*). Além disso, em suas terras, ocorreu a instalação de uma empresa mineradora e o alagamento de parte de seu território pela construção de uma hidrelétrica. Os *Waimiri Atroari* contestaram a situação, mediarão com a sociedade envolvente e hoje têm assegurados os limites de sua terra². Ao atentar para tal cenário, meu pai ajudou a cultivar o meu interesse pelas Ciências Sociais.

Meu desejo de investigar a interculturalidade³ no campo da saúde referente à comunidade guarani teve uma sucessão de influências, dentre elas a minha formação em Ciências Sociais. A inserção no campo acadêmico se deu por intermédio de um projeto de iniciação científica (PIBIC), o qual se desenvolveu a partir do seu vínculo com uma pesquisa de maior amplitude chamada *Mulheres da floresta: memória, território e políticas públicas nas várzeas do Amazonas*⁴, financiada pelo CNPq e coordenado pela Prof^a. Dr^a. Kátia Helena Serafina Cruz Schweickardt. O projeto teve como premissa compreender as práticas de cura da comunidade Santa Luzia, descrevendo as práticas de autoatenção na Ilha do Baixio, na área de várzea, em Iranduba- AM, retratando a relação das benzedeadas com a comunidade.

Em novembro de 2017, eu e meu companheiro, Tiago Gabatz, fomos morar no município de São Miguel das Missões, região noroeste do estado do Rio Grande do Sul. Na época, Tiago havia sido chamado para trabalhar no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), localizado na *Tekoa Ko'enju*. Sabe-se, a partir das impressões inscritas no imaginário social e da literatura Guarani, que os Mbya são refratários à

² Disponível em: https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Waimiri_Atroari. Acesso em: 12 jan. 2021.

³ Dantas (2012) aponta que o diálogo intercultural é proposto por intermédio de uma concepção de cultura que vai em direção contrária ao que conhecemos como estático, de entidades cerradas em si mesmas. É necessário atentar para a permeabilidade das fronteiras culturais e o potencial criativo dos indivíduos. A permeabilidade é indicada em diversas esferas, mesmo quando se encontra em situação assimétrica, de modo que a cultura dita majoritária-dominante ainda sofre influências da cultura subjugada.

⁴ O projeto *Mulheres da Floresta: memória, território e políticas públicas nas várzeas do Amazonas* é um projeto de pesquisa que tem por viés analisar o impacto social, político e econômico da criação do Projeto de Assentamento Agroextrativista (PAE), o qual foi implantado na Ilha do Baixio. Tal análise é realizada a partir de entrevistas e diálogos informais com o grupo de mulheres que frequentavam as reuniões, em que elas compartilhavam com um projeto de extensão no qual diversas oficinas foram oferecidas ao Grupo de Mulheres Unidas do Baixio.

presença dos não-indígenas em suas aldeias⁵. Por isso, de acordo com Tiago, foi necessário algum tempo demonstrando interesse em compor uma laboração que refletisse apreço à alteridade. Com a minha chegada a São Miguel das Missões, relatei aos moradores da *Tekoa Ko'enju* e aos profissionais de saúde a admiração que tenho pelas comunidades ribeirinhas e indígenas. Então, fui chamada para participar de uma implementação do Sistema Agroflorestal (SAF)⁶ em setembro de 2018, organizado por alguns funcionários do Posto de Saúde e da Escola Estadual Indígena de Ensino Fundamental Igineo Romeu *Ko'enju*. Logo, frequentei alguns eventos da comunidade, como a festa de aniversário da aldeia, os campeonatos de futebol e os mutirões do SAF.

Figura 1 – Mutirão do SAF



Fonte: Acervo da autora (2018).

⁵ Prates (2019).

⁶ O projeto propunha realizar uma plantação mesclando plantas de ciclo curto (mandioca, milho e feijão com árvores frutíferas) e árvores produtoras de madeira.

Figura 2 - Plantação de feijão



Fonte: Acervo da autora (2018).

Quando ocorriam os mutirões do SAF, sentia que pairava na linha tênue entre a certeza de uma relação de aliança e a desconfiança⁷. Os mutirões foram uma porta de entrada para colocar os cinco sentidos em novas percepções⁸. Nessas ocasiões, enquanto trabalhavam com a terra eu preparava as refeições e conversava com os envolvidos, a fim de transformar relações casuais em relações mais íntimas⁹. A motivação deste trabalho foi compreender como os Mbya Guarani¹⁰, da aldeia *Tekoa Ko'enju*, vivenciam a zona de contato (PRATT, 1992 apud FOLLÉR, 2004, p. 109) estabelecida pela biomedicina perante as práticas de autoatenção (MENÉNDEZ, 2009), principalmente relacionadas a medicina tradicional do *karaí* (pajé) e da *mitã jaryi* (avó, parente materna) os quais pontuam questões associadas a gestação, ao

⁷Nos termos de Huyer (2017).

⁸ Pinheiro-Machado (2009) assinala que conhecer uma nova cultura nos remete a exposição dos cinco sentidos a novas percepções. Gradualmente singularidades vão sendo apresentadas e assimiladas no corpo e na mente. Em meu campo, retrato principalmente o contato com a língua Guarani: novas entonações mostravam-me um mundo diferente.

⁹ Ver: Wagner (2007).

¹⁰ Rita Lewkowicz argumenta que: “Assim, quando me refiro “aos Mbyá-Guarani” não pressuponho a existências de um grupo circunscrito, homogêneo, de pessoas que pensam e agem igual, enclausuradas por marcadores étnicos ou fronteiras culturais. [...] esses processos de etnização estão inseridos em uma lógica estatal de produção de populações e espaços de intervenção que guarda, relação direta com a herança colonial e com um formato de governabilidade neoliberal. Ao mesmo tempo, contudo, não deixo de considerar importante falar e, “os Mbyá-Guarani” no sentido de uma prática de conhecimento – nem uma metafísica enquanto representação coletiva e nem uma teoria prática de conhecimento – 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 diferença” (LEWKOWICZ, 2016, p.15 apud HUYER, 2017, p. 33).

parto hospitalar e pós-parto, em um momento em que observamos o difícil esforço de se valorizar a diversidade étnica e cultural dos povos indígenas no Brasil e a necessidade de diminuir os processos de medicalização da saúde indígena, sem, com isso, como ressaltou Dias-Scopel (2015), anular a cidadania de acessos aos serviços de saúde biomédico. Assim, foi compreendido de que maneira os Mbya se relacionam com os profissionais de saúde da Secretária Especial de Saúde Indígena e no âmbito da municipalização da saúde. Da mesma forma, foi possível abordar sobrevoos referentes às concepções acerca do corpo, do processo de saúde/atenção/doença e também questões sobre os efeitos causados pela relação com a alteridade, com objetivo de esboçar uma componente analítica que acesse os diferentes universos de significação que coexistem nesse espaço intercultural de atenção diferenciada à saúde indígena.

Não intenciono tecer uma análise folclórica de receitas medicinais e crenças exóticas que expressam uma discrepância com a biomedicina. Este trabalho tem como fio condutor os processos que fazem parte da relação saúde-cultura entre indígenas Mbya Guarani, os quais são da mesma natureza dos que agem na nossa sociedade, como lembra Langdon (1994), embora existam divergências nas teorias etiológicas e estratégias terapêuticas.

Langdon (2014) menciona que as antropologias médicas-da doença e da saúde- se estabeleceram como subespecialidades desde 1960. Afirmando que essencial na perspectiva antropológica é compreender a construção social e relacional do corpo e as mais variadas formas de produção de saberes acionados pelos sistemas terapêuticos. Ao mesmo tempo, deve-se compreender a perspectiva do ator social e sua capacidade de agência, pois é a partir dos indivíduos e grupos sociais que usufruem do sistema de atenção diferenciada à saúde que são construídas as articulações entre os distintos conceitos e práticas associadas à saúde/doença. Assim, os processos de saúde e doença precisam ser entendidos por meio das noções de práticas de autoatenção, intermedicalidade, autonomia e agência em contraposição a perspectiva biomédica identificada como individualista, universalista e a-histórica.

Levando isso em consideração, utilizo-me da ideia de intermedicalidade, a zona de contato (PRATT, 1992 apud FOLLÉR, 2004, p. 109) exercida pelas negociações dos profissionais de saúde com os Mbya. Do mesmo modo, procuro abordar as práticas de autoatenção (MENÉNDEZ, 2009), principalmente referindo-se aos especialistas da medicina tradicional, a *mitã jaryi* (avó, parente materna) e o *karaí*

(pajé), como integrantes de “sistemas médicos” específicos, o que lhes confere significados e modelos de ação próprios (KLEINMAN, 1973; 1980 apud LANGDON, 1994, p. 118). Nessa perspectiva, na observação participante e realização de entrevistas, foram sinalizadas as negociações concernentes ao parto hospitalar e seus possíveis conflitos em função do velamento de rituais materno-infantis¹¹ no âmbito da municipalização da saúde.

Dessa forma, a escrita desta dissertação procura refletir acerca das seguintes questões: como se dá a intermedicalidade nos encontros entre indígenas e não indígenas? Quais as concepções de saúde da população Guarani? Quais significações que os Mbya atribuem às práticas de autoatenção referente ao parto? E como se relacionam com a atenção diferenciada à saúde indígena? Por fim, de que maneira ocorre uma ressignificação dos itinerários terapêuticos da comunidade *Tekoa Ko'enju* após o contato com a biomedicina?

Para tentar responder a tais questionamentos, a pesquisa pretende compreender de que forma ocorre o velamento das práticas autóctones no campo da saúde, direcionando-se para as concepções de corporeidade dos Mbya-Guarani, em uma dinâmica que confere importância às cosmologias particulares e sua interação com as políticas públicas, interpretando de que modo essas concepções de corpo, saúde e doença do mundo ocidental contemporâneo refletem em uma ressignificação dos itinerários terapêuticos da comunidade.

Por meio desses questionamentos, minha proposta é apresentar aqui uma reflexão antropológica sobre intermedicalidade, saúde e corpo, dialogando com a historiografia Guarani. Para tanto, estruturei o texto em quatro capítulos.

O segundo capítulo é o mais denso, traz recortes históricos e metodológicos, implicando a negociação da pesquisa de campo e as principais narrativas dos interlocutores. Assim, apresento a pesquisa de campo, a metodologia e a relação dos Mbya com a região das Missões, para entender a interação dos moradores da comunidade Guarani com os profissionais de saúde, elaborando uma descrição sobre as representações que edificam uma obliteração dos autóctones missionários. Nesse aspecto, incorporo uma sucinta história sobre a região das Missões, a reprodução do passado colonial no município de São Miguel das Missões e uma contextualização dos Mbya da *Tekoa Ko'enju*.

¹¹ Ver: Ferreira (2013).

O terceiro capítulo é dedicado a interface entre antropologia da saúde e etnologia. Buscando estreitar laços entre os campos teóricos, é o capítulo em que descrevo os sistemas médicos da *Tekoa Ko'enju*. Esse terceiro capítulo se dedica às práticas cotidianas dos sistemas médicos, traçando um solo sob o qual se sustenta o Posto de Saúde na *Tekoa Ko'enju*, o *karaí* (pajé), *mitã jaryi* (avó, parente materna) e a *opy* (casa de reza). Neste capítulo, o imperativo é a noção de pessoa e sua relação com as práticas de autoatenção, bem como uma contextualização da cosmologia Guarani, para que se possa compreender conceitos como *nhe'é* (espírito/duplo), *aguyje* (estado imperecível), *Jepota* (transformação corporal em onça) e a manipulação da relação com a alteridade.

Desse modo, ingressamos no quarto capítulo, que atenta para recortes legislativos com respeito aos conceitos de atenção diferenciada a saúde indígena, “implicando em novos dispositivos de controle e formas de subjetivação a partir da ‘diferença cultural’” (LEWKOWICZ, 2016, p. 33). Por outro lado, busco trazer as imbricações entre conceitos como a biomedicina, imperialismo bem como o impacto gerado pela crise sanitária da COVID-19.

Antes de iniciar o próximo capítulo, alguns esclarecimentos serão realizados para que possam acompanhar o processo de pesquisa no contexto da pandemia. Em 11 de março de 2020 a Organização Mundial da Saúde alertou sobre o surto da COVID-19. Evidentemente, devido a isso não pude ir a campo como havia planejado. Por esse motivo, acredito não ter respondido todas as questões do objeto de pesquisa. Não me aprofundi em outras ressignificações dos itinerários terapêuticos, destaquei questões sobre o parto hospitalar e suas implicações no processo de construção de corpos saudáveis Mbya.

À vista disso, redirecionamentos foram executados, como por exemplo, um maior destaque para a história e estrutura atual das políticas públicas da Atenção Diferenciada à Saúde Indígena e para a produção de filmes realizada pelo Coletivo Mbya-Guarani de Cinema/Vídeo nas Aldeias. Segundo Jesus (2015), essa produção é uma maneira de circular informações sobre cosmologia, sobre relações com Estados Nacionais e com sociedade *jurua* (não-indígena). Esta é desenvolvida pela ONG Vídeo nas Aldeia (Vna) junto ao Coletivo Mbya-Guarani de cinema. Os Coletivos Indígenas são estruturados a partir das oficinas exercidas pela ONG Vídeo nas Aldeia e integrados por criadores indígenas, que recebem da Vna assistência financeira e técnica para as produções audiovisuais. Os filmes concretizados fazem parte do

acervo das comunidades e são levados para Centros Culturais, Televisões, Festivais e etc.

De acordo com Ortner (2007) quando os atores estão engajados em projetos culturais é preciso observar a dialética de dominação e resistência, bem como as formas de agência resistentes. Conseqüentemente, foi oportuno interpretar os filmes como parte de uma agência, a serviço de projetos com autenticidade cultural, pois, como nos lembra Jesus (2015), essa “guaranização” do audiovisual, a partir da realização de filmes, que destacam a produção cotidiana do modo de vida guarani, abrange, dentre vários elementos, aspectos primordiais da noção de pessoa Mbya e a relação com a alteridade.

2 A PESQUISA DE CAMPO, CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS E UMA DIGRESSÃO HISTÓRICA

“O lado forte da etnografia não é pleitear a causa nativa das estruturas vigentes de poder [...]. É, antes, provocar uma reconfiguração das próprias narrativas hegemônicas que tanto contribuem para a perpetuação dessas estruturas. Com a produção de cenas e subjetividades “outras”, isto é, que escapam às lógicas previstas da modernidade hegemônica, obriga ao leitor a repensar seu próprio sistema de classificação”¹²

Esta etnografia é resultado do trabalho de campo realizado entre os Mbya¹³ Guarani que habitam a aldeia *Tekoa Ko'enju*¹⁴, a Reserva indígena Inhacapetum, que foi ratificada como Reserva indígena no início dos anos 2000. Nesse período, algumas famílias Mbya Guarani instalaram um acampamento próximo à Fonte Missioneira¹⁵ (*Ygua Porã*). Segue relato de uma das lideranças da aldeia:

Cheguei com minha família aqui em São Miguel das Missões em 1996, 1997[...]. Eu cheguei na fonte missioneira, em guarani é *Ygua Porã*, em 1997, e já estava em uma turma guarani. E, contavam que o (povo) Guarani sempre viveu por aqui, já caminhavam nessa região, antes do *Jurua* conhecer. Quando eu morava na Fonte, falaram que o governo tinha feito um levantamento de terra para a aldeia *Ko'enju* na beira do rio Inhacapetum. O governo era do Olívio Dutra. Ele já tinha conhecimento do povo Guarani, da cultura indígena, então ele fez a desapropriação dessa área: 236,33 hectares, Terra indígena Inhacapetum (Fonte: *Nhanhangareko Nhanderekoa're, ka'aguyrupa're, yakã're*. Nós cuidamos dos lugares onde vivemos, das matas

¹² FONSECA, Cláudia. **O anonimato e o texto antropológico**: Dilemas éticos e políticos da etnografia “em casa”. Palestra proferida na mesa Ética e pesquisa etnográfica, durante o Seminário do NACi (Núcleo de Antropologia e Cidadania da UFRGS): Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2010, p. 12.

¹³ Os Mbya são retratados por meio da etnologia antropológica como um subgrupo de uma coletividade mais abrangente intitulada Guarani. São compreendidas enquanto Guarani cerca de sete parcialidades: Kaiowa, Mbya, Nhandeva, Guarayo, Ava-Xiringuano, Izoceno e Tapieté, e estão presentes nos territórios nacionais de Brasil, Argentina, Paraguai, Uruguai e Bolívia (SOUZA PRADELLA, 2009 apud Huyer, 2017, p. 33). Tais subgrupos, conforme Huyer (2017) afirma, são reunidos por suas familiaridades linguísticas. São categorizados como parte do tronco Tupi, família Tupi-guarani e língua Guarani. Desse modo, contempla-se uma multiplicidade de questões sociocosmológicas entre eles.

¹⁴ A palavra *tekoa*, retratada por Leon Cadagon (apud JESUS, 2015, p. 56) como “povoado”, é também compreendida como “aldeia guarani”. Transporta o sentido de “lugar onde se vive”, para o espaço em que se concretiza o modo de ser guarani – o *nhande reko*. Jesus (2015) descreve que é o lugar em que se pode germinar estes modos de ser, argumentando que todos os processos de aprendizagem estão relacionados à terra. *Ko'enju* de acordo com a agente indígena de saúde significa alvorecer.

¹⁵ Tal ocorrência sucedeu, conforme Lewkowicz (2016), no processo de desapropriação de uma fazenda da região que caracterizou a criação de assentamentos de reforma agrária na região, com os quais os Mbya possuem uma relação de proximidade.

e dos rios. Mapeamento participativo *Tekoa Ko'enju*: São Miguel das Missões, 2017, p. 2).

Figura 3 - Fonte Missioneira



Fonte: <http://www.portaldasmissoes.com.br/site/view/id/940/fonte-jesuita.html>. Acesso em: 17 fev. 2021.

De acordo com dados do Instituto Socioambiental, a aldeia foi legitimada como Reserva Inhacapetum por meio do Decreto 40.483, publicado em 30/11/2000, possuindo 236 hectares homologados como Reserva Indígena. Em sua tese de doutorado, Suzana Cavalheiro de Jesus (2015) aponta que a localidade foi comprada pelo governo do estado do Rio Grande do Sul e remetida às famílias Mbya Guarani que haviam instalado acampamento.

A *Tekoa Ko'enju* está situada no interior do Município de São Miguel das Missões¹⁶, aproximadamente 30 quilômetros do sítio arqueológico São Miguel Arcanjo¹⁷, na região Noroeste do estado do Rio Grande do Sul, também conhecida como Região das Missões.

¹⁶ Estima-se que o município de São Miguel das Missões, segundo o último censo do IBGE, abrange uma população de 7.663 pessoas.

¹⁷ Jesus (2015) salienta que o sítio arqueológico de São Miguel Arcanjo, comporta os remanescentes de um dos povoados instaurados para catequizar as populações nativas da América Espanhola, no período colonial. Tais espaços contemplavam uma igreja nas proximidades de um pátio central, cercada por prédios, lugar onde funcionava a escola, a casa dos padres, cemitério, áreas para agricultura e o *cotiguaçu* (casa de recolhidas, que abrigava mulheres solteiras, crianças órfãs e viúvas).

Figura 4 - Entrada da aldeia *Tekoa Ko'enju*



Fonte: Acervo da autora (2019).

Figura 5 - Mapa evidenciando Região das Missões



Fonte: Google Images (2006).

Figura 6 - Casas atrás do Posto de Saúde



Fonte: Acervo da autora (2019).

São Miguel das Missões é uma região de alta rotatividade de turistas, em virtude das “ruínas”¹⁸ jesuíticas. Dentro desse contexto, o turismo é alimentado por uma memória colonial e caracterizado por um passado folclórico¹⁹, o qual, reverbera na relação que os não-indígenas desenvolvem com os Mbya. A renda das famílias (antes da pandemia) provinha, sobretudo, dos artesanatos que eles vendiam no sítio arqueológico de São Miguel Arcanjo e do Programa Bolsa Família (PBF). Levando-se em conta o fato de a locomoção (para a venda de artesanatos) da aldeia *Ko'enju* para o sítio arqueológico de São Miguel Arcanjo não ser de fácil acesso devido à distância, o IPHAM, a FUNAI e a Prefeitura de São Miguel²⁰ construíram a casa de passagem nas adjacências do sítio arqueológico.

¹⁸ “As ruínas” de acordo com Jesus (2015) se tornou o nome popular das reduções jesuíticas.

¹⁹ Huyer (2017).

²⁰ JESUS, Suzana Cavalheiro de. **Pessoas na medida**: processos de circulação de saberes sobre o *nhandereko guarani* na região das Missões. Banco de Teses da UFSC, 2015.

Figura 7 - Entrada da casa de passagem



Fonte: Acervo da autora (2019).

Dados extraídos do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) em 31 de dezembro de 2019, apontam um total de 100 pessoas (destes, 9 são idosos e 13 são crianças menores de 5 anos) que vivem na comunidade *Tekoa Ko'enju*²¹. Em outubro de 2019, houve um deslocamento²² de 15 famílias para Morretes-PR e, posteriormente, Chapecó-SC. O conceito de multilocalidade descrito por Pissolato (2006 apud PIERRI, 2018, p. 35) sinaliza que os Mbya participam de amplas redes de parentesco e intercâmbio ritual, perpassando regiões que abarcam a Argentina e o Paraguai. Por isso, se em algum momento eles se estabelecem em aldeias específicas, suas histórias de vidas certificam o trânsito anterior por uma sequência de distintas localidades e suas experiências cotidianas se desdobram a elas também no presente, por meio da realização frequente de visitas entre os parentes e afins. Desse modo, é válido frisar que, mesmo sendo importante localizar os interlocutores, não se pode idealizar que suas experiências e reflexões se restringem a uma região específica.

²¹ Dados retirados do Plano de Contingência para infecção humana pelo novo coronavírus feito em São Miguel das Missões na aldeia *Tekoa Ko'enju*.

²² De acordo com o IPHAM (2019), as migrações de alguns povos Tupi-Guarani aconteciam majoritariamente por motivações proféticas, estas já ocorriam antes da era pré-colombiana. Porém, com a colonização europeia, tais migrações se caracterizam por um novo estímulo.

Figura 8 - "Cerca de 15 famílias indígenas chegam na divisa entre Morretes e Guaratuba"

Cerca de 15 famílias indígenas chegam na divisa entre Morretes e Guaratuba

Por **Marília Maciel** - 8 de outubro de 2019



Fonte: <https://radiolitoranea.com.br/cerca-de-15-familias-indigenas-chegam-na-divisa-entre-morretes-e-guaratuba>. Acesso em: 28 out. 2019.

Acerca dessa rede social de parentesco e aliança Catafesto de Souza (2009 apud LEWKOWICZ, 2016) afirma que:

Hoje no Brasil, a população Mbya 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 Mbya-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 Montevideú. No total, a população Mbya 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).

Ao descrever o espaço, é visto que muitas residências são feitas de madeira e barro. Nas casas em que possuem banheiro, geralmente, este fica do lado de fora.

Em frente às residências, é feito o fogo doméstico, apresentando-se como um espaço de socialização das famílias, onde tomam chimarrão, conversam e fazem artesanatos.

Dentro da comunidade, há uma estrada principal que leva à Escola Estadual Indígena de Ensino Fundamental Igineo Romeu *Ko'enju*, havendo, nesse caminho, o salão de festa, a quadra de futebol e o posto de saúde administrado pela SESAI, Secretaria Especial de Saúde Indígena, vinculada ao DSEI, Distrito Sanitário Especial Indígena, de abrangência ligada ao litoral Sul (RJ/SP/PR/SC/RS)²³. Através do campo de futebol, é possível enxergar as casas mais afastadas da entrada da aldeia e os roçados. O cenário da *Ko'enju* possui uma significativa área de matas nativas, próximas do Rio Inhacapetum que serve como fonte de pesca para a comunidade. No que corresponde aos arredores, nos vizinhos lavradores, apresentam-se consideráveis zonas de monocultura, com predominância de milho e soja, bem como a criação de gado.

²³Ver: Huyer (2017).

Todo trabalho de campo foi conduzido em companhia do meu parceiro de vida Tiago Gabatz, assim sendo, as entrevistas foram realizadas por meio de indicações desse meu “interlocutor principal” (ROCHA; ECKERT, 2013, p. 58). A figura de Tiago simboliza o conhecimento prévio, para além da literatura etnográfica, que pude obter sobre a teia de relações que marcam a hierarquia de poder e a estrutura social local, evidenciando as possibilidades de diálogos com os moradores da comunidade.

Após ter iniciado o mestrado, tivemos que nos mudar para Santa Maria, no Rio Grande do Sul, nas proximidades da UFSM. Isso fez com que Tiago ampliasse sua rede de trabalho ao incluir atendimento nas aldeias *Guaviraty porá* de Santa Maria e na *Tekoa Pyãú* de Santo Ângelo²⁴. Assim, obtive alguns interlocutores, recorrendo ao “mérito metodológico” (CATAFESTO, 1998, p. 44) das caronas para Santa Maria, Santo Ângelo e São Miguel, o que contribuiu na construção de algumas entrevistas narrativas. Geralmente, saíamos às 5 horas da manhã e chegávamos em São Miguel das Missões por volta das 8h30 e ficávamos até às 16 horas na aldeia, quando saíamos da aldeia íamos dormir no município de Ubiretama que fica próximo de São Miguel. Sempre que chegávamos no Posto de Saúde éramos recebidos pelos agentes de saúde, nos cumprimentavam com um “*javyju*” (bom dia) e repassavam informações a respeito de quem aspirava solicitar os serviços da UBS.

O tempo de permanência na aldeia *Tekoa Ko'enju* somou aproximadamente (entre idas e vindas) 3 meses de pesquisa de campo realizados em três momentos diferentes. Dessa maneira, passei a acompanhar a equipe de saúde em sua rotina de trabalho, observando o atendimento no DSEI, bem como suas visitas domiciliares. A pesquisa de campo etnográfica foi realizada em três etapas como já mencionado. A primeira foi de julho até agosto de 2019 (totalizando 15 dias); a seguinte, de dezembro de 2019 a janeiro de 2020; a última foi o período em que realizei três visitas (uma vez por semana) entre setembro e outubro de 2020.

Cabe destacar que esta dissertação se encontra dividida em dois cenários, o primeiro que pode ser intitulado como pré-pandêmico e o segundo que sinaliza propriamente o cenário da pandemia. Se antes os guaranis já possuíam a fama de serem refratários a presença *juruá* em suas aldeias, fama a qual feitas algumas

²⁴ O atendimento na aldeia *Guaviraty porá* de Santa Maria é municipalizado, não existe uma assiduidade como no polo de São Miguel das Missões, por isso as consultas ocorrem semanalmente em um turno. No que se refere à comunidade *Tekoa Pyãú* de Santo Ângelo, o atendimento é semanal.

atualizações são compatíveis com a realidade atual²⁵, posso afirmar que, hoje, o cuidado em receber visitas é redobrado em virtude do novo coronavírus. Diante disso, a ideia de ir a campo em um cenário pandêmico pode soar irresponsável; assim sendo, gostaria de frisar que retornei em virtude da mudança de liderança local, tive que pedir autorização do novo cacique para dar continuidade a pesquisa. Então, de maneira cautelosa, o deslocamento ocorreu com o carro próprio do Tiago e apenas nos dias em que nos era permitido viajar até a aldeia. A entrada na aldeia foi realizada de máscara e na maior parte do tempo fiquei ao ar livre e quando foi possível conversar com algum membro da comunidade, mantive mais de um metro de distância e usei máscara, jamais tocando ou cumprimentando qualquer indígena através do contato físico, apenas com aceno de mão.

Diante desse contexto, intenciono, inicialmente, aludir sobre os riscos de exercer uma etnografia sem conhecer a língua²⁶ do grupo. Conforme aponta Bartomeu Melià, no livro **El mundo Guarani**:

A observação de um povo indígena, quanto mais detalhada e rigorosa, suscita questões de sistematização cultural para compreender seu modo de ser. A etnografia se torna etnologia enquanto filosofia coerente e organização racional de comportamentos observados e pensamentos implícito e explícito. O que pode acontecer é o fato de a sistematização etnológica ser parcial, a observação ser insuficiente. No caso da etnologia Guarani, é tenebroso fazer etnologia sem conhecer a língua do grupo, pois ela é a expressão mais funda do ser e do sentir, enquanto comunica estrutura a ação (MELIÀ, 2011, p. 44, tradução minha).

Esta passagem descrita por Melià nos reporta para uma significativa “crise etnográfica”. Não é novidade que no âmbito da Antropologia, o resultado da pesquisa é influenciado pelo que conhecemos como clivagens sociais²⁷ (gênero, classe, etnia, geração etc.). É relevante destacar que a comunicação não violenta com os interlocutores está interligada com a proximidade social e com a familiaridade, as quais sustentam duas das exigências principais. Ou seja, “o interrogador(a) quando se encontra socialmente próximo do seu interlocutor, termina por garantir que não haja

²⁵ Prates (2019).

²⁶ Carvalho (2012) destaca que a língua para os Guarani é compreendida como um recurso de defesa para manter certa distância dos “brancos”. Expressam-se cotidianamente na língua materna, o que solidifica o *ethos* do grupo como cultura diversa em contato com os não-indígenas.

²⁷ SARTI, Cynthia A. A dor, o indivíduo e a cultura. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 3-13, jul. 2001.

ameaças de ver suas razões subjetivas reduzidas a causas objetivas” (BOURDIEU, 2011, p. 699).

Nesse sentido, sou mulher, branca, com 28 anos, estudante de mestrado da Universidade Federal de Santa Maria²⁸. De que maneira tais circunstâncias me fazem estar inserida na exorbitante distância sociocosmológica que existe entre o *jurua* (não-indígena) e o Guarani? Com quais pessoas foi possível conversar e dialogar, levando em consideração a posição ocupada pela pesquisadora? Em outras palavras, o que perdi ou me beneficiei com minhas características corporais, geracionais e sociais? Como pesquisadora penso que seja importante pontuar os momentos em que fui objeto de curiosidade preenchida por um estereótipo, descrito por Wagner (2007) como “forasteiro perigoso”.

Essas inquietações foram indispensáveis para mensurar a viabilidade da pesquisa. Contudo, não gostaria de restringir o trabalho de campo, como se refere Das (2012, p. 353 apud LEWKOWICZ, 2016) a uma auto culpabilização em função da assimetria na relação *quase* antropóloga/nativo. Assim, como a autora gostaria de focar na possibilidade de seguir tecendo *relações* e não coisas²⁹. Dessa maneira, as pessoas com as quais me relacionei foram as que estiveram próximas desse limiar do espaço institucional do *jurua* para o Guarani, onde profissionais de saúde e moradores da comunidade tecem suas alteridades e se relacionam nesse âmbito da atenção diferenciada à saúde indígena.

Nesse contexto, observei uma predominância na narrativa sobre a dificuldade em reproduzir as práticas que se referem aos cuidados materno-infantis³⁰ dos Mbya Guarani. Rituais que envolvem o parto são ressignificados em função do descarte da placenta e do cordão umbilical realizado pelo Hospital de Santo Ângelo, como será retratado no próximo capítulo. As políticas públicas que formulam domínios entre essa dinâmica global e local proporcionam discursos oficiais sobre medicinas tradicionais

²⁸ Diante do exposto, a fim de repensar a relação entre história e sociologia, as considerações de Chartier e Bourdieu (2012), em *O sociólogo e o historiador*, refletiram a importância da “autoanálise”, visto que, no âmbito sociológico, explana-se sobre enfoques que estão vivos, diferente da história, a qual possui uma distância temporal que colabora no que Bourdieu (2012) chama de virtude de neutralização. Por isso, é primordial ressaltar inquietações e problematizar aquilo que nos parece evidente, pois o que se apresenta como natural é sempre socialmente construído por diferenciados interesses e relações de força.

²⁹ Entrevista com Veena Das, em: Misse *et al.* (2012, p. 353 apud LEWKOWICZ, 2016, p. 26).

³⁰ Nos termos de Ferreira (2013).

transformando, significando e ressignificando, rituais que contemplam realidades sociomédicas³¹.

Ao compreender a narrativa Guarani Mbya sobre a construção de corpos saudáveis, foi necessário mergulhar em sua sociocosmologia, que mesmo seguida de intenso processo de colonização, vem sendo vivenciada de diversas formas³². Para tanto, este segmento retrata o fato de que cada sociedade concebe o corpo de maneira singular. De acordo com Clastres (2012 apud PRATES, 2019, p. 182), a definição de corpo e pessoa nas sociedades indígenas sul-americanas se vincula com a organização social e política, que abrange uma “lei escrita no corpo”. Por conseguinte, nessas sociedades, o corpo é entendido como uma dimensão em que são traçadas, como em um quadro ou uma tela, as regras sociais.

Nesse sentido, partilho das acepções da tese de doutorado intitulada *A cosmopolítica da gestação, do parto e do pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku*, na qual Raquel Dias-Scopel sublinha a agência dos *Munduruku* nos contextos de gravidez, parto e pós-parto por intermédio de conceitos de “modelos de atenção à saúde” e “práticas de autoatenção” (MENÉNDEZ, 2009). O conceito central de práticas de autoatenção compreende:

As representações e práticas que a população utiliza no nível do sujeito e do grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguentar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção direta, central e intencional de curadores profissionais (MENÉNDEZ, 2009, p. 48).

Dias-Scopel destaca características autônomas dessas práticas e revela que existem dois níveis em que as práticas de autoatenção podem ser pensadas: o primeiro, mais abrangente, está relacionado a todas as formas de autoatenção necessárias para garantir a reprodução Biossocial dos sujeitos e grupos no nível dos microgrupos, em especial do grupo doméstico. Assim, a autoatenção, neste nível, contempla os usos de recursos corporais e ambientais, dietéticas, normas de higiene pessoal e coletiva, organização social, rituais etc. Este conceito remete a relação de saúde como parte da práxis e cosmologia. O segundo nível se refere às estratégias, científicas e não-científicas, de representação da doença e de práticas de cura e cuidados.

³¹ Ver: Ferreira (2013).

³² Ver: Jesus (2015).

O cordão umbilical (o *mboy pyaguaxu* - colar de fortalecimento) representa uma prática de autoatenção que garante a reprodução Biossocial Mbya Guarani. Caracteriza-se como uma prática que faz parte da construção de corpos saudáveis, porém com os episódios de velamento expressados pelo Hospital Municipal de Santo Ângelo, descartando a placenta e o cordão umbilical nos partos, essa construção do corpo Mbya se encontra limitada, e, portanto, velada pela medicina oficial.

Por um lado, observa-se um reconhecimento nas políticas públicas de saúde voltadas aos povos indígenas no Brasil. Esses produzem e manejam saberes relativos à saúde e doença, constatando a relação entre estes saberes no enfrentamento das enfermidades. Em contrapartida, as Políticas de Estado ainda se desenvolvem reproduzindo uma imagem caricatural e estereotipada. De acordo com Ferreira (2013) e Scopel (2013 apud DIAS-SCOPEL, 2015), no Brasil, as Políticas de Estado acomodam uma definição da medicina indígena sustentada na oposição alegórica entre tradicional e moderno.

As implicações dessa alegoria sobre a medicina tradicional indígena repercutem na concepção das políticas públicas de saúde e na atuação dos profissionais de saúde, que conduzem uma essencialização das formas de atenção à saúde e às enfermidades dos povos indígenas, contribuindo para a constituição de uma medicina tradicional indígena universal, imagem essa que desconhece as especificidades locais, porque parte de uma postura científica e biológica, que compactua apenas com racionalidade científica terapêutica, como diz Langdon (2007, p. 12 apud DIAS-SCOPEL, 2015).

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) prevê, em sua materialização, uma atenção diferenciada que aspira uma articulação com as especificidades culturais dos povos. Em contrapartida, a biomedicina alopática está em processo de expansão mundial (DIAS-SCOPEL, 2015). Essa contínua expansão resulta na promoção de uma imagem genérica e reducionista dos especialistas indígenas, como, por exemplo, o pajé e a parteira, em decorrência da operação lógica de associações equivocadas entre categorias distintas, mas pensadas como correspondentes pelos gestores de políticas públicas e pelos profissionais de saúde biomédicos. Ou dito de outra forma, o uso incorreto de categorias como pajé para se pensar como um tipo de médico e a parteira como um tipo de obstetra, constantemente nas iniciativas das políticas de estado, pautar-se-ia em uma concepção limitada da medicina tradicional indígena, desconhecadora da pluralidade

étnica e cultural dos povos indígenas no Brasil (LANGDON, 2007; 2013 apud DIAS-SCOPEL, 2015, p. 27).

Na ótica dessas políticas públicas, a tradição é pensada como atributo de culturas estáticas, em que os conhecimentos e práticas tradicionais permanecem por muitos anos, transpassados de geração em geração sem modificações (FERREIRA, 2013). Dessa maneira, buscou-se compreender de que forma determinadas características alusivas à forma de atenção biomédica – como eficácia pragmática, orientação curativa, relação médico-paciente assimétrica e subordinada, exclusão do saber do paciente, profissionalização formalizada, biologismo, associabilidade, ahistoricidade, aculturalismo, individualismo, identificação ideológica com a racionalidade científica, saúde/enfermidade como mercadoria, tendência a medicalização dos problemas e a separação entre teoria e prática – viabiliza pormenorizar o “Modelo médico Hegemônico (MMH)” (MENÉNDEZ, 2005, p. 47 apud DIAS-SCOPEL, 2015, p. 25) e, ao invés de realizarem uma articulação, o que pressuporia um diálogo com as práticas de autoatenção Mbya Guarani, ocorre uma tentativa de integração.

2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O GESTO³³ ETNOGRÁFICO

“A invenção é ‘controlada’ pela imagem da realidade e pela falta de consciência do criador sobre o fato de estar criando.”³⁴

O fazer etnográfico envolve uma imersão de “corpo e alma”, como diz Louc Wacquant (2002 apud PINHEIRO-MACHADO, 2009, p. 28), isso requer um estranhamento inicial para que haja a transformação de algo desconhecido se tornando familiar. Essa experiência é construída na medida em que nos permitimos passar por vivências novas para conhecer outra cultura, expondo nossos cinco sentidos a novas percepções. Assim, observa-se imagens, sons, vestimentas, linguagens, vozes. A mistura disso tudo afeta a sensibilidade de modo que o trabalho

³³ Pina-Cabral (2007) evidencia que o fazer etnográfico é um gesto. Esse movimento implica um engenho que concebe uma ambiguidade entre identificação e diferenciação. Ao mesmo tempo, contempla a caracterização da importância metodológica e intelectual – esse interesse de ir “lá” ver, observar, perceber, escutar e compreender. Assim, a etnografia é entendida como esse conhecimento experiencial intersubjetivo dos contextos humanos.

³⁴ WAGNER, Roy. A presunção da cultura. In: WAGNER, Roy. **A invenção da cultura**. São Paulo: Ubu editores, 2007, p. 25-44.

de campo se esboça com esse fluxo de sensações ambíguas que remontam a possibilidade de deslocar nossos padrões, hábitos e valores³⁵.

Junto aos Guarani busquei proximidade e afetividade e, com alguns acredito que tenha conseguido, almejando uma boa comunicação mesmo não dominando a língua. No entanto, teve momentos em que fui tratada com desconfiança por parte de alguns interlocutores, que enfatizavam a distância exata que o *jurua* deve manter do Guarani. Pensando em questões como dialogia, ao atentar para as acepções do artigo *Dialógica, etnografia e educação em saúde* do Angel Matínez-Hernández, o qual destaca a importância de um modelo dialógico baseado no método etnográfico e coordenado a partir dos critérios de multidimensionalidade, bidirecionalidade e simetria, é possível compreender constituições que revelam a etnografia, proporcionando, em virtude de uma base empírica, uma melhor efetividade para a participação social em saúde, justamente por que o motivo dessa proliferação do método etnográfico em áreas para além das ciências sociais é a evidência de que toda intervenção em saúde pública, que almeje contar com a participação das populações, deve se basear nos saberes e práticas locais.

Nesse contexto, esse universo se processou principalmente por meio das explanações descritas por Cardoso de Oliveira (1996). O autor versa sobre a interação entre o olhar, o ouvir e o escrever, sublinhando a importância dessas ações, pois com um olhar treinado teoricamente é possível compreender por intermédio da teoria social os traços de uma cultura. Como já retratado, é preciso chamar atenção para o estabelecimento do diálogo, por isso o exercício de ouvir transpassa a correspondência entre essas ações, entendendo as diferenças entre os idiomas culturais. É por meio de uma dialogia que consagramos o que o autor chama de “encontro etnográfico”, tentando propiciar uma “fusão de horizontes” ao transformar informante em interlocutor (a). Porém, ao iniciar meu campo, posso sugerir que concordo com Geertz (2003 apud PINHEIRO-MACHADO, 2009, p. 29), quando o autor retrata as barreiras entre pesquisador-pesquisado especialmente a procura por uma “fusão de horizontes”, esse fator termina sendo fruto de uma ingenuidade. Em função disso, o que quero destacar é o esforço de compreender a diferença cultural como a essência dessa tarefa.

³⁵Ver: Pinheiro-Machado (2009).

Segundo Cardoso de Oliveira (1996), o paradigma hermenêutico ventila outra ação: o escrever. A relação que direcionou meu trabalho de campo junto aos Mbya vem compenetrada de preocupações éticas que são traçadas no momento da escrita. Assim, há a importância de realizar, conforme Cardoso (2013 apud LEWKOWICZ, 2016, p. 32), uma etnografia entre “éticas”, trilhando uma relação entre a nossa ética de pesquisa e a ética indígena de relação.

A partir dessas indagações, surge a necessidade de problematizar o uso dos nossos trabalhos científicos que dizem respeito a esses grupos, assim como a emergência de se estabelecer relações simétricas. Para Cardoso de Oliveira (2000), o olhar e o ouvir fazem parte da observação participante, são ações que constituem as etapas iniciais da pesquisa de campo, de modo que o escrever denota o resultado final do trabalho. Mediante um viés hermenêutico, Geertz (1989), em *A interpretação das culturas*, discorre que no interpretativismo, devemos lidar com o significado.

Os símbolos sagrados funcionam como uma forma de sintetizar o *ethos* de um povo e sua visão de mundo, ou seja, aquilo que objetiva as preferências morais e estéticas de um povo. Uma religião é um sistema de símbolos que molda disposições e motivações nos seres humanos por meio de uma integração de conceitos de existência geral, cujas concepções advêm de uma roupagem da factualidade. A concepção é o significado do símbolo. O autor segue apresentando que “elementos simbólicos são formulações tangíveis de noções, abstrações da experiência fixada em formas perceptíveis, incorporações concretas de ideias, atitudes, julgamentos, crenças, etc.” (GEERTZ, 1989, p. 99). Os padrões culturais fornecem o significado de uma maneira conceitual objetiva, pois eles são modelos (conjunto de símbolos).

O termo modelo possui aqui dois sentidos: “de” e “para”. Os modelos “de” – ou da realidade, que são encontrados nos seres humanos – se referem à manipulação das estruturas simbólicas, posicionando-as em paralelo com o sistema não-simbólico. Os modelos “para” são encontrados em toda natureza, sendo, então, manipulação do não-simbólico; é o movimento sob orientação organizada nas relações físicas. O conceito de cultura apresenta um padrão de significados propagados historicamente, integrado em símbolos: “um sistema de concepções herdadas expressas em formas simbólicas por meio das quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem seu conhecimento e suas atividades em relação à vida” (GEERTZ, 1989, p. 96).

É pertinente salientar que a interpretação das concepções manifestas em formas simbólicas é construída junto com os interlocutores, os quais são entendidos

como sujeitos capacitados para formular e não apenas parte do “objeto” de investigação, “saídos do velamento científico, que mantinha muitas alteridades aborígenes na invisibilidade étnica” (CATAFESTO, 1998, p. 18). Desse modo, encarei o campo como uma verídica “situação etnográfica”, onde ocorreu a divisão de um mesmo tempo histórico, ainda que em tal conjuntura se situem diferenças entre as visões de mundo e as intenções. A nova tradição etnográfica com povos indígenas³⁶ denota um caráter situacional e dialógico, que estabelece, inicialmente, um movimento de comunicação (OLIVEIRA, 2004).

No que diz respeito ao cotidiano (OVERING, 1999), este trabalho contempla o convívio no dia a dia do Posto de Saúde, comportando suas práticas cotidianas, como visitas em outras aldeias (*Guaviraty porá* de Santa Maria e na *Tekoá Pyãú* de Santo Ângelo³⁷ e uma curta imersão no trabalho do Coletivo Mbya-Guarani de Cinema/Vídeo nas aldeias. Com o intuito de problematizar a naturalização de dois termos, observação participante e etnografia, compartilho da caracterização conduzida por Ingold (2016), em seus escritos *Chega de etnografia! A educação como propósito da antropologia*. Nesse aspecto, a banalização do uso do termo etnografia tem evocado sérios danos para a prática da antropologia.

É interessante esclarecer possíveis confusões conceituais sobre a diferença entre observação participante e etnografia, “sendo a primeira uma prática de correspondência e a segunda uma prática de descrição” (p. 6). A etnografia vai além de um registro de hábitos e costumes, considerando que essa descrição científica busca adentrar na “agência histórica real às pessoas que nelas figuram, pode-se qualificar o sentido em que estas podem ser consideradas científicas” (p. 3). Ademais, a etnograficidade significa muito mais do que o encontro, visto que se refere a uma avaliação ou julgamento a respeito dele, que termina por penetrar e modificar a aprendizagem. Para o autor, devemos deslocar a palavra etnografia por educação, tendo em vista que a antropologia contempla uma prática de educação. No tocante a observação participante, é propício associá-la ao termo correspondência para

³⁶ Oliveira (2004), no artigo *Pluralizando tradições etnográficas: sobre um certo mal-estar na antropologia*, descreve uma outra tradição etnográfica com povos indígenas, que reitera uma “comunidade de comunicação”, buscando instituir as potencialidades da nova conjuntura política e científica.

³⁷ O atendimento na aldeia *Guaviraty porá* de Santa Maria é municipalizado, não existe uma assiduidade como no polo de São Miguel das Missões, por isso as consultas ocorrem de quinze em quinze dias. No que se refere à comunidade *Tekoá Pyãú* de Santo Ângelo, o atendimento é semanal.

designar essa composição de movimentos. Diante disso, devemos considerar um entendimento sobre viver 'atencionalmente' com os outros (INGOLD, 2016).

2.2 CUIDADOS ÉTICOS

Os cuidados éticos da pesquisa estão baseados nas referências do Código de Ética da Associação Brasileira de Antropologia (ABA). Nesse sentido, preservo informações confidenciais, há uma série de vivências que ficarão presentes em meu diário de campo³⁸, considerando que o “risco de danos aos participantes é mínimo, o que não presume que risco mínimo é o mesmo que inexistência de questionamentos éticos” (DINIZ; GUERREIRO, 2008, p. 81).

Seguindo as orientações do comitê de ética, a forma mais prudente foi colocar nomes fictícios nos interlocutores, devido ao direito das populações que são sujeitos da pesquisa “a preservação de sua intimidade, de acordo com seus padrões culturais” Victora *et al.* (2004, p. 173 apud FONSECA, 2010, p. 3). Segundo Fonseca (2010), o fato de revelar o nome “verdadeiro” proporciona a sensação de que há uma verossimilhança com nossos dados etnográficos. Além disso, aciona a possibilidade de outros pesquisadores agregarem estes dados em estudos posteriores sobre o mesmo local.

Contudo, é preciso introduzir as atualizações da prática etnográfica, incluindo as novas problematizações que demandam cuidados éticos que amenizam as consequências da descrição dos detalhes contextuais. Reconheço que o uso de nomes fictícios não assegura o anonimato aos informantes, principalmente, porque a descrição precisa da riqueza dos detalhes contextuais.

Desse modo, “o pesquisador anda numa corda bamba” (FONSECA, 2010, p. 09), atentando para a abundância dos detalhes contextuais que direciona a prática etnográfica e conjuntamente estabelece uma vigilância aos limites éticos. Sendo assim, para preservar a intimidade dos interlocutores coloco pseudônimos nos moradores da comunidade e os profissionais de saúde são denominados genericamente de “enfermeiro-chefe”, “dentista”, “agente de saúde”, “motorista”, apenas revelo o nome do meu companheiro/assistente de pesquisa, médico da UBS. A utilização de pseudônimos em nossos textos é uma forma de mostrar aos leitores

³⁸ Disponível em: <http://www.portal.abant.org.br/codigo-de-etica>. Acesso em: 28 nov. 2020.

que não temos o intuito de reconstituir a “realidade bruta”, o principal objetivo “é fazer/desfazer a oposição entre eu e o outro, construir/desconstruir a dicotomia exótico-familiar” (FONSECA, 2010, p. 15).

Com base nessas premissas, contempla-se a necessidade de minimizar possibilidades de reações negativas. Portanto, priorizei utilizar informações de domínio público compartilhadas em sites, jornais e a produção de vídeos do Coletivo de Cinema Mbya. Evidentemente, os vídeos colaboram na reconfiguração das próprias narrativas hegemônicas com relação a região das Missões.

Nesta dissertação, proponho trazer algumas entrevistas transcritas na íntegra e relatos dos sujeitos pesquisados. Essa escolha de eu ter utilizado o gravador, deve-se ao fato de que com a devida permissão dos interlocutores, senti que o conteúdo da conversa não iria causar uma coerção em virtude do uso do gravador.

O caso do sangue yanomami, conforme retrata Diniz (2007), é um exemplo fundamental para refletir o desafio da ética na pesquisa com seres humanos. Nesse aspecto, vale ressaltar a vigilância perante informações socialmente secretas e tabus culturais que provocam insultos aos interlocutores. Em função dessa vigilância de possíveis incômodos morais, no capítulo três, dei preferência para utilizar uma fala do filme *Bicicletas de Nhanderu* para descrever o processo de liminaridade do *Karaí*, uma vez que o *Karaí* da *Tekoa Ko'enju* não possui o costume de dialogar com os *juruas* (não-indígenas). Avaliei como mais adequado trazer a fala do filme, porque ali ele descreve para uma pessoa que tem uma proximidade social maior o significado de ser *Karaí* e as transformações corporais que ocorrem na vida daqueles que se propõem a essa prática. Em seguida, no capítulo quatro, optei por colocar o projeto *Nhemongueta Kunhã Mbaraete* para compreender o isolamento social e as atividades narradas sobre o dia a dia.

O tema da ética, no Brasil, é ainda um campo delimitado pelos saberes biomédicos. Em razão disso, observa-se uma forte resistência por parte das humanidades que estabelecem críticas aos fundamentos metodológicos do atual sistema de avaliação ética (CEP/Conep), mostrando a emergência de o tema ser metadisciplinar (DINIZ, 2007). Os debates pós-modernos esclareceram a indispensabilidade de uma antropologia situada, além da extrema ligação entre metodologia, teoria e ética, dando visibilidade à criatividade perene das pessoas e ao modo de vida dos sujeitos que estudamos. Os apontamentos de Clifford (1998) vão ao encontro da importância de trazer, para o texto, a criatividade dos interlocutores.

É apropriado ressaltar a necessidade de construir uma autoridade científica que é atribuída ao projeto de etnografia para a criatividade exercida pelos interlocutores. No entanto, o meu texto, como já perceberam, estará escrito em primeira pessoa. A principal referência que utilizo, novamente, são as acepções de Cardoso de Oliveira (2000 apud JESUS, 2011, p. 24), as quais afirmam que “a escrita etnográfica como desempenho que não deve ser intimista, deve significar”. Assim, na dimensão dos estudos antropológicos, que, em função do fato de que “estivemos lá”, devemos trazer em nossos textos a presença do “eu”. Do mesmo modo, Cardoso de Oliveira atenta para a “presença de “nós”, dado que a investigação etnográfica é constituída por uma pluralidade de vozes”.

2.3 TÉCNICAS DE PESQUISA

Aqui se torna necessário que eu argumente acerca de outras técnicas que se somam à observação participante. Inseri na pesquisa também entrevista semi-estruturada com o enfermeiro-chefe Coordenador da UBS instituída na *Ko'enju*; Médico da UBS; os agentes de saúde e entrevistas narrativas com os moradores da comunidade.

Ainda, a excelência metodológica do automóvel não ocorreu apenas pelo fato de viabilizar o transporte, mas também porque se configura como um ótimo instrumento prestador de dádivas aos pesquisadores. Diante do artefato das “caronas”, o(a) pesquisador(a) pode conduzir o interlocutor até os locais onde moram seus parentes ou conhecidos. Enfim, oferecer caronas dá validação ao(à) antropólogo(a) “no círculo de favores e préstimos que todavia se constituem de maneira distinta do individualismo, no que se refere ao conjunto das relações sociais dentro de grupos de ascendência originária no sul do Brasil” (CATAFESTO, 1998, p. 45). Desse modo, as caronas que meu companheiro passou a fornecer de Santa Maria para Santo Ângelo e São Miguel das Missões foram significativas para o desenvolvimento das entrevistas, bem como os deslocamentos com o carro da SESAI junto aos Guarani que iam da Casa de Passagem para *Ko'enju*. No que tange à coleta de dados junto à comunidade, tem sido operado o caminho da entrevista semiestruturada e narrativa, de acordo com Victora (2000):

A metodologia qualitativa possibilita que se compreenda a forma de vida das pessoas, não sendo apenas um inventário sobre a vida do grupo. As técnicas utilizadas permitem, entre outras coisas o registro do comportamento não verbal e o recebimento de informações inesperadas por que não seguem um roteiro fechado (VICTORA, 2000, p. 39).

A entrevista semiestruturada foi consagrada por intermédio de um roteiro de questões abertas com a viabilidade de inserção de perguntas adicionais conforme novas argumentações e necessidades de compreensão de determinado tema fossem apresentadas durante a realização das entrevistas. Ou seja, a versatilidade analisada na aplicação de entrevistas semiestruturadas possibilitou que a pesquisadora, a partir de perguntas centrais ao tema, adicionasse novas questões a serem desvendadas conforme a probabilidade de valorizar os resultados da pesquisa (GIL, 2010).

Na entrevista narrativa, preferi, dentro desse viés, dar aos interlocutores o papel de narrador e compreender como aquele sujeito se lê no momento da entrevista. Foi considerado que a narrativa ocorre de forma sequencial. De acordo com Bauer (2002), o narrar é acompanhado de uma reflexividade, em que o interlocutor está analisando e produzindo uma trajetória enquanto narra. A história oral, conforme Portelli (1993) oferece um campo de possibilidades compartilhadas, reais ou imaginárias, mostrando que cada pessoa, mesmo tendo semelhanças umas com as outras, possui diferenças que lhe são próprias. É uma representação não só com uma essência subjetiva, mas também com uma realidade objetiva dos fatos. Logo, como coloca Portelli (1993), o maior paradoxo da história oral e das memórias ocorre devido às fontes serem pessoas, já que nenhum indivíduo preconiza sintetizar sua vida a uma série de fatos que contribuam somente ao estar à disposição da filosofia dos outros. Retrata-se que não só a filosofia se encontra implícita nos fatos, como também essa motivação para narrar sendo estimulada para expressar o significado da experiência através dos fatos, considerando que recordar e contar faz parte de uma interpretação. Nas palavras do autor:

O principal paradoxo da história oral e das memórias é, de fato, que as fontes são pessoas, não documentos, e que nenhuma pessoa, quer decida escrever sua própria autobiografia [...], quer concorde em responder uma entrevista, aceitar reduzir sua própria vida a um conjunto de fatos que possam estar à disposição da filosofia de outros (nem seria capaz de fazê-lo, mesmo que o quisesse). Pois, não só a filosofia vai implícita nos fatos, mas a motivação para narrar consiste precisamente em expressar o significado da experiência através dos fatos: recordar e contar já é interpretar. A subjetividade, o trabalho através do qual as pessoas constroem e atribuem o significado à própria experiência e à própria identidade, constitui por si mesmo o argumento, o fim mesmo do discurso. Excluir ou exorcizar a subjetividade

como se fosse somente uma fastidiosa interferência na objetividade factual do testemunho quer dizer, em última instância, torcer o significado próprio dos fatos narrados (PORTELLI, 1993, p. 2).

É relevante assinalar que a narração é algo distinto da experiência vivida, pois se revela como uma interpretação. O desafio se encontra em solidificar uma ponte entre a subjetividade individual e aquela que transcende o indivíduo. Segundo Portelli (1993), os relatos orais, como os de uma entrevista narrativa, são manifestações pessoais e subjetivas, assim como uma demonstração das estruturas do discurso socialmente definidas e aceitas, como gênero, estilo e motivo. Por isso, existe a possibilidade de articular o individual e o social através dessas expressões subjetivas.

Os apontamentos de Amado (1996) enfatizam a importância de diferenciar o vivido e o recordado. A experiência concreta está associada à ação do indivíduo ou do grupo. Dessa maneira, a prática institui a essência da memória, a qual age de maneira seletiva e reelabora os elementos da experiência.

Considerando a importância da “reflexividade reflexa” como sinônimo de um método, Bourdieu (2011) destaca que, para sua realização, é necessária uma elaboração componente do olhar sociológico. Na direção da entrevista, contemplaram-se os efeitos da estrutura social na qual ela se realiza. Nesse contexto, constitui-se um uso reflexivo dos conhecimentos da ciência social para inspecionar os efeitos da própria pesquisa. O autor versa sobre a realização de uma comunicação não violenta com os interlocutores, produzindo uma escuta ativa.

Vale destacar que, junto à descrição edificada por Geertz (1989), foram utilizados registros iconográficos, como o recurso textual da imagem. Bauer e Gaskell (2002), na obra **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**, apresentam um viés metodológico que trata das possibilidades para aplicações de métodos visuais a serviço da pesquisa social. Os autores descrevem três razões que precisam ser enfocadas para compreender as possibilidades e limitações desse método. A primeira é que a imagem proporciona um registro limitado, mas potente das ações temporais e das ocorrências factuais, sejam elas concretas ou materiais. A segunda razão é que, embora a pesquisa social esteja baseada em questões teóricas e abstratas, ela pode empregar, como dados primários, informação visual que não necessita ser em forma de palavras escritas nem em forma de números. A terceira razão suscita que o mundo que vivenciamos é influenciado pelos meios de comunicação, cujos resultados, por vezes, dependem de ferramentas visuais. Logo, “o visual” e “a mídia” desempenham

papéis importantes na vida social, política e econômica. Eles se tornaram “fatos sociais”, como diria Durkheim, e não podem deixar de serem explorados. Assim, a diversidade de significados, podendo ser compreendida como um texto, por fazer parte de uma interpretação do real, é instruída a esclarecer a realidade pesquisada e o olhar do (a) etnógrafo (a).

O texto aqui apresentado, conforme Ferreira (2013) salienta, estabelece uma interpretação de interpretações outras. Mostrando-se, portanto, como uma ficção, em se tratando de ser “algo construído”, uma leitura das práticas cotidianas dos funcionários do Posto de Saúde, das práticas de autoatenção dos Mbya e da política de saúde indígena. Ainda nessa linha, Roy Wagner (2007) pontua que:

O estudo da cultura é cultura, e uma antropologia que almeje ser consciente e desenvolver seu senso de objetividade relativa precisa se avir com esse fato. O estudo da cultura é na verdade nossa cultura: opera por meio das nossas formas, cria em nossos termos, toma emprestados nossas palavras e conceitos para elaborar significados e nos recria mediante nossos esforços. Todo empreendimento antropológico situa-se, portanto, numa encruzilhada: pode escolher entre uma experiência aberta e de criatividade mútua, na qual a “cultura” em geral é criada por meio das “culturas” que criamos com o uso desse conceito, e uma imposição de nossas próprias preconcepções a outros povos. O passo crucial – que é simultaneamente ético e teórico – consiste em permanecer fiel às implicações de nossa presunção da cultura. Se nossa cultura é criativa, então as “culturas” que estudamos, assim como outros casos desse fenômeno, também têm de sê-lo. Pois toda vez que fazemos com que outros se tornem parte de uma realidade que inventamos sozinhos, negando-lhes sua criatividade ao usurpar seu direito de criar, usamos essas pessoas e seu modo de vida e as tornamos subservientes a nós. E se a criatividade e invenção emergem como as qualidades salientes da cultura (WAGNER, 2007, p. 46).

Por fim, foram utilizados a análise documental (principalmente o vídeo do coletivo Mbya-Guarani de cinema)³⁹ e os dados de fontes secundárias⁴⁰. Objetivou-se observar as artes que demonstram suas particularidades, os vídeos do coletivo de cinema se apresentam como uma forma de compilar os saberes nativos juntamente com uma reflexão coletiva sobre a história Mbya, compreendendo a maneira como os não-indígenas narram esse passado missionário e os fundamentos que afetam o *Nhande-reko* (modo de ser Guarani) (JESUS, 2015). Nessa perspectiva, é pertinente pontuar o crescente do povo Guarani com as formas estrangeiras de atenção aos

³⁹ O Coletivo Mbya-Guarani de cinema produziu em 2014 o documentário *Bicicletas de Nhanderú*, onde observou-se uma imersão na espiritualidade da comunidade *Tekoa Ko'enju*. Tava: a casa de pedra e o projeto do Instituto Moreira Salles, que inclui a participação de uma moradora da comunidade Ko'enju.

⁴⁰ Como não produzi dados estatísticos, utilizo os dados de fontes secundárias de sites como do IBGE, da FUNAI, SESAI e entre outros.

padecimentos, que remontam aos primeiros contatos com os missionários de diversas ordens religiosas que adentraram a região das Missões no período colonial.

2.4 O POVO GUARANI: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

“Uma estrutura que se atualiza, a história que se altera com a cultura e vice-versa; enfim, trata-se, em ambos os casos, de entender a cultura como um idioma geral, mas que é alterado na ação e na história.”⁴¹

Em suas razões históricas de longo prazo, uma maneira de compreender a relação entre os guaranis e as missões pode ser delineada pela constituição autoritária e escravocrata do contexto colonial, o qual, todavia, reverbera na atual região das Missões. De acordo com Jesus (2015), tal região comportou, no momento da colonização espanhola, sete das trinta Reduções Jesuíticas edificadas ao sul da contemporânea América Latina. Esses povoados foram instaurados nos ciclos jesuíticos, retratados em duas fases.

Brum (2006) destaca que o primeiro período reducional aconteceu entre 1610 e 1640, priorizando o processo de conversão de populações ameríndias à fé católica. A segunda fase tem início a partir de 1682, com a constituição dos Sete Povos das Missões, sendo: São Borja, no ano de 1682; São Nicolau, São Miguel e São Luiz Gonzaga, em 1687; São Lourenço, em 1691; São João Batista, no ano de 1697; e Santo Ângelo, em 1706. Com essas composições, depreendeu-se o total de trinta povoados distribuídos pelo território espanhol⁴².

Segundo Quevedo, na obra **As Missões: crise e redefinição**, em 1750, as cortes ibéricas invalidaram o Tratado de Tordesilhas de 1494. Nesse contexto, a América aparece aos olhos do europeu como uma “nova Zona Neutra”. As circunstâncias das Missões jesuítico-guaranis foram permeadas por um espaço de luta, onde, desde o século XVII, portugueses e espanhóis constituíram disputas que defendiam territórios, sobretudo, em áreas fronteiriças.

⁴¹ SCHWARTZ, Lilia Moritz. Entre amigas: relações de boa vizinhança. **Revista USP**, p. 69-75. Disponível em: <http://www.usp.br/revistausp/23/08-lilia.pdf>. Acesso em: 17 maio 2019.

⁴² Ver: Jesus (2015).

O guarani-missioneiro enfrentou, conforme Quevedo, “bandeirante escravagista, o português da Colônia do Sacramento, e constituiu povoados missioneiros, estâncias de criação de gado, desenvolveu a agricultura, auxiliou na construção do Forte San Felipe de Montevideo” (QUEVEDO, 1993, p. 5). O autor alude que o Tratado de Madrid (1750) apareceu como um esforço para conciliar as forças dominantes. Porém, dele resultou uma crise entre os missioneiros, missionários e autoridades luso-espanholas.

Quevedo (1993) discorre que, desde o ano de 1549, na Bahia, chegaram os primeiros jesuítas, conduzidos por Manuel da Nóbrega. Vinham com o intuito de evangelizar os nativos, tendo lhes ensinado os hábitos portugueses, o idioma português e a atribuição de importância para o monarca. Nesse período, constitui-se a missão colonizadora portuguesa. O autor pontua que a permanência do índio em uma esfera mercantil e escravista se transformou em um dos principais objetivos dessa conjuntura. A conversão funcionou como um artifício para o índio se integrar à civilização cristã ocidental. Assim, os jesuítas embarcam no Paraguai colonial, em 1610, para estabelecer o início de seus aldeamentos. Quevedo discorre que:

[...] no período compreendido entre 1680 e 1750, recrudescem os interesses ibéricos na área meridional sul-americana. Os lusos fundaram a Colônia do Santíssimo Sacramento, enquanto a Coroa de Espanha ordenou aos jesuítas que acentuassem a defensiva através de uma área-tampão circunscrita ao rio Uruguai. Dessa forma, tem-se a fundação de mais sete povoados missioneiros que constituíram a totalidade dos Trinta Povos: São Borja (1682); São Nicolau, São Miguel e São Luís Gonzaga (1687); São Lourenço (1691); São João (1697) e Santo Ângelo (1706) (QUEVEDO, 1993, p. 9).

Gradualmente, a missão instituiu o projeto colonial da Espanha, refletindo a expansão da civilização cristã ocidental, assim como a autoridade do soberano espanhol entre os guaranis. É interessante assinalar que uma das referências simbólicas da história Rio Grandense abarca a fundação da redução de São Nicolau, no ano 1626. Esse foi um dos fatores que engendrou a expansão do trajeto reducional, passando pelas orlas do Rio Jacuí e se direcionando para o litoral atlântico.

Nesse cenário, conforme Quevedo (1993), observou-se a *encomenda*: se, por um lado, os padres inseriram a fé católica, por outro lado, encontraram a calamidade dos *encomienderos* paraguaios, tendo em vista que estes submetiam o guarani a trabalhar na *encomienda* sem a ínfima condição de reprodução desse trabalho. Em meio a tais ocorrências, os padres se deslocaram de Itatim para a localidade dos

guaranis-tapes. Nessas circunstâncias, verificou-se a inserção do gado, o andamento da laboração pecuarista, assim como a elucidação de uma nova forma de propriedade, o que ocorria de modo atrelado a uma particularização da mão-de-obra.

Os guaranis-tapes proporcionaram uma grande produtividade para a *encomienda* paraguaia, razão pela qual os bandeirantes passaram a ambicionar o índio reduzido. Quevedo (1993) versa que os jesuítas obrigaram a transmigração com os guaranis reduzidos para o outro lado do Rio Uruguai. Além disso, no ano de 1640, sucedeu-se a disjunção de Portugal e Espanha. Como consequência desse acontecimento, constatou-se, na América, o retorno do assunto sobre os limites americanos dos impérios coloniais. Todavia, de acordo com o arcaico regulamento do Tratado de Tordesilhas, a América Meridional pertencia aos espanhóis. Desse modo, a missão foi mediada por um espaço de transculturação entre as concepções da sociedade tribal guaraníca e os da sociedade global espanhola. O autor ressalta que:

[...] se integrar significa tornar inteiro, a ação dos missionários atingiu esse fim, posto que homogeneizou o ideal de conquista entre os guaranis da região do Prata. Através dos povoados missioneiros, houve a efetiva integração da América Meridional ao colonialismo espanhol, desde o século XVII (QUEVEDO, 1993, p. 93).

Dessa maneira, é desenvolvida a integração do Sul, com a interferência espanhola, a partir do século XVII, e com a interpelação portuguesa, no que se refere ao século XVIII. Os conflitos diplomáticos entre Espanha e Portugal mobilizaram uma tentativa de balanceamento das forças das Coroas Ibéricas. O Tratado de Madrid resultaria na integração de um novo período, porém, ao invés de uma efetivação da integração do Cone Sul com o Tratado, desencadeou-se uma crise e uma desagregação das Missões.

De acordo com Brum, em *“Esta terra tem dono”: Disputas de representação sobre o passado missioneiro no Rio Grande do Sul: a figura de Sepé Tiaraju*, a construção das missões no Rio Grande do Sul pode ser entendida por meio de dois momentos. O primeiro momento teve início com a fundação de São Nicolau do Piratini (1626), que permanece até 1640 com o assolamento dos povoados em virtude da ação dos bandeirantes. O segundo momento (1682-1756), é o equivalente à constituição dos Sete Povos das Missões, o qual se encontra integrado no âmbito dos Trinta Povos, como uma referência ao crescimento das fronteiras da coroa espanhola em comparação ao desempenho lusitano. No que concerne o segundo momento, que

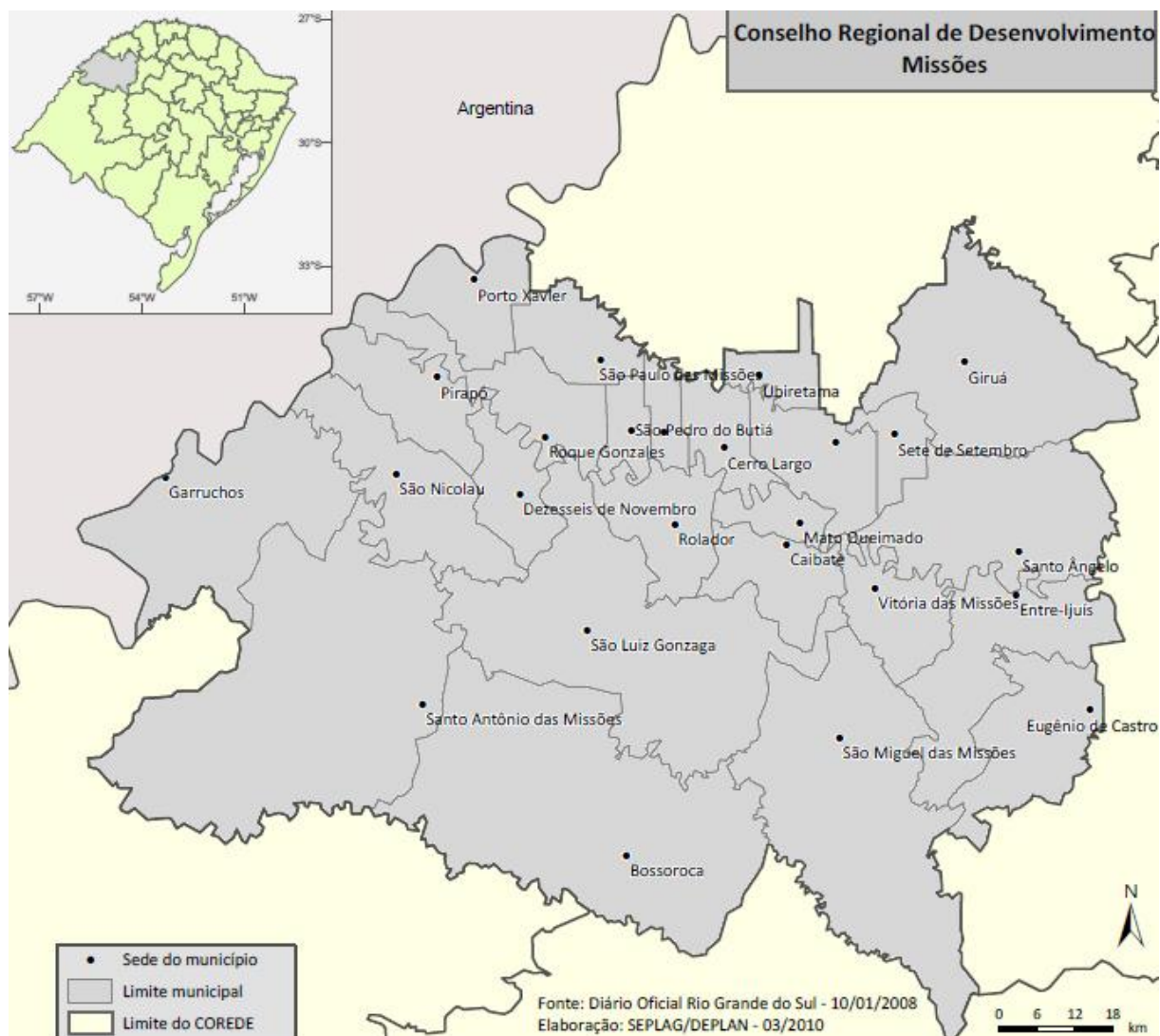
se inicia no ano de 1682, acentua-se a constituição dos Sete Povos das Missões. Nesse contexto, no século XVII, as Missões tendiam ao crescimento, à medida que nos portugueses crescia o interesse pelo território ocupado pelos espanhóis. Perante essa perspectiva, ocorrem disputas pelas terras missioneiras. Em 1750, o Tratado de Madrid surge como um dispositivo de encerramento de disputas, moldando limites políticos para Portugal e Espanha, mas ainda assim suscitando uma crise e desintegração das missões. Dessa forma, os Sete Povos foram adquiridos por Portugal, que, por sua vez, cedeu a Colônia do Santíssimo Sacramento à Espanha.

Na Guerra Guaranítica (1754 a 1756), situação na qual os guaranis missioneiros lutaram contra o exército das duas coroas contrariando a troca proposta no Tratado de Madrid, observou-se a figura de Sepé Tiaraju. Ele foi um cacique-corregador guarani cristianizado pelos jesuítas e morto pelos exércitos luso-hispânico em combate ao final das Guerras Guaraníticas. A ele, atribui-se a frase: “Esta terra tem dono”, tais vivências estimulam uma memória de “um índio que os gaúchos querem viver”⁴³. Nas acepções de Brum (2015), percebe-se que isso causa uma invisibilidade para a realidade das práticas autóctones.

⁴³ JESUS, Suzana Cavalheiro de. *Pessoas na medida: processos de circulação de saberes sobre o nhandereko guarani na região das Missões*. Banco de Teses da UFSC, 2015.

2.5 TRADICIONALISMO GAÚCHO, PASSADO FOLCLÓRICO E O PROCESSO DE INVISIBILIZAÇÃO DOS AUTÓCTONES MISSIONEIROS

Figura 10 - Conselho Regional de Desenvolvimento Missões



Fonte: *Google Images* (2010).

Na contemporânea região das Missões, Sepé Tiaraju é tecido com uma imagem de glória e coragem. A população sul-rio-grandense refere-se a essa expressão, “Esta terra tem dono”, como um emblema de resistência. Sepé Tiaraju é o símbolo da herança guarani na região e no estado do Rio Grande do Sul. Dessa maneira, desenvolve-se um imaginário social que se fortalece com “a história da evangelização jesuítica, da materialidade das ruínas das antigas Reduções, da história política do Rio Grande do Sul, dos valores do tradicionalismo gaúcho e do

catolicismo” (JESUS, 2015, p. 54), elementos que consagram o cenário da atual região das Missões.

Nesse sentido, o local engendra uma memória social que desencadeia um passado folclórico para as práticas autóctones dos Mbya-Guarani. A ressignificação da memória social do Rio Grande do Sul intensifica a presente figura de Sepé Tiaraju, evidenciando que o passado oferece subsídios para o imaginário presente, quando o vivemos como mito (BRUM, 2006).

Figura 11 - Loja Artesanato Sepé Tiaraju



Fonte: Acervo da autora (2020).

Figura 12 - Placa da praça Guarani em São Miguel das Missões



Fonte: Acervo da autora (2020).

Brum (2006) analisa algumas representações sobre o emblema histórico e mitológico do índio guarani-missioneiro Sepé Tiaraju estabelecidas no Rio Grande do Sul. Tais representações retratam narrativas sobre o passado missioneiro, revelando a presença de um imaginário sobre as missões que se constitui por características que envolvem rivalidades representacionais em torno do índio Sepé Tiaraju. Isso se dá no tocante à diversidade de relações estipuladas com esse passado no presente e em relação ao transcurso de composição das identidades regionais no estado do Rio Grande do Sul. A autora alude que:

[...] há inúmeras organizações tradicionalistas (CTGs e piquetes) que se referem em seus nomes a Sepé Tiaraju, bem como poesias e músicas regionalistas que narram sua história. Existem monumentos que representam sua figura, narrativas tradicionais que o santificam e o espetáculo de Som e Luz encenado que o apresenta como herói [...] sua figura é polêmica e possui um caráter liminar, pontuado por uma pluralidade de identidades conflitantes (BRUM, 2006, p. 5).

Assim, o estudo do passado missioneiro é entendido em uma ótica antropológica que se relaciona com a interferência de um evento passado na elaboração do presente de um grupo social, ou seja, na imprescindibilidade de refletir sobre o processo de construção dos mitos, tendo como fundamento a história e suas apropriações. O Espetáculo Som e Luz, concebido em 1978 pelo Governo do Estado do Rio Grande do Sul, é uma exposição que retrata a experiência jesuítico-guarani desde o surgimento até a Guerra Guaranítica. A história das missões é narrada diariamente nas noites do Sítio Histórico, reconhecido pela UNESCO como Patrimônio da Humanidade⁴⁴. O espetáculo se afigura com o intuito de apresentar o passado missioneiro como um teatro histórico, que convida o público a “estabelecer a identificação entre o passado missioneiro e o presente por sua exaltação como proposta turística” (BRUM, 2006, p. 9).

A narração da história das Missões é uma exposição da integração – interpelada por um jogo de luz – da terra com a igreja. Na descrição, são apresentados alguns personagens relacionados ao passado dos Sete Povos, convocados a declarar seu testemunho, relatando o motivo de, neste momento, apenas as ruínas estarem sendo vistas. É perceptível que o espetáculo preconiza construir uma memória de Sepé Tiaraju que salienta sua luta pela terra das Missões e as motivações de sua morte em favor da justiça. Ele é retratado como um líder defensor da redução de São Miguel, com preponderância sobre seus semelhantes. Sepé é delineado como um índio com uma “representação romântica – misto de herói iluminista e socialista utópico” (BRUM, 2006, p. 11).

⁴⁴ Mais informações disponíveis em: <https://www.portaldasmissoes.com.br/site/view/id/1623/roteiro-e-texto-sobre-espeticulo-som-eluz.html>. Acesso em: 23 set. 2020.

Figura 13 - As missões



Fonte: IPHAN, 2017.

Figura 14 - Espetáculo Som e Luz



Fonte: Acervo da autora (2018).

É necessário assinalar que essa construção romantizada de Sepé proporcionada pelo Som e Luz reflete na relação que os turistas e os estudantes que frequentam tais espaços constituem com os Mbya ali presentes, para a venda de artesanatos. Pode-se concluir, como lembra Brum (2006), que estes não reconhecem Sepé como gênese dos atuais Mbya, pois isso distancia-os dos índios reais. Isso se dá porque o indígena introjetado no imaginário por intermédio do espetáculo não se

encontra em consonância com a presença Mbya Guarani, tida como mais debilitada do que a representação da figura de Sepé. Por esse motivo, reportamo-nos ao processo que desencadeou na separação dos Sete Povos das Missões, pois isso levou à referência de uma identidade da região sulina. As constantes apropriações de Sepé Tiarajú representam uma explanação que, segundo Brum, visualiza “um herói gaúcho e brasileiro para ser exaltado por todos, como símbolo nativo, integrando o índio, por suas virtudes brancas, ao imaginário regional e nacional” (BRUM, 2006, p. 78). Tal apropriação da figura de Sepé invisibiliza as práticas sócio cosmológicas dos atuais Mbya.

As evidências arqueológicas, as referências históricas e as experiências etnográficas confluem em fundamentos constantes da família guarani. Algumas características observadas por antropólogos atuais possibilitam trilhar um quadro da família guarani que tem se mantido fidedigno a si mesmo nos últimos vinte séculos (MELIÀ, 2011). Catafesto (1998) descreve, em seus estudos sobre invisibilidade dos autóctones missioneiros, que a realidade interétnica da região de São Miguel se mostrou complexa. Desse modo, foi possível encontrar pequenos enclaves sociais e outros índices etnográficos que apresentam a contiguidade de alteridade cultural entre os descendentes Guarani das antigas missões jesuíticas. É profícuo dizê-los agentes de postura de invisibilidade étnica, efeito coletivo das reações individuais espontâneas dos atores sociais envolvidos. O autor menciona que há uma memória veiculada sobre o “Povo Guarani” e sobre a monumentalidade de sua obra coletiva, mesmo que muitos desconsiderem qualquer elo genealógico com esse passado.

A memória coletiva tem um papel muito importante na organização social da região missioneira. Para Halbwachs (1990), a memória consiste em narrativas pertencentes a reelaborações sobre o passado, que são produzidas no presente a partir de uma negociação do individual com o coletivo. Nenhum indivíduo pode lembrar-se de algo sem o auxílio da sociedade e da dinâmica incluída na evocação. Assim sendo, recorda-se aquilo que faz sentido para o grupo, pois a memória possui um impacto social.

As lembranças costumam ser evocadas e a importância da evidência simbólica é considerada primordial no âmbito da história oral. Nesse sentido, Halbwachs (1990) evidenciou a necessidade de distinguir a memória coletiva e seu número variado de tempos coletivos. Vemos que ela se encontra na intersecção de algumas séries próximas do confronto dos grupos sociais. Deve-se estudar, dentro dessa

perspectiva, os acontecimentos tais como eles se representam no cotidiano, onde se manifestam os papéis sociais.

Os papéis sociais dos autóctones missioneiros integram uma assimetria devido à postura de invisibilidade atribuída a eles ao longo da história⁴⁵. Categorias como “bugre”, advinda da população que vive no interior do Estado do Rio Grande do Sul, denotam uma memória colonial interiorizada e exteriorizada na estrutura. Tenha-se uma parte do diário de campo:

“Era um típico dia de verão. Havia marcado uma entrevista com o antigo cacique que tinha ido vender artesanato nas “ruínas”, porém nos desencontramos. Na entrada, havia duas mulheres, não pude deixar de ouvir o que diziam. Uma delas indagou que ia comprar o arco de taquara dos ‘bugres’.” (Diário de campo, 17/12/2019).

Catafesto (1998) aponta que o termo “bugre” é amplamente utilizado em todo o interior do Rio Grande do Sul. É empregado em combinação a outros, como índio e negro, diversificando suas significações conforme a região ou mesmo o informante. “Bugre” pode ser designado no imaginário social da região como aqueles “sem origem, pobres e relegados a uma condição inferior” (JESUS, 2015, p. 28).

O tema da invisibilidade guarani no Rio Grande do Sul, se inscreve em diversos elementos. Dentre estes se acentuam narrativas realizadas por não-indígenas que difundem visões advindas de expressões do folclore gaúcho. Isso acarreta formas de exclusão que intencionam conduzir de maneira negativa o reconhecimento da diferença cultural (BRUM; JESUS, 2015). A maneira como o passado guarani é representado em São Miguel das Missões, por meio dos comportamentos dos turistas, do Movimento Tradicional Gaúcho (MTG) e até mesmo dos moradores do município, denota uma obliteração dos Mbya contemporâneos. Desse modo, a produção do coletivo Mbya-Guarani de cinema/VNA insere um esclarecimento que mostra a sua interpretação da história, dialogando com representações não-indígenas e com as diversas apropriações que se fazem da identidade Guarani, por isso, Jesus (2015) destaca:

⁴⁵ Para Halbwachs (1990), a história é a compilação dos fatos que consagram lugar extenso na memória dos homens. Ela apenas começa quando se encerra a tradição (momento em que se decompõe a memória social). A história pode ser apresentada como a memória universal da espécie humana; porém, não existe nenhuma memória universal, pois toda memória coletiva tem como base limitada um tempo/espço.

Essa “guaranização” do audiovisual desenvolve-se a partir da realização de filmes que destacam a produção cotidiana do modo de vida Guarani e apontam, dentre vários aspectos, para elementos acerca da noção de pessoa Mbya e a relação com a alteridade: as representações acerca do passado guarani e jesuítico na região das missões, vividas por meio da interrelação entre patrimônio, gauchismo e catolicismo (JESUS, 2015, p. 171).

Os vídeos “Desterro Guarani”, “Tava: a casa de pedra” e “Mokoi Tekoa, Petei Jeguata – Duas aldeias” são filmes que relatam o confronto entre o modo de vida Guarani e as representações do passado missioneiro. Diante disso, a autora alude que, se a igreja e o gauchismo denotam honra e atribuições missioneiras, tais vídeos refletem um cotidiano que enfrenta diversas dificuldades relacionadas a práticas discriminatórias, vivenciadas principalmente pelo contato realizado na venda de artesanatos. Jesus (2015) destaca que os modelos apresentados sobre o passado guarani e jesuíticos são demonstrados em âmbitos relacionados ao gauchismo, ao catolicismo e ao turismo, construindo um imaginário que se difunde pela cidade, promovendo imagens do passado colonial e dialogando insuficientemente com os atuais Mbya Guarani.

No sítio arqueológico, originam-se múltiplas narrativas a respeito da catequização realizada pelos jesuítas e sobre as imagens criticadas em relação aos Guarani contemporâneos, descritos como aqueles que “não possuem mais cultura” por usarem celular, roupas, internet, redes sociais etc. O turismo da região limita a imagem do Guarani como um sujeito brando, obediente e passível de ser evangelizado pela expansão das Missões e uma insubmissão que resultou na Guerra Guaranítica. Os turistas completam as visitas com algumas fotografias e demonstram curiosidade sobre a origem dos indígenas que estão ali para vender artesanatos, não estabelecendo vínculos genealógicos com a imagem de Sepé Tiaraju⁴⁶.

Antunes Aguirre, na cartilha “Mapeamento participativo *Tekoa Ko'enju*: São Miguel das Missões”, destaca que a apropriação das palavras guarani a fim de fomentar o turismo local repercute em ações que desenvolvem a imagem caricatural do Guarani. De acordo com a liderança:

O *Jurua* chama as coisas que constrói com nome guarani. Por exemplo, tem o hotel Guarani. Eu nunca conheci. Talvez se chegasse um Guarani pedindo comida, se sobrou, eles vão dizer que não. Tem aquele outro também, o Hotel Park Tenondé, que eu nunca conheci. *Tenondé* é um nome sagrado pra nós. Nós queremos que o *jurua* reconheça que nossa palavra guarani é mais que

⁴⁶ Ver: Jesus (2015).

turística (ANTUNES, Nhanhangareko Nhanderekoa're, ka'aguyrupa're, yakã're Nós cuidamos dos lugares onde vivemos, das matas e dos rios. Mapeamento participativo *Tekoa Ko'enju*: São Miguel das Missões).

Figura 15 - Entrada do hotel Tenondé



Fonte: Acervo da autora (2018).

Recentemente, esse cenário tem se modificado, havendo um maior reconhecimento da presença guarani, assim como uma retomada da versão guarani da história das reduções. Esse processo tem feito surgir outras narrativas e relatos que haviam sido negligenciados pelo peso de uma história oficial⁴⁷. Para entender um pouco mais sobre a relação da Região das Missões com os Mbya, coloco parte do filme do coletivo “Vídeo nas aldeias”.

Os integrantes do coletivo “Vídeo nas aldeias” (VNA), produziram o filme *Bicicletas de Nhanderu em 2011*, e foi observado que os *Kiringue* (crianças) protagonizam algumas cenas do filme. Tais aparições realçam, por vezes, o contraste social existente entre o guarani, os fazendeiros, os filhos dos donos de “bolichos”⁴⁸, ou seja, todos aqueles que compõem o feixe de relações construído no cotidiano da

⁴⁷ Ver: Lewkowicz (2016).

⁴⁸ Nome popular para mercearia.

comunidade *Tekoa Ko'enju*. Interessa-me chamar atenção para um momento específico do filme que descreve sutilmente a posição ocupada na estrutura pelos sujeitos do enredo. Neneco, um dos *Kiringue* (criança), direciona-se para o “bolicho” junto com Palermo, chegando na mercearia próxima a *Ko'enju*, eles se deparam com o filho do dono, um menino branco de cabelos claros, que tinha aproximadamente sua idade. Eles começam a caçoar do menino e ressaltam: “olha só, ele não quer aparecer no nosso vídeo, mas vai aparecer do mesmo jeito”. A mãe do garoto (mulher branca com traços europeus) chega e Neneco diz: “boa tarde, tem sabão para vender?”. Ao conseguir o sabão, Neneco finaliza com a frase: “tem pão para dar?”, a mulher lhe dá um pão e Palermo lamenta por não ter ganhado um também.

Figura 16 - Palermo e Neneco – *Bicicletas de Nhanduru*



Fonte: Tese da Suzana Cavalheiro de Jesus (2015).

Nesse cenário, baseado na realidade, é vista a onipresença da desigualdade. Em suas reflexões sobre a agência⁴⁹, Ortner (2007) alude sobre a ideia de jogos sérios

⁴⁹ As questões envolvidas na agência envolvem alguns elementos: a intenção, a universalidade da agência (o fato de estar culturalmente construída) e as relações entre agência e poder (ORTNER, 2007).

(formações culturais), levando-nos a um mergulho nas relações de poder e dimensões complexas da subjetividade dos atores sociais. Dessa maneira, a agência é vista como uma capacidade de todos os seres humanos, ao passo que sua forma e distribuição são elaboradas culturalmente. Portanto, é importante considerar como as pessoas mantêm uma vida culturalmente significativa em situações de dominação em larga escala, em um contexto de colonialismo, racismo, escravidão. Em seguida, a autora discorre que:

Em uma modalidade, a agência está estreitamente relacionada com ideias de poder, incluindo dominação e resistência; em outra está estritamente relacionada com ideias de intenção, com projetos de pessoas (culturalmente construídos) no mundo e com sua habilidade de inicia-los e de realizá-los [...] No plano etnográfico, contudo, o que está em jogo é um contraste entre o funcionamento da agência dentro de relações maciças de poder, como o colonialismo ou o racismo, e não o funcionamento de agência em contextos em que essas relações podem ser – mesmo se momentaneamente, mesmo se parcialmente – mantidas sobre controle (ORTNER, 2007, p. 64).

Torna-se fundamental ressaltar a noção de projetos para se compreender a agência. Ao contrastar as formas de agência, Ortner (2007) observa a dialética de dominação e resistência, bem como as formas de agência resistentes, quando os atores estão engajados em projetos culturais. Por esse motivo, encontra-se a necessidade de trazer questionamentos sobre o efeito totalizador de formações, como o colonialismo e o racismo, entendendo de que maneira os atores dominados mantêm a agência, contribuindo com seus projetos na medida em que são construídos com a “autenticidade cultural” nas “margens do poder”. É propício refletir sobre o filme *Bicicletas de Nhanderú* como parte de uma agência, a serviço de projetos com autenticidade cultural, pois, como nos lembra Jesus (2015), essa “guaranização” do audiovisual, a partir da realização de filmes, que destacam a produção cotidiana do modo de vida guarani, abrange, dentre vários elementos, aspectos primordiais da noção de pessoa Mbya e a relação com a alteridade.

Sob outra perspectiva, o filme “Tava: a casa de pedra” mostra como os Guaranis foram enganados pelos Jesuítas e, em contrapartida, também os enganavam ao afirmarem que compactuavam completamente com suas crenças. Assim, os *Karaís* representam em suas narrativas a resistência no enfrentamento de doenças e infortúnios. Ao retratarem essas construções de pedra feitas pelos Guaranis do passado colonial, os integrantes do coletivo de cinema enfatizam que em

nenhum momento deixaram de fazer suas práticas tradicionais, seus remédios com plantas medicinais, utilização da fumaça e do fogo doméstico. As narrativas do passado missioneiro nos filmes ressignificam a representação do Sepé, o qual é entendido como uma figura que tinha essa função de enganar os jesuítas. De modo que os *karaís* e a *kunhã-karaí* continuavam realizando práticas de autoatenção.

Vale notar que este Posto de Saúde, em específico da *Ko'enju*, teve doações do Pedro Ortaça, que também foi na inauguração do posto. Pedro Ortaça é cantor regional, nativista que se autointitula descendente de Guarani, então existe o vínculo entre a memória, o tradicionalismo, a religião, que é muito próprio da região. Esse Posto de Saúde é parte dos projetos que ele incentiva, volta e meia faz ações, carregando essa presença do tradicionalismo e da memória missioneira da região.

Figura 17 - Inauguração do Posto de Saúde com o Pedro Ortaça



Fonte: SESAI (2010).

Procurei mostrar, neste capítulo, que a produção de corpos Mbya envolve um amplo processo que se orienta por meio de redes de mobilidade, aliança e parentesco. No cotidiano dos Mbya, na região das Missões, destaquei sobre “a venda de artesanatos como espaços de ensino e aprendizagem que envolvem a manipulação de elementos externos, nos quais é possível obter ‘doses certas’ de alteridade” (JESUS, 2015, p. 173).

As práticas de autoatenção Mbya Guarani, vista a partir do cotidiano do Posto de Saúde, mostram-se como uma construção constante, de certa forma, ameaçada pelo saber-poder da biomedicina, bem como por representações do passado colonial que ampliam o apagamento do protagonismo guarani e da religião deste povo. Assim, manter-se saudável, conforme a perspectiva Mbya, por vezes, torna-se desafiador, na medida em que se busca a produção da corporalidade que propicia o alinhamento do *nhe'é* (espírito/duplo) ao corpo (como será abordado no próximo capítulo). Jesus (2015) pontua que suas narrativas, ao falarem sobre a triste história de seus antepassados, entram em diálogos com o imaginário missioneiro, da patrimonialização, do turismo cultural, do gauchismo e do catolicismo.

3 ANTROPOLOGIA DA SAÚDE, INTERMEDICALIDADE E ETNOLOGIA: UM DIÁLOGO TEÓRICO

Nesta análise, procurei estruturar um diálogo entre a Antropologia da Saúde, estudos acerca da intermedicalidade e da etnologia. Para tanto, formulei uma explanação que parte dos sistemas médicos da aldeia *Tekoa Ko'enju*. Da mesma forma, abordo a noção de pessoa Mbya como substrato para compreender a zona de contato dos profissionais de saúde frente às práticas de autoatenção Mbya. O objetivo aqui é compreender melhor a relação de agentes não-indígenas no campo da saúde com o povo Guarani (e suas práticas de autoatenção) em torno da Atenção Diferenciada à Saúde Indígena.

O diálogo entre saúde e cultura é antigo e efervescente, embora o tema como especialidade antropológica tenha se instituído somente há quatro décadas. Desde o começo do século XX, Rivers⁵⁰, médico e antropólogo, pesquisou sobre a medicina das culturas não europeias e Erwin Ackerknecht, nos Estados Unidos, foi considerado fundador da antropologia médica a partir de uma perspectiva culturalista. As discussões sobre as práticas terapêuticas durante a primeira metade do século XX demonstravam interesse para causas e ritos mágico-religiosos, sem examinar as questões ligadas à biomedicina. Mesmo com suas limitações, os autores estabeleceram a etnomedicina como objeto de pesquisa que necessita ser analisado dentro de seu contexto sociocultural (LANGDON, 2014).

No Brasil, existe um campo de conhecimento em plena efervescência e em construção de sua própria identidade. Acompanhar e descrever o movimento de constituição desse campo teórico “interdisciplinar”, isto é, dessa nova rede de produção e de reprodução do saber e das pesquisas antropológicas que, por sua vez, se incorporam ao campo da saúde (MINAYO, 1998), é uma tarefa que implica adentrar na intensa interatividade técnica e transdisciplinar que perpassa as relações entre os saberes antropológicos e da saúde coletiva. Uma revisão bibliográfica dessa produção seria problemática e exaustiva, levando em consideração a heterogeneidade dos indivíduos intitulados como antropólogos e sociólogos da saúde. Entretanto, indico aqui algumas características marcantes deste campo de atuação. Cabe sinalizar que competiu aos cursos de pós-graduação, situados sobretudo nos departamentos e institutos de saúde pública/coletiva, medicina social e preventiva, grande parte dessa

⁵⁰ RIVERS, W. H. R. **Medicine, magic and religion**. London: Routledge Classics; 2001.

produção. Nesse aspecto, foram essas instituições que preservaram a tradição do pensamento sanitarista brasileiro em privilegiar a explicação social do fenômeno médico (ALVES; RABELO, 1998).

As primeiras pesquisas em Antropologia da Saúde no Brasil apareceram embutidas em discussões sobre folclore, magia, religião, expandindo-se desde clássicos da antropologia. Conforme relatam Langdon, Follér e Maluf no artigo *Um balanço da antropologia da saúde no Brasil e seus diálogos com as antropologias*, na década de 1970 se inicia a constituição da antropologia da saúde contemporânea no Brasil. Nesse período, um grupo interinstitucional de Brasília e o Museu Nacional empreenderam uma investigação sobre as práticas alimentares em vários grupos subalternos no país. As autoras argumentam que as pesquisas antropológicas sobre saúde e doença realizadas no Brasil são diferentes das do Atlântico Norte, tendo em vista que o discurso antropológico brasileiro sobre saúde enfatiza as forças culturais e sociais como fatores determinantes das práticas e das representações nesse campo, em que este concebe o corpo e as doenças como aspectos construídos relacionamente.

Nessa perspectiva antropológica, é essencial o deslocamento do olhar sobre o corpo das ciências médicas para o olhar sobre a construção social e relacional do corpo e para as diversas formas, através das quais os sistemas terapêuticos são acionados para produzir saberes sobre processos de saúde/doença. Diante disso, a perspectiva da saúde como construção sociocultural, e não biológica, transcorre por uma análise crítica de três aspectos do processo saúde/doença: práticas terapêuticas, especialistas em cura e a emergência de novas formas de atenção (LANGDON, 2014).

O reconhecimento de troca e intercâmbio de conhecimentos nesse espaço intercultural pode ser compreendido por intermédio do poder biomédico, sendo este exercido em diversas instâncias, dentre as quais consta o simbólico-administrativo, formulado pelo Estado (FERREIRA, 2013). Delineia-se, nesse sentido, que o conceito “zona de contato”, mencionado por Pratt (1992 apud FOLLÉR, 2004, p. 109), integra uma intercomunicação entre a biomedicina e os saberes tradicionais, à medida que constitui uma combinação assimétrica, pois é uma expressão que alude a convergências coloniais. Nessa relação, é importante lembrar que o ponto central recorre a negociações, ressignificações, apropriações e velamentos que ocorrem nesses espaços interculturais. A autora versa que:

Novas formas de conhecimentos e estruturas sociais evoluem no discurso colonial. Os seres humanos são agentes sociais que interagem e se comunicam em um fluxo contínuo dentro de seu próprio grupo linguístico e com visitantes do mundo externo; em ambos os casos, acontece uma redefinição das identidades coletivas. Os ocidentais que interagem com grupos indígenas pertencem a instituições e organizações detentoras de agência social, mas constituem um grupo heterogêneo com ambições, motivações e influências variadas. Os povos indígenas, por sua vez, são igualmente heterogêneos nas suas formas de pensar e suas capacidades intelectuais e motivações também variam. Interessa conhecer a identidade coletiva quando se discute zona de contato e intermedialidade, ou seja, as tradições e heranças que constituem identidades nacionais e étnicas, e não os indivíduos (FOLLÉR, 2004, p. 109).

Tomando como base empírica os espaços de hibridização, proporcionados pelas políticas de atenção diferenciada à saúde indígena, foi retratado que estes são concebidos como esferas que proporcionam um intercâmbio. Para Ozório (2005), o conceito de interculturalidade é compreendido como um universo de trocas, em que ocorrem negociações e ressignificações. No campo da saúde da *Ko'enju*, a biomedicina e a medicina tradicional não são dimensões homogêneas. O posto de saúde é um espaço que foi ressignificado considerando a intermedialidade, a qual esclarece uma “pluralidade terapêutica” exercida na comunidade.

Por intermédio deste conceito, podemos estabelecer uma vinculação entre várias narrativas de conhecimentos. A princípio, o que mais chama atenção são as discrepâncias ocorridas nas maneiras de se ordenar o caos de uma enfermidade, embora as lógicas de resolução de sofrimento façam uso de diferentes processos para avaliar um tratamento, o que certamente nos traz interesse é a interação entre o sistema xamânico-cosmológico com a biomedicina, compreendendo de que maneira essa intercomunicação é estabelecida.

A valorização e fortalecimento das medicinas tradicionais é objeto das demandas dos povos indígenas pelo reconhecimento de seus direitos culturais estabelecidos na Constituição Brasileira de 1988 e tema de discussões em conferências e em políticas direcionadas. Desde a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena, o Ministério da Saúde tem se esforçado para efetuar um subsistema de saúde indígena diferenciado, porém ainda atrelado ao SUS e conduzido pelos fundamentos de acesso universal, equidade, controle social, participação comunitária, e no caso dos povos originários, respeito e articulação com as particularidades étnicas e culturais dos grupos (LANGDON; FERREIRA, 2013). De

acordo com Langdon (2010), o compromisso de articular as práticas de saúde indígena com as dos serviços biomédicos foi reafirmado nas diretrizes do Modelo de Gestão da Saúde Indígena, aprovadas pela portaria nº 70/04. Em nível nacional, porém, o Departamento de Saúde Indígena Funasa não estimulou nem direcionou os profissionais da saúde que trabalham nos DSEIs a oferecer serviços segundo os princípios de atenção diferenciada. De modo geral, as maneiras de articular com as práticas indígenas por parte das equipes multidisciplinares foram dispersas e localizadas (LANGDON, 2010, p. 12).

3.1 OS SISTEMAS MÉDICOS DA *TEKOA KO'ENJU*: O POSTO DE SAÚDE, O *KARAI*, A *OPYE* E A *MITÃ JARYI*

A percepção da doença e as ações de cura não dependem simplesmente de uma classificação estática ou da ação de aspectos puramente biológicos. Saúde, doença e cura acontecem dentro de “sistemas médicos” específicos, o que lhes confere significados e modelos de ação próprios (KLEINMAN, 1973; 1980 apud LANGDON, 1994, p. 118). O conceito de sistema médico abrange os aspectos simbólicos da cultura, como o que diz respeito à integração das crenças etiológicas às normas, guiando a escolha e avaliação de tratamento, aos papéis sociais dos atores envolvidos, às relações de poder, aos eventos de interação e às instituições encarregadas das questões de saúde (LANGDON, 1994).

À luz dos estudos produzidos por Scopel, Dias-Scopel e Wilk (2012), os quais descrevem os saberes híbridos de um circuito biomédico de atenção, destaco o papel da autoatenção, nos processos de saúde e doença, como fundamental para a caracterização desse campo da intermedicalidade. Além do mais, os papéis das relações, das redes sociais de apoio mútuo e de cuidados, a partir das práticas de autoatenção às enfermidades. Observou-se que na *Tekoa Ko'enju*, os sistemas médicos são compostos pela biomedicina, as práticas de autoatenção dos especialistas da medicina tradicional – especialistas em plantas medicinais e rezas. Nesse contexto, caracterizo o itinerário terapêutico⁵¹ a partir de quatro “eixos”: o posto

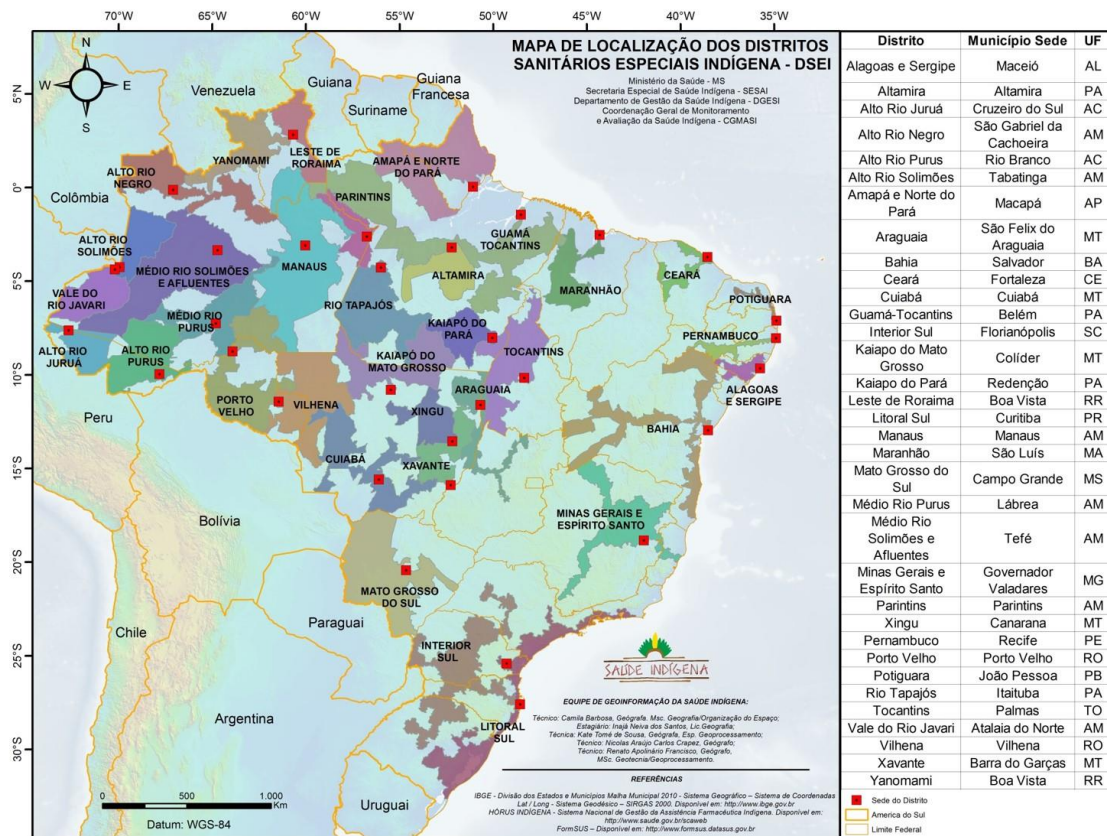
⁵¹Augé (1984 apud BUCHILLET, 1991, p. 28) descreveu o conceito de itinerário terapêutico como um conjunto de processos direcionados para um tratamento, o qual indica desde a constatação de uma desordem, como também as etapas institucionais, onde podem se atualizar distintas interpretações (pacientes, comunidade, família, curadores etc.) e curas. Tal conceito abarca a lógica subjacente às representações e as condutas dos indivíduos, à escolha das instituições e dos tratamentos.

de saúde, o *karaí*, a *opy* e a *mitã jaryi*, que percebo como centrais na negociação desse processo de saúde/atenção/doença.

3.1.1 O Posto de Saúde

O Posto de Saúde administrado pela SESAI, vinculada ao Distrito Sanitário Especial Indígena, de abrangência ligada ao litoral Sul (RJ/SP/PR/SC/RS)⁵², foi inaugurado no dia 27 de abril de 2015. Ele se encontra na zona central da comunidade *Tekoa Ko'enju*, estando posicionado ao lado da escola e em frente ao campo de futebol e salão de festas.

Figura 18 - Mapa dos Distritos Especiais de Saúde Indígena



Fonte: SESAI (2013).

⁵² Ver: Huyer (2017).

A Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) conta atualmente com um Enfermeiro (40h), um Médico (20h), uma Cirurgiã-dentista (20h) e dois Agentes Indígenas de Saúde, os AIS (40h). O Enfermeiro desloca-se todos os dias para atendimento na aldeia com veículo oficial de trabalho juntamente com o motorista (40h), já o Médico e a Dentista alternam 2 ou 3 dias por semana conforme carga-horária e os AIS residem na aldeia. O Enfermeiro, Médico e Dentista também atendem uma vez na semana na comunidade *Pyau*, localizada no município de Santo Ângelo. O médico, a dentista e a agente de saúde têm em média trinta anos, enquanto o enfermeiro-chefe, o outro agente de saúde e o motorista têm em torno de 35 anos de idade. Os profissionais com maior escolaridade são brancos, vivem em São Miguel, também são os que estão entre 4 e 7 anos na função. Nas outras funções de agentes e motoristas, os funcionários estavam há menos tempo entre 8 meses e 2 anos. Desde o começo da pesquisa, todos se mostraram dispostos a cooperar com o trabalho em questão.

Pelo que pude perceber, a atuação da biomedicina desses profissionais ocorre de forma preventiva, casos de urgências são levados para o Hospital da prefeitura de São Miguel das Missões ou para o Hospital de Santo Ângelo. Lewkowicz (2016), a fim de problematizar no sentido foucaultiano as políticas públicas de saúde indígena (principalmente voltadas para o parto hospitalar), destaca que a aldeia *Tekoa Ko'enju* é uma das poucas aldeias do Rio Grande do Sul que conta com uma equipe completa de profissionais da saúde durante cinco dias úteis da semana. A maioria das outras aldeias recebe visitas semanais. Por um lado, isso implica em um maior acesso ao atendimento, por outro, implica em mais mecanismos de controle e intervenção sobre os corpos.

Garnelo, Macedo e Brandão (2003), na obra **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**, observam que a categoria de resolubilidade presumida para a rede própria dos DSEI (Distritos Sanitários Especiais Indígenas) consiste na prestação de atenção básica, fornecendo demandas para os outros níveis do SUS, nos casos em que haja necessidade para níveis de atenção média e alta complexidade. Nessas ocorrências, o paciente indígena deixa de usufruir da atenção diferenciada e passa a adotar atendimento correlato àquele apresentado à população não-indígena. Pode-se afirmar que o DSEI localizado na *Ko'enju* se configura como o Posto tipo I, desempenhando as seguintes funções: acompanhamento do desenvolvimento infantil e de gestante, promoção da saúde e

prevenção de doenças de maior prevalência, acompanhamento de pacientes crônicos e egressos de redes de referência, primeiros socorros, acompanhamento de imunização, ações de educação sanitária e atividades de apoio à equipe multidisciplinar.

Parece relevante mencionar que este é integrado por um ambulatório, farmácia, consultório médico, odontológico e a sala de espera, mas, no entanto, não possui suporte para o acolhimento de emergências. Nos meses de férias da escola, pode-se perceber que existe uma alternância de pessoas na comunidade, em virtude dos deslocamentos⁵³, o que influencia na quantidade de consultas que a equipe recebe.

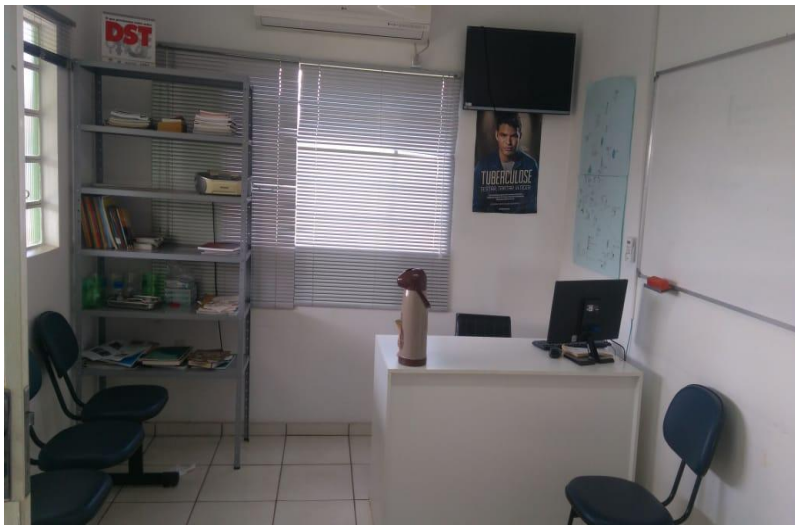
Figura 19 - Posto de Saúde da SESAI



Fonte: Acervo da autora (2019).

⁵³ O trânsito abundante é essencial e se encontra refletido em sua cosmologia. As migrações não modificam sua unidade como grupo, mas proporcionam ferramentas em comum, a despeito das diversidades dialetais e alteridades internas. Geralmente, os destinos percorridos são florestas, pois afirmam ser o local da morada Mbya (IPHAN, 2019, p. 64).

Figura 20 - Sala de espera do Posto de Saúde do SESAÍ



Fonte: Acervo da autora (2019).

Figura 21 - Consultório médico



Fonte: Acervo da autora (2019).

Logo nos primeiros dias de campo, observei (por meio da ótica da biomedicina) que as atividades da UBS (Unidade Básica de Saúde) contemplam assistência à demanda espontânea, que abrange, na maioria das vezes, preocupações relacionadas ao sistema respiratório e vias aéreas superiores, como por exemplo: gripe, pneumonia, faringoamigdalite, bronquiolites e etc., assim como quadros de

gastroenterites, doenças de pele e eventuais ferimentos. Além disso, é realizado o acompanhamento de pacientes com doenças crônicas como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, em que são efetuados exames semestrais, visitas domiciliares e entrega de medicação.

Geralmente, as consultas são feitas com a presença dos Agentes Indígenas de Saúde, exceto quando a pessoa não sente a necessidade de um tradutor e consegue se expressar na língua portuguesa. Existem Mbya que solicitam visitas domiciliares, enquanto outros procuram a UBS com mais constância. As pessoas que procuram com mais constância a UBS, na maioria das vezes, são mulheres e crianças.

Nessa conjuntura, os adultos são acompanhados no rastreio precoce de doenças prevalentes. Os homens investigam se há câncer de próstata e as mulheres câncer de mama e do colo uterino, por intermédio de exames. Ademais, a unidade desempenha o acompanhamento pré-natal em gestantes, bem como acompanhamento infantil, por meio de vacinação e avaliação mensal do estado nutricional e de desenvolvimento.

Figura 22 - Calendário de Vacinação

IDADE	VACINAS
Ao nascer	BCG + Hepatite "B"
02 meses	Tríplice (DPT) + Poliomielite
04 meses	Tríplice (DPT) + Poliomielite
06 meses	Tríplice (DPT) + Poliomielite + Febre Amarela*
09 meses	Sarampo
15 meses	Tríplice (DPT) + Poliomielite
15 meses	Triviral (Sarampo, rubéola, caxumba)
06 anos	BCG
10/11 anos	Vacina Duplo tipo adulto (DT)*

(*) Reforço de 10 em 10 anos durante toda a vida

Fonte: Cartilha sobre a saúde dos Mbya (2003).

Além de realizar consultas, eles elaboravam campanhas preventivas que estavam conciliadas com as do calendário do Ministério da Saúde. As campanhas mais conhecidas eram as do Outubro Rosa, Novembro Azul e Setembro Amarelo.

Pude presenciar a campanha do Janeiro Branco, que se tratava sobre saúde mental. Remeto, assim, a um dos escritos do meu diário de campo:

Chegamos na *Ko'enju* às 9 horas da manhã. Aline, a dentista, estava organizando a dinâmica das atividades e a compra das refeições. Um dos atrativos para chamar público para as campanhas preventivas do posto é a realização de refeições; desta vez foi a salada de frutas. Ajudei a cortar as frutas, enquanto isso conversei com a dentista e o antigo motorista sobre o cotidiano do trabalho da equipe. Eles contam que essas campanhas ocorrem em consonância com as do calendário colorido do Ministério da Saúde. Este calendário objetiva conscientizar a população sobre a gravidade de algumas doenças, assim como incentivar a prevenção dessas enfermidades. As pessoas aos poucos foram chegando, vieram em torno de 20 guaranis para assistir a palestra, a maioria eram mulheres e seus filhos. Aline havia colocado na parede duas cartolinas e escrito no início uma pergunta: "O que te deixa feliz?" e na outra "O que te deixa triste?". A princípio ninguém se propôs a escrever, então, ela mesma começa escrevendo, e logo surgem narrativas sobre suas principais aflições. A maioria delas envolviam questões sobre a família. Por exemplo: um motivo para a tristeza é a desobediência do filho e para a felicidade é estar entre os familiares (Diário de campo, 27/01/2020).

Figura 23 - Palestra Janeiro Branco



Fonte: Acervo da autora (2020).

As campanhas preventivas, antes da pandemia começar, costumavam ser eventos que elaboravam vínculos entre os funcionários do posto de saúde e os Mbya. Estudos sobre o exercício da comensalidade afirmam que comer é mais do que apenas um ato de sobrevivência: é também, como assinalam Farias, Ferreira Neto e Lima (2015)⁵⁴, um comportamento simbólico e cultural, formador de regras socialmente estabelecidas, constituindo relações. De acordo com Cândico (p. 30 apud LIMA; FERREIRA NETO; FARIAS, 2015, p. 4):

Qualquer que seja a posição do alimento, é sempre acentuada a sua importância como fulcro de sociabilidade – não apenas do que se organiza em torno dele (sistema de trabalho, distribuição, etc.), mas daquelas em que ele apreze como expressão tangível dos atos e das intenções.

É importante sublinhar também alguns desentendimentos cujas motivações são compreendidas por Lewkowicz (2016) como uma *cronopolítica* na produção de pacientes. A autora sugere que a biomedicina incute distintos mecanismos que configuram um investimento na transformação de sujeitos em *pacientes*. Nessa perspectiva, o tempo surge como um dispositivo que produz distâncias e proximidades, sujeitos e objetos, agente e pacientes. Dessa forma, o tempo emerge com uma dimensão política na qual este é produtor de subjetividades.

Frankenberg (1992 apud LEWKOWICZ, 2016, p. 81) denota que a biomedicina é uma “cultura de espera”, caracterizada pela hora marcada, a sala de espera, emitindo a todo instante que o tempo do médico vale mais do que o do paciente. Assim, as fronteiras do corpo e do paciente são distinguidas na rotina hospitalar, especialmente por meio dessa regulação do tempo, das refeições, do banho e da higiene. Essa *cronopolítica* delimita o funcionamento da rotina institucional, transforma corpos para estarem aptos a respeitá-las, produzindo distinções entre médicos, enfermeiros, técnicos e pacientes.

Com isso, diversos desentendimentos aparecem, principalmente, aqueles que estão envolvidos na ingestão de medicamentos. De acordo com extratos do diário de campo:

Demos carona para Fabiano, ele precisava ir até Santa Maria, mas antes ainda precisávamos passar na Burity. Alguns funcionários achavam que o remédio do tratamento da tuberculose não estava sendo consumado.

⁵⁴ Ver: **Alimentação, comida e cultura**: o exercício da comensalidade (LIMA; FERREIRA NETO; FARIAS, 2015).

Quando chegamos na aldeia, começaram a contagem dos comprimidos e perceberam que havia mais remédios que o esperado. O tratamento para tuberculose é feito durante 6 meses e não pode ser interrompido. Havia um furo de 14 dias, ou seja, 14 dias que não tomaram o remédio. O tratamento começou dia 09 de dezembro de 2019, há exatamente 35 dias. Esse tipo de episódio é comum. É muito difícil manter o controle das medicações (Diário de campo, 14/01/2020).

Para entender o sistema social de saúde desenvolvido pelos Mbya, é necessário adotar uma análise holística. Na interpretação dos Mbya, a sociedade está doente porque o mundo está doente. A consagração da terra sem males dialoga com a distância cosmológica entre os não-indígenas e os guaranis.

Seus mitos em torno à Terra-Sem-Males ainda rezam que a sua separação original do mundo civilizado teria sido gerada pelo próprio Ñandery, quando criou as florestas para os Mbya. O mundo era todo floresta, mas Ñandery também criou o gafanhoto que, devorando as florestas, fez surgir os campos. Dos campos, surgiu o homem branco. No entanto, como o gafanhoto mitológico, o homem branco continuou a obra e arrasou com a quase totalidade das florestas, convertendo-as em campos ou desertos, desalojando-os – como povo – daquela dádiva divina original. Assim, eles explicam hoje sua transumância pelas cidades, periferias urbanas e áreas rurais, pois inexistem matos onde possam reproduzir a vida conforme os princípios míticos. Dizem, Mbya e branco vivem hoje misturados, ainda que seja necessário acrescentar que se trata de uma mistura mais espacial do que cosmológica, filosófica ou social (CATAFESTO, 1998, p. 36).

Em uma entrevista realizada com o Tiago Gabatz, o médico há quatro anos na aldeia, nota-se de que maneira ocorre a sua atuação:

A gente atende tanto uma demanda espontânea, que são as pessoas que ficam com tosse, uma dor de garganta, diarreia, enfim um quadro agudo e procuram o posto. Além disso, fazemos um trabalho de prevenção tanto em crianças quanto em idosos. No sentido de fazer pesagens e avaliar estado nutricional, desenvolvimento, vacinação e exames de rotina para rastreio de doenças, com radiografia de tórax, eletrocardiograma. [...] Também realizamos enquanto equipe de saúde em conjunto com a escola um projeto de desenvolvimento de uma agrofloresta que tem por objetivo de produzir comida e madeira, bem como auxiliar na tarefa de educação das crianças. Uma das coisas que mais me chamaram a atenção é em relação a maioria deles demorarem para buscar ajuda da equipe quando tem algum problema, muitas vezes só procuram ajuda mesmo quando o estágio de uma doença se encontra bastante avançado. A SESAI preconiza um trabalho conjunto entre a medicina hegemônica e as práticas tradicionais, de modo que ambas as práticas possam se desenvolver em caráter complementar. Nem todas as aldeias têm *Karai(xamã)*, e possuem dificuldades de acessar a medicina tradicional, muitos acabam em aldeias longínquas, como por exemplo, na Argentina indo se consultar. (Entrevista com Gabatz, 14/03/2019).

Devido ao comportamento “antimistura”⁵⁵ dos guarani em relação aos *jurua*s (não-indígenas), o papel do Agente Indígena de Saúde (AIS) é essencial, porque eles são, como afirmam Langdon e Diehl (2007), um elo de comunicação para os moradores da comunidade, o que reforça a confiança no atendimento das pessoas naquele espaço físico. No entanto, segundo Lewkowicz (2016), mesmo com a criação do Subsistema de Saúde Indígena que se institucionaliza e constrói a figura do Agente Indígena de Saúde como parte da equipe multidisciplinar (EMSI), compete aos AIS o aprendizado da biomedicina para, dessa forma, exercerem sua função de “mediadores” – tanto entre os saberes da ciência biomédica e tradicionais, como também entre a equipe de saúde e a comunidade indígena. Diehl *et al.* (2012 apud LEWKOWICZ, 2016, p. 85) coloca que:

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 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).

De acordo com os AIS, não houve nenhum curso de capacitação⁵⁶ para exercerem suas funções. Ainda nessa linha, como descreve Lewkowicz (2016), a posição de mediação que os AIS ocupam é o lugar mais subalterno da posição hierárquica biomédica. A complexidade da posição de mediação do agente comunitário já vem apontada desde os princípios da implementação das políticas de saúde da Família, no entanto, não parece que seja dado a esse cargo devida atenção. O aprendizado de suas funções vem do cotidiano⁵⁷, é no fazer que se aprende e se desenvolve as habilidades para as demandas que surgem enquanto AIS.

Acrescento também a essa hierarquia performada pela equipe de saúde a figura do motorista, logo nos primeiros dias de campo, era outro motorista que

⁵⁵ Ver: Huyer (2017).

⁵⁶ Segundo Langdon e Diehl (2007), a capacitação contínua é um pilar de preparação para o trabalho das EMSIs. Porém, poucos cursos haviam sido oferecidos para os AIS e outros profissionais. Tal falta e a alta rotatividade caracteriza um cenário de despreparo para o serviço.

⁵⁷ Overing (1999), ao compreender os modos informais, igualitários e o alto valor que os *Piaroa* atribuem aos assuntos da vida cotidiana, descreve que a maior parte da produção artística *Piaroa* pertence ao domínio do cotidiano. A arte do cotidiano *Piaroa* está ligada a um princípio de confiança. A autora ressalta que devemos estar atentos para as habilidades “ordinárias” da vida e exaltar o interesse antropológico pela domesticidade e pelo cotidiano.

trabalhava com os profissionais de saúde, percebi como seu ofício se tratava para além de idas e vindas pela estrada sem asfalto. Ele mencionava como os Guarani lhe pediam para comprar coisas em mercados, fazer pagamentos na lotérica, ou resolver algo no banco, mas sobretudo, funções que envolvem essa intermediação com o comércio de São Miguel. Hoje, não parece ser diferente com o novo motorista, que exerce na comunidade duas funções: a de cacique e também de motorista da SESAI.

O Posto de Saúde diversas vezes é visto, ao que se referiu Lewkowicz (2016), como um *passatempo*. Existem aqueles que vem buscar os medicamentos, pacientes, mães que vem trazer os filhos com gripe, ou crianças que trazem outras crianças para se consultar. Contudo, este espaço é frequentado por qualquer pessoa que queira passar seu tempo. Ali conversam, ficam em silêncio ou ainda tomavam mate (em um contexto pré-pandêmico). O fluxo de pessoas é frequente, sendo o Posto e a escola pontos de encontro, áreas de socialização do “centro” da *Tekoa Ko'enju*.

3.1.2 *Karaí* (pajé)

O Xamanismo, no Brasil denominado como pajelança, integrou-se como objeto de pesquisa desde os primeiros trabalhos etnográficos. O interesse era voltado para a função das crenças místicas e das práticas mágicas em sociedades específicas. Em virtude dessa caracterização, que fugia da visão racional e positiva da ciência, a antropologia não viabilizava os instrumentos adequados para compreender o xamanismo como força dinâmica no mundo atual. Em razão de ter se tornado uma categoria com um conceito geral e impreciso, nas últimas três décadas, foi reconhecida a importância do fenômeno e a criação de um novo paradigma satisfatório para compreendê-lo como um sistema sociocultural (LANGDON, 1996).

Na aldeia *Tekoa Ko'enju*, o *Karaí* (pajé) Solano exerce a medicina tradicional desenvolvida por pessoas com uma sensibilidade que permeia a dimensão do cosmos, dos espaços e das temporalidades variadas. Constitui condutas terapêuticas inseridas em questões mais abrangentes, englobando relações diplomáticas entre pessoas, grupos e seres que habitam a floresta (IPHAN, 2019). Os objetos patogênicos retirados pelos xamãs, que na narrativa Guarani são tidos como pequenas pedras ou insetos, simbolizam o cessar das agressões invisíveis (PIERRI, 2018).

Portanto, falar sobre doenças nessas circunstâncias é posicionar no cerne das argumentações a relação entre as pessoas, a natureza e o sobrenatural. É necessário refletir que a ideia de uma natureza sem agência não é adequada para se pensar a cosmologia dos povos ameríndios. O meio ambiente é provido de agência integrando as condutas “dos espíritos de árvores e animais que afetam a vida das pessoas, a relação com a natureza é uma relação que envolve perigos, diálogos, regras e interdições” (JESUS, 2015, p. 37).

Na obra **Bicicletas de Nhanderu**, do coletivo Mbya-Guarani de cinema⁵⁸, é retratada a caracterização do pajé. Não realizei diálogos com o Karaí da aldeia, a fim de evitar, conforme pontua Diniz (2007), alguma espécie de incômodo moral⁵⁹ com os interlocutores, dado que esse universo não é compartilhado abertamente com o *jurua* (não-indígena). Por intermédio do vídeo, é construída uma imagem sobre a dificuldade de se tornar um pajé, sobretudo porque eles são pessoas que precisam se privar de uma série de coisas, constituindo um processo de liminaridade⁶⁰. De acordo com uma das falas do vídeo:

[...] ser *Karaí* é uma tarefa difícil para homens cheios de imperfeições. Às vezes, mesmo com boas intenções não cumprimos nossos deveres. É por isso que certos *Karaí* estão desse jeito. Nós temos aqueles que nos guiam, que são os *Karaí*, e as *kunhã-karaí*. Aqueles que usam a fumaça por nós [...] Ser um *Karaí* é uma coisa muito difícil. Porque se você sentir vontade de matar, ou de transar... ou de comer demais... se comer muita carne você pode virar onça. Mesmo se preparando para ir à morada de Deus. São muitas as tentações para os *Karaí*. Mesmo os bons *Karaí* podem acabar no mau caminho... tornarem-se mentirosos. São eles mesmo que levam seus trabalhos para o mal. Até os que ajudam no parto já não valem mais. Porque querem dinheiro e isso não existe entre os Guarani. Nós não devemos cobrar por coisas assim. Nós temos que trabalhar para nós mesmos a vida toda. Isso vale muito mais do que dinheiro.

Nós, os Mbya, convivemos num mundo de imperfeições. Nunca vamos ficar puros, precisamos das nossas danças na casa de reza. Com as danças e o suor, tiramos as impurezas do corpo, só assim nosso corpo vai se limpando... Pouco a pouco.

⁵⁸ A obra realiza um mergulho na espiritualidade dos Mbya-Guarani da aldeia *Ko'enju*. Foi realizada em 2011, pelo Vídeo nas Aldeias. Ganhou prêmios como o Cora Coralina – XIII FICA, Festival Internacional de Cinema Ambiental, Goiás, Brasil, 2011.

⁵⁹ Termo utilizado no texto *Avaliação ética em pesquisa social: o caso do sangue Yanomami*. Tendo em vista o caso conhecido como “sangue yanomami”, observa-se a enxurrada de desconfortos morais proporcionados por pesquisas científicas com populações vulneráveis. Dessa maneira, torna-se apropriado reiterar que as informações sobre o karaí e a opy são semelhantes a questão dos nomes para os yanomami, retratados no texto como informações socialmente secretas, devido a isso, não realizei diálogos a fim de evitar desconfortos morais com a liderança religiosa e os moradores da comunidade.

⁶⁰ Turner (2013), em seu livro **O processo ritual**, no que tange o capítulo *Liminaridade e Communitas*, descreve os ritos de passagem e o processo de liminaridade.

É muito difícil alcançar a terra sagrada. Acho que nem a geração do seu avô chegou a ver alguém alcançar. Nem sei se algum Guarani já alcançou... acho que ninguém chegou lá. Uma pessoa que ainda tenha desejo sexual nunca alcançará a terra sagrada. Se você já é uma pessoa elevada, você perde o desejo sexual, seu pênis vai te servir só para urinar... só para urinar. E aí você se assusta (Entrevista de Ariel com Solano, liderança espiritual – em *Bicicletas de Nhanderú*, 2011).

Figura 24 – Kará Solano – *Bicicletas de Nhanderu*



Fonte: Filme *Bicicletas de Nhanderu* in JESUS, Suzana Cavalheiro de Jesus (2015).

Considerando a ideia de poluição (impureza), descrita por Mary Douglas ([1966] 1976), cuja noção está relacionada com a moral, podemos identificar que as crenças na poluição colaboram para ativar um sistema de classificação, demonstrando que o código moral se fundamenta na ideia de impureza. Assim sendo, o código moral Guarani, principalmente no que se refere a construção do corpo, denota a ideia de que a miscigenação com os *juruas* (não-indígenas) acarreta uma impureza. Em um artigo de Huyer (2016), fica evidente que o corpo de um Guarani puro significa o não envolvimento com o *jurua* (não-indígena), já que a relação com eles é vista como algo que prejudica o *nhe'é* (espírito) do Guarani, poluindo seu espírito, levando até a morte em alguns casos. Segundo o autor:

Diferentemente dos *jurua*, o espírito-alma (*nhe'é*) dos guaranis vem de diferentes moradas sagradas, conhecidas como *Nhanderu ambá*. Cada divindade da cosmogonia mbyá envia os *nhe'é* para este plano terrestre, imperfeito, para animar os corpos humanos. O *nhe'é* pode ser pensado como o condutor da humanidade lançada pelos deuses ainda no ventre das mães, mas somente identificado no momento do *nhemongarái* - importante ritual realizado na *opy* (casa cerimonial) na época da colheita do milho – ritual este que também nomeia as crianças, identificando de qual morada veio seu *nhe'é*. Cada *nhe'é* carrega consigo determinados atributos, capacidades intrínsecas relacionadas com a divindade que os envia (HUYER, 2016, p. 3).

Torna-se importante considerar que, ao se voltar para a dicotomia natureza e cultura, a noção de Descola (2011) exprime uma continuidade entre humanos e não humanos. No momento em que os povos originários⁶¹ se referem aos eventos míticos, eles não percebem a cultura como algo específico dos humanos, mas delineando as plantas e os animais em conformidade com as suas definições de sociabilidade.

3.1.3 *Opy* (casa de reza)

Prates (2019) descreve a *opy* como a principal organização espacial da aldeia e que se encontra suscetível a uma leitura distorcida, sendo reduzida a um ambiente específico que se refere aos vínculos com alteridades divinas, onde transcorre uma “sacralização”, executada, em demasia, através do olhar cedido pelo etnógrafo. Todavia, existem alguns acampamentos que não detêm este espaço, o que não impossibilita que tais vínculos sejam constituídos. Nesse sentido, autora segue descrevendo que:

A *opy*, a meu ver, é mais um ambiente agregador para relação com alteridades divinas do que a máxima de uma expressão e intervenção xamânica. Nem só de divindades vivem os Mbya, e se vivem, a inexistência de tal local não se figura como um impedimento para a prática xamânica (PRATES, 2019, p. 20).

Na *Tekoa Ko'enju*, há uma *opy*⁶² (casa de reza e cerimônia), porém a presença dos *juruas* (não-indígenas) não é acolhida. A alteridade do outro apresenta uma

⁶¹ A noção de direitos originários está contemplada no Artigo 231 da Constituição Federal Brasileira de 1988. Esta se encontra em simbiose com princípios internacionais de respeito aos direitos de povos remetidos historicamente ao autoritarismo dos Estados-Nação. Desse modo, a concepção de povos originários discorre um sentido semântico mais neutro do “índio” (CATAFESTO, 1998).

⁶² Jesus argumenta que no filme *Bicicletas de Nhanderu* “Solano conta que Nhanderu falou com ele e por isso decidiu construir uma *opy* (Casa de Rezas) na *Tekoa Ko'enju*, na esperança de que algum jovem queira se tornar rezador. Afirma que não esquece aqueles que lhe enviaram (*Nhanderu Ete* e *Nhandexy Ete* – pai e mãe verdadeiros), mas que é difícil seguir os ensinamentos e agir de forma

demarcação de confinidade, ou seja, existe um limite de proximidade (PRATES, 2019, p. 23). Desse modo, parece significativo assinalar sobre a questão de os Mbya serem refratários à participação de pessoas *juruas* (não-indígenas) nas atividades tradicionais, como em rituais da *opy* (casa de reza e cerimônia). Juliano Ferreira, filho de Dona Letícia Ortega, foi um dos interlocutores da pesquisa, eu o conheci na Escola Igneo *Ko'enju*, por intermédio de Roney e Tiago. Roney, antigo motorista do Posto, comentou: “Juliano seria uma pessoa que você gostaria de conversar, ele está lá na escola”. Então, fui até a escola, ele havia levado alguns papéis para o cacique assinar. Esperei ele se desocupar para entrar na sala. Quando terminou o serviço, dirigiu-se até o pátio da escola, ficamos sentados no banco, conversando durante uma hora. Segue uma passagem de um dos nossos diálogos:

Juliano: Uma vida saudável para nós guarani, primeiramente a saúde, a saúde vem, na verdade não vem, é um conjunto de muitas coisas, vem da reza, dentro da casa de reza, com o Pajés, as comidas, então a saúde, não envolve só alimentação ou só na casa de reza, é o conjunto todo. Desde pequeno, antes dos pais, envolve tudo, desde a gestação, como os pais se comportam, não comer tal coisa porque a mulher está em casa e o esposo também não pode comer algumas coisas porque pode vir a fazer mal para a criança e isso vem desde cedo, então a saúde é basicamente isso. Tem a ver com espiritualidade da casa de reza aí os mais velhos vão falando como tem que se comportar para não acontecer nada com a criança. Como tava dizendo, é, essa coisa de espiritualidade é muito forte para nós então, às vezes não é uma doença física, ou pode ser física assim, tipo física, mas não é uma coisa que vai ser tratada realmente pelos ‘brancos’, então primeiramente quando uma pessoa sente alguma coisa primeiramente vai ao Pajé, leva a pessoa doente no Pajé. Então, eu posso levar, achando que pode ser curado pelo pessoal da saúde sabe, mas aí levar lá e se o médico não souber qual o problema que ele tem, provavelmente ele vai ficar internado lá, não vai continuar sentindo dores, mas para nós é essencial a pessoa que tá doente se comunicar com o *Karai* (Gravação em campo, 15/12/2019).

O modo de vida imperfeito, condiciona um estado patológico, vulnerável à tristeza, confusão, males e infortúnios que assolam a alma e colocam o ser humano na posição horizontal. Nesse contexto, podemos compreender o processo de adoecimento de um indivíduo guarani tanto pelo enfraquecimento de seu espírito (*nhe'é*) como também pela agência de potências. A regularidade com que os Mbya

correta quando se é uma pessoa cheia de imperfeições. Por isso, também, não conseguindo cumprir aquilo que lhes cabe, alguns *karai* estão passando por impasses. Precisam seguir aqueles que lhes guiam, que são os *karai kuery* e as *kunhã karai kuery*, aqueles que usam a fumaça por todos os Mbya e que possuem muito conhecimento. Ao mesmo tempo possuem muitos desafios que advêm, por exemplo, da bebida alcoólica, das festas em formato de “festa jurua” e de jogos de cartas que prejudicam e impedem que as aprendizagens necessárias aos mais velhos possam ser de fato cumpridas” (JESUS, 2015, p. 197).

desempenham o ritual na *opy*, está relacionada a esses cuidados realizados pelo pajé. Assim, promover um ritual na *opy* requer um investimento por parte do *karaí*, em operações curativas com utilização de tabaco. De maneira geral, a doença é extraída na forma de pedras, conchas, estacas de madeira etc. (DAHER; SANTOS; PEREIRA, 2010).

3.1.4 *Mitã Jaryi*⁶³

Lewkowicz (2016) afirma que o debate antropológico referente a saúde reprodutiva de mulheres indígenas nos últimos anos vem trazendo questões direcionadas à relação entre os povos indígenas e o sistema de saúde biomédico, bem como as práticas e políticas de saúde diferenciada, desde a Constituição de 1988. O impacto da presença do Posto de Saúde e da equipe multidisciplinar de saúde, desde a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASI), promove um contexto em que raramente os casos de gravidez não são acompanhados por essa equipe.

Letícia Ortega é uma das especialistas da medicina tradicional, conhecedora de plantas medicinais e práticas de autoatenção relacionados à gestação, ao parto e pós-parto. Prates (2019) descreve que o termo “parteira” (*mitã jaryi*) não é compreendido entre os Guarani da mesma forma que os *jurua* (não-indígenas), pois a *mitã jaryi* não é vista como uma pessoa específica para tal ação. As mulheres estavam habituadas a terem seus filhos sozinhas ou com o auxílio de algum parente, seja avó, mãe ou irmã. Abaixo reproduzo um trecho do diário de campo:

Realizei o deslocamento para aldeia com a equipe da SESAI, no carro estava o motorista e dona Letícia Ortega. Geralmente, quando os Guarani pegam carona no carro da SESAI, eles não conversam muito com a equipe. Fiquei surpresa quando Dona Letícia me olhou com um rosto amigável e me perguntou o meu nome. Letícia me convida até sua casa. Chegamos na *Ko'enju* por volta das 9 horas, o posto estava vazio. Ao caminharmos até o pátio da casa de Dona Letícia, fui recebida por Natália, que é sua filha. O pátio estava com muitos parentes, uns tomavam mate e outros faziam artesanatos de madeira. Natália pediu para um de suas parentes ir buscar uma cadeira. Expliquei sobre a pesquisa, falei sobre trabalhos anteriores realizados ali. Elas indagaram sobre o significado da saúde para os Mbya Guarani. E também sobre o fato de o parto ser realizado em hospitais. Como Dona Letícia não fala muitas palavras em português, Natália traduzia a maior parte das coisas que sua mãe dizia. Natália alega que já faz algum tempo

⁶³ Lewkowicz (2016) afirma que essa palavra está associada a uma denominação de parentesco: *-jaryi* também se refere à avó.

que existem promessas sobre a questão de a placenta e o cordão umbilical serem devolvidos para as pacientes indígenas, atenta para as diferenças presentes do parto realizado na comunidade e no hospital. Na narrativa da interlocutora, assim como na de outros, observa-se uma proeminência no fato de a nova geração abdicar de certas práticas da medicina tradicional, acontecimento que sucede por uma falta de união entre os conhecimentos da biomedicina e a sabedoria tradicional (Diário de campo, 07/01/2019).

A concepção de corpo para os Mbya, conforme pontua Prates (2019), é adaptada à utilização de adornos, com a intenção de evidenciar particularidades apreendidas como importantes para a construção e diferenciação de determinados corpos. Desse modo, colares elaborados com parte do cordão umbilical do recém-nascido são colocados no bebê. O colar deve ser aproveitado até que o indivíduo absorva todas energias e potências presentes em sua materialidade, é somente nesse momento que o cordão se desfaz, rompendo sua vitalidade na construção desse corpo. Ladeira (2007 apud PRATES, 2019) descreve que o cordão umbilical é retirado com uma estilha de taquara, “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) e guardar o restante para remédio” (LADEIRA, 2007, p. 5).

O cordão umbilical é um elemento fundamental para a saúde dos Mbya Guarani, é uma substância *agentiva* que contribui para que a criança cresça de forma saudável e seu *nhe'é* (espírito/duplo) queira habitar nesse mundo. Contudo, observa-se um processo de higienização da biomedicina que descarta materialidades essenciais para a construção de corpos saudáveis para os Mbya.

Nesse contexto, podemos enfatizar o umbigo como um mediador que representa visões diferentes de corpo. Mostrando uma capacidade comunicacional e agentiva, referindo-se às divindades⁶⁴. A partir dessa perspectiva, é comum que haja o choque cultural com relação a higiene exigida nos moldes ocidentais, já que a placenta é considerada como algo “sujo” que precisa ser descartada. Letícia e Natália relembram que:

A vida saudável para a gente começa desde o amanhecer. Tem a ver com a divindade *Nhamandú* (Deus Sol). Isso está relacionado com uma serie de boas práticas. Começa desde a infância. A gente tem que se arrumar, ajeitar nosso pátio, não para os outros, mas sim para *Nhamandú*. É necessário falar as palavras sagradas que tira a doença dos corpos imperfeitos.

⁶⁴Ver: Lewkowicz (2016)

Karina: De que maneira afeta a saúde de vocês, o fato de o parto acontecer em hospital?

Letícia e Natália: O ideal é ser feito na comunidade. Falta uma conscientização da parte dos médicos e das pessoas mais jovens, para poderem unir os conhecimentos tradicionais aos do hospital. A gente não quer que seja feito só o conhecimento tradicional, mas queremos essa união. É muito importante para gente a placenta. Não sabemos o que fazem com ela no hospital, se jogam fora ou sei lá. E também eles cortam de um jeito e com um material diferente. A gente corta o cordão umbilical com a taquara medindo até o coração. Usamos para não sentir tanto as dores do parto o chá de *Nhaxi'una*. Sem falar que as pessoas do hospital interrompem nossa dieta, não podemos ingerir sal nem doce, porém o pessoal do hospital não sabe e coloca na comida o sal. Isso passa para a criança pelo leite da mãe, né. Quando nasce e cresce eles medem até o coração e quando nasce no hospital eles cortam mais curto. Conseguir conciliar as práticas não só aqui, mas em outras aldeias também. Toda essa questão da saúde começa também com a placenta até o crescimento da criança (Diário de campo, 07/01/2019).

Ao repensar a generalização do conceito de higiene, Lebreton (2010) chama atenção para o fato da universalização deste discurso proporcionado pelo modelo médico, que se prolifera em universos tecidos por outras lógicas. Nas palavras do autor:

As condutas de higiene incentivadas nas sociedades ocidentais são marcadas pelo domínio do modelo médico. Uma visão do mundo que mais ou menos corresponde às condutas quotidianas das populações de classes médias de nossas sociedades, e corresponde menos àquelas das camadas populares que frequentemente funcionam, não na ausência da higiene, mas em outra relação com a higiene e a prevenção. Problemáticos em nossas sociedades, os critérios de limpeza e de sujeira e as condutas coletivas de higiene são ainda mais insólitas no contexto das sociedades não-ocidentais. Nessas condições e, por exemplo, nas campanhas de ação sanitária promovidas em populações culturalmente muito diferentes, é conveniente temer as projeções, os pressupostos prontos para uso que desconhecem as representações sociais locais, os sistemas de prevenção autóctones baseados em outros dados, como as tradições locais de curandeirismo (LEBRETON, 2010, p. 58).

Tendo em vista a prática de autoatenção materno-infantil narrada acima, pedi para Tiago me acompanhar até a casa de Arthur (um dos interlocutores indicados por Tiago). Fomos nos aproximando da casa, que fica a cerca de um quilômetro do Posto de Saúde. Ao chegarmos, avistamos Arthur Aguirre capinando uma área para plantar. Eram em torno das 8 horas da manhã. Chegamos devagar, cumprimentando com um bom dia (*Javyju*). Apresentei-me e expliquei o que viera fazer na *Ko'enju*. Tiago também complementou minha fala, perguntando se podíamos fazer-lhe algumas perguntas. Ficamos conversando em torno de meia hora, e como ele se identificou com a conversa, combinou de ir ao dia seguinte para o Posto para seguir seu relato.

Observou-se frequente nas narrativas dos interlocutores a questão de o parto ser feito no hospital. Há quem diga que o corte da placenta e do cordão umbilical devem ser feitos com uma “taquara” (pedaço de bambu) afiada, pois o metal causa uma série de agressões espirituais para a mãe e a criança. Há quem afirme que após o processo do parto, deve-se cumprir o rito que envolve o enterro da placenta. Existem muitos relatos que o hospital de Santo Ângelo descarta a placenta. Assim, de acordo com Arthur, sobre o parto em hospital:

Karina: De que forma afeta a saúde da mãe e da criança, o fato de o parto ser feito no hospital?

Arthur: Faz muito mal, principalmente para mãe. Para criança também. Porque, tipo, o parto no hospital não é preferencial. Principalmente em várias aldeias... preferencial é dentro da comunidade. Quando vai na cidade é outro procedimento de parto. Vamos dizer, é totalmente diferente o atendimento, essas coisas, né. E principalmente, como é que se diz? O Umbilical...

Karina: O cordão umbilical? A placenta?

Arthur: A placenta e o umbigo da criança, né.

Karina: O umbigo também?

Arthur: O umbigo também. Eles são cortados no metal, então isso para nós já é muito fora da nossa crença, da nossa tradição. Então, porque nós fazemos isso com um pedacinho de taquara “afiadinha”, aí ela corta, o metal a gente não usa. Porque isso, o metal pode causar futuramente, tipo, câncer. Vai fazer alguma coisa de mal para a mãe. É claro que não é comprovado cientificamente, mas para nós é isso. É algo que a gente acredita. E a placenta tem que ser guardada dentro da aldeia. E quando o cordão umbilical é jogado fora, nós acreditamos que a criança tem mais dificuldade de entender as coisas, no processo da educação. Então, por isso que é muito sagrado para nós a placenta e o umbigo (Gravação em campo, entrevista com Arthur, 18/12/2019).

Uma possível solução retratada por Arthur, é se espelhar nas práticas realizadas no Hospital Regional de Registro, no interior de São Paulo:

Arthur: (...) lá em São Paulo, é é, hospitais assim, respeitam isso.

Karina: Devolvem?

Arthur: Devolvem a placenta, é. Cordão umbilical, né, a gente sempre faz isso lá em São Paulo, inclusive tem até atendimento diferenciado dentro do hospital, fica assim, um quatinho reservado para o Pajé ir usar esse quatinho.

Karina: Ah, é mesmo? Não sabia disso.

Arthur: Aham.

Karina: Mas isso é no hospital do interior ou da cidade grande?

Arthur: Na cidade grande existe a casa, é a Casa do Índio, então lá, todos os pacientes ficam, então, lá também pode ser usada assim, levar os Pajés, tudo isso, isso é no centro da capital lá de São Paulo.

Karina: Aham.

Arthur: Agora no hospital do interior também é assim.

Karina: Também respeitam?

Arthur: Respeitam, mas foi difícil, as lideranças tiveram bastante luta.

Karina: Aham. As indígenas não precisam pedir a placenta?

Arthur: É obrigatoriamente eles já colocam num isopor com gelo e mandam lá para a aldeia. Agora tipo, agora, tava tendo esses dias a reunião, encontro das parteiras, acho que lá em Rio Grande, lá na aldeia de, esqueci o nome, tiveram essa conversa entre as parteiras exatamente para fortalecer esse conhecimento, é fazer troca de conhecimento assim, é, de ervas medicinais, muitas pessoas participaram (Gravação em campo, 18/12/2019).

O parto como uma ação feminina transpassa a importância de conversar com algumas mulheres Guarani. Diante disso, com a intenção de obter alguma informação sobre práticas de autoatenção, principalmente referentes ao parto hospitalar, dialogar com as mulheres se mostrou uma técnica de investigação insatisfatória devido a língua⁶⁵. No entanto, com os homens foi possível tecer narrativas sobre as práticas de autoatenção no processo saúde/atenção/doença. Os cuidados com a gestação e o parto não dizem respeito apenas ao universo feminino (parteiras, mães, irmãs, primas, gestantes e parturientes), mas demandam também a participação de homens – *karaís* e esposos. Nas falas, relatavam o esforço físico a ser evitado, as precauções associadas ao controle de exageros (DIAS-SCOPEL, 2015, p. 105), sobretudo no período da menarca, dietas que envolvem pouca adição de sal e açúcar. De acordo com Arthur:

Arthur: Na puberdade, tem uma coisa mais rígida, em termos de alimentação, principalmente das meninas. Tipo, elas têm que ficar reclusa, de quinze ou vinte dias mais ou menos. Sem ver ninguém. Ela não pode ser soprada pelo vento, e não pode pisar no chão. Assim, no chão gelado. E não pode tomar banho de água corrente, não pode comer muito salgado nem muito doce. Na verdade, assim o mínimo possível ela pode colocar de sal. Quanto menos melhor. Então, isso sobre a parte da vida saudável vem exatamente desde criança, tem que se cuidar, para depois ser um adulto saudável (Gravação em campo, entrevista com Arthur, 18/12/2019).

A alimentação é essencial na produção dos corpos desde o nascimento. No período da menarca, diversos cuidados vão sendo tomados com o intuito de produzir um corpo feminino saudável para conceber uma gravidez. Lekowicz (2016) afirma que no ciclo da gestação, mas principalmente no momento do pós-parto, é necessário conduzir uma dieta restrita, pois os alimentos consumidos e as ações reproduzidas pela mãe e parentes próximos afetarão diretamente a criança.

O corpo é uma linguagem adquirida culturalmente, constitui-se em conformidade com as regras sociais nas quais se inscreve. Os eventos biológicos

⁶⁵Carvalho (2012) indica que geralmente mulheres e crianças em contato com não-indígenas, a princípio, ouvem as falas e respondem na língua materna aos homens Guarani presentes, para que dessa maneira, se comuniquem com o não-indígena.

humanos existem como realidades simbólicas criados e recriados no contexto sociocultural. As variadas etapas do ciclo biológico, o nascimento, o crescimento e o envelhecimento, assim como a gravidez, são processos que tendem a ser ritualizados, nos ritos de passagem (VAN GENNEP, 1978 apud SARTI, 2001, p. 6).

Tendo como inspiração a tese sobre o parto, a gestação e o pós-parto como práticas de autoatenção entre os índios *Munduruku*, saliento a importância do conceito de autoatenção para se compreender a cosmologia e a visão do corpo, que vai além da ótica da gravidez e seus cuidados pela biomedicina. Dias-Scopel (2015) enfatiza a capacidade das famílias no gerenciamento da gravidez, articulando os saberes e os especialistas tradicionais com serviços de saúde acessíveis. Dessa maneira, o parto como uma prática de autoatenção é analisado à luz do paradigma proposto por Menéndez (2009 apud DIAS-SCOPEL, 2015, p. 24), que retrata o caráter autônomo dessas práticas que podem ser refletidas a partir de dois níveis, um mais amplo e outro mais restrito.

O primeiro nível, cuja constituição configura-se como mais ampla, sinaliza a reprodução biossocial do grupo, demonstrando a relação de saúde como parte da práxis e da cosmologia. O segundo nível, mais restrito, atenta-se para as estratégias, científicas e não-científicas de representações da doença e de práticas de cura e cuidados. É apropriado questionar, de acordo com a autora, “como a proposta de uma atenção diferenciada pode contemplar os saberes indígenas e seus praticantes sem que, para isso, precise validá-los ou capacitá-los segundo a racionalidade biomédica” (DIAS-SCOPEL, 2015, p. 34).

No momento da gravidez, a mulher Mbya grávida e seus parentes mais próximos necessitam de cuidado, a partir de uma série de prescrições e restrições de comportamento, alimentação, rituais, que colaboram em definir as substâncias saudáveis e perigosas de entrar em contato. O cuidado se encontra no grupo de comensalidade, a gravidez deixa de ser uma experiência individualizada. Desse modo, cabe descrever uma concepção antiorganicista de corpo que estaria fundamentada na transferência de afetos, isso contempla um plano vertical de relação com as divindades e um plano horizontal, em que a relação com os inúmeros afetos abrange uma cosmopolítica cotidiana de composição de pessoa Mbya.

Ao retornar à questão do cordão umbilical, podemos pensar sobre a materialidade do colar que indica o *nhe'é* (espírito/duplo) da criança que permaneça neste mundo. Do mesmo modo, a placenta deve ser enterrada junto a casa onde a

criança vai residir, pois dessa forma, ela é induzida a agir no corpo da criança de modo a indicar ao *nhe'é* seu caminho (LEWKOWICZ, 2016).

3.2 NHE'É E A CONSTRUÇÃO DE CORPOS/PESSOAS SAUDÁVEIS

“Eu sei o nome dos peixes e todos são meus irmãos, eu sei a língua das pedras, o idioma dos grãos. Sei a linguagem dos botos, entendo o sino dos barcos, velocidade das flechas, sinto o silêncio dos arcos. Eu sei o nome dos povos, sou irmão das criaturas, que vivem sobre a terra ou que voam nas alturas. Eu sou irmão do universo, desse universo sem fim, eu sou uma parte dele, ele é uma parte de mim...”

Cosmológicos

Eliakin Rufino

Neste capítulo, focalizaremos nossa atenção para a rica noção de pessoa, com referência à corporalidade enquanto idioma simbólico focal. Isto é, a noção de pessoa e uma consideração do lugar do corpo humano na visão que os Mbya elaboram de si mesmos são premissas fundamentais para uma compreensão adequada da organização social e cosmologia dessa sociedade (SEEGER; DA MATTA; CASTRO, 1979).

A literatura Guarani⁶⁶ é profundamente constituída no âmbito religioso e acentua singularidades na produção de corpos⁶⁷ saudáveis. Enfatiza-se, a partir da cosmologia nativa, o fio condutor de uma reflexão sobre a produção de corpos saudáveis entre os Mbya. Essa produção, dentro do contexto Mbya, pode ser traduzida pelo *nhe'é* (espírito/duplo), enquanto condução da humanidade.

Conforme Huyer (2017), nesta plataforma terrestre, estamos submetidos ao *teko axy*, uma conjuntura de profunda desordem, plano terrestre que condiciona a vida

⁶⁶ A literatura Guarani é vasta, a bibliografia etnológica dos guaranis pode ser apresentada por meio de quatro categorias: etnologia da conquista, etnologia missioneira, etnologia de viajantes e etnologia antropológica. Nesse sentido, a etnologia guarani tem tido uma ampla produção que ao longo do século XX supera os conhecimentos imediatos, mas não podem ser rotulados como os mais confiáveis. Acontece na antropologia o que Shaden qualificava de “revolução copernicana”; nesse aspecto, observa-se, sobretudo, o ponto de vista do índio (MELIÀ, 2018).

⁶⁷ De acordo com Lewkowicz (2016), a temática da produção de corpos entre os Mbya vem sendo enfatizada por diversos estudos antropológicos recentes (PISSOLATO, 2007; PARADELLA, 2009; HEURICH, 2011; PIERRI, 2013; PRATES, 2013).

de modo que tudo se deteriora, debilita e estraga. Diferente de nós, os deuses, ou aquelas pessoas que atingiram o *aguyje* (maturação corporal), fazem parte de planos celestes vivenciados pela abundância alimentícia e material. Essa dualidade entre plataformas terrestres e celestes é característica do pensamento ameríndio, no qual ocorre uma ruptura entre céu e terra (STRAUSS, 2010 apud HUYER, 2017, p. 40). Todavia, nessas circunstâncias, observa-se a possibilidade de alcançar o plano celeste sem a prova da morte e, com isso, cria-se o cenário para um ideal de conduta, inspirado pelo antigo sol (*Kuaray*) quando percorreu a terra (CLASTRES, 1978; VIVEIROS DE CASTRO, 1986 apud HUYER, 2017, p. 41).

Xariã, um irmão de *Nhanderu* (divindade principal), é um demiurgo que concebeu várias coisas tidas como repulsivas da terra atual, em que estão os Mbya e nós, os *juruas* (não-indígena). Apesar de *Xariã* e seus feitos, com a condução de um *teko porã* – um modo de ser e agir baseado nas divindades, principalmente na maneira como o sol (*Kuaray*) agiu ao passar nesta terra (PIERRI, 2013 apud HUYER, 2017, p. 42) – pode-se atingir um estado de maturação corporal (*aguyje*), que permitiria o acesso às plataformas celestes.

Sem postergar-me à vasta produção da sociocosmologia guarani, é necessário assinalar apenas que a relação dos viventes neste plano terrestre com seus espíritos, seus *nhe'é* (duplo), é uma premissa básica para entender as maneiras de agir e de ser Mbya, possibilitando o *aguyje* (maturação corporal). *Nhe'é* é um conceito chave que explica características fundamentais da relação entre os viventes Mbya desta terra e as divindades (os *Nhanderu*), sinalizando um princípio essencial que concede humanidade e conexão com os deuses. Nessa perspectiva, as divindades dos planos celestes destinam seus filhos para serem “incorporados” nesta terra. Sob o signo da multiplicidade, a singularização do “conceito” *nhe'é* pode ser pensada com o objetivo de dar conta de sua relação com as divindades que o enviaram. Vindos dos deuses, o *nhe'é* demora para se acostumar com esta terra imperfeita, por isso ele transita entre as plataformas⁶⁸. Em seguida, o autor argumenta que:

[...] somente com o *aguyje* (que permite ir com o corpo), ou com a morte, que se volta aos planos celestes de onde os *nhe'é* vieram e para onde eles querem voltar. Essa insatisfação dos *nhe'é* e seu desejo em voltar aos planos celestes, é um dos elementos que dão aos Mbya grande instabilidade corporal – na medida em que o desprendimento dos *nhe'é* de seus corpos é causa de doenças graves e até mesmo de morte. Além disso tudo, que nunca

⁶⁸ Ver: Huyer (2017).

é tudo, o *nhe'é* mantém uma relação de “dono/senhor” das pessoas Mbya, na medida em que elas são seus *mymba*, seus ‘domesticados’. Todos os outros seres, estados, alteridades dos Mbya estão sob a forma “-ja”. Curiosamente, tal forma também implica uma relação dono-domesticado. Tal estatuto é de inúmeros seres que habitam o cosmos viventes. Traduzido amplamente como espíritos-dono (PISSOLATO, 2006; HEURICH, 2011), os -já são donos de praticamente tudo que se possa existir. Na dúvida, eles sempre existem. Das árvores, *yvyraja*, das onças, *xivija*, da preguiça, *ateyja*, do ciúme, *takateyja*, das pedras, *itaja*, e também, dos brancos: *mbi'íja*[...] os -ja são principais causadores de enfermidades e infortúnios entre os Mbya por fazerem seus *nhe'é* deslocarem-se de seus corpos (HUYER, 2017, p. 43-44).

Desse modo, torna-se viável adentrar em uma reflexão mais aprofundada acerca da construção cultural da ideia de natureza. Tomando as reflexões de Ingold (2013) a respeito das relações entre pessoas, plantas e animais, como esferas constituintes de um mesmo mundo (o qual se integra no natural e no social), a ecologia do sensível realça a percepção de um mundo em construção e do meio ambiente como uma construção cultural da natureza. Nesse aspecto, o meio ambiente é o mundo que existe e adquire um significado em relação a uma pessoa, moldado pelas atividades dos seres vivos, estando sempre em contínua construção, assim como as organizações de pessoas.

Sabe-se, por meio da literatura etnográfica, o quanto a relação dos guaranis com a natureza equaciona o *Nhande reko* (modo de ser guarani) com a construção de corpos saudáveis. Dessa forma, as formulações de Ingold “são trazidas para embasar a ideia de que criar crianças, assim como cultivar plantas e criar animais, é parte de um processo de produção que possibilita condições de crescimento e amadurecimento humano” (2012 apud JESUS, 2015, p. 38). O modo de ser guarani demanda um extenso processo de aprendizagem (*Nhande reko*), o qual atribui ao meio ambiente a significação necessária para a compreensão do cotidiano de suas atividades de formação de pessoas guarani (JESUS, 2015).

É válido destacar que as consequências da maneira pela qual a teoria nativa suscita concepções associadas às possibilidades de transformação corporal dos xamãs em corpos imperecíveis (*aguyje*) transfere, como lembra Pierri (2018), os estudos clássicos referentes “à busca da terra sem mal” para o âmbito da corporalidade. “A busca da terra sem mal” implica uma transumância, descrita por Melià (1990) como um fenômeno da economia de reciprocidade, salientando a dinâmica de carência e abundância, associada à ecologia. Contudo, essas condutas se associam também a um sistema de atenção à saúde, que abrange a esfera

simbólica do entendimento que se tem sobre a saúde, englobando conhecimentos e percepções utilizadas para elucidar e definir a doença (LANGDON, 2010).

Na obra **A fala Sagrada: mitos e cantos dos índios Guarani**, Clastres (1990) argumenta que “a substância da sociedade Guarani é seu mundo religioso” (p. 11). De acordo com o autor, a ligação Guarani com os deuses é algo que estimula um sentimento de pertencimento entre eles. Clastres esclarece que:

[...] homens denominados *karaí* pelos índios, que não cessavam de proclamar a necessidade de abandonar esse mundo que reputavam o mau a fim de ganhar a pátria das coisas não-mortais. Lugar dos deuses. Terra sem Mal. Trata-se do fenômeno das migrações religiosas que lançavam milhares de índios na esteira dos *karaí*, em uma busca apaixonada do paraíso terrestre (CLASTRES, 1990, p. 12).

Nos escritos de Pierri (2018), foi contemplado que os Mbya-Guarani procuram uma imortalidade nas interações entre os perecíveis (*marã*) e as divindades (*marã e ý*). Assim, torna-se evidente uma percepção associada a esse alcance da imortalidade ou, melhor dizendo, do imperecível. De acordo com o autor:

[...] o modo de vida das divindades em plataformas celestes ou cidades onde tudo é imperecível, belo e reluzente seriam os modelos originários de tudo que temos nesta terra, controlados pelas divindades (*teko porã*). Tudo que temos aqui também teria por lá, mas seriam apenas imagens perecíveis (*a' āgai te ma*) dos originais, por isso estragam e viram lixo. Assim, também os próprios seres humanos, ou melhor, o “corpo humano é pensado como imagem”, mas feito “por olhares”. “Lá os deuses envelhecem no tempo/espço antigo ou estação do outono e inverno (*arayma*), quando acontece a colheita e batismo da erva-mate (*ka 'a nhemongarai*), e tornam-se jovens novamente na primavera e verão (*arapyau*). E “aqui”, o envelhecimento parece imponderável. Para os Mbya, o caminho da imortalidade seria uma série de “boas” práticas associadas às tradições próprias, sem cederem ao fetichismo da mercadoria, pois “determinaria o modo de vida pernicioso que se tornou característica dos brancos” (PIERRI, 2018, p. 389).

Pensar na saúde, dentro da perspectiva mitológica Guarani, implica em uma reflexão sobre o mito, conforme interpreta Lévi-Strauss (2010); é um esquema lógico que os seres humanos criam para a resolução de problemas que se apresentam em planos diferentes, podendo retirar dos mitos as amarras linguísticas, mas ainda assim manter as estruturas. Portanto, é visto como um veículo de significação e possui como objetivo solucionar as incongruências do passado e do presente, sempre apresentando um caráter de distorção. O autor denota que os mitos, ao serem comunicados de um povo para outro, sofrem transformações. Essa passagem se

define como uma tradução, ou ainda ancoragens que determinam os mitos a elaboração de arranjos diversos, na medida em que a estrutura⁶⁹ se mantém.

Nesse sentido, o *Aguyje* se mostra como parte da mitologia Guaraní e da fala sagrada. As práticas que têm relação com essa categoria envolvem rezas e outras ferramentas para se aproximar de *Nhanderu* (Deus). Ao realizar uma analogia com os escritos de Langdon (2010), vemos que os índios barasana da região amazônica possuem categorias, como por exemplo, o *witisioga*, a qual está ligada à sua cosmologia para explicar as classificações dos alimentos e os *status* das pessoas. Dessa maneira, de acordo com Langdon (2010), deve-se compreender essa categoria como um sistema de atenção à saúde, pois ele “funciona como um modelo conceitual e analítico, que auxilia na compreensão de um complexo aglomerado de elementos e fatores de maneira fragmentada e subjetiva” (LANGDON, 2010, p. 178).

Pensou-se, como probabilidade, que na realidade da aldeia *Ko'enju*, a palavra *Aguyje* pode funcionar como um dispositivo que ordena um sistema de atenção à saúde, que faz parte de uma cosmologia associada ao *Nhande reko* (modo de ser Guaraní). Segundo Jesus (2015), os Mbya Guaraní direcionam seus comportamentos para um “modo de ser”, o que sugere certas práticas como adequadas para uma aproximação com suas divindades. O autor acrescenta que o *Nhande reko* é um desempenho construtivo ligado a produção de pessoas Guaraní.

Em um artigo sobre a saúde dos Mbya da aldeia Tamandúá em Misiones, na Argentina, as considerações de Mampaey (2014)⁷⁰ sobre as enfermidades Guaraní alegam que as doenças podem ser classificadas em grupos, sendo uma classificação específica sobre as doenças, que se diferencia demasiadamente do modelo biomédico. Um exemplo disso são as agressões espirituais que podem surgir por não terem escolhido o nome verdadeiro, o que possui como consequência o *nhe'é* não se fixar bem no corpo, dando espaço para que outros espíritos entrem na pessoa. Outro exemplo seria a enfermidade que aparece por não controlar as emoções, pois “da raiva vem todo o mal”. Devemos nos atentar ao que Jesus (2015) descreve, a fim de

⁶⁹ A noção de estrutura social, segundo Lévi-Strauss (2010), perpassa pelo estilo das categorias universais da cultura e por uma linguística estrutural abrangendo os signos (entidade que consta significado e significante, valor em relação a um sistema, desde o evidente ao subjacente). O princípio fundamental é que a noção de estrutura social não se refere a realidade empírica, mas aos modelos constituídos em conformidades com esta.

⁷⁰ Estudou medicina na Universidade Nacional de Rosário (Santa Fé, Argentina) e se especializou em medicina familiar. Atualmente, ela reside em Ruiz de Montoya (Missões), atuando junto as populações indígenas da zona.

reconsiderar uma ideia de natureza inerte, a qual prepondera na cultura ocidental. Dentro da realidade Mbya-Guarani, as árvores e os espíritos da natureza têm poder e influência na vida das pessoas da comunidade.

Lembro que em 2017, um rapaz Mbya, que tinha em torno de 26 anos, procurou atendimento médico no DSEI, visto que aparentava estar com um quadro de depressão, relatando falta de apetite e insônia. As medidas basilares foram efetuadas pela UBS (Unidade básica de Saúde), no entanto o jovem não apresentava recuperação. Deste modo, recorreu aos especialistas da medicina tradicional e disseram-lhe que seu *nhe'é* estava lhe deixando. De maneira hermética, na compreensão dos não-indígenas, o rapaz veio a óbito, dentro de um hospital. Ao percorrer tais circunstâncias, este projeto teve suas primeiras germinações, motivadas pelas consternações vivenciadas pela equipe da SESAI e compartilhadas em diálogos com a pesquisadora:

A falta de habilidade em manipular elementos do mundo *jurua* pode implicar no abandono do corpo pelo *nhe'é*. Se assim for, conforme Mariano, a pessoa virá a morrer rapidamente. Também Patrícia, mencionou em nossas conversas, que quando o *nhe'é* deixa uma pessoa, dependendo das razões, ela até pode continuar viva por um tempo, mas irá sofrer muito, vindo a falecer por motivos banais. Sublinha que é mais comum casos de crianças em que o *nhe'é* lhes deixou, pois é a fase da vida em que a alma não está totalmente neste mundo, mantendo uma ligação forte com sua origem divina. Por isso, se não forem mantidos os devidos cuidados, como evitar que a criança chore muito, evitar que se assuste e seguir devidamente as dietas alimentares, o *nhe'é* pode voltar à morada de onde veio (JESUS, 2014 apud JESUS, 2015, p. 151).

O *nhe'é*, conforme relata Huyer (2017), aparenta sempre querer retornar à morada de onde veio, mostrando que o desejo causa o seu afastamento do corpo. Assim, o *nhe'é* não gosta de se relacionar com espíritos de outra “natureza”. Por isso, em contato sexual com espíritos diferentes, este acaba se desprendendo do corpo e se afastando – o que gera doenças e possíveis mortes. Além disso, o autor destaca a relação sexual como um dos mais potentes agenciadores da transformação em onça (*jepota*), fazendo do desejo pelo outro o grande condutor de infortúnios. “É a partir do sexo que o *nhe'e* depara-se com outro espírito ao seu lado, podendo afastar-se ou no transcorrer de novas experiências” (HUYER, 2017, p. 54). Ainda:

[...] para os Guarani, há o reconhecimento da autonomia da criança, que deve ser respeitada. A criança é vista como um ser de fato, portador de um espírito que precisa ser cativado para ficar na terra. A criança que surge carnalmente no ventre materno traz uma essência de vida (*angüe*) que é transmitida pelo

sangue dos pais e carrega os fenótipos. Também é referida na literatura como uma alma telúrica (*ã*). Mas há ainda o espírito (*nhe'é*), que é transmitido pelos deuses ao feto e que o torna humano. A origem dessa alma divina é reconhecida pelos rezadores no ritual de nomeação. Há *nhe'é* novos e antigos: os novos são mais agitados, adoecem muito e são mais facilmente “capturados” por espíritos “*ayviradjá*”, levando a criança à morte. Já os *nhe'é* antigos são mais centrados, circunspectos, não nascem com conhecimentos, mas buscam-no com mais frequência e profundidade. É desta forma, que as atitudes das crianças são respeitadas e sua autonomia pela busca de conhecimentos é reconhecida, havendo esforços dos adultos pra que o *nhe'é* tome gosto pela vida e permaneça entre nós (TASSINARI, 2007, p. 14).

Tendo em vista que a terapia local trata, antes das relações entre o indivíduo e seu ambiente, que de uma pedagogia do corpo e de seus componentes fisiológicos, a doença é atribuída à intrusão, quase sempre ocasionada por outro, ou seja, a corpos estranhos, ao mesmo tempo concretos e invisíveis; assim, a saúde é uma negociação de incorporação e excorporação de objetos patogênicos, e não uma questão de equilíbrio entre substâncias, como diz Pissolato (1998 apud PIERRI, 2018, p. 218). De acordo com o interlocutor Arthur:

Arthur: a gente adoece quando algum espírito que não podemos ver, tipo assim, te acerta com uma pedrinha, uma coisa, então essas coisas têm que ser extraídas pelo Pajé, ele mostra o objeto e diz: ‘é isso aqui’, e depois manda embora de novo e fala para não mais brincar com o ser humano, que o ser humano respeita a natureza, porque essas coisas nem no raio x aparece (Gravação em campo, 17/12/2019).

Muito já se discutiu na etnografia, em seu período preliminar, sobre o xamanismo e as intervenções realizadas pelos xamãs. Porém, é necessário pensar o corpo, conforme Pierri (2018), como um “feixe de afecções” para além de uma verticalização do xamanismo. A biomedicina não valida os objetos patogênicos retirados pelo xamã, o qual faz o diagnóstico e orienta as condutas dos enfermos. Ele sente, através do seu corpo, “que chega a arrepiar”. A doença é compreendida a partir do sentir o que o outro passa, melhor dizendo, a cura se dá por um processo empático. Há uma dificuldade de explicá-la em termos racionais, pois é sentida pela subjetividade do xamã, fazendo com que sua experiência passe a prevalecer naquele momento.

É válido ressaltar que a eficácia da magia acontece na própria crença sobre essa, ou seja, para isso, é necessária uma união de crenças entre aquele que pratica o ato de fazer magia, o que recebe e, por último, a crença do público da comunidade. Segundo Lévi-Strauss (2008):

Não há, pois, razão de duvidar da eficácia de certas práticas mágicas. Mas, vê-se, ao mesmo tempo, que a eficácia da magia implica na crença da magia, e que está se apresenta sob três aspectos complementares: existe, inicialmente, a crença do feiticeiro na eficácia de suas técnicas; em seguida, a crença do doente que ele cura, ou da vítima que ele persegue, no poder do próprio feiticeiro; finalmente, a confiança e as exigências da opinião coletiva, que formam à cada instante uma espécie de campo de gravitação no seio do qual se definem e se situam às relações entre o feiticeiro e aqueles que ele enfeitiça (LÉVI-STRAUSS, 2008, p. 182).

Cabe lembrar que, para além da questão da crença, é adequado atentar para as acepções de Scopel, Dias-Scopel e Wiik (2012), que descrevem os saberes híbridos, constituindo um circuito biomédico de atenção e abrangendo redes de atores sociais, vistos como participantes de um “campo religioso” de atenção às enfermidades. Verificou-se o quanto o papel da autoatenção, nos processos de saúde e doença, é fundamental para a caracterização desse campo da intermedialidade. As relações, redes sociais de apoio mútuo e de cuidados, a partir das práticas de autoatenção às enfermidades, são analisadas à luz de Eduardo Menéndez (2003 apud SCOPEL; DIAS-SCOPEL; WIİK, 2012, p. 174), o qual interpreta as condutas que a população adota para explicar, diagnosticar, controlar, curar, solucionar, prevenir os processos que afetam a sua saúde. Em tal caso, a autoatenção é a forma primeira de atenção, relacionada, frequentemente, ao contexto familiar.

Considerando relatos sobre a realização da pintura tradicional *Y'xy*, evidencia-se como tal conduta se traduz em forma de rito⁷¹ e prática de autoatenção. De acordo com Arthur:

Quando nasce uma criança, aí os irmãozinhos já têm que usar pintura tradicional, tipo nos pés, na articulação do corpo em geral. Para ele futuramente não sentir as dores pelas articulações. Para ele não ter reumatismo, quando ele ficar velho, com dor de coluna, serve para todas as coisas, até evita um pouco o câncer, futuramente para essa pessoa. Por isso, que desde criança, para ter a vida saudável, os pais devem cuidar muito bem dos filhos. Assim que tiver o irmão recém-nascido, tem que usar exatamente essa pintura que chamamos de *Y'xy*, é extraída da cera de abelha de Jataí. É misturada com carvão. Então, é isso. Depois, na puberdade tem uma coisa mais rígida, em termos de alimentação, principalmente das meninas. (Gravação em campo, 18/12/2019).

⁷¹ Rivière (1997) delinea o rito como manifestações gerais da sociedade e da cultura, diferenciando-se (mesmo sendo herdeiro) da análise de Durkheim ao emancipar os ritos de um contexto religioso. A ideia de um avanço da secularização é essencial para entender características políticas e econômicas dos ritos, mostrando a importância de ser teorizado, quando se objetiva refletir a recriação periódica da personalidade moral de um grupo. O comportamento ritual, cujo protótipo se encontra no dom e no sacrifício, serve para validar a identidade coletiva, evidenciando que todas as sociedades têm como exigência a reafirmação periódica de seus valores em comuns.

Nota-se, nessa fala do Arthur, o quanto é constante a produção de pessoas e de uma noção coletiva de pessoas, na qual todo mundo tem uma responsabilidade. Quando nascem os irmãozinhos, a família e todo mundo contribuem para criar corpos saudáveis. Tassinari (2007), ao mapear pesquisas de educação e infância no contexto indígena, argumenta que o grande objetivo da educação é contribuir para produzir e criar corpos saudáveis. Logo, o cuidado com a educação das crianças está relacionado com a produção de corpos saudáveis:

Sendo assim, fica evidente que os cuidados com a educação das crianças são os mesmos que visam a sua saúde e bem-estar. Há o entendimento de que a educação de pessoas íntegras e moralmente corretas depende da produção de corpos saudáveis e belos, bem desenvolvidos e ornamentados. Montardo (2003) explica que a palavra guarani “*umuatirõ*” que pode ser traduzida por “afinar, consertar, adequar” é usada para se referir à afinação de um instrumento ou do coral, mas também se refere ao que acontece com o corpo nos rituais. Ou seja, a correta produção do corpo, “sua afinação” depende também da participação adequada nos rituais (TASSINARI, 2007, p. 17).

A corporalidade ocorre dentro de uma preocupação mais abrangente cuja definição se refere à construção da pessoa pela sociedade. A produção física de indivíduos em contexto voltado para a produção social de pessoas envolve os complexos de nominação, os grupos cerimoniais, as teorias sobre alma, as quais se associam na construção da pessoa (SEEGER; DA MATTA; CASTRO, 1979). Em virtude das questões abordadas acima, é necessário um maior aprofundamento sobre os saberes locais que envolvem esse processo de atenção à saúde, dado que o poder biomédico gerido pelo Estado traz consigo as práticas discursivas nacionais e internacionais, associadas às medicinas tradicionais indígenas.

Diante disso, é nos locais onde acontecem os encontros intermédicos entre os agentes ocidentais biomedicamente orientados e os povos indígenas que acontece relações assimétricas. Quando a biomedicina é incorporada aos universos sociomédicos indígenas, ela é indigenizada, implicando na aceitação, assim como na resistência dos povos indígenas ao poder biomédico. As relações entre o sistema mundial e as diversas localidades permitiram que diferentes modelos de atenção à saúde surgissem como formas médicas híbridas e translocais; são os agentes indígenas os responsáveis por indigenizar esses modelos e articulá-los entre si frente ao uso que eles fazem desses recursos (FERREIRA, 2013).

Com isso, a seguir, será descrito um breve histórico e a estrutura atual acerca da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas do Brasil, com a finalidade de abarcar um suporte teórico para a reflexão sobre a desarticulação dos saberes locais frente às políticas públicas da saúde indígena.

4 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DA SAÚDE INDÍGENA E AS INTERFACES ENTRE A BIOMEDICINA, A GLOBALIZAÇÃO E O IMPACTO GERADO PELA COVID-19

Neste capítulo, apresentarei com mais detalhes as políticas públicas da saúde indígena, o elo entre a biomedicina, a globalização e a crise sanitária da covid-19. As descrições aqui apresentadas se concentram em uma revisão teórica sobre a atenção à saúde dos povos indígenas, compreendendo de que forma esta vem sendo instaurada ao lado de uma desarticulação, cujas características assimilacionistas dos valores ocidentais, inculcados pelas políticas públicas foram disseminadas desde antes da abertura democrática do país. Passado o advento da República, o assimilacionismo consagrado pelos grupos religiosos durante o período colonial se transformou, assumindo novas características, trazendo à tona o positivismo, que deu prosseguimento ao projeto de erradicação das diferenças culturais mediante a padronização da sociedade brasileira conforme seus moldes sociais. Ora, os artifícios positivistas permitiram a aproximação das lideranças indígenas com a lógica da organização política da sociedade ocidental, contudo, facilitaram às lideranças indígenas a se apropriarem das estratégias ideológicas de luta pela conquista do espaço público em prol da defesa dos direitos étnicos diferenciados, no campo da saúde e da educação (PELLON; VARGAS, 2010).

Além disso, foi compreendido a biomedicina como forma predominante de conhecimentos médicos e de ideologia, acentuando o seu rompimento com a religião em virtude de sua especialização como ciência. Por fim, descrevo o cenário da COVID-19 na comunidade *Tekoa Ko'enju*, apresentando a experiência de isolamento social, as políticas de austeridade e as atualizações do “discurso/positivo biomédico da higiene” Lewkowicz (2016, p. 44) no contexto da pandemia.

4.1 UMA REFLEXÃO SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO DIFERENCIADA A SAÚDE INDÍGENA: REVISANDO CONCEITOS

O conceito de “Atenção Diferenciada” na Política de Saúde Indígena compreende uma situação multicultural de ações e serviços de saúde indígena, a qual foi expressa inicialmente na I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, consagrada em 1986. Com o advento da reforma sanitária, a Conferência enfatizava a avaliação da situação de saúde dos índios e a criação de uma política para os povos

indígenas. Para pensarmos a atenção diferenciada, chama-se atenção para duas questões: garantir a participação política das nações indígenas na formulação, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações e dos serviços de saúde; e o respeito e o reconhecimento das formas diferenciadas das nações indígenas no cuidado com saúde (LANGDON; DIEHL, 2007).

Garnelo, Macedo e Brandão (2003) afirmam que a política de saúde indígena pode ser compreendida como consequência de três dimensões independentes, que se vincularam para constituir o subsistema de saúde indígena, são elas: a política indigenista, política do Sistema Único de Saúde Brasileiro/SUS e a política indígena. A expressão política indigenista é aplicada para descrever as intervenções que o Estado republicano vem realizando, desde o início do século XX. A ação indigenista começa no Brasil em 1910, junto a criação do Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais/SPIILTN. Tal instituição vislumbrava minimizar conflitos proporcionados pela ocupação de territórios indígenas. Em 1967, o SPI (Serviço de Proteção aos Índios) foi substituído pela Fundação Nacional do Índio/Funai. A Funai sustentou, e, em alguns eventos, aprofundou, a figura jurídica da tutela e o caráter vertical que tem caracterizado o indigenismo brasileiro (GARNELO, MACEDO; BRANDÃO, 2003). Quando se criou a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) – instituição que se encontra ativa até hoje, ainda que passando por diversas reestruturações institucionais –, a Constituição de 1988 viabilizou aos índios o direito à auto-representação na proteção de seus interesses, desenvolvendo, em definições práticas, a superação da tutela como figura jurídica preceptora da relação entre índios e a sociedade nacional. De acordo com os autores:

A lei que regulamenta o modelo de intervenção do Estado brasileiro junto às populações indígenas é o Estatuto do Índio, que data de 1973, e que foi promulgado no contexto de uma ditadura militar [...]. Essa legislação expressa a já citada concepção da sociedade brasileira. Os avanços democráticos da Constituição de 1988 inverteram as proposições do indigenismo brasileiro, ao adotar a premissa de que o Estado deve agir para garantir, e não para suprimir o direito à diferença étnica (GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, 2003, p. 38).

O órgão indigenista proporcionou por intermédio da Constituição de 1988 parcerias mais respeitadas entre o poder de Estado e povos indígenas, vislumbrando suprir necessidades básicas, como saúde e educação, através de fomento à

implantação de políticas setoriais para geração de renda, gestão territorial e ambiental das áreas demarcadas e preservação das culturas tradicionais.

Nas décadas posteriores, as equipes de saúde da Funai se mantiveram afastadas das questões sobre Atenção Primária à Saúde. As suas rotinas não introduziram as vantagens representadas pelas tecnologias de cuidados primários de saúde e nem os novos modelos de assistência, relacionados a prevenção de agravos e organização de sistemas locais de saúde, que podem sustentar a oferta programada, racionalizar recursos e necessidades sanitárias. Dessa forma, a instituição continuou desconsiderando as críticas aos altos custos e a ineficácia do modelo campanhista de assistência, que se manteve em atividade na Funai até a gestão de saúde do Ministério da Saúde, em 1999 (GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, 2003).

A política do Subsistema Único Brasileiro/SUS evidencia uma relação contrária à política indigenista de saúde. O SUS tem idealizado a extensão, descentralização e interiorização dos serviços, o fomento à participação da sociedade civil na constituição das políticas públicas da saúde e à adoção de programas de prevenção e controle de agravos, dessa forma, tais características são também direcionadas para a saúde dos povos indígenas, a partir do momento que esse encargo foi voltado para o Ministério da Saúde.

No que se refere à área da saúde, diz Lewkowicz (2016) que podemos perceber a categoria “saúde indígena” com algo que começa a se consolidar no discurso político de um regime de governamentalidade liberal. Fundamentada nessa forma de governo, calcado na educação e participação em duas conferências Nacionais: a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (em 1986) e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (em 1993). Tais conferências são consideradas um marco da implementação da área da saúde indígena no sentido de ressaltar a esfericidade das populações com respeito ao atendimento. Em virtude das conferências, no ano de 1991, foi transferida para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas a esses grupos, concretizando os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) como base de organização dos serviços. Basicamente, os Distritos são delineados, como descreveu Lewkowicz (2016, p. 52):

[...] um modelo de organização de serviços – orientado para um espaço etnocultural 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).

Langdon e Diehl (2007) ressaltam que o Decreto nº 23/91 foi um dos pioneiros instrumentos legislativos a constituir uma transformação administrativa no sistema de atendimento. Instituiu a Coordenação de Saúde Indígena (COSAI), associada à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), como responsável pela organização dos serviços de saúde para o índio. Isso ocasionou conflitos entre a FUNASA e a FUNAI, que seguiram com o Decreto Presidencial nº 1.141/94, o qual devolvia a FUNAI a função de órgão gestor da saúde indígena, porém apenas em 1999, a lei nº 9836 garantiu a implantação do subsistema baseado em Distritos Sanitários.

No ano 2000, foi inaugurada a primeira edição Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Em seguida, conforme Ferreira (2013) ocorreu a concretização da diretriz da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASPI) que atenta para a articulação dos serviços de saúde aos sistemas tradicionais indígenas de saúde. No ano de 2004, a Funasa criou a AMTI na esfera do subcomponente Ações Inovadoras em Saúde do Projeto Vigisus II – Projeto de Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, que foi instituído via Acordo de Empréstimo nº 7.227/1999, concretizado entre o governo brasileiro e o Banco Mundial. Nesse contexto, notam-se dois elementos – a Vigilância em Saúde e a Saúde Indígena.

Um dos principais objetivos da AMTI era o estabelecimento de estratégias para a articulação entre as medicinas indígenas e o sistema oficial de saúde. Os objetivos secundários eram contribuir para a valorização, o fortalecimento, a manutenção e a atualização dos saberes e práticas de cuidado com a saúde; garantir recursos para a construção de políticas públicas de saúde indígena e colaborar para a consolidação do direito indígena à atenção diferenciada à sua saúde (FERREIRA; OZÓRIO, 2007 apud FERREIRA, 2013, p. 7).

Tabela 1 - Marcos históricos da saúde indígena no Brasil

MARCOS HISTÓRICOS DA SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL
1910- SPI – Serviço de proteção ao índio – Decreto nº 8.072/1910 – Substituído pela FUNAI;
1967 – FUNAI – Vinculada ao Ministério do Interior;
1986 – 8ª Conferência Nacional de Saúde / 1ª Conferência Nacional de Saúde Indígena;
1999 – Criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) – Lei nº9836(Lei Arouca); -Criação dos DSEI – Distritos Sanitários Especiais Indígenas; -FUNASA assume a Saúde Indígena – Decreto 3156/99;
2002 – Criação da Política Nacional e Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) pela Portaria nº 254/02;
2010 – Criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) – As ações de atenção básica à saúde indígena e de saneamento são transferidas da FUNASA para SESAI;
2012 – SESAI assume o orçamento próprio antes executado pela FUNASA;
2017 – Portaria nº2663/2017 define o repasse do incentivo para atenção especializada aos povos indígenas;
2018 – Portaria Conjunta nº 4094/2018 define princípios, diretrizes e estratégias para a atenção à saúde dos Povos Indígenas isolados e de Recente contato (PIIRC);
2019 – SESAI realiza 14 milhões de atendimentos em aldeias. Um aumento de 55% referente aos anos anteriores.

Fonte: Cartilha SESAI (2020).

Como podemos ver, a Secretária Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde foi criada em 2010. Esta promove a atenção primária à saúde e atende mais de 751 mil indígenas aldeados em todo Brasil. A população indígena é atendida por mais de 800 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), integradas por 14.200 profissionais, incluindo-se médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de saúde bucal, Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN). O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) tem como base os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). O DSEI é a unidade gestora descentralizada do SasiSUS. A estrutura do DSEI é composta por Polos Base Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) e as Casas de Saúde Indígena (CASAI).

Para consagrar a gestão dos DSEI, a SESAI possui dois departamentos: o Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI) e o Departamento de Determinantes Ambientais da Saúde Indígena (DEAMB)⁷². O DASI tem como função gerir a atenção à Saúde Indígena, realizando a promoção, proteção e recuperação da saúde dos povos indígenas, demarcando os perfis epidemiológicos e as condições sanitárias das comunidades, por intermédio de políticas de ações de saúde e vigilância para as populações indígenas. Além disso, observam-se as ações de saneamento ambientais e sanitárias, atividades geridas pelo DEAMB. O desempenho dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) se direcionam para a participação dos indígenas na formulação e avaliação das políticas públicas de saúde, debatendo as necessidades de ações e serviços da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Ademais, foi incorporado o Fórum de Presidentes de Condisi (FP Condisi) que possui direcionamento consultivo e está relacionado às diretrizes estabelecidas nas Conferências Nacionais de Saúde e nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena⁷³.

⁷² Secretária Especial de Saúde Indígena – SESAI Cartilha Saúde Indígena – Um Direito Constitucional II Edição – Brasília 2020.

⁷³ Secretária Especial de Saúde Indígena – SESAI Cartilha Saúde Indígena – Um Direito Constitucional II Edição – Brasília 2020.

Figura 25 - Parte da Cartilha



Fonte: Cartilha SESAI (2020).

Desde 2014 até 2019, a SESAI realizou quase 20 milhões de atendimentos, sendo em 2019 mais de 14 milhões de atendimentos realizados pela EMSI. São ações voltadas para consultas de pré-natal, de crescimento infantil, vigilância alimentar e nutricional; ação de prevenção à saúde, saúde bucal, vacinação, entre outras atividades.

Tabela 2 – Atendimentos SESAI

ATENDIMENTOS SESAI	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1 – Número de atendimentos de Médicos (as)	61.901	85.294	156.069	283.670	490.543	716.326
2 – Número de atendimentos de Enfermeiros (as)	271.311	309.324	576.219	893.617	1.642.983	2.292.799
3- Número de atendimentos de Odontólogos (as)	29.242	37.157	79044.00	179.946	457.669	630.691
4- Número de atendimentos de Técnicas (as)/ Auxiliares de Enfermagem	605.921	739.016	1.210.346	2.120.796	3.523.227	5.376.706
5- Número de atendimentos de Técnicos (as) Auxiliares de Saúde Bucal	11.161	23.293	53.908	162.553	375.134	644.685
6 – Número de atendimentos de Nutricionistas	4.272	10.628	13.809	45.432	96.967	130.119
7 – Número de atendimentos de Psicólogos (as)	1.945	4.658	10.184	16.866	52.238	68.053
8 – Número de atendimentos de Assistentes Sociais	1.476	1.537	5.403	16.768	29.713	63.486
9 – Número de atendimentos de Agentes indígenas de Saúde	167.189	390.393	703.768	1.340.779	2.382.093	4.118.912
Total Geral	1.154.418	1.601.300	2.808.750	5.060.427	9.050.567	14.041.777

Fonte: Cartilha SESAI (2020).

As políticas relacionadas às medicinas tradicionais, ao que se refere a validação científica dos conhecimentos e das práticas e a qualificação dos seus praticantes constituem, como indica Ferreira (2013), dispositivos poderosos por meio dos quais são esboçados os caminhos da sua integração aos sistemas de saúde nacionais. As relações entre Estado brasileiro e os organismos internacionais são essenciais no estabelecimento das políticas da tradição, tal advento configura um fenômeno moderno, pois esses organismos, como por exemplo, Estado-nação, são organizações políticas típicas da modernidade. Nesse caso, a dicotomia entre tradição e modernidade é estruturante nos discursos oficiais. Portanto, a noção de tradição

instituída pelas políticas públicas é, nos termos da autora, um constructo moderno. A tradição não é pensada como produtora de agência, esta estaria submetida ao escrutínio científico, esboçando-se para validá-la cientificamente. Por isso, nos contextos discursivos oficiais, os povos originários são compreendidos como “naturalmente tradicionais”, são estereotipados pelas políticas públicas como povos e comunidade tradicionais.

Diante do exposto, partilho das acepções de Sahlins (1997 apud FERREIRA, 2013, p. 212), que apontam a tradição como os diferentes modos pelos quais as transformações socioculturais são incorporadas frente às tentativas dos povos indígenas de agregar o sistema mundial ao seu próprio sistema de mundo⁷⁴. A transformação sócio-cosmológica, nesse caso, seria “necessariamente adaptada ao esquema cultural existente” (SAHLINS, 1997, p. 62 apud FERREIRA, 2013, p. 218).

Me parece importante situar a proposta de “articulação de sistemas médicos”. De acordo com Lewkowicz (2016), São Miguel das Missões foi um dos primeiros municípios do Rio Grande do Sul a disponibilizar um quarto de hospital para os *karaí* e *kunhã-karaí* para que realizassem tratamento de seus pacientes. No entanto, o tempo em que permaneci em campo, assim como a autora, vi uma estagnação no que diz respeito às iniciativas nesse sentido. Por um lado, há um reconhecimento desses sistemas médicos, por outro lado, a medicina tradicional segue sendo encarada com uma desconfiança, reforçando a posição da biomedicina como principal referência de verdade, mesmo em um contexto de saúde diferenciada.

4.2 INTERFACES ENTRE A BIOMEDICINA, A RELIGIÃO E A GLOBALIZAÇÃO

Procurei mostrar, no tópico anterior, a história e a estrutura atual das políticas de saúde indígena. Nesse processo, constata-se uma desarticulação da racionalidade terapêutica da medicina tradicional com biomedicina. Ainda que haja tentativas de integração, o contexto das políticas públicas está constituído de concepções universais que se referem aos especialistas da medicina tradicional. Isso sucede

⁷⁴ Segundo Sahlins (1976), a relação entre a ação produtiva e a ordem simbólica auxilia na compreensão dessa dinâmica entre o global e o local, especialmente, no que se refere a cultura local dialogando com esse sistema da cultura ocidental. Assim, na medida em que a cultura local se apropria de características globais e ressignifica tais características de acordo com seu contexto, o que pode existir é uma incorporação de alguns aspectos, isto é, uma reavaliação dessa ótica de acordo com a cultura desse contexto. Por esse motivo, compreende-se a cultura como síntese de estabilidade na mudança e transformação.

porque a biomedicina continua sendo a forma preponderante de conhecimentos médicos, de ideologia e isso não apenas pela competência curativa, mas também como produto do crescimento da economia global de mercado. O fato de o conhecimento biomédico ter sido construído em um contexto cultural, especificamente o europeu e estar embutido na tradição cultural ocidental, é de grande importância para essa abordagem (FOLLÉR, 2004), na medida em que se busca um processo de descolonização do pensamento. Para tal, é preciso situar “a medicina como técnica geral de saúde, mais do que como serviços 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 apud LEWKOWICZ, 2016, p. 44).

Nessa perspectiva, a saúde pública pode ser entendida como uma instância em que vigiar e gerir são essenciais, direcionando para a necessidade de todo um sistema administrativo. Ora a vigilância se mostra nas inspeções sanitárias, ora na produção de dados estatísticos e informações sobre a saúde da população enquanto um marco nos sistemas públicos de saúde. Assim, a estatística, enquanto ciência do Estado, cujo contexto emerge por meio de um campo do saber-poder que legitima a sistematização de dados, constitui-se com o intuito de estabelecer formas de intervenção nas populações. É por meio da biopolítica como forma de governo que emerge a estatística como ciência que pretende nutrir a complexidade de uma *massa amorfa* de um “povo” transformado em “população” (FOUCAULT, 1979 apud LEWKOWICZ, 2016, p. 45). A autora descreve que o *esquadrinhamento* da população proporciona uma classificação que engloba sujeitos passíveis de intervenção, sob o marco de um paradigma ético e estético (baseado na universalidade da biomedicina) de acesso à saúde e ao bem-ocidental.

É interessante notar a biomedicina e seu rompimento com a religião. Nas explanações do livro **A antropologia da doença**, de François Laplantine, o autor discorre a respeito de um culto chamado Saint-Sabin, que basicamente pode ser assimilado por meio de dois pontos de vista: o da antropologia da religião, a qual enxerga como uma cerimônia religiosa que contém uma cosmologia terapêutica; e a abordagem da antropologia médica, que parte da ótica de ser uma terapia popular, manifestada pelas aceções religiosas (LAPLANTINE, 2004).

Esse culto revela o contato entre a doença e o sagrado, demonstrando que, de fato, as funções religiosas e medicinais estão intrinsecamente interligadas e quando a finalidade médica é desvinculada da finalidade religiosa, ocorre uma autogestão da

primeira função com relação à última. Tais fatores, conseqüentemente, delineiam-se como uma ciência que possui autonomia para se desenvolver em termos de especialização e especificação. Segundo o autor:

A crença em um progresso infinito que levará o ser humano à saúde absoluta, através da eliminação gradual de todas as doenças da cidade, por fim totalmente medicalizada, fundamenta-se em uma esperança messiânica que promete, ao mesmo tempo, mais e menos que as grandes religiões. Mais, porque a medicina contemporânea é tão religiosa quanto as religiões que se apresentam como tais: ela não mais se contenta com anunciar a salvação após a morte, mas afirma que esta pode ser realizada em vida. Menos, porque só as religiões são suscetíveis de responder a questões da morte e, correlativamente, dar um sentido absoluto à vida, de alguma forma aí reside sua superioridade sobre as ciências biológicas e até mesmo sobre as ciências humanas que, na verdade, nada têm nos ensinar sobre a morte - enquanto que a medicina só pode responder razoavelmente quanto à vida, e sentido que ela lhe atribui consiste apenas, segundo a expressão de Norbert Bensaid, em 'reintroduzir uma aparência de eternidade no efêmero' (LAPLANTINE, 2004, p. 241).

A “evolução” da medicina implica, portanto, o sentido de desmistificar o “por que” da doença. Dessa forma, transcorre uma ruptura entre o pensamento religioso e o progresso da medicina ocidental, dado que as transformações das maneiras de intervir em uma doença teriam o teor científico necessário para se enquadrar nos padrões exigidos pela ciência. Conforme o autor,

O que, pelo contrário, caracteriza as medicinas populares, sem falar do papel do contato e da proximidade física de quem cura em um quadro familiar ('tocando' em você) e do caráter abrangente da percepção da doença (a totalização homem-natureza-cultura, que se opõe à tendência à dissociação do homem, da natureza e da cultura, cujo corolário é a hiperespecialização) e da terapia, é, sobretudo a imbricação estreita da questão do como etiológico-terapêutico e de uma interrogação sobre o porquê associada à subjetividade do doente. Enquanto a intervenção médica oficial pretende apenas fornecer uma explicação experimental dos mecanismos químico-biológicos da morbidez e dos meios eficazes para controlá-los, as medicinas populares associam uma *resposta integral* a uma série de insatisfações (não apenas somáticas, mas psicológicas, sociais, espirituais para alguns, e existenciais para todos) que o racionalismo social não se mostra, sem dúvida, disposto a eliminar (LAPLANTINE, 2004, p. 220).

Partindo do pressuposto da “impossibilidade” de separar o pensamento da medicina oficial do teor religioso, observa-se que o discurso da desmistificação do progresso da medicina acaba sendo contraditório. Em se tratando dos objetivos impostos pela própria arte de curar, que propõe o “bem-estar físico, mental e social”,

no momento em que é relacionada com as promessas de salvação da religião, nota-se grandes pontos de similaridades entre tais objetivos. De acordo com Laplantine (2004):

Acabando por situar-se nos dois extremos, o discurso religioso, mesmo o mais depurado e mais 'reformado', não visa apenas a salvação da alma. Ele fala de outra coisa além do que atribuímos ao religioso no Ocidente contemporâneo: saúde, ou seja, de medicina. E, reciprocamente, o discurso médico que se apresenta como o mais 'objetivo' e despojado de qualquer pressuposto religioso fala de um 'estado de completo bem-estar físico, mental e social', ou seja, de juventude, beleza, força, serenidade, felicidade e paz, em suma, de promessas de salvação comuns a todas as grandes religiões (LAPLANTINE, 2004, p. 242-243).

Simone Gadêlha (2008) relata aspectos sobre a caridade, para não deixar de lado a existência do ponto de encontro que acontece entre a medicina tradicional e aquela que é pautada pela ciência. As duas práticas importam-se com o sofrimento das pessoas, causando ações que advêm de um ato caridoso. Apesar da nítida diferença entre as práticas, existe uma interseção entre elas, no sentido de possuírem vínculos com representações, que tanto a medicina tradicional, quanto os médicos ditos oficiais (focados em uma ótica de especialização) criam e recriam ações que desenvolvem crenças, seja em uma reza ou na própria medicina erudita. Além do mais, são ações movidas pela caridade. De acordo com autora,

Diante dessa problemática, onde poderia haver um ponto convergente entre estes saberes? Nesta trajetória, vislumbrei um 'encontro na encruzilhada', a partir da influência da Medicina portuguesa do século XV na Medicina brasileira, que ancorava nos princípios da caridade e solidariedade cristãs, frutos de suas origens, na ajuda e assistência aos doentes pobres, constituídas, predominantemente, por hospitais filantrópicos de grande porte, tendo como figura central as Santas Casas de Misericórdia (Nava 2003). [...] Tinha-se deste modo, encontrado uma possibilidade de diálogo, algo em comum que justificasse esta aliança entre médicos e rezadeiras, pois ambas as práticas, sob um determinado aspecto, fundavam-se em um mesmo princípio: a caridade (GADÊLHA, 2008, p. 137).

Ao voltar-se, especificamente, para a questão que representa a caridade, constata-se que essa terapia popular é uma interpretação de encargo moral, uma espécie de dádiva. Tomemos como exemplo o Karaí, que dispõe do dom da reza curativa como presente de Deus (*Nhanderu*) e, por essa razão, deve fazer a caridade de rezar nos doentes sem esperar recompensa, pois o fato de o presente recebido

ser livre deve ser obrigatoriamente retribuído. Assim, a comunidade espera que aqueles que têm mais predicados (dons, estudo, medicamentos, riqueza etc.), distribuam tais para a população. Há, portanto, a liberdade e a obrigação de dar, bem como a liberdade e a obrigação de receber (MAUSS, [1974] 2003).

4.2.1 Hibridismo: políticas públicas e saberes locais

O Estado brasileiro, de acordo com Ferreira (2013), por intermédio de suas políticas públicas está impregnado do poder colonial. Ao nomear os objetos das políticas da tradição, o poder simbólico-administrativo tende a transformar as diferenças étnicas em estereótipos, lapidando a forma ambivalente no reconhecimento e repúdio das diferenças culturais, étnicas ou raciais. Os elementos utilizados pelo poder colonial apresentam a criação de um espaço fundamentado pela produção de conhecimentos universais, pelas práticas de vigilância e pela inclusão dos povos sujeitos à sociedade dominante. Assim, os organismos internacionais e o Estado-nação são âmbitos modernos que se relacionam de maneira interdependente em um contexto mundialmente conectado. Por um lado, os organismos internacionais influenciam a consolidação das políticas públicas nacionais, e por outro, o Estado se pauta nos discursos globalmente proliferados a fim de garantir um sistema de vigilância sobre as populações associadas ao seu território. No Brasil, as recomendações internacionais influenciam a criação das políticas públicas que caracterizam os seus objetos pela categoria tradicional – medicina tradicional, medicina tradicional indígena, conhecimentos e práticas tradicionais, povos e comunidades tradicionais, parteiras tradicionais, entre outros.

Ferreira (2013) aponta que o sistema mundial, ao caracterizar a globalização como processo, contempla redefinições nas relações mantidas entre povos e distintas culturas, para aumentar a produção de híbridos culturais e para complexificar o mapa das interações estabelecidas entre o local e o global, tradicional e moderno. O sistema mundial é um fenômeno moderno. Giddens (1991, p. 11 apud FERREIRA, 2013) compreende a modernidade como o “estilo, costume de vida ou organização social que emergiram na Europa a partir do século XVII e que posteriormente se tornaram mais ou menos mundiais em sua influência”. Assim, considera a condição multidimensional da modernidade, a qual contempla três instituições – o Estado-nação, o capitalismo e o industrialismo – que a constituem, e identificam como suas

essenciais características os processos de separação do tempo e do espaço e sua padronização, a falta de consonância (desencaixe) dos sistemas sociais que intensificam o distanciamento tempo-espaço e a reordenação reflexiva das relações.

Com base nesses argumentos, a autora Jean Langdon em um artigo intitulado “*Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas*” salienta que os paradigmas atuais na antropologia da saúde abarcam as diversas formas através das quais os sistemas terapêuticos são mobilizados nos processos de saúde/doença. Busca-se explorar questões como a interação e a relacionalidade pertencente às práticas sociais. Em função disso, o conceito de intermedicalidade procura assinalar as particularidades políticas, econômicas e ideológicas implicadas às práticas e saberes concernentes à saúde e à doença. Este conceito intenciona incluir contextos designados pela convivência de diversos sistemas médicos e estratégias de poder, produzindo sistemas médicos híbridos (conforme abordado no capítulo 3).

Ainda segundo Ferreira (2013), ao difundir os saberes oficiais do Estado que atuam com estereótipos, e com dispositivo da mimese colonial, as políticas públicas colaboram para a produção de sentidos e de relações de poder que organizam as diferenças em uma composição hierárquica colonizadora. À ciência compete a função de justificar e legitimar essas hierarquias formadas pelos governos modernos e coloniais. Se por um lado, a hibridização dos discursos manifesta-se como resultante do poder colonial, por outro lado, é o espaço fronteiro que auxilia na elaboração das relações coloniais conservadas entre o Estado-nação e as populações subordinadas. As políticas públicas que configuram um dispositivo para exercer o monitoramento reflexivo pelo Estado, também são apropriadas pelos grupos subordinados e colocadas em prol dos seus princípios e diretrizes. Esse processo de apropriação dos símbolos e dos discursos do colonizador propiciam a emergência de híbridos culturais.

Nesse sentido, Carvalho (2012) afirma que os comportamentos apresentados como coletivos por parte dos Guarani, como por exemplo, a proteção de mulheres e crianças da relação com os nacionais, a manutenção da própria língua e sua utilização como mecanismo de defesa perante ao outro, a proibição de miscigenação (manutenção da origem étnica) e também os mais diversos deslocamentos pelo território, expressam uma postura defensiva, como uma intenção estratégica de se manter como povo e cultura, diferenciados dos demais. Desse modo, é a consciência de um passado histórico vivido que forneceu artifícios à adoção de certas condutas

preventivas e reativas perante a sociedade majoritária. O contexto da aldeia *Tekoa Ko'enju* parece refletir o quanto a “população indígena” passa a desenvolver uma forma enquanto população “governável”, pois há o investimento na produção de dados para consagrar um grupo específico de intervenção política e médica, assim como a execução de um campo de políticas diferenciadas, ou as chamadas “interculturais” (LEWKOWICZ, 2016).

A história e a cultura do imperialismo podem ser interpretadas como esferas conectadas, sem distinções reducionistas. Edward Said (2011) descreve que estão ocorrendo novos alinhamentos independentes de fronteiras. Tais alinhamentos constituem a noção estática de identidade, instaurando o pensamento cultural do imperialismo. Em parte, devido a isso, as culturas estão mutuamente interligadas, de modo que nenhuma pode ser descrita como homogêneas, todas são híbridas, extremamente diversas. O autor segue discorrendo que:

Esse tipo de domínio ou possessão lançou as bases para o que, agora, é de fato um mundo inteiramente global. As comunicações eletrônicas, o alcance mundial do comércio, da disponibilidade dos recursos, das viagens, das informações sobre os padrões climáticos e as mudanças ecológicas unificaram até mesmo os locais mais remotos do mundo. Esse conjunto de padrões foi a meu ver, possibilitando e inaugurado pelos impérios modernos (SAID, 2011, p. 26).

Said (2011) relata sobre as disputas efetivas pela terra e pelos povos dessas terras, trilhando um caminho que realiza um exame geográfico da experiência histórica. O termo “imperialismo” é designado como o desempenho, a teoria e as condutas de um centro metropolitano dominante, governando um território distante; o “colonialismo” pode ser entendido como uma consequência do imperialismo, como uma espécie de implantação de colônias em territórios distantes. Acerca disso, diz que:

O império é uma relação, formal ou informal, em que um Estado controla a soberania política efetiva de outra sociedade política. Ele pode ser alcançado pela força, pela colaboração política, por dependência econômica, social ou cultural. O imperialismo é simplesmente o processo a política de estabelecer ou manter um império (DOYLE, 1968 apud SAID, 2011, p. 231).

O contexto imperial e a sua sobrevivência são entendidos como uma rede de histórias interdependentes. Por isso, deve-se atentar para a interpretação do

imperialismo e suas novas roupagens. Nessas circunstâncias, cabe trazer à tona a inesperada crise sanitária que acarreta perigos que influenciam a humanidade em uma escala global, em âmbitos como o do sistema de saúde, da economia, da educação, das habitações (principalmente nas formas de se conceber o sentido de habitar) e entre outros. A maneira que os Mbya concebem a pandemia é, de fato, distinta que a dos ocidentais. É válido enfatizar sobre o modo como corpos e partículas se encontram posicionados no mundo perante a tal cenário, visto que se diferenciam de acordo com marcadores sociais de desigualdade (PINHEIRO-MACHADO, 2020).

4.3 O CENÁRIO DA COVID-19: RELATOS POSSÍVEIS SOBRE A ALDEIA TEKOA KO'ENJU

Ailton Krenak, em *O amanhã não está à venda*, disse: “O mundo não pode parar. E o mundo parou [...] hoje estamos todos diante da iminência de a Terra não suportar a nossa demanda” (p. 2). Levando tal fala em consideração, do ponto de vista dos povos autóctones, então, as cosmologias justificam e concretizam a realidade, de modo que as doenças, os infortúnios, os sofrimentos etc., fundamentam-se como explicações, as quais constituem relações mais atentas com a natureza. Muitos foram os avisos em narrativas como a de Krenak e Kopenawa⁷⁵, que frisaram depoimentos sobre o comportamento predatório do ser humano sobre o planeta. Hoje, o monitoramento da pandemia do novo coronavírus entre as populações indígenas perpassa muitos obstáculos. Embora os dados informem o processo de notificação, eles não equivalem à amplitude da pandemia entre os povos indígenas do Brasil. A Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) vem contabilizando, somente em

⁷⁵ Davi Kopenawa, em sua obra **A queda do céu**, executa um importante projeto que gera subsídios para resistência de ativistas políticos indígenas. Elabora um alerta sobre o risco do avanço predatório “dos brancos”, em que é observado a trajetória existencial de Davi Kopenawa (xamã e liderança política yanomami). Contemplando uma descrição referente à cultura ancestral e à história recente de seu povo, o autor realiza previsões catastróficas para o planeta, em virtude de um comportamento ocidental destrutivo em relação à “natureza mítica das coisas”. Por isso, talvez, seja o fim de uma história, a do Ocidente, a história de um mundo imperial tomado pelas potências europeias e antigas colônias americanas (CASTRO, 2015). Tendo em vista a desproteção de comunidades quilombolas, territórios indígenas, áreas de preservação ambiental, seu depoimento/profecia é essencial para se pensar como o circuito do mercado capitalista e a lógica da propriedade privada intenciona transformar todas as terras em produtivas. Dessa forma, o agronegócio, a mineração e a especulação fundiária, hoje, ameaçam os direitos indígenas, em nome do progresso da pátria. A narrativa de Kopenawa é um aviso e um diagnóstico sobre nosso mundo, destacando o envenenamento das águas, a destruição das florestas e apontando para o trágico desfecho deste processo. Dessa maneira, retrata uma teoria sobre o que é estar em seu lugar, no mundo como casa, abrigo e ambiente, oikos, ou para usarmos os conceitos *yanomami*, *hutukara* e *uruhi a*: o mundo como floresta fecunda.

terras indígenas homologadas, 46.508 (quarenta e seis mil e quinhentos e oito) casos confirmados, 929 indígenas mortos e 161 povos afetados pela COVID-19⁷⁶. Os números obtidos e apresentados são repassados e apurados pelo Comitê Nacional de Vida e Memória Indígena.

No dia 19 de março de 2020, houve uma reunião, hábito semanal na comunidade. Nesse dia, a SESAI e representantes da Escola Indígena foram convidados e aproveitaram o momento para informar à comunidade sobre a suspensão de quaisquer atividades que envolvem aglomerações e demais instruções sobre a precaução de contágio da pandemia. Com a chegada do novo coronavírus, a aldeia *Tekoa Ko'enju* enfrenta rigorosos desafios. Desde que anunciaram as mudanças provocadas no mundo por conta da COVID-19, integra-se a primordialidade de discutir as políticas públicas brasileiras do atual governo, que se mostram inadequadas aos povos indígenas, levando-os a uma situação de preocupantes ameaças.

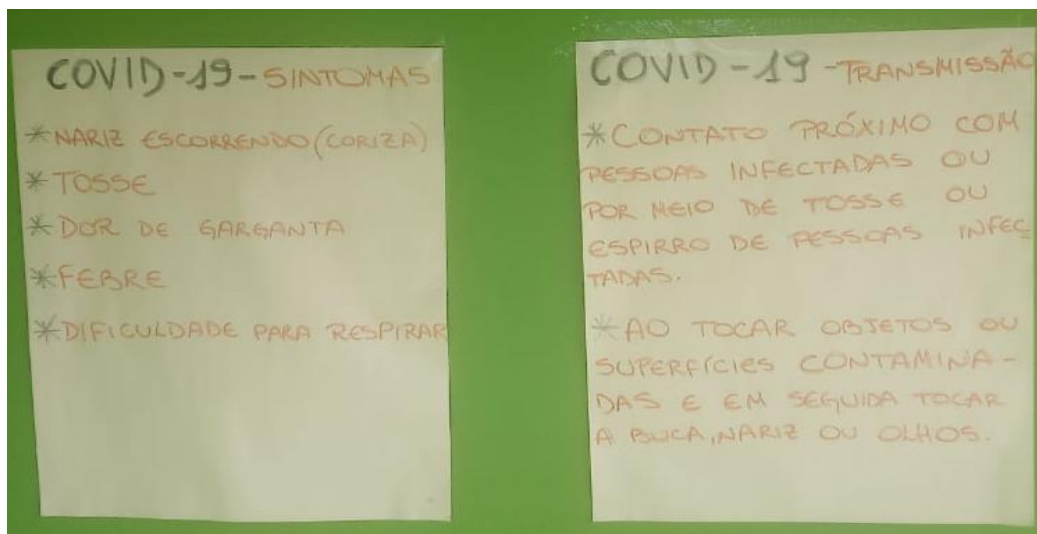
Figura 26 - Reunião do dia 19/03/2020 na *Tekoa Ko'enju*



Fonte: Acervo da autora (2020).

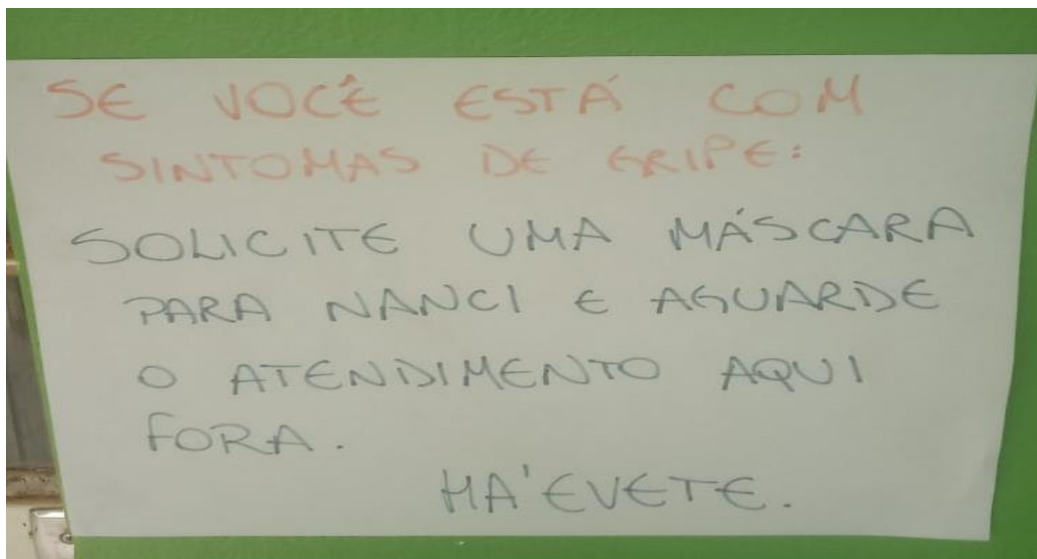
⁷⁶Informações e dados disponíveis em: http://emergenciaindigena.apib.info/dados_covid19/. Acesso em: 29 jan. 2021.

Figura 27 - Cartaz de prevenção 1



Fonte: Acervo da autora (2020).

Figura 28 - Cartaz de prevenção 2



Fonte: Acervo da autora (2020).

Figura 29 - Vacinação para influenza em 2020



Fonte: Acervo da autora (2020).

A fim de contextualizar minha ida a campo neste cenário, remeto-me a um dos meus relatos no diário de campo:

A ideia de voltar a campo em um cenário pandêmico pode não soar acolhedora, mas em virtude de questões burocráticas, tive que voltar. Assim, de maneira cautelosa, fui retomando a observação participante. Eu e Tiago abrimos os olhos às 5 horas da manhã, saímos de Santa Maria às 6 horas da manhã,

pegamos a estrada para São Miguel das Missões. Preocupados com a refeição, fomos em direção a Ijuí para almoçar, paramos, comemos uma marmitta dentro do carro e, rapidamente, seguimos viagem. Após quatro horas de viagem (e muita prosa), chegamos em São Miguel e paramos na casa do enfermeiro-chefe, funcionário há mais de 10 anos na aldeia *Tekoa Ko'enju*, para pegar um saco de máscaras, aventais e remédios. Por conta da pandemia, o ritmo de trabalho está diferente, de modo que, agora, os funcionários não vão mais todos juntos no carro da SESAI. Assim, eles vão intercalando. Então, fomos com o carro próprio do Tiago Gabatz até a UBS da *Ko'enju*. Fomos recebidos pela agente de saúde (AIS), conversamos enquanto Tiago atendia Beatriz. Em seguida, o cacique, chegou para falar sobre a associação consciência guarani e perguntei se ele não me concederia uma entrevista na semana que vem. Ele se mostrou disposto para tal ação (Diário de campo, 07/10/2020).

Gurovitz (2020) aponta que os microrganismos desconsideram fronteiras, por essa razão, o enfrentamento dessa ameaça suscita a importância de uma ação global, porém tem sido observada uma intensificação dos movimentos nacionalistas, o que nos faz questionar sobre a relação entre a COVID-19, o nacionalismo e a globalização. Nesse sentido, o autor adverte sobre os efeitos provocados pelo nacionalismo na globalização⁷⁷, dizendo que:

[...] a questão chave com que nos defrontamos, atualmente, é a de saber até que ponto a simbiose histórica entre o capitalismo e a democracia, que cauterizou o Ocidente, poderá ser generalizado a uma escala global, sem desgastar os seus fundamentos físicos, culturais e sociais? (BECK, 1998 apud CURTO, 2016, p. 3).

Em razão do convívio provocado pelo confinamento dentro das habitações, manifesta-se a carência de interpretação sobre a casa como um espaço de produção simbólica. Para tanto, Brum e Russi (2019) acentuam a multiplicidade de sentidos do habitar para diferentes povos, elencando dimensões educativas e patrimoniais, uma vez que as casas também desvelam reflexões no campo da memória social ao acionarem lembranças. Bromberger (2012 apud BRUM; RUSSI, 2019, p. 3) destaca que a temática da habitação é primordial em análises etnológicas. Descrever como o

⁷⁷ Conforme Curto (2016), o contexto da globalização é parte de um processo que abarca uma interdependência e integração, ultrapassando os Estados nacionais. Uma possibilidade de compreender esse processo de globalização é a partir da difusão de modelos e de experiências que orientam uma homogeneização de aspectos institucionais e de modelação de comportamentos, um exemplo seria a expansão de franquias como o McDonald's.

espaço é vivido no cotidiano da aldeia *Ko'enju* é abordar questões sobre as práticas de autoatenção, desenvolvimento de habilidade e redes de apoio mútuo.

Como o campo foi interrompido em função da pandemia, pude imergir nos vídeos produzidos pelos integrantes do coletivo de cinema. A partir desse ângulo, o projeto *Nhemongueta Kunhã Mbaraete* contempla quatro vídeo-cartas que descreve a experiência de isolamento social e tecem um olhar para dentro da casa. A palavra “Nhemongueta”⁷⁸ é um termo em Guarani para fofoca, esse termo deve ser compreendido não em um sentido pejorativo, mas sim como parte da composição de uma rede de confiança e afinidade, pois são conversas que surgem em volta do fogo doméstico, diálogos com amigas ou pessoas com uma proximidade social. *Nhemongueta Kunhã Mbaraete* significa “conversas entre mulheres guerreiras”.

Em diversas falas das vídeos-carta, é perceptível o enaltecimento das atividades do dia a dia. O olhar para dentro implica a transformação dos alimentos em refeições, a realização do *tipa’i* (pão frito), o arrumar, o limpar, o fogo doméstico, o preparo de chás e remédios com plantas medicinais, enfim, o impacto das atividades diárias transpassadas em habilidades e construídas por intermédio das redes de apoio. Dito de outra forma, são situações que compõem uma filosofia social de mutualidade e laços comunitários (OVERING, 1999). Sobre os efeitos dessa mudança no cotidiano provocada pela COVID-19, cabe retomar aqui uma passagem do diário de campo, momento em que conversei com o cacique da aldeia:

Perguntei sobre o cotidiano deles na pandemia, ele lamentou sobre a questão de não estarem conseguindo vender os artesanatos como antes nas ruínas. Disse também que eles estão tomando todos os cuidados e que fazem visitas para os parentes apenas quando é muito necessário (Diário de campo, 14/12/2020).

Eles sabem o risco de receber visitas e, com isso, até os deslocamentos diminuíram. Vivem hoje essa experiência de confinamento dentro de suas habitações, no período do dia em seus pátios e de noite dentro de suas casas, sem muitas divisórias, o que acaba provocando uma aglomeração entre os moradores da residência. Assim sendo, a pandemia não é vivenciada com as mesmas condições materiais para todos os povos. É necessário tratar a COVID-19 como algo que está

⁷⁸ Disponível em: https://ims.com.br/convida/michele-kaiowa-graciela-guarani-patricia-ferreira-para-yxapy-sophia-pinheiro/?fbclid=IwAR0jXP_JLKwLvrKHMbs9PZR3FqV7PqKvlwQaWkBl6_fl5Z1TeDrvoBSmthE. Acesso em: 02 ago. 2020.

relacionado à opressão social e ao racismo epidêmico, tendo em vista que o vírus determina qual classe, gênero e corpos são afetados fatalmente. Portanto, torna-se primordial debater políticas de proteção que possam reverter o quadro de infecção e reelaborar formas de solidariedade local e global (PINHEIRO-MACHADO, 2020).

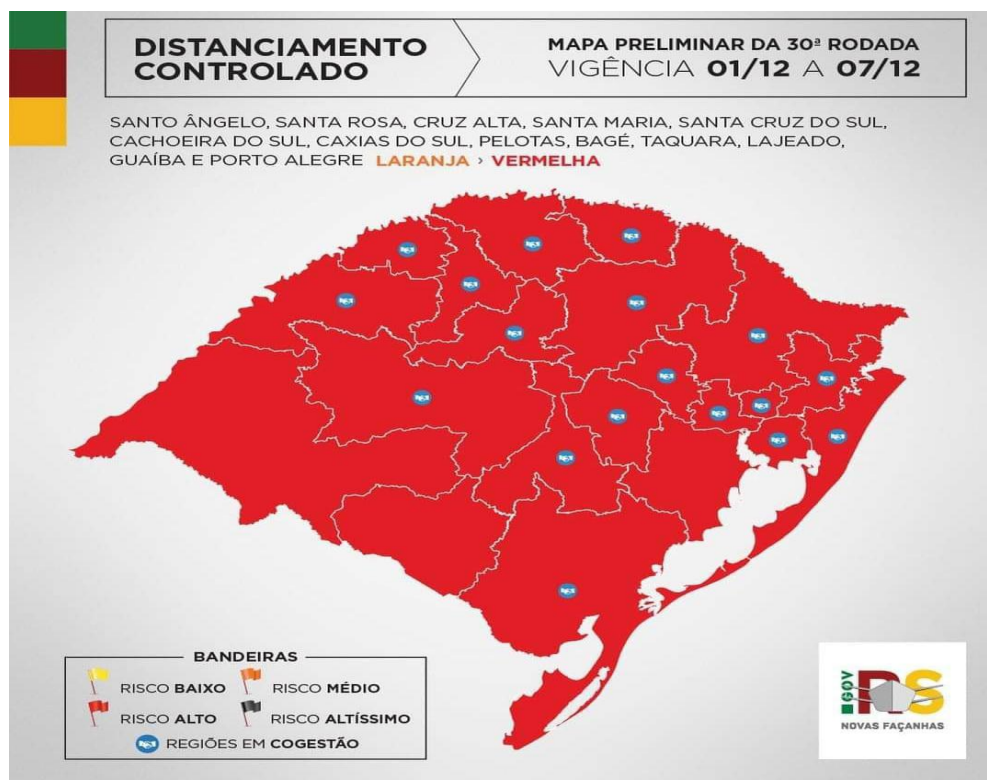
Figura 30 - Entrada da aldeia *Tekoa Ko'enju* fechada



Fonte: Acervo da autora (2020).

Abaixo, chamo atenção para o mapa preliminar de distanciamento controlado da primeira semana de dezembro/2020.

Figura 31 - Distanciamento controlado Rio Grande do Sul



Fonte: Governo do Estado do Rio Grande do Sul (2020).

Nessa época, realizei uma entrevista com o enfermeiro-chefe. Quando fomos buscar materiais, ele comentou sobre o cotidiano e as mudanças provocadas em função da pandemia. Acerca disso, transcrevi na íntegra a entrevista:

Karina: Éééé... na verdade assim, eu queria mais, saber um pouco assim, sobre o cotidiano da pandemia, quais os procedimentos que vocês tão tendo agora?

Enfermeiro-chefe: Olha mudou, mudou bastante né, o que a gente teve que mexer no nosso cronograma, na verdade. Que a gente todo mês se reunia para fazer as palestras educativas. Fazia duas a três por mês, às vezes. Abordando vários assuntos. Então, não podemos fazer mais nada porque... não pode ter mais aglomerações. Hããã, claro que a gente não deixou de dar essas orientações para eles, mas daí é visitas domiciliares. A gente está indo nas casas, mas não é a mesma coisa. Hããã, quando a gente vai fazer a visita tem que ir todo paramentado. No primeiro momento, foi bem... a gente notava que era... constrangedor, na verdade, para eles, né. E a gente, se sentia envergonhado... a gente tá chegando numa casa com todo aquele paramento, com luva, avental, máscara, é uma coisa diferente. E, aos poucos, a gente foi orientando o motivo... também começou a ter casos no nosso município. Foi conversado com o cacique, daí o cacique achou melhor até dar uma delimitada, nas entradas das pessoas na aldeia, que geralmente vinha pessoas dos bairros aqui de perto... do

assentamento lá que a gente passa lá em cima, do campestre, que vem vende frutas, outro, vem vende pão, outro, vem vende ovos, essas coisas. Daí o cacique veio conversar comigo, para ver como que a gente fazia. Daí eu disse: Olha, seguinte, se tiver a necessidade não tem como a gente ficar sem o alimento. Mas como, como daí a gente conversou com a assistente social, e a secretaria da assistência social se responsabilizou em dar uma cesta básica por mês para eles. Hããã... daí eles acharam melhor não receber mais essas visitas, né. Então foi... foi bem pensado, junto com o cacique, com a comunidade. Aí foi... foi isolada a entrada, né, de turista, ninguém mais entra. Só ficou liberada, a entrada então, do carro da assistência da saúde e do caminhão que faz a coleta do lixo, então esses ficou liberada a entrada, mas uma entrada... monitorada, também. Mas, te digo assim não temos nenhum caso confirmado dentro da aldeia. A gente orienta quando precisa, porque também eles precisam ir pra cidade buscar o alimento deles,. (Gravação em campo, entrevista com o enfermeiro-chefe, 14/12/2020).

O enfermeiro destaca alguns pontos principais que configuram a nova realidade vivenciada por eles, cita que não há casos confirmados de COVID-19 na comunidade, alega também sobre o constrangimento que causa todo o paramento que eles utilizam para fazerem as visitas domiciliares, reforçando mais uma vez o “discurso/positivo biomédico da higiene”, nos termos de Lewkowicz (2016, p. 44), que se atualiza na saúde diferenciada por meio do contexto da pandemia. Esse dispositivo da higiene na saúde pública também cumpre a função de manter um regime de controle dos corpos. Além disso, ressalta que as campanhas preventivas em forma de reuniões e ações de comensalidade já não fazem parte de suas práticas cotidianas, apontando para a presença de assistências sociais e distribuição de cestas básicas.

Figura 32 - Visita domiciliar e entrega de medicamentos



Fonte: Acervo da autora (2020).

Os povos indígenas fazem parte dos grupos prioritários para receber a vacina contra o coronavírus, conforme o Plano Nacional de Vacinação⁷⁹. A primeira dose da CoronaVac ocorreu na comunidade *Tekoa Ko'enju* no dia 26/01/2021. Feita para maiores de 18 anos, exceto gestantes e “lactantes”, não sendo obrigatória, porém quem se recusar, precisa assinar um termo de responsabilidade e tal fato pode possivelmente gerar problemas com benefícios, como por exemplo, o Bolsa Família.

⁷⁹ O critério adotado parte do princípio de que apenas povos indígenas em aldeias de terras indígenas homologadas podem se vacinar, ignorando os povos que vivem em contexto urbano. Disponível em: <https://cimi.org.br/2021/01/vacina-contracovid-para-indigenas-no-brasil-entre-fake-news-e-discriminacao-a-esperanca/>. Acesso em: 09 fev. 2021.

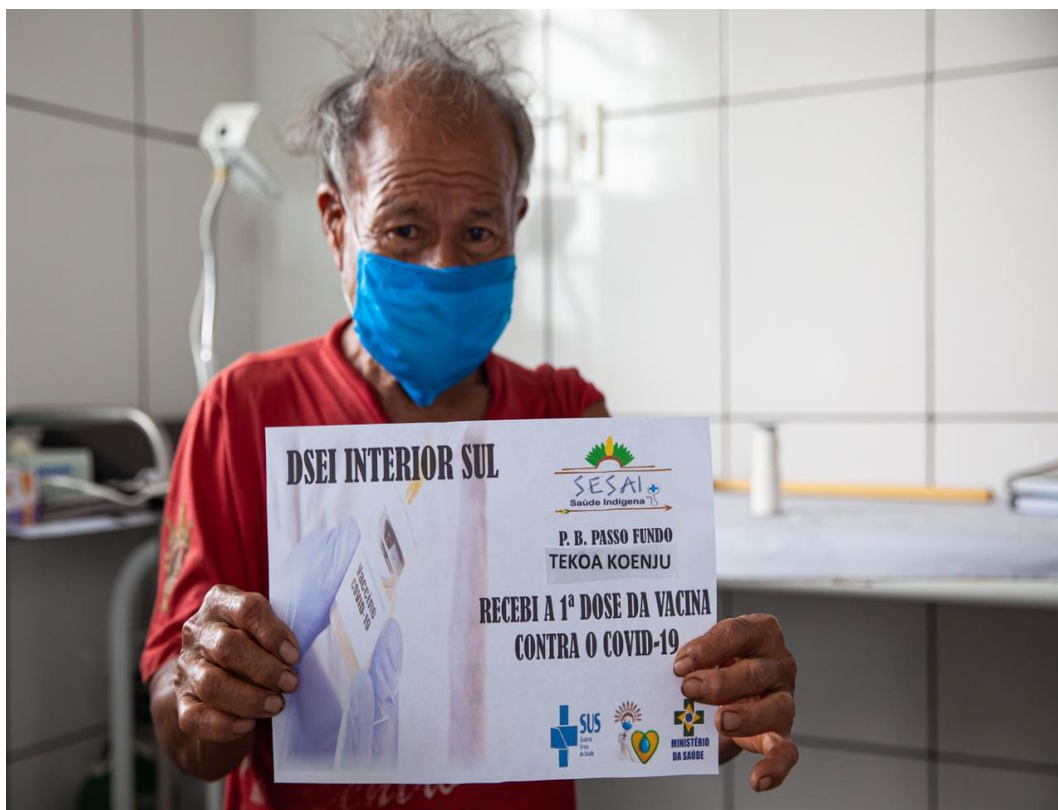
Nessa ocasião, observou-se uma circulação de mensagens por WhatsApp, mais conhecidas como *fake news* com o intuito de desacreditizar as vacinas.

Figura 33 - Enfermeiro chefe e a vacina da COVID-19



Fonte: Acervo da SESAI (2020).

Figura 34 - *Karaí Solano* tomando a vacina da COVID-19



Fonte: Acervo da SESAI (2020).

Em um áudio do WhatsApp de um dos integrantes do Conselho Indigenista Missionário (CIMI)⁸⁰, foi ressaltado que houve uma reunião com o cacique de uma comunidade Mbya Guarani. Nesta reunião, foi discorrido sobre a circulação de falsas informações sobre a vacina do coronavírus. Segundo o cacique, as informações estavam circulando no âmbito das comunidades indígenas por meio do WhatsApp e outras redes sociais. Em geral, diziam que a vacina causaria danos aos indígenas, que inclusive poderia até causar a morte, sugerindo que os povos originários seriam “cobaias” dessa primeira remessa.

No artigo intitulado *COVID-19, fake News e o sono da razão comunicativa gerando monstros: a narrativa dos riscos e os riscos das narrativas*, Paulo Vaconcellos-Silva e Luis Castiel salientam que os monstros criados pelas informações falsas se diversificam em seu tema. Nessa conformidade, a propagação de vozes que

⁸⁰ Este áudio foi mandado no grupo de saúde indígena do DSEI localizado na *Tekoa Ko'enju*.

tendem para o negacionismo produzem ceticismo com relação a narrativas factuais. Acerca disso os autores versam que:

Um bom exemplo de medo que paira a assombrar a ignorância que impera pode ser identificado no movimento antivacinal. A imunização em massa é considerada um dos grandes adventos biotecnológicos no controle de doenças e redução de mortes por epidemias. Não obstante, desde sempre há exemplos de atritos entre a necessidade de intervenções públicas e narrativas morais ou ligadas às liberdades individuais [...]. No caso vigente da pandemia de COVID-19, como é possível conviver e sobreviver a uma crise duplicada por conta da multiplicidade de riscos e panaceias que foram colocadas à frente de autoridades e mídias? Vivemos no reinado das opiniões pessoais e conflitantes em meio um colapso de pertinência e propriedade, presidentes da república que prescrevem drogas ineficazes a celebridades subitamente alçadas a autoridades em saúde pública e químicos autodidatas que proscrevem a antisepsia com álcool. A internet nos acrescentou um oceano caudaloso de informações, mas apesar do amplo acesso à mais volumosa biblioteca já produzida na História, o imaginário coletivo é saturado de narrativas-relâmpago com sínteses distorcidas sobre perigos iminentes que advertem medidas protetoras seguindo à frente das autoridades constituídas para tanto (VASCONCELLOS-SILVA; CASTIEL, 2020, p. 6-7).

Esse foi o pano de fundo da vacinação, de modo que grupos extremistas que são contrários a vacinação propagaram medo e histeria. O impacto da COVID-19, em algumas regiões do globo, contempla políticas de austeridade. Pinheiro-Machado (2019) evidencia que a maneira com que a rearticulação acontece da extrema direita dentro do contexto brasileiro. A extrema direita vê seu povo (a elite) como superior, vestindo um nacionalismo diferente, por não idolatrar o seu próprio contexto, e sim aqueles dos países desenvolvidos. Vale lembrar o quanto, no período da ditadura, as tutelas destinadas a levar as sociedades “atrasadas” à liberdade e à civilização consagraram parte do escopo da nação. Assim, o populismo reserva um retardamento na construção de uma assistência aos grupos étnicos, em condições de vulnerabilidade social.

Os povos indígenas vivenciam tempos turbulentos, ligados à política do atual presidente da República. Nesse ambiente hostil, conforme relata Vilarinho (2020) há a promoção de políticas da morte na eliminação das populações pobres, quilombolas, indígenas e moradoras de zonas periféricas. Observa-se nessa figura política o exercício da necropolítica, que defende a concepção de uma sub-humanidade manipulada pelo jogo daqueles que merecem viver e os que são deixados para morrer. Acerca disso Ailton Krenak evidencia que:

Vemos algumas pessoas defenderem a manutenção da atividade econômica, dizendo que “alguns vão morrer” é inevitável. Esse tipo de abordagem afeta as pessoas que amam os idosos, que são os avós, pais, filhos, irmãos [...]. É uma banalização da vida, mas também é uma banalização da palavra. Pois alguém que fala isso está pronunciando uma condenação, tanto de alguém em idade avançada, como de seus filhos, netos e de todas as pessoas que têm afeto uns com outros (KRENAK, 2020, p. 28).

Por isso, gostaria de chamar atenção aqui para o risco em perder pessoas detentoras de conhecimentos tradicionais, visto que para a cultura dos povos em questão “um ancião indígena que morre é uma perda para toda humanidade” – como diz o título de uma entrevista com Márcio Meira (ex-presidente da FUNAI). A alta taxa de letalidade com populações acima dos 60 anos é grave, posto que a quantidade de anciões nos povos indígenas é inferior que a de adultos, jovens e crianças. Nesse contexto, se um idoso morre, ausenta-se grande parte do conhecimento tradicional daquele povo. É de extrema importância que haja o repasse de verba para a saúde indígena para que os DSEIs (Distritos Sanitários Indígenas) tenham autonomia no enfrentamento do vírus nas áreas indígenas do Brasil⁸¹.

⁸¹ Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/598081-coronavirus-um-anciao-indigena-que-morre-e-uma-perda-para-toda-a-humanidade-diz-marcio-meira>. Acesso em: 18 nov. 2020.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação tratou das práticas de autoatenção manejadas pelos sistemas médicos da aldeia *Tekoa Ko'enju*, ao abordar a zona de contato entre o sistema oficial de saúde e os saberes locais. Por meio da pesquisa etnográfica, procurou-se destacar as especificidades dos saberes Mbya em um contexto de pluralidade terapêutica. Ao abordar as práticas de autoatenção, especialmente as que envolvem a construção da pessoa, sob o ponto de vista da organização social e os especialistas da medicina tradicional, verificou-se que os Mbya articulam os saberes indígenas com práticas biomédicas, como por exemplo, a busca pelos contraceptivos, pré-natal, exames, medicalização, como também a utilização de plantas medicinais, cerimônias na *opy*, idas ao *karaí*, as práticas da *mitã jaryi*.

Em suma, depois de percorrer diferentes considerações sobre a saúde indígena e o entrelaçar da biomedicina e das práticas de autoatenção, destaco que no início dessa dissertação, fui direcionada por uma perspectiva que abrange a historiografia do passado colonial missionário e as representações deste passado apropriado pelo turismo da região, trazendo à tona discussões metodológicas, cuja caracterização expõe uma ótica hermenêutica, a fim de compreender as significações acerca do corpo e dos processos de atenção à saúde.

A postura dos Mbya frente aos *jurua* transpassa a necessidade de compreender as práticas de autoatenção referente ao parto e pós-parto, pois estas refletem o princípio de construção da noção de pessoa Mbya. As histórias relatadas nesse trabalho apontam para a cotidianidade do posto de saúde, mostrando que o objetivo deste trabalho foi, portanto, não o de reduzir a diversidade de artifícios desse processo saúde/atenção/doença, mas atentar para o jogo de perspectivas, e principalmente para as negociações, entre os saberes biomédicos e a racionalidade terapêutica dos especialistas tradicionais. Foi assim que no decorrer do trabalho foi percebido a (anti) mistura (HUYER, 2017) com *juruas* como processo em que envolve uma distância ideal, ou como se refere Jesus (2015), uma manipulação necessária com os elementos da sociedade *jurua*.

Foi isso que tentei desenvolver no decorrer dessa investigação. Ao longo do texto, procurei discutir a relação histórica e estrutural que se encontra refletida na relação dos Mbya com a região das missões, principalmente no que diz respeito a venda de artesanatos e o imaginário reproduzido pelos moradores de São Miguel, que

por sua vez, alguns deles também são os profissionais de saúde que realizam as orientações biomédicas. Trouxe dados que produzi a partir da história remota da comunidade *Tekoa Ko'enju*, a atuação de agentes não-índios para articular com as políticas de saúde indígena. Dessa forma, ficou claro o objetivo de regulação do período colonial, por meio de políticas que tendem a trazer o índio “à civilização” (JESUS, 2011), esboçando-se como apropriado trazer a noção de corporalidade Mbya como substrato para compreender de que modo ocorrem as negociações e possíveis conflitos entre profissionais de saúde e os Mbya.

Arruda (2012) aponta que o diálogo intercultural com os povos indígenas está longe de ser uma realidade. Um diálogo intercultural só pode ocorrer se os interlocutores usufruírem de uma autonomia para se posicionar e suas vozes forem levadas em consideração no diálogo. Assim, se houver, de fato, uma troca, uma compreensão do que o outro diz, haverá uma reflexão conjunta e a busca de um consenso sobre a questão em pauta que direcione a aceitação e mesmo à condução de práticas sociais diferenciadas, de maneira adequada e rica.

Ainda caberia perguntar de que maneira podemos conciliar, como nos lembra Ingold (2017, p. 25), “a investigação científica e a sensibilidade religiosa como formas de conhecer sendo?”. Dando importância para a fragmentação do mundo real e da imaginação, consagrada pela ciência moderna, vemos que a ciência atual se fundamenta em dados, constituindo uma incansável verificação do erro. A antropologia e a psicologia, por vezes, contemplam similares atributos, rechaçando o conhecimento intuitivo, proposto pela religião e afins, enaltecendo a investigação sistemática e diferenciando-a dos fatos da imaginação.

Nessa dissertação, os produtos da imaginação, vale ressaltar, intitulados pela ciência racional, são estudados como considerações éticas e não êmicas. Nada mais apropriado do que lapidar uma antropologia *com* os interlocutores, o que nos permite aprender sobre o autoritarismo das ciências modernas e suas consequências para a vida humana, em uma tentativa de abrir espaço para a religião, crenças e práticas dos povos indígenas (INGOLD, 2017).

Segundo Garnelo, Macedo e Brandão (2003) acentuam que a implantação do subsistema de saúde indígena no Brasil apresentou melhorias que colaboraram para as condições de vida e saúde dos grupos étnicos, tal como o reconhecimento pelo poder público da primordialidade de uma política específica para grupos culturalmente diferenciados. No entanto, a implementação dos Dsei não é suficiente para lidar com

as ameaças dos povos, esta representa principalmente um aporte para a redução de indicadores de morbimortalidade.

Parteira e pajé, no contexto da *Tekoa Ko'enju* emergem como categorias sociais cuja definição genérica não engloba a pluralidade de práticas associadas aos cuidados e reprodução biossocial. Por um lado, a PNASPI atenta para o reconhecimento e o respeito aos saberes indígenas prevendo uma articulação. Contudo, a noção de articulação é prejudicada por conta da projeção de imagens holográficas ou hiper-reais dos índios (RAMOS, 1995 apud DIAS-SCOPEL, 2015, p. 36). Ramos (1995) aponta ainda que a relação interétnica entre índios e indigenistas profissionais de instituições privadas projetavam diretrizes da ética branca, ao instituírem a imagem de um índio hiper-real com qualidades, valores, padrões éticos e estéticos irrealistas, ao construir a política de saúde indígena. Ao projetarem o índio hiper-real, atenta-se para a figura do "índio de verdade" como contrária às essencializações homogeneizantes, como foi descrito no primeiro capítulo, principalmente no que se refere às representações de Sepé Tiaraju.

Entendo a Atenção Diferenciada como uma noção em processo de construção, com força para produzir um marco social, ideológico e institucional nas políticas públicas de saúde para povos indígenas contra o impacto homogeneizador do Estado. Bocarra (2012 apud DIAS-SCOPEL, 2015, p. 37) argumenta que a atenção diferenciada é um campo social simbólico vivenciado por distintos atores com interesses distintos interagindo na promoção da saúde dos povos indígenas.

Diante disso, entendo que há muito o que desenvolver a partir deste trabalho. Por outro lado, espero que meu texto possa ser útil para compreender as negociações e possíveis velamentos causados pela zona de contato entre os profissionais de saúde e os Mbya. No entanto, espero não ter caído na armadilha de uma pesquisa voltada para a correção de mentalidades retrógradas e políticas falhas, conforme descrito por Fonseca (2006), constituindo-se puramente como denúncias em prol de uma emancipação dos sujeitos da pesquisa. Porém, almejo trazer uma contribuição para a reflexão sobre processos sociais, passando a compreensão também para planejadores e agentes de intervenção que procuram por meio do diálogo com agentes da sociedade contemporânea artifícios para combater o ofuscamento do protagonismo autóctone na saúde indígena.

Tentei demonstrar no transcorrer da escrita, uma fusão de fatos históricos, produções antropológicas e procedimentos administrativos (vinculados às políticas de

saúde indígena), com o intuito de cumprir a orientação de mostrar que estive “lá” e proponho “aqui”, por meio de sucessivos retoques, engajar mais questionamentos do que conclusões, a fim de que possamos aprender com os Guarani-Mbya como realizar uma verdadeira articulação de suas racionalidades terapêuticas com o sistema oficial de saúde.

Em conclusão, alguns desdobramentos serão concretizados no doutorado, sobretudo os que se referem as repercussões do coronavírus, uma vez que no dia 17/03/2021 registramos o maior colapso sanitário e hospitalar da história do país. Segundo o Boletim do Observatório Covid-19 da Fiocruz, 27 unidades federativas, 24 estados e o Distrito Federal estão com taxas de ocupação iguais ou superiores a 80% e 90%⁸². Isso reflete na relação das políticas públicas com os saberes locais, que diante da calamidade acabam sendo irrefletidos pelos gestores das políticas e profissionais de saúde.

Assim, destacarei o papel dos AIS e a importância dos cursos de capacitação para gerar uma articulação entre as racionalidades terapêuticas, já que a integração das medicinas tradicionais ao sistema oficial de saúde, como aponta Ferreira (2013), conduz a identificação de terapias e recursos eficazes, do ponto de vista biomédico; para a descontextualização dos saberes locais e o reencaixe deles no âmbito universal das políticas públicas. Em função disso, gradualmente, as medicinas tradicionais tendem a se reduzir em serviços complementares.

⁸² Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/observatorio-covid-19-aponta-maior-colapso-sanitario-e-hospitalar-da-historia-do-brasil>. Acesso em: 17 mar. 2021.

REFERÊNCIAS

ALVES, Paulo César B.; RABELO, Miriam Cristina (Org.). **Antropologia da Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7476/9788575414040>. Acesso em: 20 abr. 2020.

AMADO, Janaína. **Usos e abusos da história oral**. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 1996.

ARRUDA, Marisa Bernadete Ribas. Os Dilemas da Relação Intercultural: Limites da Autonomia Indígena para o Estabelecimento de um Verdadeiro Diálogo. In: DANTAS, Sylvia Duarte. **Diálogos Interculturais: Reflexões Interdisciplinares e Intervenções Psicossociais**, São Paulo, Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 2012.

BAUER, Martin *et al.* A entrevista narrativa. In: BAUER, Martin; GASKELL, Georde (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.

BRUM, Ceres Karam. “Esta terra tem dono” Disputas de representação sobre o passado missioneiro no Rio Grande do Sul: A figura de Sepé Tiaraju. **Caderno IHU ideias**, Ano 4, n. 46, 2006.

BRUM, Ceres Karam; JESUS, Suzana Cavalheiro de. Mito, diversidade cultural e educação: notas sobre a invisibilidade guarani no Rio Grande do Sul e algumas estratégias nativas de superação. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 21, n. 44, p. 201-227, Dez. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832015000200009>. Acesso em: 20 abr. 2020.

RUSSI, Adriana; BRUM, Ceres Karam. Sob diferentes tetos: etnografando casas e revelando dimensões educativas e patrimoniais. **Etnográfica**, [S.L.], v. 3, n. 23, p. 693-715, 1 out. 2019. OpenEdition. <http://dx.doi.org/10.4000/etnografica.7484>. Disponível em: <https://journals.openedition.org/etnografica/7484>. Acesso em: 20 abr. 2020.

BOURDIEU, Pierre. Compreender. In: BOURDIEU, Pierre. **A miséria do mundo**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2011, p. 693-732.

BUCHILLET, Dominique (Org.). **Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia**. Belém, MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP, 1991.

CARVALHO, Maria Lucia Brant de. Povos Indígenas Guarani frente à Sociedade Nacional: Um Olhar sobre a Relação Intercultural Construída. In: DANTAS, Sylvia Duarte. **Diálogos Interculturais: Reflexões Interdisciplinares e Intervenções Psicossociais**, São Paulo, Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 2012.

CLASTRES, Pierre. **A fala sagrada**: mitos e cantos sagrados dos índios Guarani. Campinas: Papirus, 1990.

CLIFFORD, James. Sobre a autoridade etnográfica. In: CLIFFORD, James. **A experiência etnográfica**: antropologia e literatura no século XX. Rio de Janeiro: UFRJ, 1998, p.17-63.

CURTO, Diogo Ramada. Introdução: a globalização hoje. In: CURTO, Diogo Ramada. **Estudos sobre a globalização**. Lisboa: Edições 70, 2016.

DANTAS, Sylvia Duarte (Org.). **Diálogos Interculturais**: Reflexões Interdisciplinares e Intervenções Psicossociais. São Paulo, Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 2012.

DAHER, Donizete Vago; SANTOS, Lalita Paiva; PEREIRA, Vicente Cretton. Articulação entre saberes: etnografia da atenção à saúde no contexto guarani mbya de Paraty-RJ, **Tellus**, ano 10, n. 19, jul./dez. 2010. Disponível em: <http://www.gpec.ucdb.br/projetos/tellus/index.php/tellus/article/view/230>. Acesso em: 09 dez. 2020

DESCOLA, Philippe. **Outras naturezas, outras culturas**. Paris, 2011. Disponível em: 2007file:///D:/_Arquivos/Downloads/Outras_naturezas_outras_culturas_Descola.pdf. Acesso em: 20 abr. 2020.

DIAS-SCOPEL, Raquel Paiva. **A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto**: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku. 2014. 221 f. Tese (Doutorado) - Curso de Antropologia Social, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

DIEHL, Eliana Elisabeth; LANGDON, Esther Jean; DIAS-SCOPEL, Raquel Paiva. 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.

DINIZ, Débora. Avaliação ética em pesquisa social: o caso do sangue Yanomami. **Revista Bioética**, v. 15, n. 2, p. 284-297, 2007.

DINIZ, Débora; GUERREIRO, Iara. Ética na pesquisa social: desafios ao modelo biomédico. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, V. 2, Sup. 1, p. Sup.78-Sup.90, Dez., 2008.

DOUGLAS, Mary. As abominações do Levítico (cap. 3); Limites extremos (cap. 7). In: DOUGLAS, Mary. **Pureza e Perigo**. São Paulo: Editora Perspectiva, [1966] 1976.

FERREIRA, Luciane Ouriques. **Medicinas Indígenas e as Políticas da Tradição**: entre discursos oficiais e vozes indígenas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2013.

FOLLÉR, Maj-Lis. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza (Org.). **Saúde dos povos indígenas**: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro, Contra Capa: Associação Brasileira de Antropologia, p. 129-147, 2004.

FONSECA, Claudia. Classe e a recusa etnográfica. In: FONSECA, Claudia; BRITES, Jurema (Org.). **Etnografias da participação Santa Cruz do Sul**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006.

FONSECA, Claudia. O anonimato e o texto antropológico: Dilemas éticos e políticos da etnografia “em casa”. Palestra proferida na mesa: Ética e pesquisa etnográfica, durante o Seminário do NACi (Núcleo de Antropologia e Cidadania da UFRGS): Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2010, p. 205-227.

GADÊLHA, Simone. Entre a ciência e a reza: estudo de caso sobre a incorporação das rezadeiras ao Programa de Saúde da Família no município de Maranguape-CE. In: SECRETO, Maria Verónica; CARNEIRO, Maria José; BRUNO, Regina (Org.). **O campo em debate: terra, homens, lutas**. Rio de Janeiro: Manual X; Seropédica: EDUR, 2008.

GARNELO, Luiza; MACEDO, Guilherme; BRANDÃO, Luiz Carlos. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

GEERTZ, Clifford. III PARTE: **A religião como sistema cultural e Ethos, visão de mundo e a análise dos símbolos sagrados**. In: GEERTZ, Clifford. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Editora LTC, 1989. p. 101-162.

GIL, Antonio Carlos. Métodos das Ciências Sociais. In: GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUROVITZ, Helio. **O coronavírus e a globalização**. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/mundo/blog/helio-gurovitz/post/2020/03/13/o-coronavirus-e-a-globalizacao.ghhtml>. Acesso em: 2 jun. 2020.

HALBAWCHS, Maurice. **A memória coletiva**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1990.

HUYER, Bruno Nascimento. Entre colonos e parentes: crônicas Mbyá- Guarani no Cone Sul. 2016. **II Simpósio Internacional Pensar e Repensar a América Latina** (Seminário). Disponível em: https://sites.usp.br/prolam/wp-content/uploads/sites/35/2016/12/HUYER_II-Simp%C3%B3sio-Internacional-Pensar-e-Repensar-a-Am%C3%A9rica-Latina.pdf. Acesso em: 17 jun. 2019.

HUYER, Bruno Nascimento. **Do efeito dos outros: crônicas sobre a mistura entre os Guarani-Mbya**. 2017. 168 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Antropologia Social, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

INGOLD, Tim. Preface e Prologue. In: INGOLD, Tim. **Marcher avec les dragons**. Paris: Zones Sensibles, 2013, p. 8-51.

INGOLD, Tim. Chega de etnografia! A educação da atenção como propósito da antropologia. **Educação**. Porto Alegre, v. 39, n. 3, p. 404-411, set.-dez. 2016.

INGOLD, Tim. Sonhando com dragões: sobre a imaginação da vida real. **Cultura científica – pesquisa, jornalismo e arte**. Campinas, ano 4, n. 10, 2017. Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (Brasil). **Tava: lugar de referência para o povo guarani**: dossier de candidatura: Patrimônio Cultural del Mercosil – PCM/ Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional – Brasília-DF: IPHAM, 2019.

JESUS, Suzana Cavalheiro de. **No campo da educação Escolar Indígena**: uma etnografia e Infância na perspectiva Mbyá-Guarani. 2011. 134 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências Sociais, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria-RS, 2011.

JESUS, Suzana Cavalheiro de. **Pessoas na medida**: processos de circulação de saberes sobre o nhande reko guarani na região das Missões. 2015. 241 f. Tese (Doutorado) - Curso de Antropologia Social, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

KRENAK, Ailton. **O amanhã não está à venda**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

KOPENAWA, Albert; BRUCE, Davi. **A queda do céu**: palavras de um xamã yanomami. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

LADEIRA, Maria Inês. Notas etnográficas sobre o uso dos adornos corporais Guarani Mbyá na infância. Porto Alegre: **VII Reunião de Antropologia do Mercosil**, 2007.

LANGDON, Esther Jean. Representações de doença e itinerário terapêutico entre os siona da Amazônia colombiana. In: SANTOS, Ricardo V.; COIMBRA, Carlos. **Saúde e Povos indígenas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994, p. 115-142.

LANGDON, Esther Jean; DIEHL, Eliana E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 19-36, 2007.

LANGDON, Esther Jean; WIJK, Flávio Braune. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 459-466, jun. 2010. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000300023>. Acesso em: 20 abr. 2020.

LANGDON, Esther Jean; FOLLÉR, Maj-Lis; MALUF, Sônia Weidner. Um balanço da antropologia da saúde no Brasil e seus diálogos com as antropologias mundiais. **Anuário Antropológico**, [S.L.], p. 51-89, 1 jul. 2012. Open Edition. <http://dx.doi.org/10.4000/aa.254>. Acesso em: 20 abr. 2020

LANGDON, Esther Jean. **Xamanismo no Brasil**: novas perspectivas. Editora da UFSC, 1996.

LANGDON, Esther Jean. Prefácio. In: FERREIRA, Luciana Ouriques. **Medicinas Indígenas e as Políticas da Tradição**: entre discursos oficiais e vozes indígenas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2013.

LANGDON, Esther Jean. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Ciênc. Saúde coletiva**, vol. 19, n. 4, p. 1019-1029, abr. 2014. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=710505&indexSearch=ID>. Acesso em: 12 jan. 2021.

LAPLANTINE, François. **Antropologia da Doença**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

LE BRETON, David. **A sociologia do corpo**. 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **O Feiticeiro e sua Magia**: Antropologia Estrutural. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2008.

LÉVI-STRAUSS, Claude. A ciência do concreto. In: LÉVI-STRAUSS, Claude. **O pensamento selvagem**. Campinas: Papyrus, 2010 [1962], p. 15-50.

LEWKOWICZ, Rita Becker. **A hora certa para nascer**: um estudo antropológico sobre o parto hospitalar entre mulheres mbyá-guarani no sul do Brasil. 2016. 166 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

LIMA, Romilda de Souza; FERREIRA NETO, José Ambrósio; FARIAS, Rita de Cássia Pereira. Alimentação, Comida E Cultura: o exercício da comensalidade. **Demetra**: Alimentação, Nutrição & Saúde, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 507-522, 28 jul. 2015. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/demetra.2015.16072>. Acesso em: 20 abr. 2020.

MALINOWSKI, Bronislaw. "Introdução", "III. Características essenciais do Kula", "XXII.O significado do Kula". In: MALINOWSKI, Bronislaw. **Argonautas do Pacífico Ocidental**. São Paulo: Abril Cultural, 1988.

MAMPAEY, Mariana. Salud y cosmovisión reproductiva em la cultura Mbya-Guarani. In: VENTURINI, Sergio. **El índio Guaraní en la selva, en las Misiones, hoy**. Tierra Adentro ediciones, 2014.

MAUSS, Marcel. **Esboço de uma teoria geral da magia**. São Paulo: Edups, [1974] 2003.

MELIÀ, Bartomeu. A Terra sem mal dos Guarani: Economia e profecia. **Revista de Antropologia**, Universidade de São Paulo, v. 33, p. 33-46, 1990.

MELIÀ, Bartomeu. **Mundo Guarani**. Asunción: CEADUC-CEPAG, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Construção da identidade da Antropologia na área de saúde: o caso brasileiro. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 1998.

MARTINEZ-HERNAEZ, Angel. Dialógica, etnografia e educação em saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 399-405, jun. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000016>. Acesso em: 20 abr. 2020.

MENÉNDEZ, Eduardo Luis. **Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitee, 2009.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. O trabalho do Antropólogo: olhar, ouvir, escrever. **Revista de Antropologia**, vol. 39, n. 1, 1996. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ra/article/view/111579>. Acesso em: 25. Mai. 2019

OLIVEIRA, João Pacheco. Pluralizando tradições etnográficas: Sobre um certo mal-estar na Antropologia. In: LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luíza (Org.). **Saúde dos Povos Indígenas: Reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro. Contra Capa. 2004, p. 9-34.

ORTNER, Sherry B. Poder e Projetos: reflexões sobre a agência. In: GROSSI, Miriam *et al.* (Org.). **Conferências e Diálogos**. Saberes e Práticas Antropológicas. Brasília: ABA/ Nova Letra, 2007, p. 45-80.

OVERING, Kaplan J. Elogio do cotidiano: a confiança e a arte da vida social em uma comunidade amazônica. **Mana** [online], v. 5, n. 1, p. 81-107, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-93131999000100004>. Acesso em: 20 abr. 2020.

OZÓRIO, Lúcia. A interculturalidade e seus inúmeros começos comunitários. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 33-41, 2005.

PELLON, Luiz Henrique C.; VARGAS, Liliana A. Cultura, interculturalidade e processo saúde-doença: (des)caminhos na atenção à saúde dos Guarani Mbyá de Aracruz, Espírito Santo. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1377-1397, dez. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400017>. Acesso em: 20 abr. 2020.

PIERRI, Daniel Calazans. **O perecível e o imperecível: Reflexões guarani Mbya sobre a existência**. São Paulo: Elefante, 2018.

PINA-CABRAL, João de. "Aromas de urze e de lama": reflexões sobre o gesto etnográfico. **Etnografica**, [S.L.], n. 111, p. 191-212, 1 maio 2007. OpenEdition. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4000/etnografica.1922>. Acesso em: 20 abr. 2020.

PINHEIRO-MACHADO, Rosana. **Made in China: produção e circulação de mercadorias no circuito China-Paraguai-Brasil**. 2009. 332 f. Tese (Doutorado) - Curso de Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

PINHEIRO-MACHADO, Rosana. **Amanhã vai ser maior: o que aconteceu com o Brasil e possíveis rotas de fuga para a crise atual.** São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2019.

PINHEIRO-MACHADO, Rosana. O coronavírus não é democrático: pobres, precarizados e mulheres vão sofrer mais. **The Intercept.** Disponível em: https://theintercept.com/2020/03/17/coronavirus-pandemia-opressaosocial/?fbclid=IwAR1NArj316_WyTxKxBjcxGgy3iGckdkWrq_ebP6bDFSohsbOdSQAcoazw. Acesso em: 25 maio 2020.

PORTELLI, Alessandro. Sonhos ucrônicos: memória e possíveis mundos dos trabalhadores. **Proj. História**, São Paulo, v. 10, p. 41-58, dez. 1993.

PROJETO NHEMONGUETA KUNHÃ MBARAET. Disponível em: https://ims.com.br/convida/michele-kaiowa-graciela-guarani-patricia-ferreira-para-yxapy-sophia-pinheiro/?fbclid=IwAR0jXP_JLKwLvrKHMbs9PZR3FqV7PqKvlwQaWkBI6_fl5Z1TeDrvoBSmthE. Acesso em: 02 ago. 2020.

PRATES, Maria Paula **Da instabilidade e dos afetos mbyá: pacificando, amansando outros.** Porto Alegre: Editora da UFCSPA, 2019.

QUEVEDO, Júlio. **As missões - Crise e redefinição.** Série Princípios. São Paulo: Editora Ática S.A., 1993.

MATTA, Roberto da. Prefácio a edição brasileira e Introdução. In: RIVIÉRE, Claude. **Os ritos profanos.** Petrópolis: Vozes, 1997, p. 7-39.

ROCHA, Ana Luiza; ECKERT, Cornelia. **Antropologia da e na cidade, interpretações sobre as formas da vida urbana.** Porto Alegre: Marcavizual, 2013.

SAID, Edward W. **Cultura e imperialismo.** São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

SAHLINS, Marshall. La pensée bourgeoise e Conclusão: a utilidade da ordem cultural. In: SAHLINS, Marshall. **Cultura e razão prática.** Rio de Janeiro: Zahar editores, 1976, p.186-243.

SARTI, Cynthia A. A dor, o indivíduo e a cultura. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 3-13, jul. 2001. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902001000100002>>. Acesso em: 12. Mar. 2020.

SCOPEL, Daniel Scopel; DIAS-SCOPEL, Raquel Paiva; WIILK, Flávio Braune. Cosmologia e intermedialidade: o campo religioso e a autoatenção às enfermidades entre os índios Munduruku do Amazonas, Brasil. **Tempus Actas Saúde Coletiva** [Internet], v. 6, n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1141>. Acesso em: 12 abr. 2020.

Secretária Especial de Saúde Indígena – SESAI Cartilha Saúde Indígena – Um Direito Constitucional II Edição – Brasília 2020. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_direito_constitucional.pdf
. Acesso em: 11 mar. 2020.

CATAFESTO DE SOUZA, José Otávio de. **Aos "Fantasmas Das Brenhas":** Etnografia, invisibilidade e etnicidade de alteridades originárias no sul do Brasil (Rio Grande do Sul). 1998. 538 f. Tese (Doutorado) - Curso de Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1998.

CATAFESTO DE SOUZA, José Otávio de. Os Mbya-Guarani e os Impasses das Políticas Indigenistas no sul do Brasil. **Anais VIII Reunião de Antropologia do Mercosul**, 2009. Disponível em: <<http://laced.etc.br/site/indigenismo/arquivos/GT12-Ponencia%5BCatafesto%5D.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2020.

SEEGER, Anthony; DA MATTA, Roberto; VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo Batalha. Construção da Pessoa nas Sociedades Indígenas Brasileiras. **Boletim Museu Nacional**, 1979.

SCHWARTZ, Lilia Moritz. Entre amigas: relações de boa vizinhança. **Revista USP**, p. 69-75. Disponível em: <http://www.usp.br/revistausp/23/08-lilia.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2019.

TASSINARI, Antonella. Concepções indígenas de infância no Brasil. **Tellus**, ano 7, n.13, out. 2007. Disponível em: <https://www.tellus.ucdb.br/tellus/article/view/138/144>. Acesso em: 03 dez. 2020

TURNER, Victor. Liminaridade e communitas. In: TURNER, Victor. **O processo ritual**. Estrutura e antiestrutura. Petrópolis: Vozes, [1969] 2013, p. 97-126.

VICTORA, Ceres Gomes *et al.* **Pesquisa Qualitativa em saúde**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VASCONCELLOS-SILVA, Paulo R.; CASTIEL, Luis David. COVID-19, as fake news e o sono da razão comunicativa gerando monstros: a narrativa dos riscos e os riscos das narrativas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 7, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00101920>. Acesso em: 12 abr. 2020.

VILARINHO, Gabriel. A segurança e o outro nos tempos do coronavírus. **Revista Estudos Libertários (REL)**, UFRJ, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, Ed. Especial, n. 2, 2020.

WAGNER, Roy. A presunção da cultura. In: WAGNER, Roy. **A invenção da cultura**. São Paulo: Ubu editores, 2007, p. 25-44.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA ENTREVISTA

Questionário para entrevista com profissionais de saúde da secretária especial de saúde indígena:

- Qual a sua trajetória?
- Que orientações o DSEI possui na aldeia *Tekoa Ko'enju* quanto à implementação da atenção diferenciada a saúde indígena?
- Como é realizado o planejamento e implementação do subsistema de atenção diferenciado a saúde indígena?

APÊNDICE B - ILUSTRAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACERVO DA AUTORA

Fotografia 1 - Estátua fazendo referência as missões



Fonte: Acervo da autora (2020).

Fotografia 216 - Estátua fazendo referência aos jesuítas



Fonte: Acervo da autora (2020).

Fotografia 3 - Casa de trás do posto de saúde



Fonte: Acervo da autora (2019).

Fotografia 4 – Crianças ajudando no projeto de agricultura sintrópica



Fonte: Acervo da autora (2018).

Fotografia 5 - Torneio de futebol na *Tekoa Ko'enju*



Fonte: Acervo da autora (2018).

Fotografia 6 – Baile na *Tekoa Ko'enju*



Fonte: Acervo da autora (2018).

Fotografia 7 - Escola Igineo Romeu *Ko'enju*



Fonte: Acervo da autora (2020).

Fotografia 8 - Plantação no Mutirão do SAF



Fonte: Acervo da autora (2018).

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

DADOS DO PROJETO

Título do estudo: Um olhar antropológico sobre as práticas de autoatenção e a interculturalidade na saúde dos *Mbya-Guarani* em São Miguel das Missões-RS.

Pesquisador responsável: Karina Lilith Moreira Sanchez (mestranda PPGCS)
Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Pós-Graduação em Ciências Sociais

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-8622. Avenida Roraima, 1000, prédio 74, sala 2205, 97105-970 - Santa Maria - RS.

Local da coleta de dados: Aldeia *Tekoa Ko'enju* em São Miguel das Missões-RS

Eu, Valdecir Braitenbach, declaro que autorizo Karina Sanchez autora da pesquisa a realizar as observações e entrevistas necessárias ao estudo.

Ciente de que a proposta deste projeto é trazer algumas narrativas com exemplos de intermedicalidade (interação da biomedicina com os saberes tradicionais). Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo etnográfica, a ser realizada nas proximidades do posto de saúde que atende uma comunidade *Mbya-Guarani em São Miguel das Missões-RS*. Para o desenvolvimento da pesquisa será feito o seguinte: entrevistas, gravação de voz (sempre que expressamente autorizado), observação participante do ambulatório da Unidade Básica de Saúde (UBS) do Distrito Sanitário Especial Indígena de abrangência ligada ao litoral Sul(RJ/SP/PR/SC/RS). A presente investigação conta com a participação de aproximadamente 20 informantes, incluindo 5 profissionais de saúde da Secretária Especial de Saúde Indígena e 15 moradores da aldeia *Tekoa Ko'enju*. A análise de dados será do tipo temática de padrões com caracterização de descritores, formulando padrões culturais e temas a partir da narrativa dos interlocutores. **Objetivo da pesquisa:** Por meio desta investigação pretende-se analisar como ocorrem, as redes de cuidado e assistência nas proximidades do posto de saúde que atende a comunidade *Mbya-Guarani em São Miguel das Missões-RS*. **Objetivo secundário:** Refletir e compreender estratégias que respeitem noções particulares sobre o corpo, a saúde e a doença.

Entendo ainda que a pesquisa não oferecerá riscos físicos, morais, sociais ou culturais para os participantes. No entanto, em caso de algum desconforto emocional os participantes receberão da pesquisadora devida atenção, propiciando um espaço de escuta e respeitando o desejo do participante em dar ou não continuidade na entrevista. Não existem benefícios diretos para os participantes, eles serão indiretos e a longo prazo.

A participação de cada um é voluntária, não terá nenhum custo e também não receberá benefício financeiro. Se houver algum tipo de desconforto que seja identificado pelo entrevistado, existe a possibilidade do mesmo ser encaminhado para avaliação com profissionais competentes (assistência social ou psicólogos) de forma gratuita no posto de saúde. Todos tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de

prejuízo pela sua decisão.

Durante todo o período da pesquisa qualquer participante terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, basta entrar em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Telefone e e-mail: (55) 3220-9362 cep.ufsm@gmail.com).

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão divulgadas em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Autorização

Eu, Valdecir Braitenbach, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que a minha participação é voluntária assim como a todos os demais e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos da pesquisa, dos possíveis riscos mínimos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

Assinatura do voluntário

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Local, São Miguel das Missões-RS.

AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

DADOS DO PROJETO

Título do estudo: Um olhar antropológico sobre as práticas de autoatenção e a interculturalidade na saúde dos *Mbya-Guarani* em São Miguel das Missões-RS.

Pesquisador responsável: Karina Lilith Moreira Sanchez (mestranda PPGCS)
Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Pós-Graduação em Ciências Sociais

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-8622. Avenida Roraima, 1000, prédio 74, sala 2205, 97105-970 - Santa Maria - RS.

Local da coleta de dados: Aldeia *Tekoa Ko'enju* em São Miguel das Missões-RS

Eu, Tiago Timoteo, declaro que autorizo Karina Sanchez autora da pesquisa a realizar as observações e entrevistas necessárias ao estudo.

Ciente de que a proposta deste projeto é trazer algumas narrativas com exemplos de intermedicalidade (interação da biomedicina com os saberes tradicionais). Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo etnográfica, a ser realizada nas proximidades do posto de saúde que atende uma comunidade *Mbya-Guarani em São Miguel das Missões-RS*. Para o desenvolvimento da pesquisa será feito o seguinte: entrevistas, gravação de voz (sempre que expressamente autorizado), observação participante do ambulatório da Unidade Básica de Saúde (UBS) do Distrito Sanitário Especial Indígena de abrangência ligada ao litoral Sul(RJ/SP/PR/SC/RS). A presente investigação conta com a participação de aproximadamente 20 informantes, incluindo 5 profissionais de saúde da Secretária Especial de Saúde Indígena e 15 moradores da aldeia *Tekoa Ko'enju*. A análise de dados será do tipo temática de padrões com caracterização de descritores, formulando padrões culturais e temas a partir da narrativa dos interlocutores. **Objetivo da pesquisa:** Por meio desta investigação pretende-se analisar como ocorrem, as redes de cuidado e assistência nas proximidades do posto de saúde que atende a comunidade *Mbya-Guarani em São Miguel das Missões-RS*. **Objetivo secundário:** Refletir e compreender estratégias que respeitem noções particulares sobre o corpo, a saúde e a doença.

Entendo ainda que a pesquisa não oferecerá riscos físicos, morais, sociais ou culturais para os participantes. No entanto, em caso de algum desconforto emocional os participantes receberão da pesquisadora devida atenção, propiciando um espaço de escuta e respeitando o desejo do participante em dar ou não continuidade na entrevista. Não existem benefícios diretos para os participantes, eles serão indiretos e a longo prazo.

A participação de cada um é voluntária, não terá nenhum custo e também não receberá benefício financeiro. Se houver algum tipo de desconforto que seja identificado pelo entrevistado, existe a possibilidade do mesmo ser encaminhado para avaliação com profissionais competentes (assistência social ou psicólogos) de forma gratuita no posto de saúde. Todos tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

Durante todo o período da pesquisa qualquer participante terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, basta entrar em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Telefone e e-mail: (55) 3220-9362 cep.ufsm@gmail.com).

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão divulgadas em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Autorização

Eu, Tiago Timoteo, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que a minha participação é voluntária assim como a todos os demais e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos da pesquisa, dos possíveis riscos mínimos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

Assinatura do voluntário

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Local, São Miguel das Missões-RS.