UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

FLAVIANA RODRIGUES DE SOUSA

**Povos indígenas e saúde mental:
a luta pelo habitar sereno e confiado**

SÃO PAULO
2018

FLAVIANA RODRIGUES DE SOUSA

**Povos indígenas e saúde mental:
a luta pelo habitar sereno e confiado**

(Versão Corrigida)

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Psicologia Experimental

Orientador: Prof. Dr. Danilo Silva Guimarães

SÃO PAULO

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pela autora

Rodrigues de Sousa, Flaviana
Povos indígenas e saúde mental: a luta pelo habitar sereno e confiado /
Flaviana Rodrigues de Sousa; orientador Danilo Silva Guimarães.
-- São Paulo, 2018.
158 f.
Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Experimental) --
Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2018.
1. Povos Indígenas. 2. Saúde Mental. 3. Psicologia. 4. Multiplicação
Dialogica. 5. Tensões. I. Silva Guimarães, Danilo, orient. II. Título.

Nome: Sousa, Flaviana Rodrigues de

Título: Povos indígenas e saúde mental: a luta pelo habitar sereno e confiado.

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Professor Doutor Danilo Silva Guimarães – PSE - IPUSP (orientador)

Assinatura: _____

Professor Doutor Paulo José Brando Santilli – FCLAR - Unesp Araraquara

Professora Doutora Maria Luísa Sandoval Schmidt – PSA – IPUSP

Professor Doutor Ramiro German Gonzalez - Escuela de Psicología USS
Universidad San Sebastian – Concepción, Chile

*Para Laura,
Avany e Lalu.*

AGRADECIMENTOS

Ao Danilo, pela confiança, incentivo, compreensão e apoio ao longo dessa jornada. Por me fazer refletir sobre as questões aqui discutidas, mas também sobre minha origem, que tanto nos diz sobre nós mesmos.

Ao Vandrê, meu querido companheiro, por me apoiar e me fazer acreditar que esse percurso seria possível. Pela paciência, leitura, dicas, críticas e troca de ideias e pelo mergulho que fez junto comigo neste tema que para nós, tornou-se tão instigante.

A Laura, que esteve comigo desde o início, quem me faz acreditar na força e na beleza da existência humana.

Aos meus pais, Avany e Edvaldo que sempre me incentivaram aos estudos.

A Sirlene Miranda, pelo apoio desde o início da minha aproximação ao grupo e durante o processo seletivo; pelas reflexões, pela leitura atenta ao meu trabalho e pelas contribuições nas várias etapas desta dissertação. Obrigada mesmo!

Aos demais colegas do grupo Psicologia Cultural pelas trocas e sugestões ao longo do trabalho: Douglas Kawaguchi, Eloisa Leão, Hércules Moraes, Kléber Nigro, Suara Bastos, Marcos Sant'ana; Djalma Freitas, Marcel Lopes, Daniel Vas e Marília Benedito.

Aos colegas da Rede de Atenção à Pessoa Indígena: Leonardo Meira; Nathalia Silva, Melina Bertholdo, Victor Ibrahim, Thiago Schaffer, Rafaela Achatz, Kwami Fleury e outros tantos com quem pude trocar as experiências e reflexões sobre as questões indígenas e nossas atividades nas aldeias.

Aos Mbya Guarani do Jaraguá: Roberto Veríssimo, Sônia Barbosa, Senhor Miguel, Pedro Macena, Thiago Henrique, Márcia Venício e Jurandir.

Ao professor Dr. Paulo Santilli e à professora Dr^a Maria Luísa Sandoval Schmidt, pelas colaborações fundamentais na qualificação que nortearam o curso do processo de pesquisa e pelo aceite em participar da banca de defesa.

Ao Dr. Ramiro Gonzalez Rial, por todo apoio na fase final do trabalho e por ter aceitado participar da defesa.

Aos suplentes: Djalma Freitas, Suara Bastos e Bruno Simões.

A Beth Pastore e Vanessa Caldeira, por disponibilizarem seus materiais e se mostrarem sempre dispostas a ajudar.

Ao CNPq pelo apoio financeiro.

Enfim, a todos que de algum modo colaboraram para o desenvolvimento dessa pesquisa.

RESUMO

Sousa, F. R. (2018). *Povos indígenas e saúde mental: a luta pelo habitar sereno e confiado*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Esta pesquisa empírica discute pontos de tensões emergidos no diálogo interétnico em torno das questões de saúde indígena, dando ênfase ao tema da saúde mental. As tensões foram analisadas segundo diferentes pontos de vista sobre a promoção da saúde indígena, identificadas a partir da produção de um mapeamento que expressa os conteúdos discursivos marcados por um grande divisor: de um lado a perspectiva ocidental, composta pelo Estado, compreendido através das Políticas Públicas de Saúde Indígena; do Sistema Único de Saúde e sua assistência à saúde; pelos Conselhos Federal e Regional de Psicologia e pela Organização Mundial da Saúde. Do outro lado está a perspectiva dos indígenas, especialmente do povo Mbya Guarani, analisados com apoio da literatura antropológica, a partir da noção de *Teko Porã* (Bem Viver); dos noticiários produzidos e veiculados por coletivos indígenas; do conteúdo narrativo contido no documentário “Teko Rexaĩ - Saúde Guarani Mbyá” e dos discursos presentes nos noticiários produzidos por entidades indigenistas. As noções de “saúde” e “saúde mental” discutidas por Gadamer (2006), bem como as noções de “saúde” e de “*ethos*” refletidas por de Figueiredo (2008), referencial teórico-metodológico assumido nesta dissertação fundamentam sobre a importância do território nos processos de saúde/doença para os povos indígenas, bem como auxiliam a refletir sobre as tensões presentes em ambas as perspectivas. Os dados foram analisados a partir da noção de multiplicação dialógica (Guimarães, 2013) no âmbito do construtivismo semiótico-cultural em psicologia. A partir da identificação de tensões presentes, foram levantadas questões a respeito de como estruturar o cuidado em psicologia, refletindo sobre as possibilidades de seu trânsito entre diferentes perspectivas em saúde.

Palavras-chave: Povos Indígenas. Saúde Mental. Psicologia. Multiplicação Dialógica. Tensões.

ABSTRACT

Sousa, F. R. (2018). *Indigenous peoples and mental health: the struggle to live serene and trusting*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

This empirical research discusses points of tension emerging in the interethnic dialogue around indigenous health issues, emphasizing the theme of Mental Health. The tensions were analyzed according to different points of view on the promotion of indigenous health, identified from the production of a mapping that expresses the discursive contents marked by a great divide: on the one hand the western perspective, composed by the State, understood through Policies Public Health Indigenous; of the Unified Health System and its health care; by the Federal and Regional Councils of Psychology; and the World Health Organization. On the other side is the perspective of the indigenous people, especially the Mbya Guarani people, analyzed with the support of anthropological literature, based on the notion of *Teko Porã* (Bem Viver); of the news produced and transmitted by indigenous collectives; of the narrative content contained in the documentary "Teko Rexaĩ - Saúde Guarani Mbyá" and the speeches present in the news produced by indigenist entities. The notions of "health" and "mental health" discussed by Gadamer (2006), as well as the notions of "health" and "ethos" reflected by de Figueiredo (2008), theoretical and methodological reference assumed in this dissertation, importance of the territory in health / disease processes for indigenous peoples, as well as helping to reflect on the tensions present in both perspectives. The data were analyzed from the notion of dialogical multiplication (Guimarães, 2013), within the scope of semiotic-cultural constructivism in psychology. From the identification of present tensions, questions were raised about how to structure care in psychology, reflecting on the possibilities of its transit between different perspectives in health.

Keywords: Indigenous People. Mental Health. Psychology. Dialogical Multiplication. Tensions.

LISTA DE SIGLAS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CIMI - Conselho Indigenista Missionário

CNV - Comissão Nacional da Verdade

CSC - Construtivismo Semiótico Cultural

CTI - Centro de Trabalho Indigenista

DSEI - Distrito Sanitário Especial Indígena

FUNAI - Fundação Nacional do Índio

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

ISA - Instituto Socioambiental

MS - Ministério da Saúde

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OPAS - Organização Pan- Americana da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

SASI - Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

SESAI - Secretaria Especial de Saúde Indígena

SIASI - Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena

SPI - Serviço de Proteção aos Índios

SPI - Serviço de Proteção ao Índio

SUS - Sistema Único de Saúde

TI - Terra Indígena

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Passos de sintonização na relação interétnica 17

Quadro 2: População do ano de 2013 por sexo e etnia do DSEI Litoral Sul 33

Quadro 3: Triângulo semiótico de Moscovici 43

Quadro 4: *Self* na situação interétnica 44

Quadro 5: Total de Temas ao Longo do Período Analisado 52

Quadro 6: Distribuição de temas ao longo dos anos analisados 53

Quadro 7: Localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's) no território nacional 67

Quadro 8: Taxa de Mortalidade Infantil (por 1.000 nascidos vivos) em povos indígenas, Brasil, 2000 a 2009 122

Quadro 9: Dados parciais de óbitos em crianças indígenas menores de 5 anos em 2015, segundo os DSEI's 123

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: *Xeramôï* João da Silva abordando o tema da saúde 78

Figura 2: Três gerações Mbya Guarani reconhecendo os remédios da mata 80

Figura 3: Protesto na Rodovia dos Bandeirantes 89

Figura 4: Intervenção no Monumento às Bandeiras 96

Figura 5: Cacica Jandira Venício Kerexu com mulher (sem identificação) e dois bebês no Jaraguá 99

Figura 6: Mulheres cozinhando na aldeia *Tenondé Porã* 103

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO 14

1.1 Percurso pessoal e a formulação do objeto de pesquisa 14

1.2 A psicologia entre os diferentes pontos de vista sobre saúde indígena 19

2. INTRODUÇÃO 22

2.1 Saúde Mental: uma busca pela superação da visão dicotômica sanidade-loucura 22

2.2 Aproximação entre a psicologia e povos indígenas: construindo o diálogo 27

2.3 A noção de Cultura na Psicologia Cultural 29

2.4 O contexto atual da vida Mbya Guarani 31

2.5. Considerações sobre o modo de vida indígena contemporâneo 34

3 METODOLOGIA 41

3.1 A noção de Multiplicação Dialógica como recurso teórico-metodológico 42

3.2 Os materiais: múltiplas perspectivas sobre Saúde Indígena Mbya Guarani 46

3.2.1 Sobre as Políticas Públicas 46

3.2.2 Sobre o documentário “Teko Rexaĩ - Saúde Guarani Mbyá” 47

3.2.3 Sobre as notícias 48

3.3 Forma de análise dos resultados: a contribuição do construtivismo semiótico-cultural em psicologia para a análise das diferentes vozes do discurso 53

4 RESULTADOS 59

4.1 Políticas Públicas e Atenção à Saúde Indígena: a luta indígena pelo direito à saúde 59

4.1.1 O SPI e a FUNAI na assistência à Saúde Indígena 60

4.1.2 A atenção à Saúde Indígena e o Sistema Único de Saúde 61

4.1.3 Subsistema de Atenção à Saúde Indígena 64

4.1.4 A política Nacional de Saúde Mental e a interface com a Saúde Mental Indígena 70

4.2 Os discursos indígenas 73

4.2.1 Os discursos em “Teko Rexaĩ - Saúde Guarani Mbyá” 73

4.2.1.1 A vida em comunhão e o respeito à natureza 75

4.2.1.2 Concepção de Saúde Mbya Guarani X Postura do Estado 76

4.2.1.3 Sonho, batizado e religião: “acreditar em *Nhanderu*” 79

4.2.1.4 O uso dos remédios da mata 81

4.2.1.5 Bem estar coletivo 83

4.2.1.6 Cuidados Alimentares 83

4.2.1.7 Pontos observáveis de cura na matriz ocidental e na matriz indígena 85

4.2.2 As tensões nos discursos dos coletivos indígenas: *Tenonderã Ayvu* e Comissão - Guarani *Yvyrupa* **88**

4.2.2.1 Terra reduzida X impossibilidade de viver plenamente o modo Guarani **89**

4.2.2.2 Demarcação do território **91**

4.2.2.3 Privatização da saúde X controle social indígena **92**

4.2.2.4 SESAI X Descaso na saúde **92**

4.2.2.5 Índices e taxas de doenças e mortes da população indígena **94**

4.2.3 As tensões nos discursos do CTI, ISA, CIMI e Comissão Pró-Índio **95**

4.2.3.1 Monumento às Bandeiras X Violência contra os povos Indígenas **96**

4.2.3.2 Reintegração de posse X incerteza em relação ao futuro **97**

4.2.3.3 Luto: reconhecimento de uma importante liderança **99**

4.2.3.4 Precariedade na saúde indígena **100**

4.2.3.5 Manutenção da cultura Guarani através de práticas alimentares **103**

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 105

5.1 *Teko Porã*: aspectos do bem viver **105**

5.1.2 *Ethos* e a interlocução com a saúde mental **109**

5.2 Sofrimento mental indígena como desdobramento do processo colonialista **112**

5.3. Panorama atual da saúde indígena: notas sobre o perfil epidemiológico **118**

5.4 A psicologia e as relações de cuidado **125**

5.5 Possíveis pistas para o encontro entre a psicologia e a saúde indígena **133**

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 142

REFERÊNCIAS 147

ANEXOS 152

1 APRESENTAÇÃO

1.1 Percurso pessoal e a formulação do objeto de pesquisa

As preocupações que me conduziram a desenvolver esta pesquisa tiveram origem na graduação em psicologia na Universidade Estadual Paulista (UNESP) de Assis, pois foi quando comecei a indagar como as questões comunitárias e culturais contribuíam para as questões de saúde mental de uma pessoa ou de um coletivo. Desde minha formação no ano de 2005 e ao longo dos anos que se sucederam, fiz cursos e atuei no campo da saúde mental, com diferentes públicos, diretamente em equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tendo sempre esse questionamento presente.

Durante o período de minha formação como psicóloga, as disciplinas que tinham como temas a psicopatologia, o sofrimento mental e psicologia da saúde me despertavam maior curiosidade, assim como os estágios nessa área, nos quais buscava compreender a saúde mental, bem como o sofrimento mental não apenas por meio de descrições e classificações nosológicas e sintomáticas, mas, sobretudo, a partir das trocas semióticas que se dão no “campo cultural”¹. A partir da escuta de pessoas que apresentavam intenso sofrimento mental, algumas situações me inquietavam, fazendo assim, emergir questionamentos que me acompanharam ao longo da minha trajetória como psicóloga: quais seriam os disparadores que desencadeariam o surgimento do sofrimento mental? Como as influências do processo psicossocial interferem nas produções subjetivas? Como o território e suas condições socioculturais permeiam essas relações? Como pensar numa concepção de saúde mental, onde as afecções do corpo não sejam apartadas da mente? Foi então, a partir dessas indagações que comecei a formular uma questão de pesquisa.

No ano de 2013 me aproximei do Grupo de Estudos “Psicologia Cultural” do Departamento de Psicologia Experimental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, que era composto por orientandos de mestrado e de doutorado; alunos de graduação em psicologia por outros profissionais com diferentes formações acadêmicas que, assim como eu, tinham interesse em explorar essa discussão. Foi justamente esta multiplicidade de olhares que me chamou a atenção e me motivou a pensar numa psicologia que se implicasse com a multiplicidade dos processos humanos, tendo como base a Psicologia Cultural.

¹ Discuto a noção de “campo cultural” a partir dos apontamentos do psicólogo cultural Ernst Boesch (1991), que será discutida no subcapítulo A noção de Cultura e a Psicologia Cultural.

Através dos encontros entrei em contato com o referencial teórico do construtivismo semiótico-cultural em psicologia, a partir do qual pude perceber possibilidades de aproximação e de ampliação de reflexões que trazia comigo, no que diz respeito ao papel da cultura em relação aos processos de saúde-doença. Com essa reflexão em mente, me aproximei das questões indígenas a partir de discursos dos e sobre os indígenas, o que me propiciou um pouco mais de intimidade e clareza sobre os temas que vêm sendo debatidos atualmente.

Para formular uma questão de pesquisa, que tivesse maior consistência e viabilidade de desenvolvimento na esfera acadêmica, bem como para também me sentir mais familiarizada e confortável com as discussões sobre o tema, ainda no ano de 2013, me aproximei das discussões indígenas por meio de exposições e reflexões sobre as pesquisas que vinham sendo desenvolvidas pelos colegas do grupo de estudos, das atividades realizadas pela Rede Indígena² e da participação, em alguns encontros, no curso “Psicologia e Povos Indígenas: noções introdutórias”³. Começava então a desenvolver a ideia de refletir mais aprofundadamente sobre a saúde mental indígena e, aquelas questões que trazia comigo anteriormente, delinearam-se em torno do interesse de compreender o processo de sofrimento mental e a promoção em saúde mental para a população indígena, levando em conta a dimensão psicossocial, intrínseca, evidentemente, ao tecido cultural.

O contato com essa temática fez com que me despertasse não somente a curiosidade e motivação próprias de uma pesquisa acadêmica, mas também um interesse pessoal, de resgate a uma dimensão de formação pessoal relacionada às minhas memórias familiares.

A maior aproximação com a temática indígena me possibilitou novas sensibilidades, viabilizadas por outros modos de afeto, pelos cheiros, olhares, expressões faciais, compartilhamento de ideias e reflexões surgidas nos encontros com indígenas e com outros colegas que de alguma forma se mostravam tocados pela profusão de debates que envolvem os povos originários.

² A Rede de Atenção à Pessoa Indígena (Rede Indígena) teve seu início enquanto projeto do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP) no ano de 2012 até 2015, quando se transformou em Serviço de extensão. É formada por alunos de graduação e pós-graduação e tem a coordenação do Professor Dr. Danilo Silva Guimarães, visando à construção conjunta com as comunidades, a partir de atividades que visam fomentar o diálogo reflexivo sobre as questões indígenas vivenciadas na atualidade. Recuperado de www.psicologiacultural.ip.usp.br.

³ O curso foi ministrado, no ano de 2013, no IPUSP por Elisabeth Pastore, Paulo S. G., Luiz Eduardo Berni, Vanessa Caldeira. Com Bruno Simões, Edinaldo Rodrigues, Lumena Celi Teixeira como palestrantes convidados e sob responsabilidade do professor Danilo Silva Guimarães.

Logo após o ingresso no mestrado intentei trabalhar com entrevistas sobre saúde com povo Mbya Guarani da Terra Indígena do Jaraguá, porém o processo abarcaria elementos, particularidades e complexidades que eu não tinha conhecimento inicialmente. Em uma reunião, na qual estavam presentes algumas lideranças Mbya Guarani apresentei o projeto de pesquisa e esclareci meus objetivos e anseios com o desenvolvimento do trabalho, disse também que precisaria colher assinaturas dos caciques das três aldeias, conforme exigência da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) para o desenvolvimento da pesquisa. No entanto, após uma longa discussão entre as lideranças, na língua Guarani, me disseram que a comunidade tinha um modo próprio de se organizar, e que, para ter autorização para a realização das entrevistas eu precisaria primeiramente e principalmente da permissão dos mais velhos e não da FUNAI.

Foi só posteriormente, com um pouco mais de aproximação com esse povo, por meio das atividades na Rede Indígena, pude perceber o quanto o tema “Saúde” envolve uma complexidade na cosmologia Guarani, que o mantém muito reservado e protegido. Há conhecimentos sobre a saúde que somente os mais velhos, os *Xeramõi kuery* e as *Xejaryi kuery*⁴, detêm e os mantêm em segredo, sendo pouco difundidos até mesmo entre os membros da comunidade Guarani.

Mantive contato mais próximo com uma liderança Mbya Guarani no intuito de realizar essa conversa com os mais velhos para a realização das entrevistas. No entanto, a noção de tempo do não indígena é diferente do ritmo Mbya Guarani, algo que só a partir de uma convivência mais próxima é possível dimensionar. O tempo Guarani guarda suas particularidades, é um tempo distinto do tempo em que estamos habituados, “o tempo do *juruá*”, como dizem os Guarani ao se reportarem a noção de tempo do não-indígena. Eu trazia uma noção de tempo cronológico, preocupada com os prazos e acabei por me deparar com outro tempo, o tempo do outro, um tempo mais lento, um tempo mais calmo, um tempo necessário para conhecer esse outro.

[...] as diferentes formas da pessoa se relacionar com os afetos utilizando os recursos semióticos de uma dada cultura interferem em seu processo de sintonização rítmica das relações com os outros e com o mundo, ao mesmo tempo em que o modo de um organismo coordenar tonicamente seus sistemas subpessoais na relação com o ambiente, baliza as possibilidades de estabelecimento de significados pessoais da experiência. (Nash & Guimarães, em preparação, p. 10)

⁴ Adotei a grafia em Guarani que aparece mais comumente na literatura, tendo em vista que as palavras aparecem escritas das mais diversas formas.

Somente após um ano e meio de idas à aldeia *Tekoa Pyau*, no Jaraguá foi possível estabelecer uma conversa com um senhor Guarani, que a partir de sua própria demanda trouxe justamente questões sobre medicina e saúde, demonstrando preocupação com o modo de os mais novos lidarem com o adoecimento, de procurarem mais vezes ajuda na Unidade Básica de Saúde ao invés de utilizar o uso de ervas medicinais, devido ao desconhecimento sobre as plantas.

Como bem discutíamos nos encontros da Rede Indígena, para que se produza vínculo por via de uma harmonização rítmica (Nash & Guimarães, em preparação) são necessários alguns fatores como: a disponibilidade para a escuta do outro; o reconhecimento das assimetrias no diálogo⁵, o reconhecimento de que há diferenças entre eu e outro, e por fim a regularidade nos encontros.

Quadro 1 – Passos de sintonização na relação interétnica.

Fonte: Guimarães, 2017, p. 210.

O diagrama ilustra, na linha ondulada, o fluxo dos ritmos de uma comunidade. Na linha abaixo, sem ondulação, são apresentadas as etapas do processo para o compartilhamento, ou uma sintonia no contexto interétnico no fluxo da temporalidade. Na fase 0 há coexistência interétnica; na fase 1 abertura e disponibilidade para o outro; na fase 2 há disponibilidade regular, expectativa e confiança; na fase 3 há disponibilidade seletiva,

⁵ O termo “diálogo” é empregado nesta dissertação, com o sentido dialógico, ou seja, compreende as relações eu-outro, a alteridade e o confronto (Bakhtin, 2015).

criação de projetos e na fase 4 há assimetria (não hierárquica, mas assumindo que há diferenças), guiando processos de singularização étnica.

Dessa forma, vim respeitando o tempo Guarani, almejando alcançar maior compartilhamento possível de seu ritmo, o qual emergiu como novidade para mim. Nesse percurso surgiram muitos ruídos, silêncios e desconfortos, que me exigiram um exercício atento e constante de abertura interna, de disponibilidade e de sustentação, necessários para que se possibilitassem processos comunicativos. Assim, acabei por abandonar a ideia de realizar entrevistas e optei por ter acesso aos discursos do povo Mbya Guarani através de outros materiais já disponíveis publicamente, como os discursos contidos em noticiários, documentário e etnografias, que serão mais bem descritos ao longo do capítulo “Metodologia”.

A dificuldade do acesso a alguns conteúdos da cosmologia Mbya Guarani não se atribui unicamente à dimensão de um vínculo ainda incipiente e em construção, mas, sobretudo, ao fato de que muitas das tradições, dos ritos e outros aspectos de sua cosmologia devem manter-se reservados⁶. Os Guarani reiteram, muitas vezes, que seus costumes e sua cultura não devem ser revelados para o não-indígena sem se saber o motivo para qual se destina seu interesse. Há uma desconfiança e uma preocupação legítimas sobre a finalidade das pesquisas e o destino da utilização de seus conhecimentos, haja vista que, historicamente, as populações indígenas vêm sendo dizimadas através do genocídio⁷ e vem sofrendo toda espécie de violência, que são vivenciadas, em grande parte, a partir do contato interétnico. Guardar elementos reservados de sua cultura demonstra, sobretudo, uma forma de resistência contra as violências sofridas sistematicamente ao longo dos períodos colonial e pós-colonial.

Assim, a relação que emergiu em meu contato interétnico nos permite tecer alguns questionamentos como: qual seria o lugar da psicologia e do saber científico para com os povos indígenas⁸? É possível estabelecer uma relação de confiança? A psicologia pode ser parceira na promoção de saúde indígena?

O percurso até aqui trilhado possibilitou alguns caminhos para o desenvolvimento deste estudo, que toma como base a análise sobre as tensões presentes nas distintas perspectivas sobre a saúde indígena a partir da psicologia cultural e visa a construir algumas

⁶ No capítulo “Discussão” refletirei sobre a “reserva” enquanto uma dimensão do cuidado (Figueiredo, 2007).

⁷ Genocídio é uma ação deliberada que visa exterminar um grupo por motivos étnicos, raciais ou religiosos.

⁸ Compreendo “Povos indígenas” enquanto povos originários. Não como uma categoria homogenia, tampouco fixa.

pistas que nos auxiliem a compreender o papel da psicologia que se dispõe a na fronteira entre duas diferentes perspectivas.

1.2 A psicologia entre os diferentes pontos de vista sobre saúde indígena

O corpo teórico-metodológico desta dissertação tem como fundamento a Psicologia Cultural em sua vertente semiótico-construtivista, para a qual tomo como eixo norteador a noção de Multiplicação Dialógica⁹ (Guimarães, 2010, 2013), que sistematiza e articula conceitos desta área em direção à reflexão e compreensão das relações dialógicas, bem como aos limites do diálogo entre eu e o outro em seu encontro com a alteridade. Trata-se, portanto, de dispositivo útil para compreendermos o processo de compartilhamento e não-compartilhamento de trajetórias entre diferentes perspectivas. Assim, a multiplicação dialógica, considerando as distintas perspectivas, “possibilita acesso a um campo de intensas trocas afetivas sem um sentido absoluto entre eu e outro” (Bastos, 2017, p. 24).

Este estudo tem como objetivo refletir sobre as tensões presentes nos debates em torno das questões referentes à saúde mental vivenciadas pelos povos indígenas na atualidade, dando ênfase à etnia Mbya Guarani do estado de São Paulo. Para obter subsídios para essa reflexão produzi um mapeamento sobre diferentes pontos de vista, compreendendo algumas instâncias que discutem e se relacionam à saúde indígena, as quais podem ser agrupadas em duas principais perspectivas:

- a) De um lado está a perspectiva de saúde ocidental, onde figuram algumas esferas: o Estado, por meio de sua formulação no âmbito das políticas públicas de saúde; o Sistema Único de Saúde (SUS) e sua assistência à saúde; os Conselhos Federal e Regional de Psicologia (CFP e CRPSP); o aparato teórico-metodológico assumido nesta dissertação, que se ampara nas noções de saúde e saúde mental compreendida pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001; 2016),
- b) Do outro lado está a perspectiva dos indígenas, especialmente do povo Mbya Guarani, através da concepção de seu modo de vida e de suas noções sobre a saúde. Estas concepções são analisadas a partir do noticiário produzido e veiculado por coletivos indígenas; do conteúdo narrativo contido no documentário “Teko Rexaĩ - Saúde Guarani Mbyá”¹⁰; da perspectiva da Antropologia americanista-perspectivista,

⁹ Discutirei a noção de Multiplicação Dialógica com maior aprofundamento no capítulo “Metodologia”.

¹⁰ Os materiais serão descritos mais adiante, no capítulo “Metodologia”.

por meio das etnografias e da literatura, sobretudo através da prospecção da noção do *Teko Porã* (Bem Viver) dos Mbya Guarani; dos Movimentos Indígenas e dos discursos contidos nos noticiários produzidos por entidades indigenistas parceiras.

Já as noções de “saúde” e “saúde mental” discutidas por de Gadamer (2006), bem como as noções de “saúde” e de “*ethos*” refletidas por de Figueiredo (2008), referencial teórico-metodológico assumido nesta dissertação, auxiliarão na reflexão sobre a importância do território nos processos de saúde/doença para os povos indígenas, bem como articular e refletir sobre as tensões presentes em ambas as perspectivas.

Como profissional psicóloga, parto do posicionamento da perspectiva ocidental de saúde indígena, no entanto compreendo a importância do trânsito entre ambas as perspectivas, uma vez que essa aproximação se encontra em andamento. Todavia, o processo de aproximação precisa ser refletido e aprimorado pelo conhecimento psicológico, já que se pretende atuar nesse campo eticamente.

O relacionamento estabelecido entre estas duas perspectivas distintas gera tensões, sobre as quais refletirei como seus efeitos se desdobram na dimensão da saúde mental indígena, discutindo o sofrimento vivenciado pelo povo indígena Mbya Guarani, ao considerar, sobretudo, a dinâmica psicossocial do processo histórico colonial, cujos efeitos permanecem na sociedade contemporânea.

Assim, o objeto deste estudo é questionar como a psicologia se posiciona num campo da reflexão sobre saúde mental num contexto em que os conceitos não são compartilhados ou estão inadequados entre quem presta os serviços em saúde e quem os recebe: o profissional vai aderir qual ponto de vista se ele não quer adotar uma postura colonialista que se impõe sobre o fenômeno? Como conceber o processo saúde-doença quando esta questão é colocada em termos distintos pelos usuários dos serviços? Como construir um meio que possibilite um trânsito eficaz entre suas concepções?

Trata-se de refletir quais são os fundamentos de tantas dificuldades que a psicologia, assim como os demais agentes de saúde, principalmente os profissionais de saúde mental têm ao se aproximarem das populações indígenas para ofertarem uma atenção que leve em consideração a perspectiva de saúde ameríndia.

É relevante discutir também sobre a possibilidade de se manter cada domínio em seu lugar sem precisar integrá-los, mas que possam transitar entre as duas perspectivas de modo a poder ofertar uma assistência em saúde eficaz. Para isso é preciso entender quais são as tensões e compreender o que está em jogo nessa fronteira, levando-se em consideração quais são as características desse meio “entre ou inter”, marcado por conflitos, pois mesmo havendo

profissionais e sistemas que compreendem a importância de estabelecer o trânsito entre essas perspectivas, as tensões que emergem na relação de alteridade muitas vezes a impossibilitam.

É importante dizer que a aproximação com os serviços de saúde ofertados pelo Estado - o direito à saúde - foi uma conquista de muitos povos indígenas que ao mesmo tempo, passaram a agregar seus saberes e tecnologias na formulação da assistência à saúde. Contudo, muitas comunidades se mostram insatisfeitas com as ações de saúde ofertadas, já que estes não desejam que a assistência fosse feita de qualquer modo, desconsiderando suas particularidades culturais. Portanto, a pesquisa faz um mapeamento de tensões, principalmente entre as políticas públicas de saúde indígena e o discurso indígena, buscando refletir como a psicologia pode se posicionar diante das experiências em saúde em que se tentou essa aproximação, seja nas ações exitosas, como naquelas mal-sucedidas.

2 INTRODUÇÃO

2.1 Saúde Mental: uma busca pela superação da visão dicotômica sanidade-loucura

Frequentemente, quando falo que trabalho no campo da saúde mental, ouço o comentário: “Então você trabalha com os loucos!”. A partir dessa exclamação, reflexões sobre a dimensão que abarca a saúde mental, assim como se efetiva a prática psicológica nesse campo têm me inquietado, as quais também se inserem nessa pesquisa de mestrado.

Trabalhar com saúde mental, embora também se compreenda a loucura, ultrapassa esse tema, pois o trabalho nesse campo envolve uma dimensão que visa, sobretudo, contribuir com a promoção de saúde em diferentes situações de sofrimento. Ou seja, uma pessoa que foi diagnosticada com um transtorno mental considerado grave como, por exemplo, nos quadros de psicose (segundo os critérios dos manuais diagnósticos como a CID 10- Classificação Internacional das doenças e do DSM V- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) e nomeada popularmente como “louca”, pode apresentar um sofrimento importante, assim como pessoas que passam por situações agudas de sofrimento, como, por exemplo, a perda de um ente querido. Em ambas as situações, os quadros podem se desdobrar numa maior vulnerabilidade do ponto de vista da saúde mental da pessoa que vivencia essas experiências.

Nesse sentido, o sofrimento ou o “sofrimento mental”, pode ou não estar associado aos transtornos mentais, de modo que nem toda pessoa que apresenta um transtorno mental, segundo as classificações dos manuais diagnósticos mundiais, apresenta necessariamente sofrimento psíquico¹¹. Do mesmo modo, nem toda pessoa que apresenta um sofrimento psíquico importante, será diagnosticada com um quadro de transtorno mental. Essa dimensão parece soar demasiadamente óbvia, porém no cotidiano da prática em saúde mental, tanto nos dispositivos de saúde como na atuação clínica, esses pontos são frequentemente e facilmente confundidos.

A expressão *saúde mental* é ainda comumente entendida, erroneamente, enquanto combate à doença mental. No entanto, o termo implica compreensões que vão além da ausência de doenças mentais, abarcando, sobretudo um conjunto de ações promotoras de um

¹¹ É muito comum verificarmos um intenso sofrimento psíquico na vivência de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais, no entanto não é regra. Há pessoas que conseguem lidar com o sofrimento mental, seja por meio das terapias e de recursos internos próprios, de modo a minimizar seus efeitos sintomáticos, construindo assim, múltiplos significados para suas vidas através, sobretudo, de processos terapêuticos e criativos.

bem-estar físico, social e mental integrados (OMS, 2001; 2016). A saúde é vista como um processo em transformação, contínuo e incessante, que acontece a partir dos encontros que vivenciamos com o outro. Este outro pode vir a ser um outro social, como também a natureza, os acontecimentos, as invenções, ou seja, tudo aquilo que produz efeitos nos corpos e no modo de viver, desse modo, a saúde mental é inerente ao processo psicossocial e de produção subjetiva.

Ainda nessa direção, a Organização Mundial de Saúde (2001) ressalta a dificuldade em definirmos esse termo em um campo tão abrangente:

Estudiosos de diferentes culturas definem diversamente a saúde mental. Os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Numa perspectiva transcultural, é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa. De um modo geral, porém, concorda-se quanto ao facto de que a saúde mental é algo mais do que a ausência de perturbações mentais. (pp.31-32)

Vale salientar a importância de uma compreensão diferenciada de saúde mental para que assim possamos escutar as pessoas, mais do que saber identificar e realizar uma descrição de sintomas, possamos escutar o sofrimento subjetivo presentes em seus diversos níveis, em circunstâncias que ultrapassam a doença ou um franco estado agudo de desorganização pessoal.

O sofrimento mental pode derivar de diversas situações e sua manifestação pode se dar de inúmeras formas, não havendo padronização ou mensuração da intensidade de sofrimento. A fala, o conteúdo que se expressa através do discurso é apenas um meio com o qual a pessoa pode se valer para expressar seu padecimento, no entanto, não é o único. É necessário estarmos atentos às peculiaridades da expressão do sofrimento para cada pessoa ou cada coletivo, singularizando esse processo.

A expressão “saúde mental” utilizado nesta pesquisa toma como referência a noção compreendida pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), na qual o conceito de Saúde ultrapassa o simples estado de ausência de doença, entendendo-o, sobretudo, como um “bem estar físico, mental e social”. Para a OMS, são múltiplos os fatores que podem interferir e por em risco a saúde mental de uma pessoa ou de um coletivo, entre eles se destacam as “rápidas mudanças sociais, condições de trabalho estressantes, discriminação de gênero, exclusão social, estilo de vida não saudável, violência e violação dos direitos humanos” (OMS, 2016, s.p).

Nesse sentido, para que se vislumbrem ações promotoras em saúde mental, é fundamental a existência de ambientes onde sejam respeitados e protegidos os “direitos civis, políticos, socioeconômicos e culturais” de uma população. Entende-se que a saúde mental é parte integrante da vida de qualquer pessoa e é determinada por uma série de fatores “socioeconômicos, ambientais e biológicos”, de modo que a pessoa possa apresentar condições para realizar suas habilidades; consiga viver em comunidade; tenha condições para lidar com as tensões do cotidiano; e por fim, que “seja capaz de se emocionar e aproveitar a vida” (OMS, 2016).

Exposto isso, outro ponto que julgo importante frisar, diz respeito ao cuidado que tive, ao utilizar termo “saúde mental”, pois sabemos que este termo foi concebido nas tradições das sociedades ocidentais e que não é fundamentado nas cosmologias indígenas para tratar da dimensão de saúde, as quais, por sua vez, possuem suas próprias concepções de saúde, baseadas essencialmente no modo de vida próprio, nas práticas e compreensões xamânicas e nas compreensões espirituais. No entanto, a minha escolha pela utilização do termo “saúde mental” se dá pela forma com a qual concebo essa noção, que tem origem no meu percurso de formação acadêmica e profissional, que proporcionaram subsídios, como um olhar mais sensível e atento aos fatores culturais que estão na base do sofrimento mental, e que me despertaram o interesse para o desenvolvimento desta pesquisa.

Assim, falo de um lugar do qual tenho maior condição, familiaridade e que me permite abordar questões relevantes à saúde de forma mais respeitosa para com as concepções Mbya Guarani. Por serem imprescindíveis ao escopo de análise desta pesquisa, as concepções indígenas Mbya Guarani sobre os modos de produção de saúde, de adoecimento e de cura, por sua vez, serão discutidas ao longo da dissertação e mais detidamente nos subcapítulos “*Teko Porã: aspectos do Bem Viver*” e “*Os discursos em Teko Rexaĩ - Saúde Guarani Mbyá*”, quando serão colocadas em evidência as tensões provenientes do diálogo interétnico sobre o tema.

Vale ressaltar que a ênfase em trazer a expressão “saúde mental” diz respeito à preocupação em evidenciar essa dimensão, uma vez que a maior parte das pesquisas em saúde com coletivos indígenas têm estado mais ligadas à esfera do corpo nos seus aspectos biológicos e fisiológicos. Já as pesquisas que discutem a saúde mental, tratam, em sua maioria de problemas mais direcionados ao uso prejudicial de álcool, suicídio ou de estados de desorganização psíquica, fenômenos que em algumas sociedades indígenas podem ser concebidos como pertencentes ao campo da feitiçaria. Adicionalmente, saliento a dimensão “saúde mental”, não para reforçar a fragmentação enquanto saúde do corpo, da alma, da

mente, do espírito, mas proponho pensar na dimensão da experiência do sofrimento e das dores que não são necessariamente, somente do corpo, mas que atravessa a pessoa em sua totalidade, contemplando a dimensão que os Guarani nomeiam de *Teko Axy*, que se refere a algo próximo de um modo imperfeito de se viver, com a presença das dores e do sofrimento.

A saúde da mente não está dissociada da saúde do corpo, tampouco, de todos os processos culturais, biológicos, sociais e sanitários que ocasionam os quadros de adoecimento de uma pessoa ou população.

Gadamer (2006) ao refletir sobre o caráter oculto da saúde, discute a temática na era da ciência e da técnica, e realça, sobretudo, seu caráter experiencial (da experiência humana) e psicossocial do processo saúde/doença, tomando a saúde como um estado de “equilíbrio natural”, do restabelecimento da ordem natural dos processos vitais. O filósofo argumenta que o conceito de equilíbrio serve não somente para compreender os conceitos de saúde, mas para o entendimento da natureza em geral, em que a natureza seria, portanto, como “algo que se mantém a si mesmo e se mantém por si mesmo nas suas trajetórias” (p. 44). Assim, o profissional de saúde, através de seus conhecimentos e tecnologias é aquele deve agir no sentido de restabelecer o equilíbrio natural dos processos vitais.

A doença, conforme Gadamer (2006), por sua vez está caracterizada como perda de equilíbrio, que afeta não somente à dimensão biológica, mas também a vida social da pessoa, onde o doente estaria suspenso, no entanto estaria ligado ao retorno à sua vida “como aquele ao qual falta alguma coisa” (p. 50).

Saúde não é algo que se apresenta como tal num exame, mas algo que existe justamente por se subtrair a um exame. Saúde não é então algo de que temos sempre consciência, e não nos acompanha de forma preocupante como a doença. Não é algo que nos convida ao contínuo autotratamento. Ela pertence ao milagre do auto-esquecimento. (Gadamer, 2006, p. 103)

A doença não se restringe apenas a um evento médico-biológico, comumente tratada nas sociedades ocidentais, mas faz parte do processo histórico de vida e social da pessoa. Nesse sentido, podemos observar que o processo saúde/doença é dimensão inerente à constituição da pessoa, pois “a situação do corpo passa a integrar a situação do ser humano como um todo” (p. 50).

Ao tratar mais detidamente sobre a saúde mental, Gadamer (2006) também entende essa dimensão enquanto “equilíbrio”, por representar “justamente o estado da pessoa em sua totalidade” (p. 63) em sua relação com o mundo, de forma que a vida humana quando

ameaçada pela doença, implicaria na perda do equilíbrio e consequentemente afetaria o todo, e “sempre afetará o equilíbrio mental” (p. 66) da pessoa.

As noções de saúde e saúde mental serão discutidas sob a perspectiva na qual concebe a saúde remetida às dimensões socioculturais. Nessa direção, também o construtivismo semiótico-cultural em psicologia dialoga com a hermenêutica fenomenológica gadameriana, como destaca Simão (2015), por apresentar três importantes pontos de articulação:

a) o conceito de cultura, onde a Cultura é tida como “campo de ação” conforme proposições de Boesch (1991);

b) a dialogicidade, que se dá a partir da comunicação no diálogo, na qual os participantes buscam a intersubjetividade, e se reposicionam;

c) a reflexividade humana, que pode ser vista como propriedade da relação eu-outro que promove mudanças, descobertas e inovações.

Ainda no que se refere às aproximações entre a fenomenologia hermenêutica de Gadamer e o construtivismo semiótico-cultural em psicologia, Simão (2010), discute que “na relação hermenêutica, o potencial transformador se dá em grande parte, graças à estranheza que o tu apresenta para o eu, exigindo deste disponibilidade para deixar-se interpelar por aquele” (p. 217). Para a autora a busca pela compreensão e a ruptura da expectativa quanto ao consenso, é o que permite que eu e outro mantenham ativamente “tarefa reconstrutiva no diálogo”, de forma que para o construtivismo semiótico-cultural o consenso intersubjetivo é ativamente buscado pelos interlocutores, “é sempre momentâneo e nunca alcançado completamente” (p. 217).

Outra dimensão de saúde a qual recorro é a noção discutida por Figueiredo (2008), pois faz interessante articulação entre “ética, morada e saúde”. Para o autor,

Se pensarmos que a saúde para além de qualquer critério médico e psicológico, pode ser vista como usufruto do corpo (e da mente), não será difícil reconhecer que somente quando se tem um espaço privilegiado de moradia é possível despertar no corpo e na mente, toda sua capacidade de fruir, trabalhar e pensar (p. 70).

A saúde, segundo Figueiredo, está ligada ao modo de vida, ao “habitar sereno e confiado” a sua morada, que é a condição do gozar e experimentar o corpo de forma prazerosa e longe “dos riscos e das incertezas da sobrevivência” (p. 70). A morada coletiva equivale ao *ethos* de uma comunidade, de forma que a relação entre ética e saúde a qual o autor se refere relaciona-se em como habitar o mundo. Cabe-nos então refletir, especialmente no caso das populações indígenas, de que forma é possível habitar o mundo de forma serena e confiada, e

usufruir plenamente de seus corpos, sendo que a sua morada está prejudicada e é constantemente ameaçada nos conflitos e luta pela terra? Que saúde é então possível num contexto de violações?

Desse modo, os conceitos de saúde e saúde mental discutidos pela OMS (2001; 2016), por Gadamer (2006) e Figueiredo (2008) servem como aportes para a discussão do tema aqui focalizado. A dimensão abordada pela OMS se relaciona mais proximamente às concepções de Sistema Único de Saúde e das normativas em saúde, enquanto as noções de Gadamer e de Figueiredo apresentam conexões com o campo teórico – o construtivismo semiótico-cultural em psicologia - que sustenta essa pesquisa. Essas dimensões de saúde, apesar de terem suas especificidades, apresentam muitos pontos de conexão e refletem quais os lugares a partir dos quais me posiciono: enquanto profissional da área da saúde e pesquisadora, denotando assim, posições e conceitos que me auxiliam na reflexão para o desenvolvimento desta dissertação.

2.2 Aproximação entre a psicologia e povos indígenas: construindo o diálogo

Observar os efeitos na saúde mental e os sofrimentos decorrentes de processos psicossociais na população geral é uma tarefa complexa, tratando-se de populações indígenas, torna-se desafiadora, pois a abordagem sobre tais povos evidencia as tensões que emergem de diálogos interculturais, que estão fortemente imbricadas na relação eu - outro (Simão, 2010).

A psicologia, cujo campo de interesse se constitui nas relações entre pessoa e sociedade, deve compreender as inter-relações povos indígenas e não-indígenas como parte de seu compromisso, para resultar em novas referências para a formação e atuação do psicólogo, bem como enfatizar a relevância que essas temáticas denotam para a promoção e ampliação de compreensões sobre a relação pessoa-cultura, dimensões que se mostram férteis para a área.

Trabalhar com as populações indígenas guarda alguma semelhança com o trabalho junto a outros grupos sociais vulneráveis. No entanto, a complexidade dessa relação intercultural é ainda maior porque se trata de outra cosmologia, outro universo cultural, diferentemente de outros grupos sociais vulneráveis que, apesar de traços culturais também singulares, esses pertencem à nossa mesma cultura branca ocidental cristã. (CRPSP, 2010, p. 326)

Nesse sentido, o Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região, São Paulo, vem desde 2004 promovendo debates em torno da temática Psicologia e Povos Indígenas. O início das discussões sobre Psicologia e Povos Indígenas foi marcado pela realização do Seminário Nacional “Subjetividade e Povos Indígenas” em parceria com o Conselho Indigenista

Missionário (CIMI), ocorrido no mesmo ano, o qual teve como interlocutores do evento lideranças indígenas de 23 etnias vindas de diferentes Estados do Brasil.

Participaram do seminário “Subjetividade e Povos Indígenas” cerca de cinquenta nativos, representando 37 aldeias de 11 Estados brasileiros: Xukuru, Xukuru de Ororubá, Kawbiwa, Karajá Xmbioá, Karajá, Gavião, Arara, Aikanã, Sabanê, Apurinã, Macuxi, Bororo, Terena, Xerente, Canela, Kaingang, Guajajara, Guarani/Kaiowá, Wapichana, Tucano, Mayoruna, Maxakali e Karitiana. Além das lideranças indígenas, participaram 10 missionários do CIMI e 15 psicólogos representando os Conselhos Regionais e de profissionais de áreas afins (CRPSP, n.d).

A partir desse encontro foi pensada uma série de ações que visavam fomentar e ampliar essa discussão, tais como: a constituição de um Grupo de Trabalho que teve como um dos seus objetivos promover maior articulação entre os profissionais da psicologia atuantes com as populações indígenas; a produção do CD-ROM “Subjetividade e Povos Indígenas”; uma edição da TV Diversidade em parceria com a Pontifícia Universidade Católica (PUC) de São Paulo, que buscou a sensibilização do psicólogos para com o tema em questão; a realização de encontros interdisciplinares nas Regiões onde estão localizadas as aldeias do Estado de São Paulo e, por fim, a produção do livro “Psicologia e povos Indígenas”, o qual contempla um capítulo intitulado “Recomendações aos psicólogos no trabalho com indígenas” (CRPSP, 2010).

Mais recente, no mês de agosto do ano de 2016, em decorrência do trabalho que vem sendo desenvolvido desde 2004, o CRPSP lança um segundo livro que aborda o tema povos indígenas, dessa vez, intitulado “Povos Indígenas e psicologia: a procura do bem viver” (CRPSP, 2016). Há uma inversão do título em relação à primeira publicação do ano de 2010, o que é bastante interessante, pois sugere a ideia de que a psicologia é que acaba por ser uma grande beneficiária dessas trocas ao abranger em seu escopo de atuação, as discussões sobre o tema do contato interétnico com as populações indígenas.

Os livros priorizam a concepção de que é necessário primeiramente ouvirmos as pessoas indígenas, caminharmos junto com elas e, sobretudo, não falarmos por elas, já que elas mesmas possuem e expressam suas próprias vozes. Nesse sentido, os dois livros apresentam primeiramente a fala de representantes indígenas, posteriormente de profissionais e de estudantes que trabalham nesse campo. Nas obras, vemos que existe a preocupação de se fazer uma psicologia que esteja implicada com os processos de luta desses povos contra o etnocídio e toda espécie de violência que vem sendo praticado ao longo do processo colonialista, como também valorizar uma psicologia que esteja, antes de tudo, atenta aos

direitos humanos, capaz de reconhecer a necessidade de rever e reinventar suas teorias referentes à dimensão subjetiva desses processos (CRPSP, 2016).

O Conselho Federal de Psicologia também tem estado mais atento a aproximação entre a psicologia e os povos indígenas, por meio de incentivos aos encontros, divulgação e publicação de textos, notas e artigos com a temática indígena, inclusive, no ano de 2013, junto como CRPMS e outros Conselhos Regionais promoveu o “I Encontro Nacional Psicologia, Povos Indígenas e Direitos Humanos” ocorrido em Dourados – Mato Grosso do Sul, resultando em uma publicação de propostas que foram endereçadas às universidades, diferentes instâncias governamentais e à V Conferência Nacional de Saúde Indígenas, ocorrida em novembro do mesmo ano (CFP, 2013).

Baseando-se nesses esforços, esta pesquisa se engaja em estabelecer uma interface entre a psicologia, sobretudo, a psicologia cultural, e a saúde mental indígena, cuja análise se preocupa em identificar como as questões de saúde mental e os possíveis sofrimentos mentais indígenas emergem em decorrência de um processo psicossocial, os quais estão intimamente relacionados ao processo de colonização ao longo do tempo histórico, marcado fundamentalmente pela violência do Estado contra os povos originários, e que canaliza a produção de subjetividades atravessadas por sofrimentos singulares e característicos da situação ainda vivenciada na atualidade.

2.3 A noção de Cultura na Psicologia Cultural

A pesquisa se insere na área de conhecimento do programa de Psicologia Experimental do IPUSP, na linha de pesquisa problemas teóricos e metodológicos da pesquisa psicológica. Está situada no Laboratório de Interação Verbal e Construção do Conhecimento (LIVCC), onde são desenvolvidos estudos a respeito de processos de “construção de conhecimento que se assentam em relações eu-outro, e que dizem respeito às ações simbólicas humanas envolvidas na manutenção e transformação culturais (Simão, 2010)”¹². O grupo de pesquisa tem principal interesse na Psicologia Cultural, pois compreende que a cultura ocupa um papel central nos processos da atividade humana.

O construtivismo semiótico-cultural em psicologia, de acordo com Simão (2010), pode ser compreendido enquanto uma perspectiva teórico-metodológica que vem ganhando maior

¹² Recuperado de: <http://www.ip.usp.br/portal>

expressão na psicologia no final do século XX, partindo das ideias dos interlocutores clássicos como George Mead, Heinz Werner, James Baldwin, Kurt Lewin, Jean Piaget, Lev Vigotski, Mikhail Bakhtin, Pierre Janet, e William James; e de autores contemporâneos Ernst Boesch e Jaan Valsiner. Trata-se de uma perspectiva teórico-metodológica que está preocupada com o maior aprofundamento sobre as relações “afetivo-cognitivas sob as quais os fenômenos psicológicos se desenvolvem” (Simão, 2010, p.54), no sentido de romper com as abordagens dicotômicas em psicologia que se restringiam a explorar a dimensão exclusivamente racionalista ou exclusivamente baseada nos afetos.

Na psicologia cultural, conforme as considerações do psicólogo Jaan Valsiner (2012), a cultura é compreendida como parte inerente das funções psicológicas humanas, intrínseca ao sistema psicológico da pessoa e não como algo externo a ela, como um organizador causal externo, de modo que a psicologia cultural busca compreender a natureza dinâmica e processual de funcionamento da cultura nos sistemas psicológicos humanos tanto intrapessoais quanto interpessoais.

Para a compreensão dos processos saúde/doença na população indígena, tomo como fundamentação teórica construtivismo semiótico-cultural, que, como aponta as reflexões de Nash & Guimarães (em preparação), trata-se de “uma perspectiva teórico-metodológica em psicologia que focaliza os processos básicos do existir humano, observando como cultura está presente no sentir, no pensar e no agir em sociedade” (s.p), na qual a cultura é compreendida enquanto processo dinâmico, sendo modificada, desconstruída e reconstruída a partir das relações *eu-outro* mundo (Simão, 2010).

Tomo aqui a noção de “campo cultural” a partir das proposições de Boesch (1991), psicólogo cultural, que contribuiu com seus estudos para esta área de conhecimento, sobretudo, com o conceito de cultura. Para o autor a cultura é compreendida tanto como estrutura como enquanto processo, pois no campo cultural, a cultura não apenas media a ação, mas é constantemente transformada. Assim, “o campo cultural de ação oferece possibilidades, mas também estipula condições para a ação, na qual circunscreve balizas que alcançam certos significados, mas também oferece limites para ações adequadas, possíveis e desviantes” (p. 29).

Por fim, compreendo que refletir sobre as tensões que emergem de diferentes pontos de vista sobre processo saúde-doença de populações indígenas e refletir como a psicologia se posiciona frente a elas, tem reverberações nessa área de conhecimento, que abrange a perspectiva teórico-metodológica do construtivismo semiótico-cultural e a psicologia cultural, uma vez que a área discute a alteridade, a dialogicidade, as relações intra e interculturais,

sejam nos âmbitos cultural, coletivo e pessoal na produção do sentido. Mais adiante, no capítulo “Metodologia” discutirei com maior aprofundamento, sobre as implicações da metodologia dialógica na produção do conhecimento, tendo por base a noção de Multiplicação Dialógica (Guimarães, 2010; 2013), recurso metodológico oriundo da área em questão, o qual abordarei mais detidamente para os fins dessa pesquisa.

2.4 O contexto atual da vida Mbya Guarani

Conforme descrição do caderno *Guarani Retã* (Grünberg & Melià, 2008), no ano de 2008, o povo Guarani somava cerca de 100.000 pessoas, as quais habitavam aldeias e comunidades no Brasil, Argentina e Paraguai. Além desses países, há também comunidades Guarani que vivem na Bolívia, que em 2001 somavam 78.345 pessoas (ISA, 2016).

O povo Guarani tem sido identificado através de quatro subgrupos: os Mbya-Guarani; os Kaiowá (Pai-Taviterã); Guarani ou Nhandeva (Avá-Guarani) e os Ache- Guayakí, que guardam semelhanças no aspecto fundamental de sua cultura e organização sócio-política, porém mantém muitas diferenças, que servem como “marcadores étnicos” (Grünberg & Melià, p.03), expressas por variações na língua, na religião e no modo como se relacionam com o meio ambiente.

Essa classificação em subgrupos não reflete necessariamente às próprias formas de autoidentificação, como nos indica Pierri (2013), pois as relações entre os Guarani caracterizam-se por serem “relacionais e fluidas” (p. 22). Assim, a partir de um diálogo entre Pierri (2013) e um senhor Guarani é exemplificado o sentido relacional do termo *Mbya*. No diálogo, o senhor designa o termo Mbya para distinguir as relações entre familiares e parentes, apontando assim a inexistência de fronteiras rígidas para o uso do termo e de classificação de subgrupos Guarani. No mais, o autor aponta que essas categorias “são sempre contextuais e, portanto, variáveis no tempo e no espaço” (p. 24).¹³

Também em 2008, a FUNAI declara que no Brasil, os Mbya somavam 7.000 pessoas, distribuídas nos estados do Espírito Santo, Pará, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo e Tocantins. No entanto, segundo colocação do Instituto

¹³ De acordo com o mencionado, é possível notar, a partir da literatura, diferentes classificações nas categorias subgrupais do povo Guarani, não obedecendo necessariamente aos mesmos critérios de classificação. Assim, por exemplo, Pissolato (2006) descreve quatro subgrupos Guarani: Kaiowa, Nandeva, Mbya e Ava. Nota-se que Ava e Nandeva para a autora, pertencem às categorias distintas, diferentemente do descrito por Grünberg & Melià (2008).

Socioambiental há controvérsias quanto a este número, pois esse povo tem como característica importante uma mobilidade intensa em sua dinâmica social, que envolve visitas aos parentes, que muitas vezes se estendem por longos períodos, intercâmbios de materiais para artesanatos e para a agricultura, rituais, entre outras atividades intercomunitárias que dificultariam que dificultam a obtenção dados censitários mais precisos.

Há ainda outros aspectos, entre os quais: o acesso a algumas aldeias ou moradias, dificuldades de obtenção de informações nas comunidades, e sobretudo a aversão dos Guarani aos recenseadores, pois entendem, com razão, que a contagem trata-se de uma forma de controle do Estado (conforme apontado por Meliá, 1997, no Paraguai, e Brighenti, 2001, na Argentina). Levantamentos demográficos realizados isoladamente em algumas aldeias, ou mesmo informações numéricas desconectadas no tempo, prestam-se mais a desinformações e projeções infundadas, muitas vezes consideradas pelos índios como prejudiciais. (ISA, 2016, s.p.¹⁴)

Segundo levantamento de Pierri (2013), a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) em janeiro de 2013 teria divulgado, que naquele ano o número de pessoas Guarani habitantes das regiões Sul e Sudoeste do país, somavam 12.199 pessoas, que se distribuíam nas regiões que compreendem os estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro e o Espírito Santo, tanto no interior dos estados como na faixa litorânea, totalizando 129 Terras Indígenas.

A região litorânea desses estados compreende a área de abrangência do Distrito Sanitário Litoral Sul, no entanto, dados e características oficiais dos Mbya e outros povos referenciados por esse DSEI, não estão disponíveis até o presente momento para consulta pública.¹⁵ As únicas informações sobre o DSEI Litoral Sul disponíveis no site do Ministério da Saúde, no portal da saúde, restringem-se a uma demarcação geográfica e a um pequeno quadro com as seguintes informações: População Geral 10.610; número de estados de

¹⁴ Recuperado de www.pib.socioambiental.org/pt/povo/guarani-mbya/1289

¹⁵ Verifico mais uma vez, uma grande dificuldade de acesso a dados sobre a saúde indígena, como a distribuição e características gerais dos Mbya Guarani que estão circunscritos a área de abrangência do DSEI Litoral Sul. Solicitei esses dados diretamente ao DSEI, através do e-mail dseilitoral.sesai@saude.gov.br em três momentos: dezembro de 2015, fevereiro de 2016 e outubro de 2016, além de pelo menos seis tentativas por telefone, ao longo de 2015 e 2016, todas sem sucesso. No site do Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), essas informações não estão disponibilizadas e o endereço que Pierri (2013) referencia, em sua dissertação, como local oriundo dos dados não foi encontrado. Em outubro de 2016 solicitei essas informações ao Serviço de Informação ao Cidadão <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/acesso-a-informacao>, portal que funciona por obedecer a Lei nº 12.527, que regulamenta o direito constitucional de acesso dos cidadãos às informações públicas, tendo recebido a resposta por email em 21.11.2016.

abrangência 05; número de municípios de abrangência 68, número de Pólos Base 14; número de aldeias 181 e número de etnias 06¹⁶.

Após consulta ao Serviço de Informação ao Cidadão obtive informações complementares, a população total cadastrada na área do DSEI Litoral Sul no ano de 2013, somava 7.986 pessoas, distribuídas entre diferentes etnias, conforme visualização na tabela a seguir.

Quadro 2 - População do ano de 2013 por sexo e etnia do DSEI Litoral Sul

Etnia ▲ ☰	Métrica ☰☷☶	População Total ☰☷☶	Porcentagem (%) ☰☷☶	População Total ☰☷☶	Porcentagem (%) ☰☷☶
	Sexo ▼ ☰☷☶	M ▼ ☰☷☶	M ▼ ☰☷☶	F ▼ ☰☷☶	F ▼ ☰☷☶
GUARANI		1.774	51,42%	1.676	48,58%
GUARANI M̃BYA		1.484	49,29%	1.527	50,71%
KAINGANG		431	50,29%	426	49,71%
TUPI		282	50,99%	271	49,01%
PATAXO		20	52,63%	18	47,37%
CHARRUA		15	45,45%	18	54,55%
XETA		12	63,16%	7	36,84%
XAVANTE		1	20,00%	4	80,00%
GUARANI NANDEVA		2	40,00%	3	60,00%
GUARANI KAIOWA		3	60,00%	2	40,00%
KAIOWA				2	100,00%
XOKLENG		3	75,00%	1	25,00%
TERENA		0	0,00%	1	100,00%
KRENAK				1	100,00%
FULNI-Ô		1	100,00%	0	0,00%
PANKARARU		1	100,00%	0	0,00%

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

O quadro 2 exhibe a população do DSEI Litoral Sul no ano de 2013. É possível contrastar essas informações com os dados anteriores, pois apesar de algumas etnias terem apenas uma única pessoa, vemos que o DSEI Litoral Sul abrange 17 distintas etnias, diferente das 06 apontadas no portal da Saúde.

Nesse tópico foram mencionados os dados sobre a distribuição geográfica e populacional sobre os Mbya Guarani bem como algumas características do DSEI Litoral Sul.

¹⁶ Recuperado de: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/25/Dsei-Litoral-Sul.pdf>.

Outros aspectos da cultura Mbya Guarani que tiverem maior relação com a dimensão da saúde, como a religiosidade, a alimentação e a educação entre outros, serão tratado mais adiante, nos subcapítulos “Os discursos em Teko Rexaĩ - Saúde Guarani Mbyá”; “*Teko Porã*: aspectos do bem viver” e “*Ethos* e a interlocução com a saúde mental”. Considerando que as dimensões que compreendem a cosmologia Mbya são diversas e foram temas de muitas pesquisas etnográficas, sua apresentação ampla não se constitui como o alvo principal deste estudo¹⁷.

2.5 Considerações sobre o modo de vida indígena contemporâneo

Nota-se que a população indígena vem crescendo no Brasil de forma constante desde o ano de 1980, sendo bastante expressivas as que habitam em centros urbanos (Stock, 2012). Atravessamos um momento histórico relevante com o ressurgimento (resistência) de várias etnias consideradas extintas, num fenômeno conhecido como etnogênese. Segundo o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010 foram contabilizados no Brasil mais de 305 povos indígenas que somam cerca de novecentas mil pessoas, destas, quase quarenta por cento vivem em cidades e as demais habitam áreas rurais (IBGE, 2010).

O contato entre os ameríndios e a população nacional envolvente tem se tornado cada vez mais estreito e muitas vezes conflituoso, provocando assim mudanças em ambas as populações. O estreitamento destas relações originou-se a partir de um campo de tensões e dentre os fatores desta aproximação, houve o aumento populacional indígena e o avanço da sociedade envolvente rumo às novas frentes agrícolas, impossibilitando o isolamento das comunidades indígenas. Em detrimento desta impossibilidade de isolamento, o que foi muitas vezes desejado pelos próprios indígenas, na contemporaneidade acontece também o processo inverso, no qual se veem interessados em se apropriar de elementos da cultura da sociedade envolvente, necessários ao seu enfrentamento e resistência.

Por conseguinte, as trocas cada vez mais intensificadas, seja pela proximidade das aldeias com o contexto urbano ou devido ao processo migratório, trouxeram mudanças no modo como o indígena se apresenta para o outro: ressignifica e apropria-se dos meios de comunicação do não indígena, por exemplo, valendo-se de uma tácita visibilidade nesses

¹⁷ A cosmologia Mbya Guarani é tema muito abordado em estudos etnográficos, para melhor compreender seus aspectos sugiro a leitura das etnografias arroladas nas “Referências” da dissertação.

meios, expondo a existência dos prejuízos decorrentes da não garantia de direitos constitucionais, como o direito à terra.

Em abril de 2014, cerca de cinquenta indígenas realizaram um ato simbólico no Pátio do Colégio, São Paulo, ocupando o monumento histórico, marco da colonização europeia, como parte dos protestos da Campanha Resistência Guarani SP¹⁸. A campanha que reivindica a demarcação de terras nas aldeias no entorno da metrópole de São Paulo, traz à tona questionamentos a respeito dos direitos dos povos da etnia Guarani: a terra aparece como condição básica de manifestação e preservação cultural indígena. Apropriar-se simbolicamente de tal espaço é um ato de resistência contra a perda de seus territórios que, paulatinamente foi reduzido ao longo de nossa história.

A garantia de um território demarcado é fundamental para esses povos, já que a relação que mantêm com a terra, a qual supõe um pertencimento a ela, é parte intrínseca de sua indianidade (Viveiros de Castro, 2006). A falta de espaço físico acarreta em inúmeros prejuízos para os povos indígenas, tal como é evidenciado na fala de Jerá Giselda Guarani¹⁹, moradora da aldeia Tenondé Porã, no distrito de Parelheiros, São Paulo. Jerá lamenta que o tamanho reduzido de sua aldeia a impeça de cumprir sua missão, recebida de um líder espiritual, de proteger e cultivar as sementes de uma espécie de batata-doce tradicional: “a maioria da aldeia já não tem, então eu planto, depois replanto, esperando a ampliação da terra, quando poderemos plantar dentro do princípio guarani”. Ainda segundo Jerá, a diminuição destes espaços vai além do prejuízo imediato do ato de plantar e colher, acarretando inclusive, especialmente nos mais velhos, o aparecimento de quadros de depressão e de uso abusivo do álcool.

Parte da literatura existente na área sugere que o encontro mais próximo dos indígenas com os não indígenas trouxe problemas que, até então, não estavam presentes nessas comunidades e que é possível verificarmos atualmente através do consumo nocivo de álcool e outras drogas, o crescimento do uso de antidepressivos e outros psicotrópicos, ampliação do número de suicídios, desvalorização dos costumes tradicionais e aumento da violência, dentre outros (Stock, 2011).

¹⁸ Esta campanha teve início em abril de 2014, onde reivindicava a assinatura pelo Ministro da Justiça José Eduardo Cardozo do documento que garantia a demarcação das Terras Indígenas Tenondé Porã e Jaraguá, já reconhecidas pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI) aos povos Guarani. Recuperado de: <http://campanhaguaranisp.yvyrupa.org.br/>.

¹⁹ Desidério, M. (2014,17 de abril). “Guaranis pedem ampliação de aldeia”. Brasil de Fato, s.p. Recuperado de: <http://www.brasildefato.com.br>

Voltando um pouco na história, Amoroso (2014) discute as atividades dos frades capuchinhos registradas em cartas e relatórios dos missionários em aldeamentos indígenas no Paraná na segunda metade século XIX. A autora aponta a criação dos Aldeamentos de Catequese e Civilização do Império (1845-1898) que tinha como objetivo o povoamento do sertão por colonos nacionais e estrangeiros, alvo principal da política de ocupação de terras do período e reflete como se deu a dinâmica de espoliação de territórios de ocupação dos indígenas: “A missão capuchinha não almejava como objetivo imediato ensinamento de ‘verdades abstratas’ aos índios, mas pretendia, antes disso, desenvolver um programa marcadamente moral e político, de estímulo à adoção pelos índios dos hábitos *civilizados*.” (p. 93).

Como justificativa à crescente demanda dos colonos pela concessão dos terrenos dos aldeamentos, os frades italianos se respaldavam, em favor de sua entrega, afirmando que “a catequese dos índios dependia do exemplo edificante que se oferecia aos índios por meio da proximidade com os colonos cristãos” (p. 92). Para os colonos, tanto os nacionais como os estrangeiros, havia o desejo de seus estabelecimentos se fixarem o mais próximo desses aldeamentos, uma vez que neles havia uma grande oferta de mão de obra (tanto indígena como de funcionários assalariados), proximidade das colônias militares, presença da Igreja e do sacerdócio cristão, bem como a garantia de abastecimento das lavouras.

O estatuto dos aldeamentos indígenas, segundo Amoroso (2014) era o de colônia agrícola e como elemento que constituía o projeto do Império, recebiam recursos da esfera imperial para a viabilização da catequese indígena. Para o Programa Catequese e Civilização que objetivava principalmente o trabalho dos indígenas como meio de integrá-los a sociedade nacional, as plantações das lavouras se davam em grandes propriedades latifundiárias, oriundas do modo de produção onde a sua existência se dava por meio da ocupação de terras devolutas. Deste modo, a produção agrícola em grande escala visava não somente sua subsistência, mas, sobretudo, tinha o objetivo de

[...] demovê-los da indolência e apatia, com o estímulo à adoção de novos hábitos, que para a missão capuchinha, preparavam a possibilidade de catequese: o abandono da vida errante, a adoção da vida sedentária e a “ambição de possuir” eram etapas preparatórias da catequese, associadas à produção de excedentes e à comercialização de produtos da lavoura. (Amoroso, 2014, p. 152)

É nesse período que o Império passou a estimular a plantação extensa de cana de açúcar nos aldeamentos indígenas, tanto para a sua extração e produção de açúcar, quanto para a destilação de aguardente nos alambiques, transformando os indígenas em trabalhadores

braçais. Havia o controle dos capuchinhos na fabricação e o consumo de aguardente pelos indígenas, visto que, na visão dos freis italianos, a aguardente era percebida enquanto elemento de destruição e uma vez que os indígenas iniciavam seu consumo, entregavam-se a ela “sem moderação” (p. 164). Deste modo, a administração dos aldeamentos buscava controlar “problemas” do alcoolismo, “suspendendo temporariamente a produção da bebida” quando as vendas desta diminuía. Portanto, as primeiras manifestações relacionadas aos problemas do alcoolismo entre os indígenas ocorreram na década de 1870, chegando a se instalar mais incisivamente no final deste século.

Vale destacar, que durante o século XIX principalmente na sua segunda metade, segundo os apontamentos de Amoroso (2014), o projeto imperial visou ocupar territórios e incorporar as populações indígenas à sociedade nacional, trazendo assim, mudanças que afetaram significativamente o modo de viver indígena. Dentre os prejuízos podemos ressaltar o crescente esbulho de suas terras; a epidemia de varíola (dentre outras) que matou um grande número de Kaiowa; a tentativa de transformá-los em trabalhadores braçais na produção de aguardente e, conseqüentemente, as mazelas oriundas do consumo deste produto. Contudo, Amoroso (2014) destaca a resistência desses grupos ao processo catequizador: em uma passagem de uma carta de um frei à Missão, o religioso ressaltava que “os índios impuseram o peito de bronze à civilização” (p. 13) como forma de oposição ao processo de aldeamento, admitindo assim, os seus insucessos na conversão e o fracasso destes missionários em fazerem com que os Guarani e Kaingang permanecessem ou se fixassem nos aldeamentos.

O processo de alcoolização, que não se limita às populações Guarani (Nhandeva, Kaiowa e Mbya) e Kaingang perdura até hoje, ocorrendo em diferentes localidades e etnias no Brasil. Deve-se levar em consideração que o processo de alcoolização é tido como um dos problemas de saúde bastante alarmante entre muitas comunidades indígenas. Entretanto, essa classificação do *uso abusivo* do álcool esbarra na dificuldade em se estabelecer padrões de *uso problemático*, visto que cada etnia tem um padrão e formas de consumo distintas. É importante problematizar o modelo biomédico e os instrumentos nacionais empregados para o rastreamento do uso nocivo do álcool, já que muitas vezes, esses recursos sequer conseguem captar o verdadeiro significado das repostas fornecidas pelos entrevistados (Basta, Orellana & Arantes, 2012, p. 86).

Deslandes, Garnelo e Souza (2010) chamam a atenção para o fato de incorporarmos as dimensões subjetivo-valorativas e culturais como essenciais para a compreensão dos fatores que influenciam a produção da saúde e da doença dos ameríndios. No tocante a essa aproximação, os autores descrevem como as transformações no modo de vida alteraram o

modo de beber entre os jovens indígenas em Iauaretê, distrito rural de São Gabriel da Cachoeira, Amazônia. O estudo realizado demonstrou que as mudanças na organização das festas nas vilas, os fins dos rituais de iniciação, o acesso e o prolongamento dos anos escolares, bem como a crescente monetarização, influenciaram o modo de consumir o *caxiri* (bebida alcoólica fermentada feita à base de mandioca). O consumo que anteriormente estava mais relacionado aos espaços coletivos e festivos, agora, além de ter se intensificado em pequenos grupos e na individualidade, sua ingestão ocorre fora das festas ou rituais típicos de sua cultura. Apesar da venda de bebida alcoólica ser proibida em terras indígenas, a cachaça e outros destilados são facilmente encontrados nas vilas. Com a presença constante deste produto, verificou-se o consequente aumento de seu uso, caracterizado assim, como “um beber-problema” (p. 714). Como estratégia para lidar com a situação, anciãos investiram na retomada das tradições, ensinando danças, músicas, mitos e outras práticas ancestrais aos mais jovens visando à preservação cultural. Para os mais velhos, o retorno aos costumes tradicionais seria uma alternativa para a promoção de mudanças sociais na comunidade. No entanto, essa medida não foi bem vista por todos, pois alguns membros da comunidade, mais jovens, acreditavam que esse tipo de conhecimento “não teria mais serventia” (p. 715) para o mundo atual. Nota-se então, neste ponto, que a forma de lidar com a situação problema, a partir da visão dos mais velhos, gerou discordâncias e consequentemente tensões entre membros de uma mesma comunidade, repercutindo na desvalorização, pela própria população, de seus costumes.

Ainda nessa direção, as autoras Grubits e Guimarães (2007) apontam para a relação existente entre alcoolismo e violência nas etnias indígenas, enfatizando a necessidade de uma compreensão peculiar sobre o processo de alcoolização, possibilitando assim, abordagens preventivas e efetivas sobre a problemática. É posta em relevância a continuidade histórica do processo colonizador e de ocupação territorial nacional que, somado à expansão das frentes econômicas, teriam ocasionado uma drástica redução dos grupos indígenas, resultando no desaparecimento de várias etnias. Nesse contexto, surge “a miséria e suas consequências tais como a desnutrição, a violência e toda sorte de prejuízo, principalmente o alcoolismo, o suicídio e o sofrimento psíquico, que vêm se agravando” (p. 47). Outro aspecto evidenciado pelas autoras revela que quanto maior é o grau de contato dos grupos indígenas com a sociedade nacional envolvente, maior é o risco de exposição ao alcoolismo e outras doenças crônicas. A prevalência do consumo de álcool na população indígena é bem maior quando comparada à população envolvente, o que denota, mais uma vez, a necessidade de compreensão deste acontecimento, visto que, o uso do álcool pode ser compreendido como

um elemento catalisador do constante mal-estar, ou seja, emerge como produto da situação agravante vivida pelas pessoas a partir das adversidades coletivas e que decorre, muitas vezes, em situações de violência, tais como: a estimulação da sexualidade fora das regras do grupo; o abuso sexual; a prostituição nos centros urbanos e rodovias; a desagregação social; o suicídio; acidentes e violência seguida de morte.

Através das situações referidas é possível refletir como as mudanças ocorridas na vida comunitária indígena e por eles vivenciadas a partir de seus territórios são bases para o surgimento de diversos prejuízos que afetam diretamente na dimensão da saúde. As questões enfrentadas pelos povos indígenas na atualidade têm raízes históricas marcadas por relações de dominação e de desvalorização sociocultural por parte dos não indígenas, de modo que o principal desafio dessas comunidades é “manter um contato com a sociedade envolvente sem perder a integridade cultural e étnica” (CRPSP, 2010, p. 329).

Nesse sentido, é oportuno considerarmos quais outros resultados são provenientes dessa relação, uma vez que o encontro com o outro é previsto nos mitos indígenas de diferentes etnias. A negligência do Estado em relação aos povos indígenas, que se consolida com a não demarcação das terras, a falta de assistência em saúde entre outras violações dos direitos humanos, tem repercutido em ações de resistência entre muitos povos, o que incute em novas formas de se organizarem em seus cotidianos nas comunidades, afetando diretamente seu modo de viver.

Há negligência do Estado, mas por outro lado também há muita resistência e luta indígena. É importante se afastar de uma postura paternalista e assistencialista - o que é comum quando se trata da assistência aos indígenas - onde muitas vezes aparecem como vitimados e passivos frente às relações que foram se estabelecendo historicamente e na contemporaneidade.

O contato com a alteridade, relativo ao encontro das populações indígenas com as populações não indígenas não deve ser unicamente considerado como algo negativo, mas ao contrário, mas também pode ser profícuo. Guimarães (2014) aponta que essa ação é prevista em muitas mitologias indígenas, assim como o intercâmbio de práticas culturais. O autor descreve o exemplo trazido pelo antropólogo Oscar Calavia Sáez sobre os Iaminauás, povo do Acre. Essa etnia preserva sua herança cultural por meio do fazer da cerâmica e das festividades, todavia se apropria da cultura não indígena, a partir da vivência nas cidades, adicionando novos elementos à sua própria cultura. Outro exemplo discutido é o caso de Maria Cícera, da etnia Pankararu, que apesar de ter saído de seu território de origem, migrando de Pernambuco para São Paulo, se sente pertencente às suas origens étnico-

culturais, mesmo tendo incorporado novos hábitos a partir das trocas sociais (Guimarães, 2014b, pp. 18-19).

Guimarães (2014b), ao discorrer sobre a legislação atual voltada para a Saúde Indígena, alerta para a necessidade da promoção de espaços dialógicos, visando uma melhor compreensão do que são consideradas as demandas levantadas pelos indígenas, bem como, a importância de pensarmos nas ações de enfrentamento aos desafios relacionados à esfera do cuidado. A relevância da dialogicidade é posta ao levar em consideração que

[...] nem toda conversa é necessariamente dialógica. Para que o diálogo aconteça, no sentido que argumentamos aqui, é necessário que os interlocutores estejam disponíveis para a produção de novos significados não previstos antes do engajamento na relação com a alteridade. Nas situações dialógicas, a estrutura semântica é aberta ao encontro com outras vozes do campo polifônico em que se insere, ou seja, o tecido dialógico é sempre construído em coautoria. (Guimarães, 2014, p.15)

Entretanto, é importante destacar que ainda existem assimetrias hierárquicas em relação aos discursos, onde a sociedade nacional envolvente sobrepõe seu olhar, tanto na esfera política, como na religiosa e na científica. Fomentar práticas de diálogos equitativos, visando diminuir os ruídos existentes na lacuna entre diferentes perspectivas, é essencial para que o protagonismo indígena seja respeitado, assim como a validação e efetivação de seus discursos.

3 METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa empírica e qualitativa que parte da análise dialógica como metodologia dentro do campo da psicologia cultural em sua vertente semiótica-construtivista.

Para a análise das diferentes perspectivas discursivas em relação à saúde indígena Mbya Guarani, a metodologia da psicologia cultural permitirá a produção do conhecimento no sentido que: permite a análise sócio-cultural onde o todo e as partes são analisados numa perspectiva dialógica, pressupõe que o conhecimento não é fixo/estático, mas é recursivo e constantemente transformado (temporário); implica a subjetividade do pesquisador enquanto agente do processo de produção do conhecimento, o que pressupõe que suas escolhas no processo da pesquisa o conduz a lugares distintos.

Valsiner (2012) aponta que a metodologia em psicologia cultural, enquanto processo de construção de conhecimento, não deve se ater ao emprego de técnicas analíticas sofisticadas no tratamento do fenômeno, mas deve especialmente estar implicada nas “estratégias gerais que definem para onde olhar, quais comparações fazer, e o que assumir” (p. 301) para que posteriormente as técnicas de análises entrem em ação. Não é o fenômeno que deve se adequar ao método, mas sim, é a partir dos dados que devemos reconsiderar os métodos empregados para verificarmos se eles dão conta da análise dos problemas encontrados. Assim, a metodologia para a psicologia cultural “é um processo pelo qual o conhecimento científico é produzido” (p.299) onde a ciência e toda a sua produção estão mediadas pela cultura, historicamente construídas, implicando o caráter transformativo e temporário do conhecimento e admitindo, sobretudo, a subjetividade do pesquisador, o qual constrói suas teorias a partir de sua perspectiva pessoal.

Assim, o dialogismo enquanto recurso teórico-metodológico visa buscar compreender as tensões que emergem das relações eu-outro (Bastos, 2017; Simão 2010). Nessa direção, refletir e analisar as tensões provenientes do encontro interétnico, guarda muitas particularidades, pois temos sociedades (comunidades) que concebem o *ethos* (Figueiredo, 2008) de forma muito distintas, partindo de outras cosmologias e que conseqüentemente reflete no modo de compreender o processo saúde-doença.

Passo agora discutir sobre a noção de multiplicação dialógica (Guimarães, 2010; 2013) e suas possíveis contribuições e articulações entre os compartilhamentos de experiências entre distintas culturas.

3.1 A noção de Multiplicação Dialógica como recurso teórico-metodológico

A noção de multiplicação dialógica foi pensada teoricamente, a partir da reflexão de que a constituição do *self*²⁰ se dá na relação eu-outro, ou seja, implica a dimensão do diálogo e da alteridade, concebendo sempre a pessoa em relação, onde as tensões dialógicas se fazem presentes. Assim, essa noção foi fundamentada com base de estudos em articulação de diferentes áreas de conhecimento, como nos aponta Bastos (2017):

Esta noção, pertence por um lado, à tradição da psicologia em sua vertente semiótico construtivista que veio sendo proposta por Simão (cf. 2005, 2010) numa articulação entre Boesch, Valsiner e Marková, incluindo reflexões a partir da hermenêutica de Gadamer, do dialogismo de Bakhtin e ideias de pensadores fenomenológicos como Bergson, Merleau-Ponty e Lévinas. No âmbito dessas reflexões, encontram-se o pensamento psicológico de Kurt Lewin, Vygotsky, James e Baldwin que influenciaram a elaboração da noção de multiplicação dialógica. Por outro lado, a noção de Multiplicação Dialógica se vincula à tradição que vem do pensamento antropológico do perspectivismo ameríndio de Viveiros de Castro (1996; 2004; 2006), dentre outros. A articulação dialógica realizada por Guimarães entre as tradições selecionadas da psicologia e da antropologia se dá sob o foco da compreensão da participação de diferentes perspectivas no diálogo, as quais se remetem a questões de alteridade. (p. 17)

Entre outras contribuições, a noção de multiplicação dialógica é discutida nesta dissertação, pois sistematiza e articula um conjunto de conceitos da área do construtivismo semiótico-cultural em psicologia (como intersubjetividade, alteridade, temporalidade, relações eu-outro, entre outros) a partir de um diagrama que nos permite a reflexão e compreensão das relações dialógicas, bem como permite reconhecer “o limite dialógico entre eu e o outro” (p. 237) no encontro com alteridade e possibilita a compreensão dos processos que acontecem na constituição do plano extraverbal ao considerarmos distintas culturas (Guimarães, 2013).

A noção de multiplicação dialógica propõe a discussão como um “esforço para ultrapassar visões etnocêntricas a respeito de fenômenos psicológicos humanos” (p. 214), na qual coloca em questão a figura do triângulo clássico da tríade dialógica eu-outro-objeto, onde o objeto pode ser um elemento cultural, uma situação específica, algo a que eu e outro incidem, como única.

²⁰ O *self* é um conceito amplamente estudado pelas diferentes áreas da Psicologia para designar o processo de constituição da pessoa. No construtivismo semiótico-cultural em psicologia, é valorizado o caráter da dialogicidade, ou seja, sua constituição dinâmica a partir das relações intra e interpessoal (Guimarães, 2013).

Quadro 3 - Triângulo semiótico de Moscovici

Fonte: Marková, 2006.

O triângulo de Mosvovici, discutido por Marková (2006) representa a tríade dialógica, a “unidade dinâmica da teoria do conhecimento social” (p. 213) na qual os três componentes Alter-Ego-Objeto relacionam-se internamente sob a presença de tensão.

Ao invés da unicidade, a multiplicação dialógica propõe a multiplicação desse triângulo num processo ativo, visto que em na situação interétnica ou mesmo entre culturas distintas, o solo ou uma base comum não está dada, ainda não foi estabelecida. Para que então, aconteça o diálogo, na acepção dialógica do termo, o estabelecimento desta base comum é condição necessária para que as trocas aconteçam, através da relação afetiva, e a partir daí sejam possíveis vivências e experiências compartilhadas propiciadoras de significados e sentidos.

Assim, a noção de multiplicação dialógica, não trata do triângulo clássico que vê o mesmo objeto de diferentes formas, mas sim de objetos distintos e múltiplos, que se dão num processo constante, que se reinaugura ativamente, pois existem as perspectivas são infinitas, nas quais “muitas posições em face de um objeto emergem, mas também muitos objetos de referência são criados sob uma construção semiótica” (Guimarães, 2013, p. 214), onde os objetos não coincidem, já que são realidades diferentes. No mais, a

[...] multiplicação dialógica permite ver o limite dialógico entre eu e o outro como integrando o imaginário intrasubjetivo e a dimensão intersubjetiva, dimensão experienciada concretamente. Por isso, ela orienta o pesquisador para ter uma abordagem detalhada sobre os processos envolvidos no compartilhamento psicológico e diferenciação psicológica (Guimarães, 2013, pp. 237-238).

Ao pensarmos nas situações interétnicas a “situação extraverbal” (Bakhtin & Voloshinov, 1926) não está estabelecida, pois a construção dos enunciados ocorre em

diferentes contextos, já que se trata de matrizes ontológicas distintas. Segundo a noção de multiplicação dialógica, o solo ou planos comuns numa relação dialógica precisam ser construídos em co-autoria, mesmo que temporariamente. Ou seja, a situação extraverbal, num primeiro momento, não é compartilhada, denotando que o que está no centro das relações interétnicas é uma lacuna ou “um *gap*”.

Quadro 4 - *Self* na situação interétnica

Fonte: Guimarães, 2016b.

O quadro 4 ilustra as lacunas existentes nos diálogos interculturais, as quais podem se ampliar caso não haja a interseção a partir do estabelecimento de um solo comum, nos diferentes níveis de construção de sentido da experiência. Os ritos, em seus distintos sistemas na situação interétnica, são compreendidos a partir da articulação das funções psicológicas entre a percepção e a imaginação (ilustradas no diagrama), como também da afetividade e cognição, que constroem o sentido da experiência através dos mitos, da filosofia e da ciência.

No entanto, para que se efetive o compartilhamento de experiência entre duas culturas, é necessário o estabelecendo o vínculo, através da exposição do corpo a certas experiências com o outro, ou seja, é necessária uma regularidade na vivência corporal dos ritos cotidianos. Assim, esses processos, denotam uma condição necessária para o estabelecimento dos vínculos, mas não é suficiente, pois não garantem que o tipo de exposição ao contato seja o mais oportuno para possíveis aproximações. É necessário ter uma abertura ao outro, pois algumas posições podem provocar distanciamento e rupturas entre as diferentes culturas.

Mesmo com o a concepção deste solo comum, é importante percebermos que há possibilidades de compartilhamentos, mas também considerarmos que sempre haverá limite, pois na comunicação sempre haverá um equívoco entre as duas perspectivas. É o que Viveiros

de Castro (2014) alcunhou de *equivoco*. Para o antropólogo corremos sempre esse risco, pois na tradução buscamos por sinônimos translinguísticos ou transculturais como se houvesse para “uma coisa” duas palavras correspondentes em duas línguas diferentes. Mais do que almejarmos traduzir as palavras, tentamos traduzir os conceitos do outro. O equívoco incide, portanto, no “erro que consiste em chamar pelo mesmo nome coisas diferentes” (p. 160). Para isso o autor propõe o método de equivocação controlada, onde o pesquisador (ou quem lida diretamente com populações indígenas) se reveja constantemente, para ser capaz de perceber os falsos homônimos e não se deixar se enganar pelas aparentes semelhanças pela língua que fala e a língua do povo que estuda.

Ainda nesse sentido, vale refletir sobre como se dá a construção de conhecimento em sistemas culturais distintos, uma vez que, por exemplo, a ciência não dialoga com o xamanismo, já que partem de rotas ontológicas diferentes, onde seus mitos e ritos não são compartilhados. Penso que a noção de multiplicação dialógica contribui nesse sentido, justamente por fomentar a ideia de uma maior abertura e disponibilidade afetiva entre diferentes culturas, que se dá a partir de compartilhamento dos ritos, de estar presente corporalmente propiciando a possibilidade do diálogo. Vale ressaltar, que a partir de minha posição enquanto psicóloga e pesquisadora, tenho que me atentar constantemente para não aprisionar, tentar traduzir, ou dar por encerrado o saber ou a experiência do outro, pois apesar de uma disponibilidade e respeito prévios com a cultura Mbya Guarani, haverá sempre, evidentemente, algo que me escapa ou que não alcanço.

O diálogo equitativo, que inclui a assimetria não no sentido hierárquico, por sua vez, proporciona o acolhimento da diversidade e contribui para a construção do conhecimento. O diálogo é fundamental para muitas áreas de conhecimento, mas especialmente para a psicologia, uma vez que se preocupa em não estabelecer padrões de comportamento e acolher a diversidade. Nesse sentido, o encontro com a alteridade tem sido uma questão constantemente discutida pela psicologia, pois contribui, sobremaneira, para a ampliação das questões teóricas e metodológicas do conhecimento psicológico. Figueiredo (2008) discute a psicologia, ou *as psicologias* enquanto um “espaço de dispersão” (p. 16), refletindo sobre os seus pressupostos ontológicos, epistemológicos e antropológicos desde o advento da psicologia, bem como na produção de seus discursos.

Ao trazer o contexto da origem da psicologia, assentada no projeto epistemológico da modernidade que buscava as questões do conhecimento e pela verdade, Figueiredo (2008) problematiza a posição eclética ou dogmática entre as teorias e sistemas, pois ambas impossibilitam a capacidade de experimentar. Experimentar é, sobretudo, viver a experiência

com o outro, se transformar a partir da emergência de um novo sentido através do compartilhamento, de modo que “o que é experimentar, efetivamente, senão entrar em contato com a alteridade?” (p. 19).

No mais, uma das implicações resultantes ao pensarmos em termos dos lugares da psicologia diz respeito às questões éticas. Ainda segundo as reflexões de Figueiredo,

[...] é melhor uma teoria que teorize a cisão – do que uma que nos mantenha na ilusão de uma unidade do sujeito e de uma soberania e transparência da consciência – é melhor uma teoria que teorize e propicie o trânsito – ao invés de uma que se estabeleça rigidamente em um dos lugares disponíveis, impedindo-se o contato com todos os impensáveis que deste lugar são constituídos. (p. 56)

Também nesse sentido, a Multiplicação Dialógica, nesta pesquisa, fornece subsídios para refletir sobre o posicionamento da psicologia entre as perspectivas sobre saúde indígena, pois apesar de suas bases estarem ligadas à perspectiva das sociedades ocidentais, na atualidade tem demonstrado o interesse e, sobretudo, implicação com os povos originários.

3.2 Os materiais: múltiplas perspectivas sobre Saúde Indígena Mbya Guarani

O material que serve de dados da pesquisa é composto pelas notícias que tratam da temática indígena em sua amplitude, mas com ênfase para aquelas que se relacionam mais diretamente com o tema saúde; e por dados, segundo a cosmovisão Mbya Guarani, obtidos através das etnografias e das falas dos indígenas transcritas do documentário “Teko Rexaĩ - Saúde Guarani Mbyá”.

As políticas públicas de saúde voltadas aos povos saúde indígenas, na qual consta também o histórico de luta e as normativas em saúde, foram consideradas enquanto referências e, em alguma medida, se apresentam enquanto contrapontos às vozes indígenas e das entidades parceiras sobre a saúde indígena.

3.2.1 Sobre as Políticas Públicas

Enquanto “Políticas Públicas” são consideradas todo histórico de luta indígena desde o ano de 1986, quando ocorreu a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e as principais normativas em saúde voltada aos povos indígenas.

Foi feito um resgate desse material através do site do Ministério da Saúde/ SESAI, focalizando os principais documentos da legislação desde a Constituição Federal de 1988.

Compreendo a importância de refletirmos sobre os processos legislativos de saúde e sobre as lutas dos movimentos reivindicatórios indígenas que ocorreram anteriores ao advento da Constituição Federal (1988), mas, como o foco de análise se efetiva sobre as tensões produzidas na legislação em contraponto com os discursos dos indígenas sobre saúde, optamos pelo recorte do período recente, momento em que há maior produção e circulação de informação paralela e independente das grandes mídias, bem como maior facilidade de acesso público às falas dos indígenas.

Assim, os documentos de maior notoriedade que engendram à normativa em saúde indígena são os três documentos elencados a seguir²¹. Essas leis são referências para o processo de saúde indígena, as quais abarcam sua situação psicossocial e também constituem os dados de análise.

- a) a Lei Arouca (Lei 9.836 de 23 de setembro de 1999), que consolidou o DSEI e o implantou como um subsistema de atenção diferenciada do Sistema Único de Saúde;
- b) a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002), que objetivou garantir a atenção integral à saúde dos povos indígenas de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, sobretudo visando à garantia do respeito aos modos próprios com que cada povo concebe a relação no processo saúde-doença;
- c) a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas (Portaria nº 2.759 de 25 de outubro de 2007), que estabeleceu diretrizes gerais para o cuidado em Saúde Mental Indígena, privilegiando os saberes tradicionais das comunidades e apostando no modelo psicossocial de assistência em saúde.

3.2.2 Sobre o documentário “Teko Rexaĩ - Saúde Guarani Mbyá”

O documentário “Teko Rexaĩ - Saúde Guarani Mbyá” é um trabalho produzido em 2012, no contexto do Projeto *Ka'aguy Poty* - Flores da Mata em parceria com lideranças Mbya Guarani de diferentes aldeias do Estado de Paulo. O vídeo aborda o uso dos remédios da mata, a importância dos rituais e dos líderes espirituais, a transmissão de saberes e a relação com a medicina ocidental, além de ressaltar a preocupação dos mais velhos em relação à transmissão e o uso de seus conhecimentos tradicionais sobre saúde. Trata-se,

²¹ No capítulo 4 discutirei essa temática.

portanto, de uma ferramenta que visa contribuir para a efetivação da atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas.

A escolha desse material de análise deve-se ao fato de conter os discursos proferidos por lideranças e pelos mais velhos, os *Xeramôis* e as *Xejaryis*, sobre saúde Mbya Guarani, trazendo importantes contribuições sobre o tema.²²

3.2.3 Sobre as notícias

É importante mencionar que a escolha pela análise do noticiário e dos demais materiais mencionados se deu também pela imensa dificuldade no acesso às Atas ou Relatórios de Encontros Nacionais, Regionais, Estaduais e Municipais, bem como de Conselhos Gestores de Saúde Indígena.

A ideia de pesquisa, em um primeiro momento, constituía-se na análise das falas, denúncias e reivindicações de pessoas indígenas através desses meios legítimos de Controle Social, previstos pelo Sistema Único de Saúde. Contudo, mesmo após inúmeras e incessantes tentativas em tomar contato com esse material - através de requisição ao Ministério da Saúde, ao Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul e aos serviços locais de saúde, esta documentação não foi disponibilizada. Estas informações não estão acessíveis para o público em geral e mesmo quando solicitadas têm seu acesso dificultado, impossibilitando a análise desse material.

O único material deste grupo a que tive acesso, foram as atas de quatro Conferências Nacionais de Saúde, que foram disponibilizadas por uma antropóloga e uma psicóloga, as quais mantinham os documentos em seus arquivos pessoais por terem trabalhado em serviços especializados de saúde indígena anos atrás.

A dificuldade de acesso aos materiais nos traz uma série de reflexões sobre a condição atual do Controle Social e Gestão Participativa da população na assistência em saúde indígena. Por que não temos livre acesso? O que precisa ser escondido? Por que esse material não está facilmente divulgado no site do Ministério da Saúde²³? Por que a dificuldade de se

²² A ficha técnica do documentário está contida no item “Anexos” dessa dissertação.

²³ Nesse sentido, observam-se poucas e desatualizadas publicações da SESAI quanto ao assunto saúde indígena. No site do Ministério da Saúde/SESAI constam apenas 5 edições (2013 a 2014) do “Jornal Saúde Indígena em foco”; 28 edições (2011 a 2014) do “Boletim Informativo”; 3 edições (2013 a 2014) do “Jornal Conferência em Pauta” e 1 edição (2014) do “Publicações Técnicas”. Acesso em 02 de junho de 2016. Recuperado de www.portalsaude.saude.gov.br

falar com os gestores de saúde dos serviços locais e do DSEI Litoral Sul? Refletirei, mais adiante, sobre esses questionamentos no decorrer da análise dos materiais selecionados.

Todavia, a escolha pelo noticiário e pelo documentário nos traz, em alguma medida, o posicionamento dos indígenas no que diz respeito às questões de saúde, conteúdo de extrema importância para a viabilização deste estudo.

Observar os discursos indígenas através do noticiário mostra-se relevante, pois permite o livre acesso aos discursos dos próprios indígenas, que através de suas vozes, falam sobre suas lutas, seus problemas e o enfrentamento das dificuldades em seus cotidianos.

Dentre os seis órgãos selecionados, quatro são órgãos indigenistas parceiros e dois são Coletivos Indígenas Mbya Guarani, que além de selecionarem e divulgarem notícias de outras mídias; produzem e veiculam seus próprios conteúdos com o intuito de denunciar os problemas enfrentados e buscar de parcerias. Há uma preocupação dos Guarani em relação ao que é divulgado pelos não indígenas sobre eles, de forma que as próprias comunidades têm se organizado para, cada vez mais, conquistarem espaços de discussão e de divulgação sobre a situação atual, principalmente das questões referentes às demarcações de terras.

Apresento agora, sucintamente, cada uma das seis entidades mencionadas, fontes que se originaram as notícias.

- O Conselho Indigenista Missionário é um organismo vinculado à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, criado em 1972 e que atua junto à igreja, Estado e sociedade, tendo como objetivo apoiar os povos indígenas na luta pelos direitos históricos (CIMI, 2016);

- O Centro de Trabalho Indigenista é uma associação fundada por antropólogos e indigenistas em 1979. Tem atuação em Terras Indígenas e, a partir de demandas locais, visa contribuir para que os povos indígenas assumam o controle efetivo de seus territórios, esclarecendo-lhes sobre o papel do Estado na proteção e garantia de seus direitos constitucionais (CTI, 2016);

- O Instituto Socioambiental é uma organização da sociedade civil brasileira, fundada em 1994, trabalha com questões sociais e ambientais com foco central na defesa de bens e direitos sociais, relativos ao meio ambiente, ao patrimônio cultural, aos direitos humanos e aos povos indígenas. Possui um site chamado “Povos Indígenas no Brasil”, onde reúne informações sobre os povos e a temática indígena, que neste ano completa 19 anos (ISA, 2016).

- A Comissão Pró-Índio é uma organização não-governamental, fundada no ano de 1978 por um grupo de antropólogos, advogados, médicos, jornalistas e estudantes que tinham como objetivo defender os direitos dos povos indígenas frente às crescentes ameaças do

regime da Ditadura Civil-Militar (1964-1985). Trabalha junto às comunidades indígenas e quilombolas visando garantir seus direitos territoriais, culturais e políticos. Procura também contribuir com o fortalecimento da democracia e o reconhecimento dos direitos das minorias étnicas (Comissão Pró-Índio, 2016);

- A Comissão Guarani *Yvyrupa* (CGY) é um coletivo de lideranças Guarani que formalizou o início das atividades no ano de 2007 e que vem se consolidando como importante protagonista político do movimento indígena nacional, lutando pelo reconhecimento dos direitos territoriais de seu povo. A atuação desse coletivo se respalda no artigo nº 232 da Constituição Federal de 1988, que define que os “índios, suas comunidades e organizações são partes legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses, intervindo o Ministério Público em todos os atos do processo”. A página virtual do coletivo foi criada pelos próprios indígenas com o intuito de divulgar suas ações e buscar apoio a partir de denúncias de situações problemáticas advindas da falta de terra que acomete a população Guarani. A comissão dispõe também de uma página virtual na rede social Facebook, onde atualiza informações sobre diversos temas indígenas, por meio de divulgação de notícias produzidas por diversos veículos midiáticos ou por sua própria produção de informações (CGY, 2016) e,

- A página do *Tenonderã Ayvu*, um coletivo indígena Mbya Guarani que promove ações artísticas e políticas, veicula notícias sobre problemas enfrentados e outros temas sobre os povos indígenas através de sua página oficial na rede social do Facebook. Assim como a Comissão Guarani *Yvyrupá*, os próprios membros produzem suas notícias, como também exibem notícias de outros meios de comunicação (*Tenonderã Ayvu*, 2016).

As notícias selecionadas correspondem a um recorte temporal dos últimos seis anos, que foram publicadas durante o período de agosto de 2010 a junho de 2016. No entanto, ao pesquisar as notícias, observei que nem todos os veículos possuíam publicações correspondentes aos seis anos analisados. Assim, em alguns veículos, as publicações abarcavam os dois primeiros anos, enquanto outras páginas os três últimos anos. A opção de recorte deste período se deu por priorizar publicações que fossem mais atuais e posteriores à criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) ²⁴.

Foram priorizadas notícias referentes à região compreendida pelo DSEI Litoral Sul, com ênfase para o Estado de São Paulo, sobre o povo Mbya Guarani. Foram selecionadas e analisadas 82 notícias, apresentando a seguinte distribuição: 26 notícias da CGY; 06 notícias

²⁴ A SESAÍ foi criada e incorporada ao Ministério da Saúde em agosto de 2010 a partir da lei nº 12310.

do coletivo Tenonderã *Ayvú*; 12 notícias do CIMI; 13 notícias da Comissão Pró-Índio; 18 notícias do CTI e 07 notícias do ISA. Houve notícias que foram repetidas em mais de um destes órgãos, no entanto para o fim de análise foi selecionada apenas uma vez, tendo em vista que o objetivo, mais do salientar a recorrência da notícia, é analisar o seu conteúdo.

A seleção de notícias necessitou de olhar cuidadoso, exigindo a leitura do texto completo, pois nem sempre o tema *saúde* estava expresso nas manchetes, mas encontrava-se no seu interior articulado a outros elementos. Assim, por um lado, manchetes que num primeiro momento pareciam se distanciar do tema, quando realizada a leitura na íntegra, ficava evidente a dimensão da saúde tratada na situação. Por outro lado, também me deparei com desafios ao selecionar/restringir sua quantidade, visto que são inúmeras as situações, que de algum modo se relacionam e interferem na saúde coletiva e que geram sofrimentos, angústias e expectativas nas comunidades indígenas, implicando, desse modo, em aspectos da saúde mental, segundo a visão psicossocial e não biomédica. No entanto, para focalizar o tema “saúde indígena”, foi necessário fazer escolha por conteúdos onde o tema estava expresso de modo mais preponderante, implicando, evidentemente meu olhar sensível aos elementos dos textos noticiários.

Ao pesquisar as notícias, com o intuito de selecionar aquelas que tratassem mais diretamente do tema de pesquisa desta dissertação, pude observar que existe uma grande variedade de conteúdos referentes às questões indígenas no território nacional, no entanto alguns temas tornam-se mais recorrentes como: a luta, organização e mobilização pela demarcação de terras indígenas; assassinatos, intimidações e ameaças à pessoa indígena; notas de repúdio à Proposta de Emenda à Constituição (PEC 215)²⁵; descaso e negligência com a saúde; participações em conferências e acampamentos indígenas; descontentamento e reclamações contra a atuação da FUNAI; falecimento de crianças indígenas; questões referentes ao uso da língua indígena; conflitos envolvendo ruralistas; discursos racistas e de ódio voltados contra os povos indígenas; organização de “vaquinhas virtuais” (*crowdfunding*) com o objetivo de buscar recursos financeiros para diversas causas indígenas, que vão desde a viabilização de encontros até a construção de banheiros nas aldeias; notas de falecimento de pessoas, principalmente de lideranças indígenas, considerando a trajetória de luta da pessoa; questões de gênero e da condição feminina nas comunidades; sobre o projeto de lei (PL nº 5944/2013) que permitiria o uso de línguas indígenas e de processos diferenciados de

²⁵A PEC 215 é uma proposta elaborada na Câmara que propõe alterar a Constituição Federal para transferir ao Congresso a decisão final sobre a demarcação de terras indígenas, territórios quilombolas e unidades de conservação no Brasil. Recuperado de <http://www.camara.gov.br>, em 16/06/017.

avaliação escolar em todos os níveis de ensino; dificuldades de acesso à educação indígena e seu ensino em História; racismo; negligência do Estado; morosidade nas demarcações de terras; protestos contra reintegração de posse em áreas indígenas; conflitos na região do Mato Grosso envolvendo o povo Guarani Kaiowá e seus desdobramentos; questões climáticas e intervenção da Organização das Nações Unidas (ONU); encontros indígenas para o fortalecimento de sua cultura entre outros.

Quadro 5 - Total de Temas ao Longo do Período Analisado

Fonte: produção própria.

O quadro 5 apresenta a quantificação dos temas no período analisado, totalizando 160 temas, sendo que cada notícia foi composta por um ou mais temas.

Os temas expressos apareceram com maior frequência nos noticiários pesquisados, no entanto, diversos outros temas se fizeram presentes, mas que seria inviável citar cada um deles devido sua grande variedade. O intuito em expor os temas mais comuns é para que tenhamos uma noção do que vem sendo veiculado sobre os povos indígenas. E que não é preciso fazer muito esforço para verificarmos que em grande parte dos noticiários, o assunto predominante trata da violação de seus direitos.

Já entre as 82 notícias selecionadas e analisadas para este estudo, destaco quinze temas que apareceram de forma mais recorrente, os quais podem ser visualizados nos dois gráficos a

seguir. Outros elementos dos conteúdos temáticos foram analisados e destacados nas antinomias e conteúdos expressivos, que serão analisados no Capítulo “3 Resultados” que consiste na análise dos materiais.

Quadro 6 - Distribuição de temas ao longo dos anos analisados

Fonte: produção própria.

O quadro 6 apresenta a distribuição dos temas predominantes encontrados nas notícias selecionadas ao longo do período do ano de 2011 a 2016.

3.3 Forma de análise dos resultados: a contribuição do construtivismo semiótico-cultural em psicologia para a análise das diferentes vozes do discurso

Apresentados os materiais que reúnem os dados de análise para este estudo, proponho agora discutir sobre o método empregado para os fins de análise destes materiais.

Para melhor visualização e facilitação de análise dos discursos, produzi um protocolo de análise sócio cultural, com base em James Wertsch (1993), o qual compreende o conteúdo selecionado; os aspectos expressivos, as antinomias e tensões contidas nos discursos. Através do protocolo analiso todo o noticiário escolhido e a transcrição integral das falas contidas no documentário “Teko Rexaĩ - saúde Guarani Mbyá”. Optei por construir o protocolo apenas neste agrupamento de dados, por considerar que as narrativas das pessoas traziam mais

elementos significativos para essa análise. Já para outros interlocutores, que compreendem as políticas públicas em saúde; as normativas compreendidas no escopo da dissertação, assim como as etnografias e as demais literaturas que sustentaram a reflexão desta pesquisa, por se tratarem de texto descritivo, que já incutem reflexões de outros autores (etnografias e literatura), preferi discuti-los a partir de minha leitura e reflexão sobre os temas abordados.

Para James Wertsch (1993), psicólogo cultural, a ação mediada é a unidade de análise, em que a ação humana utiliza ferramentas culturais ou meios de mediação, a partir de uma situação sociocultural particular, envolvendo tensões. A emergência das tensões traz elementos de extrema relevância para a análise dialógica, pois é a partir delas que podemos refletir sobre a perspectiva de quem fala.

Ao analisar discursos proferidos nos Fóruns “A presença Indígena em São Paulo”, ocorridos nos anos de 2014, sobre saúde e educação, Achatz (2016), caracteriza antinomia, com base nas proposições de Wertsch, enquanto expressão de tensões, contrastes, ruídos e rupturas, não somente como elementos constitutivos do discurso, mas também como indicadores dos distintos pontos de vista “(...) é na brecha entre o que se afirma e o que se contradiz que podemos perceber o lugar de fala da pessoa (p. 19)”.

A escolha pela produção do protocolo se deu devido ao fato dos estudos de Wertsch (1993) se ocuparem com a abordagem sociocultural nos processos da ação humana, o que implica considerar os aspectos do contexto sociocultural nos quais os processos psicológicos se efetivam. Onde a ação pode ser um processo interno ou externo, conduzida por grupos ou individualmente, mas não pode ser vista separadamente do contexto sociocultural.

Tendo em vista os conceitos abordados de Wertsch (1993), destaco que principalmente no momento de salientar os conteúdos expressivos decorrentes das antinomias emergidas, foi realizado simultaneamente e em paralelo, o primeiro momento de análise, que é o da trajetória descendente (Guimarães, 2016). A percepção do todo é decomposta pelas partes, através de conceitos que a cultura nos traz, e essas partes por sua vez são reconstruídas pelas palavras, mas não somente por elas, mas por toda a situação extraverbal, de forma que se faz importante considerar os elementos extraverbais nos quais as falas surgem, considerando sua contextualização.

Nesse sentido, reflito também sobre meu *lugar de fala*, pois envolvem escolhas e direcionamentos de olhares meus contidos desde a pesquisa inicial, a escolha até a análise deste material. Esta é uma dimensão que não deve ser sobrepujada e que também não tem o intuito de falar pelos outros (pelos indígenas), mas que almeja, sobretudo, trazer possíveis contribuições para a área da saúde indígena e da psicologia. Ou seja, a construção de um texto

autoral que não é nem objetivamente o do indígena nem subjetivamente o que se fala pelo indígena, mas uma articulação fundamentada entre posições, olhares sobre o material selecionado, que inclui a dimensão objetivo-instrumental e subjetivo-funcional (Boesch, 1991; 1997).

Ao analisar os conteúdos presentes nos dados, percebo que apesar da amplitude dos temas, também há, evidentemente suas limitações na forma de análise. Pois ao incutir meu olhar enquanto pesquisadora, vivencio alguns afetos, direcionando os pontos de destaque. O mesmo vale para a seletividade dos elementos extraverbais, pois ao fazer os recortes, olho para algumas dimensões em detrimento de outras. Simplificando ou dito em outras palavras, é impossível elencar e compreender todos os elementos que engendram uma fala, sua análise dependerá sempre de um ponto de vista, que além de ser momentâneo, pode ganhar novos sentidos, na medida em que se insere em um novo olhar e novos elementos são agregados, descartados ou ressignificados.

Durante o desenvolvimento desse estudo e, sobretudo, a partir da experiência junto às comunidades Mbya Guarani através das atividades realizadas pela Rede Indígena, pude ter mais aportes sobre a cosmologia Guarani, mas principalmente, uma profunda reflexão sobre o papel e o alcance da psicologia frente às questões indígenas no que concerne à produção subjetiva e o sofrimento mental. A partir desses contatos, me senti mais confortável para que, em alguma medida, me permitisse ser habitada pelo desconhecimento, assumindo que a diferença estava posta, mas que se constitui como condição importante para o diálogo. Isso supõe que numa relação dialógica, não somos necessariamente iguais. Há um espaço de encontro, mas também há um espaço de diferenciação. Aproximações e afastamentos que estão presentes na relação com a alteridade, que não produz sínteses, mas a manutenção da diferença entre eu e outro. Nesse espaço de encontro/desencontro é possível emergir novas reflexões para que se construam novas teorias e metodologias acerca do tema para a psicologia.

Após a construção do protocolo sociocultural e já suscitadas as principais antinomias e elementos expressivos dos discursos, a análise se vale das “as trajetórias descendentes e ascendentes de análises dialógicas” (Guimarães, 2016). Esse método de análise propõe um movimento duplo/simultâneo que compreende o movimento descendente de análise, inspirado na psicologia da Gestalt, é o momento da decomposição “do todo para as partes” e o movimento ascendente, interpretativo “das partes para o todo”. De modo que é nesse movimento de composição e decomposição que um novo conhecimento pode ser produzido,

ou seja, há uma síntese, que permanece fixa por algum tempo, até que seja transformada recursivamente.

Outra abordagem adotada, que dialoga com o construtivismo semiótico-cultural em psicologia, como forma de análise dos dados, principalmente nos conteúdos dos discursos indígenas, é a antropologia americanista-perspectivista, que como aponta Viveiros de Castro consiste é uma

Antropologia baseada na idéia de que, antes de buscar uma reflexão sobre o outro, é preciso buscar a reflexão do outro e, então, experimentarmo-nos outros, sabendo que tais posições— eu e outro, sujeito e objeto, humano e não-humano — são instáveis, precárias e podem ser intercambiadas. (Viveiros de Castro, in: Sztutman, 2008, p. 14)

Através das etnografias e da literatura antropológica, buscarei uma maior aproximação com a reflexão do outro (do indígena). Mesmo assumindo essa perspectiva, tenho conhecimento de que há limitações, pois ainda assim, vou interpretando os discursos com o apoio da leitura antropológica sobre o fenômeno. Todavia, considero essa perspectiva de grande relevância para essa pesquisa, uma vez que coloca em primeiro plano “o outro” e as relações com alteridades, dimensão que se articula com a psicologia e mais estreitamente com o construtivismo semiótico-cultural, vertente teórico-metodológica fundamentada nessa dissertação, que considera as relações eu-outro como um dos principais eixos de reflexão.

Outro conceito que será tomado como apoio para a análise dos discursos é o de “enunciado” de Bakhtin (1997), pois o autor ao trazer o enunciado como a unidade da comunicação discursiva, como elemento de expressão da materialidade linguística, reflete que ao ser dito outras vezes, ganha novo significado, de forma que a linguística, segundo o filósofo, não deve restringir-se somente à palavra, sendo puramente textual, mas deve compreender, sobretudo, os fatores extralinguísticos ou extraverbais como as entonações, sons, momento sócio-histórico, intenção de quem fala, enfim, o contexto da fala (Bakhtin, 1997). Com essas reflexões, combate a proposta de que a análise seja puramente textual, do texto escrito e concreto, mas deve-se, sobretudo, considerar seu contexto, de forma que a relação sócio-histórica e a relação dialógica entre as pessoas sejam o cerne da constituição do discurso.

Para compreender melhor a situação extraverbal, Bakhtin & Voloshinov (1926) consideram três principais fatores que a engendram:

- a) “horizonte espacial comum dos interlocutores”;
- b) “o conhecimento e a compreensão comum da situação por parte dos interlocutores”;

c) “sua avaliação comum dessa situação” (p. 07).

Assim a situação extraverbal é parte constituinte do enunciado e não externa a ele, de forma que o enunciado é a unidade real da comunicação discursiva. A ideia de ter nesse trabalho o apoio das ideias de Bakhtin se relaciona ao fato de sua preocupação estar direcionada às interações discursivas e comunicativas, elemento essencial às práticas de saúde e, sobretudo, à atuação do psicólogo. Assim, a teoria da linguagem de Bakhtin

[...] nos permite olhar, de forma analítica, as interações discursivas nos diversos campos da atividade humana e da comunicação. É nesse sentido que entendemos a importância do pensamento de Bakhtin para o campo da saúde, uma vez que a comunicação está presente nos diferentes processos ou eventos que aí se desenvolvem. De maior relevância, para nós, é a compreensão de que as necessidades de, e as intervenções em saúde são condições e ações humanas permeadas e construídas, com frequência, por atos comunicativos. (Corrêa & Ribeiro, 2012, p. 332)

Ao pensarmos nas situações interétnicas, o “lugar comum” não está dado, ou seja, a situação extraverbal, num primeiro momento, não é compartilhada, pois a construção dos enunciados se dá em diferentes contextos, já que se trata de matrizes ontológicas distintas. Devido a esse fato, na análise dos discursos tomo, como já mencionado, apoio a noção de multiplicação dialógica (Guimarães, 2010; 2013), a qual supõe que numa relação dialógica o solo comum, num contexto intercultural ou interétnico precisa ser construído em co-autoria, mesmo que temporariamente, para que aí se possa ter uma compreensão dos processos que acontecem na constituição do plano extraverbal, além de nos “apontar com maior clareza alguns limites e pontos de interdição que participam do diálogo” (Guimarães, 2014, p. 35).

Assim, “o sentido emerge como uma construção temporária a partir das interpretações que cada pessoa faz”²⁶ (Guimarães, 2017). Aqui, podemos refletir o caráter da recursividade na produção do sentido e consequentemente na produção do conhecimento, que não deve se deter numa fixidez ou num estado estático, mas sim na estabilização temporária do sentido, como se dá por exemplo, na produção de um conceito.

Importante refletir que, através do noticiário e do documentário analiso falas de indígenas ou de jornalistas que se encontram redigidas, as quais aparecem concretamente materializadas nos sites visitados. Isso não me impossibilita, mas traz algumas limitações, pois apesar de levar em conta o contexto histórico do momento em questão, e de ter tido um envolvimento um pouco mais próximo com as comunidades Mbya Guarani, alguns fatores

²⁶ Guimarães (2017) em 26 de abril, fala proferida durante a aula da disciplina “A construção cultural do sentido” no IPUSP.

extralinguísticos me escapam a análise, como por exemplo, a expressão facial; a entonação da voz; as circunstâncias do momento; e para quem, além do público geral, a fala é destinada no momento da entrevista, dimensões importantes para a análise dos discursos.

4 RESULTADOS

Neste capítulo abordarei os resultados encontrados, que foram compreendidos em dois principais eixos: o primeiro trata da dimensão da Política Pública, abarcada o histórico da luta indígena pelo direito à saúde, bem como as normativas em saúde que se encontram vigentes. No outro eixo está análise dos discursos indígenas, trazendo as tensões presentes sobre o tema da saúde indígena. Importante trazer os dois eixos, pois sua reflexão nos revela os contrastes entre o que era almejado pelos povos indígenas; suas concepções sobre a saúde e os impactos da legislação em saúde na vida cotidiana dos Mbya Guarani.

4.1 Políticas Públicas e Atenção à Saúde Indígena: a luta indígena pelo direito à saúde

As relações entre o Estado Brasileiro e os povos indígenas têm sido marcadas pelo descaso e abandono frente aos direitos e reivindicações conquistados na Constituição Federal de 1988 e mesmo antes dela. Temos uma legislação recente que visa à garantia de acesso da população indígena a uma atenção de saúde diferenciada, que busca a reparação histórica de vulnerabilidades produzidas pelo próprio Estado Brasileiro após o Período Colonial. No entanto, quando se trata da efetivação dos direitos formalmente conquistados, ainda há muitos entraves a serem superados.

Um desses entraves diz respeito à hierarquização dos conhecimentos sobre a dimensão da saúde humana que, muitas vezes, coloca agentes de saúde, com formação ocidental e biomédica, numa posição assimétrica de suposto saber em detrimento às concepções indígenas tradicionais de saúde. Nota-se que esta posição dificulta a construção de espaços de diálogo intercultural preconizada pela própria legislação (Lei 9.836/99)²⁷ e que, por sua via, se reflete no modo de ofertar a assistência em saúde.

O outro entrave, o qual será discutido com maior detalhamento, diz respeito à precariedade da organização da assistência em saúde, ao descumprimento do Controle Social e ao problemático funcionamento dos serviços de saúde articulados ao Sistema Único de Saúde.

²⁷ Toda a legislação, incluindo leis, portarias e decretos, mencionada nesta dissertação foi consultada nos portais <http://www4.planalto.gov.br/legislacao> e <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/legislacao> em diferentes datas no período vigente do mestrado.

4.1.1 O SPI e a FUNAI na assistência à Saúde Indígena

O primeiro órgão a cuidar oficialmente da saúde indígena foi o Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI), que teve início no ano 1910 e que perdurou até o ano de 1967. Órgão vinculado inicialmente ao Ministério da Agricultura tinha como objetivo “proteger os índios”, procurando, deste modo, o “seu enquadramento progressivo na sociedade e o de suas terras no sistema produtivo nacional” (Brasil, 2009, p.12).

O SPI não foi criado com o caráter específico para cuidar da saúde Indígena, porém foi a primeira intervenção mais acentuada do Estado para a área da saúde. Anterior à sua criação houve apenas atendimentos ocasionais à população indígena por parte dos missionários (Langdon, 1999). O período de criação do SPI se deu num momento crítico para os povos indígenas, com o movimento de forte expansão ao interior do Brasil, onde as frentes expansionistas declaravam guerra contra os nativos.

É possível dizer que o SPI foi formado em continuidade com premissas coloniais. Seu modo de atuação, formado a partir de doutrinas positivistas, incorporou técnicas missionárias tais como: distribuir presentes, vestir os índios e ensinar-lhes a tocar instrumentos musicais ocidentais. Os valores de bravura, coragem, calma e disciplina militar nas expedições pelos sertões, ressoam as clássicas imagens do explorador e do bandeirante. (ISA, 2016, s.p)

Para Langdon (1999), o SPI, teve relativa importância, pois, durante seu período de atuação muitos povos teriam sido salvos do “extermínio total” devido suas ações. No entanto, a antropóloga faz muitas ressalvas ao apontar que os serviços eram caracterizados essencialmente por serem “esporádicos e desorganizados” (s.p), além de que os dados sistemáticos da saúde não eram mantidos ou sequer pesquisados, assim ações em saúde realizadas, não tinham continuidade. Populações com maior grau de contato com a sociedade nacional não eram atendidas por alguns setores dentro do SPI como o Serviço Nacional de Tuberculose e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (Langdon, 1999), ambos responsáveis por tratarem das principais epidemias da época, ficando totalmente desassistidas.

Em 1967 o SPI foi então substituído pela FUNAI, órgão indigenista responsável pela promoção e proteção aos direitos dos povos indígenas de todo o território nacional estabelecendo setores específicos para os problemas de saúde indígena, mas que não foram satisfatórios: “Lamentavelmente, o funcionamento destes serviços, seja por falta de recursos, ou por falta de preparo adequado dos atendentes, resultou em um sistema de serviços inadequado” (Langdon, 1999, s.p).

A FUNAI foi criada, em 1967, com bases parecidas com a do SPI e sua atuação, no período da Ditadura Civil-Militar esteve pautada fortemente na política assimilacionista, uma vez que “(...) as políticas indigenistas foram integralmente subordinadas aos planos de defesa nacional, construção de estradas e hidrelétricas, expansão de fazendas e extração de minérios” (ISA, 2016).

Assim como o SPI, A FUNAI esteve ligada a diferentes Ministérios apresentando fases distintas de atuação. No ano de 2002, por exemplo, A FUNAI teve de se adequar aos novos desafios, uma vez que houve a ratificação pelo governo brasileiro da Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre “Sobre Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes” (1989), a qual aprofunda a sustentação jurídica dos povos indígenas no que diz respeito aos seus direitos diferenciados, antes tidos por “aculturados e integrados” (ISA, 2016). É fundamental que a FUNAI atue de forma coesa a Convenção da OIT visto que hoje, tem entre outras responsabilidades, demarcar as Terras Indígenas em todo o território brasileiro, pauta central e constante das reivindicações dos direitos indígenas.

4.1.2 A atenção à Saúde Indígena e o Sistema Único de Saúde

A Constituição Federal de 1988 trouxe um novo paradigma em relação à maneira como a saúde pública passa a ser compreendida, pois definiu a saúde como um direito social, explicitando a responsabilidade do Estado na efetivação de ações e metas para as demandas de saúde de toda a população nacional. No âmbito do planejamento, as ações em saúde voltadas para as populações indígenas, que antes apresentavam um cunho apenas emergencial, passaram a ser vistas de forma integral, visando o respeito à especificidade social e cultural de cada povo indígena (CIMI, 2013).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi incorporado à Constituição Federal de 1988 e instituído em 1990 através da publicação da Lei Orgânica da Saúde 8.080, que discorre sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde e trata da organização e funcionamento dos serviços públicos de saúde.

O advento do SUS é fruto de intensa mobilização popular, de movimentos da sociedade civil e de trabalhadores da área da saúde que lutaram pelo projeto da reforma sanitária. O movimento dessas classes teve início com um importante acontecimento: a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986, que marcou o começo do processo de democratização da saúde no país, definindo os princípios de universalidade, equidade,

integralidade e do controle social por via da gestão democrática e participativa da população, considerando os diversos setores sociais, as comunidades e suas demandas.

Os povos indígenas também protagonizaram as mobilizações que culminaram no desenvolvimento e implantação do SUS. Foi também em 1986, na ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde, que a saúde indígena passou a ser discutida de forma mais ampliada, lançando assim as bases para discussões que contemplassem outras dimensões da saúde, que não apenas as questões emergenciais ou reparativas.

Ainda no ano de 1986, ocorreu a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, a qual contou com a participação de lideranças indígenas, membros da sociedade civil e entidades de apoio às questões indigenistas. Na Conferência foi proposto que a atenção à saúde dos povos indígenas deveria obedecer a um modelo específico, diferenciado e que contemplasse, conforme suas deliberações, os conceitos de integralidade e de universalidade de acesso, bem como a participação popular em todas as etapas de planejamento, execução e avaliação das ações desenvolvidas (CIMI, 2013).

Já a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas teve como tema a definição das diretrizes da Política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas. Ocorrida no ano de 1993, essa segunda Conferência se preocupou em atualizar as recomendações da I Conferência, ambas em conformidade com o processo de consolidação do SUS. Delas surge o movimento que resultaria na aprovação da Lei Arouca (Lei 9.836/99), e que, posteriormente, criaria Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), instituindo o modelo dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's) como base para a atenção em saúde integrada ao SUS, tema que será aprofundado no próximo subcapítulo.

Mesmo com a existência do SASI, as discussões das Conferências Nacionais de Saúde Indígena que ocorreram nos anos seguintes denunciaram o sucateamento dos serviços de saúde prestados para essa população, bem como o enfraquecimento do controle social indígena.

A III Conferência Nacional de Saúde Indígena, ocorrida em 2001, discutiu os desafios e limites do SUS na implantação dos DSEIs, propondo diretrizes para sua efetivação. Na ocasião foi verificada a necessidade de instituir todos os Conselhos Locais e Distritais Indígenas, bem como, a reivindicação de que as ações em saúde se pautassem nos saberes tradicionais dos povos indígenas²⁸.

²⁸ Os Conselhos Distritais e Locais são órgãos previstos pelo SUS que tem como função a garantia da participação popular como meio de controle social.

Na IV Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 2006, foi criado o modelo de Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Contudo, a proposta só iria se efetivar em 2010. A SESAI foi então criada apenas em 2010, fruto de uma intensa mobilização e pressão nacional realizada pelo movimento indígena, que denunciava a negligência da FUNASA frente às ações em saúde destinadas às comunidades. O modelo de gestão à assistência à saúde passou a assumir um novo formato, ainda vinculado ao Ministério da Saúde, porém com os cargos e os insumos necessários ao funcionamento melhor definidos através de decreto. No entanto, desde seu início, a SESAI recebeu críticas por parte de movimentos indígenas, devido à falta de transparência na relação estabelecida entre os convênios firmados e as entidades conveniadas.

Na V e mais recente Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 2013, o tema central foi o “Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e SUS: direito, acesso, diversidade e atenção diferenciada”. As principais discussões se deram em torno da aprovação de diretrizes para as políticas de saúde nos 34 Distritos Especiais de Saúde Indígena. A Conferência contou com um número grandioso de representantes indígenas e não indígenas, porém, segundo a avaliação de delegados da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), acabou por resultar em poucos avanços, principalmente, se for levado em consideração o “tamanho dos desafios que precisam ser enfrentados para a garantia da saúde dos 305 povos indígenas no território nacional” (Peres, n. d).

Devido ao agravamento das condições de saúde nas aldeias, o Ministério Público Federal realizou em 2012 o “Dia D da Saúde Indígena”. Essa ação teve como objetivo alertar numa maior amplitude, sobre as precárias condições de saúde vivenciadas nas aldeias indígenas. O “Dia D” resultou em decisões judiciais que recuperaram Casas de Saúde Indígena (CASAI), além de outros recursos necessários para a promoção de saúde, como por exemplo, o fornecimento de medicamentos, de água potável e de transporte (Liebgott, 2014).

Assim, a política de saúde indígena é descrita por Liebgott (2014) como *caótica*, a qual é marcada pelo esbanjamento de recursos financeiros e pela omissão na implementação de ações em saúde. Segundo o autor, os fatores que contribuem para essa situação atual seriam “a corrupção, o uso político da SESAI e a terceirização de grande parte das ações e serviços” (p. 20). Ele chama a atenção para o alto índice de mortalidade infantil indígena em todo o território nacional e enfatiza, ainda, a omissão do poder público na efetivação de ações básicas, as quais deveriam ser promotoras de saúde e que evitariam muitas mortes causadas por doenças facilmente tratáveis.

A omissão se dá através da falta de saneamento básico; de medicamentos; de equipamentos; de profissionais qualificados; de assistência continuada e de caráter preventivo; da falta de controle e fiscalização das ações e aplicação dos recursos; da ausência de planejamento, de controle social e de formação; da infraestrutura precária das Casas de Apoio à Saúde Indígena (Casais); além da falta de hospitais capacitados e qualificados para receber os doentes indígenas. (Liebgott, 2014, p. 20)

Portanto, há uma expressiva mobilização indígena no sentido de conquistar seus direitos, por meio de uma legislação que contemple, em seus textos, os cuidados em saúde e que visa o respeito às singularidades dos povos indígenas. Entretanto, a partir de denúncia dos indígenas por meio dos noticiários, de dados epidemiológicos, bem como o conteúdo que é apontado pelo CIMI, através dos dados do Relatório Anual de Violência Contra os povos indígenas no Brasil, é possível verificar que na prática, as políticas de saúde indígena vigentes têm tido pouco alcance, caracterizando-se principalmente por ações emergenciais e transitórias e no abandono do poder público em relação a essas populações.

4.1.3 Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

A criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) é decorrente da crescente mobilização dos povos indígenas e de grupos parceiros que foi iniciada na II Conferência Nacional de Saúde Indígena de 1993. O movimento exerceu forte reivindicação naquele momento, levando o Ministério Público Federal a intervir diante da omissão do Governo Federal no atendimento às comunidades indígenas, resultando assim na aprovação da chamada Lei Arouca em 1999, a qual se encontrava em tramitação desde 1994.

Tanto a Lei Arouca como a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena aprovada pelo Ministério da Saúde no ano de 2002 foram baseadas inteiramente nas resoluções e no modelo de atenção diferenciada preconizado pela Segunda Conferência Nacional de Saúde Indígena, que foi protagonizada pelo movimento indígena, pegando de surpresa os gestores da saúde indígena na época. (Moraes, 2013, s.p)

O SASI foi então instituído pela Lei Arouca e pela portaria do Ministério da Saúde nº. 254/2002, esta última nomeada como Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. O SASI surgiu como um capítulo acrescentado à lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/ 1990), evidenciando assim um avanço na gestão e assistência à Saúde da população indígena, tendo em vista que lhe foi garantida todos os princípios e diretrizes gerais contidas no SUS, tais como: o direito à saúde; a universalidade de acesso; a integralidade em todos os níveis de

cuidado; a participação e o controle da comunidade; a promoção, proteção e recuperação da saúde, entre outras.

As ações em Saúde Indígena, orientadas pelo SASI, devem ser pautadas por uma abordagem onde as questões de saneamento básico, habitação, meio ambiente e demarcação de terras sejam vistas como inerentes à compreensão de saúde e fundamenta também que os grupos indígenas não devem ser tratados de forma homogênea, mas sim, conforme as especificidades culturais de cada etnia e região.

Outro documento legislativo relevante para a gestão participativa indígena é a portaria número 755 de 2012, que discorre sobre a organização do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. A portaria é um importante dispositivo, uma vez que reitera a lei nº 8.142/1990 que, por sua vez, preconiza o controle social na gestão do SUS. A legislação, portanto, legitima o protagonismo indígena, abre espaço para sua atuação e estabelece parâmetros para a definição conjunta de ações. Desse ponto de vista, a legislação legitimou a participação ativa da população no controle e nos processos de elaboração de políticas públicas de saúde, sobretudo atuando nos procedimentos de gestão dos serviços de saúde nas suas diferentes instâncias: de avaliação, elaboração e acompanhamento das políticas por via dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena e pela participação de representantes indígenas nos conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde.

Foi somente com a promulgação da Lei Arouca em 1999, a qual foi incluída ao capítulo V Do SUS, que a política de saúde indígena passou a ser de responsabilidade do Ministério da Saúde e suas ações, que anteriormente eram responsabilidade da FUNAI, passaram a ser executadas pela FUNASA, mantendo-se até o ano de 2010, quando então a FUNASA, foi substituída pela SESAI.

A partir do SASI foram criados Polos-base, em nível local, as Casais, e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Os Polos-base se estruturam como unidades básicas de saúde nas aldeias, direcionadas a prover os cuidados na atenção primária em parceria com os agentes indígenas de saúde. Os DSEI's ficaram responsáveis pelo atendimento à população indígena circunscrita a uma determinada região geográfica, além de coordenar as ações em saúde e fazer o levantamento das estatísticas epidemiológicas. As Casas de Saúde do Índio (CASAI's) por sua vez, estão localizadas em capitais ou municípios maiores dos Estados e servem como uma espécie de casa de acolhimento e hospedagem para indígenas que sofrem de problemas mais graves e que precisam realizar tratamento na rede pública de saúde, muitas vezes fora de seu município, garantindo assim o acesso ao atendimento secundário e terciário em saúde (FUNASA, 2001).

Os territórios distritais, os quais circunscrevem os DSEIs, foram criados a partir de um processo conjunto com comunidades indígenas, instituições e profissionais de saúde. A definição dessas áreas buscou privilegiar não apenas critérios geográficos e operacionais, mas, sobretudo, a cultura local, as relações políticas e a distribuição demográfica dos povos indígenas, critérios que não coincidiam necessariamente com os limites dos Municípios e Estados nos quais as terras indígenas estavam inseridas.

Quadro 7 - Localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's) no território nacional.

1) Sergipe/Alagoas	13) Interior Sul	24) Parintins
2) Altamira	14) Kaiapó Mato Grosso	25) Xingu
3) Alto Rio Juruá	15) Kaiapó Pará	26) Pernambuco
4) Alto Rio Negro	16) Leste de Roraima	27) Porto Velho
5) Alto Rio Purus	17) Litoral Sul	28) Potiguar
6) Alto Rio Solimões	18) Manaus	29) Rio Tapajós
7) Amapá e Norte do Pará	19) Maranhão	30) Tocantins
8) Araguaia	20) Mato Grosso do Sul	31) Vale do Rio Javari
9) Bahia	21) Médio Rio Purus	32) Vilhena
10) Ceará	22) Médio Rio Solimões e Afluentes	33) Xavante
11) Cuiabá	23) Minas Gerais e Espírito Santo	34) Yanomami

Fonte: Portal da Saúde, 2017.

Como aponta Pastore (CRPSP, 2010), a implantação do SASI foi uma conquista dos povos indígenas, e apresentou importante avanço no princípio da equidade à saúde - princípio tão caro ao SUS – por ser caracterizada como “integral, diferenciada e integrada” (p.251) e também por ampliar a extensão de serviços, objetivando ofertar uma maior cobertura nas ações em saúde, principalmente para os povos que vivem nas aldeias situadas em regiões mais afastadas de centros urbanos. No entanto, desde o início, o SASI já apresentou alguns problemas, como por exemplo, a prestação dos serviços de saúde que ficou a cargo de terceiros, viabilizada por meio de convênios com entidades da sociedade civil. Essa realidade, que havia sido aceita pelos indígenas como temporária, somente para que houvesse tempo para a contratação dos servidores públicos, ainda vigora na atualidade (CIMI, 2013).

Esse é um ponto que merece a atenção, primeiramente porque a terceirização implica questionamentos sobre a transparência nos processos de gestão, financiamento de recursos, planejamento e diretrizes de ações, gerando prejuízos e dificuldades no controle social e consequentemente na gestão participativa da população indígena. Atualmente existem três entidades conveniadas ao SASI para a realização de ações complementares em saúde indígena, que são a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), vinculada à Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) e a Missão Evangélica Caiuá, que, embora tenham sido aprovadas pelo Ministério da Saúde via Chamamento Público em 2013, não houve consulta prévia às instâncias indígenas para a seleção (Santana, 2013)²⁹. Ademais, essas entidades possuem particularidades em suas características institucionais, que divergem das demandas próprias dessas populações.

Outro ponto que vem sendo discutido, no sentido de precarização da política de saúde indígena desde 2014 é a proposta de criação do Instituto Nacional de Saúde Indígena (INSI), que seria um serviço social autônomo de direito privado, ligado à SESAI e destinado a prestar à assistência em Saúde Indígena. O argumento utilizado pelo Ministério da Saúde para sua criação do INSI, é que facilitaria os processos licitatórios; no entanto o Ministério Público Federal, lideranças e entidades indígenas se posicionam contrários, pois sua criação estaria legitimando a privatização da saúde indígena, passando assim a responsabilidade que é do poder público para a iniciativa privada, o que dificultaria, mais uma vez o controle social indígena.

²⁹ Recuperado de <http://racismoambiental.net.br/2013/11/05/sesai-realiza-selecao-para-convencios-sem-consulta-aos-indigenas-e-sob-suspeitas-de-favorecimentos-envelopes-serao-abertos-amanha-611/>

Cardoso (2014) ao discutir sobre a política atual de saúde indígena, fala sobre os seus “equivocos” e aponta a ineficiência do SASI no tocante à assistência. Segundo a autora, a implementação do subsistema é insatisfatória, uma vez que há uma baixa cobertura nas áreas territoriais indígenas, as quais apresentam de diversos tamanhos, composição étnica, diferentes formas e meios de acesso às comunidades. Existe ainda a falta de recursos humanos e de infraestrutura física, além da precariedade da participação da população indígena na formulação, planejamento, gestão e avaliação de saúde por via da gestão participativa, denotando assim, que o modelo de Distritos Sanitários obedece a “um modelo organizacional e não como um modelo assistencial” (p. 862).

Outro ponto deficitário na implantação do SASI, principalmente quando levamos em conta os princípios da “atenção diferenciada” em saúde indígena, refere-se a não assunção e promoção das práticas tradicionais indígenas articuladas às ações do SUS em todos os níveis de cuidado, previstas na Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (Portaria nº 254 de 2002). Cardoso (2014) aponta a existência de serviços que adotam procedimentos que respeitam os sistemas tradicionais de saúde indígena, mas que, a saúde diferenciada somente é viabilizada por meio de iniciativas e projetos localizados, bem longe de ser uma medida adotada em âmbito nacional.

A saúde diferenciada é tema constante de conflitos e discussões entre gestores de saúde (Cardoso, 2014), pois muitos questionam se a promoção da saúde diferenciada não seria compreendida como “privilégio” para uma determinada população, relacionando este questionamento ao princípio da equidade na assistência prestada no SUS. Temos aqui um ponto que merece uma melhor reflexão, pois o princípio da equidade, que norteia a dimensão de justiça e igualdade, é muitas vezes mal compreendido por gestores e trabalhadores dos serviços de saúde.

Justamente por todos os aspectos históricos, marcados por violência e negligência aos povos originários, e por se tratar de populações que se orientam por outra cosmologia, muito diferente da orientação branco-ocidental, é que a equidade, princípio garantido pela atenção diferenciada, deveria ser uma premissa nas ações de saúde indígena. Esse princípio não se direciona apenas às populações indígenas, mas também é presente nas políticas públicas para outros grupos sociais, objetivando a oferta de cuidado e promoção em saúde que abarque a diversidade/pluralidade dos diferentes povos que engendram a população nacional, assim como os idosos, a população negra, comunidades ribeirinhas, pessoas com deficiência, pessoas em situação de rua entre outras.

No mais, vemos que o SASI contempla novamente em sua normativa em saúde, aspectos que em tese engendrariam sua assistência de modo a respeitar as singularidades e formas plurais de compreensão do processo saúde-doença dos povos indígenas, porém a que se percorrer um longo caminho para que se estruture uma convergência entre aos escritos legislativos e as práticas de saúde, tal quais as populações indígenas de fato demandam.

4.1.4 A política Nacional de Saúde Mental e a interface com a Saúde Mental Indígena

A política de Saúde Mental brasileira está pautada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica que surge em decorrência do movimento da Luta Antimanicomial, a qual, por sua vez, é caracterizada enquanto movimento que visa fundamentalmente à liberdade e os direitos das pessoas com transtornos mentais.

No Brasil, o movimento teve forte influência do processo italiano iniciado pelo psiquiatra Franco Basaglia, que a partir de sua experiência em Gorizia e Trieste, criticava o modelo psiquiátrico vigente, regido basicamente pelo isolamento do paciente, o qual ficava a mercê dos procedimentos técnicos e clínicos, sem autonomia de contratação, e na maior parte das vezes, expostos às ações violentas, como agressões físicas e intensa contenção medicamentosa, chegando inclusive ao óbito. Basaglia questionava sobre a própria instituição psiquiátrica, associando o modelo de assistência àqueles que padeciam de doenças mentais a “uma prisão, ou melhor, um campo de concentração” (Amarante, 2007, p. 55) e propôs à extinção dos hospitais psiquiátricos e manicomiais, lutando pela criação uma rede de serviços territoriais com vistas à desinstitucionalização dos pacientes.

No nosso país o movimento antimanicomial teve início no final dos anos 1970 através da mobilização dos profissionais de saúde mental e dos familiares de pacientes diagnosticados com transtornos mentais, que se mostravam contrários ao modelo asilar ofertado até então. As principais ideias do movimento visavam: o resgate da cidadania, a desinstitucionalização da loucura por meio da extinção dos manicômios, o respeito aos direitos humanos e a criação de uma rede substitutiva de saúde de base territorial.

Na década de 1980, com forte influência da Reforma Sanitária que também lutava contra as precárias condições de saúde, a Luta Antimanicomial alcançou dois importantes marcos: a criação do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo em 1986, e o fechamento da Casa de Saúde Anchieta, em Santos (SP) em 1989. Ambos são considerados momentos inaugurais e paradigmáticos da Luta Antimanicomial, pois a partir de então se redirecionou o modelo de tratamento em todo território nacional.

Assim, o modo asilar, caracterizado por maus-tratos, negligência e alto índice de mortes é substituído pelo modo de atenção psicossocial (Tenório, 2002).

A Política de Saúde Mental foi então regulamentada pela Lei nº. 10.216, em 2001, conhecida como Paulo Delgado que trata da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A política visa à garantia do cuidado da pessoa com sofrimento mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, privilegiando o contato e o convívio da pessoa com a comunidade e com a família, evitando assim as internações de longa duração.

Anteriormente a lei Paulo Delgado, a Saúde Mental já vinha tendo importantes avanços com a criação de uma rede substitutiva em saúde, constituída pelos Centros de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, caracterizadas enquanto moradias assistidas no território, Centros de Convivência e Cultura, além do aumento da oferta de leitos para tratamento de pacientes em situação de crise, em Hospital Geral. Com esses dispositivos, a política de Saúde mental propõe-se à desinstitucionalização de pacientes, objetivando a diminuição dos leitos em Hospitais Psiquiátricos, ao passo que cria toda uma rede de atenção psicossocial, composta por serviços de base territorial.

Assim, as ações voltadas para pessoas com transtornos mentais devem estar pautadas pela reabilitação psicossocial, redirecionando um novo modo de pensar e agir no seu campo, em que as ações objetivem a autonomia e protagonismo dos usuários através de diversos setores da sociedade como a cultura, lazer e do trabalho.

Ao deslocarmos a atenção em saúde mental para os povos indígenas, a portaria nº. 2.759/2007 é certamente o dispositivo legal que mais abrange as ações de promoção, proteção e recuperação em saúde mental, uma vez que estabelece as diretrizes para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas. O documento prevê que as atividades desenvolvidas devem respeitar os valores de cada etnia, seus modos de organização e de expressão cultural, tendo em vista a construção de possíveis soluções para os diferentes problemas de saúde. Os modos de compreender a saúde, que envolvem muitas vezes rituais xamânicos, as rezas, o uso de plantas, bem como as especificidades e manifestações culturais devem ser valorizadas nas abordagens de tratamento frente às dificuldades apresentadas pelos indígenas, tal como a participação efetiva das lideranças em todos os trabalhos desenvolvidos.

É importante observar como essa portaria, que focaliza principalmente aspectos da saúde mental indígena, assim como toda a legislação que trata da saúde de forma ampliada, dos povos indígenas, ao tratarem do controle social e relevarem os aspectos advindos do território e da cultura está consonante com a Lei Paulo Delgado. No entanto, mesmo

considerando esses pontos de aproximação e considerarmos as proposições da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, ao visar uma maior articulação com os CAPS's e toda a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), são relevantes os questionamentos: seria interessante importarmos um modelo destinado à população não indígena para assistência em saúde dos povos indígenas? Será que esse modelo de tratamento atenderia aos princípios da atenção diferenciada?

A atenção diferenciada em saúde, conforme indica Pastore (CRPSP, 2010) foi proposta para as populações indígenas exatamente por estar “fundamentada em indicadores epidemiológicos, vulnerabilidades orgânicas e sociais, especificidades culturais, bem como no déficit histórico de acesso à Saúde” (p. 257). Deste modo, as ações em saúde indígena devem respeitar as particularidades culturais de cada povo e levar em conta os aspectos culturais, os dados epidemiológicos e logísticos de cada território.

Stock (2011) salienta que o entendimento de território em saúde mental, que vai além do espaço geográfico considerando as relações sociais, seus componentes e suas potencialidades, pode ser o conceito chave que ajudaria a pensarmos na interface com as relações étnicas, pois ao se dispor a trabalhar em território indígena, antes de se pensar qualquer tipo de construção conjunta, é necessário compreender o que faz sentido para uma determinada comunidade.

As ações em saúde mental, ao dar ênfase na reabilitação psicossocial e na lógica territorial, entendem que a pessoa em sofrimento não deve ser apartada de seu coletivo, local onde contraria e dá sentido à experiência, mas sim, deve receber o cuidado em saúde, mantendo suas relações de trocas com os diversos constituintes do território. Compreender o território, no qual vivencia a pessoa em sofrimento, seja com comunidades indígenas ou ocidentais, é o primeiro passo para um cuidado em saúde ético e respeitoso.

Ao se propor que a assistência em saúde indígena obedeça a um sistema direcionado à população geral, não específico, o qual infelizmente hoje está pautado por um modelo biomédico, medicalizante e que valoriza a alta tecnologia em detrimento dos saberes tradicionais e populares, põe-se, mais uma vez, a população indígena em risco, ao expô-la a mais uma ação violenta, que ao invés de sanar os problemas em saúde, é seu principal causador.

4.2 Os discursos indígenas

“A história de um guarani é a história de suas palavras, palavras escutadas e palavras ditas, palavras inspiradas e palavras rezadas, palavras pronunciadas em uma assembleia e palavras apenas sussurradas na vida íntima” (Melià, 2010, s.p).

Passo agora a apresentar os resultados dos dados empíricos. Os analiso a partir da reflexão, enquanto pesquisadora e psicóloga, sobre o que eles provavelmente nos indicam e quais suas implicações sobre a saúde indígena para as distintas perspectivas. Também tomo como apoio algumas articulações com a literatura etnográfica sobre os Mbya Guarani.

Para uma leitura mais fluida e melhor compreensão, optei por organizar a seleção de dados da seguinte maneira: primeiramente trarei a análise do documentário “*Teko Rexaĩ - Saúde Guarani Mbyá*”; posteriormente discutirei as notícias dos coletivos indígenas, o Tenonderã *Ayvũ* e a Comissão Guarani *Yvyrupa* e por fim trarei as reflexões acerca da produção das entidades parceiras composta pelo CTI, ISA, CIMI e Comissão Pró-Índio.

4.2.1 Os discursos em “Teko Rexaĩ - Saúde Guarani Mbyá”

Considerando a contribuição de Bakhtin (1997), julgo importante destacar alguns elementos extraverbais, nos quais as narrativas contidas no documentário se deram:

a) locutores: são lideranças, pessoas que têm conhecimento sobre a concepção de saúde Mbya Guarani;

b) interlocutores: em alguns momentos, a pessoa que fala se dirige ao público na *Opy* e em outros momentos, para a câmera. Como o vídeo foi produzido em parceria, presumo que os locutores tinham conhecimento que suas falas alcançariam um público amplo e heterogêneo;

c) local: em diferentes locais de diferentes *tekoas* do estado de São Paulo e o

d) momento: o ano é 2012, momento em que o povo Mbya Guarani vem ganhando maior visibilidade (pela população não indígena) pela preocupação e luta pelos seus territórios sagrados, e também foi o ano que teve bastante agravamento na situação de saúde indígena em todo o território nacional, chegando, inclusive a ter a atuação do Ministério Público Federal, que chama a atenção dos órgãos públicos sobre a precariedade da situação de saúde nas aldeias.

No mais, é importante notar a entonação da voz, a velocidade com que expressam suas palavras, lentamente, pausadamente, sem pressa, e a meu ver, as palavras são muito bem

pensadas antes de serem anunciadas. Outro aspecto da fala que chama a atenção é o volume e o timbre, sempre no tom baixo de forma que soa suavemente a quem ouve e que prende a atenção do interlocutor. Os textos são diretos, concisos, mas de uma riqueza de análise e de interpretação. Mesmo com a presença da câmera, de saberem que estavam sendo filmados, aparentemente apresentavam-se à vontade, falando com bastante desenvoltura. Apenas uma locutora, Lídia Eusébio, demonstrou um pouco de timidez ao falar dos problemas de saúde de seus filhos, no entanto, ao que me parece, numa exposição voluntária.

Trago essas reflexões sobre a fala, pois foi um dos elementos na cultura Mbya Guarani que mais me chamou a atenção desde que tive meus primeiros contatos, no entanto é importante realçar que a palavra, ocupa um lugar central na vida dos Mbya. Conforme estudo etnográfico realizado por Natália Stofel (2013) sobre a noção de cuidado na cultura Mbya Guarani e amparado pelas reflexões de Clastres, é discorrido que

Toda a cosmologia e vida dos mbya são desenvolvidas ao redor da palavra. A Palavra configura-se na ferramenta para o alcance do *aguyje*, é preciso esforço, pois somente o estado de *aguyje* conduz a alma à morada dos deuses. A Palavra lhes garantirá mesmo tempo, no interior da existência doente que será a deles na morada terrena, a certeza de voltar a ser um dia o que são antecipadamente: divinos. (p. 45)

De forma que palavra, alma e corpo se relacionam intimamente, onde o cuidado com o corpo não é distinto do cuidado com a alma, processo que demanda uma formação contínua. É através do fluir das palavras, que as crianças têm condições de enfrentarem o mal, ao residirem na morada imperfeita (Stofel, 2013). Palavra, alma e corpo são intrínsecos à noção do bem viver e sua desarmonização podem levar ao desenvolvimento de um mal estar ou até mesmo de uma doença.

Exposta essas considerações, exibirei a seguir reflexões sobre o documentário, a partir das principais antinomias provenientes desta análise, as quais estiveram presentes mais recorrentemente ao longo do documentário. Importante mencionar que não pretendo “traduzir” ou sobrepor meu olhar nas falas que já falam por si próprias. Esta análise se preocupa em salientar alguns aspectos, que também na condição de interlocutora, me inquietaram num nível de intensidade, que passei a me debruçar sobre ela. Assim muitas dimensões das falas, certamente não foram percebidas por mim, tornando-se múltiplas e infinitas, dependendo da percepção dos mais variados interlocutores.

Os resultados relativos ao documentário foram subdivididos em subcapítulos que serão apresentados a seguir.

4.2.1.1 A vida em comunhão e o respeito à natureza

O documentário “Teko Rexaĩ - Saúde Guarani Mbyá” tem início com a fala da *Xejaryi* Doralice, a qual, ao discorrer sobre a origem das doenças para seu povo, traz dois aspectos fundamentais que norteiam a concepção de saúde Mbya Guarani, o primeiro diz respeito à religiosidade e o segundo aspecto trata do retorno à vida em maior comunhão e respeito à natureza.

Há muito tempo atrás, no início, a terra não era essa. Era um outro mundo, onde todas as coisa tinha vida e se comunicavam, até os cachorros eram como a gente. Certo dia, esse mundo queimou e se acabou em um grande fogo. Com o fim desse mundo, Nhanderu (Deus) resolveu partir. Nesse tempo existia um ser doença, “Mba’e axy dja.” Nhanderu queria levar embora todo mundo, mas não podia. Assim ele deixou “Mba’e axy dja” no mundo imperfeito, no mundo das dores. “Mba’e axy dja” ficou muito chateado porque queria ter ido embora junto com Nhanderu. “Não entendo porque você vai me deixar aqui com a missão de espalhar as doenças!”, reclamou. Então quando Nhanderu partiu, ele deixou esse ser-doença-invisível. Por isso hoje nós não conseguimos vê-lo. Ele é o ser que cuida das cachoeiras e dos rios. É o ser-espírito-das-águas. Por isso não podemos abusar dos rios indo nas cachoeiras. Nem as crianças podem ficar indo nos rios, porque existe o dono desses lugares. Se esse ser “Mba’e axy dja”, apontar o dedo para uma pessoa, ela vai sofrer muito. Se ele tocar a pessoa, ela morre. Se olhar só de longe, então a pessoa vai sentir uma dor mais leve. Mas se ele se aproximar, não há chance para a pessoa. No entanto Nhanderu falou: “Quem acreditar em mim não será atingido. Mba’e axy dja não vai atingir fácil aqueles que acreditarem em mim”. Por isso, às vezes a gente fica doente e mesmo assim consegue se curar (*Xejaryi* Doralice).

É possível observar que aspectos, como a religiosidade e uma vida mais harmoniosa com a natureza, estão presentes na maioria das falas proferidas ao longo do vídeo, articuladas com outras dimensões abordadas sobre a saúde. É preciso acreditar em *Nhanderu*³⁰ para estar fortalecido contra as doenças espirituais, ao passo que também é necessário respeitar as águas, “não abusar dos rios”, pois esses lugares têm seus donos. A noção de dono na cosmologia indígena, segundo o que discute o antropólogo Carlos Fausto (2008), para os povos da Amazônia, transcende a simples expressão de uma relação de propriedade ou domínio, mas percebe o “dono como o modelo da *pessoa magnificada* capaz de ação eficaz sobre esse mundo”, cabendo aos donos proteger e controlar, zelando pelo seu bem-estar, reprodução e sua mobilidade (p. 330). Os donos (*ja*) são antes de tudo, divindades que habitam a natureza e que precisam ser respeitados para que seu ciclo da natureza respeitado e perpetuado.

³⁰ *Nhanderu* é a nomeação mais comum atribuída, pelos Guarani, à divindade criadora do Universo. Devido às diferentes versões sobre o mito de origem Guarani e considerando o sentido relacional do termo, outras nomenclaturas também são empregadas como *Nhanderu Tnondegua*, *Nhamandu Ru Ete*, *Nhamandu Tenonde*, *Nhanderu Papa Tenonde* entre outras (Pierri, 2013).

A antropóloga Elizabeth Pissolato (2006) em estudo etnográfico discute também a noção dono na cosmologia ameríndia, especificamente para os Mbya Guarani, no que se relaciona às questões de saúde. Segundo Pissolato, há uma distinção clara entre as “doenças do *juruá*” e as “doenças do guarani”, e que se faz importante para se saber e dar encaminhamento ao tipo de tratamento necessário para cada caso.

As doenças que não se pode vê são as doenças espirituais, as que têm dono, assim as curas xamânicas se baseiam em, primeiramente poder ver: “o xamã cura porque vê, ou melhor, porque Nhanderu lhe mostra” a doença, o incômodo ou desânimo que acompanha a pessoa acometida (p. 236).

Já, quando se padece das doenças dos brancos, em muitas situações são necessárias as intervenções do *juruá*, através da medicina ocidental, porém não se deve deixar de lado o saber do xamã. Há uma ênfase nos discursos, de que se deve sempre procurar pela ajuda dos mais velhos, pois em muitos relatos do documentário, recorre-se diretamente ao saber ocidental, mas ação não tem êxito, e ao voltar para a aldeia e solicitar a intervenção do xamã, através do uso dos remédios e dos rituais, a saúde da pessoa acometida é restabelecida, solucionando o caso.

4.2.1.2 Concepção de Saúde Mbya Guarani X Postura do Estado

É presente a preocupação dos mais velhos com a transmissão dos conhecimentos tradicionais de cura, ainda mais quando instituições do Estado os colocam em dúvida, questionando se suas práticas são realmente eficazes. Na fala do *Xeramõi* João da Silva, da aldeia de Itaóca, Mongaguá, SP, é possível observar esses pontos,

Hoje a Funasa é responsável por todas as questões relacionadas à nossa saúde. Por isso, quando falamos que sabemos sobre remédios, eles querem saber se a gente pode de verdade curar as doenças. Eles só vão acreditar se virem que a gente curou mesmo. Se não for assim, eles falam: “É mentira dos índios, eles não sabem”. Eles falam assim. Isso me incomoda. Por isso, acho que devemos mostrar. Acho que devemos mostrar umas coisas boas para eles, mas o que é mais sagrado, o que é só para nós, a gente esconde. E uma das coisas que a gente tem que esconder é a sabedoria dos nossos xeramõi (líderes espirituais), pois nem todas as pessoas da aldeia têm esse conhecimento. “Como você faz?”, “Como você cura”, “Como é isso?” Não temos permissão para falar assim com eles. Não podemos perguntar, pois não faz parte do mundo material e sim do mundo espiritual. A sabedoria vem de Nhanderu. É por isso que os xeramõi têm força e poder de cura. Acho que isso deve ficar em segredo, meus parentes. Tem três coisas que são importantes pra a nossa saúde: os remédios da mata, as curas feitas pelos líderes espirituais, e os batizados das crianças. São três coisas realmente da nossa cultura. Hoje em dia, quando nossos filhos ficam doentes, levamos direto para os médicos. Mas se vocês estiverem realmente preocupados, mesmo eles estando no médico, vocês devem colocar o

Ka'a (erva-mate) na casa de reza e pedir para o nosso líder espiritual rezar por eles. Aí ele vai poder se conectar espiritualmente com as crianças para ajudar a curá-las (*Xeramõi* João da Silva).

Neste excerto é presente uma tensão comum nos discursos ao longo do documentário, que diz respeito a: revelar ou não revelar os conhecimentos em relação à saúde Mbya Guarani. Mostra-se um pouco, mas não se mostra tudo, nem o que é mais importante, pois alguns conhecimentos devem ser mantidos em segredo, ficando apenas entre alguns membros da comunidade. Atitude que demonstra preocupação com forma de manter a tradição, que mesmo quando questionados e colocados em dúvidas sobre a eficácia de seus saberes; como forma de resistência, mantêm a postura de que preservação de seus saberes devem ser resguardada para poucos.

O Estado, por sua vez, tem o dever de ofertar o cuidado em saúde, através da atenção diferenciada, mas desconfia do saber da comunidade, exigindo inclusive sua comprovação. Caso contrário, ainda correm o risco de serem chamados de “mentirosos”. Há uma lacuna, e nesse exemplo há também um distanciamento, entre a posição da comunidade Mbya Guarani e o Estado, que é reforçado por essa dúvida, que a partir da desconfiança, primeiramente presume-se que o outro não sabe ou não conhece, exigindo que a comunidade seja passível de comprovação de sua própria sabedoria. Como o Estado produz políticas públicas e oferta a assistência para a população indígena, se não a escuta? Se duvida de seus próprios saberes?

Outras antinomias estão presentes neste fragmento que nos chamam a atenção como a sabedoria material X sabedoria espiritual, onde a sabedoria dos *Xeramõi Kuery* é mais uma vez valorizada, pois ela tem muita força e poder de cura. Não é uma sabedoria material, mas sim espiritual, que vem de *Nhanderu* e por isso deve manter-se em segredo. Podemos fazer uma comparação entre o saber epistêmico e o saber do xamã, para o primeiro no qual é representado o Estado, a sabedoria ocidental é validada empiricamente pela ciência, com bases fortes argumentativas, ao passo que os procedimentos sistemáticos de cura do xamã, como a sabedoria espiritual vinda de *Nhanderu* é inerente ao sistema de compreensão indígena que se vale de seus mitos e atribuem sentido aos seus ritos, como no próprio ritual de cura da erva *Ka'a* (erva-mate).

Figura 1 - *Xeramõi* João da Silva abordando o tema da saúde

Fonte: Imagens do documentário “Teko Rexaĩ - Saúde Guarani Mbyá” - Marin, N & Calabi, A. (2012)

O *Xeramõi* João da Silva ao colocar que “não podemos perguntar, pois não faz parte do mundo material e sim do mundo espiritual”, parece ter uma enorme clareza entre os diferentes pontos de vista e, ao contrário da postura do Estado, não contesta o outro sistema de conhecimento, mesmo sendo desconhecido, e inclusive pode se valer dele.

Nessa direção é interessante ver como a perspectiva indígena é agregadora, apesar de valorizar seus conhecimentos tradicionais, não exclui o outro sistema de conhecimento. Em dado momento, João da Silva coloca que quando os “filhos ficam doentes levamos direto para os médicos, mas também devemos colocar o *Ka’a*”. Há o reconhecimento dos conhecimentos tradicionais de cura, mas também é considerada a importância da ajuda da medicina ocidental. Os dois saberes podem ser agregados, na medida em que os saberes tradicionais não devem ser abandonados pela comunidade.

Ainda na fala do *Xeramõi*, são elencados os três aspectos fundamentais para a saúde, próprios da cultura Mbya Guarani, que são:

- a) os remédios da mata;
- b) as curas feitas pelos líderes espirituais e
- c) os batizados das crianças.

A partir dessas reflexões, podemos indagar como compartilhar a construção do sentido da experiência para a promoção do diálogo entre as diferentes matrizes culturais, se existem tensões e uma relação hierarquicamente assimétrica por parte de uma perspectiva que tenta se

sobrepôr a outra? De que modo é possível pensarmos em uma sintonia rítmica nesse contexto?

Passo agora a destacar e a discutir, a partir dos fragmentos de diferentes falas, elementos sobre a cosmologia Mbya Guaraní que perpassam pela dimensão de saúde que surgiram mais predominantemente no documentário.

4.2.1.3 Sonho, batizado e religião: “acreditar em *Nhanderu*”

O sonho é um elemento muito importante e presente na cosmologia Mbya Guaraní, pois é por meio da experiência sensível do sonho e do xamanismo que se dá o acesso aos conhecimentos dos planos extranaturais do mundo celeste e terrestre (Pierri, 2013). É comum observarmos nas falas, que os sonhos aparecem como uma espécie de revelação ou premonição de algo que pode vir a acontecer. Através do sonho se vê muita coisa.

Em um momento do documentário, um grupo composto de homens e mulheres adentra na mata para procurar várias espécies de plantas, que são nomeadas como “os remédios” utilizados na comunidade. As mulheres começam a mostrar e explicar como tais remédios são aplicados e quais as reais necessidades e condições para o seu manuseio, no entanto se atentam a não falar tudo, pois como se trata de remédio não é interessante externalizar tudo o que se sabe sobre ele. Uma das mulheres, ao ouvir as explicações de uma primeira mulher, apresenta uma nova forma de utilização daquele remédio, pois um sonho a teria revelado:

Eu tive um sonho que me revelou que com essa planta “não estou feliz”, você faz assim: lava a cabeça com chá, e mistura a flor com tabaco, e fuma o tabaco fazendo a reza de cura com a criança (mulher não identificada).

Figura 2 - Três gerações Mbya Guarani reconhecendo os remédios da mata

Fonte: Imagens do documentário “Teko Rexaĩ - Saúde Guarani Mbyá” - Marin, N & Calabi, A. (2012)

O sonho pode aparecer como revelação, inclusive lhe apresentar novas formas de uso de um remédio. Ao sonhar, costuma-se pedir o conselho dos mais velhos ou a um parente mais próximo para lhe dizer aquilo que “soube” ou que “viu” através do sonho. É também possível que a pessoa que sonhou não conte a ninguém ou espere o momento certo para confiar a alguém o conteúdo que sonhou, no sentido de ser aconselhado sobre o que se deve fazer. Tem que saber também para quem contar o sonho, pois o ouvinte também precisa saber ouvir (Pissolato, 2006).

Sérgio Macena, na aldeia de Ribeirão Silveira, Bertioga, SP, também traz em seu discurso, além de outros elementos importantes, a dimensão do sonho como algo revelador, veículo imprescindível que permitiu o restabelecimento da saúde de sua filha.

Até um ano as crianças podem receber um nome. Até um ano, até dois anos. Cada criança, ele recebe um nome diferente. Por que? Porque os pajés falam que a gente nasce de vários espíritos. Por isso que cada nome, o pajé fica bem concentrado, porque se alguma vez você errar o nome pra criança, a criança vai ficar fraco. Ela não vai ficar assim, com saúde espiritual. É o que aconteceu com a minha filha também. Com a mais velhinha ali, Suzane. Com ela aconteceu assim, o seguinte: nós levamos lá no Gino e deu nome de Kerexu-Mirim, só que não era o nome verdadeiro, aí ela ficou doente. Aí nós levamos no pajé, aí o pajé falou que o nome da criança tava errado, não era aquele. Aí nós ficamos preocupados, e um dia Maria, aí a gente tava rezando e dormimos. Aí no outro dia Maria levantou e falou: “você sabe o que eu sonhei?”. Falei: o quê? “Deus me revelou o nome da minha filha que é Paramirim”. Aí o que aconteceu: nós levamos ela lá no Samuel e o Samuel falou assim: “É Paramirim!” (Sérgio Macena).

O sonho, nesse caso, veio em decorrência da reza realizada pelo o casal após uma grande preocupação pelo estado de saúde da filha. O sonho se manifestou através da esposa, onde lhe foi revelado o verdadeiro nome da criança. Uma dimensão importante neste excerto é também a fé, é preciso acreditar em *Nhanderu* para se ter saúde. Sérgio Macena traz também a importância de se dar nome certo, para que a criança tenha saúde espiritual. E para isso o pajé tem que estar realmente concentrado, durante o batizado das crianças, para que *Nhanderu* lhe mostre seu verdadeiro nome. Por esse motivo, como colocou o *xeramõi* João da Silva, o batizado é um dos três pilares da saúde Mbya Guarani.

Nesta passagem de Sérgio Macena, há outro ponto que é interessante salientar, diz respeito sobre a confiança que é atribuída ao xamã. Ao perceber, segundo consta no relato, que o primeiro pajé “Gino” havia dado o nome errado para sua filha, Sérgio Macena junto com sua esposa procuram por outro pajé de sua confiança, o “Samuel”. Pissolato (2006) reflete através de sua vivência nas aldeias Mbya, que há um discurso mais preponderante na comunidade de que se deve acreditar no que contam os xamãs em geral, mas na prática costuma-se procurar por um xamã em quem se acredita. Atitude comum quando se procura encaminhamento de uma criança ao *nhemongaraí*, “ainda que na própria localidade de residência haja um xamã que faça o ritual, pode-se escolher levar a criança para que um outro lhe ache o nome.” (p. 343)

Ladeira (2007) discorre em seu livro, obra resultante de seu mestrado, no qual reúne reflexões acerca de um longo trabalho etnográfico com Mbya Guarani, que para ela, assim como para muitos autores clássicos que se dedicaram à cosmologia Guarani, como Cadogan, Hélène Clastres, Shaden e Nimuendajú, a religião, ou “acreditar em *Nhanderu*”, é foco central da vida dos Guarani, mas, sobretudo elemento de resistência. A religião permeia todos os hábitos da cultura, estando presente no cotidiano dos Guarani e no modo de ser, no *Nhande Rekó*. A antropóloga destaca que pôde perceber uma crescente valorização dos preceitos religiosos ao longo dos anos de convivência, o que pode estar atrelado à crescente luta dessas comunidades pelas demarcações de seus territórios.

4.2.1.4 O uso dos remédios da mata

Há referência às plantas enquanto remédios ou ervas medicinais. Existe uma preocupação para que seu uso não seja feito de qualquer modo, devendo ser orientado pelos mais velhos ou pelo pajé e sempre no ritual (reza), também é necessário tomar cuidado com a alimentação. Na mesma passagem, já mencionada anteriormente, no momento em que

mulheres colhiam os remédios da mata na aldeia de Itaóca, essa preocupação apresentava-se bem claramente em suas falas. A partir do contato interétnico, as jovens da aldeia começaram a fazer o uso de algumas plantas ao seu modo. Comportamento que foi criticado por uma dessas mulheres presentes.

Hoje as moças acham que sabem de tudo e tomam essas plantas para não ter mais filho. Esse daqui não é para exagerar. A jovem acha que é esperta e vai querer tomar todos os dias, mas esse remédio não é para tomar todos os dias, pode fazer mal. Quando tomar esse remédio, não pode comer açúcar, nem nenhum tipo de doce, tem que ser forte e se preocupar com alimentação. Os remédios a gente deve tomar só quando estiver ruim mesmo, não pode ficar colhendo as plantas todos os dias. E também não é só fazer o remédio, tem que fazer a reza, tem que pedir a Deus. Eu sou assim, não preciso rezar alto, eu faço em pensamento (mulher com nome não identificado).

Ao colherem as plantas da mata, as mulheres as colocam sobre um tecido estendido ao chão e começam a conversar. Para uma jovem mulher, que fala em lugar de destaque, o uso de concepcional só deve ser feito “depois que o médico examinar e der uma receita”. É interessante notar como também se apropriam de elementos da cultura ocidental ao legitimarem o papel do médico (como agente especialista em saúde) como um conhecedor, cujas informações devem ser respeitadas. Mais uma vez, observa-se que existem possibilidades de conciliar um novo saber, o qual pode ser incorporado, porém deve ser respeitado ao seu modo.

Julito, na aldeia Itaóca, ao refletir sobre as plantas cujo uso pode controlar a natalidade, ressalta que não são os jovens que devem fazer esse controle. O uso da planta deve ser feito com precaução e apenas em casos específicos, como mulheres que já têm filhos e encontram dificuldades para criá-los, ou “mulheres que sofrem fisicamente ou se acidentaram”. Ele comenta que as jovens não devem fazer uso do remédio por vontade própria. Por isso a importância de manter essa sabedoria em segredo, além do que, o uso do remédio pode ser usado com caráter preventivo de evitar gravidez, mas também pode causar um efeito permanente de esterilização.

Já Vergínia, que também fala da aldeia Itaóca, mostra-se bastante preocupada com o fato de as jovens estarem frequentando a escola e os mais velhos não saberem o que de fato pensam e o que podem fazer com a transmissão destes conhecimentos sobre o uso dos remédios. Em certo momento, chega a questionar se vão querer tirar proveito próprio para ganharem dinheiro.

Esses que estão na escola, têm um tipo de sabedoria diferente, um jeito de pensar da escola. Nós concordamos com algumas coisas que os mais velhos disseram: nós não sabemos o que os jovens pensam (Verginia).

Será que porque estão na escola, pensam como o *jurua*, e só pensam em ganhar dinheiro? Há uma preocupação não apenas com o modo que usam as plantas, mas também com o destino delas e do conhecimento sobre elas, por isso que em vários momentos é destacado nas falas, que uma parte do conhecimento é transmitida, mas outra deve manter-se reservada. Essa fala também parece conter um cuidado que a locutora tem ao saber que estava sendo gravada e que esse discurso chegaria a pessoas que não estavam presente naquele local.

Não é qualquer pessoa que pode fazer o remédio, somente algumas pessoas são destinadas a esse lugar. A *Xejaryi* Doralice, em outro momento, realça o caráter intergeracional e o vínculo de parentesco na transmissão dos saberes tradicionais. Exemplifica que no caso de se tornar parteira, é necessária uma condição, que é transmissão passada de mãe para filha de uma determinada família, seja no feitiço como na utilização dos remédios na hora do parto, de modo que a transmissão desses saberes deve respeitar essa condição.

4.2.1.5 Bem estar coletivo

Embora não apareça de forma recorrente nos discursos deste documentário, o caráter coletivo dos rituais e práticas de cura é enfatizado por Sérgio Macena ao falar sobre o ritual do *Ka'a*,

É renovação espiritual para nós. Traz também o bem estar da comunidade, né! Que esse ritual que a gente faz não é só pra mim, faz para a aldeia inteira (Sérgio Macena).

A coletividade também é um dos elementos de maior notoriedade na cultura Mbya Guarani, em que toda sua organização, assim como as relações de cuidado se assentam na dimensão comunitária.

4.2.1.6 Cuidados Alimentares

Se preocupar com a alimentação, com que tipo de alimento é ingerido, também consiste em uma das práticas para o bem-estar Mbya Guarani. Em duas passagens do

documentário, esse cuidado é destacado, podendo até mesmo ser o principal agente causador da doença.

Celso Aquiles, da aldeia de *Peguaoty*, Sete Barras, SP, discorre sobre o problema que teve ao sofrer de tonturas e chegar até mesmo a achar que “estava ficando louco”. Assustado, saiu da cidade onde morava e voltou para sua aldeia, mas fez questão de procurar pela ajuda de um *xeramõi* mais experiente, Luis Silveira, na aldeia vizinha de *Pindoty*.

Ele (o *xeramõi*) me falou que pra não chegar a esse ponto, os nossos avós ensinam, que quando alguém tiver um filho recém-nascido, os pais dessa criança não podem se alimentar de qualquer jeito, não podem comer qualquer coisa. Não podem comer comida de branco, como carne de vaca. Não podem comer esse tipo de alimento. Eu não poderia ter comido aquelas comidas naquele momento. O *Xeramõi* disse que foi por isso que eu tive essa perturbação (Celso Aquiles).

Na sequência do relato, o *xeramõi* então lava sua cabeça com remédios da mata e Celso fica curado. Nota-se que certos alimentos não podem ser ingeridos em determinados momentos da vida. Nessa situação, Celso tinha acabado de ter um bebê recém-nascido e deveria ter evitado o consumo de carne de vaca (do *juruá*), mas vivendo na cidade e adotando o seu ritmo, acabou por se distrair com sua alimentação. O fato de ter se alimentado de “comidas de branco”, num momento específico de sua vida, fez com que Celso sofresse perturbações, ao ponto de achar que estava ficando louco. Mas mesmo convivendo muito na cidade, recorre ao *xeramõi* com grande sabedoria para lhe auxiliar, evidenciando a valorização dos costumes Guarani. Neste trecho novamente aparece a dimensão da confiança no xamã, pois Celso volta para sua aldeia, mas procura pelo *xeramõi* da aldeia vizinha para pedir auxílio.

A questão da alimentação e da restrição em alguns momentos da vida dos Mbya Guarani é bastante vasta, de modo que deve ser conhecida pela comunidade para que as pessoas não sofram suas consequências. Algumas dessas situações são exemplificadas na tese de Giordani (2012), como: - adolescentes na menarca e mulheres no período do resguardo não devem comer sal, pois como o corpo se encontra fraco o sal pode intoxicar a pessoa; - crianças não devem comer carne de gambá, pois pode levá-las a morte; - meninos não podem comer carne de paca até o momento da transição da vida adulta e como outra situação presente e já citada do documentário, é de que as mulheres quando tomam o remédio para evitar uma gravidez indesejada não podem comer doces.

Ademais, as dietas e as restrições alimentares estão intimamente ligadas aos fatores religiosos, fator que, segundo aponta Ladeira (2007) é importante para a “diferenciação étnica.”

Entendemos que a religião Guarani significa, para esses índios, a própria condição de sobrevivência num mundo superpovoado pelos brancos, uma vez que ela contém os ensinamentos sobre convivência, tolerância e estratégia. Por outro lado, essa forma de sobrevivência encontrada pelos Guarani se apóia no fato de que a religião se constitui no fator decisivo de diferenciação étnica e se reforça, cada vez mais, na medida em que se diluem no cotidiano as diferenças de hábitos, especialmente os que se referem à dieta alimentar. (Ladeira, p. 25)

4.2.1.7 Pontos observáveis de cura na matriz ocidental e na matriz indígena

Parte-se, na situação interétnica, de duas matrizes culturais conhecimento, de um lado a matriz ocidental da saúde, hoje, no Brasil, mais pautada no modelo biomédico de saúde que se ancora por parâmetros rígidos e verificáveis, tanto para as constatações da doença ou de um estado de mal estar, assim como para a cura. Ao passo que na cosmologia indígena são outros, ou melhor dizendo, são próprios os pontos observáveis para se ter essa avaliação.

Como exemplo deste apontamento, temos num excerto da fala de Taocira, que ao lavar as pernas da cunhada com o chá preparado com a casca do *yari*, pôde perceber na tarde daquele mesmo dia que ela respondia bem ao tratamento, pois “já estava de pé”.

Uma vez visitei uma aldeia em Água Grande. Lá, a mulher do cacique estava impossibilitada de andar. Estava daquele jeito... porque tinha sido atingida pelo ser-espírito-das-águas. Quando eu cheguei, ela não saiu de dentro de casa, só os filhos dela me receberam. A mãe dela, chamada Pericita, também estava lá. Como era tarde, ela pediu para os filhos ajeitarem a cama para mim. Eu tinha levado o meu cachimbo. Aí, na metade da noite, ela começou a passar mal, e falou: “Minha mãe, você podia fazer um trabalho para me curar.” Mas como a mãe dela não tinha experiência nisso, falou: “Você devia acordar a sua cunhada.” Como eu estava ouvindo, me levantei e fiz o trabalho espiritual de cura, mesmo sem ser uma grande curandeira. E falei que de manhã eu iria providenciar um remédio, e que mesmo naquele estado ela iria se levantar de novo. Então de manhã eu fui e cozinhei uma planta, que quando a gente passa nas pernas faz acelerar os batimentos. Eu preparei esse remédio e fiz ela tomar. Também tirei a casca do “yary”, que todo mundo conhece, preparei um chá e lavi as pernas dela com isso. Naquela mesma tarde ela já estava de pé novamente. E desde então ela não teve mais problemas com isso (Taocira).

Outro exemplo é do próprio *xeramõi* João da Silva, que em outra passagem fala do processo de cura da bisneta e que após o ritual da erva-mate pôde constatar que a menina estava bem, pois estava encontrava-se “mamando”.

Uma vez na minha aldeia, aconteceu um caso com a minha bisneta. Sem eu saber, levaram ela para o hospital. Você se lembra minha nora, o que aconteceu? Eu não sabia, não estava sabendo de nada. Então foi assim: a avó foi no hospital e viu que sua neta estava meio sem vida. E o médico perguntou: “o xeramoi está na aldeia?” “Sim ele está”, respondeu ela. E o médico disse: “Então volte lá e peça para o xeramoi rezar, e tentar resolver do jeito dele. “E eu não estava sabendo de nada. Aí avó chegou em casa desesperada, dizendo assim: “Minha neta não está bem! Eu vim porque a situação é grave. Eu rezei e me concentrei bastante, e vim pedir a sua ajuda porque você a conhece desde que nasceu. Eu quero que você faça o ritual da erva-mate.”Então eu me surpreendi com aquilo! Ela colocou a erva-mate no altar pra mim, mas eu não sabia o motivo pelo qual ela tinha feito isso. Nesse momento, eu comecei a usar o meu cachimbo, e me veio uma mensagem dos espíritos. Mas como sou imperfeito, pensei que poderia estar enganado. Porque vi que a menina já estava praticamente morta. Eu estava muito assustado, mas mesmo assim, estava verdadeiramente concentrado no tabaco e me veio a mensagem. “Você está realmente precisando da nossa ajuda, e nós estamos aqui para te ajudar. Quando o sol se levantar, haverá uma surpresa ao abrir seus olhos.” Depois disso, minha nora passou a ter confiança em mim. No dia seguinte ela se foi de madrugada e ao chegar ela teve uma surpresa: a criança estava bem e mamando (*Xeramõi* João da Silva).

Vemos que nas duas falas, reações como já “estar de pé” ou estar “mamando” são notadas como sinais de melhora do quadro, no entanto, no contexto ocidental, além destas situações citadas, certamente, outros exames para a constatação de outros sinais seriam necessários e imprescindíveis para o médico constatar o restabelecimento da saúde e em seguida dar a alta-médica, caracterizando posições distintas, com suas particularidades no modo de compreensão do processo saúde-doença.

Em ambas as narrativas se fazem presente a questão da disponibilidade em auxiliar a quem precisa. Tanto o xamã, como a pessoa que é especialista em fazer os remédios e a que sabe benzer devem “atender prontamente às demandas a qualquer hora do dia e da noite” (Pissolato, 2006, p. 343), mas também devem manter-se reservados, e mesmo se souberem de algo, devem intervir apenas se procurado pela pessoa que procura ajuda.

Outros pontos relevantes, que demonstram contrastes nesta fala do *Xeramõi*, consistem no fato de a família optar por levar a criança direto para o hospital sem o seu conhecimento, mas de recorrer a ele na medida em que a medicina ocidental não dá conta da gravidade da situação. Neste exemplo há uma inversão sobre o que é propagado a respeito da ordem a quem se deve procurar, pois primeiramente é ao pajé e a outros atores dentro da aldeia a quem se deve pedir ajuda, e na medida em que o problema não se resolve, o saber da cultura ocidental pode ser utilizado. No entanto o *Xeramõi*, mesmo sem saber o que havia acontecido, diante da confiança que sua nora lhe deposita, atua de forma a alcançar a saúde da bisneta. João da Silva demonstra-se assustado, porém confiante de sua capacidade que resulta na cura da criança, apresenta seus sentimentos diante da tarefa que lhe foi confiada, como se sentir surpreendido e achar que poderia estar enganado, no entanto mantém-se concentrado no

tabaco para receber a mensagem de *Nhanderu*, que lhe mostrará a doença, para que consequentemente consiga orientar a família sobre o tratamento adequado.

No mais, trago alguns apontamentos, discutidos por Pissolato (2006) sobre a posição do xamã, visto que ele ocupa um importante lugar nas ações de cura e prevenção de doenças junto ao seu povo. Efetivamente, não existe um treinamento para ser xamã, se ganha ou não de *Nhanderu* essa capacidade, e ninguém pode saber sobre quem vai ser xamã até receber de *Nhanderu* poderes para isto. Assim, xamã pode o ser homem ou a mulher que se dedica e disponibiliza tempo para um “conhecimento especializado para os processos que afligem as pessoas” (p. 342).

O xamã sustenta uma posição de especialista, pois além de saber utilizar os remédios e saber benzer, que são conhecimentos que muitos podem dispor, se diferem, pois se dedicam mais tempo e provavelmente suas ações são mais eficientes. Assim, é necessário receber da divindade essa capacidade, no entanto sua dedicação ao conhecimento especializado o faz ter maior prestígio entre os membros da comunidade. Os xamãs são então capazes de “saber o que acontece” ou “ver a doença”, no entanto é *Nhanderu* que mostra a doença (Pissolato, 2006, p. 342). No mais, a existência do xamã na comunidade, segundo Ladeira (CRPSP, 2010), traz segurança às pessoas que lá residem, pois sua presença traz conforto para aqueles que procuram pela cura, orientação, “para reverter ou amenizar os males imputados e de sua disseminação, para trazer esperança de harmonia e bem estar” (p.164).

Por fim, ao final do documentário a *Xejaryi* Doralice volta a falar

Eu tenho muito conhecimento sobre os remédios da mata. Sem a mata não existe remédio. Só na mata existem os remédios que nós queremos usar. Aqui em volta já está escasso, já não tem muitos remédios bons. Só na mata boa é que existem os remédios. Por isso que nós queremos que nossa aldeia seja reconhecida, e que nossa terra fique protegida. Eu quero que respeitem minhas palavras sobre os remédios. Quero que o conhecimento antigo sobre os remédios que usamos seja respeitado. Tem remédio pra tosse, pra dor no peito, dor nas pernas. Nós mesmos fazemos esses remédios. Quero que eles sejam respeitados. Nós não queremos que os não-índios interfiram no trabalho que fazemos com os remédios. Nós queremos que nos deixem viver tranquilos, do nosso jeito. Essa terra em que vivemos, essa foi *Nhanderu* que nos deixou. Ele é o verdadeiro dono. *Nhanderu* teve amor por nós, os verdadeiros Guarani, e por isso deixou essa terra para nós (*Xejaryi* Doralice).

Neste excerto que se encerra o documentário, Doralice fala sobre a importância de se manter a mata preservada para que possam utilizar os remédios. Posiciona-se firmemente quanto ao seu saber, desejando que este seja respeitado. Marca também um posicionamento ao dizer que não quer interferência do não-índio, para que assim possam viver tranquilos, ao seu modo. Nesta passagem, fica evidente que o vídeo não é endereçado somente aos indígenas

mais jovens do seu povo, mas também é destinada ao *juruá*, para que este não interfira no modo de vida da comunidade. Aparece novamente a noção de dono. *Nhanderu* é o verdadeiro dono que deixou a terra para os verdadeiros Guarani. A noção de terra e território também é levantada, enquanto morada terrestre dos Guarani e portanto, elemento imprescindível para a vida e consequentemente para a saúde e o bem viver.

4.2.2 As tensões nos discursos dos coletivos indígenas: *Tenonderã Ayvu* e Comissão Guarani *Yvyrupa*

Passo agora para a análise das principais tensões e aspectos expressivos contidos no noticiário dos dois coletivos indígenas Mbya Guarani. As notícias selecionadas foram reproduzidas fielmente ao modo como aparecem divulgadas nos coletivos, sem quaisquer alterações de digitação ou de ortografia. Como se trata de texto de noticiário, sua estrutura mantém linguagem mais direta e clara, e na sua maior parte apresenta tom de denúncia, visto que uma parcela expressiva do conteúdo refere-se às violações dos direitos indígenas.

Concentrarei as análises nessa temática por considerar uma discussão mais urgente e mais próxima ao objetivo desta pesquisa, no entanto outros conteúdos também estiveram presentes com considerável regularidade, como o a divulgação da cultura Guarani, a importância das parcerias com outros setores da sociedade em geral, protestos de diversas naturezas, mas com ênfase para as demarcações de terras e contrários à PEC 215, arrecadação financeira coletiva, entre outros temas.

Neste grupo de notícias selecionadas, apesar dos textos serem extensos, optei por mantê-los integralmente, pois considerarei que se suprimisse alguns trechos, perderia parte dos elementos extraverbais, fundamentais para sua análise.

Ilustro de forma geral os elementos extraverbais (Bakhtin & Voloshinov, 1926) para situar um pouco melhor sobre o contexto em questão.

a) locutores: lideranças e pessoas da comunidade Guarani que produzem suas próprias notícias, além de veicularem produções de outras mídias, de maior porte, como também de jornalistas livres.

b) interlocutores: as produções destinam-se ao público amplo. Ambos os coletivos divulgam e atualizam seus conteúdos em redes sociais na internet.

c) local: diferentes estados do país, contemplando a comunidade Guarani.

d) momento: agosto de 2010 a junho de 2016. Início da criação da SESAI e momento de crescente luta do povo Guarani pelas condições de vida e saúde nas comunidades.

4.2.2.1 Terra reduzida X impossibilidade de viver plenamente o modo Guarani

Índios guarani fecham Rodovia dos Bandeirantes em São Paulo por Demarcação de Terras e contra PEC 215

Figura 3 - Protesto na Rodovia dos Bandeirantes

Fonte: CGY (2013)

São Paulo – Cerca de 200 índios guarani que moram em aldeias localizadas no município de São Paulo fecharam pacificamente no início da manhã de hoje (26) a Rodovia dos Bandeirantes, sentido capital, na altura do km 20, zona noroeste da cidade. O trânsito ficou interrompido por aproximadamente uma hora e meia. Agentes da polícia rodoviária estiveram no local, mas conversaram com os manifestantes e decidiram não intervir no protesto. “Se não tem PEC, dialogamos com o governo. Com a ameaça da PEC, não tem outro jeito: temos de lutar”, afirma Marcos Tupã, 42 anos, coordenador geral da Comissão Guarani Yvyrupa (CGY), organização política que congrega povos guarani-mbya e guarani-nhandeva das regiões Sul e Sudeste do país. A declaração de Tupã resume bastante bem a razão que levou os guarani a deixar de lado sua vocação negociadora e ir às ruas: eles são radicalmente contrários à Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 215, que aguarda formação de comissão especial na Câmara. Apresentado em 2000 pelo deputado Almir Sá (PPB-RR), o projeto pretende transferir para o Legislativo a competência para demarcar territórios de ocupação tradicional no Brasil, sejam indígenas ou quilombolas. Desde a Constituição de 1988, essa prerrogativa cabe exclusivamente ao governo federal. São basicamente três fases. A Fundação Nacional do Índio (Funai) realiza estudos antropológicos, geográficos e fundiários que atestam – ou não – a ancestralidade do território. Uma vez aprovado o relatório, o Ministério da Justiça deve assinar um documento chamado Portaria Declaratória. A última etapa fica com a Presidência da República, responsável pela homologação da terra. “A PEC 215 acaba com qualquer garantia de demarcação de novas terras indígenas no país”, avalia Marcos Tupã, lembrando que a bancada ruralista, que congrega integrantes tanto da oposição como da base governista, possui grande poder de influência sobre as decisões do Congresso. De acordo com o Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar (Diap), há pelo menos 142 deputados (de um total de 513) e 18 senadores (de 81) alinhados aos interesses dos grandes latifundiários e produtores

rurais. “Por isso, estamos mobilizados nacionalmente. Queremos que a proposta seja arquivada: sua aprovação levará a mais confrontos e mais genocídio, porque os povos indígenas não ficarão de braços cruzados.” Apesar de ser a principal razão que levou os guarani a fecharem a Rodovia dos Bandeirantes, hoje, a tramitação da PEC 215 não é o único motivo que desagrada os povos originários de São Paulo. A Comissão Guarani Yvyrupá também exige que o ministro da Justiça, José Eduardo Cardozo, autorize imediatamente a publicação das portarias declaratórias de duas terras indígenas localizadas na capital: a Terra Indígena Tenondé Porã, na zona sul, e a Terra Indígena do Jaraguá, zona noroeste. Ambos territórios já tiveram seus estudos antropológicos realizados e aprovados pela Funai, respectivamente, em abril de 2012 e abril de 2013. Isso significa que já venceu o prazo de 90 dias para que o relatório produzido pelo órgão recebesse contestações administrativas. O texto está pronto para seguir tramitando. “Falta apenas a assinatura do ministro”, reivindica Marcos Tupã. O líder guarani conta que as duas terras indígenas localizadas em São Paulo abrigam quatro aldeias: duas em cada território. A Terra Indígena do Jaraguá é formada pelas aldeias Pyau e Ytu. Nelas residem cerca de 600 guarani. Reconhecida na década de 1980, a reserva do Jaraguá possui uma área de apenas 1,7 hectare – o que faz dela a menor terra indígena do país. As outras duas aldeias paulistanas estão na Terra Indígena Tenondé Porã, às margens da represa Billings: se denominam Barragem e Krukutu, e também foram reconhecidas nos anos 1980. Possuem superfície de aproximadamente 26 hectares cada uma, onde se distribui uma população de 1.200 pessoas. “Junto com a publicação das portarias declaratórias, queremos também a correção dos limites dessas duas terras indígenas”, explica Tupã, sublinhando que o artigo 231 da Constituição estabelece que os territórios tradicionais devem ser demarcados respeitando o espaço necessário para a sobrevivência de suas culturas. “Em São Paulo vivemos em áreas muito pequenas. As famílias cresceram bastante, e o espaço não permite que vivamos à nossa maneira. O que temos são apenas fragmentos de terra. Não dá para desenvolver nossos saberes e práticas, nem transmiti-los às crianças. A correção dos limites permitirá que tenhamos mais mata e espaço para nossas roças e atividades tradicionais.” Outra reivindicação dos indígenas que fecharam a Rodovia dos Bandeirantes é o fim dos processos judiciais movidos pelo governo do estado de São Paulo contra povos guarani cujos territórios se sobrepõem aos limites de parques estaduais. É o caso da Terra Indígena Peguoaaty, no município de Sete Barras, na região do Vale do Ribeira, e também da Terra Indígena Paranapuã, em São Vicente, no Litoral Sul. Elas compartilham seus limites territoriais com o Parque Estadual Intervales e com o Parque Estadual Paranaipoã, respectivamente. As duas terras indígenas da capital enfrentam problemas semelhantes. Cerca de 300 hectares da Terra Indígena do Jaraguá já reconhecidos pela Funai – e que entrariam na correção territorial reivindicada pelos guarani – estão sobrepostos ao Parque Estadual do Jaraguá. E a Terra Indígena Tenondé Porã tem 45% de sua superfície no interior do Parque Estadual da Serra do Mar. “Como indígenas, não pensamos em desmatar. Temos uma forma de viver tradicionalmente, junto à natureza”, garante Marcos Tupã. O coordenador da Comissão Guarani Yvyrupa argumenta que a histórica presença dos guarani nas faixas litorâneas se deve a alguns preceitos religiosos. “Acreditamos que estar perto do mar, dentro da Mata Atlântica, nos dá fortaleza espiritual para buscar a 'terra sem mal' que estabelecem nossas crenças. A maioria dessas áreas, hoje, está dentro de parques estaduais. E somos acusados de invasores de parques”, contextualiza. “Queremos que o governo retire essas ações judiciais, reconhecendo a permanência dos indígenas nas terras que estão em sobreposição, e que possa haver uma gestão compartilhada entre governo do estado, povos indígenas e Funai.” Além das três razões políticas, o fechamento da Rodovia dos Bandeirantes possui para os guarani de São Paulo uma grande simbologia. Batizada em homenagem a personagens históricos conhecidos pelos povos tradicionais como “assassinos de índios”, e que são cultuados como heróis pelos paulistas, a estrada foi construída durante o regime militar sem qualquer tipo de consulta prévia ou compensação aos guarani que já estavam instalados na região. Como se não bastasse, a Rodovia dos Bandeirantes se apropriou de uma faixa de terra da aldeia. “Não é coincidência que a menor terra indígena do Brasil é atravessada por uma estrada com esse nome”, relaciona Marcos Tupã, classificando a bancada ruralista como os bandeirantes da atualidade. “Só querem defender o grande poder econômico: os interesses de grandes sojicultores, pecuaristas

e madeireiros, que financiam esses parlamentares. Deixam de lado a preservação, os indígenas, todo o resto”. A manifestação de hoje faz parte da jornada nacional de lutas convocada pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) para barrar o avanço da PEC 215 no Congresso e trazer à tona uma série de demandas localizadas dos diversos povos tradicionais que ocupam o território brasileiro – e lutam por direitos e terras desde a chegada do colonizador branco. Em São Paulo, além do fechamento da Rodovia dos Bandeirantes, os guarani estão preparando uma grande concentração com representantes de aldeias de todo o estado no próximo 2 de outubro, na Avenida Paulista. A concentração será às 17h no vão livre do Masp. (Marcos Tupã para Rede Brasil Atual, 26/09/2013)

Esta notícia traz muitos elementos sobre a luta e as dificuldades das comunidades Mbya Guarani ao viverem em centros urbanos. Selecionei alguns pontos a fim de visualizarmos os enfrentamentos pelos quais as comunidades lidam atualmente.

4.2.2.2 Demarcação do território

Marcos Tupã ressalta a importância da demarcação dos territórios, onde sejam respeitados espaços necessários para a sobrevivência da cultura Guarani. Com o crescimento das famílias nas comunidades do Jaraguá, o espaço tornou-se pequeno para a viabilidade da transmissão dos conhecimentos entre gerações e com a correção dos limites da demarcação da TI, conforme reivindicação dos Guarani, as comunidades terão maior acesso à mata permitindo o plantio das roças e de atividades tradicionais.

Outro ponto importante se relaciona à localização geográfica das aldeias. Morar próximo à serra do mar tem sentido religioso, como expressa a liderança: “Acreditamos que estar perto do mar, dentro da Mata Atlântica, nos dá fortaleza espiritual para buscar a 'terra sem mal' que estabelecem nossas crenças.”. A luta pelos territórios, é muitas vezes, por lugares que já eram tradicionalmente ocupados pelos Guarani e que também guarda um sentido dentro da cosmologia. A luta não é apenas por um pedaço de terra, mas sim por um território onde possam, de fato, viver plenamente sua cultura, tendo em vista que a compreensão do território Guarani ultrapassa a noção desta fragmentação, que acaba por ser imposta nos processos de demarcação ao delimitar o espaço em áreas restritas.

Outra reivindicação dos indígenas ao fecharem a Rodovia dos Bandeirantes é o fim dos processos judiciais movidos pelo governo do estado de São Paulo contra povos Guarani cujos territórios se sobrepõem aos limites de parques estaduais. Como comenta Marcos Tupã, o Estado alega que os indígenas podem desmatar estas áreas, e com essa alegação, movem ações judiciais para sua desocupação. Já os povos indígenas, justificam sua permanência, alegando que os modos de viver tradicionalmente no território é “junto à natureza”, a cultura

se dá na natureza e não fora dela, propondo assim, um modo de gestão compartilhada com as representações institucionais.

4.2.2.3 Privatização da saúde X controle social indígena

Nota da Comissão Guarani Yvyrupa sobre a criação do INSI e a saúde indígena

Nós, da Comissão Guarani Yvyrupa, repudiamos essa ação do governo que vai na contramão de tudo aquilo que o movimento indígena vem reivindicando e conquistando ao longo dos anos. A proposta de criação do INSI, uma paraestatal de administração privada e regido pelo direito privado, ao contrário do que vem afirmando o ministro da saúde, ajudaria na precarização da saúde indígena eximindo o poder público de sua responsabilidade. (Autor desconhecido - Fonte CGY, 02/09/2014)

Esta nota da CGY fala da proposta da criação do Instituto Nacional de Saúde Indígena (INSI) pelo Estado sem a consulta prévia aos povos indígenas sobre sua implantação.

A ideia de implementar o INSI sem diálogo com os povos indígenas, reflete a violência incutida nas relações autoritárias, verticais, onde o Estado formula um projeto e tenta aplicá-lo sem o consentimento da população. Considerando que o INSI³¹ funcionaria num modelo de administração privada, realmente o controle social indígena ficaria bastante prejudicado, além do poder público se eximir de um dever constitucional.

4.2.2.4 SESAI X Descaso na saúde

A comunidade Guarani do município de Mongaguá, denuncia o descaso da Sesai

A comunidade Guarani do município de Mongaguá denuncia o descaso da Sesai - Secretaria Especial de Saúde Indígena com a saúde e o saneamento básico na Aldeia Itaóca. O Posto de Saúde da aldeia está parado há mais de dois anos e os caciques e lideranças já encaminharam documentos pedindo alguma solução. Aguyjevete pra quem luta!

??? Meus parentes, o que vocês acham da Sesai - Secretaria Especial de Saúde Indígena para vocês está mil maravilha? Eu não sei como está a situação na aldeia de vocês, mas eu e a minha comunoidade não estamos satisfeito com a Sesai, mas nós que ficamos na ponta, não sabemos nada como está sendo discutido no Distrito a questão da Saúde. Eu vejo muitos representante indígenas indo para Curitiba registrando tudo, a viagem, tirando fotos no Hotel, mas vejam a situação nas aldeias, a cada vez mais piorando e não vejo resultado. Olhem a foto que tiramos hoje, os banheiro sem condição de uso, esgoto a céu aberto isso ajuda só no proliferação dos mosquitos na aldeia. Ano passado encaminhamos um documento referente Posto de Saúde da Aldeia Itaóca que está parado mais 2 anos e ainda fazemos matéria com a imprensa da região e não adiantou, ate agora não temos respostas. Depois da aquela matéria

³¹ A criação do INSI faz parte de um Projeto de Lei 3501/2015, o qual, na data 09/10/2017, encontrava-se em tramitação.

teve aqui visitando uma pessoa do Ministério público. Segundo ele já encaminhou para procuradoria de santos para abrir inquérito com protocolo e manifestação, nº 20150024559. portanto até hoje sem resposta para minha comunidade. Eles acham que tendo um equipe de Saúde composto por um Médico, um Dentista, três enfermeiras e mais Auxiliares técnicos atendendo uma vez por semana e medicando indiozinho já resolve tudo,mas não é assim. Primeiro eles tem que resolver todos esses problemas, principalmente a situação do Saneamento. Vocês tem que ajudar para nossa comunidade e precisamos se mobilizar com urgência. Se a SESAI NÃO TEM VERBA PARA ATENDER DEMANDAS ENTÃO, POR QUE EXISTE ,a SESAI? Quando tem alguns caciques e lideranças que enfrenta eles sem medo, o próprio sesai corta a participação dessas pessoas que fala mesmo pela questão da Saúde. Só falta eles falarem que ninguém mandou documento é que eles não tem conhecimento da situação porque ninguém relata os problemas. Mas eu vou comprovar que já foi alertado dessa situação e já foi encaminhado documento várias vezes. Eu vou precisar ajuda de vocês meu parentes. Aguyjevete pra quem luta. (Verá Danilo - Fonte: CGY 20/08/2015).

Aqui, Verá Danilo, cacique da aldeia *Itaóca*, em Mongaguá – SP faz apelo para outras comunidades pela necessidade de apoio e luta coletiva. Exibe as condições precárias da Unidade Básica de Saúde da aldeia e fala também dos problemas em se ter uma administração distrital tão longe geograficamente, afetando diretamente, mais uma vez, o controle social e a qualidade da assistência de saúde prestada aos povos indígenas.

Dentre os problemas elencados, Verá Danilo fala da falta de saneamento básico³², deflagrando na realidade dos esgotos a céu aberto e sem tratamento, o que é uma situação bastante comum nas aldeias Mbya Guarani do Estado de São Paulo e apontada como causa de morte das crianças das comunidades. Outro problema relatado consiste na falta de assistência à saúde, pois muitas vezes, existe um quadro de profissionais que é alocado para uma unidade de saúde, mas na prática verifica-se, que os mesmos cumprem menos horas do que seria adequado para atender a população, acabando por desassistir a comunidade.

É interessante notar nessa notícia, como mais uma vez, a noção de saúde é compreendida de uma forma mais ampla, onde sua promoção tem relação muito estreita com os problemas do território, além claro, de denunciar os problemas da organização de políticas públicas visivelmente deficitárias.

³² No ano de 2015 a Procuradoria chegou a processar a União por falta de saneamento básico nas aldeias Mbya Guarani de São Paulo. Recuperado de: <http://noticias.r7.com/brasil/procuradoria-processa-uniao-por-falta-de-saneamento-em-aldeias-indigenas-de-sp-15102015>.

4.2.2.5 Índices e taxas de doenças e mortes da população indígena

A cada 100 índios mortos no Brasil, 40 são crianças

Saúde oferecida aos índios está em patamar muito inferior à do resto da população. Cerca de 40% de todas as mortes entre índios brasileiros registradas desde 2007 foram de crianças com até 4 anos. O índice é quase nove vezes maior que o percentual de mortes de crianças da mesma idade (4,5%) em relação ao total de óbitos no Brasil no mesmo período. Um levantamento da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) obtido pela BBC Brasil por meio da Lei de Acesso à Informação revela que indicadores da qualidade do serviço de saúde prestado aos índios estão em patamar muito inferior aos do resto da população. Os dados detalham todas as mortes de índios registradas desde 2007 em cada um dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que englobam uma população de cerca de 700 mil índios. As informações de 2013 estão incompletas. O levantamento mostra que nos últimos sete anos 2.365 índios morreram por causas externas (acidentes ou violência), dos quais 833 foram vítimas de homicídio. Outras 228 mortes por lesões não tiveram sua intenção determinada. Não há informações sobre a autoria dos crimes. O DSEI Mato Grosso do Sul responde pelo maior número de assassinatos de índios: 137 nos últimos sete anos. Na reserva de Dourados, área indígena visitada pela BBC Brasil, moradores evitam circular à noite por medo de ataques. Delmira Cláudio, índia guarani kaiowá, teve três filhos assassinados dentro da reserva, todos com menos de 30 anos. Líderes da comunidade atribuem a violência à inoperância policial, ao aumento de moradores não índios e à venda de álcool dentro da reserva. Os suicídios, por sua vez, foram a causa de 351 mortes de indígenas desde 2007. A região do Alto Solimões, no oeste do Amazonas, registrou mais casos, 104. Líderes da comunidade atribuem a violência à inoperância policial, entre outros fatores. Desde o fim de janeiro, a BBC Brasil espera a resposta a um pedido de entrevista com o secretário Especial de Saúde Indígena, Antônio Alves, para tratar das informações que embasam esta reportagem. Questionamentos à secretaria sobre as mortes de crianças e as ações para combatê-las foram ignorados, apesar de numerosos e-mails e telefonemas. A BBC Brasil ainda tentou tratar dos temas com o novo ministro da Saúde, Arthur Chioro, e com o ex-ministro Alexandre Padilha, responsável pela pasta entre 2011 e o início deste ano. Os pedidos de entrevista foram igualmente recusados. Para o médico Douglas Rodrigues, especialista em saúde indígena da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), a alta mortalidade entre crianças mostra que atendimento a índias gestantes e recém-nascidos ainda deixa muito a desejar. Ele diz que as mortes de índios por doenças infecciosas têm duas razões principais: a maior vulnerabilidade de alguns grupos mais isolados a essas doenças e falhas na assistência médica. "O mais grave é que essas doenças são evitáveis. Não dá para aceitar que em pleno século 21 tantos índios morram por doenças infecciosas." O professor diz que, nas últimas décadas, houve grandes avanços nos serviços de saúde para os índios. Em 1999, a União assumiu a responsabilidade pela saúde indígena, que passou a ser gerenciada pela Funasa (Fundação Nacional de Saúde). Em 2010, com a criação da Secretaria Especial da Saúde Indígena (Sesai), subordinada ao Ministério da Saúde, as ações passaram a ser geridas por um órgão exclusivamente voltado aos índios. No entanto, segundo o professor, a acelerada melhora nos índices verificada até o início da última década praticamente se interrompeu. Ele cita os dados de mortalidade infantil entre os índios. Segundo uma apresentação da Sesai, a taxa despencou de 74,6 para mil nascidos vivos, em 2000, para 47,4, em 2004. No entanto, de 2004 a 2011, o índice diminuiu em velocidade bem menor, para 41,9. No Brasil, a mortalidade infantil em 2011 foi de 15,3. E diferentemente do histórico entre os índios, o índice nacional segue baixando em ritmo uniforme. "Saiu-se de uma situação de quase desassistência aos índios e foi se aumentando o número de pessoas e lugares em que há profissionais, o que teve um impacto muito grande. Mas depois de 2005 houve uma estabilização, o que é preocupante", diz Rodrigues. "Agora é o momento de fazer um ajuste fino, de melhorar a qualidade" (BBC, 20/02/2014).

Essa notícia traz uma síntese de dados e taxas sobre a saúde indígena. É possível verificar que há grande número de mortes por doenças facilmente tratáveis e um percentual maior de doenças e morte muito maior na população indígena quando comparada a população geral, indicando sua maior vulnerabilidade.

Mais uma vez, esses dados só são disponibilizados à BBC pela Lei de Acesso à informação, demonstrando a falta de transparência na sua divulgação pelo poder público. Além de não se obter respostas quando são solicitadas maiores informações ou explicações para esses índices, os responsáveis pela saúde em diferentes instâncias se recusam a dar entrevistas.

Mais adiante, no subcapítulo “Panorama atual da Saúde Indígena: notas sobre o perfil epidemiológico” discutirei esses pontos com maior aprofundamento, pois são dados que exibem as condições de saúde que os povos indígenas vivenciam atualmente.

4.2.3 As tensões nos discursos do CTI, ISA, CIMI e Comissão Pró-Índio

Nesse subcapítulo analiso a seleção de notícias veiculadas pelas entidades indigenistas, o qual possui o mesmo recorte temporal do grupo anterior, com início em agosto de 2010 a junho de 2016. Os conteúdos veiculados por essas entidades são, evidentemente muito mais amplos e diversos se comparados aos privilegiados nesta pequena seleção. O que pretendo trazer à tona é uma reflexão sobre esses conteúdos noticiosos que estas entidades parceiras compreendem como elementos relevantes para a sua publicização.

4.2.3.1 Monumento às Bandeiras X Violência contra os povos Indígenas

Figura 4 - Intervenção no Monumento às Bandeiras

Fonte: CTI (2013)

Monumento à resistência do povo guarani

Para nós, povos indígenas, a pintura não é uma agressão ao corpo, mas uma forma de transformá-lo. Nós, da Comissão Guarani Yvyrupa, organização política autônoma que articula o povo guarani no sul e sudeste do país, realizamos no último dia 02 de outubro, na Av. Paulista, a maior manifestação indígena que já ocorreu em São Paulo desde a Confederação dos Tamoios. Mais de quatro mil pessoas ocuparam a Av. Paulista, sendo cerca de quinhentas delas dos nossos parentes, outros duzentos de comunidades quilombolas e mais de três mil apoiadores não-indígenas, que viram a força e a beleza do nosso movimento. Muitos meios de comunicação, porém, preferiram noticiar nossa manifestação como se tivesse sido uma depredação de algo que os brancos consideram ser uma obra de arte e um patrimônio público. Saindo da Av. Paulista, marchamos em direção a essa estátua de pedra, chamada de Monumento às Bandeiras, que homenageia aqueles que nos massacraram no passado. Lá subimos com nossas faixas, e hasteamos um pano vermelho que representa o sangue dos nossos antepassados, que foi derramado pelos bandeirantes, dos quais os brancos parecem ter tanto orgulho. Alguns apoiadores não-indígenas entenderam a força do nosso ato simbólico, e pintaram com tinta vermelha o monumento. Apesar da crítica de alguns, as imagens publicadas nos jornais falam por si só: com esse gesto, eles nos ajudaram a transformar o corpo dessa obra ao menos por um dia. Ela deixou de ser pedra e sangrou. Deixou de ser um monumento em homenagem aos genocidas que dizimaram nosso povo e transformou-se em um monumento à nossa resistência. Ocupado por nossos guerreiros *xondaro*, por nossas mulheres e crianças, esse novo monumento tornou viva a bonita e sofrida história de nosso povo, dando um grito a todos que queiram ouvir: que cesse de uma vez por todas o derramamento de sangue indígena no país! Foi apenas nesse momento que esta estátua tornou-se um verdadeiro patrimônio público, pois deixou de servir apenas ao simbolismo colonizador das elites para dar voz a nós indígenas, que somos a parcela originária da sociedade brasileira. Foi com a mesma intensão simbólica que travamos na semana passada a Rodovia dos Bandeirantes, que além de ter impactado nossa Terra Indígena no Jaraguá, ainda leva o nome dos assassinos. A tinta vermelha que para alguns de vocês é depredação já foi limpa e o monumento já voltou a pintar como heróis, os genocidas do nosso povo. Infelizmente, porém,

sabemos que os massacres que ocorreram no passado contra nosso povo e que continuam a ocorrer no presente não terminaram com esse ato simbólico e não irão cessar tão logo. Nossos parentes continuam esquecidos na beira das estradas no Rio Grande do Sul. No Mato Grosso do Sul e no Oeste do Paraná continuam sendo cotidianamente ameaçados e assassinados a mando de políticos ruralistas que, com a conivência silenciosa do Estado, roubam as terras e a dignidade dos que sobreviveram aos ataques dos bandeirantes. Também em São Paulo esse massacre continua, e perto de vocês, vivemos confinados em terras minúsculas, sem condições mínimas de sobrevivência. Isso sim é vandalismo. Ficamos muito tristes com a reação de alguns que acham que a homenagem a esses genocidas é uma obra de arte, e que vale mais que as nossas vidas. Como pode essa estátua ser considerada patrimônio de todos, se homenageia o genocídio daqueles que fazem parte da sociedade brasileira e de sua vida pública? Que tipo de sociedade realiza tributos a genocidas diante de seus sobreviventes? Apenas aquelas que continuam a praticá-lo no presente. Esse monumento para nós representa a morte. E para nós, arte é a outra coisa. Ela não serve para contemplar pedras, mas para transformar corpos e espíritos. Para nós, arte é o corpo transformado em vida e liberdade e foi isso que se realizou nessa intervenção. *Agujyevete* pra todos que lutam! (Marcos Tupã para CTI, 07/10/2013)

O Monumento às Bandeiras, localizado em frente ao Parque do Ibirapuera na cidade de São Paulo, obra de Victor Brecheret, é um dos maiores pontos de referência e cartão postal da cidade, além de ser motivo de orgulho para muitos paulistanos. No entanto o que é considerado uma obra de arte e patrimônio público para muitos, tem diferente significado para os indígenas.

O fato de a escultura ter sido coberta com tinta vermelha, representando o sangue, para os indígenas têm o sentido de transformação ao invés de depredação, diferente do que foi amplamente divulgado pelas mídias, ao tratar o ato como um caso de vandalismo.

Com esta intervenção (de autoria desconhecida) houve uma inversão, pois o monumento que servia ao simbolismo colonizador passa a dar voz aos indígenas: o monumento que antes homenageava os bandeirantes genocidas, naquele momento, passa a ser um ícone de resistência dos povos indígenas ao sangrar. No entanto, após a intervenção, a obra foi “limpa” e continuou a expressar a violência contra os povos indígenas, do mesmo modo que também tem continuidade o culto à imagem bandeirante como símbolo de força e de “desbravamento” desta sociedade.

4.2.3.2 Reintegração de posse X incerteza em relação ao futuro

Guarani realizam ato contra reintegração de posse em São Paulo

(...) Cabe ao ministro da Justiça assinar a portaria declaratória que a garante a posse indígena sobre a área. “Nós não estamos aqui pela Funai, estamos em uma área que é nossa reivindicando o nosso direito. Pedimos agilidade do José Eduardo Cardozo [ministro da Justiça] para que ele assine a portaria declaratória”, afirmou David Martin, liderança guarani. Além da espera pela assinatura de Cardozo, os Guarani no Jaraguá enfrentam também

inúmeros processos de reintegração de posse nas áreas em que vivem ou que estão retomando. A aldeia Tekoa Itakupe, por exemplo, já havia sido retomada pelos Guarani anteriormente, mas foi alvo de uma ação de reintegração de posse em 2005. “A gente não invade terra, a gente retoma as terras que foram tiradas dos índios. Eles [os brancos] podem falar que são os donos das terras há cem anos, mas a gente já tava aqui antes deles”, explica Thiago Henrique, jovem guarani. A nova retomada de Itakupe, em julho de 2014, ocorreu como forma de protesto dos guarani contra uma outra ação de reintegração de posse, da aldeia Tekoa Pyau, onde uma população de mais de 500 pessoas vive em condições precárias, à beira da Rodovia Bandeirantes. No início, 13 famílias se instalaram na área da Tekoa Itakupe retomada, mas com a pressão de pessoas que entram na aldeia (segundo relatos dos moradores indígenas, a mando do ex-prefeito de São Bernardo e ex-deputado federal Tito Costa, que reivindica a posse da terra), hoje só ficaram os homens para cuidar do local. “Tiraram fotos das picadas pras mostrar que se a gente não sair, eles já iam saber as trilhas daqui pra assustar a gente. Voltaram e fizeram um incêndio. Quando fomos denunciar na polícia eles disseram que foi por conta do mato seco, que não tinha como culpar ninguém. Só que isso aconteceu numa área verde, então como é que uma área de mato verde vai pegar fogo do nada? Eles ficam vigiando a gente, a gente vê mas não pode fazer nada, e se eles tiverem uma arma?”, descreveu Thiago. A iminência da nova reintegração de posse assusta a comunidade indígena, que busca divulgar a luta para que seus direitos sejam assegurados. “Viver na aldeia é onde a gente vive a nossa cultura indígena, onde passamos o nosso conhecimento pras nossas crianças. Temos que lutar pela demarcação, para que as autoridades apressem esse processo. Tem pessoas que dizem serem donos da nossa terra e querem tomá-la, isso não pode acontecer”, denunciou Ari Karai, cacique da aldeia Tekoa Itakupe (Sol Nascente). David Martim reitera a gravidade da situação: “Nós não sabemos como vamos viver daqui pra frente” (ISA, 30/08/2014).

A possibilidade de reintegração de posse numa área onde ocorre processo judicial é motivo de incertezas em relação ao futuro para o povo Mbya Guarani. Com o processo em tramitação e a possibilidade dessas comunidades terem que deixar o lugar onde vivem, faz com que os desdobramentos oriundos desse impasse contribuam para o movimento de resistência e força na luta pelos seus direitos, mas também pode trazer sentimentos como os de tristeza e desânimo, além de se sentirem acuados com as intimidações de quem reivindica a posse da terra sob a inobservância dos direitos das populações indígenas pelo Estado.

4.2.3.3 Luto: reconhecimento de uma importante liderança

Tristeza na aldeia Jaraguá - despedida de Jandira

Figura 5 - Cacica Jandira Venício Kerexu com mulher (sem identificação) e dois bebês no Jaraguá

Foto: CTI (2012)

No dia 03 de março de 2012, Jandira Augusto Venício, Kerexu, faleceu no hospital de Pirituba onde havia sido internada após um AVC ocorrido em sua casa, na aldeia do Jaraguá em São Paulo. Seu corpo foi velado na escola e na opy'i (casa de rituais) na sua aldeia, com manifestações comoventes de todos os órfãos que deixou. Apesar de sua placidez, lideranças embalavam sua alma afirmando que seus parentes ficariam bem e que em amba porã, para onde estava indo, haveria mata em abundância e muito kaguyjy. Em seus 78 anos de vida, Jandira criou na aldeia do Jaraguá - a menor Terra Indígena do país com apenas 1,7 hectares - 15 filhos, incluindo os que adotou plenamente, 35 netos e 33 bisnetos. Órfã de mãe ainda criança, cuidou incessantemente de todos aqueles, de várias aldeias, que na doença e na necessidade a procuravam. A cacica Jandira, assim conhecida após a morte de seu marido Joaquim, integra a geração de caciques e lideranças que na década de 1980 iniciaram e orientaram o movimento guarani pelo reconhecimento de direitos territoriais e pela regularização de suas terras situadas nas regiões sul e sudeste do país. Faleceu com a esperança de ver finalizado o longo processo de ampliação da TI Jaraguá e com o desejo de paz. Era ela a memória viva do lugar onde foi formada uma aldeia guarani, ao lado de um córrego com água cristalina e animais silvestres, ambiente que rapidamente se deteriorou com a contaminação das nascentes fora da aldeia e da abertura de estradas. Nos últimos 10 anos, apesar de todas as perdas que sofreu, ainda lhe eram impingidas contas de água de valores absurdos que a angustiavam. Se a pequena terra era insuficiente, em seu coração o espaço era infinito para acalantar e abrigar várias gerações (CTI, 06/03/2012).

Trata-se de uma homenagem à líder indígena Jandira Venício, reconhecendo sobre a importância que teve para seu povo. Esse tipo de notícia, na qual aborda o luto, bem como o reconhecimento da história da liderança indígena para a comunidade aparecem com bastante regularidade, demonstrando a força e o forte vínculo que, os familiares que ficam, mantêm com os mais velhos. É uma forma de valorizar a luta da pessoa que se foi e de refletir sobre os modos de vida que os mais novos mantêm atualmente, considerando o legado que os mais velhos deixaram.

A cacica Jandira, como é expresso no texto, foi uma “memória viva” de alguém que viveu numa aldeia, se estabelecendo com sua família em um local onde as condições eram propícias ao bem viver, mas que com o passar dos anos seu território foi sendo gradativamente deteriorado, tendo assim que assumir uma postura dos movimentos engajados pelo reconhecimento da regularização territorial.

Além de ser uma homenagem, é também uma forma, para aqueles que ficam, manterem-se forte na resistência e luta pelos seus diretos dos Mbya Guarani.

4.2.3.4 Precariedade na saúde indígena

Povos indígenas de São Paulo discutem política de atendimento à saúde

A política de atendimento à saúde indígena na Grande São Paulo está muito aquém das expectativas das diferentes etnias que vivem nesta região. Essa foi a afirmação dos participantes do 8º Encontro de Formação e Articulação dos Povos Indígenas de São Paulo, ocorrido no último sábado (19), na Casa de Oração do Povo de Rua, no bairro da Luz, zona sul da capital paulistana. Na pauta, o atendimento aos indígenas da cidade, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), atrelada ao Ministério da Saúde, e as condições da Casa de Saúde Indígena (Casai). Entre os participantes, órgãos públicos, entidades da sociedade civil e lideranças indígenas que vivem na região metropolitana e no interior de São Paulo, além de pacientes indígenas de outros estados brasileiros, em tratamento na Casai de São Paulo. As atuais mudanças na política de atendimento à saúde indígena abrangem a Sesai, novo órgão que substitui a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) no atendimento aos povos originários do país. Essa secretaria foi criada pelo Decreto 7.336, de outubro de 2010, dentro da estrutura do Ministério da Saúde. A partir de dezembro de 2011, prazo dado para as mudanças de uma estrutura para outra, a secretaria passou a responder pelo atendimento à saúde dos indígenas de todo país. O encontro fez uma retrospectiva de anteriores, quando já se havia discutido a precariedade no atendimento à saúde dos povos indígenas no país, especialmente aos que vivem na cidade. “Nos nossos encontros em 2010, diversas etnias já haviam relatado as dificuldades no atendimento à saúde, falta de medicamentos, precariedade no transporte de pacientes indígenas e as confusas transformações da Funasa para a Sesai”, disse Emerson Guarani Nhandeva.

Sesai e Casai: Para Dora Pankararu, moradora da comunidade Real Parque, na zona sul, a proposta de uma secretaria de saúde é uma discussão que data de muito tempo, de conferências anteriores. Ela disse que as mudanças na estrutura do atendimento à saúde em São Paulo estão levando a condições piores do que a antiga, já precarizada. Segundo a indigenista Cristina Alves, da Fundação Nacional do Índio (Funai), o órgão nunca teve uma

unidade de atendimento e atenção aos povos indígenas da cidade. “Queremos a partir de agora fazer um levantamento da população indígena na Grande São Paulo e estamos dispostos a apoiar a Sesai na questão do atendimento à saúde”, afirmou. Para a chefe da divisão de atenção à saúde indígena, Maria das Graças Serafim, do Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei) Litoral Sul, da Sesai, muitas ações ainda precisam avançar. “Estamos dispostos a dialogar com as comunidades que necessitem de esclarecimentos”, disse. “Antes poderíamos dizer que recebíamos um tratamento, ainda que precário, mas agora nem isso. Temos muitas dúvidas sobre as mudanças atuais”, afirmou Cícera Pankararu, moradora do município de Osasco. Sobre a Casai de São Paulo, estrutura ligada à Sesai e centro de referência no atendimento nos casos de média e alta complexidades, as denúncias são comuns aos povos de diferentes partes do Brasil que fazem tratamento no local. “Passou a colonização e a escravidão e eu me sinto violentada pela política e as condições do atendimento à saúde que são oferecidas aos indígenas em São Paulo. Para as consultas e o atendimento, dependemos sempre da liberação do DSEI (*Distrito Sanitário Especial Indígena*) e é uma burocracia”, afirmou Dora Pankararu. Valdeni Guajajara, que faz tratamento há nove anos na casa, afirmou que a estrutura nunca esteve tão ruim. “Há somente um carro para nos atender, comprado em 2000 e que está sucateado. Estamos na casa sem saber quando teremos remédios para sermos medicadas porque nem sempre há. Também estamos tomando água da torneira e dormindo em colchões precários. Tenho certo que se a vigilância sanitária for chamada vai interditar a casa”, disse. Sobre o transporte, Maria das Graças afirmou que isso é um problema reconhecido pela Sesai e que ocorre em todo o Brasil. “Todos os carros no país estão velhos para atender adequadamente aos indígenas”, disse. Também reconheceu a precariedade na infraestrutura oferecida pela Casai. A representante disse que há interesse em resolver a situação, mas não apresentou medidas específicas para isso.

Indígenas na cidade: A população indígena vivendo na Grande São Paulo ultrapassa 20 mil pessoas, distribuídas em mais de 15 municípios, afirmam o Conselho Indigenista Missionário (Cimi) e a Pastoral Indigenista de São Paulo. “Agora é Sesai, antes era Funasa. Todos os órgãos públicos que cuidam da gente nos abandonaram. Nós que vivemos na cidade de São Paulo, não temos muitas vezes nem dinheiro para pagar aluguel, imagine para comprar medicamentos. A lei que fala do atendimento diferenciado não é cumprida”, afirmou Renato Pankararé, morador da zona norte de São Paulo. Segundo Maria das Graças Serafim, a política nacional de saúde indígena tem um orçamento para trabalhar apenas com índios das aldeias. Os que vivem nas cidades devem procurar o atendimento por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Sobre o tema, o Ministério da Saúde lançou no último dia 10, o “Cartão SUS”. Segundo informações divulgadas no site do ministério, “o cartão integrará uma base de dados nacional e permitirá a identificação dos indígenas tanto no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasisus) quanto no SUS”. Para o antropólogo Benedito Prezida, coordenador do Programa Pindorama da PUC-SP, outras medidas são necessárias para garantir o atendimento diferenciado. “A saúde oferecida pelo governo estadual já não é de qualidade para a população em geral. Então, talvez seja importante pensar na criação de unidades de atendimento específicas em regiões onde há alta concentração de indígenas em São Paulo, como já existe na favela Real Parque”, disse. A historiadora e antropóloga Beatriz Maestri, do Cimi, afirmou que a resposta dada pela Sesai não contempla as demandas reais dos indígenas que vivem nas cidades. “Dizer que os recursos são apenas para os indígenas que vivem em aldeias, representa um descaso com esses povos, uma recusa ao reconhecimento de sua identidade e de seus direitos específicos assegurados em lei. A convenção 169 da OIT (*Organização Internacional do Trabalho*) sobre Povos Indígenas e Tribais reconhece o direito diferenciado aos que não moram em aldeia”, afirmou. No final do encontro, um grupo de lideranças indígenas ficou responsável por preparar uma carta com reivindicações e denúncias que serão encaminhadas, até o próximo mês, ao Ministério Público Federal (CIMI, 25/05/2012).

Para os povos indígenas, a política de atendimento à saúde mostra-se insuficiente apesar da mudança de órgão na responsabilidade de gerir a saúde indígena - era da FUNASA

e passa para SESAI - Dora Pankararu, moradora do município de São Paulo, diz sentir-se “violentada” pela política em saúde, como no processo de colonização e escravidão, a partir das rupturas nas expectativas que mantinham com a entrada da SESAI.

Um dos motivos para o caos na atenção a saúde indígena, deve-se ao fato de os próprios gestores manterem uma compreensão equivocada sobre sua organização. A explicação da gestora, na qual afirma que os recursos disponíveis são destinados apenas aos povos aldeados é equivocada, pois toda a população indígena tem direito a seu acesso. O Subsistema de Saúde Indígena (SASI) opera obedecendo às diretrizes e utilizando os recursos do SUS, por isso, independentemente se a pessoa indígena morar em aldeias ou em meio urbano, ela deveria, por direito constitucional, ter acesso a todos os serviços públicos de saúde, sejam eles criados pelo SASI ou não.

Outro problema apontado são as condições precárias de atendimento, como ter que dormir no colchão; não saber se vai ter remédio; tomar água da torneira; veículo para transporte em péssimas condições, além da burocratização que resulta na morosidade dos agendamentos de consultas.

Todos esses apontamentos, trazidos pela própria população indígena, demonstram a precariedade da assistência ofertada, além dos problemas de ordem operacional. Há um descontentamento com o novo órgão gestor da saúde indígena, ainda mais porque as expectativas da população com a mudança de órgão eram positivas, no sentido de que as demandas e as reivindicações discutidas nas Conferências de Saúde, fossem de fato encaminhadas.

4.2.3.5 Manutenção da cultura Guarani através de práticas alimentares

Mulheres Guarani participam de oficina sobre práticas alimentares

Figura 6 - Mulheres cozinhando na aldeia Tenondé Porã

Fonte: Comissão Pró-Índio (2014)

Mulheres Guarani participam de oficina sobre práticas alimentares

A atividade aconteceu na aldeia de Tenondé Porã, em São Paulo, e contou com a participação de mulheres de diferentes idades. A Comissão Pró-Índio de São Paulo promoveu no último dia 22 de fevereiro a oficina *Mulheres Guarani: refletindo sobre práticas alimentares* na Terra Indígena Tenondé Porã, em Parelheiros, São Paulo. O principal objetivo dessa primeira atividade foi a promoção de reflexões sobre as práticas alimentares dos Guarani. A ideia é realizar outras oficinas sobre o tema em Tenondé e em outras aldeias no estado de São Paulo. Ao todo participaram 16 mulheres de diferentes idades que cozinharam pratos tradicionais - à base de milho, mandioca, farinha de trigo e fubá. Enquanto preparavam os alimentos, as mulheres debatiam diversos temas que estão relacionados com alimentação. O tema das práticas alimentares possibilita inúmeras discussões, como garantia de acesso ao território tradicional, gestão territorial e acesso ao alimento. “É possível trabalhar também temas como a cosmologia, que engloba crenças, tradições e costumes de um povo, as transformações dos hábitos alimentares”, explica a antropóloga Vanessa Caldeira, que conduziu a oficina. Durante a atividade, questões relacionadas com a saúde foram bastante citadas pelas mulheres, que explicaram para as jovens as regras de como comer para poder ter saúde física e espiritual. Além disso, a qualidade dos alimentos está entre as principais preocupações das mulheres. A ideia da atividade surgiu para retomar o trabalho desenvolvido pela Comissão Pró-Índio de São Paulo de 2004 a 2006 com mulheres Guarani em todo o estado. Entre os principais problemas relatados durante as atividades, a garantia aos alimentos aparece com um desafio para os Guarani. (Comissão Pró-Índio, 06/03/2014)

As práticas alimentares na cultura Mbya Guarani estão relacionadas ao seu modo de vida (Stofel, 2013; Giordani, 2012). Além dos alimentos tradicionais, como os citados na notícia, há o modo adequado de preparo e para quem ele se destina, para que assim se obtenha “saúde física e espiritual”.

Fomentar esse tipo de encontro aumenta o convívio e fortalece o vínculo entre as mulheres, já que são elas que, na própria organização Guarani, ficam mais a frente nesta atividade. A qualidade e quantidade dos alimentos são vistos como elementos essenciais para a promoção de saúde, onde a dificuldade de acesso aos alimentos aparece como obstáculo para a manutenção dos costumes, além da própria subsistência da comunidade.

Por fim, a partir da análise do documentário “Teko Rexaĩ - Saúde Guarani Mbyá”, bem como os discursos dos Coletivos Indígenas Mbya Guarani e das notícias das Entidades Indigenistas, foi possível refletir sobre o protagonismo do povo Mbya Guarani sobre a saúde; os modos como concebem algumas dimensões da saúde e como as entidades parceiras os apoiam em sua luta.

No próximo capítulo discutirei os resultados apresentados, dando ênfase às tensões que emergem de duas distintas perspectivas: a concepção ocidental de saúde vigente (que atualmente é mais pautado no modelo biomédico) e a concepção indígena Mbya Guarani, ancorada pelos preceitos do bem viver.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo discutirei os resultados encontrados a partir da análise e interpretação dialógica dos dados analisados. Primeiramente abordo a noção do *Teko Porã*, por considerar que o bem viver possa funcionar como um parâmetro para as ações em saúde mental voltada às populações indígenas.

Em seguida aponto algumas considerações sobre o modo de viver indígena na atualidade, considerando que muitos desses aspectos, que envolvem os prejuízos geradores de sofrimento e de adoecimento, assim como o enfrentamento pela comunidade foram interpretados a partir das análises das notícias selecionadas e do perfil epidemiológico dos povos indígenas. Mais adiante reflito sobre as noções de cuidado em psicologia, por considerar essa, uma dimensão de grande pertinência para área e por fim darei ênfase aos pontos mais relevantes que emergiram ao longo dessa pesquisa de mestrado, realçando as contribuições e os limites na área de conhecimento do construtivismo semiótico-cultural em psicologia.

5.1 *Teko Porã*: aspectos do bem viver

O modo de ser Guarani, o *nhande reko* compreende toda a dimensão do bem viver, de modo que a promoção da saúde se efetiva em atividades do cotidiano em conformidade com sua cultura, visualizada a partir dos resultados obtidos através dos discursos Mbya Guarani presentes tanto no documentário “Teko Rexaĩ - Saúde Guarani Mbyá” como nas notícias selecionadas. Conforme aponta Melià (2013, p. 194), o bem viver³³ é um “modo de ser, um bom estado de vida”.

Macena³⁴, professor do Centro de Educação e Cultura Indígena (CECI) do Jaraguá, quando questionado se em sua aldeia ainda se faziam rituais, responde: “o ritual acontece todo dia porque a gente fala Guarani, *nhande reko* é todo dia”. O modo de ser Guarani, ou a “cultura tradicional”, não se manifesta apenas nos rituais da casa de reza, como é pensado

³³ O bem viver é uma filosofia de vida não somente dos Mbya Guarani, mas de muitos povos da região andina e de toda a América Latina. Tendo como alguns preceitos a reciprocidade, a vida sustentável em maior comunhão com a natureza. Opõe-se assim à ideologia capitalista, onde apenas alguns vivem bem à custa do sofrimento de muitos (Acosta, 2016).

³⁴ Fala proferida no 3º Ciclo de Debates “Psicologia e Povos Indígenas” promovido pelo CRPSP e o IPUSP em março de 2016.

pelo senso comum, mas se faz presente na linguagem, na alimentação, nos cuidados com as crianças, na dança, na educação, enfim, em diversos aspectos da vida diária e coletiva.

Os Guarani buscam o bem viver no presente, através das relações que lhe dêem sentidos hoje e não somente como um anseio futuro, que estar por vir. Novamente, na fala de Macena, ao discutir relação do tempo da criança e da natureza nos processos da educação diferenciada Guarani, realça: “não existe futuro, futuro é coisa que se imagina. Futuro é hoje.”

A esse respeito, a antropóloga Vilaça, ao apresentar o livro de Pissolato (2006) discorre que os “mbya não estão em busca de um paraíso terrestre ou celeste, (...) tampouco em busca de condições ecológicas ideais para viver de acordo com uma suposta tradição” (s.p). Uma vez que vivem nesse mundo imperfeito, procuram viver da melhor forma possível, seja por meio do movimento e por meio das relações afetivas, que “(...) tem por efeito a recomposição do indivíduo, que se transforma a cada nova situação” (s.p). É comum verificarmos uma intensa mobilidade das pessoas, que ora estão em uma aldeia e ora se deslocam para outra, seja para visitar os parentes ou ir à busca de outras coisas para se alcançar uma vida mais alegre.

Quero ainda realçar alguns pontos que dizem respeito ao *Teko Porã*, que se relaciona à dimensão afetiva e da saúde que merecem atenção. Um deles é a dimensão do cuidado entre os Mbya Guarani, principalmente nas ações dirigidas às crianças. Stofel (2012) reflete que para esse povo há uma valorização do cuidado como fundamento da vida social. O cuidado é tido como algo que ultrapassa os cuidados em saúde (recuperação de saúde), mas é, sobretudo, visto como uma ação integral, repleto de significados e sentidos que compreendem o “direito de ser” (p. 17).

Assim, para que se estabeleçam relações de cuidado, são necessárias relações de alteridades, onde cuidador e receptor constroem conjuntamente essa relação. O cuidado entre os *Mbya* Guarani é entendido numa dimensão de reciprocidade, assim o cuidado intergeracional opera do sentido de proporcionar que as crianças paulatinamente desenvolvam seu próprio cuidado e cuidem da sociedade (Stofel, 2012).

Outra dimensão essencial que se relaciona à saúde é o fato de que, para os Mbya vive-se na terra o *teko axy*, uma vida imperfeita, havendo sempre a possibilidade de um mal acontecer, devido ao potencial de *jaexa e' yva'e* (aqueles que não se pode ver). A imperfeição refere-se às coisas que acabam, que tem finitude da vida, pois aqui na “terra tudo acaba, enquanto o que pertence a *Nhanderu* e a sua morada não tem fim” (Pissolato, 2006, p. 227). É presente no discurso dos Guarani, como no discurso do *Xeramõi* João da Silva e da *Xejaryi* Doralice a atribuição da “imperfeição” ao modo de vida na terra, fala-se de “como sou

imperfeito”, a “terra imperfeita”, que também compreende o aspecto não só do que é perecível, mas também que traz consigo a dor (*axy*). No subcapítulo “Os discursos em “Teko REXAÏ - Saúde Guarani Mbyá” é abordada essa dimensão através da fala da *Xejaryi* Doralice, “Assim ele deixou “*Mba’e axy dja*” no mundo imperfeito, no mundo das dores”, bem como outros aspectos do bem viver presentes nos discursos Guarani.

Além desses pontos discutidos, os estados como raiva, dor, desânimo são opostos ao bem-estar, de modo que, se a pessoa permanecer com estes sentimentos por muito tempo, corre-se o risco de não mais ficar alegre e até mesmo perder a vida. É através desses sentimentos que pode se visualizar que algo na saúde não vai bem. Porém, mesmo que se viva uma vida imperfeita, os esforços são para que tenha uma vida mais durável e que se possa ter alegria. Para isso, algo que é primordial na vida do povo Mbya Guarani é que a produção de saberes que possa garantir a manutenção da saúde e fazer a vida durar, saberes estes que “vêm sempre de *Nhanderu*” e que dependem de sua vontade (Pissolato, 2006).

Outros apontamentos que frequentemente aparecem nos discursos dos Guarani como e disparadores de doença, sofrimento ou mal estar comunitário são: as dificuldades do acesso aos serviços de saúde, descaso e negligência na assistência à saúde, surgimento ou agravamento de quadros infecciosos e parasitários decorrentes da precariedade do saneamento básico, o aumento de pessoas que fazem o uso nocivo de álcool e a organização deficitária da política de saúde, entre outros. Ademais, para exemplificar, não é raro que em rodas de conversas, em espaços de fala com pessoas Mbya Guarani ou mesmo em registros escritos, a compreensão dos processos desencadeadores de sofrimentos em saúde, por parte dos indígenas, comumente ocorre a partir de experiências coletivas e da relação com a terra.

A relação com a terra, além dos aspectos já expostos, tem um sentido próprio para os Mbya como discute Ladeira (2007), pois eles buscam “pontos especiais num ponto que histórica e socialmente dominam” (p. 67) e apesar de hoje estarem mais engajados na luta pela demarcação de terras (sobretudo por questões de subsistência) esse processo não faz sentido em seu sistema, pois apesar de sua migração e fixações em determinados lugares, a noção de território para os Mbya está inserida no contexto mais amplo, que “se insere no processo histórico (mítico) cíclico, e portanto infinito, pois ele é próprio mundo Mbya” (p. 67).

A demarcação da terra, em termos de promoção de saúde, é considerada como condição primeira, para que assim, num segundo momento se possa dar encaminhamentos e pensar em possíveis resoluções para os demais problemas enfrentados pela comunidade.

A regularização das terras ocupadas traz a garantia da permanência do povo Mbya Guarani em habitar seu território. As lutas pelas demarcações vieram se intensificando nos últimos anos, principalmente após a década de 1990, posicionamento que antes era outro, no qual preferiam manterem-se mais reservados, porém, visto à precariedade das condições atuais em que viviam, em virtude dos interesses imobiliários e a sistemática negação ao seu direito da terra, esse enfrentamento tornou-se necessário (Ladeira, 1992).

O território é de suma importância para o povo Mbya Guarani, pois a *tekoa*, manifestação do *teko*, um “modo de ser”, não se define inicialmente e nem somente pela dimensão espacial, mas envolve, significativamente, uma “dimensão espaço-temporal” (Pissolato, 2006, p. 119). Onde os Mbya Guarani vivem é uma terra sagrada, o território é imbuído de valores e investimentos simbólicos. Assim vale salientar a importância que tem ter a garantia de seu território, pois para além de uma necessidade básica de subsistência, de ter um lugar para viver e plantar, o território tem outro valor, que é lugar ao qual se pertence ao qual se faz parte e não como algo que pertence a alguém enquanto propriedade.

Não pretendo prolongar no tema da demarcação das terras indígenas, pois essa tarefa se desdobraria em inúmeras discussões além de requerer um olhar mais específico para a questão, ainda mais se levarmos em conta o momento atual em que passamos, ano de 2017, onde temos vivido inúmeros retrocessos e violações nas garantias de direitos constitucionais, tendo recentemente o poder executivo assinado um parecer³⁵ (Parecer da Advocacia-Geral da União) que visa suspender demarcação de terras indígenas, alegando o princípio de “marco temporal”, onde somente as terras ocupadas por povos indígenas na data da promulgação da Constituição teriam seu reconhecimento, ao invés do princípio direito originário. Não é demais dizer que a falta de garantia de viver em suas terras faz com os povos indígenas sofram mais violências e se encontrem mais vulneráveis em todos os sentidos no seu modo de viver, acarretando inevitavelmente impactos diretos em toda a dimensão da saúde.

Ademais, é importante notar que ao falarmos de saúde mental, as questões de atenção primária em saúde, de saneamento básico, de condições essenciais para a subsistência, além da autovalorização da cultura e das tradições indígenas surgem como requisitos essenciais para a promoção de saúde e para o desenvolvimento de condições adequadas para a saúde mental: não se faz a separação corpo-mente, pelo contrário, a saúde é entendida de forma integral. Dimensão que aproxima do princípio de integralidade do SUS, onde as discussões

³⁵ Parecer da Advocacia-Geral da União. Recuperado de: <http://s.conjur.com.br/dl/parecer-agu-raposa-serra-sol.pdf>

em saúde são embasadas na condição integral e não parcial de compreensão do ser humano, além de que as condições territoriais e o contexto comunitário são considerados enquanto desencadeadores de doenças, mas também podem funcionar como meios que propiciam ações preventivas em saúde.

Por fim, saúde assim como a doença, deve ser compreendida num sentido mais abrangente, abarcando um conjunto de processos que dão sentido à vida e que respeitam um modo de ser e estar no mundo regido pelos preceitos de uma cultura. A vida na terra, ainda que imperfeita, para os Mbya Guarani, deve ser “alegre e durável” e para tanto é preciso sua cosmologia, seus saberes, bem como os sentidos que atribuídos a eles sejam respeitados. Assim, é importante destacarmos alguns pontos sobre a aproximação entre ambas as populações, a partir do processo histórico de colonização para pensarmos sobre seus reflexos vivenciados na contemporaneidade.

5.1.2 *Ethos* e a interlocução com a saúde mental

Discutirei, nesse subcapítulo sobre o conceito de *ethos* e etnia, desenvolvidos por Figueiredo (2008) e como esses conceitos nos permitem fazer aproximações ao modo de vida, “o Bem Viver”, desse povo. Os resultados nos mostraram que, para que se promova saúde, quando o *ethos* se encontra em “caos”, é necessário luta e resistência como recurso para lidar com essa situação, pois apesar dos Mbya Guarani viverem em um território que é constantemente ameaçado, a comunidade tem a resistência como forma de manterem-se na luta e de perpetuar sua cultura.

Figueiredo (2008) ao discutir diferentes dimensões e formas de éticas, no âmbito das relações entre indivíduos, afirma que o fator que as uniria teria relação com o modo de habitar o mundo, e que num plano etimológico, *ethos* - o objeto da ética - refere-se tanto aos “costumes e hábitos como à morada” (p. 68).

Desse modo, o autor estabelece uma estreita relação entre o habitar sereno e confiado e a saúde. A saúde está essencialmente ligada ao fato de poder usufruir o corpo plenamente, de fruir, trabalhar e pensar. O habitar sereno e confiado seria, portanto, “experimental o corpo como fonte de prazer, livre dos riscos e das incertezas da sobrevivência, imersos nos elementos selecionados de que despreocupadamente vive e se nutre o homem” (p. 70).

Assim, o habitar sereno e confiado pressupõe uma forma de se sentir abrigado em sua moradia, com abertura à exterioridade, mas também com certo distanciamento para que seja possível o desenvolvimento das capacidades cognitivas, criativas e do conhecimento da

pessoa. A morada, portanto, nos acolhe, mas também nos liberta de forma que possamos usufruir plenamente dos poderes do corpo, provendo saúde. O autor aponta, portanto, que se reconhecermos o *ethos* de um povo enquanto uma morada coletiva, e a saúde enquanto o “usufruto e incremento dos poderes do corpo”, a relação entre ética e saúde se torna evidente (p. 71).

Temos então no termo “etnia” a compreensão de um povo que compartilha o mesmo *ethos*, com formas assemelhadas de conceber o modo de vida, seus costumes e sua cultura. Para a etnia Mbya Guarani, “o Bem Viver” abarca muitas dimensões de sua cultura, as quais se relacionam à forma de habitar sua morada “serena e confiadamente”, se desdobrando nos aspectos da vida comunitária e da saúde. Sua concepção de saúde guarda significados próprios no modo de compreender as ações preventivas, promotoras e curativas das doenças. Tais significados estariam ligados à concepção do *Teko Porã*, ancorados, sobretudo, na dimensão da espiritualidade³⁶.

Em um diálogo intercultural podemos fazer um paralelo, ou pensar em alguns pontos de compartilhamentos entre a noção de saúde mental com a noção do bem viver da cultura indígena - vista que ambas têm como premissa a compreensão de saúde nas relações comunitárias e com base territorial - evidentemente sem fazermos comparações entre as concepções, tampouco reduzir à compreensão de bem-estar da cultura ocidental. Chamorro (n.d.) destacou alguns aspectos relativos às concepções do bem viver indígena. Para ela, as imagens de uma terra viva, da vida como processo contínuo de plenificação e as práticas de reciprocidade, seriam os princípios norteadores dessa noção.

Nesta direção, Melià (2013) traz uma interessante explanação.

Teko porã é um bom modo de ser, um bom estado de vida, é um “bem viver” e um “viver bem”. É um estado de ventura, de alegria e de satisfação; um estado feliz e prazeroso, aprazível e tranquilo. Há um bem viver quando existe harmonia com a natureza e com os membros da comunidade, quando existe alimentação suficiente, saúde e tranquilidade, quando a “divina abundância” (...) permite a economia da reciprocidade, o jopói, isto é, “mãos abertas” de um para o outro. Para existir, o teko porã necessita de um tekoha, um lugar onde somos o que somos um território, floresta, campo de cultivos, rios... Não se pode pensar somente em um “pedaço de terra”, trata-se de um conceito mais complexo e amplo. (p. 194)

Assim o *Teko Porã*, ainda segundo o autor, seria um conceito que atravessa a experiência de vida do povo Guarani, pois a palavra *teko* significa “ser, estado de vida,

³⁶ A palavra espiritualidade aqui empregada diz respeito a um sentido maior do que somente como oposição à materialidade. Pelo que percebi a partir da fala dos indígenas, é uma dimensão abrangente que se relaciona à formação da pessoa, à ancestralidade e ao sagrado.

condição, estar, costume, lei, hábito”, ou seja, a sua própria cultura. O modo de ser está diretamente ligado aos modos de produção da saúde. Na cosmologia Mbya Guarani há vários aspectos que norteiam a dimensão da saúde, pois a saúde se faz presente no próprio conceito de *Teko Porã*, que atravessa as atividades da vida cotidiana deste povo, e que permanece por meio do modo de pensar e agir nas práticas ritualísticas cotidianas.

Para que *Nhande Reko* possa se perpetuar, é preciso compreender a forma como concebem o território, visto como uma dimensão que vai além dos limites físicos das aldeias, expandindo-se para uma noção de território mais amplo, pois a ideia de território para os Mbya Guarani se dá por meio de suas dinâmicas econômicas e sociais e dos movimentos migratórios praticados até hoje (Ladeira, 2007).

Para que a existência do território Mbya Guarani seja possível, é necessário que o *tekoa* deva

[...] conter recursos naturais preservados e permitir a privacidade da comunidade. Entretanto, a fragmentação atual das aldeias, definidas por limites artificiais em função do reconhecimento público e oficial de outras ocupações (tais como fazendas, loteamentos, estradas, projetos de abastecimento etc.), inviabiliza-as enquanto espaço que garanta a subsistência da própria comunidade. Apesar disso verifica-se, nas diversas aldeias, um modo peculiar de apreensão, construção e organização do espaço, desenvolvido através do exercício social, político, religioso e do manejo de espécies tradicionais. (ISA, s.p)

Ethos e etnia, bem como as noções de território e do modo de vida desse povo devem ser entendidas enquanto aspectos relacionais e que são fundamentais para a compreensão da saúde Mbya Guarani. Atualmente, principalmente após o ano de 2013 (Paciornik, 2016) temos visto maior intensificação das formas de protestos dos coletivos Guarani para a garantia mínima de seu *ethos*, onde possam viver ao seu modo e com isso terem saúde. Nota-se que o movimento de luta, característica marcante e motivo de orgulho para os Mbya e designada pela expressão *Xondaro*, tem cada vez mais se fortalecido, e as comunidades têm mantido e reafirmado essa postura de guerreiros e de resistência devido aos males que lhe acometem. Ser guerreiro é também se valer dos recursos do *juruá* (do não indígena) para o enfrentamento das violações sofridas.

A noção de *ethos*, abarcando todos os aspectos articulados da morada Mbya Guarani, nos permite refletir sobre como uma noção organizadora de um sistema de compreensão do fenômeno em questão, a saúde mental dos povos indígenas, uma vez que permite articular a relevância das questões territoriais, educacionais, alimentares, religiosas entre outras tantas. Se há interferências em alguma destas dimensões, conseqüentemente alterará a articulação

entre elas, causando um desequilíbrio da ordem natural (Gadamer, 2006) e impactando diretamente nos aspectos da saúde.

No subcapítulo dos resultados “Tamanho reduzido de terra X impossibilidade de viver plenamente o modo Guarani” observa-se como a morada dos Guarani vem sendo ameaçada, e como a forma “serena e confiada” vem perdendo espaço para o modo tenso e conflitante de se habitar em seus próprios territórios. Ao longo da notícia e das palavras da liderança Marcos Tupã é evidenciado o pequeno espaço de habitação, visto que as famílias da comunidade vêm crescendo, o que se depara com os limites restritos impostos pela demarcação das terras. Essas restrições se desdobram em uma série de empecilhos para se viver plenamente o *Teko Porã*, entre eles a falta de espaço para se viver e para o plantio; às áreas se interpor às áreas urbanas, muitas vezes distantes das matas e todas as tensões decorrentes da proximidade com os problemas e vulnerabilidades próprias das periferias das grandes cidades.

Através dos resultados encontrados nesta pesquisa, verificamos que os problemas vivenciados pelas comunidades Guarani não são se restringem apenas àqueles voltados ao tamanho dos territórios ou de sua (não) demarcação, mas apontam para uma série de conflitos e de negligências do Estado para com os seus direitos constitucionais. A saúde, portanto, é uma dimensão que sofre interferências diretas com essas tensões, seja no cotidiano de quem as vivencia, como também pela precariedade dos serviços ofertados, que estão aquém das necessidades demandadas pelos indígenas.

Não é somente o modo como os Mbya Guarani concebem a saúde que é distinta do modo ocidental, é todo seu modo de vida, que possui a organização e cosmovisão próprias. A seguir, aponto como as “moradas” indígenas estão sendo afetadas atualmente e quais os desdobramentos do processo de encontro com o não indígena.

5.2 Sofrimento mental indígena como desdobramento do processo colonialista

Desde o final do século XV, com a chegada dos europeus, as populações indígenas na América vêm sofrendo ações violentas em diferentes âmbitos (Todorov, 1982). Tais ações se desdobraram em inúmeros conflitos que desencadearam aspectos negativos, interferindo, diretamente no modo como os povos originários vivem na atualidade.

No Brasil, desde a chegada dos portugueses no início do século XVI, os povos originários sofreram transformações de diversas formas, afetando na organização e em seu modo de vida, que vai desde a ação catequizadora das Missões Jesuíticas, acarretando em

relações de dominação e exploração que perduram na atualidade, onde essas populações se encontram na luta por condições que já gozavam antes deste (des) encontro.

Ações que ocorreram no passado possuem desdobramentos ao longo do processo histórico, pois ao considerarmos a luta pela demarcação da terra indígena no contexto atual, vemos que a quantidade de pessoas indígenas vítimas da violência no campo denota a continuidade do processo de genocídio contra esses povos, tornando-se cada vez mais evidentes e urgentes ações que impeçam essa sistemática violência.

O contato com a sociedade envolvente trouxe às populações indígenas prejuízos de diversas ordens. Podem-se destacar a contaminação e transmissão de doenças até então desconhecidas por esses povos, culminando em um grande número de mortos; a violência cultural estabelecida pelo Estado, onde as tentativas de integração por meio da política assimilacionista à cultura nacional desencadearam relações de poder que colocam a cultura indígena enquanto elemento secundário e até mesmo pitoresco.

O massacre de populações indígenas durante o século XX, por exemplo, se transformou em política oficial do Estado, gerando uma grande quantidade de violações dos direitos humanos indígenas. A Comissão Nacional da Verdade³⁷ (CNV, 2014) analisou as graves violações contra os direitos humanos, e dentre outros temas, investigou a violação contra os povos indígenas entre o período que compreende os anos de 1946 a 1988. Na investigação, foi verificado, em relatório parcial, que ocorreram as mortes de pelo menos 8.350 pessoas indígenas, mas com estimativas de que esse número seja exponencialmente maior. Segundo o relatório, “não são esporádicas nem acidentais essas violações: elas são sistêmicas, na medida em que resultam diretamente de políticas estruturais de Estado, que respondem por elas, tanto por suas ações diretas quanto pelas suas omissões” (CNV, p. 198).

Para a liderança indígena Karai Popygua, também conhecida como David Martim, os povos indígenas foram os mais afetados pela Ditadura Civil-Militar (1964-1985):

Na ditadura, quem mais morreu não foram os ativistas, os jovens universitários que estavam lutando pela liberdade do país. Foram os indígenas. Então essa situação muito revolta a gente. [...] As pessoas

³⁷A CNV foi criada a partir da lei 12528/2011, por designação presidencial. A equipe foi composta pelos conselheiros José Carlos Dias, José Paulo Cavalcanti Filho, Maria Rita Kehl, Paulo Sérgio Pinheiro e Rosa Maria Cardoso da Cunha (os quais permaneceram durante todo o período de atuação). Claudio Lemos Fonteles e Gilson Langaro Dipp deixaram a CNV em 2013, e Pedro Bohomoletz de Abreu Dallari, que foi nomeado em 2013 e permaneceu até o final. A finalidade da CNV consistiu em apurar graves violações de Direitos Humanos ocorridas entre 18 de setembro de 1946 e 5 de outubro de 1988, tendo como funcionamento o período de maio de 2012 a dezembro de 2014. O trabalho de investigação resultou no Relatório da Comissão Nacional da Verdade. Recuperado de <http://www.cnv.gov.br/>.

não conseguem ver a gente como povo originário e que tem uma resistência. É necessário combater essa invisibilidade. (Índio é nós, 2014, s.p)

A CNV destaca que esse período guarda dois momentos importantes que caracterizam a ação do Estado enquanto violenta, mas especialmente omissa em relação aos direitos dos povos indígenas: o primeiro diz respeito ao momento em que a União estabeleceu condições propícias ao esbulho das terras indígenas, “acobertando o poder local e interesses privados” (p. 198); e o outro momento refere-se à omissão da União em relação à área da saúde, ao deixar de fiscalizar a corrupção existente nos órgãos oficiais do Estado. Ao longo do período citado, foram analisados casos de tortura, prisões, maus-tratos, assassinatos e desaparecimentos forçados através de denúncias surgidas a partir de depoimentos em audiências públicas e visitas da CNV às populações atingidas; por meio de documentos do próprio Estado, do SPI e da FUNAI, bem como por meio de documentos enviados pela sociedade civil (CNV, 2014).

O período que se sucede ao ano de 1968 é marcado por uma “política indigenista mais agressiva” (p. 203), sobretudo, após o AI-5³⁸, destacando-se pela construção de presídios indígenas e pelo Plano de Integração Nacional (PIN), o qual visava estimular a ocupação de regiões do território nacional que eram consideradas vazias, como por exemplo, o interior do estado do Amazonas, que como é sabido já era ocupado por comunidades indígenas. A abertura da rodovia Transamazônica, por exemplo, cortou 29 terras indígenas (TIs), sendo onze de grupos isolados e nove de contato intermitente, acarretando em remoções forçadas dos povos indígenas e decorrentemente nas perdas de seus territórios (CNV, 2014), além da contaminação de doenças dos povos que conseguiram permanecer nessa região. Essas ações, bem como a atuação gananciosa de madeireiras, mineradoras, hidrelétricas e do agronegócio, causaram e ainda provocam inúmeros prejuízos aos povos indígenas, além da degradação do meio ambiente.

Sobre os presídios indígenas, considero importante destacar o estudo do psicólogo e conselheiro do CRPSP, Gonçalves (2014) sobre o Reformatório Krenak, que funcionou entre os anos de 1969 a 1973, na região do Vale do Rio Doce, no estado de Minas Gerais e tinha como objetivo prender indígenas de todo o país³⁹ que, “por algum motivo, entraram em

³⁸ Ato Institucional nº 5, AI-5, foi baixado no dia 13 de dezembro de 1968 durante o governo do General Costa e Silva. Ficou em vigor até dezembro de 1978 e constitui-se em uma série de ações arbitrárias contra as liberdades individuais e coletivas. Tais determinações oficiais tinham como um de seus objetivos punir indivíduos contrários ao regime ditatorial.

³⁹ Segundo a CNV, José Gabriel Silveira Correa compilou uma lista com 121 indígenas presos entre 1969 e 1979, porém, “acredita-se que o número de indígenas presos na ditadura militar pode ser maior” (2014, p. 238).

conflito com a lei” (p. 04). Esse estudo resultou no Parecer Técnico Psicológico, no qual o psicólogo enfatiza o caráter da herança do sofrimento transgeracional, ao discutir a dimensão individual e coletiva dos impactos psicossociais após a atuação do reformatório na cultura tradicional Krenak.

No Reformatório Krenak, além do povo Krenak, havia presos de outras etnias, como os Karajá, Terena, Maxacali, Pataxó, Kadiweu, Xerente, Kaiowá, Bororo, Krahô, Guarani, Pankararu, Guajajara, Canela, Fulniô, Kaingang, Urubu, Campa, Xavante, Xakriabá, Tupinikim, Sateré-Mawé, Javaé, além de pessoas indígenas que não foram identificadas. Todos eles foram expostos às diversas formas de violência “como tortura física e psicológica, espancamentos, trabalho análogo à escravidão, violência sexual e de gênero, violência contra as crianças, expulsão do território, proibição da língua e da religião e vigilância extremamente opressora” (Gonçalves, 2014, p. 72).

Como aponta a análise do Parecer Técnico Psicológico, a sintomatologia decorrente da violência política expressa a partir de um intenso sofrimento psíquico, é especialmente observável através de sentimentos como medo, raiva, desconfiança e tristeza que atravessa diferentes gerações da população Krenak, “estando presente tanto em pessoas que viveram diretamente o Reformatório como em seus filhos e netos. Em nível coletivo, esses sintomas psicossociais também estão presentes em diferentes gerações” (p. 72).

Nas palavras do sertanista Antonio Cotrim Soares, o Reformatório foi mais do que um presídio, foi “um campo de concentração para onde são enviados os índios revoltados com o sistema explorador e opressivo da Funai” (CNV, p. 236). No reformatório prendiam-se indígenas por motivos arbitrários, que iam desde acusações como “índigenas que faziam uso de bebidas alcoólicas”, “vadiagem” e aqueles que protestavam contra a FUNAI.

Vindo para o momento mais atual, o quadro de violência se faz bastante presente. O Conselho Indigenista Missionário (CIMI) publica anualmente, desde o ano de 2003, o “Relatório de Violência contra os povos indígenas”, no qual aponta e quantifica os casos oficiais de violência ocorridos no ano anterior em todo o território nacional. Dentre as violências vivenciadas pelos povos originários, aparecem mais recorrentemente os quadros de:

a) Violência contra o patrimônio (compreendidos os casos de omissão e morosidade na regularização de terras; conflitos relativos a direitos territoriais; invasões possessórias, exploração ilegal de recursos naturais e danos diversos ao patrimônio);

b) Violência contra a pessoa (compreendidos os casos de assassinato; tentativa de assassinato; homicídio culposo; ameaça de morte; ameaças várias; lesões corporais dolosas; abuso de poder; racismo e discriminação étnico-cultural e violência sexual);

c) Violência por omissão do poder público (compreendidos os casos de suicídio; desassistência na área da saúde; morte por desassistência na área da saúde; mortalidade infantil; disseminação de bebida alcoólica e outras drogas; desassistência na área de educação escolar infantil e desassistência geral);

d) Violência contra os povos indígenas isolados ou de pouco contato.⁴⁰

Em síntese, é possível refletir através destes apontamentos, que os povos indígenas sofreram desde a “invasão” dos portugueses e vêm sofrendo até hoje de forma sistemática, tanto por medidas oficiais do Estado quanto por sua negligência e desassistência, ações que apresentam suas permanências na atualidade e que conseqüentemente reflete-se em tensões a partir do encontro interétnico. No entanto, vale ressaltar que apesar de todo o sofrimento vivido pelos povos indígenas, alguns autores chamam a atenção para estas populações enquanto agentes históricos e problematizam o olhar que os vêem apenas como vítimas e fragilizados diante do processo histórico.

Monteiro (1995), historiador e professor de antropologia, ao tratar da história indígena em São Paulo durante o período colonial, dá ênfase à organização escravagista dos séculos XVI e XVII, a qual que não fora apenas africana como nos é contado tradicionalmente nos livros de história, mas utilizou-se essencialmente da mão de obra indígena. O historiador realça que, apesar de ter havido a dominação portuguesa em relação aos chamados “negros da terra”, havia formas de resistência indígenas ao trabalho escravo, contrárias às expectativas dos colonizadores, e que inclusive a mão de obra africana foi muitas vezes escolhida, porque, os povos indígenas tinham amplo conhecimento territorial, o que facilitava suas fugas.

Carneiro da Cunha (2012) evidencia o protagonismo indígena e aponta também que os povos indígenas foram agentes de seu próprio destino, uma vez que as “sociedades indígenas pensaram o que acontecia em seus próprios termos” (p. 19), tendo consciência de que suas escolhas tinham evidentemente suas conseqüências. Para a antropóloga

A percepção de uma política e de uma consciência histórica em que os índios são sujeitos e não apenas vítimas só é nova eventualmente para nós. Para os índios, ela parece ser costumeira. É significativo que dois eventos fundamentais - a gênese do homem branco e a iniciativa do contato - sejam frequentemente apreendidos nas sociedades indígenas como o produto de sua própria ação ou vontade. (p. 25)

⁴⁰ Recuperado de <http://www.cimi.org.br/site/pt-br/>.

Ao levarmos em conta que os povos indígenas são agentes históricos, protagonistas de suas decisões - o que não nega sua história de violência sofrida desde a invasão - outras dimensões de suas características ganham maior visibilidade, como a resistência e a luta indígena. É importante redirecionar o olhar que os enxergam apenas como vítimas, fragilizados e passivos em relação às formas de violência sofrida, para uma visão que os compreendam como agentes de resistência, de força e de luta.

Nesta direção, Almeida (2012), historiadora, ao discutir mais detidamente sobre a história dos indígenas no Brasil no século XIX, reflete sobre a “invisibilidade” indígena enquanto sujeitos históricos naquele período em contraponto com o crescente protagonismo revelado pela historiografia atual. Ou seja, houve mudança do olhar da própria historiografia em relação às populações indígenas, pois apesar de muitas vezes tentarem enganá-los, a resistência contra as formas de agressões ocorreu desde o início do processo colonialista.

A historiadora aborda o protagonismo e a resistência à política assimilacionista, de meados do século XVIII e sua retomada com mais força no século XIX, a qual previa a formação de uma identidade nacional, pautada nos moldes das sociedades europeias, onde não previa lugar para as diversidades culturais e étnicas. Assim, as propostas assimilacionistas ressaltavam “as vantagens” que a nova condição de cidadão daria aos indígenas, as quais eram reforçadas por intelectuais, que reforçando a ideia da imagem dos indígenas do passado enquanto “degradados”, traziam a solução de que, assimilados, na nova condição de cidadãos teriam acesso às propriedades individuais. “Valores caros aos índios, como vida comunitária e reciprocidade, eram vistos como negativos e obstáculos ao progresso” (Almeida, 2012, p. 30).

Esse tipo de pensamento, que visa à integração e a assimilação em relação aos povos indígenas, perdura até hoje. No mês de abril de 2017, o então presidente da FUNAI, o pastor evangélico Antonio Fernandes Costa, em entrevista à BBC Brasil, destacou que “os índios não devem ficar parados no tempo”, e que “devem entrar na cadeia produtiva e serem competitivos”. Pensamento que é rebatido por Telma Taurepang, coordenadora geral da União das Mulheres Indígenas da Amazônia Brasileira, ao questionar: “Como estamos parados no tempo se estamos lutando há mais de 500 anos para que não destruam nossas terras?”⁴¹. Tiago Karai, coordenador da Comissão *Guarani Yvyrupa* também acrescenta: “Parece que a gente deveria pensar em plantar soja, cana, milho em grande escala para

⁴¹ Recuperado de <http://www.revistaforum.com.br/2017/04/07/indios-rebatem-presidente-da-funai-como-paramos-no-tempo-se-ha-500-anos-lutamos-por-nossas-terras/>.

vender. Só que o indígena não tem esse pensamento, a gente planta para comer e trocar com outros povos, esse é o nosso interesse”. Nas duas falas aspectos da resistência e do modo de vida indígena se contrastam com a ideia, já dita anteriormente, de integração nacional, demonstrando a vigência deste pensamento na sociedade atual e ainda, infelizmente, há que se destacar, dita pelo próprio presidente da FUNAI.

Dentre os agravos que se sucederam da relação interétnica, relação esta que não pode ser unicamente vista como destrutiva - mas que essencialmente foi e tem sido - o prejuízo nos aspectos da saúde desses povos é notório e foi o alvo a que se destinou a atenção nessa pesquisa ao tomar os impactos na saúde mental como uma dimensão, na qual é possível avaliarmos os resultados do encontro interétnico, tão conflituoso e marcado sistematicamente pela violência praticada contra os povos originários, mas também bastante incutido de enfrentamento e resistência indígenas.

As tensões presentes nos diferentes pontos de vista, apresentadas nos resultados, constituíram-se como elementos importantes para avaliarmos os impactos na saúde vivenciados pelo povo Mbya Guarani, bem como para refletirmos sobre as particularidades contidas nos discurso em cada perspectiva sobre a saúde indígena.

5.3. Panorama atual da saúde indígena: notas sobre o perfil epidemiológico

Refletir sobre a saúde indígena através de dados epidemiológicos nos possibilita ter acesso a uma realidade vivida pelas populações indígenas, principalmente quando comparadas com a população nacional. Alguns contrastes numéricos permitem a reflexão acerca do processo saúde doença e como variam de acordo com grupos específicos, o acometimento e o agravamento de doenças num dado contexto sociocultural, além de possibilitar a discussão sobre a eficiência da assistência à saúde ofertada pelo Estado.

Desde a chegada dos europeus, houve uma série de fatores que alteraram a organização da vida dos povos indígenas, ocorrendo grande número de mortes e de adoecimentos devido ao contato mais próximo com a população nacional. Também no século XX, não só, mas especialmente nas primeiras décadas, as doenças transmissíveis como gripe, tuberculose, sarampo e varíola entre outras, foram responsáveis pelo grande número de falecimentos, chegando quase a dizimar populações inteiras. Com isso, houve uma redução populacional indígena tão grande que por muito tempo acreditou-se na ideia de “redução gradual desses povos” (Basta, Orellana & Arantes, 2012, p. 61).

Nas últimas três décadas do século passado e na primeira década deste século⁴², houve importante crescimento populacional indígena, chamando a atenção para a área da saúde, na tentativa de compreender os processos de saúde-doença e também de morte, o que necessitou a reestruturação na forma de formular e prestar a assistência na saúde indígena.

Destaco a grande dificuldade de se obter dados do perfil epidemiológico de populações indígenas por meios oficiais do Estado, principalmente no que diz respeito à dimensão da saúde mental. Mesmo na literatura existente, os problemas de ordem afetivo-cultural se concentram basicamente nos estudos sobre alcoolização e aumento dos casos de suicídios⁴³, entre diferentes povos, e que carece de ampliação. Os autores Basta, Orellana & Arantes (2012) também chamam a atenção para esse fato, pois ao traçarem e discutirem indicadores da saúde indígena, se confrontam com a “escassez de dados consolidados e disponíveis para a consulta pública” (p. 61). De forma que para refletirmos sobre esses indicadores, é necessário recorrermos, com chance de termos mais êxito, à consulta de produções acadêmicas e bibliográficas sobre o tema.

Coimbra Jr & Santos (2005) também discutem os padrões epidemiológicos daquele momento e realçam que, apesar das doenças infecciosas e parasitárias ainda terem um lugar específico, de grande importância e preocupação na dinâmica da saúde indígena, nota-se crescente os casos de acometimento de doenças crônicas não transmissíveis, como o diabetes *mellitus*, obesidade e hipertensão, consequências das alterações no modo de vida decorrentes do contato mais próximo com a sociedade nacional envolvente, que entre outros fatores ocasionou a contaminação ambiental e decorrentemente a privação ou dificuldades para se obter os próprios alimentos, gerando assim, mudanças significativas no modo da alimentação indígena. Os autores discorrem que, além das dificuldades em obter o perfil epidemiológico, devido à carência de dados por veículos de informação do governo, outros pontos também complicam esse conhecimento, e que merecem ser considerados:

O perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil é muito pouco conhecido, o que decorre da exigüidade de investigações, da ausência de inquéritos e censos, assim como da precariedade dos sistemas de informações sobre morbidade e mortalidade. Qualquer discussão sobre o processo sobre saúde/doença dos povos indígenas precisa levar em consideração, além das dinâmicas epidemiológica e demográfica, a enorme sociodiversidade existente. São centenas de etnias, falantes de centenas de línguas distintas, que têm experiências de interação com a sociedade nacional as mais diversas. Há desde alguns grupos poucos vivendo ainda

⁴² O IBGE (2010) constatou em último censo demográfico, o crescimento populacional indígena no Brasil, no período do ano 2000 a 2010 de 11, 4%.

⁴³ Segundo consta o “Relatório de Violência Contra os povos indígenas: dados de 2015” (CIMI, 2016), dados obtidos através da Sesai e Regionais do CIMI, em 2015 foram registrados 87 suicídios entre os povos indígenas.

relativamente isolados na Amazônia, até outros com significativas parcelas de suas populações vivendo em Cidades como Manaus, Campo Grande, São Paulo e outros centros de médio a grande porte. (p. 13)

Apesar de considerarmos esses problemas de informação, que incorre em não se adquirir dados precisos, aparece bastante recorrente na literatura do tema, que é nítido que as condições de saúde vivenciadas pelos coletivos indígenas são precárias, estando muito mais frágil e vulnerável quando comparada com outros segmentos da sociedade.

No que diz respeito mais propriamente à saúde mental, Rodrigues (CRPSP, 2016), a partir de sua experiência no DSEI de Pernambuco, aponta que nos últimos dez anos houve o surgimento de doenças que não eram muitos frequentes nas aldeias como as doenças crônicas degenerativas, mortes violentas no trânsito, problemas decorrentes de violências físicas, ansiedade e depressão, o aumento do uso prejudicial de álcool e outras drogas, além de um crescente número de crises psicóticas e neuróticas, ou “doenças dos nervos” (p. 232) como são chamadas nas aldeias.

O psicólogo reflete que parte dessas crises de saúde mental, se relaciona à perda dos vínculos culturais, fenômeno que é vivenciado não somente pelas populações indígenas, mas também pela população geral. Outros aspectos aos quais Rodrigues (CRPSP, 2016) atribui as causas desse intenso sofrimento, desencadeante do aumento dos casos diagnosticados como transtornos mentais são: a exclusão pela sociedade geral e a consequente negação da identidade indígena (especialmente para os povos do nordeste do país); as precárias condições sociais que se agravam cada dia mais nas aldeias e a pobreza extrema em que muitos povos se encontram.

Em relação a alguns dados demográficos sobre os povos indígenas, no tocante ao crescimento populacional, o IBGE (2010) aponta que desde o ano 2000 houve crescimento anual, no território nacional de 1,1%, tendo sofrido diminuição nas áreas urbanas, mas notável crescimento na região Nordeste e no sul da região Norte (chegando as taxas de 4,7%). Este aumento é bastante discutido entre os estudiosos da área e uma das razões que os autores atribuem a esse crescimento é fenômeno da etnogênese (ressurgimento de etnias consideradas extintas), além de um reconhecimento de pertencimento e identificação maiores entre as pessoas através de políticas auto-afirmativas (Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2012). Em relação à distribuição, os cinco municípios mais populosos são os seguintes: São Gabriel da Cachoeira (Amazonas); São Paulo de Olivença (Amazonas); Tabatinga (Amazonas); São Paulo (São Paulo); e Santa Isabel do Rio Negro (Amazonas).

No que se refere aos dados epidemiológicos, trago algumas contribuições levantadas no estudo de Basta, Orellana & Arantes (2012)⁴⁴, segundo os autores o Coeficiente de Mortalidade Geral registrado pelos DSEI's no de 2002, era de 5,8 mortes para cada grupo de mil indígenas, pouco acima do registrado na população geral, de 5,6.

Ainda naquele ano, o estudo aponta que a principal causa das mortes foi atribuída ao conjunto de fatores:

- a) causas mal definidas - (23,8%);
- b) causas externas de morbidade e mortalidade - (16,8%);
- c) doenças do aparelho respiratório - (12,3%);
- d) doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas - (10,8%) e
- e) por doenças infecciosas e parasitárias - (10,2%).

Ao analisar esses números, os autores destacam as duas maiores causas de mortalidade. A primeira causa aponta certamente a ineficiência da assistência à saúde para os povos indígenas e a segunda causa, que inclui mortes por assassinatos, suicídios, violências ocorridas pela crescente alcoolização da população indígena, entre outras, revela como as mudanças na vida social alteram também o padrão de morte nesses coletivos (p. 66).

Importante dar ênfase ao Coeficiente de Mortalidade Infantil (que expressa o número de mortes de crianças de até um ano entre mil nascidos vivos), pois é um indicador conhecido mundialmente por medir e avaliar a assistência em saúde, bem como dimensionar o perfil socioeconômico dos diferentes grupos populacionais nos mais diversos países. Nota-se, segundo levantamento do Ministério da Saúde (2010) que durante o período analisado, do ano 2000 ao ano 2009, o número médio desse coeficiente revelou-se em 52,4 conforme pode ser observado na tabela.

⁴⁴ Mesmo que desatualizados, utilizo os dados fornecidos pelos autores, devido à ausência destas informações no site do SIASI (<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/70-sesai/9518-siasi>).

Quadro 8 - Taxa de Mortalidade Infantil (por 1.000 nascidos vivos) em povos indígenas, Brasil, 2000 a 2009.

Fonte: Departamento de Saúde Indígena/Fundação Nacional de Saúde. Ministério da Saúde (2010), p. 04.

Mesmo observando uma queda significativa, de aproximadamente 20 pontos, no período, principalmente entre os anos 2000 e 2001, e uma queda mais discreta, no entanto progressiva entre os anos de 2001 e 2009, o número médio do período é ainda bastante alarmante, visto que se apresenta duas vezes maior do que o coeficiente da população geral, de 25,1, além de ser superior a outros grupos “historicamente desprivilegiados” como crianças da cor ou raça negra, que tem o índice de 34,9 (Basta, Orellana & Arantes, p. 69). Apesar do Departamento de Saúde Indígena/FUNASA não terem realizado a análise qualitativa deste gráfico, as quedas na taxa de mortalidade nos dois períodos citados podem ser decorrentes do processo de criação dos DSEIs (1999) e pela criação e atuação dos Conselhos Distritais e locais indígenas (2001).

Deslocando para o momento mais recente, o CIMI (2016) denuncia que em 2015, de no grupo de mortes por desassistência à saúde, houve três casos registrados oficialmente, os quais ilustram bem como simples ações na organização dos serviços de saúde poderiam evitar esses desdobramentos. Trata-se do caso de uma adolescente, do povo Xukuru, no município de Pesqueira - Pernambuco que apresentava sintomas semelhantes à *chikungunya* e não resistiu. Segundo a agente de saúde, o atendimento médico nesta região é escasso, e consta com períodos sem cobertura, além de terem problemas com o fornecimento da água. Os outros dois casos são de dois homens, um do povo Ashaninka, de Feijó - Acre, e outro do povo Yanomami de Alto Alegre - Roraima, ambos foram picados por cobras e não foram

socorridos a tempo, pois não havia os insumos necessários para o tratamento nos postos de saúde de suas aldeias.

Em relação à mortalidade na infância, ainda segundo os dados contidos no Relatório do CIMI (2016), os números se mostram realmente muito preocupantes. Através dos dados fornecidos pelos DSEI's através da Lei de Acesso à Informação, é possível chegar ao número parcial de 599 óbitos de crianças menores de cinco anos, apenas no ano de 2015.

Quadro 9 - Dados parciais de óbitos em crianças indígenas menores de cinco anos em 2015, segundo os DSEI's.

Dsei	Nº de Óbitos	Dsei	Nº de Óbitos
Alagoas e Sergipe	7	Maranhão	15
Altamira	11	Mato Grosso do Sul ²	46
Alto Rio Negro	29	Médio Rio Purus	9
Alto Rio Purus	27	Médio Rio Solimões e Afluentes	19
Alto Rio Solimões	77	Minas Gerais e Espírito Santo	14
Amapá e Norte do Pará	12	Pernambuco	4
Araguaia	2	Porto Velho	15
Ceará	5	Potiguara	6
Cuiabá	17	Rio Tapajós	9
Guamá-Tocantins	10	Tocantins	9
Interior Sul	13	Vale do Javari	18
Kayapó do Mato Grosso	10	Vilhena	8
Kayapó do Pará	10	Xavante	79
Leste de Roraima	34	Xingu	2
Litoral Sul	3	Yanomami ³	72
Manaus	7	Total	599

Fonte: CIMI (2016), p.132.

O levantamento salienta que as três principais causas das mortes foram: “pneumonia não especificada, com 48 mortes (8,2%); diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível, com 41 mortes (7%); e agressão por meios não especificados, com 36 mortes de crianças (6,2%)”. Sendo que pneumonia, diarreia e gastroenterite são doenças “perfeitamente tratáveis”, mas que causaram a morte de pelo menos 99 crianças menores de cinco anos (p.131).

Segundo Cardoso (2014), dados do último censo do IBGE, em 2010, indicam, por exemplo, um quadro preocupante de desnutrição entre crianças indígenas de 0 a 5 anos, e

entre mulheres indígenas de 14 a 49 anos, revelando um número maior que a média nacional brasileira. Dentre outros agravos em saúde analisados, as doenças infecciosas e parasitárias, do aparelho respiratório e “sintomas e sinais e achados anormais” resultam em uma taxa de morbidade de 25,65% da população indígena. Para a autora, esses indicadores apontam que o modelo médico assistencial para as populações indígenas, mesmo para as ações básicas em saúde, ainda é bastante precário, onde é predominante “cenário de doenças carenciais e de controle infecto-parasitário” (p. 862)

Essas notas trazem apenas alguns dados que nos permitem refletir sobre as condições de saúde indígena atuais. Como já mencionado anteriormente, e também endossado por estudiosos que se atentam a esta temática, há uma carência enorme na informação de saúde indígena, tanto na sua sistematização quanto na atualização por setores oficiais do Estado, o que implica diretamente e especialmente na sua assistência. Esses dados são muito importantes para o planejamento, avaliação e implementação dos serviços e ações preventivas de saúde. Não se preocupar com essas informações, mais uma vez, mostra o despreparo e a omissão do Estado com os povos originários.

Com relação aos discursos indígenas sobre as condições de saúde nas aldeias, vemos a partir dos dados, que a situação é bastante precária. Como exemplo, na notícia “A comunidade Guarani do município de Mongaguá, denuncia o descaso da Sesai”, o cacique Verá Danilo descreve como a assistência à saúde na sua comunidade é carente de recursos humanos, físicos e tecnológicos. Situação que aparece também com muita regularidade em outras notícias produzidas pelos indígenas, que foram analisadas, mas que não estão expostas nos resultados (ver “Anexos”). Vemos que, além das queixas trazidas pelo cacique, o despreparo dos agentes de saúde em relação aos povos indígenas, bem como a omissão dos cuidados em saúde é pauta recorrente no noticiário.

Verifica-se, a partir dos resultados, que apesar da criação do SASI, muitos dispositivos de saúde operam com recursos mínimos, como a falta de equipamentos, de transporte para o deslocamento entre as aldeias e os dispositivos de saúde, falta de materiais básicos como gaze e faixas para curativos, falta de cama ou colchão nas CASAI's e a longa espera para serem atendidos por falta da cobertura profissional. Todos esses agravamentos vão interferir diretamente tanto na prevenção como na recuperação à saúde, repercutindo nesses números alarmantes sobre as condições atuais de saúde na população indígena.

Considerando essas informações apresentadas, que demonstram o quão vulnerável a população indígena se apresenta diante de um direito constitucionalmente conquistado,

discutirei como a psicologia pode atuar no sentido de ofertar um cuidado em saúde que não opere numa lógica colonialista, mas, sobretudo, emancipatória.

5.4 A psicologia e as relações de cuidado

“Experimental é deixar-se fazer outro no encontro com o outro”
(Figueiredo, 2008, p. 20)

Os princípios que fundamentam o *Teko Porã*, noção que entre outros aspectos busca a realização de uma “vida plena” (Chamorro, n.d) e a noção ocidental de saúde e de saúde mental abordadas nesta pesquisa partem de um olhar mais cuidadoso para o sofrimento mental, pois consideram as questões culturais, coletivas, comunitárias e territoriais como inerentes à produção de saúde. Todavia, não se trata de fazer analogias, buscar similaridades ou correspondências entre as noções ocidentais de saúde e o *Teko Porã*, mas de buscar possíveis interlocuções para prover recursos que permita fazer o trânsito entre elas.

As concepções e práticas do “cuidado” são dimensões inerentes à psicologia, seja no âmbito da formação, seja na atuação direta com a população (ou pessoa) com a qual o psicólogo vai lidar. Quando reflito sobre a assistência em saúde aos povos indígenas, indago qual o tipo de cuidado em psicologia pode ser ofertado para essas populações de modo a promover ações que se dêem de forma mais horizontal possível, que visem à autonomia e que auxiliem no processo de auto-afirmação étnica.

A implicação da psicologia com os povos indígenas não deve estar restrita somente aos psicólogos que trabalham na aldeia, pois como aponta Teixeira (CRPSP, 2016) ainda há muito que se fazer entre os não indígenas para superar uma lógica de “preconceito, a conquista de justiça e equidade social” (p. 240).

As ações em psicologia podem se efetivar através da busca de soluções compartilhadas, apoiando as comunidades para seu fortalecimento e também por via de sua participação e articulação com as redes de atenção intersetoriais de serviços, em seus diferentes níveis, visando o acesso das populações indígenas aos direitos constitucionais e mais especificamente na área da saúde, garantir a integralidade do cuidado. O psicólogo pode ser um importante ator na rede de cuidados, pois normalmente entre os profissionais de saúde, é quem consegue compreender e facilitar o trânsito entre as questões da comunidade e articulá-las com outros profissionais e serviços intersetoriais, para que assim, a corresponsabilização possa de fato ocorrer.

Nesse sentido, Rodrigues (CRPSP, 2016), psicólogo indígena do povo Xukuru do Ororubá e atuante na área técnica de Saúde Mental do DSEI de Pernambuco, ressalta que a aproximação da psicologia com os povos indígenas, deve adotar uma perspectiva, sobretudo “cuidadosa, ou seja, ética e responsável” (p. 227). Rodrigues discute que um dos pontos problemáticos em questão, se refere que, ainda na prática da psicológica, são adotadas ações voltadas para a clínica psicoterápica com o foco no indivíduo e muito pouco para as coletividades, o que acaba por não responder as necessidades para as demandas encontradas. O psicólogo compreende que a base do *adoecimento mental* das populações indígenas estaria justamente nos conflitos sociais, os quais não podem ser tratados de forma individual. É necessário singularizar o sofrimento de uma pessoa, no entanto sem perder de vista a dimensão coletiva e, sobretudo, comunitária na qual a pessoa está inserida.

O exercício da psicologia acompanha a dimensão do cuidado do outro, no entanto há que se ficar atento, para não achar que sempre sabemos o que é melhor para o outro em nome de um suposto saber (Stock, 2012). Em nome do cuidado, de se visar o bem e do progresso, as relações entre não-indígenas e indígenas foram se efetivando numa relação de tentativas de tutela e silenciamento, desencadeadoras de sucessivos prejuízos às comunidades indígenas.

A ética em psicologia deve perpassar às ações do profissional psicólogo, e para a sua prática, é necessária uma reflexão prévia, que deve estar na base de sua formação, mas também ao longo de toda sua atuação profissional. Ao se decidir trabalhar com as populações indígenas, é preciso, primeiramente uma disponibilidade para o encontro e compreender que muitas das teorias e orientações da prática psicológica dizem respeito às sociedades ocidentais. Nesse sentido, Rodrigues (CRPSP, 2016) ao discorrer sobre a enorme variedade das cosmologias indígenas aponta que “a psicologia talvez tenha mais a aprender do que ensinar” (p. 228). Assim, é importante conhecer, compreender e valorizar o outro ponto de vista, o do indígena, para que assim se construa um vínculo e possibilidades de diálogo. É necessário estarmos atentos ao que nos dizem, além do que possam vir a nos dizer através das palavras e o que escapa ao conteúdo verbal.

Em relação à dimensão ética do cuidado em psicologia, Figueiredo (2007; 2008) traz importantes contribuições. Primeiramente com o desenvolvimento do conceito de *ethos* relacionado a forma de habitar o mundo, articulando dimensões que compõem os modos de conceber a saúde *Mbya* Guarani. Se os povos indígenas têm, ou melhor, já possuíam uma forma de habitar seus territórios, nada mais ético do que escutá-los para compreensão do que eles nomeiam e apontam enquanto fatores de adoecimento ou que ocasionam a “perda do equilíbrio natural” (Gadamer, 2006) de sua morada.

Para Figueiredo (2008) é essencial sentir-se em casa, seja habitando as moradas simbólicas ou as moradas físicas (estruturais), para que assim se possibilite a criação de “experiências de encontro da alteridade e consequentes acontecimentos desalojadores” (p. 73). É no encontro com o outro que a ética perpassa a “troca regulada de afetos e obrigações recíprocas entre indivíduos” (p. 73), estabelecendo as relações de confiança em maior ou em menor grau, e os acontecimentos desalojadores, como acontecimentos que criam rupturas, que podem ser intensas e dificultar as condições da pessoa estar no mundo serena e confiadamente. Enquanto os profissionais de saúde não compreenderem que a moradia dos povos indígenas, tanto simbólica quanto concretamente, está em colapso, não será possível ofertar um cuidado eficaz para estas populações. Portanto, as ações em psicologia devem se atentar para essa dimensão, com vistas ao fortalecimento da comunidade e a apoiando para que consigam manter suas moradas em condições propícias ao bem viver.

Ainda se tratando da dimensão ética e na implicação do cuidado, Figueiredo (2007) ao discutir sobre a metapsicologia do cuidado, aborda três importantes dimensões do cuidado implicado: “sustentar e conter”; “reconhecer” e “interpelar e reclamar”. Um aspecto que o autor reflete sobre o cuidado ético e os possíveis exageros do cuidado, diz respeito a uma forma de cuidar que não abrange o fazer, na qual o agente cuidador pode se colocar como “presença em reserva”. Interessante essa discussão, pois nas práticas dos serviços de saúde, a preocupação com o que se deve fazer é demasiadamente presente. Existe a cobrança, tanto da gestão dos serviços quanto dos próprios profissionais sobre o *que mais* deveria ter sido feito sobre um caso em questão. A presença em reserva então rompe com a lógica de ter que agir, ou ter que fazer alguma coisa, que muitas vezes se concretiza como uma ação mecânica, sem reflexão e estratégias prévias, e propõe que o cuidado pode ser ofertado de outro modo, no qual o agente cuidador nas relações de alteridade, possa de fato estar atento á demanda de cuidado do outro. A seguir, passo a descrever sobre essas dimensões.

- Sustentar e conter: nesta dimensão do cuidado, Figueiredo fala da importância da “continuidade” enquanto processo essencial de vida, envolvendo questões “identitárias e simbólicas” (p. 17), a qual não está assegurada e que precisa ser se constantemente reconstruída. Há a figura do agente que dá a sustentação para esse outro, seja por meio do acolhimento ou estando próximo, é alguém que se pode contar. Esse agente cuidador é alguém que ajuda a pessoa a ser cuidada para que ela tenha o contorno, dando continência e a auxiliando a sonhar, dar forma e cores às experiências emocionais. No entanto essa sustentação não deve ser tão rígida de modo a comprimir o outro, é necessário estar atento e

ofertar recursos, mas deixar que o outro experimente por si só suas experiências para que possa crescer.

- Reconhecer: o reconhecimento enquanto uma dimensão do cuidado passa muitas vezes despercebida. Essa função trata do espelhamento pelo cuidador, do que ele testemunha e reflete sobre o outro. Assim, para que este espelhamento seja ético é necessário que haja o “autêntico testemunho” (p. 19) do agente cuidador.

- Interpelar e reclamar: o cuidador que interpela e reclama expõe o confronto e os limites da situação, facilitando com que a pessoa tenha contato com sua existência. O agente cuidador é alguém que está atento para chamar a atenção, interpelar, mesmo que isso cause algum desconforto inicial à pessoa, é quem a chama para o cuidado de si.

As dimensões do cuidado apontadas por Figueiredo (2007) só são possíveis de se efetivarem em relações mais horizontalizadas onde quem oferta o cuidado e quem deste necessita possam negociar os sentidos das ações. Assume-se que nos contextos interculturais, as relações são assimétricas, no sentido de que se pressupõe e se admite que haja diferenças de compreensão do processo saúde-doença, no entanto, não devem ser pautadas pela hierarquia e autoritarismo, pois o cuidado quando instalado em relações autoritárias, como salienta Stofel (2012), “torna-se um fardo para o cuidador” (p. 17) e consequentemente o receptor estará em posição de subordinação.

Assim, é essencial que nas relações de cuidado esteja compreendida a confiança para o estabelecimento do vínculo entre os dois atores envolvidos nas ações de cuidado. A confiança, enquanto noção teórica diz respeito a um processo de construção de compartilhamento de ritmos de convivência, o que envolve também a dimensão da temporalidade e afetividade (Nash e Guimarães, em preparação; Bastos, 2017). Só é possível dar crédito, confiar em um determinado agente de saúde ou mesmo numa instituição de saúde, se a conhecemos, se sabemos que suas ações são respeitadas com a forma com a qual concebemos a saúde e entendemos como o sofrimento nos afeta. A confiança se constrói de forma dinâmica e em coautoria (Guimarães, 2016) e jamais de forma verticalizada. Para estabelecer o vínculo, é preciso saber que o outro está me escutando de fato, que ali numa interação entre dois atores existe o envolvimento, articula-se a fala e o contato na expectativa de promover o diálogo.

O estabelecimento do vínculo é discutido por Guimarães (2015) como estratégia para os profissionais que pretendem trabalhar com as populações indígenas, mas que também pode

ser compreendido como estratégia de cuidado⁴⁵. O cuidado não somente entendido como um aspecto restrito às práticas em saúde, mas baseado nos princípios das relações éticas. Ao se confrontar no contexto interétnico, ora haverá maior aproximação e compartilhamentos, mas ora também haverá também afastamentos, denotando um dos principais desafios que é a sintonização entre as diferentes culturas. O vínculo é constituído a partir de uma relação afetiva que requer contato, harmonização rítmica e principalmente disponibilidade dos agentes em atuação. Esse é dos pontos que quero ressaltar e discutir com maior aprofundamento: quais são os fatores que interferem na disponibilidade na relação eu-outro que implique prejuízos na criação do vínculo como estratégia de cuidado aos povos indígenas?

Um dos aspectos relaciona-se ao modo como o Estado oferta a assistência em saúde em que adota uma posição embasada na biomedicina, seu discurso é ambíguo e muitas vezes autoritário, pois muito embora a legislação específica aponte para o caminho da escuta e valorização dos saberes tradicionais indígenas, os serviços e a formação profissional caminha numa outra direção, de um saber imposto, que é considerado um saber universal.

Langdon (2009), ao discutir sobre o processo saúde-doença a partir do olhar da antropologia da saúde, discorre um tema muito comum na saúde pública, que é o da não adesão do paciente ao tratamento, para a antropóloga

[...] um grande problema em aceitar os sistemas médicos de outras culturas é devido ao preconceito implícito do profissional para quem somente um sistema, o nosso, é universal e verdadeiro, e os outros são inválidos. Porém, a razão pela não adesão não é essa, mas é em razão do fato de que as pessoas tomam conta de suas vidas, e, sua aquiescência às indicações sobre medicamentos ou outros cuidados recomendadas pelo profissional dependerá do entendimento desses sujeitos. Então, dessa forma, existe um impasse na relação entre o profissional e seu paciente cuja solução não é clara, mas que deve ser procurada no estabelecimento de uma relação dialógica e não hierárquica com o paciente. (p. 325)

Assim, segundo Langdon (2009) é importante destacar que biomedicina também é um sistema cultural que emergiu através de um contexto histórico e cultural, com seus próprios métodos, mas de forma alguma, são os únicos para lidar com a doença. É importante reconhecer que há maneiras diversas de perceber e de praticar a saúde e ter clareza que, é a pessoa acometida pela doença, que mesmo sofrendo, é ator de sua vida e quem mais sabe do seu sofrimento e de si mesma.

⁴⁵ Para melhor compreensão ver o quadro 1 - Fluxo do vínculo e das interações no fluxo da temporalidade no contato interétnico.

Então, a doença compreendida numa dimensão sociocultural, é um processo “que em parte é social, envolvendo interação e negociação do grupo, e por outro lado envolve as subjetividades”, no sentido de que a pessoa tem sua perspectiva subjetiva (pessoal) da experiência, onde se inserem os fatores culturais e sociais (Langdon, 2009, p. 324).

O contato que o Estado e seus atores realizam através das macro e micro relações, seja na organização das políticas públicas, ou no manejo clínico diário com as populações indígenas, remete ao conceito de “duplo vínculo” de Bateson (1956), onde sentimentos e as posturas caracterizam-se ambivalentes. É interessante pensar como suas ações são bastante análogas as da mãe do paciente esquizofrênico descritas por Bateson⁴⁶, que ora o afaga com desmesura, ora o despreza. A principal hipótese desta teoria é a de que a pessoa que vivência essa situação, encontra-se numa matriz comunicativa na qual as mensagens são contraditórias, criando empecilhos para a comunicação na qual a pessoa tende a apresentar dificuldades para deixar esse campo de interação, repleto de tensões, e começa a desenvolver sentimentos como raiva, medo e insegurança.

Se fizermos uma analogia com os resultados obtidos nesta pesquisa, o afago desmesurado diz respeito às posturas exageradas de proteção ao indígena por parte do Estado, na qual vemos muitas vezes um olhar autoritário, assumindo posturas paternalistas e assistencialistas, ao passo que o desprezo chega aos extremos como a negligência à saúde e outros tantos direitos; o genocídio que vem sido praticado sistematicamente ao longo dos anos; o preconceito e o não reconhecimento de seus direitos enquanto seres humanos. O SASI aponta para ações em saúde que contemplem a amplitude do cuidado em diferentes níveis e compreende, sobretudo, o controle social indígena, todavia, o que pudemos observar através das Conferências Nacional de Saúde Indígena; das notícias e dos discursos no documentário “Teko Rexaĩ - Saúde Guarani Mbyá” é que os processos como os indígenas concebem a saúde são ignorados ou colocados em dúvida, enquanto as reivindicações construídas em meios legítimos e oficiais de controle social são ignoradas, repercutindo nas atuais condições de agravamento de saúde das populações indígenas.

É importante frisar, que em relação aos discursos oficiais das políticas públicas, tanto dos textos legislativos quanto às atas das Conferências Nacionais de Saúde Indígena, não se mostram discrepantes em relação ao modo como os povos indígenas vêm reivindicando o cuidado em saúde ao longo das lutas dos últimos anos. No entanto, é possível notar através

⁴⁶ Bateson e colaboradores (1956) formularam a teoria do “duplo vínculo” a partir de uma vivência na qual presenciaram a mãe de um paciente esquizofrênico (estável) que apresentava sentimentos contraditórios em relação ao filho, desencadeando um novo quadro de agitação.

dos conteúdos dos discursos indígenas e também dos dados epidemiológicos, que as ações em saúde tem tido pouco alcance, deixando a população indígena vulnerável e desassistida em muitos aspectos.

Um segundo aspecto que dificulta a criação do vínculo seria a *incompatibilidade* de ideias no contexto interétnico. Ladeira (CRPSP, 2010) aponta que as tensões entre as concepções de saúde das equipes de saúde e dos indígenas geram ideias e expectativas muitas vezes incompatíveis, no entanto muitas vezes não fica explícito de forma transparente. Não se trata apenas de distintas perspectivas, mas de incompatibilidade na qual é caracterizada por uma indisponibilidade prévia do cuidador (que parte das concepções ocidentais de saúde), ou seja, muitas vezes há o reconhecimento de que o outro (o indígena) tem outras tradições, no entanto, como já de antemão não estão em consonância com os princípios da formação, são descartados por serem considerados incompatíveis.

Ladeira (CRPSP, 2010) ressalta que não é apenas o modo de conceber a saúde ou as práticas de cura é que são diferentes, são “distintas a forma de perceber o próprio sentido de existir” (p. 160), como também são distintos os *ethos* de cada domínio e as formas de habitar o mundo (Figueiredo, 2008). Esse movimento de afastamento acarreta na dificuldade ou impossibilidade de encontro: se o outro é tão diferente, me afasto num processo de ruptura, onde não se dá margem para o diálogo. Talvez a equipe de saúde muitas vezes negligencia o cuidado, porque ela não saiba lidar ou porque não se disponha ao convite de convivência dentro do formato indígena, emergindo uma tensão. A equipe se esquia do contato porque tem medo, se sente insegura, pois este encontro coloca em questão seus pressupostos e todo seu modo de agir profissionalmente, mas que também atinge seus valores pessoais. Mesmo nos espaços e fóruns de discussão vemos os indígenas ocuparem os espaços do não-indígena enquanto que, o caminho inverso, ainda é bem pouco incipiente.

Um terceiro ponto, essencial para pensarmos nas relações que foram se estabelecendo ao longo do processo histórico e que consequentemente tem impactos na criação de vínculos, relaciona-se à atribuição da infantilização aos indígenas pelos não indígenas. Stock (2011) sugere que as políticas de infantilização desses povos mantidas por relações assimétricas e hierárquicas são traduzidas no assistencialismo e na “exacerbação da tutela”, tornando-se estratégias para capturar a diferença do outro. O problema se assenta na questão de que não há um reconhecimento pleno do outro enquanto sujeito e desta forma essa “compreensão corre o risco de ser utilizada com vistas à exploração, ao ‘tomar’; o saber será subordinado ao poder.” (Todorov, 1982, p. 115). Identificar a capacidade intelectual do indígena como a de uma criança era uma prática pedagógica dos frades capuchinhos nos aldeamentos no século XIX

(Amoroso, 1998), no entanto, em alguma medida esse pensamento ainda mantém-se no imaginário popular e é refletida na operacionalização assistencialista, presente nos seus diversos níveis.

Seguindo essa linha de pensamento, onde existe o estranhamento do outro resultando em afastamentos e indisponibilidade de contato, está a forma de enxergar essa diferença enquanto “excentricidade”, que causam ambivalências para os não indígenas, gerando desconforto, mas também curiosidade. Valsiner (2012) ao discorrer sobre o processo de colonização europeia coloca que esta “pode ser vista como um experimento social a longo prazo” (p. 115), num movimento persistente pelo encontro da alteridade. No entanto, nos últimos séculos “as imagens do povo não europeu foram descritas em termos de sua infantilidade, bestialidade ou excentricidade - diferenças ameaçadoras e atraentes” (p. 117). O encontro, a partir da colonização, historicamente se deu pelo pela compreensão do outro como inferior e sem cultura, pois seus costumes eram diferentes dos quais estavam habituados.

Enxergar a diferença como excentricidade ou como algo exótico pode até aproximar num primeiro momento, mas posteriormente acaba por fixar preconceitos e repulsas, ao ponto de ter a compreensão de que o outro é tão diferente de mim que não é sequer humano. No mês de maio de 2016, o então Ministro da Agricultura, Blairo Maggi, ao discutir sobre a questão de demarcação de terras indígenas e disputas judiciais, profere que “não é justo acomodar índio e desacomodar uma família”⁴⁷. Numa clara distinção preconceituosa entre um indígena e uma família não indígena. Ora, o indígena não é gente, não tem família?

Podemos relacionar essa indisponibilidade, a partir dos pontos discutidos enquanto barreiras semióticas (Guimarães, 2015), as quais são construídas a partir de trocas dinâmicas pela cultura, em nível pessoal intrapessoal e interpessoal que guiam as trajetórias de vida. As paredes semióticas rígidas seriam então a indisponibilidade de abertura para a alteridade, gerando rupturas e uma impossibilidade de sintonização dos ritmos e dos afetos e consequentemente gerando estereótipos e reforçando o preconceito.

Também podemos refletir sobre esses afastamentos em termos da “experiência da negatividade” (Simão, 2010), pois, com base na hermenêutica gadameriana, nossa experiência está relacionada com a nossa tradição, relacionada à dimensão da temporalidade, uma vez que “a verdadeira experiência não se caracteriza por seus resultados em si mesmos, ou pela integração confirmatória desses resultados às nossas expectativas, mas pelo desafio que traz às nossas precompreensões sobre o mundo, e sobre nós mesmos nesse mundo” (p. 194).

⁴⁷ Recuperado de <https://www.facebook.com/tenonderaayvu>.

Assim, a experiência da negatividade em Gadamer, segundo Simão (2010), se relaciona a algumas questões abordadas pelo construtivismo semiótico-cultural em psicologia, expressas nas experiências de rupturas e transições, oriundas “da inquietação e estranheza experimentadas nas relações passado-presente-futuro” (p. 196). A tarefa de compreensão frente ao contato com algo genuinamente novo é muitas vezes difícil para a pessoa, pois demanda “lidar com o estranhamento de si em relação ao objeto a ser compreendido” (p. 196).

Nos processos da saúde, para um profissional que tem uma base de formação ocidental, muitas vezes compreender que procedimentos como realizar uma reza; dançar; evitar o consumo de algum alimento (que não se justifica por uma comprovação científica/biológica) ou utilizar algum adorno no corpo possa ter um grande alcance no sentido de promover o bem estar ou a cura, é algo que causa um estranhamento de si, pois suas experiências prévias apontavam para outra direção. Será preciso se rever, se questionar, não invalidando sua bagagem, mas refletindo sobre ela e adicionar à sua formação esses novos saberes. Neste ponto não se trata de consenso ou de comunhão, mas de respeito às tradições de outro sistema. Se há mecanismos e técnicas para operar nesse sentido, um caminho respeitoso, que vise relações de alteridade, será então reconhecer e validar outras maneiras que já vinham sendo conduzidas pelos povos indígenas muito tempo antes do encontro.

Atualmente se percebe que os profissionais de saúde ainda se apresentam muito inseguros em fazer esse trânsito, mesmo quando se mostram disponíveis ou até mesmo quando a unidade de saúde está localizada dentro de uma Terra Indígena e sua presença física é mais regular.

Refletir sobre questões como a insegurança, a indisponibilidade e as tensões que emergem entre as diferentes concepções de saúde permitem potencializar os cursos desse trânsito ao pensar sobre os possíveis lugares da psicologia diante deste cenário. Assim, no campo da saúde, pensar o vínculo como um processo de abertura ao outro, para que se possibilitem relações de alteridade, seria um recurso eficaz que permite transitar de forma segura e confiada entre as duas matrizes de conhecimento, mantendo cada domínio em seu lugar sem intentar integrá-los, mas, sobretudo, visando o diálogo.

5.5 Possíveis pistas para o encontro entre a psicologia e a saúde indígena

Passo agora a discutir o percurso da dissertação, trazendo os principais pontos que emergiram da pesquisa relacionados às suas implicações e as possíveis contribuições para o

campo do conhecimento entre a saúde indígena e a psicologia em sua vertente semiótico-construtivista, área a qual esse estudo se insere.

Após o mapeamento e análise dos discursos entre diferentes perspectivas de saúde indígena e a discussão das principais tensões provenientes do encontro entre as populações indígenas e a sociedade ocidental brasileira, me atenho a focalizar sobre o que “está em jogo” na fronteira entre os dois sistemas de conhecimento relacionados à saúde indígena.

É importante se debruçar sobre essas tensões, pois na prática da assistência em saúde aos povos indígenas, percebe-se que mesmo quando os profissionais, formados e atuantes na perspectiva ocidental, desejam atuar de forma alteritária e, mesmo quando ancorados em toda a normativa em saúde do SUS, que aponta para maior abertura e visa construir um trabalho em parceria com os povos indígenas, demonstram uma grande dificuldade desta aproximação se efetivar de fato, ao ponto de desenvolver ações conjuntas e efetivas que promovam saúde para essas populações.

Outro ponto resultante da pesquisa se relaciona à reflexão de como a psicologia, que se encontra mais amparada às perspectivas das instâncias que engendram o pensamento ocidental, como o Estado; SUS; CRP e a OMS, as quais evidentemente, não possuem homogeneidade, mas que tem um eixo comum de pensamento - pode assumir as condições atuais dos povos indígenas enquanto problema de saúde e então intervir sobre elas, ofertando o cuidado de forma implicada e, sobretudo, respeitosa.

Como já apontado, estas discussões são fundamentados pela área do construtivismo semiótico-cultural em psicologia. Assim, julgo pertinente elucidar alguns pontos sobre o porquê de minha escolha em estudar esta temática sustentada nesta área de conhecimento e não em outras tantas vertentes do campo psicológico. Coloco então as seguintes questões, que serão discutidas ao longo deste subcapítulo: ao que o construtivismo semiótico-cultural em psicologia vem enquanto proposta de construção de conhecimento em psicologia? Qual sua sustentação ética e epistemológica? Porque estudar as tensões que emergem de dois sistemas de conhecimento sobre saúde indígena nessa área de conhecimento e não em outra? Qual é meu posicionamento enquanto pesquisadora e psicóloga e quais são as implicações diante desse conhecimento produzido?

A vertente construtivista semiótico-cultural, enquanto perspectiva teórico-metodológica em psicologia tem interessa pelas interações eu - outro, que se desenvolvem na cultura ao mesmo tempo em que a modifica dinamicamente, atuando de forma substancial no desenvolvimento pessoal (Simão, 2004; 2010). Nessa direção Simão (2004) aponta que a “experiência inquietante”, entendida enquanto aquela que rompe com as expectativas, seria o

ponto focal eleito pelo construtivismo semiótico-cultural para a “compreensão do papel eu das relações eu - mundo na construção ontológica da subjetividade humana” (p. 13), que por sua vez se constrói na elaboração cognitivo-afetiva pessoal das sugestões culturais, por meio do diálogo.

Bakhtin, um dos autores cujas ideias contribuem para o conhecimento da área em questão, ao tratar da epistemologia das ciências humanas propõe o dialogismo, de forma que para o autor não é possível fazer uma ciência humana fora dessa perspectiva, pois o pesquisador do campo das ciências humanas estaria “transitando no terreno das descobertas, das revelações, das tomadas de conhecimento, das comunicações, das produções de sentido entre o eu e o outro” (Souza & Albuquerque, 2012, p. 110). Também nessa direção, os autores Scorsolini-Comin & Santos (2010) apontam que a obra de Bakhtin, além de superar as visões reducionistas nos contextos desenvolvimentais, provoca o leitor, e, portanto, o pesquisador para narrar o seu próprio desenvolvimento, que é sempre “relacional, dialógico e posicionado” (p. 745), ou seja, está diretamente implicado no processo de construção de conhecimento.

Como limites da área, penso que uma das questões está na forma como utilizamos os termos e atribuímos a eles significados, assim como as noções que empregamos em psicologia, pois os mesmos não coincidem ou não tem uma correspondência na linguagem indígena, ou mais especificamente na linguagem *Mbya* Guarani. Considero que os limites nos mostram como sempre haverá algo que nos escapa e, portanto, a produção do conhecimento está sempre em construção, o que nos motiva sempre para a emergência da novidade. De forma que apontar os limites da área não é dizer que algo está ruim, insatisfatório ou que há lacunas para serem preenchidas, mas sim, reconhecer que essa dimensão se faz presente nas relações dialógicas e de alteridades.

Assim, ao pesquisar a temática indígena no campo da psicologia semiótico-construtivista, repensamos nossas certezas para nos colocarmos na situação do outro, considerando, sobretudo, o caráter dinâmico do processo da produção de conhecimento. É fundamental nos atermos em não perpetuar uma compreensão estática que reduza as possibilidades de construção das pessoas, tal como se observa em algumas áreas do conhecimento, onde essa produção se dá de forma anteriormente planejada, procurando aplicar conhecimentos e metodologias prévias em contextos tradicionalmente distintos, possivelmente, com o intuito de decifrar a totalidade da experiência.

A questão que se configurou ao longo do processo desta pesquisa foi o mapeamento e análise dos distintos discursos presentes que compõe o campo; compreender que eles se

organizam de uma determinada forma, estabelecendo uma tensão muito grande. Foi possível identificar é que existem certos espaços de tensão, de dialogicidade, mas também espaços de silenciamento e de imposição de uma voz sobre a outra, impossibilitando o diálogo.

Nesse sentido, as tensões provenientes das perspectivas ocidentais e indígenas acerca da saúde indígena, podem ser compreendidas enquanto resultantes das experiências inquietantes entre dois sistemas de conhecimento distintos. São duas tradições que se contatam num primeiro momento, e que poderá vir a se desdobrar, ou não, na construção do diálogo futuro.

Os indígenas, como observado em diversas falas no “Os discursos em “Teko Rexaĩ - Saúde Guarani Mbyá” têm incluído a diversidade em muitos aspectos relacionados à saúde, mas verifica-se que o inverso não funciona. A medicina ocidental estaria disposta a incluir as práticas de outros saberes que não sejam os exclusivamente evidenciados pelos métodos científicos? Gadamer (2006) aponta que a tradição biomédico-cientificista exclui a diversidade, onde os profissionais são formados numa tradição, numa cultura que não é inclusiva.

Nesse sentido, a postura do Estado ao duvidar dos saberes indígenas sobre saúde e cura, observada nos resultados a partir do discurso do *Xeramõi* João da Silva, tende a construir uma barreira, que não permite a sintonização afetiva, tampouco a comunicação entre as duas culturas. Portanto, uma das contribuições que a psicologia cultural tem oferecer é a crítica dessa cultura ao propor um percurso que implica participação ritual, a exposição do corpo na experiência dos ritos indígenas.

O compartilhamento dos ritmos é o que estaria na base de construção de planos comuns entre distintas posições culturais (Guimarães & Nash, em preparação). A construção de “paredes semióticas” (s.p) é uma forma de compreendermos a estabilização semiótica, ao permitir que novos elementos sejam incorporados, numa dissipação que envolve o movimento recursivo, de onde emerge novos sentidos da experiência, realidades rítmicas paralelas que podem vir a se articular afetivamente. No entanto se as paredes semióticas, permanecerem rígidas, não possibilitam a sintonização rítmica entre os envolvidos na comunicação, levando inclusive “à emergência de concepções estereotipadas” (s.p).

Ademais, é também por via da ritmicidade que se dá o processo de construção de sentido. A ritmicidade pode ser compartilhada, mas também pode se dá de forma muito singular, onde cada pessoa a organiza de forma particular. É através dos ritos que se dá a experiência rítmica, onde funções psicológicas como a imaginação, percepção, cognição e afetividade se articulam em rede em constante interação, e através dos mitos, por sua vez, que

se dá a estabilização semiótica, também através de funções que se inter-relacionam como o pensamento, a linguagem e a cognição⁴⁸.

É importante pensar no que está implicado nesse diálogo com os povos indígenas, pois os pressupostos do SUS, em muitos pontos, vão ao encontro à cosmovisão indígena sobre saúde, mas existem dificuldades de se efetivarem concretamente. Nesse sentido, a fala da liderança indígena Mbya Guarani Roberto Werá⁴⁹, ilustra bem essa dimensão: “trabalhar com as questões indígenas é diferente de trabalhar com as pessoas indígenas”. Ou seja, adotar uma postura, mesmo que embasada nas diretrizes nacionais de saúde que visem o respeito é diferente da atuação prática, pois nessa dimensão está presente, entre outros fatores, a dimensão afetiva do contato.

Vale destacar, que na relação entre os dois sistemas de conhecimento, os povos indígenas não são coadjuvantes, são protagonistas, pois, além de já possuírem seus modos de compreenderem o processo saúde-doença, lutaram ativamente, para terem acesso ao direito à saúde. Contudo, muitas vezes quando as equipes de saúde chegam aos seus territórios, não se dispõem a dialogar. Os esforços desta pesquisa foram, portanto, apontar um caminho para o diálogo acontecer, que se deram através da identificação dos tensionamentos entre as duas perspectivas de saúde considerando, sobretudo, as implicações do não diálogo.

Desta maneira, a proposta para o percurso no processo de construção do diálogo que temos estudado na psicologia cultural, na vertente semiótico-construtivista se constitui dessa forma: primeiramente a identificação dessas as fronteiras, suas bordas, a zona de tensão e o porquê de sua ocorrência. Tomo aqui a ideia de borda de acordo com Marsico, Cabell, Valsiner & Kharlamov (2013) enquanto um “duplo processo de separação e unificação” (s.p), pois ao mesmo tempo em que é um ponto de contato, é também um ponto de divisão, que de algum modo serve para negociar e demarcar a definição de seus conteúdos. Ao passo que a fronteira é o que permite o trânsito dos conteúdos, é o que é permeável, que viabiliza o movimento de ir e vir. A borda, portanto, é o que está na fronteira entre uma dimensão e outra, entre os dois sistemas de conhecimento, definindo uma relação dentro fora. Deslocando para o conhecimento tradicional de saúde indígena, as bordas na interlocução dos dois sistemas de conhecimento, são dimensões muito importantes, pois, se de um lado limita ou define o conteúdo de conhecimento de um sistema, por outro, mostra-se permeável para novos

⁴⁸ Rever Quadro 3 - *Self* na situação interétnica

⁴⁹ Fala proferida em ocasião da supervisão da “Rede de atenção à pessoa indígena”, no IPUSP, em setembro de 2015.

conhecimentos, no entanto essa abertura se dá ativamente, onde os novos elementos são selecionados de acordo com o *Teko Porã*.

A partir da identificação destes pontos, observados nos resultados, é possível propor caminhos para a construção do diálogo. Quando os Guarani falam de *Teko Porã*, eles estão falando de saúde ou saúde mental nos mesmos termos? Evidentemente que não. No entanto, buscamos algum ponto de compartilhamento na experiência para que o diálogo seja possível. O *Teko Porã* só é aprendido a partir da experiência, para os *Xeramõi Kuery* e *Xejaryi Kuery*, sequer os mais jovens têm ao certo a compreensão do bem viver, pois é preciso vivenciar, ter a experiência para chegar a tal compreensão. Nos resultados, no subcapítulo “Luto: reconhecimento de uma importante liderança” existe a valorização de uma liderança, a *Xejaryi Jandira*, justamente por ser alguém que tinha conhecimento da tradição Guarani, que viveu e lutava para manter as condições ambientais favoráveis ao gozo do *Teko Porã*.

A partir dos resultados, principalmente nos conteúdos evidenciados pelos coletivos indígenas, observados no subcapítulo “As tensões nos discursos dos coletivos indígenas: *Tenonderã Ayvu* e Comissão Guarani *Yvyrupa*”, através de denúncias como o descaso da SESAI; de dados epidemiológicos bastante inferiores quando comparados à sociedade nacional; de problemas na atenção primária entre outros mencionados; são dimensões onde é possível observar que as práticas de cuidado e assistência em saúde indígena estão aquém do desejado, por esse motivo, é necessário olharmos e refletirmos sobre o que não vem apresentando êxito.

A implantação, em 1999, do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) trouxe importantes avanços, pois se ampliou a rede de assistência em saúde; estabeleceu critérios para o desenvolvimento das ações visando o respeito às tradições culturais das diversas etnias, mas, sobretudo, por refletir os princípios de equidade e justiça das populações indígenas, previstas pelo SUS e pela Constituição Federal (1988). O modelo de atenção à saúde indígena foi preconizado pela assistência com foco central na “atenção diferenciada”, onde as ações em saúde levassem em consideração a diversidade e particularidades socioculturais, epidemiológicas e logísticas de cada povo e de seu território de abrangência. Assim, as ações que ocorrem regularmente em seus cotidianos, impactam diretamente no modo de vida, na organização cultural e social das comunidades.

Para que houvesse maior articulação e troca de saberes entre os agentes de saúde (tanto do médico quanto dos demais profissionais de saúde que se formaram ou atuam na perspectiva preponderantemente biomédica) e a população local, o SASI estimulou a formação dos Agentes Indígena de Saúde (AISs) nos territórios de coberturas dos DSEIS, no

entanto, na prática, verificam-se muitas tensões nessa relação. Primeiramente porque para a formação dos AIs, é necessário que a pessoa tenha concluído o ensino fundamental, e em muitas aldeias não há muitas pessoas com esse grau de instrução. Silveira (2003), a partir da experiência no DSEI Yanomami, aponta que outro fator de tensão se relaciona ao fato de que os AIs, dentro da atenção primária, seriam responsáveis pelas ações básicas, no entanto, acabam por serem vistos enquanto “auxiliares desqualificados” pelos demais membros das equipes de saúde, tendo pouco ou mesmo nenhum alcance nas decisões ou encaminhamentos das ações em saúde tanto aquelas preventivas como as curativas.

Portanto, segundo Silveira (2003), os indígenas acabam por ocupar apenas o lugar de *usuários* e não o de agentes de serviço de saúde, inculcando uma relação de inferioridade e da presença do saber hegemônico da biomedicina, onde a hierarquização pautada pelo conhecimento científico sobre as doenças vai além da relação médico-paciente deixando reflexos nas relações entre profissionais, a saúde e toda a comunidade. Há diversos exemplos acerca desta problemática, pois essa dimensão é muito comum de vermos, sejam em documentários sobre saúde indígena, na literatura do tema ou nas falas, principalmente de agentes indígenas em grandes fóruns como conferências e seminários.

O diálogo, portanto, se caracteriza essencialmente na maneira como cada um se implica. Não é se afastar ou permanecer alheio, assumindo a postura de um relativismo cultural em situações onde seu saber contribuiria para a promoção de práticas de cuidado, mas também não é impor autoritariamente um ponto de vista sobre o outro, ou fazer pelo outro e não se relacionar com a diferença (como nas práticas paternalistas e assistencialistas), porque essa postura se caracteriza, sobretudo, como uma forma de esquiva na responsabilidade e no dever de prestar a assistência em saúde.

Trata-se, portanto, justamente de operar nessa tensão, o que não é fácil. É preciso pensar e favorecer estratégias que fortaleçam a confiança e consequentemente o vínculo, pois como vimos nos resultados, a partir do histórico de luta pelo direito à saúde (“Políticas Públicas e Atenção à Saúde Indígena: A luta indígena pelo direito à saúde”); o saber ocidental foi desejado por muitos povos indígenas.

Vemos que, apesar de todo cuidado, as populações indígenas confiaram no conhecimento de saúde ocidental, tendo em vista que, seu encontro com outras populações, muitas das mazelas oriundas dos não indígenas, culminaram em grandes epidemias e números de mortos desses povos. Assim, para o enfrentamento dessa problemática, os povos originários reconheceram que precisavam, além de seus saberes, de outros recursos e

tecnologias dos ocidentais, somando o saber tradicional-cultural e o saber técnico-cientificista para solução de problemas em situações específicas e necessárias.

Esta pesquisa, portanto, não teve o intuito de averiguar se as políticas públicas estão surtindo efeitos ou não, mas sim, a partir da assunção da existência das tensões, propor um percurso de compartilhamento, para que aconteça o diálogo entre distintas perspectivas sobre a saúde indígena, onde seja possível desenvolver ações conjuntamente. Pois muitas vezes observa-se que os atores, que atuam na perspectiva ocidental de saúde estão implicados e desejosos para a construção de ações que respeitem as culturas indígenas, mas, por vezes ainda se sentem perdidos e inseguros de ofertar um cuidado que possibilite o trânsito nessa fronteira.

Há que se considerar que muitos profissionais apresentam resistência, não necessariamente (ou nem todos) para manter um lugar hierárquico do suposto saber, mas talvez, seja nesse lugar que se sentem confiantes em atuar, sentindo um extremo medo do desconhecido, da alteridade, como algo que excede a compreensão. Portanto, ressalto que para haver o compartilhamento, é necessário abertura, uma disponibilidade para a experiência da negatividade (Simão, 2010) e de questionar as próprias pré-concepções na relação com o outro.

Assim, a experiência e principalmente o compartilhamento desta, é algo caro na tradição Mbya Guarani, e se constituem enquanto ferramentas importantes para a construção de vínculos e para a construção de conhecimento. É nesse sentido que venho destacando o processo do percurso, valorizando a temporalidade e troca regular de afetos enquanto dimensões indispensáveis para a construção do diálogo entre os diferentes atores e dois sistemas de conhecimento sobre saúde⁵⁰.

É nesta direção que fundamento as reflexões emergidas desta pesquisa com base na noção de multiplicação dialógica (Guimarães, 2010, 2013), articulada à perspectiva teórico-metodológica semiótico-construtivista, justamente por favorecer que nas relações eu - outro possa ser possível uma constante revisitação para o “eu” na recursividade da produção de sentidos. Pois, mesmo em situações nas quais coexistem múltiplas perspectivas e, portanto, há diferentes objetos, como nos casos dos contextos interculturais e interétnicos, é possível estabelecermos um percurso, que implique a participação ritual, visando o diálogo.

⁵⁰ Rever o quadro Quadro 1 – Passos de sintonização na relação interétnica, na p. 17.

O diálogo é de suma importância entre as duas perspectivas, pois temos atores que formulam e empregam as normativas em saúde, muitas vezes decorrendo em práticas opostas à compreensão de saúde da comunidade indígena. O contato interétnico vem ocorrendo há muito tempo, no entanto, verticalmente. A proposta dialógica é, portanto, uma tentativa dessas vozes serem ouvidas equitativamente, assegurando o direito constitucional dos povos indígenas à saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste momento, ao término deste trabalho, retomo as questões iniciais de pesquisa, porém agora transformada com o percurso percorrido na temática indígena, que se soma novos olhares para a psicologia e consequentemente para o fazer psicológico. Os anos de desenvolvimento deste trabalho me trouxeram uma certeza, de que somos sujeitos constantemente em formação ou transformação, tanto nas esferas profissional e pessoal, processos inerentes às relações eu - outro (Simão, 2010), mas, sobretudo, dialógicas.

As questões que me despertaram o interesse para o desenvolvimento dessa pesquisa se deram em torno de, quais seriam os disparadores que desencadeariam o surgimento do sofrimento mental? Como o território e suas condições socioculturais permeiam essas relações? Como pensar numa concepção de saúde mental, onde as afecções do corpo não sejam apartadas da mente? Ou seja, resumidamente, o interesse se deu em refletir como as questões culturais e sociais interferem na vida das pessoas (ou coletivos) de forma a produzir sofrimentos. Em momento posterior, com maior contato com as questões indígenas e com o povo Mbya Guarani, da TI do Jaraguá, comecei a desenvolver a ideia de refletir acerca do processo de sofrimento e de promoção em saúde mental para a população indígena, inerentes ao tecido cultural.

Resgato que a dimensão de saúde mental tratada neste trabalho, noção que é normalmente delicada de se discutir e, por vezes, até polêmica, diz respeito a uma compreensão mais geral do ser humano, que amplia a noção de saúde tanto nos seus aspectos relacionados à esfera biológica/ fisiológica, mas também das afecções do corpo/mente enquanto resultante das trocas das relações culturais que são dotadas de sentido.

Nesta direção, as noções de saúde e saúde mental que recorri no início do texto - OMS (2001; 2016), na fenomenologia de Gadamer (2006) e de Figueiredo (1996) - apesar de se inserirem ao modo ocidental de pensamento, dos quais eu tomo como ponto de partida, se tornaram ferramentas possíveis para o diálogo intercultural com os povos indígenas.

Como ponto de aproximação da cosmologia Mbya Guarani, busquei discutir o *Teko Porã* enquanto dimensão que aborda o modo de viver pleno dos Guarani em seus territórios, porém tendo clareza que entre as noções de ambas as perspectivas inexiste originalmente um objeto comum. Temos objetos distintos sobre o modo de vida e a compreensão de saúde e, portanto, é preciso construir um instrumento que permita habitar esse lugar nebuloso para que

o diálogo aconteça. Nesse sentido, é importante realçar as possibilidades na aproximação entre a psicologia e os povos indígenas, mas também assumir suas limitações.

Busquei trazer apontamentos sobre a aproximação, ainda incipiente, entre a psicologia e os povos indígenas com vistas à construção do diálogo, pois a psicologia, enquanto ciência e na sua prática pode e deve contribuir para essa discussão. Mesmo que oriunda da matriz ocidental, a psicologia deve lidar com tais questões sob uma perspectiva onde a “pluriethnicidade brasileira” seja contemplada, especialmente, tomando as devidas precauções em não generalizar o olhar sobre a diversidade de etnias indígenas. Os povos originários vivenciam outra cosmologia, onde sua cultura está assentada numa relação mito-simbólica (CRPSP, 2010), o que requer novos direcionamentos e desenvolvimentos de referências para a prática profissional do psicólogo.

Parti da Psicologia Cultural em sua vertente semiótico-construtivista (Simão, 2004; 2010), justamente por compreender a noção de “cultura” enquanto processo dinâmico inerente à relação eu - outro que se relaciona às experiências de vida, nos contextos interculturais e neste caso, também interétnico.

Inserida à área teórica do construtivismo semiótico cultural, fundamentei as discussões em torno da noção de Multiplicação Dialógica (Guimarães, 2010; 2013), tendo em vista que, entre outras contribuições, essa noção nos permite o reconhecimento das lacunas existentes nos contextos interculturais e propõe um percurso de compartilhamento para a construção do diálogo.

Os materiais empregados para expressarem a perspectiva sobre a saúde indígena foram os discursos indígenas Mbya Guarani sobre saúde recorrendo às falas contidas no documentário “Teko Rexaĩ - Saúde Guarani Mbyá”, nas notícias produzidas pelos coletivos indígenas Mbya Guarani e por entidades indigenistas parceiras. Enquanto referências, contrapontos dos discursos indígenas foram consideradas as três principais legislações vigentes acerca da organização e assistência em saúde indígena: a) a Lei Arouca (Lei 9.836 de 23 de setembro de 1999); b) a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002) e c) a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas (Portaria nº 2.759 de 25 de outubro de 2007).

A partir do material selecionado, analisei as tensões provenientes dos discursos com apoio do protocolo de análise sociocultural (Wertsch, 1993) e das “trajetórias descendentes e ascendentes de análises dialógicas” (Guimarães, 2016).

Posteriormente à análise dos discursos, foi então possível inferir sobre os possíveis pontos de articulação entre as noções de saúde, referidas acima, com os aspectos do *Teko*

Porã e do *Nhanderekó*. Neles pudemos observar como as questões sociais e culturais abrangem a dimensão da saúde. Estas questões entre outros aspectos envolvem a alimentação; a corporeidade; as práticas de prevenção e de cura; os rituais como o batismo, tanto o da erva mate, como também outros *Nhemongaraí*; o nome dado às crianças; a relação com os remédios da mata e com a natureza; o respeito aos mais velhos; a religião; a força da palavra e da linguagem Guarani; o respeito à sua tradição e ao conhecimento ocidental de saúde; e por fim, a importância da luta Guarani e sua resistência enquanto formas de promoção de saúde.

Após a análise dos dados pude então deduzir que grande parte do sofrimento mental vivenciado pela população indígena hoje é desdobramento do processo colonialista, pois este criou dificuldades para o *ethos* indígena, de forma a possuírem meios mais restritos de viver “serena e confiadamente” (Figueiredo, 2008) trazendo sofrimento e outras tantas situações que os levam ao adoecimento.

Nos resultados, no subcapítulo “A vida em comunhão e o respeito à natureza” a *Xejaryi* Doralice aponta que os Guarani têm vivido o *Teko Axy*, um tempo das dores e do sofrimento, justamente porque a mata, seus saberes e seu povo não têm sido respeitados conforme a vontade de *Nhanderu*. Assim, a saída que os Guarani encontraram pra combater essa realidade, foi lutar pelo resgate de seu próprio *ethos* e nesse movimento eles encontraram a saúde. A luta, nas condições atuais, não é uma escolha, mas sim, uma forma para manter ou para criar condições favoráveis para promoção da saúde, mas, sobretudo, para sua permanência.

Os Guarani têm apontado, conforme a análise das tensões nos discursos dos coletivos indígenas *Tenonderã Ayvu* e CGY, além de outros autores que se debruçam sobre a temática (Paciornik, 2016), que no contexto de violações, quem tem saúde é quem luta para combatê-las. Na notícia *Índios guarani fecham Rodovia dos Bandeirantes em São Paulo por Demarcação de Terras e contra PEC 215*, presente no subcapítulo dos resultados “Tamanho reduzido de terra X impossibilidade de viver plenamente o modo Guarani”, Marcos Tupã, liderança Mbya Guarani e coordenador geral da CGY realça essa postura: “não tem outro jeito: temos de lutar”. E posteriormente continua: “por isso, estamos mobilizados nacionalmente. Queremos que a proposta (da PEC 215) seja arquivada: sua aprovação levará a mais confrontos e mais genocídio, porque os povos indígenas não ficarão de braços cruzados.” A luta por garantias mínimas de sobrevivência tem sido um movimento muito forte da comunidade Guarani, que veio se intensificando, inclusive com outras formas de manifestação como passeatas; ocupação de espaços públicos seja dos poderes oficiais ou de lugares que ressaltam a figura dos Bandeirantes; maior participação em fóruns deliberativos

oficiais (do não indígena); fechamento de parques; condutas que denunciam e dão maior visibilidade para as precárias condições de vida que vivem na atualidade e das constantes ameaças de perdas de territórios e de seu modo de vida.

Através da literatura sobre saúde e de dados epidemiológicos voltados às populações indígenas, vemos que os índices aparecem de maneira bastante alarmante, quando comparada à população geral e até mesmo quando comparada às outras minorias, demonstrando assim a vulnerabilidade em que se encontram, e mostrando a urgência de refletirmos sobre o alcance das ações em saúde preconizadas para esses povos.

Além dos dados epidemiológicos, também se observa maior intensificação dos índices de suicídios, consumo prejudicial de álcool e outras drogas além de maior exposição aos riscos relacionados à dimensão psicossocial (CIMI, 2014), situações nas quais as interações sociais e comunitárias encontram-se fragilizadas ou com pouco suporte para lidar com as adversidades resultantes das inúmeras formas de violência, negligência e privação.

Concluo que a psicologia, enquanto ciência e profissão, tem o *cuidado* como um dos principais eixos de sua atuação, devendo incluir a relação com os povos indígenas, tanto na área da saúde como também em outros campos de atuação. Desse modo, aponto o vínculo (Guimarães, 2015) como uma importante estratégia para o desenvolvimento das práticas de cuidado. É importante escutarmos e nos deixarmos ser afetados pelo outro para que as relações de confiança possam se estabelecer mutuamente e assim, as ações em saúde serem mais exitosas.

Outro aspecto importante para os profissionais que trabalham com os povos indígenas é a compreensão de que a morada simbólica (Figueiredo, 2008) desses povos está em colapso e por esse motivo, o sofrimento mental se faz tão presente. Portanto, as ações do profissional psicólogo, como dos demais agentes de saúde, não devem se restringir aos protocolos, mas ultrapassarem essa barreira, pois a formação deve fornecer subsídios para isso. É necessário estar atento às demandas dos coletivos e das necessidades que os povos indígenas forem apontando enquanto um problema a ser superado.

A psicologia nos últimos anos vem tentando maior aproximação com os povos indígenas. Mesmo que ainda incipiente, é um importante avanço, pois essa aproximação se faz necessária e precisa de fortalecimento. O que procurei discutir com apoio da noção da multiplicação dialógica, é que é possível habitar esse lugar em que essas diferenças estão presentes, mas que possa estabelecer uma troca regulada de afetos e esse balanço entre implicação e reserva (Figueiredo, 2008) possa contribuir para que cada um dos interlocutores possa agir de forma serena e confiada na relação que se estabelece.

Enquanto possíveis futuros desdobramentos dessa pesquisa, aponto os seguintes questionamentos: - Quais as formas de estreitar e fortalecer esses vínculos? Pois o vínculo seria o início de uma tentativa de um trabalho conjunto, no entanto, é importante que não seja novamente uma tentativa de captura, colonialista - Quais dispositivos e o que poderia fortalecer esse contato com os profissionais da saúde? A comunidade indígena está aberta para isso, quais as possíveis resistências? E por fim, de que forma a psicologia pode ofertar um cuidado de forma respeitosa, envolvendo a implicação e a reserva, de modo a ter alcance para as populações indígenas?

Esta pesquisa, a partir das tensões existentes entre as duas perspectivas de saúde, procurou refletir sobre o papel da psicologia na aproximação com os povos indígenas. Compreendendo que mesmo partindo da perspectiva ocidental, há um caminho a ser percorrido para que a fronteira existente possa ser compreendida enquanto relação dialógica e não como um entrave que impossibilite o diálogo.

REFERÊNCIAS⁵¹

- Achatz, R. W. (2016). *Psicologia e povos indígenas: possibilidades e limites na produção de espaços dialógicos*. Relatório de iniciação Científica. IPUSP.
- Acosta, A. (2016). *O bem viver: uma oportunidade para imaginar outros mundos*. São Paulo: Autonomia Literária. Elefante.
- Albert, B. (2002). O ouro canibal e a queda do céu: uma crítica xamânica da economia política da natureza (Yanomami). In B. Albert & A. R. Ramos (Eds.), *Pacificando o branco: cosmologias do contato no norte-amazônico* (pp. 239 – 274). São Paulo, SP: UNESP.
- Almeida, M. R. C. (2012). Os Índios na história do Brasil do século XIX: da invisibilidade ao protagonismo. *Revista História Hoje*, 1(2), 21-39.
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.
- Amoroso, M. R. (1998). Mudança de hábito: catequese e educação para índios nos aldeamentos capuchinhos. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. 13(37).
- Amoroso, M. R. (2014). *Terra de índio: Imagens em Aldeamentos do Império*. São Paulo, SP: Terceiro Nome.
- Basta, P.C., Orellana, J.C.Y. & Arantes, R. (2012). Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Garnelo, L & Pontes, A.L (Org.). Brasília. MEC-SECADI.
- Bakhtin, M. & Voloshinov, V. N. (1926). *Discurso na vida e discurso na arte: sobre poética sociológica*. Tradução de Faraco & Tezza.
- Bakhtin, M. (1997). *Estética da Criação Verbal*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Bastos, S. M. (2017). *Selves itinerantes: a construção da confiança na temporalidade do circo*. Tese de doutorado. IPUSP.
- Bateson, G.; Jackson, D.; Halley, J; Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*. 1(4), 251-254.
- Boesch, E. E. (1991). *Symbolic Action theory and cultural psychology*. Berlin-Heidelberg: Springer Verlag.
- Cardoso, M. D. (2014). Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. *Cadernos de Saúde Pública*. 30 (4),860-866.
- Carneiro da Cunha, M. C. (2012). *Índios no Brasil: histórias, direitos e cidadania*. 1 ed. São Paulo: Claro Enigma.
- Chamorro, G. (n.d.). *O Bem Viver nos Povos Indígenas*. Recuperado de <http://cebivirtual.com.br/ava/arquivos/FT1-M1.pdf>.

⁵¹ De acordo com o estilo APA (*American Psychological Association*)

- CIMI (2013). *A política de atenção à saúde indígena no Brasil: breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas*. Brasília
- CFP (2013). *I Encontro Nacional Psicologia, Povos Indígenas e Direitos Humanos - Propostas*. 1. Ed. Dourados: Conselho Federal de Psicologia.
- Comissão Guarani Yvyrupá (2016). Recuperado de www.yvyrupa.org.br.
- Comissão Nacional da Verdade (2014). *Relatório da Comissão Nacional da Verdade*. Brasília.
- Comissão Pró-Índio (2016). Recuperado de comissaoproindio.blogspot.com.br.
- Conselho Indigenista Missionário (2016). Recuperado de www.cimi.org.br.
- Corrêa, G. T. & Ribeiro, V. M. B. (2012) Dialogando com Bakhtin: algumas contribuições para a compreensão das interações verbais no campo da saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 16, (41), 331-41.
- CRPSP (2010). *Psicologia e Povos Indígenas*. 1. ed. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRPSP).
- CRPSP (2016). *Povos Indígenas e Psicologia: a procura do bem viver*. 1. ed. Conselho Regional de Psicologia de São Paulo.
- CRPSP (n.d). *Psicologia e Povos Indígenas - Antecedentes*. Recuperado de <http://www.crsp.org.br/povos/povos/historico.aspx>.
- Centro de trabalho Indigenista (2016). Recuperado de <http://www.trabalhoindigenista.org.br/>
- Coimbra Jr, Santos & R. V (2005). Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: Coimbra Jr, Santos, R. V & Escobar, A. L.(Org). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz.
- Delandes, S. F.; Garnelo, L. & Souza, M. L. P. (2010). Modos de vida e modos de beber de jovens indígenas em um contexto de transformações. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (3), 709-716.
- Fausto, C. (2008). Donos demais: maestria e domínio na Amazônia. *Mana*. 14 (2), 329-366.
- Figueiredo, L. C. M.(2007). A metapsicologia do cuidado. *Psychê*. São Paulo. 11(21), 13-30
- Figueiredo, L. C. M.(2008). *Revisitando as psicologias: da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos*. São Paulo, SP: Vozes.
- Fundação Nacional de Saúde (2001). *Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI*. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsapi/p/fulltext/distritos/distritos.pdf>.
- Gadamer, H. G. (2006). *O caráter oculto da saúde*. São Paulo, SP: Vozes.
- Giordani, R. C. F. (2012). *Comportamento alimentar entre os Guarani: Cultura e alimentação*. Tese de doutorado. UFPR.
- Gonçalves, B. S. (2014). *Parecer Técnico Psicológico*. São Paulo, SP: CRPSP.

Grubits, S. & Guimarães, L.A. M. (2007). Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. *Psicologia & Sociedade*, 19 (1), 45-51.

Grünberg & Melià, B. (2008). *Guarani Retã: os povos Guarani na fronteira do Brasil, Paraguai e Argentina*.

Guimarães, D. S. (2010). *Articulações e implicações da noção de perspectiva no construtivismo semiótico-cultural para a compreensão das relações eu-outro: possível diálogo com o perspectivismo ameríndio*. Tese de doutorado. IPUSP.

Guimarães, D. S. (2013). Self and dialogical multiplication. *Interacções*, 9, 214-242.

Guimarães, D.S. (2014). Indígenas entre a Amazônia e São Paulo: atravessamentos Dialógicos. In: Rodrigues, R. A. *Sofrimento mental de indígenas na Amazônia* (pp.9-40). Parintins: Editora da Universidade Federal do Amazonas.

Guimarães, D. S. (2015). Temporality in cultural trajectories: A psychological approach on semiotic constuctions. In: L. M Simão, D. S. Guimarães & J. Valsiner (Orgs). *Temporality: Culture in the flow of human experience* (Vol 1, pp 331-358). Charlote, NC : Information Age Pulishing.

Guimarães, D. S. (2016). Descending and ascending trajectories of dialogical analysis: seventh analytic interpretation on the short story “The guerrillero”. *Psicologia USP (Impresso)*, 27, 189-200.

Guimarães, D. S. (2016). Psychology in the paths of Amerindian peoples. In: *Amerindian Paths: Guiding Dialogues with Psychology*. 311-331-IAP.

Guimarães, D. S. (2016b). *Selves in interethnic dialogues: a semiotic aproach on semiotic constructions*. Trabalho apresentado na 18th Conference on Social and Community Psychology. Trondheim, Norway, Nov. 17-18 (Comunicação Oral).

Guimarães, D. S. (2017). *Multiplicação Dialógica: ensaios de psicologia cultural*. Tese de Livre-Docência. IPUSP.

Guimarães, D. S. & Nash, R. (em preparação). O que nos comunica o ritmo? Reflexões a partir do construtivismo semiótico-cultural em psicologia. (Manuscrito em preparação). Universidade de São Paulo. SP.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). *Censo Demográfico 2010: Características gerais dos indígenas*. Resultados do Universo. Rio de Janeiro. Recuperado de: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/95/cd_2010_indigenas_universo.pdf.

Índio é nós (2014). *Vídeo do lançamento paulista de Índio é Nós*. Recuperado de <http://www.indio-eh-nos.eco.br/2014/05/03/os-videos-do-lancamento-paulista-de-indio-e-nos>.

Instituto Socioambiental (2016). Recuperado de www.socioambiental.org.

Ladeira, M.I. (2007). *O caminhar sob a luz o território Mbya à beira do oceano*. São Paulo, SP: UNESP.

Ladeira, M. I. (2010). Atenção, Cuidados e Curas. In: CRPSP (2010). *Psicologia e Povos Indígenas* (pp.159-166). 1. ed. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRPSP).

Langdon, E. J (1999). *Saúde e Povos Indígenas: Os desafios na virada do século*. Trabalho apresentado no V Congresso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, Venezuela.

Langdon, E. J & Wiik, F. B. (2010). Antropologia, saúde, doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino Americana de Enfermagem* 18(3), 173-181.

Liebgoft, R. A. (2014). Atenção à saúde indígena no Brasil: uma realidade devastadora. In: *Violência contra os povos indígenas no Brasil: dados de 2013*. Brasília: CIMI.

Marin, N & Calabi, A.(Produtoras). (2012). Teko Rexaĩ - Saúde Guarani Mbyá. São Paulo, SP.

Marková, I. (2006). *Dialogicidade e representações sociais: As dinâmicas da mente* (Trad. Hélio Magri Filho). Petrópolis: Vozes.

Marsico, G.; Cabell, K.; Valsiner, J. & Kharlamov, N. (2013). Ambiguity of borders: The self and the others. Chapter 13 in G. Sammut, P. Daanen, and F. Moghaddam (Eds.) *Understanding Self and Others: Explorations in Intersubjectivity and Interobjectivity*, Abingdon: Routledge.

Melià, B. (2010). A história de um guarani é a história de suas palavras. *Revista do Instituto Humanitas Unisinos*. Recuperado de <http://www.ihuonline.unisinos.br>.

Melià, B. (2013). Palavras ditas e escutadas. Entrevista. *Mana*. 19 (1), 181-199.

Ministério da Saúde. (2010). *Vigilância em Saúde Indígena: Síntese dos indicadores 2010*. Brasília: Funasa.

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (2012). *Os indígenas no censo demográfico de 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça*. Rio de Janeiro, RJ: IBGE.

Moraes, P. D. (2013). *Em busca da atenção diferenciada na saúde Indígena*. Recuperado de: <http://www.cimi.org.br>.

OMS (2001). *Relatório Mundial da Saúde*. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Recuperado de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf.

OMS (2016). *OPAS/OMS apóia governos no objetivo de fortalecer e promover a saúde mental da população*. Recuperado de <http://www.paho.org/hq>.

Paciornik, V. F. (2016). *Xondaro*. São Paulo, SP: Elefante.

Pastore, E. P. (2010). Reflexão sobre a experiência de Gestão Pública em Saúde Mental Indígena no Estado de São Paulo. In CRPSP (2010). *Psicologia e Povos Indígenas* (pp.250-258). 1. ed. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRPSP).

- Peres, A. C. (n.d.). *Desafios demais, debates de menos*. Recuperado de <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/conteudo/desafios-demais-debates-de-menos>.
- Pierri, D. C. (2013). *O perecível e o imperecível: lógica do sensível e corporalidade no pensamento guarani-mbya*. Dissertação de Mestrado. FFLCH –USP.
- Pissolato, E. (2006). *A duração da pessoa*. São Paulo, SP: UNESP.
- Rodrigues, E. S. (2016). O lugar da psicologia nas questões indígenas. In: CRPSP (2016). *Povos Indígenas e Psicologia: a procura do bem viver* (pp.227-234). 1. ed. Conselho Regional de Psicologia de São Paulo.
- Silveira, N. H. (2003). *O conceito de atenção diferenciada e sua aplicação*. Recuperado de: <http://www.antropologia.com.br/arti/colab/vram2003/a13-nheusi.pdf>.
- Simão, L. M. (2004). Semiose e diálogo: para onde aponta o construtivismo semiótico-cultural? In: Coelho de Souza, M. T. C. C. (Org.). *Os Sentidos de Construção: o si mesmo e o mundo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 13-24.
- Simão, L. M. (2010). *Ensaio Dialógicos: compartilhamento e diferença nas relações eu-outro*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Simão, L. M. (2015) “The Contemporary Perspective of Semiotic Cultural Constructivism: For a Hermeneutical Reflexivity in Psychology”. In: Marsico, Ruggieri and Salvatore (2015) *Reflexivity and Psychology* (pp. 65-85) Charlotte: Information Age Publishing.
- Stock, B. S. (2011) Os Povos Indígenas e a Política de Saúde Mental no Brasil: composição simétrica de saberes para a construção do presente. *Cadernos IHU Idéias*. São Leopoldo, RS: Unisinos. 9.
- Stofel, N. S. (2013). *O que está destinado a reunir: cuidado infantil entre os Guarani Mbya*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública. USP.
- Sztutman, R. (2008) (Org.). *Eduardo Viveiros de Castro - Série Encontros*. Rio de Janeiro: Azougue.
- Teixeira, L. C. (2016). A psicologia na promoção do bem viver indígena. In: CRPSP (2016). *Povos Indígenas e Psicologia: a procura do bem viver* (pp. 235- 260). 1. ed. Conselho Regional de Psicologia de São Paulo.
- Tenonderã Ayvu (2016). Recuperado em www.facebook.com/tenonderaayvu/info
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde*. 9 (1), 25-29.
- Todorov, T. (1982). *A conquista da América: a questão do outro*. São Paulo: Martins Fontes.
- USP (2016). *Diretrizes para a apresentação de dissertações e teses da USP: parte II APA/ Sistema integrado de Bibliotecas da USP*. São Paulo: SIbiUSP.
- Valsiner, J. (2007). Human development as migration: Striving toward the unknown. In L. M. Simão, & J. Valsiner (eds.), *Otherness in question: Labyrinths of the self* (pp. 349-378). Charlotte, NC: Information Age Publishing.

Valsiner, J. (1998). *The guided mind: a sociogenetic approach to personality*. Cambridge: Harvard University Press.

Valsiner, J. (2012). *Fundamentos da psicologia cultural: mundos da mente, mundos da vida* (A.C.S. Bastos, trad.). São Paulo, SP: Artmed.

Viveiros de Castro, E. B. (1996). Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio. *Mana*, 2, (2), 115-144.

Viveiros de Castro, E. (2006). No *Brasil, todo mundo é índio, exceto quem não é*. Entrevista à equipe de edição, originalmente publicada no livro Povos Indígenas do Brasil 2001/2005. Recuperado de <https://pib.socioambiental.org>

Viveiros de Castro, E. (2014). Contra-Antropologia, contra-Estado: Uma entrevista com Eduardo Viveiros de Castro. *Revista Habitus*, 12 (2), 146-166.

Wertsch, J. V. (1993) *Voices of the mind: a sociocultural approach to mediated action*. Harvard University Press.

ANEXOS

Ficha Técnica do documentário “Teko Rexaĩ – Saúde Guarani Mbyá”

"Teko Rexaĩ - Saúde Guarani Mbyá" mostra algumas das principais preocupações do povo guarani mbyá com o futuro de seus conhecimentos e práticas tradicionais de cuidado com a saúde. Ao abordar o uso dos remédios da mata, a importância dos rituais e dos líderes espirituais, a transmissão de saberes e a relação com a medicina ocidental, este documentário pretende contribuir para a efetivação da atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas. O vídeo Teko Rexaĩ foi desenvolvido no contexto do Projeto Ka'aguy Poty - Flores da Mata, financiado pela Área de Medicina Tradicionais Indígena do Projeto Vigisus II e realizado em conjunto com lideranças guarani mbyá do Estado de São Paulo. O documentário Teko Rexaĩ - Saúde Guarani Mbyá foi premiado com Menção Honrosa no IX Prêmio Pierre Verger de Vídeos Etnográficos da Associação Brasileira de Antropologia (ABA), em 2012.

Direção: Nadja Marin e Adriana Calabi

Idealização do Projeto Ka'aguy Poty: Luciane Ouriques Ferreira, Adriana Calabi e Adolfo Timóteo - Verá Mirim

Traduções: Carlos Papá Mirim

Colaboração: Vergínea Veríssimo – Pará, Luís de Souza – Karaí e Ivandro Martins da Silva – Tupã

Realização: Área de Medicina Tradicional Indígena + Projeto Vigisus II + FUNASA + Ministério da Saúde

DVD: 44min, legendas em português.

Tenonderã Ayvu

Todas as notícias foram recuperadas da página do Tenonderã Ayvu do Facebook.

1) *A cada 100 índios mortos no Brasil, 40 são crianças*- Data: 24/02/2014- Fonte da notícia: Tenonderã Ayvu.

2) *Aldeia indígena Itawera, no Pico do Jaraguá, pede financiamento coletivo para terminar de construir 7 banheiros e sua própria estação de tratamento de esgoto*- 11/03/2016- Fonte da notícia: Tenonderã Ayvu.

3) *Contra a reintegração de posse no Tekoha Paranapuã em São Vicente - SP!*-22/01/2016- Fonte da notícia: Tenonderã Ayvu.

4) *Maggi: “Não é justo acomodar índio e desacomodar uma família”*- 19/05/2016 - Fonte da notícia: Isso é notícia.

5) *Índios que vivem no extremo sul de SP lutaram por demarcação por 30 anos*- 30/05/2016- Fonte da notícia: Carolina Linhares e Thiago Amâncio.

6) *Privatização dos parques estaduais ameaça comunidades tradicionais de SP*- 13/06/2016- Fonte da notícia: Redação RBA

Comissão Guarani Yvyrupá

Todas as notícias foram recuperadas da página da Comissão Guarani Yvyrupá do Facebook.

- 1) *Manifestação pela descontaminação da lagoa do parque estadual, demarcação das terras do Jaraguá, contra PEC 215* – 11/09/2013 – Fonte da notícia: David Martim.
- 2) *Índios guarani fecham Rodovia dos Bandeirantes em São Paulo por demarcação de Terras e contra a PEC215* – 26/09/2013 - Fonte da notícia: Rede Brasil Atual.
- 3) *Indígenas sofrem atentado a tiro em Parelheiros* -11/11/2013- Fonte da notícia: Carta Capital.
- 4) *Em protesto, índios passam a noite acampados no Pátio do Colégio* - 18/04/2014 -Fonte da notícia: R7.
- 5) *Grande ato da resistência Guarani SP- demarcação já!-* 19/04/2014 - Fonte da notícia: CGY.
- 6) *O Jaraguá é Guarani! Contra a reintegração de posse na aldeia Tekoa Pyau* - 09/07/2014 – Fonte da notícia: CGY.
- 7) *CRP SP estabelece parceria com projeto que ira dar maior visibilidade ao debate da questão indígena em São Paulo-* 11/08/2014 – Fonte da notícia: site do CRPSP.
- 8) *Nota da Comissão Guarani Yvyrupa sobre a criação do INSI e a saúde indígena* - 02/09/2014 – Fonte da notícia: CGY.
- 9) *Contra a privatização da saúde indígena!* - 11/09/2014 - Fonte da notícia: CGY.
- 10) *Criação do Instituto Nacional de Saúde Indígena (Insi)-* 12/09/2014 – Fonte da notícia: CGY.
- 11) *Prefeitura de SP deve retirar 400 cães deixados em terra indígena, diz MPF* - 10/10/2014 – Fonte da notícia: G1.
- 12) *Exposição Nhande Kuery São Paulo Pygua* – 06/03/2015 – Fonte da notícia: CGY.
- 13) *Ajude a aldeia Itawera a ter saneamento básico!* – 22/03/2015 – Fonte da notícia: Aldeia Itawera.
- 14) *Assinada a portaria declaratória da TI Tenondé Porã!!!* - 05/05/2016 – Fonte da notícia: CGY.
- 15) *Nota de apoio dos Guarani Yvyrupa à luta dos estudantes-* 10/05/2015 – Fonte da notícia: ETEC's Famintas.
- 16) *Com muita luta, muita reza e muita pressão saiu a demarcação da Terra Indígena Jaraguá* – 08/06/2015 – Fonte da notícia: CGY.
- 17) *Indígenas reivindicam portaria declaratória para aldeia Tenondé Porã* – 19/06/2015 – Fonte da notícia: Marilu Cabañas da Rádio Atual.

18) *Primeira Conferência Nacional de Política Indigenista* – 24/07/2015 – Fonte da notícia: TVT.

19) *A comunidade Guarani do município de Mongaguá, denuncia o descaso da Sesai* – 20/08/2015 – Fonte da notícia: Verá Danilo.

20) *Nossos xondaros do rap receberam no Tekoa Tenondé Porã o pessoal do Manos e Minas* – 30/09/2015 – Fonte da notícia: Programa Manos e Minas.

21) *Guarani kuery de São Paulo na audiência pública em Brasília contra PEC 215* – 26/11/2015 – Fonte da notícia: Verá Danilo.

22) *Estreia do documentário Atrás da Pedra - Resistência Tekoa Guarani* – 01/12/2015 – Fonte da notícia: CGY.

23) *Junto com as lideranças indígenas de todo o Brasil, a CGY também esteve presente no ato de ontem durante a Conferência Nacional de Política Indigenista* – 17/12/2015 – Fonte da notícia: Erisvan Bone e Helena Indiara.

24) *Índios Guaranis ocupam secretaria da presidência da república em SP*- 04/05/2016 – Fonte da notícia: Lumi Zúnica/Rede Record-R7.

25) *Filme do pessoal do Comunicação Kuery* – 05/05/2016 – Fonte da notícia: CGY.

26) *Indígenas da aldeia Jaraguá retém carro da Sesai após mortes de criança e idoso*- 29/11/2014 – Fonte da notícia: Rede Brasil Atual.

Centro de Trabalho Indigenista

Todas as notícias foram recuperadas do site do CTI - Centro de Trabalho Indigenista: <https://trabalhoindigenista.org.br/home/>

1) *Indígenas Guarani do Sul e Sudeste discutem saúde indígena com Sesai em Florianópolis* – 22/07/2011 – Fonte da notícia: Blog “A cor da terra”.

2) *A despedida de uma grande liderança espiritual e política* – 14/12/2011 – Fonte da notícia: Maria Inês Ladeira.

3) *Tristeza na aldeia Jaraguá - despedida de Jandira* – 06/03/2012 – Fonte da notícia: CTI.

4) *Estréia: Guairaka'i ja - O dono da lontra* – 17/08/2012 – Fonte da notícia: Lucas Keese.

5) *Luto* – 05/02/2013 – Fonte da notícia: CTI

6) *Monumento à resistência do povo guarani* – 07/10/2013 – Fonte da notícia: Marcos dos Santos Tupã.

7) *Queiram gentilmente concordar com seu próprio extermínio, diz MJ* – 03/12/2013 – Fonte da notícia: Daniel Calazans Pierri.

8) *CTI e Ponto de Cultura “Mbya Arandu Porã” promovem lançamento de livro e documentário realizados com os guarani* – 14/01/2014 – Fonte da notícia: CTI.

9) *Comissão Guarani Yvyrupa lança Campanha pelas Demarcações na Grande São Paulo* – 04/04/2014 – Fonte da notícia: CTI.

10) *Índios guarani ocupam Pateo do Collegio para chamar a atenção pela demarcação de suas terras localizadas na periferia da Grande São Paulo* – 16/04/2014 – Fonte da Notícia: CGY.

11) *Manifesto Antirruralista da Comissão Guarani Yvyrupa (CGY)* – 10/06/2014 – Fonte da notícia: CGY.

12) *Disponível na BD: O caminhar sob a luz - O território Mbya à beira do oceano* – 26/12/2014 – Fonte da notícia: CTI.

13) *Exposição “Nhande Kuery São Paulo Pygua”: Indígenas Guarani do município recebem apoio para demarcações de Terras* – 20/03/2015 – Fonte da notícia: Rafael Nakamura.

14) *Lideranças Guarani Mbya falam na Câmara Municipal sobre a situação das Terras Indígenas em São Paulo* – 21/05/2015 – Fonte da notícia: Rafael Nakamura.

15) *Publicada Portaria Declaratória de demarcação da Terra Indígena Jaraguá* – 11/06/2015 – Fonte da notícia: Rafael Nakamura.

16) *Após demarcação da TI Jaraguá, comunidade Guarani relança campanha pela TI Tenondé Porã* – 12/06/2015 – Fonte da notícia: CTI.

17) *Indígenas protestam em SV contra mudança na remarcação de terras* – 28/10/2015 – Fonte da notícia: Victor Miranda.

18) *Justiça determina saída de índios de Paranapuã* – 07/01/2016 – Fonte da notícia: Daniela Origuela.

Instituto Socioambiental

Todas as notícias foram recuperadas do site do ISA – Instituto Socioambiental: <https://www.socioambiental.org/pt-br>

1) *Em ato, Guarani exigem que governo demarque Terra Indígena na cidade de São Paulo* – 04/05/2016 – Fonte: ISA.

2) *Guarani do Jaraguá reafirmam que não sairão de suas terras na Zona Norte de São Paulo* – 30/04/2015 – Fonte da notícia: ISA.

3) *Guarani e movimentos sociais protestam contra ruralistas em frente à Assembleia Paulista* – 09/06/2014 – Fonte da notícia: ISA.

4) *Guarani realizam ato contra reintegração de posse em São Paulo*- 30/08/2014 – Fonte da notícia: 2014.

5) *Guarani realizam ato no TRF3 contra reintegração de posse na TI Jaraguá (SP)* – 24/07/2014 – Fonte da notícia: ISA.

6) *Líder Guarani critica ruralistas e convoca para mobilização em defesa da Constituição* – 10/09/2013 – Fonte da notícia: ISA.

7) *Secretaria Especial de Saúde Indígena tem novo gestor* – 11/04/2016 – Fonte da notícia: ISA.

Conselho Indigenista Missionário

Todas as notícias foram recuperadas do site do CIMI – Conselho Indigenista Missionário: <https://www.cimi.org.br/>

1) *Bandeirantes faz mais uma vítima Guarani: a história se repete* – 14/05/2012 – Fonte da notícia: Luciana Galante - Pastoral Indigenista de São Paulo.

2) *Povos indígenas de São Paulo discutem política de atendimento à saúde* - 25/05/2012. Fonte da notícia: Vanessa Ramos, de São Paulo, Rede Brasil Atual.

3) *Lideranças Indígenas do Povo Guarani convocam ato na avenida Paulista* – 02/10/2013 – Fonte da notícia: Assessoria de Comunicação do Cimi.

4) *Índios guarani pedem demarcação de suas terras na cidade de São Paulo* – 14/04/2014 – Fonte da notícia: CGY

5) *Junto com movimentos sociais, indígenas Guarani de SP protestam contra bancada ruralista em frente à Alesp* – 06/06/2014 – Fonte da notícia: CGY.

6) *Guarani do Jaraguá fazem ato de resistência amanhã no Tekoa Itakupe* – 28/08/2014 – Fonte da notícia: CGY.

7) *Condisi Litoral Sul rejeita proposta do Insi e denuncia pressão política da Sesai* – 29/08/2014 – Fonte da notícia: Condisi Litoral Sul.

8) *Famílias Guarani da aldeia Sol Nascente, no Jaraguá (SP), correm risco de despejo* – 30/03/2015 - Fonte da notícia: Campanha O Jaraguá é Guarani.

9) *Justiça Federal autoriza reintegração de posse em aldeia indígena no Jaraguá, em São Paulo*- 09/04/2015 - Fonte da notícia: Sarah Fernandes da Rede Brasil Atual.

10) *Guarani-Mbya pedem ao STF que suspenda a reintegração de posse na Terra Indígena Jaraguá* – 12/05/2015 - Rafael Nakamura, do Centro de Trabalho Indigenista.

11) *Aumentam os índices de assassinato, suicídio e mortalidade infantil de indígenas, aponta relatório do Cimi* – 19/06/2015 – Fonte da notícia: Cimi.

12) *Guarani Mbya mobilizam-se em São Paulo pela demarcação da Terra Indígena Tenondé Porá* - 05/05/2016 - Fonte da notícia: Assessoria de comunicação do Cimi.

Comissão Pró - Índio

Todas as notícias foram recuperadas do blog da Comissão Pró-Índio: <http://comissaoproindio.blogspot.com.br>

1) *Política de Atenção à Saúde Indígena deve abranger indígenas que vivem fora das aldeias* – 19/09/2011 – Fonte da notícia: Comissão Pró-índio.

2) *Índios Guarani do Jaraguá têm os limites de suas terras reconhecidos pela Funai* – 30/04/2013 – Fonte da notícia: Comissão Pró-índio.

3) *Mulheres Guarani participam de oficina sobre práticas alimentares* – 06/03/2014 – Fonte da notícia: Comissão Pró-índio.

4) *Índios guarani pedem demarcação de suas terras na cidade de São Paulo* - 12/04/2014 – Fonte da notícia: Comissão Pró-Índio.

5) *Território e soberania alimentar: desafios para os índios em São Paulo* – 14/04/2014 – Fonte da notícia: Comissão Pró-índio.

6) *Pró-Índio realiza oficina para aprovação do layout da cartilha de plantas medicinais* – 10/05/2015 – Fonte: Comissão Pró-índio.

7) *Lançamento da cartilha "Folhas e Raízes - Resgatando a medicina tradicional Tupi-Guarani"* – 10/06/2014 – Fonte da notícia: Comissão Pró-índio.

8) *Mulheres indígenas: trocas de saberes e sabores – refletindo sobre práticas alimentares* – 04/03/2015 – Fonte da notícia: Comissão Pró-índio.

9) *O Jaraguá é Guarani! Apoie a Campanha da Comissão Guarani Yvyrupa* – 26/03/2015 – Fonte da notícia: Comissão Pró-índio.

10) *Cozinhando a gente vai mantendo a cultura, a alimentação também é cultura do Guarani* – 27/04/2015 – Fonte da notícia: Comissão Pró-índio.

11) *Comissão Guarani YvyRupa - Nota pública dos guarani sobre reunião no batalhão da PM a respeito da reintegração de posse na terra indígena Jaraguá, aldeia Itakupé* – 06/05/2015 – Fonte da notícia: Comissão Pró-índio.

12) *Índios de Piaçaguera conseguem sua primeira conquista na luta por uma alimentação escolar de melhor qualidade* – 08/05/2015 – Fonte da notícia: comissão Pró-índio

13) *Nova publicação: "Alimentação nas escolas indígenas - desafios para incorporar práticas e saberes"* – 05/06/2016 – Fonte da notícia: Comissão Pró-índio.