

φ

ENTRE CULTURAS: UMA EXPERIÊNCIA DE INTERMEDIÇÃO EM SAÚDE INDÍGENA

LUCILA DE JESUS MELLO GONÇALVES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde Materno-Infantil.

Orientadora: Profa. Dra. Maria da Penha Vasconcellos

São Paulo
2007



É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

49149/2007 da

BANCA EXAMINADORA

EXAMINADOR 1 _____

EXAMINADOR 2 _____

ORIENTADORA _____

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Maria da Penha Vasconcellos, pelas nossas primeiras conversas, das quais surgiu a idéia desta pesquisa, e por seu apoio e sua confiança em mim, que permitiram que eu fosse construindo o meu próprio caminho no decorrer deste trabalho.

Aos Profs. José Moura Gonçalves Filho e Marta Azevedo, pelas preciosas sugestões no Exame Geral de Qualificação.

Ao Jorge Carlovich Filho, pelo apoio e incentivo, por ter me apresentado à Instituição, por ter feito as intermediações necessárias, permitindo que esta pesquisa acontecesse.

Ao Prof. José Guilherme Magnani, pela disponibilidade, pela escuta atenta e pelas várias sugestões ao longo da pesquisa.

Ao Walter Moure, porque me deu a mão e me acompanhou durante todo o caminho.

À Luciana Godoy, pela leitura interessada, pelas sugestões e, principalmente, pela amizade.

A todos os Indígenas que conheci na CASAI, pacientes e acompanhantes, e em especial aos que participaram da pesquisa.

À toda equipe da CASAI, pelo acolhimento e pela disponibilidade em participar e colaborar com a pesquisa.

Aos médicos do Ambulatório do Índio e aos profissionais da FUNASA, que participaram e colaboraram na pesquisa.

À Profa. Carmen Junqueira, pelas conversas e pelas sugestões.

À Profa. Maria Luisa Schmidt, pela disponibilidade e pelas sugestões.

À Yone Atlas pela leitura do texto e sugestões.

À Maria Aparecida Bussolotti, pela revisão final do texto.

À Cecília Barros, pela diagramação do texto.

A meu pai, Marcos, pelo incentivo constante e apoio nos momentos necessários.

À minha mãe, Ana Maria, e a meu padrasto, Mario Ernesto, pela paciência e amor comigo: tanto fizeram, em tantas esferas.

Às minhas irmãs Camila, Leticia e Julia, pelo carinho, pela presença, por cada uma de seu jeito ter estado comigo.

Aos que cuidaram de mim com tanta atenção, enquanto eu cuidava deste trabalho: Hélder Fouto, Taís Mello, Dra. Eliana Rodrigues e Dr. Luis Fernando Barros Carvalho.

Aos queridos amigos que, cada um em determinado momento, de alguma maneira, foram tão importantes:

Ana Carolina Carvalho, Manoel Lafer, Tânia Sztutman, Luciana Cestari, Marcio Vilela, Fernanda Santos, Renata Picoli, Luciana Pires, Mônica Kayo, Alexandra Contocani, Betty Mindlin, Adélia Bezerra de Menezes, José Feres Sabino e Flavia Abreu.

A minha filha Flora

RESUMO: A proposta inicial da pesquisa foi a de realizar um estudo exploratório na Casa de Saúde do Índio de São Paulo (CASA/SP), onde se hospedam índios de diversas etnias, vindos de diferentes regiões do País, quando necessitam realizar um tratamento de saúde considerado complexo. Como os indígenas vivenciam esta experiência? Como se dá a comunicação entre os pacientes e acompanhantes indígenas e a equipe não-indígena? Partiu-se da hipótese de que esta experiência seria vivida de forma submissa e opressora, uma vez que, na cidade, o entendimento da doença e tratamento apresentado seguem as indicações da medicina ocidental. E ainda, as condições de hospedagem nada se assemelham às condições de vida de alguns indígenas atendidos. A metodologia escolhida foi a da observação participante, caderno de campo e entrevistas. Ao longo da pesquisa, apareceram temas que se repetiam nas falas de indígenas de diferentes etnias, que deram origem a posteriores reflexões sobre a experiência na CASA. Foram observados também *arranjos* por parte dos indígenas que pareciam ser maneiras de vivenciar a situação de forma menos desconfortável. Em vários momentos e de diferentes modos, a pesquisadora foi chamada a participar como *intermediadora* de um diálogo entre os usuários e a equipe, por ambas as partes. Desta experiência surgiu a indicação de um possível lugar para o psicólogo, devido à especificidade de sua formação, dentro da área de saúde indígena: o psicólogo como *intermediador* das relações que se estabelecem entre pacientes indígenas e as equipes de saúde não-indígenas.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde indígena; comunicação; psicologia; intermediação.

SUMMARY: The first proposal of this research was to make an exploratory study of the Indigenous Population's Health House of São Paulo (Casa de Saúde do Índio de São Paulo - CASAI/SP) where indigenous people of various ethnic groups, coming from different areas of the country, come in order to undergo health treatment considered to be complex. How do indigenous people live this experience? How does the communication among patients and indigenous companions and the non-indigenous health team take place? We started with the hypothesis that this experience would be lived in a submissive and oppressive way, for, once in the city, the understanding of the illness and the presented treatment would follow the indications of Western medicine. Furthermore, the accommodation conditions are in no terms similar to the life conditions of the attended indigenous population. The chosen methodology was participant observation, field notebook and interviews. Throughout the research, some themes appeared repetitively in the speeches of the indigenous people from different ethnic groups and it gave birth to subsequent reflections about the experience in CASAI. We also observed some *arrangements* on the indigenous' part that seemed to be forms of living the situation in a minimum of discomfort. In various moments and in different ways, the researcher was reclaimed by both parts to participate as a *mediator* in a dialogue between the users and the health team. From this experience resulted an indication of a possible place for a psychologist, due to its formation's specificity, in the indigenous health field: the psychologist as a *mediator* in the relationships that are established between indigenous patients and non-indigenous health teams.

KEY WORDS: indigenous health; communication; psychology; mediation.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1. A CASA De SAÚDE Do ÍNDIO	21
A CASA DE SAÚDE DO ÍNDIO DE SÃO PAULO	28
ESTRUTURA	28
FUNCIONAMENTO	29
2. SOBRE A METODOLOGIA	35
PESQUISA PARTICIPANTE	35
CADERNO DE CAMPO	43
ENTREVISTAS	35
3. OS ÍNDIOS NA CASAI	49
ALIMENTAÇÃO	50
PRIVACIDADE/CONVIVÊNCIA	55
ATIVIDADE	59
TEMPO	62
4. A EQUIPE DE PROFISSIONAIS DA CASAI	68
5. SOBRE A INTERMEDIÇÃO	82
OS SONHOS	85
SOBRE O SONHAR	89
SOBRE A INTERMEDIÇÃO	91
CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
REFERÊNCIAS,	99
ANEXOS	108

INTRODUÇÃO

A partir da década de 1980, houve um aumento de organizações indígenas no Brasil, algumas populações sofreram um crescimento demográfico, o que parece se dever, entre outros fatores, ao maior acesso e utilização dos recursos médicos disponíveis, conseqüência do crescente contato destes com as sociedades envolventes. Segundo dados do Instituto Socioambiental (ISA), povos isolados vêm sendo conhecidos, enquanto novos povos passaram a reivindicar oficialmente a condição indígena, pois reencontraram, no contexto político atual, condições favoráveis à retomada de identidades indígenas. Um exemplo destas condições relaciona-se com a valorização, pelo cenário político atual, das questões ambientais. Os povos indígenas costumam desempenhar o papel de defensores do meio ambiente e, neste contexto, encontram na sociedade contemporânea um lugar menos desvalorizado, o que parece incentivar a reivindicação de oficialização de sua identidade.

Nos últimos anos, o número de etnias passou de 216 para 225, totalizando, segundo uma elaboração do ISA de dados da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e de rede de colaboradores, aproximadamente 600 mil indivíduos indígenas (ISA, 2006). Deste total, aproximadamente 480 mil vivem em Terras Indígenas espalhadas pelo Território Nacional, falando mais de 180 línguas diferentes. Estimativas feitas por antropólogos e demógrafos apontam para um crescimento da população indígena de, em média, 3,5% ao ano (ISA).

No que se refere ao aumento da população indígena, muitos que se autodeclararam índios são designados por alguns pesquisadores como índios emergentes ou ressurgidos, pois o nome de seu povo e sua história datam do período posterior à colonização do País. Para o antropólogo VIVEIROS DE CASTRO,

o adjetivo "índio" não designa um indivíduo, mas especifica um certo tipo de coletivo. Nesse sentido não existem índios, apenas comunidades, redes (d) e relações que se podem chamar indígenas. Não há como determinar quem "é índio" independente do trabalho de *auto-determinação* pelas comunidades indígenas (...) comunidade indígena é toda comunidade fundada em relações de parentesco *ou* vizinhança entre seus membros. (ISA, 2006, p.47)

Para o autor, cabe às comunidades a resposta à questão sobre quem é índio e quem não é. Somente estas, concernidas e implicadas na questão, podem responder, cabendo ao antropólogo criar condições, políticas e teóricas, para que as comunidades articulem sua indianidade. (ISA, 2006)

Mesmo com o significativo aumento, a população indígena representa uma minoria de 0,2% em relação à população brasileira e se encontra em vários estágios de contato com a sociedade envolvente: existem grupos isolados ou semi-isolados, outros que mantêm contato constante com a população não-indígena, e um número considerável que vive na periferia das grandes cidades (LANGDON, 2004b).

Ainda que a Constituição Federal Brasileira, promulgada em 1988, dedique um capítulo aos povos indígenas e seja considerada uma das mais avançadas do mundo, no que tange ao seu caráter pluriétnico, pode-se afirmar que, ao lado de outros grupos minoritários, os indígenas não gozam de cidadania plena. Desde a criação do Estatuto do Índio, em 1973, que considera o índio como 'relativamente incapaz', estes são vítimas de estereótipos, preconceitos, discriminações e explorações por parte da sociedade (LANGDON, 2005).

Segundo SYDNEY POSSUELO (ISA, 2006), as classificações dos tipos de índio do Brasil, dadas por Darcy Ribeiro, que constam no Estatuto do Índio, são: isolado, contato intermitente e integrado. Mas, para o sertanista, ainda não se pode dizer que haja índios integrados, é preciso mais participação dos povos indígenas dentro da própria política indigenista, articulando e cobrando do Estado e das entidades não-governamentais as atuações propostas.

* * *

No que se refere à situação específica da saúde dos índios e dos seus modos de atenção, foi a partir da implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), em 1999, pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), do Ministério da Saúde, que se passou a dar maior importância a este problema.

Antes desse momento, o atendimento ao índio não era uma prioridade e os serviços de saúde não contavam com uma política clara que guiasse a relação profissional/comunidade no planejamento e atendimento a esta população (LANGDON, 2005).

No entanto, até o presente, não há uma avaliação global sobre as diferentes formas existentes de práticas em saúde indígena. Percebe-se que alguns serviços criam relações paternalistas com determinadas populações indígenas, gerando impossibilidade de execução dos serviços de saúde de maneira integral (ATHIAS e MACHADO, 2001).

* * *

Dentro desse quadro, surgiu a idéia desta pesquisa, que inicialmente se propôs a realizar um estudo exploratório na Casa de Saúde do Índio de São Paulo (CASAI), para onde vêm indígenas de todo o País, com o objetivo de realizar um tratamento de saúde considerado complexo. Como se daria esta experiência? Como seria a comunicação entre os pacientes indígenas e a equipe não indígena?

A primeira hipótese levantada, a partir das primeiras visitas, é a de que parecia haver uma submissão por parte dos indígenas à lógica médica, seja pela condição de estar doente, longe da própria casa e família, seja pela passividade aos modos de tratamento apresentados.

Pesquisas antropológicas sobre o contato das sociedades indígenas com a biomedicina apontam que os índios procuram estas terapias, mas o que se coloca é como lidar com a pluralidade de grupos étnicos, contemplando as diferentes visões dos participantes. Pois, de um lado, cada grupo possui seu conjunto de conhecimentos, experiências e significados atribuídos à doença, havendo uma grande variedade de conceitos de corpo, saúde e doença para as diferentes etnias e, de outro, somente um sistema biomédico de atenção aos índios (LANGDON, 2005).

Nesse sentido, segundo a autora, é preciso que os profissionais relativizem a biomedicina, seu conhecimento e as noções sobre doença e cura, reconhecendo que é um sistema cultural de saúde entre outros.

Dado este contexto e a proposta exploratória inicial da pesquisa, o presente trabalho realizou um percurso que será apresentado ao longo dos capítulos que se seguem.

Como a experiência de campo foi o lugar onde se constituíram as hipóteses tratadas na pesquisa, e o caminho que esta tomou foi-se fazendo ao longo da experiência, também, a apresentação do trabalho segue o curso do caminho percorrido.

Apresenta-se a Casa de Saúde do Índio, em seu aspecto físico, seu funcionamento, bem como sua inserção na atual política de saúde indígena, no capítulo 1, intitulado "A CASA DE SAÚDE DO ÍNDIO".

No capítulo 2, intitulado "SOBRE A METODOLOGIA", é apresentada a metodologia utilizada, que foi a da pesquisa participante, o Caderno de Campo e entrevistas. Dessa maneira de estar em campo é que emergiram as indagações que foram norteando a pesquisa.

A partir de algumas observações realizadas na instituição, apareceram aspectos relacionados à situação do índio em tratamento fora de sua aldeia, principalmente os ligados às relações entre os cuidadores e os indígenas nas CASAs: como tratar de pessoas provenientes de cultura diversa, com necessidades de acolhimento e acompanhamento? Como se estabelece a interação e comunicação entre o corpo médico e os pacientes indígenas? Como dialogar, criando um espaço entre as diferentes culturas?

Para exemplificar, segue uma situação descrita no Caderno de Campo, que se deu em uma das primeiras visitas na instituição:

Em determinado momento, um casal de índios Pankararé perguntou-me o que eu fazia por ali. Expliquei que era pesquisadora, formada em psicologia, e pensava em desenvolver uma pesquisa na área de saúde indígena ali na Casa. Neste momento outro indígena nos interpelou bravo, disse-me que não aceitava esta história de saúde indígena, "se você for para minha aldeia e pegar malária

vai ser uma malária diferente, de branco? Saúde é tudo igual, não tem essa, isso eu não aceito...".

O índio que contestou o tema da pesquisa foi chamado de "estressado" pelos que testemunharam a cena, mas parece que o que houve ali foi uma manifestação de reivindicação no que concerne à igualdade.

Será que a própria situação de permanência na CASAI, onde *a priori* estão colocadas tantas desigualdades, faz que se reivindique, como uma espécie de resistência, uma 'igualdade' neste nível? Em que medida esta manifestação representa o "mundo" deste índio? Seria uma reação a toda ordem imposta pelo sistema de atenção à saúde indígena determinado? Uma manifestação que seria a própria marca de uma ruptura, dada pela vinda da aldeia para a cidade e pelas condições de atendimento?

As questões se intensificaram: qual seria o lugar do diálogo possível? Diálogo no sentido de compreensão e aceitação das diferenças, que respeitasse os vários modos de estar no mundo?

Refletindo sobre o significado da idéia de diferença no conceito de 'atenção diferenciada', que o modelo de Atenção à Saúde Indígena propõe, MARCOS PELLEGRINI (2004) pergunta: "o que os índios querem? Remédios diferentes? Agulhas diferentes? Será que, para eles, os processos patológicos desencadeados pelos microorganismos ou o desgaste natural do corpo são diferentes?" (p.234)

Ainda que cada grupo indígena tenha um sistema cultural particular, é possível apontar princípios gerais que fazem parte de seu conhecimento. Enquanto a biomedicina se restringe aos processos biológicos, a visão indígena percebe o processo saúde/doença dentro de uma ordem cosmológica, que abarca as forças da natureza, as forças invisíveis e as forças humanas (LANGDON, 2005).

Segundo PELLEGRINI (2004), a pesquisa etnográfica pode mostrar aspectos relevantes nas relações entre profissionais de saúde e comunidades indígenas. Nesse sentido, a contribuição do antropólogo não estaria ligada somente a resolução de conflitos, de 'racionalidades', ou com a transposição de 'barreiras

culturais', mas também com a promoção de consciência das diferentes visões, expectativas e usos de serviços de saúde.

E o psicólogo, como poderia contribuir nesse processo? De que maneira pode colaborar com a possibilidade do diálogo, da comunicação? A exploração dessas perguntas constituíram parte dos objetivos desta pesquisa.

Comentando sua pesquisa com os Yanomami do Alto Parima, PELLEGRINI (2004) lembra a importância que estes davam às trocas de palavras nos diversos contextos de sua relação com profissionais de saúde e os entusiasmados discursos que faziam diante de seu gravador. Esse enfoque dado à experiência e ao significado da doença o fez pensar que uma possível 'lógica cultural', tantas vezes esperada da antropologia, por profissionais de saúde, não ocupava lugar determinante na sua explicação. Cada caso de doença, cada posto de saúde, cada conflito com os profissionais de saúde tinha um significado único, elaborado e reelaborado em cada situação em que era vivenciado ou narrado.

Nesse sentido, importa menos o sistema cultural – médico, antropológico ou indígena – de cada um, mas a relação estabelecida entre quem dá e quem recebe o atendimento. Para o autor, nem a cultura, nem a medicina devem ser encarados como um sistema fechado, e sim em permanente abertura para novos significados, que se dão em uma rede mais ampla de relações sociais.

Sobre este aspecto da relação entre quem dá e quem recebe o atendimento, toma-se um outro fragmento da experiência de campo, que ilustra a amplitude deste tema:

Em várias situações fui chamada pelos pacientes e acompanhantes para conversar, como se pudesse ter alguma influência na duração do tratamento, na requisição de uma consulta, na mudança da alimentação ou para esclarecer uma informação não compreendida. Por que chamavam a mim e não a própria enfermagem?

Em outras ocasiões, escutei a queixa da 'falta de tempo para conversar' por parte da equipe, ou 'pressa para atender', e ainda, 'já falei isso muitas vezes e nada'. Talvez o fato de eu estar ali 'somente' para conversar, oferecendo uma escuta diferenciada, ainda que com frequência mínima, apresente uma situação

em que se sentem mais à vontade para questionar procedimentos ou reivindicar cuidados? Deste modo, parecem revelar-se para além do lugar passivo de doentes em que permanecem a maior parte do tempo. Ali naquele momento eles se mostram a partir de uma identidade mais "original", no sentido de menos submissa e reativa. Em que medida esta "aparece" a partir da escuta ofertada?

* * *

A observação de campo revelou que, mesmo submetidos a uma lógica única e dominante, os indígenas fazem diferentes 'arranjos', negociações para dar conta da experiência da estadia na CASAI. Toma-se a idéia de arranjo, fazendo uma analogia com o sentido que JOSÉ GUILHERME CANTOR MAGNANI (2002) dá ao termo, em seu texto *De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana*, discutindo o método etnográfico.

Para o autor, o método etnográfico

é antes um modo de acercamento e apreensão do que um conjunto de procedimentos.(...) Em algum momento, os fragmentos podem arranjar-se num todo que oferece a pista para um novo entendimento,(...) um arranjo mais denso que o esquema teórico inicial do pesquisador, pois tem agora como referente o 'concreto vivido'. (p.5)

Durante a pesquisa de campo, apareceram modos de participação dos indígenas, para organizarem a sua experiência, não necessariamente submissas, e sim espécies de negociações entre as regras de funcionamento impostas pela instituição e as suas necessidades.

Como se dão estes arranjos? Quais os dispositivos que os disparam? Em que medida a presença de uma pesquisadora, no momento em que oferece um lugar de 'escuta diferenciada', de acompanhamento e testemunho da experiência vivida, interfere e contribui para estas negociações?

Em seu texto intitulado *O 'pessimismo sentimental' e a experiência etnográfica*: por que a cultura não é um 'objeto' em via de extinção, MARSHALL SAHLINS (1997) discute a questão do desaparecimento ou não das culturas nativas

diante de um sistema dominador, globalizante e hegemônico. O autor critica a leitura pessimista e nostálgica dos antropólogos que entendem a cultura dos povos primitivos como em vias de extinção e, ao contrário, propõe que se reflita sobre a complexidade dos povos e se perceba as maneiras que eles criam para “sobreviver”.

SAHLINS (1997) apresenta vários exemplos etnográficos de arranjos feitos pelos povos estudados, as mudanças que sofrem e as maneiras de se adaptar à ‘ordem capitalista’, muitas vezes, incorporando o ‘progresso’ ao próprio modo de vida, numa espécie de intercâmbio entre o global e o local. Em um momento do texto, sobre os povos indígenas o autor escreve:

a nova autoconsciência cultural dos povos indígenas é um aspecto da expansão global da ordem capitalista ocidental, sobretudo de seus modos mais recentes de colonização, mercantilização e comunicação (...) mas a volta às origens está acoplada a um desejo de manter e expandir o acesso às inovações técnicas, médicas e demais “benefícios” materiais do sistema mundial. (...) eles querem englobar a ordem global em suas próprias ordens cosmológicas. (p.20)

Um exemplo de arranjo na área de saúde indígena é descrito em pesquisa realizada junto ao povo indígena Baniwa, por LUIZA GARNELO e ROBIN WRIGHT (2001). Eles observaram que o uso dos ‘remédios dos brancos’ gera a possibilidade de resolver algumas doenças, sem que haja necessidade de fazer os sacrifícios e restrições alimentares e sexuais inerentes às prescrições tradicionais. Isto faz que o medicamento industrializado, muitas vezes, se coloque como primeira escolha, mesmo para o tratamento de doenças reconhecidas como indígenas.

Em texto sobre as mudanças no cotidiano dos Nambikwara, a partir de novas fontes de renda, LE TOURNEAU E FIORINI (ISA,2006) constatam que, ao contrário do que poderiam supor, a modernidade trouxe uma volta à tradição. Apresenta-se, a seguir, um fragmento do artigo, descrevendo os arranjos:

Atualmente, com maior renda, abriram-se espaços para a comunidade reconquistar a sua auto-estima e começar um processo de revitalização cultural. Os jovens, hoje em dia, querem aprender a fazer cestas, ou a cantar cantos tradicionais; as festas acontecem durante a noite inteira, sem que ninguém pense em ligar um aparelho de som. Os mais velhos também estão empenhados em transmitir esse patrimônio. Foi por isso, inclusive, que o Adalberto comprou a câmara digital: para “registrar” as coisas e mostrar para os mais jovens o que eles ainda não conhecem e correm o risco de não conhecer, sejam plantas medicinais, lugares, parentes, etc. (p.638)

Um dos arranjos observados é que a pesquisadora foi sendo chamada, ao longo da pesquisa de campo, para ocupar um lugar de intermediadora entre a equipe e os usuários indígenas. Muitas perguntas que, teoricamente, seriam dirigidas à equipe, na prática eram feitas à pesquisadora. Em outros momentos, alguns membros da equipe é que solicitavam atenção: *“O que afinal tal usuário quer?” “Por que está tão bravo?” “O que acha deste critério adotado para lidar com tal situação?” “Você pode conversar com tal pessoa que recebeu a notícia de um diagnóstico difícil e parece muito triste?”*

Ao longo do processo, na conversa com os usuários indígenas e seus parentes, surgiram temas que se repetiam: questões em torno da *alimentação* oferecida na CASAI, sobre a necessidade de *privacidade* e a *convivência* necessária, sobre o sentimento de falta de *atividades* e o questionamento sobre o *tempo* da cidade. Estas falas e as reflexões que suscitaram são apresentadas no capítulo 3, intitulado: “OS ÍNDIOS NA CASAI”.

No decorrer da pesquisa, apareceu a necessidade de escutar não somente os indígenas, mas também a equipe da CASAI. Fragmentos destas conversas e entrevistas e as questões levantadas a partir destas são apresentadas no capítulo 4, intitulado: “A EQUIPE DA CASAI”.

O lugar que se desenhou para a pesquisadora, ao longo do processo, o de intermediadora de um diálogo, é tratado no capítulo 5, denominado “SOBRE A INTERMEDIÇÃO”, seguido pelas “CONSIDERAÇÕES FINAIS” que a pesquisa gerou.

Os aspectos éticos (ANEXO 2) determinados pelas normas de pesquisa foram contemplados: além da obtenção de autorização, tanto da coordenação da CASAI, quanto da FUNASA, para se realizar o estudo na instituição, cada entrevistado concordou em Consentimento Livre e Esclarecido, em participar da pesquisa (ANEXO 3).

Ainda assim, optou-se por apresentar os participantes pela etnia ou função desempenhada na instituição, com a intenção de preservar as identidades.

No decorrer do texto, as falas dos entrevistados são apresentadas em itálico e os fragmentos do Caderno de Campo em itálico e sombreado.

* * *

Este trabalho guarda uma preocupação em estabelecer um diálogo, tanto com os indígenas, quanto com os profissionais de saúde indígena. Foi, portanto, elaborado, em uma linguagem contemporânea a eles, ou seja, revelando a atualidade das conversas que aconteceram nos contatos da pesquisa, pressupondo o acesso dos participantes ao texto.

1 A CASA DE SAÚDE DO ÍNDIO

As CASAls fazem parte do sistema de atenção à saúde indígena. Segundo dados da FUNASA, são 48 casas de saúde situadas nas cidades, em vários estados do País, para onde são encaminhados os pacientes indígenas com problemas mais graves. Ali ficam hospedados, com seu(s) acompanhante(s), no período em que realizam o tratamento necessário. As condições das CASAls variam muito ao longo do País, de acordo com a região, com os recursos disponíveis, convênios, número de etnias e pacientes atendidos, integrantes da equipe e outros fatores. As Casas de Saúde que recebem índios de mais de um Estado e cujo sistema de saúde possui mais recursos, são consideradas CASAls nacionais. São as de São Paulo, Brasília, Curitiba e Goiânia. As demais são consideradas regionais e locais.

Ao fazer um histórico do modelo de atenção à saúde indígena, a antropóloga ESTHER JEAN LANGDON explica que este se caracteriza por ser um processo em construção, resultado de um cruzamento de fatores históricos e políticos postos em prática. A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS); a Constituição Brasileira de 1988, que reconhece o caráter pluriétnico do País; e o crescimento das organizações indígenas são alguns destes fatores (2004b).

O Ministério da Saúde vem se esforçando para estruturar um subsistema de Atenção de Saúde Indígena diferenciado, mais integrado ao SUS, com a participação comunitária, porém, respeitando as especificidades étnicas de cada grupo atendido.

LANGDON (2004b) lembra que o subsistema de saúde indígena foi criado por ocasião da Primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986. A Conferência tinha como objetivo criar uma política de saúde concreta para as populações indígenas. Dentre as recomendações elaboradas na ocasião, LANGDON, pensando no papel do antropólogo no modelo brasileiro de saúde indígena, destaca as seguintes:

- a) *a necessidade de estabelecer um subsistema específico articulado ao sistema nacional com a criação de uma agência vinculada ao Ministério da Saúde;*

- b) garantir a participação política das nações indígenas na formulação, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações e dos serviços de saúde;*
- c) assegurar o respeito e o reconhecimento das formas diferenciadas das nações indígenas no cuidado com a saúde;*
- d) contemplar um espaço para convênios com entidades de pesquisa e ensino na área de saúde;*
- e) estimular, nas próprias comunidades envolvidas, a formação de pessoal em saúde em diversos níveis: agentes indígenas de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, etc. (2004b p.37)*

A primeira mudança administrativa ocorreu a partir do Decreto nº 23/91, que estabeleceu a Coordenação de Saúde Indígena (COSAI) ligada à FUNASA. Esse movimento gerou conflitos entre esta e a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), para, finalmente, manter o Decreto Presidencial nº 1141/94, que devolvia à FUNAI o papel de gestor da saúde indígena, e deixava as atividades preventivas com a FUNASA. Foi a II Conferência de Saúde Indígena, em 1992, que consolidou e aprovou o modelo de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) cujo modelo circulou como uma solução de garantia da atenção diferenciada aos povos indígenas. No entanto, somente em 1999 é que foi viabilizada, pela Lei nº 9836, a implantação dos Distritos Sanitários. Nesse mesmo ano, a Medida Provisória nº 1911-8 transferiu a responsabilidade da gestão da saúde indígena exclusivamente para a FUNASA. No segundo semestre de 1999, 34 Distritos Sanitários foram organizados sob sua orientação.

Os Distritos variam em relação a tamanho e composição étnica e são compostos por uma equipe da FUNASA, que administra os recursos financeiros. LANGDON salienta que, como na década anterior à criação dos Distritos,

o êxito do atendimento de saúde para o índio ainda depende da colaboração de várias instituições governamentais ou não, entre elas, a FUNASA, a rede do SUS, os municípios, a FUNAI, os militares (em regiões isoladas), as ONGs e as universidades. (2004b, p.41)

Este modelo de gestão sofreu alterações no início de 2004, através de duas Portarias do Ministério da Saúde, números 69 e 70, de 20 de janeiro de 2004, que propuseram uma nova relação entre a FUNASA e seus parceiros.

Na nova relação, as linhas de atuação em saúde indígena, a serem seguidas, passaram a ser definidas somente pela FUNASA, não mais em parceria com os convênios estabelecidos em cada região, ou seja, estados, municípios, organizações indígenas, ONGs e outros. Na época, o que se questionou é se o órgão teria condições de assumir diretamente a execução das ações básicas de saúde indígena.

As instituições conveniadas consideraram esta proposta precipitada, pois o processo de elaboração desta não contou com sua participação. Também os representantes das organizações indígenas manifestaram sua perplexidade e indignação em face das mudanças estabelecidas sem prévia consulta.

Muitas instituições parceiras romperam seu convênio com a FUNASA, num clima de desconfiança da nova política que passou a se redesenhar (VIANNA, 2006).

No que diz respeito às CASAs, foi realizado, em novembro de 2004, o I Encontro Nacional das CASAs e dos chefes dos DSEIs, uma ação conjunta entre o Ministério da Saúde e a FUNASA. Na ocasião, o então diretor do Departamento de Saúde Indígena, o médico ALEXANDRE PADILHA, fez um resgate da história das CASAs, ao lembrar que, na época da FUNAI, estas eram vistas como “depósitos” de índios, comparadas aos manicômios. O médico sugeriu que se atentasse às heranças negativas – autoritarismo, falta de política de controle social e de gestão colegiada –, que restaram dessa época, e que atualmente refletiam o grau de institucionalização das CASAs.

PADILHA, que em sua fala se dirigia aos presidentes dos Conselhos Distritais, todos indígenas, e aos coordenadores das Casas e dos Distritos, sugeriu que se unissem os esforços para que esse quadro pudesse se reverter, enfatizando a importância das mudanças, desde a estrutura física das unidades até o processo de trabalho das equipes de saúde, e colocou as CASAs como ‘observatório’ do subsistema de saúde indígena, enfatizando a necessidade de

que todos os atores da instituição, principalmente trabalhadores e usuários, se comprometessem como gestores da saúde indígena do Brasil, pois, “os problemas lá existentes não se resolvem por meio de portarias ministeriais, e sim por mudanças políticas locais” (RELATÓRIO FINAL p.7).

O antropólogo RENATO ATHIAS concorda que a proposta de atenção diferenciada, prevista no modelo dos Distritos Sanitários Indígenas, enfrenta dificuldades para se concretizar nas várias regiões do País. Uma das principais é a qualidade dos recursos humanos com capacitação para atuar com populações etnicamente diferenciadas, além da alta rotatividade do pessoal médico que atua nas áreas indígenas (2004).

Algumas lideranças indígenas também afirmam que tanto a formação de agentes de saúde indígenas, quanto a capacitação de servidores não-índios caminham em ritmo lento e insatisfatório (WEIS E ZANCHETTA, 2006).

No primeiro curso de Atenção Terciária de Saúde Indígena, promovido pelo Ministério da Saúde e pela Fundação Nacional de Saúde, realizado em São Paulo em dezembro de 2004, TITO CÉSAR DOS SANTOS NERY (2004) explica o contexto da reformulação da instituição: as CASAIs fazem parte do projeto Casa de Saúde Indígena/Centro Integrado de Referência à Saúde Indígena (CASAI/CIRSAI) surgido em 2003, como parte do programa de atenção indígena do atual governo. As Casas de Saúde já existiam em várias regiões do País, mas não estavam integradas a outras instituições de saúde. O projeto CIRSAI trouxe a discussão do novo modelo de saúde. Foi promovida a mudança de casa para um local maior, mais arborizado, com maior número de leitos. O projeto levou as parcerias com as instituições Universidade Federal de São Paulo e Instituto do Coração para dentro da CASAI, facilitando o acesso para os indígenas que circulavam pelos hospitais em busca de seu atendimento, visando também agilizar o tratamento, diminuindo assim o tempo de permanência do índio em atendimento.

O médico explica que, no Brasil, a maioria das CASAIs é também local de hospedagem para os índios que estão na cidade, seguindo o modelo anterior, proposto e sob responsabilidade da FUNAI, em que as Casas funcionavam como casas de passagem.

A CASAI de São Paulo não funciona assim, e é, pelo contrário, um local de referência para todo o País no tratamento de casos graves.

Em entrevista realizada para a pesquisa, o médico JORGE CARLOVICH FILHO, responsável pelo Ambulatório do Índio, da UNIFESP, conta um pouco da história da CASAI de São Paulo e como se deu o convênio entre esta e a Universidade:

Desde a época que a UNIFESP passou a fazer parceria com a CASAI, ela tinha problemas sérios que, talvez, se assemelhassem aos problemas das outras CASAIs espalhadas pelo Brasil, enquanto era responsabilidade da FUNAI, até 1999. A FUNAI tinha dificuldade de recursos, vivia em crise. A Escola, pela ligação do Prof. Baruzzi com os irmãos Villas-Boas, foi fazendo este atendimento ao povo do Xingu. A FUNAI não tinha nem funcionário para colocar, a Escola foi assumindo. Nesta época já existia uma Casa de Apoio, mas se prestava a uma Casa de passagem, quando vinham lideranças para encontros políticos, ou índios para vender artesanato, acabavam ficando junto com os doentes, era uma coisa difícil. Em 1995/96 a situação ficou tão grave, havia uma denúncia até, por condições de falta de higiene, para que esta Casa fosse fechada, na época a Casa estava no Paraíso, na rua Tomas Carvalhal, perto da estação de Metrô, um lugar difícil para o índio, não podia circular, pelos riscos. A FUNAI na época estava com um processo de denúncia em andamento, a procuradora do Ministério Público da época questionou quem é que iria se responsabilizar pelo atendimento se esta casa fosse fechada. Sabendo do trabalho da Escola, ela nos convocou e a gente colocou como era este serviço. Ela foi a Brasília e conseguiu reverter o processo de fechamento em reforma e ampliação da Casa. Foi uma conquista difícil, em 1996 começou e levou dois anos para que isto se tornasse uma realidade. Nesta época, tínhamos que alugar pensões para os pacientes que tinham retorno ficarem, para não interromper o tratamento. Depois eles alugaram um pequeno sobrado na Vila Clementino, mas era apertado, tinha dificuldade de alimentação, tinham que (entre 96 e 98, início de 99 quando se concluiu a reforma) arranjar doações de cestas básicas. Assim que a Casa ficou pronta houve a mudança, feita pelo governo Serra, de reestruturação da política do atendimento à saúde indígena no País todo, criando os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Com esta mudança, a saúde indígena passa a ser responsabilidade da FUNASA. Em agosto de 1999, foi assinado um dos primeiros convênios na UNIFESP, que era o DSEI Xingu, e esta CASAI passa para a FUNASA. O imóvel reformado e esta reestruturação deram uma alavancagem muito grande para o atendimento, que passou a ter outra estrutura, melhores condições e tal e a parceria foi ficando mais consolidada com a Escola. Então, o Ambulatório, pelo caráter diferente que tinha, já

naquela época, não achava justo, como a CASAI não é específica para o Xingu, os índios ficam doentes em todas as áreas, então, nós passamos a ser uma referência inicialmente informal e agora formal para o País inteiro. E o nosso serviço só podia existir havendo a CASAI, porque como íamos alojar esses índios às vezes, para uma permanência de meses aqui? (07/2006)

A proposta é que todas as instituições parceiras possam se aprimorar para o atendimento ao índio, incentivando o convívio intercultural. Isto significa ampliar a formação dos profissionais envolvidos para compreender e atender às singularidades desta população.

Nesse sentido, a parceria com a UNIFESP proporciona um contato dos estudantes de medicina e enfermagem com os índios que estão fora de suas aldeias, hospedados na Casa para o tratamento na cidade. Como explicou CARLOVICH FILHO, o convênio

vem permitindo que os alunos vivam um cenário para nós muito instigante, o índio fora do seu ambiente de origem, vindo não por opção, por necessidade, fragilizado, um terreno de investigação muito interessante se você se propõe a dar um atendimento mais integral, não só a parte da doença em si, mas o acompanhante, o entendimento da doença. (07/2007)

Sabe-se que o processo doença-cura entre os indígenas está relacionado a uma concepção própria, a práticas terapêuticas que passam por um entendimento da cosmologia de cada grupo. Algumas etnias convivem mais que outras com a biomedicina, mas esta convivência não faz que alguns deixem de ter suas próprias explicações sobre a origem e terapêutica das doenças. Há, portanto, entre outras, uma necessidade de compreender os sistemas médicos das diferentes etnias para que os programas de saúde sejam culturalmente adequados (ATHIAS, 2004).

Comentando as funções das CASAIs, ainda no referido curso, o médico ARMANDO GUZZARDI (2004) ressalta a importância do acolhimento integral do indígena, considerando a mudança de ambiente da aldeia para a cidade, com o objetivo de que a permanência fora da aldeia seja confortável e de respeito às especificidades étnicas. A CASAI se responsabiliza por atender os índios e seus

acompanhantes, agendar e encaminhar consultas e exames, e dar atenção contínua com a enfermagem disponível 24 horas por dia.

GUZZARDI (2004) acrescenta que “o aprimoramento da gestão CASAI-SP é decisivo para a integração de todo sistema de saúde indígena nas referências, contra-referências e na produção de dados epidemiológicos para o sistema direcionar suas ações”. (p.34).

Um documento elaborado pela FUNASA, em 2002, determina que os serviços de saúde devem atender às especificidades étnicas de cada grupo recebido, porém há uma falta de estudos e dados sobre a situação de saúde dos índios, impedindo o desenvolvimento dos serviços de saúde específicos. Para LANGDON (2004a), as noções de corpo, saúde e doença estão no centro do sistema de saúde tradicional, portanto, todo programa orientado para atender e respeitar os diferentes saberes e práticas deveria entender estas noções. Outro documento da FUNASA, o Relatório Final do I Encontro de CASAI e DSEIs (2004), discutindo os eixos centrais da Política Nacional de Humanização – proposta naquele ano, mas até o momento não instituída –, aponta para, entre outros aspectos, a necessidade de garantir certas “condições” para as equipes de referência e para os usuários: rompimento da hegemonia de profissionais de saúde em relação a outras categorias; mais trocas de informação entre as equipes dos pólos-base com as equipes das CASAI; revisão da composição das equipes e capacitação destas. Há uma constatação de que as equipes, de um modo geral, estão “fragilizadas”, por diversos motivos, e a qualidade do serviço oferecido ao usuário está diretamente ligada às condições destas.

Para que esta situação possa se modificar, são necessárias pesquisas na área da saúde e programas para os profissionais envolvidos que os capacitem para o trabalho com os diferentes grupos étnicos defendendo e garantindo assim os direitos da população indígena (LANGDON, 2004a).

Nesse sentido, uma das questões que emerge dessa pesquisa, que será discutida mais adiante, é: afinal o que significa ‘capacitar’ para o trabalho com grupos étnicos?

Certamente, a constatação do pesquisador ATHIAS (2004), a de que parece ser de fundamental importância a participação indígena nos processos de planejamento, execução e avaliação dos diversos programas de saúde, e, de que esta não deve se restringir somente à participação nos conselhos de saúde, e sim a um efetivo envolvimento da comunidade nos diversos programas implantados é central no que diz respeito ao processo de capacitação dos profissionais de saúde envolvidos: trata-se de, a partir de maior convivência entre indígenas e não-indígenas, criar uma disponibilidade de estar e escutar o outro para que o diálogo aconteça.

Outro aspecto a ser trabalhado, segundo o Relatório Final do I Encontro de CASAI e DSEIs (2004), é a clareza, tanto para os funcionários quanto para os usuários, do papel de cada um a ser desempenhado na Casa, pois a sua falta dificulta o funcionamento e a qualidade do atendimento. Nesse sentido, há algumas situações da pesquisa de campo, ilustradoras desse importante aspecto apontado no Relatório que serão apresentadas mais adiante.

O Manifesto escrito ao final do referido Encontro, pelos representantes dos presidentes dos conselhos distritais, todos indígenas, enfatiza a importância do estabelecimento do vínculo do trabalhador com todo o processo de trabalho existente na CASAI, e salienta que, “é por meio do *vínculo* com o paciente que a prática clínica pode ser realizada da melhor forma” (grifo nosso) (p.19).

A CASAI DE SÃO PAULO

ESTRUTURA

Localizada no bairro da Aclimação, a CASAI de São Paulo é um sobrado amplo, que conta com 510 metros quadrados e um grande jardim (ANEXO 1).

Após algumas reformas em relação à planta original, a casa possui atualmente quatro quartos, sete banheiros, um posto de enfermagem, uma sala ampla, cozinha, lavanderia, recepção e sala administrativa. No momento, está-se construindo um quarto de isolamento com banheiro, para casos especiais. Na área

externa, há uma pequena oca, feita de madeira e coberta de palha, que foi inaugurada no mês de maio de 2005, para funcionar como 'casa de reza'.

Em dezembro de 2005, foi inaugurado um ambulatório com quatro salas de atendimento, uma recepção e quatro banheiros, que passou a funcionar em 2006.

São quarenta leitos disponíveis e cinquenta funcionários, assim distribuídos: uma chefe; uma administradora; um consultor técnico médico; um coordenador técnico-enfermeiro; quatro enfermeiros; dois auxiliares administrativos; um estagiário de ensino médio; vinte e cinco técnicos de enfermagem; cinco motoristas; três seguranças; três auxiliares de limpeza e três cozinheiras. Os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem trabalham em escala variável de plantão de 24h e em escala fixa diurna.

São atendidos, numa média mensal, aproximadamente oitenta cidadãos indígenas. Quando há mais pacientes e acompanhantes do que o número de leitos disponíveis, alguns ficam hospedados em um hotel próximo. No entanto, a hospedagem no hotel é garantida somente para índios das etnias Terena, Guarani e Pankararu, respeitando os termos do convênio feito pelo projeto Rondon.

Já a CASAI e todos os serviços contratados – lavanderia, locação de oxigênio, cozinha, fornecimento de água mineral, farmácia, serviço de limpeza e serviço de vigilância – estão sob responsabilidade da FUNASA.

FUNCIONAMENTO

Os pacientes chegam encaminhados pelos serviços de saúde de suas regiões, quando não há recursos disponíveis, como, por exemplo, equipamentos e tecnologias para determinados tratamentos. Todos passam pelo atendimento com um médico clínico geral no Ambulatório do Índio do Hospital São Paulo e de lá vão para os tratamentos nas especialidades necessárias. As mais solicitadas são, nesta ordem: cardiologia; nefrologia; gineco-oncologia; pneumologia; gastroenterologia; otorrinolaringologia; urologia; neurologia; oftalmologia; genética; ortopedia; clínica médica e pediatria.

As altas são dadas, também, pelos médicos do Ambulatório do Índio, que é a referência principal dentro do Hospital. Há algumas instituições conveniadas como o Instituto do Coração (INCOR) e Hospital Menino Jesus, mas a maioria dos pacientes se trata no próprio Hospital São Paulo.

Observando o funcionamento, na segunda semana do mês de dezembro de 2005, estavam hospedadas trinta e cinco pessoas, dezessete pacientes e dezoito acompanhantes. A Casa recebe índios de todas as regiões e etnias, que vão se distribuindo pelas acomodações conforme há espaço. Não há um agrupamento por etnias ou por algum outro critério, seja cultural ou médico. Nesse período, a Casa estava hospedando:

Quadro 1 – Hospedados na 2ª semana de dezembro de 2005

ETNIAS INDÍGENA/OCIDENTAL	PROCEDÊNCIA CIDADE/ESTADO	QUANTIDADES PACIENTES/ACOMPANHANTES
Guarani	São Paulo (SP)	1
Guarani	Mato Grosso do Sul (MS)	2
Guajajara	Maranhão (MA)	3
Pankararé	Bahia (BA)	2
Pankararu	Pernambuco (PE)	1
Terena	Mato Grosso do Sul (MS)	2
Suruí	Rondônia (RO)	3
Ikpeng	Xingu	7
Waurá	Xingu	2
Macuxi	Roraima (RR)	2
Sanomã	Roraima (RR)	2
Xucuru	Pernambuco (PE)	2
Apurinã	Amazonas (AM)	2
Sateremawê/ Acompanhante ocidental	Amazonas (AM)	1 / 1
Wapixana	Roraima (RR)	2
TOTAIS: 14 etnias indígenas 1 ocidental	9 Estados 1 Região (Xingu)	17 pacientes 18 acompanhantes

O tempo de permanência varia conforme o tratamento. Há um índio Guajajara que está na casa, com seus dois irmãos acompanhando-o, há quatro

anos. Ele sofreu dois transplantes renais, mas não houve sucesso, está aguardando o terceiro transplante. É o paciente mais antigo. Porém, os dois índios Pankararé, o paciente e seu filho, ficaram três semanas e se foram, desta vez, vieram somente para um retorno e exames relacionados à cirurgia cardíaca realizada.

Em termos de regras de funcionamento, há algumas mais bem-definidas do que outras, que estão em permanente processo de construção, em razão do fluxo constante de pessoas hospedadas, das mudanças na equipe de coordenação e dos questionamentos, por parte da coordenação, que foram aparecendo no período da pesquisa de campo. Os horários de alimentação, bem como o cardápio, salvo restrições alimentares por ordem médica, são os mesmos para todos. O café da manhã é servido das 7:00h às 9:00h. O almoço é servido às 11:00h. O lanche às 14:30h, e o jantar às 17:00h. O horário de visitas segue o padrão hospitalar, aceitando no máximo duas visitas por paciente, diariamente das 15:00 às 16:00h.

No final de 2005 foram contratados vigias que se alternam em turnos e ficam no portão da Casa, que agora é fechado com cadeado. Segundo a coordenação da Casa, esta medida foi importante não somente pela segurança, mas também por conta da grande quantidade de pessoas, visitantes ou não, que *“entravam e saíam quando queria”*.

Na maioria das vezes, as saídas dos pacientes são para o Hospital. Os pacientes são levados pelos acompanhantes nos carros da Casa para seus compromissos agendados. Exames, consultas, cirurgias, tratamentos, principalmente no Hospital São Paulo. Os casos da cardiologia vão para o INCOR.

É permitido sair da Casa para ir à feira-livre, que acontece na própria rua às terças-feiras. Alguns vão também a uma lanchonete próxima. Como a maior parte dos índios não conhece a cidade, não fala bem o português ou não tem conhecidos por aqui, na falta de oportunidade para sair, ficam a maior parte do tempo na Casa.

Alguns sabem pegar ônibus e metrô e dão voltas maiores, geralmente para algum comércio, voltando carregados de presentes e guloseimas. Mas, de modo geral, as saídas são mesmo limitadas. Não podem sair nos finais de semana, nem para visitar parentes. Isto acontece somente mediante um termo de responsabilidade assinado pelos acompanhantes, assim mesmo apenas para os pacientes que não precisam de grande quantidade de medicação.

Há outras regras da Casa que estão em processo de discussão e a instituição destas se dá, nas palavras de uma das coordenadoras, “*enfrentando muita dificuldade*”. É o caso dos hábitos de higiene pessoal, de relações entre os casais, do uso do telefone e dos horários dos lanches.

Quando os índios chegam na Casa, são orientados em relação à higiene pessoal, recebem a toalha e um estojo com sabonete, escova e pasta de dente. Mas os hábitos variam muito conforme as etnias, por vezes, gerando algum tipo de mal-estar.

Do mesmo modo, também varia a possibilidade de se relacionar intimamente com os parceiros, estando em quartos com outras famílias presentes, da própria ou de outras etnias. Para alguns, não há nenhum problema, mas outros se incomodam e reclamam com a enfermagem. Esta se sente impotente para definir regras, pois nenhuma contemplaria todos os costumes. A enfermagem tentou, em certa ocasião, facilitar esta situação promovendo uma ‘oficina’ para discutir o assunto. Cada um colocou a sua posição, mas a maioria optou pela proibição de relacionamentos íntimos durante a passagem pela Casa. Todos juntos fizeram um cartaz com estas regras escritas, que foi afixado na sala de convivência. Após algum tempo, perceberam que não adiantara, pois as regras só eram respeitadas durante o dia, à noite cada um continuava a se comportar segundo seus próprios costumes, independentemente de estar incomodando ou não o vizinho de leito.

Durante o período da pesquisa, houve uma mudança na coordenação da Casa e tentaram estabelecer regras para o controle do uso do telefone, dado o gasto mensal deste item. Houve muitas reclamações por parte dos usuários, que,

muitas vezes, sem acompanhantes, tinham na ligação telefônica a única oportunidade de contato com a família.

Do mesmo modo houve muita discussão em torno da possibilidade de comer frutas durante o dia; a coordenação avaliou que havia desperdício por parte dos usuários e estabeleceu um 'ticket' para cada usuário, para que, sendo controlado pelos atendentes de cozinha, pudesse avaliar a quantidade consumida. Assim, as frutas passaram a ficar não mais disponíveis nas fruteiras da sala, mas guardadas dentro da cozinha, local sem acesso para os usuários.

2 SOBRE A METODOLOGIA

A pesquisa de campo deu-se entre os meses de maio de 2005 e agosto de 2006. As visitas foram, na maioria dos meses, semanais, com exceção dos meses de julho e agosto de 2005 em que foram quinzenais. Nos meses de setembro e outubro de 2005 e janeiro e fevereiro de 2006 não houve visitas. A metodologia adotada foi a da pesquisa participante, em que o pesquisador se insere no campo da pesquisa como parte do grupo que pretende estudar, uma vez que modifica e é modificado pela experiência. Esta modificação é levada em conta, pois o pesquisador está dentro e fora da pesquisa simultaneamente. Não há a definição precisa de sujeito e objeto de pesquisa, esta se dá a partir da relação das partes envolvidas, no campo que se forma entre estas, no espaço do encontro.

Ao longo da pesquisa foram realizadas algumas entrevistas com pacientes e acompanhantes índios, funcionários da CASAI e médicos do Ambulatório do Índio. Dentro do panorama de pesquisa participante, foram considerados material de suma importância as observações, as comunicações pessoais, as informações colhidas em situações informais e os registros em Caderno de Campo.

PESQUISA PARTICIPANTE

Discutindo questões relativas à *observação participante*, o psicólogo JOSÉ MOURA GONÇALVES FILHO (2003) afirma que esta é uma experiência radicalmente diferente de outras modalidades de investigação. Nesta situação, o pesquisador se desloca para bem perto daqueles “em que o fenômeno pega por dentro”, e há, por parte do pesquisador, uma “imersão no campo do fenômeno como uma condição mesma para a mais objetiva revelação do fenômeno” (p.194). Esse posicionamento se articula com as contribuições da Fenomenologia e da Antropologia.

Em um artigo intitulado “De Mauss a Claude Lévi-Strauss”, escrito em 1960, o filósofo MERLEAU-PONTY (1980) descreve a experiência etnológica como

uma incessante prova de si pelo outro e do outro por si. Trata-se de construir um sistema de referência geral onde possam encontrar lugar o ponto de vista do indígena, o do civilizado e os erros de um sobre o outro, construir uma experiência alargada que se torne, em princípio, acessível para homens de um outro país e de um outro tempo (...) a etnologia é a maneira de pensar quando o objeto é “outro” e que exige nossa própria transformação (...) método singular: trata-se de aprender a ver o que é nosso como se fôssemos estrangeiros, e como se fosse nosso o que é estrangeiro. (p.199)

Para MERLEAU-PONTY (1990), a atitude fenomenológica tem muito a oferecer à Psicologia:

O estudo da percepção desenvolvido sem preconceitos pelo psicólogo acaba por revelar que o mundo percebido não é uma soma de objetos no sentido que as ciências dão a essa palavra. (p.85)

(...) Perceber é tornar algo presente a si com a ajuda do corpo, tendo a coisa sempre seu lugar num horizonte de mundo e consistindo a decifração em colocar cada detalhe nos horizontes perceptivos que lhe convenha. (p.92)

Dentro da tradição fenomenológica ainda, em texto sobre a obra da filósofa EDITH STEIN, PEZZELO (2003) explica o conceito de Empatia. Esta seria uma posição de abertura e disponibilidade para aceitar o outro, fundamental para as relações humanas. Para a autora,

é necessária a abertura para o outro, que não quer dizer um dever de amizade, mas certamente é um primeiro grau para a compreensão, para a possibilidade de fundar uma comunidade que possa verdadeiramente dizer-se humana. O fechamento, o isolamento é aquilo que não consente nenhuma cultura; o deixar-se interrogar e colocar-se em discussão, sem medo ou temor de mostrar-se por aquilo que se é, representa o único instrumento que levará a humanidade a transformar-se verdadeira e autenticamente si mesma. (p.115)

Em “Pesquisa participante: alteridade e comunidades interpretativas”, a psicóloga MARIA LUISA SANDOVAL SCHMIDT (2005), retomando observações acerca

da crise nas universidades, realizadas pelo sociólogo BOAVENTURA DE SOUSA SANTOS (em texto de 1995), levanta uma série de questões fundamentais a serem discutidas em pesquisas que buscam a colaboração de indivíduos e grupos, caracterizando a pesquisa participante como um instrumento para a formação de comunidades interpretativas, espaços de integração entre o saber científico e o saber comum.

Nas palavras da autora:

A idéia de comunidades interpretativas faz apelo a uma democratização do saber não apenas em seu momento de divulgação e “aplicação”, mas, além disso, na ordem de sua constituição ou produção. A prática da pesquisa participante é capaz de aglutinar em torno de si tanto a reflexão epistemológica que interessa à ruptura com o paradigma positivista quanto a apreensão crítica das dimensões éticas e políticas das pesquisas de campo, configurando metodologias que promovem uma relação com o outro próxima à idéia de comunidades interpretativas. (p.6)

O termo pesquisa participante carrega uma série de sentidos, no entender da autora, proporcional à

diversidade e pluralidade dos modos de viver e pensar a alteridade e a auto-reflexão na produção do conhecimento sobre a diversidade humana. Posicionar-se em relação a este campo de diferenças é, por essa razão, participar do interjogo de alteridades e identidades que conformam cada maneira de pesquisar. (p.8)

No decorrer da pesquisa, colocaram-se muitas questões sobre a ‘participação’ do pesquisador. Uma vez em campo, em determinada qualidade, não há controle sobre como este se afeta e ‘exige’ certa posição do pesquisador, muitas vezes, representando um deslocamento da postura originalmente concebida. Que repercussões a presença do pesquisador engendra nos membros do grupo que se pretende conhecer, que tipos de comunicação podem se dar, qual o ‘apelo’ dos sujeitos envolvidos?

Apresentando diversas matrizes etnográficas, que originam diferentes linhas de pesquisa, SCHMIDT (2005) lembra que as idéias de ação e intervenção, na pesquisa participante, não são equivalentes, mas guardam íntima relação, pois o pesquisador, cuja presença afeta o campo, campo este que toma a alteridade como co-produtora da mudança social, se vê obrigado a questionar seu comprometimento e engajamento político.

Nessa direção, “a pesquisa participante é propriamente inventada e rompe, até certo ponto, com a tradição etnográfica inaugurada pela antropologia que, embora ‘mergulhasse’ no mundo do outro, desobrigava-se ‘das questões efetivamente sociais das condições de vida dos outros’ (BRANDÃO apud SCHMIDT, 2005, p.9).

A participação da pesquisadora no campo escolhido foi sendo delineada ao longo do percurso, envolvendo mais ou menos ação e intervenção conforme as situações. O que se procurou manter constante foi a atenção à complexidade do “encontro etnográfico”, como também a consciência e disposição para a abertura à “necessária negociação envolvida no encontro com o outro, bem como a necessária apreensão de si mesmo na relação com o outro” (SCHMIDT 2005, p.8).

O que se quer destacar em relação à qualidade da atenção, que se procurou manter ao longo da pesquisa, relaciona-se ao entendimento que a filósofa SIMONE WEIL (1948) tem desta. Em meio ao grande legado da autora, destacam-se suas idéias sobre a atenção, qualidade a qual foi conferido um lugar de modo de apreensão da verdade, de método de compreensão do mundo. Para ela, a atenção não se liga à vontade, mas ao consentimento (p.454).

Nas palavras de ECLÉA BOSI (2003), a atenção da qual fala WEIL

traz consigo uma “liberdade para o objeto”, como se ela cortasse as peias que nos prendem a nós mesmos (....) É uma forma alta de generosidade (....) SIMONE WEIL nos recomenda a que agucemos nossas faculdades para entregar-nos através do olhar e da escuta ao que é secreto, silencioso, quase invisível. (p.210-11)

Além da postura da pesquisadora no campo, também a complexidade do local da pesquisa – uma instituição de saúde que conta, nos grupos indígenas,

com diferenças inter e intra-étnicas, e individuais –, e nos grupos de não-indígenas, com variedades de papéis exercidos na instituição e funções designadas de trato com os índios, além das individuais, para dizer o mínimo, não acolhia uma postura distante e descomprometida.

Pelo contrário, foram vários os chamados: dos pacientes, dos acompanhantes, dos funcionários.

Em texto dedicado a analisar os dilemas da etnografia na modernidade, o antropólogo GEORGE MARCUS (1991) atenta para as negociações que o antropólogo é obrigado a fazer, na atualidade, entre as identidades individuais e coletivas que se propõe a pesquisar. O autor sugere requisitos para uma redefinição e reconstrução do observador e do observado na pesquisa etnográfica atual. No item que discute o tratamento dado ao poder e à ética numa etnografia modernista, destaca-se a colocação de que esta

não é construída explicitamente em torno do conceito de poder e sim do de ética, isto é, a complexa relação moral entre o observador e o observado, da relevância da situação do observado para a situação da sociedade do observador e, por último, a consideração da finalidade crítica que caracteriza a análise etnográfica atual. (p.218)

Para o autor, ainda que esta posição, por revelar contradições presentes na pesquisa e na redação das etnografias, torne o etnógrafo vulnerável a críticas sobre sua própria ética, é justamente por meio de uma consciência ética que se alcançarão os objetivos da etnografia na modernidade.

Nessa direção, destacam-se as palavras de SCHMIDT (2005, p.25) quando enfatiza a ética nos encontros etnográficos, lembrando o modo de como estes são, muitas vezes, parte do processo de conhecimento na pesquisa:

A alternativa de etnografias baseadas em vozes encena a ética das relações entre pesquisador e colaborador ou interlocutor, pondo em curso concepções do encontro etnográfico como diálogo, negociação e interlocuções culturais. Nesta alternativa, a ética das relações entre pesquisador e pesquisado é erigida, por um lado, a partir do interesse do pesquisador pelos sentidos e

significados atribuídos por seu interlocutor à vida social e, por outro, na focalização do próprio encontro como processo de conhecimento. Nestas atitudes vislumbra-se uma abertura para considerar o outro como parceiro na construção de interpretações da cultura e para empreender a reflexão sobre as relações de poder entre pesquisador e pesquisado, bem como sobre o sentido ou a utilidade da pesquisa etnográfica para um e outro.

Até o momento foram apresentadas as fundamentações filosóficas e éticas da opção metodológica adotada. Faz-se necessária a apresentação das chamadas dimensões afetivas da pesquisa de campo, que contaram de modo a constituir o lugar de onde se deu a realização da pesquisa.

Sobre essa dimensão, o antropólogo DA MATTA (1978, p.7), em texto que reflete sobre os aspectos subjetivos que emergem na pesquisa etnográfica, sugere que, para alguns autores, os sentimentos e emoções que se insinuam no trabalho de campo “seriam, para parafrasear Lévi-Strauss, os hóspedes não convidados da situação etnográfica (...)Tais relatos parecem sugerir, dentre os muitos temas que elaboram, a fantástica surpresa do antropólogo diante de um verdadeiro assalto pelas emoções”.

DA MATTA (p.8) traz passagens de seu diário de campo e relatos de outros antropólogos que ilustram momentos ‘tomados’ de aspectos subjetivos, e revela: “É como se na escola graduada tivesse nos ensinado tudo: espere um sistema matrimonial prescritivo, um sistema político segmentado, um sistema dualista, etc...e jamais nos tivessem prevenido que a situação etnográfica não é realizada num vazio e que tanto lá, como aqui, se pode ouvir os *antropological blues!*”

Em texto intitulado “Ser afetado”, a antropóloga e analista JEANNE FAVRET-SAADA (2005) reflete, a partir de um trabalho sobre feitiçaria no Bocage francês, sobre o quanto o afeto é uma dimensão central da pesquisa de campo, criticando o tratamento paradoxal que a antropologia lhe dá, ora negando, ora ignorando seu lugar na experiência humana.

A autora procura descrever esta modalidade de ser afetado como um dispositivo metodológico, distinguindo-o da observação participante e da empatia, e assim esclarecer, de que modo obteve suas informações de campo. Relata que

mesmo para os antropólogos voltados para os estudos de feitiçaria, o que realmente contava nas pesquisas eram os fatos possíveis de serem observados, e as narrativas dos nativos eram desqualificadas, tratadas como proposições falsas, em oposição a palavra do etnógrafo. Os autores negavam a possibilidade de existência de uma feitiçaria rural na Europa atual, e ela, de dentro de uma região onde esta era amplamente verificada, questiona:

Por que um erro empírico tão evidente, tão grande e tão compartilhado? Sem dúvida, tratava-se de uma tentativa absurda de realizar novamente a Grande Divisão entre “eles” e “nós” (“nós” também já acreditamos em feiticeiros, mas foi há trezentos anos, quando “nós” éramos “eles”), e assim proteger o etnólogo (esse ser a-cultural, cujo cérebro somente conteria proposições verdadeiras) contra qualquer contaminação pelo seu objeto (p.156).

De modo radicalmente inverso, FAVRET-SAADA constatou a exigência de ser “pega” por esta singular espécie de comunicação humana que é a feitiçaria. As pessoas do Bocage passaram a falar do assunto com ela, quando acreditaram que estava enfeitiçada, ou que era uma desenfeitiçadora. Para a autora, “ eles queriam que aceitasse entrar nisso como parceira e que aí investisse os problemas de minha existência de então” (p.157). Receosa, inicialmente, de que sua pesquisa se arruinasse, posteriormente a autora se surpreende com a clareza de suas escolhas metodológicas, dizendo que “tudo se passou como se tivesse tentado fazer da ‘participação’ um instrumento de conhecimento” (p.156).

Para FAVRET-SAADA, (2005) a possibilidade de entender o que se passava com as pessoas com quem trabalhava, a compreensão do sistema de feitiçaria que pesquisava, foi sendo dada pela própria experiência do lugar em que se encontrava. Um sistema que não permitia representação, “eu estava justamente experimentando esse sistema, expondo-me a mim mesma nele” (p.158).

O ponto que a autora parece considerar essencial nesta modalidade de etnografia relaciona-se a uma abertura para diferentes formas de comunicação: “o próprio fato de que aceito ocupar esse lugar e ser afetado por ele abre uma

ERRATA

No último parágrafo da página 41, leia-se:

O ponto que a autora parece considerar essencial nesta modalidade de etnografia relaciona-se a uma abertura para diferentes formas de comunicação: “o próprio fato de que aceito ocupar esse lugar e ser afetado por ele abre uma comunicação sempre involuntária e desprovida de intencionalidade e que pode ser verbal ou não” (p.159).

A partir do reconhecimento de que a comunicação verbal e voluntária, que se dá na etnografia, não informa sobre aspectos não-verbais e involuntários da experiência humana, a autora afirma que é preciso dar estatuto epistemológico às situações de comunicação não intencional. FAVRET-SAADA (2005) lembra casos de etnografias em que o etnógrafo descreve aspectos singulares de sua pesquisa de campo, justamente, quando é invadido por uma situação ou por afetos. E as informações que este obtém destas situações nunca são descritas em referência a alguma intensidade afetiva ocorrida no momento, aparecem num mesmo registro que as outras informações colhidas, de maneira verbal e intencional.

Comenta, em tom irônico, que “virar um etnógrafo profissional é tornar-se capaz de maquiar automaticamente todo episódio de sua experiência de campo em uma comunicação voluntária e intencional visando o aprendizado de um sistema de representações nativas” (p.160), e reivindica que todas as questões ligadas ao que chamou de “opacidade essencial do sujeito frente a si mesmo” (p.161), ou seja, a capacidade de ser afetado, dando legitimidade a esta experiência, e deste lugar obter conhecimento sobre um sistema que se pretende conhecer, sejam postuladas e colocadas no centro das análises antropológicas.

Sendo antropóloga e analista, descrevendo seu método de trabalho em campo, FAVRET-SAADA (2004) traça uma relação de semelhança entre a postura que propõe ao etnólogo em campo com a da situação analítica. Para a autora, a “atenção flutuante” com a qual o psicanalista trabalha, supõe uma capacidade de deslocamento que para ela é fundamental para o trabalho de campo, pois ocorrem momentos de “grande passividade, onde não temos o controle da situação.” Trata-se de “arriscar sua pessoa num método desconhecido, se deixando manipular, afetar e modificar pela experiência do Outro, reconhecendo uma opacidade constitutiva da comunicação humana” (p.27-28)

Durante a pesquisa, foram aparecendo questões sobre a especificidade do modo de escuta e de atenção do psicólogo, bem como dos modos de participação no campo. Uma vez que os limites entre ação e intervenção não estão delimitados previamente, qual seria o lugar do psicólogo em campo? Mais precisamente, desta psicóloga neste campo?

previamente, qual seria o lugar do psicólogo em campo? Mais precisamente, desta psicóloga neste campo?

Como 'responder' aos apelos, dos indígenas, pacientes e acompanhantes, e dos não-indígenas, funcionários de saúde e de administração?

O lugar de uma espécie de 'intermediadora' foi se desenhando aos poucos, como se este campo, lembrando a expressão de MERLAU-PONTY (1965), "exigisse" este lugar.

CADERNO DE CAMPO

O Caderno de Campo revelou-se um instrumento valioso, tanto de registro das comunicações pessoais, observações e impressões, como de articulação mais elaborada, da experiência. No momento em que se davam os registros, muitas vezes, emergiam questões acerca do acontecido, o que permitia certo distanciamento do fato e, paradoxalmente, uma sensação de apreensão mais aguda deste.

Em texto sobre o assunto, o antropólogo JOSÉ GUILHERME MAGNANI (1996, p.3) lembra que o caderno de campo é um instrumento indispensável para o etnógrafo, e levanta a questão de qual seria a importância deste no ofício do antropólogo.

Para o autor, o Caderno de Campo,

para além de uma função catártica, pode ser pensado também como um dos instrumentos de pesquisa. Ao registrar, na linha dos relatos de viagem, o particular contexto em que os dados foram obtidos, permite captar uma informação que os documentos, as entrevistas, os dados censitários, a descrição de rituais, – obtidos por meio do gravador, da máquina fotográfica, da filmadora, das transcrições – não transmitem.

Os momentos de registro das experiências no caderno de campo foram essenciais para registrar os acontecimentos e as referidas informações que outros instrumentos de pesquisa não captam, mas também para o processo de reflexão

sobre os dados, auto-reflexão e *insights* da pesquisadora sobre os acontecimentos e relações estabelecidas.

Conforme escreve MAGNANI (p.3) “Diante da cultura dos outros, somos todos aprendizes e, quase sempre, aprendizes desajeitados.” O caderno ofereceu espaço para que, através da escrita, as experiências do campo, sempre inéditas, fossem se “ajeitando” de maneira singular, seja na forma de descobertas, seja na de dúvidas.

Em relação ao texto propriamente dito, resultado de uma determinada experiência etnográfica, o antropólogo CLIFFORD GEERTZ (2005, p.20), levanta importantes questões sobre a identidade autoral – “como se evidencia no texto a ‘função- autor’?” - e sobre a questão do discurso – “de que o autor é autor?” - entre outras. Para o autor, as etnografias são textos científicos produzidos a partir de experiências biográficas, e a dificuldade está em que, esta “estranheza” do caráter do texto, de um modo geral, não é trazida à discussão.

Como leitor de algumas etnografias, o autor escreve que, “descobrir onde se situar num texto do qual, ao mesmo tempo, espera-se que seja uma visão íntima e uma avaliação fria é quase tão desafiador quanto chegar a essa visão e fazer a avaliação” (p.22). Cada experiência é única e portanto traduzida, ou relatada, de maneira singular. Nesse sentido, a escrita etnográfica atual pode ser considerada uma espécie de arte literária.

Este entendimento carrega riscos, uma vez que a escrita que descreve determinada experiência etnográfica pode conter artifícios de sedução verbal, de ideologia sob a aparência de ciência e de esteticismo. Assim corre-se o risco de se tomar a “antropologia como uma boa leitura” (2005, p.186). Mesmo assim, para o autor “é válido correr os riscos porque isto leva a uma completa revisão de nossa compreensão do que é abrimos (um pouco) a consciência de um grupo de pessoas à forma de vida de outras, e dessa forma a nossa própria. (...) A etnografia é acima de tudo uma interpretação do real, uma vitalidade fraseada”(GEERTZ, 1989, p.62).

Para o psicanalista FRAYZE-PEREIRA (2007, p.2), a narrativa de um caso clínico é tomada como uma *forma*, resultado de um

movimento que vai da experiência à teoria e desta à experiência, num movimento pendular sem esperança de fim (...) Nesse sentido, um relato clínico, seja ele bem escrito ou mal escrito, comum ou incomum é sempre a expressão daquele que o enunciou a partir de sua experiência junto ao seu outro.

FRAYZE-PEREIRA (2007, p.3), comentando as ideias de HANLY (2006), para quem “é a pessoa do analista – personalidade, inteligência e conhecimento – o principal instrumento de seu ofício”, entende que a escrita de um caso, quanto mais próxima estiver da forma literária, refletirá certo grau de elaboração da experiência de seu autor.

Referindo-se a este aspecto do texto etnográfico, que o toma como espaço de elaboração e reflexão, SCHMIDT (2005, p.26) afirma que

o texto é, até certo ponto, a certificação, por escrito, de algo presenciado e vivido, uma espécie de testemunho único, uma vez que os trabalhos de campo não podem, simplesmente, ser replicados. Mas é, ainda, o próprio trabalho do pensamento, muito mais do que o relatório de dados e conclusões já acondicionadas em algum lugar da mente.

ENTREVISTAS

Foram realizadas 5 entrevistas com indígenas, 2 com médicos e 3 com funcionários. Ao longo da pesquisa, no entanto, decidiu-se privilegiar as observações e as comunicações pessoais, tanto de indígenas como de funcionários, que foram continuamente registradas no Caderno.

As entrevistas com os indígenas foram abertas, seguido um roteiro elaborado no período exploratório da pesquisa, que procurava conhecer o modo como os pacientes e acompanhantes se sentiam e compreendiam a experiência na Casa (ANEXO 4). O roteiro norteou também as observações, pois se propunha a acompanhar o processo de cada indígena na instituição, em suas particularidades e subjetividades.

As entrevistas foram realizadas após alguns encontros prévios com cada entrevistado, de forma a permitir um vínculo de confiança com cada participante.

Toma-se a reflexão sobre o diálogo entre amigos, de HANNAH ARENDT (2002), para ilustrar a postura que se quis adotar, tanto nas entrevistas, como nas conversas. Em um artigo intitulado 'Filosofia e política', ela afirma que

o elemento político, na amizade, reside no fato de que, no verdadeiro diálogo, cada um dos amigos pode compreender a verdade inerente à opinião do outro. (...) Este tipo de compreensão – em que se vê o mundo (como se diz hoje um tanto trivialmente) do ponto de vista do outro – é o tipo de *insight* político por excelência. (p.99)

E ainda as palavras de Bosi (2003), que, escrevendo sobre entrevistas, afirma que “a entrevista ideal é aquela que permite a formação de laços de amizade; tenhamos sempre na lembrança que a relação não deveria ser efêmera (...) da qualidade do vínculo vai depender a qualidade da entrevista” (p.60). A autora sugere que numa entrevista onde o vínculo entre entrevistador e entrevistado envolve a responsabilidade de um pelo outro, ambos sairão gratos da experiência, um pelo que aprendeu e outro pelo orgulho do que pôde contar.

Alguns dos indígenas e funcionários expressaram materialmente este sentimento: surpreenderam a pesquisadora abraçando-a, presenteando-a após as entrevistas ou após uma série de conversas: cestos e colares trazidos da aldeia; colares feitos por parentes de outras etnias, comprados ali mesmo, de hóspedes da Casa.

As entrevistas com os médicos foram abertas seguindo roteiro elaborado após período de convivência com os índios da Casa (ANEXO 5).

As entrevistas com os funcionários foram abertas e destinavam-se a conhecer um pouco da história da instituição e as mudanças nas políticas de saúde indígena, o funcionamento da Casa, a dinâmica da equipe, a relação com os indígenas.

As palavras de Bosi (2003) refletem a postura que se quis adotar em relação às entrevistas:

Pesquisadores de campo, somos hamletianos, desconfiamos do discurso desenvolvido, sem lastro. Estamos sempre à procura do que está ainda inexpresso e do que hesita em ser capturado pela interpretação. (p.65)

3 OS ÍNDIOS NA CASAI

Em vez de depender do Juruá, eu queria parceria.

Timóteo Verá Popyguá

Durante a pesquisa, passaram por ali muitos pacientes e acompanhantes, de variadas etnias, diferentes problemas de saúde, cada um com uma relação específica com a experiência de vir se tratar em São Paulo.

Neste capítulo, serão apresentados fragmentos de falas dos indígenas. De maneira alguma pensa-se 'os índios' de forma genérica e massificada, como uma categoria. Pelo contrário, o objetivo é mostrar o que se observou como fala que se repetia nas conversas com indígenas de diferentes etnias. Quais os temas que se repetiam, nas conversas e entrevistas com os pacientes e acompanhantes, independente de alguns fatores, como quadro de saúde do paciente, etnia, região da qual veio, tempo de permanência na Casa, número de acompanhantes, entre outros.

A proposta de apresentar os temas observados repetidamente nas falas de índios pertencentes a grupos tão distintos pode ser a tentativa de encontrar o que seria a 'cultura local' na CASAI, o modo como se articulam tantas diferenças entre si.

Em meio a tantas propostas de políticas de atenção à saúde indígena, falas e documentos da FUNASA, cursos que discutem o tema, a preocupação que moveu a pesquisa foi a de escutar a voz do índio, trazer a sua fala para a discussão.

O fato de haver repetições nas falas de pessoas de culturas tão diferentes, que se desdobraram nos quatro temas intitulados ALIMENTAÇÃO, PRIVACIDADE/CONVIVÊNCIA, ATIVIDADES e TEMPO, leva a pensar que talvez existam aspectos do funcionamento da Casa que possam ser revistos, refletidos e, quem sabe, reformulados.

Acredita-se que esta reformulação, porém, não deve refletir a ausência atual de participação indígena no processo de construção e implantação das políticas de saúde. Pelo contrário, sem a efetiva inclusão da palavra dos usuários indígenas nos processos de discussão e efetivação das políticas de saúde, as

queixas, reclamações e problemas tendem, acredita-se, não somente a continuar como também a piorar.

ALIMENTAÇÃO

O tema que mais se repetiu nos vários contatos estabelecidos, seja em conversas informais, seja nas entrevistas, foi o da alimentação. Em uma das primeiras visitas do período exploratório, houve uma atividade da equipe de enfermeiros, auxiliares de enfermagem e da cozinha com todos os hóspedes da Casa para discutir esta questão. Antes de passar para a fala dos índios, apresenta-se o fragmento do Caderno de Campo que descreve a 'oficina de alimentação' e as reflexões sobre esta, escritas na ocasião:

Conversava com um paciente Kapinawá, em um dos quartos, quando um enfermeiro nos chamou para a oficina. Sentamos todos na sala, desta vez eram muitos os participantes, reunidos para, com a presença de uma funcionária responsável pela cozinha, discutir sobre alimentação na CASAI. O enfermeiro lembrou aos presentes que havia sido entregue um abaixo assinado contendo reclamações sobre a alimentação e este era o motivo do tema desta oficina. Ele pediu que os reclamantes se manifestassem diretamente a funcionária.

Os participantes foram, um a um, se colocando em relação ao tema. As mulheres permaneceram em silêncio durante toda a reunião e, ao final, depois de uma hora e meia, não havia mais nenhuma na sala.

Um índio Pankararé da Bahia, começou reclamando do pão, pedindo para comer biju. Outros aprovaram a idéia. A funcionária não sabia o que era, todos explicaram, ponderaram onde poderiam encontrar. Vários reclamaram do suco artificial, pedindo mudança para suco de fruta. Ela vai anotando tudo para depois explicar cada item, o que dá e o que não dá para mudar, o prazo da mudança etc... Um índio Kapinawá de Pernambuco, reclama que em um mês 'pegou açúcar no sangue'. Pede para servirem café menos doce.

Em relação ao almoço, jantar e sobremesa, quase todos reclamaram do peixe e da carne congeladas. Preferem comer os alimentos frescos, pois os congelados perdem o sabor. Gostariam também que o peixe viesse melhor cozido

ou frito, sem o sangue. Pedem farinha d'água e macaxeira para comer junto. Um índio Kaiabi do Mato Grosso, gostaria de comer somente peixe: 'eu sou criado com peixe, cada etnia tem seu costume'. Um outro, Guarani, murmura baixinho que não come peixe. O Kaiabi não come peixe do mar, o índio Kapinawá dá sugestões de alguns peixes sem espinhas por causa das crianças, todos concordam. Um outro índio Guarani, quer ordenar a discussão, fala que todos reclamam mas quando vem a comida, comem!

Dois índios Guajajara do Maranhão, falam de vários tipos de carnes que gostariam de comer: bife a rolê, carne assada, costela. Gostam muito de churrasco. Contam da experiência do último final de semana, eles mesmos prepararam a carne na churrasqueira, gostaram muito. Combinaram de fazer mais churrascos aos finais de semana.

O enfermeiro propõe que as mulheres vão à cozinha para ensinar a fazer o biju. Nenhuma se pronuncia, os homens gostam da idéia; a funcionária da cozinha diz que pode receber no máximo duas. Conversam sobre a sobremesa, gostariam de mais melancia e sorvete.

A moça da cozinha quer conversar sobre os horários das refeições e sobre as reclamações que recebeu sobre as atendentes da cozinha. Depois de ponderarem, estabelecem mais uma norma de convivência sobre o limite de horário para o café. Havia muita gente dormindo até mais tarde e pedindo café em um momento que as atendentes estão ocupadas com o almoço, recebendo respostas não muito gentis. Falaram de cada atendente e chegaram à conclusão que elas têm jeitos de ser muito diferentes entre si, algumas mais expansivas e brincalhonas, outras mais reservadas, mas nem por isso mal-humoradas.

O enfermeiro anuncia o final da reunião, avisa que na segunda-feira terão uma oficina com a presença de duas pessoas do Alcoólicos Anônimos para conversar sobre Alcoolismo.

A impressão que ficou desta oficina é que a equipe estava profundamente ressentida pelas críticas feitas pelos indígenas e esta foi a hora de confrontação das posições de cada um.

Apesar de, formalmente, a experiência parecer democrática, no sentido de todos poderem falar, serem levados em conta, na prática, havia um tom autoritário por parte da equipe, quase desaprovador das críticas. Além disso, havia um tom semelhante a um interrogatório, como se quem tivesse assinado o protesto agora fosse se esconder e precisasse ser delatado. Os membros da equipe pareciam tensos. Novamente as pessoas foram indagadas de uma maneira apressada,

objetiva, não tomando a oficina um espaço de conversa e trocas e sim de cumprimento de tarefa. Como se fazê-las fosse obrigatório, e fosse preciso obter resultados rápidos destas. Não que não haja assuntos a serem resolvidos, mas foi uma experiência delicada participar da oficina. (05/2005)

Aqui se apresentam dois aspectos principais: o da repetição do tema por parte dos índios; e o da possibilidade de a equipe acolher e dar continuidade a essas questões, lidando com tantas diferenças. O segundo aspecto será discutido no próximo capítulo.

Apareceram queixas sobre a comida muito diferentes entre si, o que ilustra como as preferências culinárias de cada grupo indígena variam enormemente: alguns reclamam do tempero, outros acham sem gosto; uns reclamam da pouca variedade, outros prefeririam sempre determinado alimento. Mesmo depois da oficina descrita, as queixas permaneceram.

Além disso, as restrições alimentares impostas por diferentes condições de saúde, como pelos diversos grupos indígenas, variam consideravelmente. Nessa situação foi feito um arranjo, uma espécie de negociação dos índios com a equipe, de maneira a tentar resolver a questão.

Uma índia Terena do Mato Grosso do Sul, que faz tratamento na cidade e se hospeda na CASAI há 7 anos, foi escolhida como a representante dos índios para fazer a mediação entre estes e a equipe da cozinha, e conta, em entrevista, como se deu o processo:

Numa reunião, o enfermeiro falou assim: "nós vamos ter que ter uma coordenadora, tomar conta só da cozinha". Aí eu falei: é seria bom, ver o que os índios querem, o que eles não querem. Aí vai na coordenadora e pede, fala com ela, ela vai lá e fala com a cozinheira, se a cozinheira chegar e falar que não tem, não dá, ela vai lá, fala com a chefe e o enfermeiro, eles ligam pra chefe da cozinha e falam pra elas o que os índios realmente querem. Aí o doutor deu o exemplo: "a (nome) é a coordenadora da cozinha..." daí todo mundo "quem é, quem é (nome)?" aí o enfermeiro falou: "ela está ali, não sei o que. E pra quem não conhece, ela já tem 5 anos aqui, vive aqui na Casa, conhece aqui dentro, ela sabe como é e como não é. Tudo o que vocês precisarem, o que vocês acham

que vocês querem, tá salgado ou não, tudo o que vocês precisarem, vão nela, falam com ela". Daí eu fiquei quieta, o que eu ia dizer? E foi o que fizeram e até hoje tá assim.(05/2006)

Esse arranjo permitiu que se pensasse em, por exemplo, um cardápio semanal que passou a ser fixado no quadro da sala, para que todos pudessem ver e opinar, através da representante, sobre as escolhas.

Mas nas conversas mais íntimas, as queixas permaneceram. Além disso, alguns pacientes se ressentiam de ter que sair do quarto para comer. Foram surgindo algumas questões: será que a queixa sobre a comida, que tanto aparece, carrega uma reclamação que é um incômodo com o momento da alimentação? Incômodo que diz respeito ao que representa o momento da refeição, e não somente sobre a comida propriamente dita?

A antropóloga CARMEN JUNQUEIRA conta, em entrevista para pesquisa, que os Kamaiurá, por exemplo, não gostam de comer em público. Preferem, em suas casas, comer perto de suas redes ou em lugar mais discreto.

Do mesmo modo, ORLANDO VILLAS BOAS (2000), em livro que descreve os aspectos gerais da cultura Xinguana, tomando as várias tribos do Xingu em conjunto, uma vez que, para o autor, "as poucas diferenças de comportamento que esta ou aquela tribo revelam não justificam que lhes sejam atribuídas índoles diferentes" (p.16), relata que, apesar de a maloca do índio ser uma morada coletiva de aparentados, não há uma cozinha que sirva para todos. Cada grupo faz seu próprio fogo. E mesmo a vida na aldeia, não é, necessariamente, de comunhão diária entre seus membros: "O distanciamento faz parte do dia-a-dia da aldeia" (p.32).

E ainda BETTY MINDLIN (2006), relatando a longa convivência com os Suruí, faz uma observação que chama a atenção: "A vida se faz de muitas trocas, com ruído e alegria. O afeto circula impregnado na comida. Cada prato, cada manjar encontrado no mato é desejado por si mesmo e porque pode ser dado aos outros" (p.14)

Há também, para cada grupo indígena, um determinado ritual ligado ao momento de comer. Por outro lado, há um elemento que parece comum às várias

culturas indígenas, que diz respeito aos horários de refeição. Geralmente, nas aldeias, come-se a qualquer momento, sem horário definido para as refeições e, se há alimento disponível, come-se o dia todo.

Em *Nossos índios, nossos mortos*, livro que conta a dramática história dos índios brasileiros, EDILSON MARTINS (1978) refere-se a este aspecto como a “plenitude do viver” dos grupos indígenas, afirmando que o índio “não aceita viver sem liberdade. Essa é uma condição de que ele não abdica, já que a vida sem liberdade contraria toda a sua essência, adultera sua visão de mundo” (p.40).

Em um dos momentos em que houve solicitação para intervir na questão da alimentação, parecia tratar-se de uma situação em que estava em jogo, apesar da fala manifesta, uma profunda necessidade de acolhimento: Um índio Suruí de Rondônia, contou chorando que seu pedido na cozinha havia sido negado. Ele, sua mulher e seu filho estavam enjoados da comida e pediram ovos, em vez de carne. O fato de não ser atendido por ninguém o deixou muito angustiado. Disse que, desse modo, não comeria mais ali, que pensava em ir embora. Chegou a pedir para que a pesquisadora tomasse conta de sua mulher, pois ia para casa “ver como estão as coisas” e logo voltaria.

Também uma índia Terena, irmã e acompanhante da representante da cozinha, em certa ocasião, em que se conversava sobre a comida da Casa, descrevia a farofa que sua mãe fazia e se emocionou, percebendo que a saudade da farofa era também saudade da mãe, saudade de casa.

Desse modo, entende-se a questão da alimentação na Casa, trazida pelos índios como reclamação da comida servida, para além das diferenças dos hábitos alimentares, que tanto apareceram na oficina descrita. Parece que alguns indígenas reclamam atenção, acolhimento e reconhecimento.

Há demanda de uma espécie de atenção que, apesar da proposta formal da política de saúde e do empenho de grande parte dos profissionais envolvidos, não parece ser contemplada pela equipe.

Alguns indígenas solicitam a coordenadora da cozinha, e sua irmã, para situações que nada têm a ver com o assunto culinário. Segundo ela

a gente puxa conversa com os índios. A gente sempre pergunta o nome, qual é o problema, há quanto tempo está na Casa. E vai indo, vai indo e eu acho que se acostumam com a gente, aí na hora de perguntar alguma coisa, de precisar de alguma coisa, vai lá. (...) Na verdade eles chegam e falam assim: "como é que eu faço para pedir isso e isso?" Fruta, sabonete, pasta de dente, na verdade eu tomo conta geral dessa casa. (05/2006)

Se, por um lado, há a solicitação para intermediação de alguém que, como as irmãs Terena, apesar de serem usuárias do serviço, se mostram mais disponíveis em determinada qualidade de atenção, do que parte da equipe de saúde, assunto que será discutido no próximo capítulo, por outro, há uma possibilidade de integração do grupo que ali, junto, se hospeda. Talvez esta seja importante, uma vez que necessariamente partilham do mesmo espaço. Uma situação em que isso ocorre é quando fazem churrasco, ocasião tão esperada e festejada pelos índios. Acendem o fogo no jardim da Casa e ali passam boa parte do dia, assando carne ou peixe, comendo e conversando.

PRIVACIDADE/CONVIVÊNCIA

Pensa-se em integração do grupo, pois esta situação conduz ao outro tema que aparece repetidamente: a questão da convivência forçada com diferentes etnias e a necessidade de privacidade por boa parte dos índios. Ao final do primeiro mês de pesquisa de campo, houve um problema de vazamento no andar de cima da Casa, necessitando de uma reforma. Por esse motivo, alguns dos pacientes foram transferidos para a antiga CASAI, no bairro do Paraíso. Lá as acomodações eram diferentes, improvisaram quartos em pequenos cômodos, como área de serviço, copa e outros, onde foram acomodados casais ou pequenas famílias. Apresenta-se um fragmento do Caderno de Campo, da ocasião de contato com o tema:

Encontrei em um destes pequenos cômodos o casal de Pankararé da Bahia. Ele estava muito feliz, pois, finalmente, havia feito a cirurgia do coração, em breve estaria voltando para casa. Sentei-me e conversamos um pouco. Eles disseram estar bem melhor instalados nesta casa. Na outra tinham que dormir junto com outras pessoas, não tinham privacidade. Apesar desta ser menor, não ter área verde, não ter casa de reza, disseram gostar mais de estar ali. Contaram um pouco sobre os costumes na aldeia deles, as casas também são de alvenaria, as famílias moram separadas umas das outras, não se acostumam com o esquema de algumas outras etnias. Têm hábitos higiênicos que outras etnias dispensam, bem como valores em relação ao que seja intimidade, privacidade, que outros não têm. Tiveram algumas discussões no período que estiveram aqui, disseram que foram eles que sugeriram, nas oficinas, a idéia das 'regras de convivência' que hoje vigoram na Casa. Reclamam de que estas somente são respeitadas no período do dia, à noite, como não há quem tome conta, ninguém respeita. Eles não partilham mais de seus costumes tradicionais. Os dois viraram crentes e têm feições muito semelhantes às do branco. Ela teve que 'provar' que era índia, houve um conflito com os outros indígenas da Casa. O período que passaram aqui foi marcado por conflitos e sensação de invasão e desrespeito. Os dois estavam felizes em se verem recolhidos em sua privacidade, fazendo planos para a volta e chegada em casa.(08/2005)

Em outra ocasião, novamente na nova Casa, conversava com uma família de Suruí, que partilhava o quarto com um casal Juruna, um pai e seu filho Guarani e uma família de Zoró. Os Suruí e os Zoró são etnias que carregam uma história de inimizade e lutas (MINDLIN, 2006). Como dormir tranquilo junto ao inimigo?

A índia Terena conta, justamente, que não dá para dormir perto de quem se teme, ainda que o temor seja, posteriormente, reconhecido como fruto de uma fantasia:

Na minha primeira vez eu morria de medo quando eles falavam assim que ia vir Xavante. A primeira coisa que eu imaginava era o Xavante chegando com aquele brinco, com a flecha na mão e sem camisa, só de shortinho...meu medo era de chegar e comunicar com eles porque assim, o pessoal daqui falava que o índio, eles comiam gente.(...) Ficava imaginando, será? Pegava uma mesa pra

*sentar e só ficava naquela mesa, só eu e minha irmã, não queria ninguém (...)
Antes de dormir era assim, era Xavante, era Xinguano e uma tribo que não
lembro. E aqueles índios, parecia que você olhava pra eles e só de olhar você se
arrepiava tudinho. Eu falava pra minha irmã: não vou dormir não! (05/2006)*

Depois de certo tempo, ela foi conversar com o pessoal da enfermagem, que a tranqüilizou em relação aos seus medos. Mesmo assim, na ocasião da entrevista, ela e sua irmã estavam hospedadas no hotel e demonstraram bastante satisfação por isso: *“lá é só a gente, a gente não se mistura, então a gente tá à vontade lá.”*

Os dois casos descritos são de indígenas que atualmente moram em aldeias urbanizadas. Tanto o casal Pankararé, como a paciente Terena, moram em casas de alvenaria e dormem em camas. Nesse sentido, são índios com hábitos semelhantes aos dos não-índios. Mas, mesmo alguns indígenas que moram em aldeias fora da zona urbana, em casas coletivas, têm o hábito de não se misturarem.

Segundo JUNQUEIRA (2007), em entrevista para a pesquisa, no caso dos Kamaiurá, as famílias nucleares – marido, mulher e filhos – se agrupam separadamente. Nas palavras da antropóloga, *“talvez o fato de a casa ter muitos moradores, a privacidade é muito valorizada e ninguém invade o espaço do outro.”* Em relação à ‘mistura’ que encontram na Casa, a pesquisadora comenta: *“Não creio que gostem de dormir junto a desconhecidos. Muitas etnias têm velhos atritos entre si. Eles devem conhecer muitas etnias pessoalmente, ou de ouvir falar. Desconhecido, antes que se prove o contrário, é sinônimo de inimigo”.*

O aspecto da privacidade aparece, também, nas palavras de MINDLIN, descrevendo a Casa Grande da aldeia dos índios Suruí de Rondônia:

Mais para dentro, dos dois lados da casa, há pares de esteios de madeira unidos por vigas a um metro e meio do chão, como se fossem uma linha divisória, repartindo as famílias nucleares: cada homem com suas mulheres e filhos. São verdadeiros quartos sem parede para cada homem e sua prole (...) Cada pequeno grupo familiar tem um fogo para cozinhar, na sua “sala”, além da fogueira e dos

panelões da porta. E debaixo de cada rede faz-se um fogo à noite, as mulheres interrompendo o sono a todo momento para buscar mais lenhas e reavivar as chamas. (p.13)

Toma-se a necessidade de privacidade como um importante elemento a ser refletido e considerado, posteriormente, pela equipe da Casa. A questão se repete para diferentes indivíduos, e talvez a equipe pudesse, por exemplo, refletir sobre os critérios relevantes para a composição dos quartos, como também pensar em uma espécie de 'divisória' dentro deles.

No entanto, há por parte de alguns indígenas, o esforço de aproximação, uma vez que a convivência é necessária. Uma iniciativa para conhecer e quem sabe aprender algo sobre o outro. Uma atitude que se entende como um arranjo, no sentido de ser o modo encontrado para lidar com tantas diferenças em cada situação apresentada.

Diversas vezes presenciou-se um índio aprendendo artesanato com outro, de outra etnia. Em certa ocasião, um índio Xavante ensinava sua língua a índios Guajajara de zona urbana. Em outra, em conversa, no quarto, com uma família de Ikpeng, do Xingu, houve o convite para assistir a um filme, do qual haviam participado, sobre a cultura deles. Pedimos licença e nos sentamos no quarto vizinho, único da Casa que possuía um aparelho de DVD, cômodo que hospedava Guajajara. Sentamos nas camas e, durante a projeção, os outros indígenas faziam perguntas e teciam comentários comparativos sobre determinadas situações mostradas: *"em minha aldeia é diferente, fazemos assim..."* e explicavam as diferenças.

Apesar de essa experiência ter ocorrido sem planejamento, pois o convite fora um modo de Ikpeng contarem detalhes sobre sua cultura, assunto que se falava no momento do convite, a troca foi riquíssima. Pode-se imaginar o quanto, tanto os indígenas como os não-indígenas se beneficiariam com mais oportunidades destas na Casa.

A freqüentemente difícil estadia em São Paulo, para um tratamento, ou para acompanhar um parente, onde, nas palavras de uma índia Terena, acompanhante, que mora em aldeia, *"você dorme escutando carro e acorda*

escutando carro", quando, em alguns meses do ano, se encontra um clima deveras frio e, por isso, "*ficamos o dia todo na cama*", nas palavras de uma Índia Macuxi de Roraima, pode ser amenizada pelo calor que as trocas humanas proporcionam.

Contando sobre a primeira vez que voltou para casa, depois da vinda a CASAI, uma paciente Terena ri: "*Minha mãe conta que eu voltei pra casa diferente, que eu era quieta e cheguei lá bagunçando (...) eu era, antes, acho, que a mais quietinha da Casa, era eu*" (05/2006).

Também a Índia Macuxi entrevistada para a pesquisa, fez forte amizade com um casal Pankararu de Pernambuco, companheiros de quarto. Era à afilhada deles que a moça confiava os cuidados de sua filha, para poder sair às compras. Nos raros momentos de passeio na cidade, foi justamente conhecer a casa dos parentes do casal.

ATIVIDADES

Outro tema que apareceu repetidamente ao longo da pesquisa de campo foi o da falta de atividades na Casa e a necessidade de fazer algo.

Alguns indígenas justificavam o fato de não saírem de suas camas por não terem o que fazer. Não era incomum, durante o período das visitas, encontrar praticamente todos os hóspedes, independente de serem pacientes, deitados.

Aqui também encontram-se os arranjos que foram se estabelecendo para lidar com as diversas situações.

Nos diferentes períodos em que passou aqui, pois fazia acompanhamento de um problema cardíaco, um índio Pankararé da Bahia não só construiu em 3 dias uma linda maquete da Casa, que doada por ele à instituição, atualmente se encontra no hall de entrada, como aprendeu a tecer cestos de palha com um parente Guarani, e ainda se interessou por aprender a língua de alguns companheiros que ali encontrou.

As irmãs Terena, além de limparem a mesa de refeições, vez por outra pegam uma vassoura e se põem a varrer e limpar os quartos. Os funcionários da limpeza quando presenciam a situação, insistem que esta é uma função deles. Elas fazem “escondido”, pois não agüentam ficar paradas.

Algumas mulheres ressentem-se de não poderem preparar o alimento que irão comer junto de sua família.

Conversando com um índio Ikpeng do Xingu, sobre a vida na aldeia, ele reclamava da coordenação da Casa, por eles não deixarem acender o fogo, limpar e fazer o próprio alimento. Questionado, na ocasião, de como se sentia tendo tantos funcionários fazendo as coisas para ele, como cozinhar, limpar... ele pareceu achar engraçada a pergunta, riu muito e respondeu: *“a gente volta pra casa com a mania dos brancos. Não quer fazer mais nada”* (06/2006).

O que se observa na Casa, em um primeiro momento pode ser interpretado como um ambiente permeado por um clima ‘depressivo’, decorrente, talvez, do fato de ser uma instituição de saúde: as pessoas estão ali para realizar um tratamento. Além disso, as condições de saúde das pessoas que ali se encontram são, em sua maioria, consideradas graves. É freqüente encontrar os índios ou deitados em suas camas ou assistindo televisão. Em um segundo momento, no entanto, depois de freqüentar a Casa, conhecer um pouco as pessoas que ali estão e o funcionamento da instituição, o clima do ambiente pode ser entendido também de outra forma.

JUNQUEIRA comenta, na referida entrevista (2007), que quando alguns índios Kamaiurá estiveram por um período longe de sua aldeia, em Ubatuba, capinavam o dia todo, varriam e limpavam.

A antropóloga, no livro *Antropologia Indígena* (2002), relata que o trabalho nas comunidades indígenas é intercalado com horas de descanso e lazer, mas atividades de obtenção (caça, pesca e roça) e preparo dos alimentos são diárias. Além disso,

o sentido da vida comunitária reside em larga medida na realização regular das festas e cerimônias, nos contatos com amigos, visitas a parentes, em formas variadas de lazer e de manifestação artística. O trabalho propriamente dito fica,

dessa forma, circunscrito à função de prover a subsistência e à obtenção de outros recursos para que esse objetivo central seja assegurado. Trabalha-se o tempo necessário para se alcançar uma abundância relativa, culturalmente definida. (p.59)

Ou seja, o cotidiano é de trabalho, descanso e de várias outras atividades que vão dando sentido individual de pertencimento à comunidade e coesão ao grupo.

E dentro de cada grupo, cada indivíduo tem sua tarefa, que lhe será destinada a partir de suas habilidades, de maneira racional, garantindo o equilíbrio doméstico (VILLAS BOAS, 2000).

Muitos dos indígenas que vêm para Casa têm, em seus locais de origem e morada, um modo de vida que apresenta esta organização descrita, onde as atividades realizadas estão intrinsecamente ligadas à possibilidade e à continuidade da vida em comunidade.

Será que a falta de proposta de atividades adequadas durante o período de tratamento/estadia em São Paulo, entre outros fatores, contribui para certo tipo de adoecimento, que poderia ser descrito como um estado de desânimo e tédio, e que poderia estar, entre outros elementos, ligado a esta ruptura momentânea com a vida comunitária?

Esta questão relaciona-se com uma importante informação recolhida no trabalho de campo, a indicação de que um grande número de acompanhantes adoecem durante o período de estadia na Casa. Não há um dado numérico que forneça mais informações, como quais doenças mais comuns e com que frequência ocorrem, mas olhando alguns prontuários e conversando tanto com enfermeiras, quanto com as funcionárias da administração, que fazem o balanço mensal das consultas solicitadas, verifica-se grande número de solicitações por parte dos acompanhantes, com queixas variadas, como 'dor nas costas', 'dor de barriga', 'dificuldade em enxergar', e outros.

A vinda à cidade oferta possibilidade de consultas e exames que, na maioria das vezes, a região de origem dos acompanhantes não oferece. Alguns

encontram, portanto, na ocasião da vinda, uma oportunidade de checar a própria saúde.

O aspecto que interessa aqui, no entanto, é o 'adocimento' do acompanhante que, vindo sem as possíveis pretensões de tratamento, depois de algum tempo na Casa, passa a sentir-se doente, portando-se como tal, passando o dia na cama, em um clima de completo desânimo. Daí, por vezes, sente algo físico e solicita consulta. Muitas vezes ficam resfriados. No entanto, a maior parte dos acompanhantes com os quais se conviveu, demonstrava bastante animação quando convidados a conversas no jardim.

Não raramente aconteceu a situação em que alguém perguntava: "*Lucila, hoje você quer conversar comigo?*"

Provavelmente tanto os pacientes como os acompanhantes se beneficiassem enormemente de uma rotina que incluísse atividades, conversas e principalmente espaços de troca, onde, apesar de tantas diferenças interétnicas, pudesse aparecer o que eles têm em comum naquele momento, que é a experiência que ali vivenciam, criando, pode-se dizer, 'pequenas e momentâneas' comunidades.

Dessa maneira, será que o sentimento individual de pertencer a um grupo, fundamental para o indígena, poderia ser dado, a começar, pela possibilidade de partilhar com um outro semelhante, a experiência vivida?

TEMPO

O último elemento que muito se repetiu nas falas dos entrevistados e nas conversas informais diz bastante respeito a esta pesquisa, que procura, entre outros elementos, refletir sobre determinada qualidade de atenção no encontro com o outro. A questão do tempo, o tempo que se destina à conversa com os pacientes, o tempo de escuta, o tempo do diálogo ou o que um deles chamou de "pressa da cidade".

Muitos dos pacientes não sabem o próprio diagnóstico nem o tempo de tratamento. Muitas vezes, presenciei um diálogo sobre aspectos médicos com a coordenadora da Casa, índia Pataxó da Bahia, que, ainda que estando em um papel mais administrativo, parecia oferecer uma disponibilidade diferenciada para escutar e explicar as perguntas feitas pelos pacientes. Provavelmente, o fato de ela ser índia, também, tenha contado para que os índios a requisitassem nesse sentido.

Certa vez, um Índio Ikpeng do Xingu disse-me: *“Demorei muito para entender a doença de minha esposa. Os médicos explicavam, explicavam, mas eu não entendia”* (04/2006).

Descrevendo como se sentia em relação aos profissionais de saúde, um índio Suruí de Rondônia, hospedado na Casa como acompanhante de seu sobrinho, fala da sua percepção em relação à atenção recebida. Esta fala parece ser bem representativa de certo ‘modo indígena’ de percepção do contato com as equipes de saúde:

Tem médico assim, fica sentado perguntando o que tem e nem levanta, têm outros médicos que já ouvem, têm mais paciência assim. Têm uns não, conversa e passa a caneta e pronto. Com as enfermeiras aí, têm umas que recebem a gente bem, têm outros que não é tão chegado assim. Não olha assim, mas a gente percebe também né? A gente não é como eles pensam. Eles trabalham aqui só vendo o lado deles. Dinheiro, talvez o trabalho deles, né? Não trabalham com vontade, com o índio assim. (...) Porque têm uns que não pergunta o que a gente sente. A gente vê o jeito da pessoa também. (04/2006)

Ele encontrou amparo por ocasião da vinda de outros Suruí:

Agora veio uns parentes, com eles tô me sentindo bom mesmo, me envolver com eles assim. (...) Aí fica junto assim, não fica com aquela agonia, quando você fica fora de casa assim, fica longe de casa assim, sem conhecimento, é bom ter um conhecido, a gente conversando assim a gente se distrai um pouco. (04/2006)

Muitos dos outros indígenas não têm esta sorte, a de ver chegar parentes no período em que aqui se encontram.

A constante queixa sobre o tempo parece relacionar-se com o que se pode chamar de 'modo indígena' de percepção do tipo de contato que se estabelece entre as pessoas na cidade.

Parece haver aspectos comuns, respeitando as inúmeras diferenças que cada etnia carrega, no modo de vida indígena, que constituem determinada maneira de entender e viver o tempo.

Em artigo intitulado "Crianças Kamaiurá" (2006), descrevendo aspectos sobre o modo de criação das crianças, JUNQUEIRA escreve:

Na comunidade dos índios Kamaiurá, a criança é criada de modo bastante diverso do nosso. Lá a noção de tempo é aproximativa e bastante flexível quando comparada com a nossa. As horas são lidas no movimento do sol e, à noite, das estrelas; as semanas acompanham as fases da lua e assim a cada repetição de lua cheia, poderíamos imaginar a ocorrência de um mês. O ano se divide em estação seca e chuvosa.

Com essas e outras poucas referências eles criam um estilo de vida, uma cultura bem elaborada na qual o útil e o belo se associam, as regras sociais não dispensam a delicadeza de uma refinada etiqueta, a literatura oral fornece explicações sobre a origem do mundo humano e o destino das almas.

Não há governantes, mas líderes. O pequeno poder que anima a vida não se concentra em nenhuma mão, é distribuído entre os que desenvolveram qualidades pessoais. Não há uma central de comando, mas os pais ou os mais velhos aconselham, exortam os mais jovens. Ninguém dá ordem e caso desse ninguém obedeceria.

O sistema de parentesco define modelos de comportamento entre pessoas consanguíneas e entre elas e seus parentes afins, que versam sobre quem deve respeito a quem, quem deve prestar serviço a quem.

O relaxamento seguido dessas regras, torna a pessoa alvo de críticas e zombarias. E quem não cumpre seus deveres familiares ou comunitários não tem possibilidade de ocupar posição de destaque na aldeia e tampouco de auferir reconhecimento social. Participará da vida comunitária, mas como alguém menor, obscuro. As pessoas bem integradas na comunidade são aquelas que se

destacam pelo exercício regular da redistribuição de bens e outros dons. Dão presentes, prestam favores, retribuem convites, exibindo uma sociabilidade fortemente ancorada na dádiva. (p.2)

Em documentário, *Xingu*, Rede Manchete (1984), sobre as várias comunidades indígenas do Xingu, WASHINGTON NOVAES fala da atenção que é dispensada às crianças, da paciência que os adultos têm em ensinar seus filhos determinada tarefa, pescar por exemplo, sem nunca lhes repreender.

Provavelmente, a percepção da 'pressa' dos brancos, além de ser uma constatação objetiva do modo de vida urbano, fique ainda mais clara para o indígena, que foi, na maioria das vezes, criado dentro de uma outra concepção de tempo e de compromisso com os membros de sua comunidade.

Em outro texto em que descreve o modo de vida dos Kamaiurá, JUNQUEIRA (2005) ressalta a calma e serenidade que marcam o ritmo de vida das pessoas, o costume de observar pausadamente todas as coisas: "o tempo parece solidário à vontade de conhecer" (p.148).

A socióloga ELIZA LOZANO COSTA (2002) descreve a maneira de localizar e viver o tempo dos povos da floresta – grupos indígenas e seringueiros - no Acre:

Ao perguntar a hora para um morador da floresta, ele pode dizer que "passam dezenove das dez horas", ou "faltam três para as doze e meia": tempo de quem tem o seu relógio e não vê motivos para "arredondar" para o nosso "dez e vinte" ou "meio-dia e meia". É uma precisão que apenas respeta o que dizem os ponteiros, mas o seringueiro não bate cartão na sua estrada de seringa, nem o agricultor no seu roçado. Os encontros são motivos de longas conversas, sem hora marcada nem de chegada nem de partida, o tempo é do tamanho da floresta...Marcar o dia de uma reunião já é o bastante, pois a canoa pode atrasar e há que se dar uma parada para um café na casa do compadre." (p.221)

Nos quatro temas apresentados, a questão da atenção apareceu não somente explicitamente na fala de alguns indígenas, como também subjacente a alguns comentários e comportamentos destes.

Parece haver uma demanda, por parte dos usuários, de certa qualidade de atenção que, por diversos motivos, não é contemplada pela equipe de funcionários da instituição.

No próximo capítulo, serão apresentadas as falas da equipe, composta de funcionários e profissionais de saúde que trabalham com os indígenas, bem como fragmentos do Caderno de Campo que dizem respeito à interação dos usuários com os funcionários. A questão sobre a dificuldade da equipe em oferecer a atenção citada, talvez, possa ser melhor compreendida através das falas dos próprios sujeitos.

**4 A EQUIPE DE PROFISSIONAIS
DA CASAI**

A experiência de campo veio trazendo questões, não somente sobre a experiência do sujeito indígena hospedado na CASAI, mas também acerca das pessoas que ali estão, trabalhando diretamente com indivíduos das várias populações indígenas. Assim, foi necessário, conversar também com os funcionários e profissionais de saúde da instituição, ou, no caso dos médicos, diretamente ligados a esta.

Como pensar a experiência do indígena ali hospedado, sem considerar a experiência dos não-indígenas que os atendem? Não se tratou de uma pesquisa com populações indígenas em suas aldeias. Pelo contrário, o campo era constituído, em sua maior parte, por não-indígenas. O quadro de funcionários conta com cinquenta pessoas e somente uma é indígena.

Apareceram questões sobre, por exemplo, como a equipe acolhe e lida com tantas diferenças, assim também sobre o papel desempenhado individualmente pelos membros da equipe. Além destas, uma questão que acompanhou toda a pesquisa refere-se à necessidade de os funcionários e profissionais de saúde estarem, culturalmente preparados, para o atendimento dos indígenas. Parece que esta preparação é fundamental, mas não é suficiente. Os pesquisadores da área de saúde indígena dão bastante ênfase a este aspecto, salientando a necessidade de que os trabalhadores da área conheçam aspectos culturais das etnias atendidas (LANGDON 2004a, ATHIAS 2004), e este definitivamente parece ser um modo de facilitar a aproximação com os indígenas. Na experiência desta pesquisa, no entanto, notou-se uma certa dificuldade de aproximação, uma espécie de tensão na comunicação, elementos que parecem remeter a uma necessidade que ultrapassa a do conhecimento antropológico.

Ainda no período exploratório da pesquisa, no decorrer das primeiras visitas, surgiram algumas questões acerca das relações entre a equipe da Casa de Saúde e os usuários indígenas.

Como se dão as relações dos cuidadores com os que necessitam de cuidados na Casa? Como tratar de um paciente proveniente de uma cultura tão diversa, dando reais condições de acolhimento e acompanhamento?

Como comunicar um diagnóstico, como explicar um procedimento, como dialogar? Como cuidar, investido de autoridade médica, sem, no entanto, ser autoritário?

Há, na Casa, uma equipe numerosa, alguns são funcionários antigos, mas a maioria é recente. Há uma rotatividade considerável, segundo uma funcionária, por conta da dificuldade de capacitação. Os vínculos institucionais também são de diferentes qualidades, alguns da FUNAI, FUNASA, comissionados, conveniados. Parece haver uma mistura de funções e papéis assumidos na instituição. Não há uma qualificação específica para o trabalho com os indígenas e podem ser notados diferentes graus de envolvimento, qualidades de vínculos e disponibilidade para os pacientes. A equipe de coordenação passa, também, por mudanças frequentes, pois são cargos que estão ligados à gestão política vigente.

Logo no início da pesquisa, já houve uma solicitação da equipe em relação à pesquisadora. Na segunda visita, um enfermeiro sugeriu que, sendo psicóloga, talvez pudesse conversar com um índio Guarani que estava 'resistente' ao tratamento oncológico prescrito para seu filho. Durante o período das visitas, foram várias as solicitações: para atuar como psicóloga com algum paciente considerado mais difícil; para escutar desabafos em relação a situações vividas com indígenas ou com colegas; para emitir opinião e comentário sobre determinadas situações emergentes.

Mas a colaboração ocorreu em um sentido inverso também: alguns funcionários se colocaram como importantes auxiliares da pesquisa, sugerindo conversa com uma determinada pessoa, cujo jeito e modo de vida pudessem interessar, relatando as evoluções dos pacientes, aspectos da dinâmica da Casa que chamavam a atenção etc.

Durante a pesquisa, algumas ocasiões serviram para refletir sobre o preparo da equipe para trabalhar com estas populações. Muitas vezes, pareciam estar sobrecarregados, ameaçados em relação à continuidade do emprego,

confusos em relação à maneira pela qual se deve proceder com os índios, uma vez que há tantas leis de proteção, indicando um certo despreparo da equipe, como também um sentimento de desamparo.

Em alguns momentos, a comunicação parecia ser muito difícil; às vezes, presenciava-se um profissional de saúde lançando mão de uma linguagem bastante inadequada – por exemplo, com piadinhas de cunho sexual – para explicar um procedimento ou diagnóstico ao usuário. O diálogo resultava tenso, muitas vezes o usuário não compreendia. Fazer piada, brincar, freqüentemente com conteúdos erotizados, parece ter sido a maneira que alguns profissionais encontraram para se aproximar dos indígenas. Algumas vezes, esta conduta até resultava num vínculo de intimidade com determinado paciente, mas, em sua maioria, resultava num clima de estranhamento.

Parte da enfermagem parecia ter certo receio de maior contato com os pacientes, numa aproximação diferente da que se faz no cuidado técnico. Desse modo, era raro presenciar a conversa de algum profissional de saúde com um usuário, somente o contato necessário para dar um comprimido ou medir a temperatura, a pressão. Mesmo a ocupação dos espaços na Casa informava sobre esse distanciamento: os funcionários e profissionais de saúde permaneciam sempre nos postos de enfermagem. A chefia administrativa, na sala da recepção, muitas vezes a portas trancadas; as funcionárias da cozinha, freqüentemente ali, mesmo sem serviço no momento, nos arredores da porta.

Durante a pesquisa, ficou evidente que os vínculos entre pacientes e equipe se faziam proporcionalmente à disponibilidade individual de membros da equipe, que, muitas vezes, não eram profissionais de saúde, ou seja, não eram os principais responsáveis pelo cuidado do paciente.

Certa vez, algumas funcionárias do setor administrativo da Casa, que eram freqüentemente vistas conversando com os usuários, comentaram o quanto era difícil “se apegar” aos índios. E como era comum deixarem de se aproximar para não se apegarem, principalmente das crianças. Lembraram o caso de óbito mais recente, um menino Guarani, de como havia sido difícil esta perda, do seu

sofrimento. Não se sentiam preparadas para se vincular de tal maneira e correr o risco de sentir tamanha dor.

Por vezes, colocavam-se distantes por não saberem se uma aproximação poderia constranger ou invadir, dadas as diferenças culturais. Contaram vários casos de pacientes indígenas que acabaram se ligando mais a uma delas do que ao pessoal da enfermagem.

Também era o caso de alguns dos vigias, que, ficando no portão da casa, acabavam por estabelecer mais contato com os usuários, principalmente aqueles que levantavam de suas camas e vinham para fora, em busca de ar. Em muitas ocasiões, houve jogos de futebol improvisados no quintal da casa e outras brincadeiras, entre o vigia e as crianças indígenas.

* * *

Em entrevistas e pequenas conversas, alguns dos profissionais de saúde da Casa puderam dizer o quanto o trabalho com os índios é diferente, como as diferenças culturais, às vezes, causam estranhamento, e o quanto é difícil trabalhar com saúde indígena *se não gostar de índio*. Este fato explica, para alguns, a alta rotatividade de profissionais na área. Não é como trabalhar em outros serviços, como ambulatórios e pronto-socorros, pois o envolvimento pessoal faz-se mais necessário. Além disso, há um sentimento de falta de reconhecimento, por parte dos profissionais de saúde, do empenho feito para realizarem seu trabalho.

Em artigo que reflete sobre o serviço ser, ainda, um sistema em transição, pois apesar do vasto investimento financeiro do governo federal à saúde indígena, os indicadores de saúde permanecem muito aquém do esperado, COIMBRA, GARNELO, BASTA e SANTOS (2006) consideram que “ a baixa capacitação e a alta rotatividade dos recursos humanos constituem importantes entraves ao modelo” (p.144).

Em certa ocasião, uma enfermeira, que se destacava pela postura extrovertida, desabafou: *“ninguém reconhece meu trabalho aqui, não sei se vou continuar”*.

De acordo com outra enfermeira entrevistada, como as medidas políticas que instauraram projetos específicos de saúde indígena são recentes, quase não há profissionais com experiência na área indígena.

No momento, (07/2006), ligada à área de prevenção, ela conta um pouco de sua experiência na CASAI, que ilustra a especificidade do trabalho:

“É um trabalho muito diferente. Os índios vinham pra cá, de todo lugar do país, vinham se tratar aqui, os limites deles eram outros, e o que encantava da diferença de você sair de um pronto-socorro e trabalhar direto com eles, é que você podia prestar esta atenção individual, até particular mesmo, a cada um. Cada um tem um problema diferente, tem uma necessidade diferente, tem uma angústia diferente que interfere no trabalho. Diferente de um pronto-socorro, de um ambulatório que você atende vários num dia e não dá nem pra conversar.

Lá você tinha um bom dia, virava uma grande família, porque as pessoas moravam lá dentro, moravam e moram durante o seu tratamento, e você se envolve porque está mais tempo com eles do que na sua casa. Você acaba conhecendo todo mundo, e aí a gente sofria muito, porque você é uma instituição de saúde. Algumas vezes você tem que impor limites, não pode se doar totalmente. Você sofre, eu sofri muito, me apegava com os clientes, com as crianças, e aí você perde o controle, não pode, tem que impor seu limite de profissional. E eles gostam, eles gostam de ver um lugar organizado, com liderança, eu acho que eles se sentem seguros, como na comunidade deles que tem o cacique e é o cacique que faz a hierarquia.

* * *

(...) Uma coisa que é muito peculiar da saúde indígena é que você está à disposição 24 horas por dia. Você não tem feriado, não tem férias, não tem privacidade nenhuma. Ligavam na minha casa 4, 6 horas da manhã, 10, 11 horas da noite, eu podia estar em festa, eu podia estar cansada, que o índio me ligava. Assim, você se envolve bastante com o trabalho e vou te falar, às vezes eu estava em férias ficava um pouco irritada, mas você não fica tranqüila quando tem esta

responsabilidade, quer que tudo dê certo. Sabe, tem que dar certo porque eles estão aqui.

(...) Eu digo que saúde indígena não é pra qualquer um, não é. Muitos já entraram e muitos saíram da mesma forma que entraram. Você tem que ter jogo de cintura, você engole sapo, tem horas que quer sumir, fala "não, não agüento mais, estou cansada". Eles te consomem muito, o trabalho é muito dinâmico e cada um tem um problema diferente da etnia e tem que ser resolvido naquele momento, é muito difícil. Então, quem está lá dentro, não está à toa."

* * *

Em entrevistas para a pesquisa, alguns médicos ligados ao Ambulatório do Índio relataram que o trabalho com os índios tem suas dificuldades, exige noções de antropologia e psicologia, mas o que atualmente é mais difícil, é a comunicação e organização dos serviços. Segundo eles, faz falta uma equipe médica na Casa, com quem possam dialogar e organizar os tratamentos. Frequentemente não há clareza nos papéis de quem faz as intermediações entre o usuário da Casa e o Ambulatório, os dados dos pacientes acabam se perdendo, o prontuário não chega às mãos do médico, em alguns casos, os pacientes acabam ficando mais tempo do que o necessário, por entraves que nada têm a ver com o tratamento. Os médicos se vêem assumindo funções que, teoricamente, seriam de outros profissionais, a comunicação entre os funcionários da Casa não se dá inteiramente, e o serviço acaba não funcionando como deveria. Há também um problema de comunicação nos encaminhamentos, que são provenientes de diferentes regiões do País. Muitas vezes, quem encaminha tem um critério diferente do adotado em São Paulo, por exemplo, podendo acontecer de um caso tratado e encaminhado como urgência na região de origem, não ser considerado uma prioridade de atendimento na avaliação daqui.

Nesse sentido, aparece o tema da falta de uma autoridade médica na Casa, que determine e assuma os critérios dos encaminhamentos recebidos.

O problema da 'falta de autoridade' na Casa apareceu em algumas situações na pesquisa. Certa vez, houve uma reunião em que alguns usuários da Casa, Xavante, reclamavam a ausência de médicos no local. Indagavam sobre a

determinação de regras pela instituição e sobre ausência de autoridade: “*quem manda aqui?*” “*Aqui não é casa do índio?*” “*Cadê o chefe daqui?*”

A equipe geralmente tendia a tratar estas situações como casos isolados, encontrando razões de ordem pessoal que explicassem a postura ‘agressiva’ de determinado usuário, sugerindo à pesquisadora que, como psicóloga, tentasse conversar com o sujeito mencionado. Frequentemente havia a interpretação de que o indígena que estava reivindicando algo estivesse com problemas no casamento, na família, na aldeia, enfim, que a queixa fosse de outra natureza.

* * *

As dificuldades observadas e relatadas tanto pelos médicos, quanto pelos funcionários da Casa, seja em relação à capacitação profissional da equipe, seja em relação às dificuldades de ordem burocrática, poderiam ser encontradas em qualquer outro serviço de saúde, pois são queixas frequentes dos profissionais e usuários destes serviços, que não somente o serviço de saúde indígena.

No entanto, aqui, há um agravante que diz respeito à política de atenção diferenciada na saúde indígena. O profissional de saúde pode, por vezes, sentir-se limitado e retraído, pois qualquer postura considerada, por algum indígena, como ‘inadequada’ pode gerar um processo legal contra o profissional, fato que já ocorreu algumas vezes na instituição e que paira como uma ameaça.

Como ter condições de abertura para atender pessoas tão diferentes em clima de ameaça constante?

Há um clima de tensão relacionado a questões políticas que parece dificultar, para os profissionais da instituição, o exercício pleno de suas funções. Além dos já expostos, outros elementos parecem contribuir: o fato de haver uma chefia provisória caracteriza um clima de ‘espera’, de transição permanente, parecem estar constantemente aguardando uma mudança ou uma nova ordem. Sente-se, na equipe, uma necessidade de diálogo e de determinação de critérios para lidar com cada situação que aparece. A equipe não se sente segura e autônoma para tomar decisões. Desse modo, as reivindicações dos usuários são

sentidas como ameaças e geralmente, são tratadas como casos à parte, não se oferece espaço e continuidade a uma conversa deste tipo.

Também aqui, com a equipe, a pesquisadora foi convocada a participar, seja para conversar com algum usuário considerado muito 'requisitante'; seja para refletir sobre determinada situação e se posicionar a respeito; seja para escutar um desabafo; seja para intermediar uma conversa, um diálogo que não acontecia entre os usuários e parte da equipe.

Nesse sentido, pode-se inferir que o atendimento à saúde indígena coloque em evidência os recursos humanos, uma vez que o vínculo com o paciente indígena pressupõe uma abertura do não-indígena a algo mais, a lidar com um outro que não lhe é familiar, nos modos de vida, na língua, no entendimento da doença, na adesão ao tratamento e outros.

Falando sobre este aspecto do convívio com as diferenças no atendimento com os índios, em entrevista para a pesquisa, o médico JORGE CARLOVICH FILHO comenta:

A maneira como se dá o contato é um desafio, uma oportunidade que a gente tem na área da saúde. Você convive com eles e vê o que têm de humano, igual, universal e o respeito às diferenças (...) eu não sei quase nada sobre índio. Sei pouquinho, e foi com eles, fazendo junto, e não querendo ser índio, eu sou branco (...) e no entanto, dá para conviver. Tento fazer um pouco, e ainda se eles aceitarem, se eles quiserem. A gente nunca faz nada pelos outros, no máximo fazemos com as pessoas. (07/2006)

Em seu livro *Raça e História*, o antropólogo CLAUDE LÉVI-STRAUSS (1952), no capítulo intitulado 'O etnocentrismo', discute a dificuldade dos homens em aceitar a diversidade de culturas como um fenômeno natural. Pelo contrário, esta é vista como uma espécie de escândalo. Nas palavras do autor,

a atitude mais antiga e que repousa, sem dúvida, sobre fundamentos psicológicos sólidos, pois que tende a reaparecer em cada um de nós quando somos colocados numa situação inesperada, consiste em repudiar pura e simplesmente as formas culturais, morais, religiosas, sociais e estéticas mais afastadas

daquelas com que nos identificamos. “Costumes de selvagens”, “isso não é nosso”, “não deveríamos permitir isso”, etc., um sem número de reações grosseiras que traduzem este mesmo calafrio, esta mesma repulsa, em presença de maneiras de viver, de crer ou de pensar que nos são estranhas. (p.19)

A primeira reação ao que é desconhecido, parece ser, na maior parte das vezes, uma espécie de tensão que se revela em distanciamento e conduta evitativa, hipótese que ilumina as observações acerca da tensão que permeia o relacionamento entre os indígenas e a equipe.

Em uma outra perspectiva, esta tensão pode ser pensada a partir de um artigo sobre dor e cultura da antropóloga CYNTHIA SARTI (2001), que reflete acerca do significado da dor para diferentes culturas. Para a autora, a dor agrega significados psíquicos e culturais e a forma de manifestação de dor deve fazer sentido para o outro. Este é um desafio para profissionais que trabalham com sujeitos de culturas diferentes. Nas palavras da autora,

a forma como o profissional reage diante da dor e das manifestações de dor do paciente influenciará a própria reação do paciente ao tratamento, porque estamos diante de uma relação em que se enfrentam dois mundos de significação, o do médico e o do paciente e sua família, ambos qualificando esta experiência, ainda que de formas e perspectivas diversas (...) Como estar atento ao que não é perceptível de imediato, isto é, o significado da dor para quem a sente? (p.3)

Para a autora, na manifestação da dor, revelam-se, ao mesmo tempo, “a singularidade do sujeito, sua dor, a particularidade da cultura na qual se manifesta e a universalidade da condição humana, impossibilitada de fugir de sua realidade implacável”. (p.3).

Destacam-se, como ilustração destas colocações, exemplos em saúde indígena que, em entrevistas para a pesquisa, os médicos relataram:

Em Manaus, uma vez, um doente foi internado e ele gritava de dor todo dia, eles fizeram todo tipo de analgesia para ele, até que chegou um professor que conhecia a tribo dele e falou, “não, eles choram todo pôr-do-sol porque acham

que vão mandar o espírito da doença embora”, aí suspenderam os remédios, o adulto melhorou. Um choque cultural, e o pessoal discutindo a analgesia. O paciente gritava todo dia, chorava. (08/2006)

E ainda:

Uma senhora guarani, aqui, ainda no Estado de São Paulo, uma aldeia do litoral, uma senhora veio com o genro, um moço muito tímido, também falava pouco, mas falava alguma coisa em português e, porque a filha, seria a acompanhante natural, tinha tido um parto muito recente e não podia vir a São Paulo, e ela tinha uma anexite, uma retenção de líquido no abdômen, e estava internada alguns dias na gastro, especialidade clínica aqui no hospital e bem, os índios normalmente não têm dificuldades de aceitação, normalmente eles não criam nenhum problema de agressividade, comportamentos assim, são de uma aceitação bastante interessante em geral. E essa índia, ainda me chamaram, porque ela tinha arrancado o soro, havia criado um tumulto enorme na enfermaria, quando o pessoal foi colher líquido do abdômen. Interessante porque ela já tinha tomado injeção, tinha soro instalado, não era o problema da picada da agulha, não tinha sido atitude intempestiva da colega, nem nada disso e aí fomos lá e achamos melhor retirá-la, com uma alta a pedido, levá-la de novo para casa e entrar em contato com a família, ainda bem que era aqui no litoral, pra você ver como essas coisas são complicadas de fazer. Aí vieram o tio que era pajé e o cacique pra conversar e tal. E nesse meio tempo, eu, intuitivamente, entrei em contato com uma grande amiga nossa, antropóloga que trabalhou bastante com esta etnia, só para dar uma resposta do que você está falando, de pessoas que têm contato, a gente procura ter desde o início do trabalho com pessoas de outras áreas, exatamente para diminuir a nossa ignorância. E olha que coisa curiosa, eu havia comentado com a Marta (antropóloga), que, para essa etnia dos guarani, eles têm, à semelhança do que acontece na medicina oriental por exemplo, eles têm centros de força, de energia, no corpo como os chakras, onde estão as almas desses indivíduos e que, se retirar material desses centros, seria retirar, roubar uma dessas almas. Então, com o pajé depois, podendo fazer esse trabalho, essa preparação tal, ela pôde aceitar o tratamento.”

Nos dois casos houve a intermediação de alguém que conhecia mais profundamente a etnia do paciente atendido, permitindo que a compreensão da situação se realizasse, facilitando a comunicação entre o paciente e a equipe. Em outros casos, não há esta oportunidade.

Assim, para que a comunicação possa se estabelecer para além da que se dá, mais relativa ao cuidado técnico, além de buscar conhecer aspectos culturais das etnias atendidas, o profissional de saúde indígena deve se dispor a uma qualidade de atenção que inclui, entre outros elementos, a possibilidade de observar, conversar e escutar o paciente.

Em artigo em que discute as relações entre saúde e poder no atendimento de saúde às comunidades populares, as psicólogas ONDINA PEREIRA e TÂNIA ALMEIDA (2005) discutem a importância ética da escuta, por parte dos profissionais de saúde, em relação aos discursos e saberes extracientíficos das populações atendidas. Retomando as idéias de DERRIDA sobre o etnocentrismo, para quem nem a etnologia conseguiu realizar o deslocamento do olhar etnocêntrico da modernidade, pois contribuiu para construir a imagem de que somente a cultura europeia é capaz do exercício de desdobramento de si, as autoras propõem o abandono do olhar ocidental como principal referência e a substituição deste “por uma base comutativa e mais equivalente de olhares, dando lugar legítimo e simétrico ao olhar e à voz marginal” (p.92). Que a voz dos sujeitos atendidos possa ser ouvida pelos que os atendem, como uma narrativa que se forma na contracorrente do discurso dominante e hegemônico da medicina ocidental. Somente quando os profissionais de saúde reconhecerem a limitação do modelo biomédico, é que poderão reconhecer e respeitar o outro como alteridade. Desse modo, ressaltam a importância da participação dos pacientes nos processos de tratamento e decisão de cura (PEREIRA e ALMEIDA, 2005).

Para o psicólogo LUIGI ZOJA (2000), a arrogância da consciência tecnológica ocidental moderna é acompanhada por um desprezo pelas dinâmicas inconscientes da psique. Nesse sentido, um importante aspecto que parece contribuir para a impossibilidade de um verdadeiro diálogo entre os profissionais de saúde e os pacientes e participação destes nos processos de tratamento,

relaciona-se com o predomínio e imposição do pensamento ocidental sobre as civilizações tradicionais. Não há compatibilidade entre as “formas psíquicas irracionais” - comuns nas civilizações tradicionais em expressões que hoje chamamos de inconscientes – e o concretismo dos valores dominantes atualmente. Para a civilização ocidental, é como se a vida psíquica se exaurisse “no interior da atividade consciente, racional e mensurável”(p.176).

Nessa direção, ainda em relação à escuta, para a antropóloga e pesquisadora em saúde indígena, LANGDON (2005), importam menos as questões relativas, por exemplo, à rejeição, por parte dos indígenas, à biomedicina, que o desafio para os profissionais envolvidos em ‘respeitar’ as culturas indígenas.

LANGDON afirma que o atendimento às populações indígenas, muitas vezes, ainda, se restringe a rápidas visitas da equipe de saúde e distribuição de remédios.

A autora não defende que os médicos e enfermeiros se tornem antropólogos – e aqui se pode acrescentar, nem psicólogos –, mas que o profissional de saúde tenha uma ‘postura de ouvir’, que permita ao paciente falar sobre sua experiência, expressando nas suas palavras o que está acontecendo.

Esta postura deve incluir, por parte dos profissionais, a consciência de que as intervenções médicas acontecem num contexto marcado por relações de poder, principalmente, quando se trata do atendimento a membros de um grupo minoritário. Desse modo, a escuta deve contar com uma real abertura, no sentido de uma disposição para “ouvir e aprender através do que o outro está comunicando sobre sua experiência de doença e para que possam relativizar seu conhecimento numa tentativa de construir uma atenção diferenciada que respeite os conhecimentos e práticas de saúde do grupo indígena” (2005, p.130).

As observações de campo, articuladas com as reflexões citadas, trazem algumas indagações: como a equipe poderia se capacitar para esta “postura de ouvir?” Para esta abertura para o outro, que vai além do conhecimento sobre seus modos de vida, seus costumes, sua cultura? E ainda, nesta direção, de que modo o psicólogo pode contribuir neste processo?

Perguntas que remetem ao campo da formação do profissional de saúde indígena, bem como à importância da definição dos critérios utilizados para seleção dos profissionais para determinadas funções e serviços.

No que concerne a esta pesquisa, destaca-se o papel desempenhado pela pesquisadora, que, muitas vezes, se posicionou, a partir das solicitações, como intermediadora entre a equipe de saúde e os usuários indígenas.

5 SOBRE A INTERMEDIACÃO

Traduzir é conviver.
João Guimarães Rosa.

Algumas situações vividas em campo chamaram especial atenção; a par de mobilizarem intensamente a pesquisadora no momento em que se davam, geraram desdobramentos para além do espaço concreto da Casa de Saúde. Neste capítulo, retoma-se a importância de se considerar a dimensão afetiva do pesquisador em campo, para apresentar duas situações em que, a partir da intensidade afetiva gerada pela experiência vivida, a pesquisadora experimentou modos, não tão objetivos, de apreensão de experiência, mas que proporcionaram uma compreensão dos fenômenos subjacentes às situações.

Tomam-se, de maneira sucinta, algumas das idéias da tradição fenomenológica para refletir sobre o modo de aproximação com o outro.

MERLEAU-PONTY (2004) investiga a percepção do mundo, das coisas e do outro, através de uma filosofia dos sentidos. Para o filósofo não é possível separar as coisas de sua maneira de aparecer no mundo. Forma e conteúdo não existem um sem o outro, e a relação com as coisas no mundo se dá pelo nosso corpo, pela reverberação sensorial que elas nos provocam e que nos faz, reciprocamente, projetarmos nelas: "O homem está investido nas coisas, e as coisas estão investidas nele"(p.24). Desse modo, a inteligência não basta para a relação com o mundo, assim como a ciência positivista não basta como forma de conhecimento do mundo.

Para o filósofo, o corpo é enigma, pois carrega esta possibilidade de ser, ao mesmo tempo, aquele que vê e que é visto; que toca e é tocado; que se vê sendo visto e se toca sendo tocado; possui esta misteriosa capacidade de desdobramento sobre si mesmo, numa permanente tensão entre as polaridades, que nunca são plenamente atingidas, nem plenamente abandonadas.

A filosofia de MERLEAU-PONTY leva, por este caminho, para a impossibilidade radical da apreensão do que quer que seja, inteiramente. Não há metafísica possível. Os corpos e as coisas coexistem em um mesmo registro e o lugar do homem no mundo é sempre entre ele e estas, sendo permanentemente afetado por elas e afetando constantemente o mundo, sem que a reversibilidade

se dê por completo, num movimento ininterrupto e inapreensível em sua totalidade (CHAUÍ, 1989).

MERLEAU-PONTY (1984b) discutiu a Empatia¹ (*Einfühlung*) como modo de conhecimento das coisas e dos outros, estendendo aos espíritos a reflexão que faz sobre os corpos de um homem e outro e a co-presença destes: “Minhas duas mãos são ‘co-presentes’ ou ‘co-existem’ porque são as mãos de um só corpo; o outro aparece como extensão dessa co-presença. Ele e eu somos os órgãos de uma só intercorporeidade” (p.249).

Em relação à postura com que se vai a campo e à possibilidade de abertura para o encontro com as pessoas que ali estão, também dentro da tradição fenomenológica, destacam-se as reflexões de EDITH STEIN sobre a Empatia. A autora assim a define:

um instrumento natural, imediato, tipicamente humano através do qual se consegue colher e compreender os outros seres humanos, as suas vivências, os seus estados de alma, os sentimentos. Não é uma prática que se aprende ou aplica quando há necessidade, mas é co-natural ao ser humano, é o que consente o compartilhamento de prazer e dor com outros de maneira imediata. (in: PEZZELA, 2003, p.110)

Algumas contribuições de psicanalistas, sobre a relação analista e paciente e os elementos subjacentes a esta relação, oferecem a possibilidade de elaborar e articular a experiência vivida em campo, ofertando argumentos que dão sentido e justificativa aos fenômenos vividos.

Para WINNICOTT (1978), pode haver uma semelhança grande entre os modos de um analista estar com determinados pacientes, e os primeiros cuidados de uma mãe com seu bebê. Quando uma mulher tem um bebê e tudo está correndo bem, ela se encontra em um estado especial de identificação com seu filho, denominado *preocupação materna primária*. Nesse estado, a mãe se comunica com o bebê de maneira quase instintiva, adaptando-se às suas necessidades. Esse modo de receber e acolher o bebê dá elementos para que

este se desenvolva, seguindo sua tendência à continuidade. Sobre a continuidade, o autor comenta que esta seria “a linha da vida, que provavelmente tem início antes do nascimento concreto do bebê; continuidade em que está implícita a idéia de que nada daquilo que fez parte da experiência de um indivíduo se perde ou pode jamais vir a perder-se para este indivíduo, mesmo que, por força de causas complexas variadas, viesse a tornar-se (como de fato se torna) inalcançável à consciência” (1994a, p.80).

Neste contexto do cuidado básico da mãe com o bebê, ocorre o que o autor denominou *comunicações silenciosas*,² interações muito primitivas ou fundamentais que ocorrem entre a dupla, que são comunicações de confiabilidade, pois protegem o bebê das invasões do mundo externo (1994b).

Tanto o autor como alguns de seus contemporâneos refletiram sobre os aspectos relacionados às comunicações silenciosas na clínica psicanalítica.

KHAN (1984), em texto de 1971, afirma a importância de o analista ouvir o paciente “com os olhos”, ou seja, contando que a comunicação se dá por outros meios além da linguagem falada e seu alcance simbólico. Em suas palavras: “*le vécu* (para usar o termo de Sartre) do paciente e do analista na situação analítica é muito mais amplo do que a linguagem jamais poderia metaforizar, simbolizar ou significar a si mesma” (p.301).

SAFRA³ discute os modos de um analista estar com seus pacientes e fala da importância de sua atenção de modo inteiro, como presença psicossomática. Esta modalidade de atenção ultrapassa a de atenção como função mental, que se expressa mais freqüentemente de maneira objetiva: é atenção como presença corporal. O autor propõe que o analista se coloque com o paciente com um corpo vivo, que não só escuta o paciente, mas também o sente. O analista é afetado em sua corporeidade pelo paciente: “a corporeidade do analista revela a verdade do Outro” (p.43). E ainda: “pensamos por meio do corpo e no corpo” (2006, p.49).

¹ Sobre este conceito ver texto *O filósofo e sua sombra*, Merleau-Ponty, 1960.

² Sobre este conceito ver “Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos” e “A capacidade de estar só” (1990), “A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências” (1994a), e “A experiência Mãe-Bebê de mutualidade” (1994b).

³ Profoco:, em 26/08/2006, SP.

ERRATA

No início da página 85, primeiro parágrafo, leia-se:

MOURE (2000) resgata o pensamento de WINNICOTT, em particular suas idéias sobre comunicação, e aponta para a dimensão da comunicação silenciosa, que passa, fundamentalmente, pelo registro da corporeidade. Nas palavras de MOURE, “a corporeidade inclui músculos, força, movimento, conquistar o espaço, entre outras coisas, e também a sensorialidade, que não deve ser reduzida à pele (tacto)” (p. 19).

que passa, fundamentalmente, pelo registro da corporeidade. Nas palavras de MOURE, “a corporeidade inclui músculos, força, movimento, conquistar o espaço, entre outras coisas, e também a sensorialidade, que não deve ser reduzida à pele (tacto)” (p.19).

OS SONHOS

O sonho é uma teia de inúmeros fios, é também uma trama.

Adélia Bezerra de Menezes

Tomam-se duas situações, apresentadas através de fragmentos do Cadernos de Campo, em que o sonho da pesquisadora não só foi lembrado no momento em que escrevia a visita no Caderno, como permitiu a compreensão mais aguda, o *insight*, do que se passava. Surgiram novos questionamentos, o que a levou a um lugar de *comunicadora* de questões, intermediando o diálogo entre os indígenas e a equipe. Nesse sentido, propõe-se tomar o sonho da pesquisadora como um *emblema*, um representante dos aspectos subjetivos que perpassam as relações. A pesquisadora pôde, assim, funcionar como intermediadora entre alguns indígenas e parte da equipe, desempenhando um papel de uma espécie de tradutora, não da linguagem falada e objetiva, mas da dimensão afetiva e subjetiva.

Certa vez, um dos usuários quis entender melhor a presente pesquisa, mobilizou um grupo de indígenas e chamou todos para uma reunião. As questões sobre a pesquisa foram respondidas, mas não parecia tratar-se de conversar somente sobre este tema, pois logo que esclarecidas as dúvidas, levantadas por ele próprio, várias outras questões foram dirigidas à pesquisadora, agora por parte de todos os presentes.

³ Profoco., em 26/08/2006, SP.

Alguns usuários começaram a questionar e reivindicar os mais variados assuntos relacionados à Casa: *“por que não pode comer na cama? Por que não fornecem desodorante? Por que não há médico aqui? Por que gastaram dinheiro construindo o ambulatório, se não vêm médicos atender? Por que este monte de papel, cada vez um diferente, no mural? Aqui ninguém pode mandar na gente, não é a casa do índio?”*

Para descrever a situação, apresenta-se um fragmento do Caderno de Campo, escrito na ocasião:

Estava conversando com uma índia Terena, no jardim, um usuário Guajajara veio chamar, pediu-me para ir à sala, estavam todos reunidos para conversar comigo. Passo pela sala da administração, as coordenadoras estão em reunião na FUNASA, há uma auxiliar de enfermagem no local. Comento sobre o pedido de reunião, e, como não havia nada planejado, ligamos para as coordenadoras, combinando que eu iria conversar com o grupo e dizer que marcaríamos a reunião com antecedência, em um momento em que elas estivessem presentes. Vou à sala e fico surpresa, estão todos sentados. Começo a dar o recado das coordenadoras e sou interrompida, com as perguntas, cada um reivindicando determinada explicação, pareciam irritados; alguns não sabiam quem eu era, recém-chegados, não haviam tido oportunidade de me conhecer. Apresentei-me, expliquei os objetivos da pesquisa; Não parecia ser escutada, havia uma necessidade de explicações de toda ordem. Levantaram questões sobre a pesquisa, a questão dos direitos autorais; sobre o funcionamento da Casa; sobre a ausência de médicos; sobre a comida, sobre as regras. Foi juntando gente, indígenas, funcionários, o vigia, o motorista, as cozinheiras, o pessoal da enfermagem. Fui reiterando que esta reunião era muito importante, mas que não poderia acontecer naquele momento, pois era necessária a presença das coordenadoras, para responder e discutir as questões.

Depois de algum tempo e muita pressão dirigida a mim, um usuário Xavante disse que então marcássemos para logo pois ele em breve iria embora e queria participar.

[Vou escrever meu sonho de hoje, parece muito ligado a situação vivida: eu vou a uma loja de doces e peço uma torta, quero saber que recheios tem. A moça que me atende oferece-me várias espécies de sanduíches, de salgados, eu

vou me irritando e digo: 'eu não quero nada disso, eu quero torta. Que tipos de torta que tem?' Percebo que ela fica meio nervosa, sem graça, e me mostra as tortas, eu escolho. Depois vamos a uma piscina, está tendo uma espécie de teatro dentro da piscina, que está sem água, muita gente. Mais tarde me vejo ao lado da moça, e peço desculpas a ela: 'falei com você de um jeito grosso, eu vi que ficou constrangida, desculpe, mas eu queria torta.' Ela disse que tudo bem. Acabou o sonho.]

Sonho de reivindicação. De lutar pelo que quer. De ser incisiva e clara, de não se permitir 'enrolar'. É assim que os indígenas da reunião estavam ontem. Bravos, sentindo-se enrolados, enganados, em situação de desigualdade. Reivindicavam clareza, autorização, respeito, explicação. Sobre minha pesquisa e sobre vários assuntos. Receosos de serem oportunamente explorados, usados, submetidos. Reivindicavam igualdade. Precisam ser escutados. Fui 'usada' para que pudessem explicitar suas queixas. Fui 'ameaçada' pelo usuário que mobilizou a reunião, não aceitava minha pesquisa. Estão com muitas questões, sobre quem 'manda' ali, sobre as regras da instituição, sobre o tratamento, sobre quem dá a alta médica, quem tem privilégios ali. Para alguns, há o entendimento de quem tem o 'poder' de dar alta são as pessoas da chefia administrativa.

Entendi claramente a posição dos funcionários. Por que ficam tão concentrados no postinho, quase não saem de lá. E os da administração, sempre de janelas e portas fechadas. Permanente clima de tensão, de medo, de ameaça.

Fui chamada à intermediação, para um diálogo, ainda não acontecido, com a equipe. Na visita seguinte, os funcionários cuprimentaram-me diferente. Pareciam solidários, alguns não me chamaram de 'psicóloga', falaram meu nome; deram tapinha nas costas. Tornara-me mais próxima, 'cúmplice' dos que trabalham sentindo-se ameaçados? Estenderam-me a mão de outro modo, recebendo-me como uma deles.

E o segundo fragmento:

Em um dia de visita, fui ver como estava uma usuária Terena, sabia do recente diagnóstico e imaginei que estivesse triste. Além disso, um enfermeiro comentara que não saíra do quarto a não ser para as refeições, e nestas horas

andava a chorar pelos cantos. Bati na porta e entrei, encontrando-a deitada, cabeça coberta. Chamei, sentei-me em sua cama e puxei conversa. Não tocamos no assunto da doença, somente da gravidez, do clima frio do dia... No mesmo quarto encontravam-se duas famílias, primas entre si, da etnia Ikpeng, do Xingu.

Tentei falar com uma delas, uma moça jovem, mãe de um bebê recém-nascido, estavam deitados em duas camas de solteiro que formavam uma grande. Sua prima, também deitada em sua cama, alertou-me de que a moça não entendia português.

Em determinado momento entrou uma auxiliar de enfermagem. Foi passando de leito em leito, medindo temperatura e dando comprimidos para cada paciente. Não trocou palavras com as moças com quem eu conversava. Ficou inibida com minha presença ou faz sempre assim? Conversando com a Índia Terena, soube que algumas falam um pouco mais, conversam, mas a maioria passa rápido mesmo, somente para medicar.

Chamou-me a atenção: a enfermeira se ateve à moça do bebê, o paciente era ele, depois soube. Deu inúmeras instruções de como lavar o menino, temperatura da água, insistia que não podia ser fria, horário do banho... tudo em português! Mas não disseram que ela não entendia? Perguntei à moça com quem conversava... 'pois é'... respondeu.

Duas outras situações me chamaram a atenção: conversando com um enfermeiro, perguntei do indiozinho lanomâmi, não o vi naquela tarde. Havia sido internado, passado por cirurgia. Este menino estava há quase um mês esperando um tradutor chegar para dar início ao seu tratamento. Acompanhado pelo pai, não falam português, eu os via para cima e para baixo, o menino sempre meio tristonho, muitas vezes chorando, o pai falando bravo, batia nele. O enfermeiro contou que, além da cirurgia, havia ficado internado, pois precisaram sedá-lo para fazer uma intervenção odontológica. Não conseguiram explicar ao certo o que iriam fazer, ou os lanomâmi não entenderam, como saber?

Fui conversar um pouco com uma usuária Pankararu, estava de cadeira de rodas, assistindo à televisão na sala. Primeira vez que a encontro fora de sua cama. Voltava da internação. Bem disposta, contente, pois estava indo embora, não para sua cidade mas para casa da afilhada, aqui em São Paulo mesmo, não havia necessidade de ficar mais. Uma das enfermeiras veio dar as recomendações de alta. Fiquei ao lado. A enfermeira explicava de que modo a

paciente deveria urinar. O modo que falava me deixou apreensiva, a paciente estaria entendendo? A enfermeira explicava fazendo uma espécie de mímica, usando termos infantis, fazendo piadinhas de cunho erótico. Devia estar demonstrando em meu rosto minha aflição, pois, fiz menção de falar algo, ela rapidamente olhou pra mim e disse: 'eles entendem o meu jeito de falar!' A paciente tentou perguntar várias vezes o que era um pequeno volume que sentia no abdômen, a enfermeira respondia, brincando, que era o filhinho da paciente, sugerindo que estivesse grávida! Uma pessoa de aproximadamente 70 anos! A enfermeira perguntava se a paciente havia arrumado namorado na UTI, pedia um para ela... A enfermeira tensa, usando seu repertório de brincadeiras, a paciente angustiada, tentando entender o que se passava com ela... que situação de falta de possibilidade de se comunicar!

[Nesta noite tive um sonho que me chamou atenção. Sonhei que fui internada às pressas, fui submetida a uma cirurgia em que tiraram um pedaço de meu baço. Depois de ter alta, antes de sair do hospital, eu andava pelos corredores em busca dos médicos que me operaram: o que aconteceu comigo? Por que tive que tirar um pedaço de meu órgão? O que tenho que fazer? O que provocou o que tive? Ninguém respondia. Acordei com a sensação de total impotência sobre o meu corpo.]

Será que é assim que alguns indígenas se sentem? O que será que estão pensando? Como se dão as comunicações entre pessoas tão diferentes? Comigo houve uma 'comunicação indireta'; sonhei uma questão deles. Depois da última visita, não resta dúvida. Não posso falar outras línguas, mas de alguma forma nos comunicamos! É preciso passar a 'mensagem' adiante...

SOBRE O SONHAR

Para alguns autores, o sonho pode revelar, além de aspectos inconscientes, elementos da realidade compartilhada, funcionando como um lugar de comunicação silenciosa.

O psicanalista MASUD KHAN (1984, p.379), escrevendo sobre o uso do sonho na experiência psíquica, afirma considerar o processo onírico como um

dom biológico do psiquismo humano. Define o que denominou de espaço-sonho, como um equivalente do que WINNICOTT chamou de espaço transicional.⁴

Para KHAN (1984), o espaço-sonho seria “uma estrutura intrapsíquica específica, em que a pessoa *concretiza* determinados tipos de experiências. Este tipo de concretização se diferencia da experiência biológica geral do sonhar e do sonho como criação mental simbólica” (p.379).

Também WINNICOTT (1975) considera o sonhar e o viver experiências com qualidades de mesma ordem, diferente do devanear, que seria de outra ordem. O sonhar e o viver, para o autor, “são fenômenos que, sob muitos aspectos, constituem um só” (p.52) .

Sobre esta idéia, o psicanalista TALES AB’SÁBER (2005) comenta:

Winnicott apresenta de saída sua teoria de sonhos de self, que não são exatamente apenas a realização trabalhada de desejos recalcados, mas que servem à vida, alimentam o brincar, dotam de sentido próprio a experiência, e podem se exprimir em toda zona intermediária humana que represente algo entre o real e o imaginado, são “um espaço de ação entre o concreto e o abstrato, ou entre a realidade psíquica e a realidade externa”. Desta forma, o essencial destes sonhos é serem elaboração e movimento de ser, articulando-se entre as instâncias psíquicas e os níveis da realidade. (p.210)

WINNICOTT trabalhou muito, ao longo de sua clínica, com os sonhos de seus pacientes e também com seus próprios sonhos, que permitiram o desenvolver de vários de seus conceitos teóricos. Sonhar o sonho do paciente, sonhar para o paciente: o sonhar do analista como lugar privilegiado da própria clínica. (AB’SÁBER, 2005)

Para o psicanalista, alguns sonhos não necessitavam de interpretação, pois o trabalho já havia sido feito no sonhar, no lembrar e no relatar. Assim, analista e

⁴ Nas palavras de Winnicott: “Essa área intermediária da experiência, incontestada quanto a pertencer à realidade interna ou externa (compartilhada), constitui a parte maior da experiência do bebê e, através da vida, é conservada na experimentação intensa que diz respeito às artes, à religião, ao viver imaginativo e ao trabalho científico criador”(1978, p.407).

paciente poderiam tomar um sonho e “os dois juntos podem brincar de usar o sonho para obter um *insight* mais profundo” (WINNICOTT, 1994a, p.165).

Nesta direção, comentando sobre alguns de seus próprios sonhos, WINNICOTT escreve: “Sabia também que estes sonhos eram diferentes dos outros. Eles não se destinavam à análise, mas eram uma consolidação de um trabalho efetuado” (WINNICOTT, 1994b, p.437).

Estas contribuições permitem entender os sonhos da pesquisadora, não somente como expressão inconsciente, mas como um fenômeno de comunicação silenciosa. Foram, portanto, usados, como lugar singular de compreensão das situações vividas.

SOBRE A INTERMEDIÇÃO

Destas experiências desdobraram-se inúmeras conversas, principalmente com a equipe. Após a ocasião da primeira situação descrita, alguns dos membros da equipe passaram a requisitar-me de maneira diferente: contatos mais próximos, confidências, desabafos. Como se eu pudesse compreendê-los em sua situação em relação aos indígenas: muitas vezes, o diálogo é tenso, difícil, resultando em discussão. Ainda assim, somente através dele é que se alcançará algum entendimento. Esta era minha repetida fala à equipe. Também alguns indígenas, depois desta ocasião, sentiram-se mais próximos, alguns deles se solidarizando comigo, expressando estranhamento em relação ao comportamento dos outros indígenas, consideraram ‘desrespeito’ à minha pessoa.

Compreendi a situação como uma tentativa de arranjo/negociação, por parte dos indígenas reunidos, de sua situação na Casa. Subjacentes a esta discussão estavam os temas da igualdade/desigualdade, dos direitos/deveres, da autoridade/poder e do autoritarismo/submissão. Temas extremamente relevantes aos que se propõem a trabalhar com os povos indígenas, dada sua história de extermínio e opressão. Sabe-se que, desde o início do contato entre os povos

indígenas e os europeus, as relações estabelecidas foram marcadas pela desigualdade, pela imposição violenta da cultura ocidental sobre o índio.

A possibilidade do profissional de saúde escutar o paciente indígena, membro de um grupo minoritário, expressa esta relação de poder, de dominação. A relação dominante/dominado se manifesta através do poder subjacente às relações interétnicas atuais (LANGDON, 2005, p.130).

Resgatando reflexões realizadas por TOBIE NATHAN, sobre a etnopsicanálise,⁵ ainda sobre a questão da dominação, o psicanalista WALTER MOURE (2005), em trabalho sobre terapêuticas indígenas, lembra como a psiquiatria cultural pode encobrir uma tentativa de dominação e propõe que estes campos – etnopsiquiatria e etnopsicanálise – sejam redefinidos e entendidos como campos de pesquisa e reflexões “sobre saberes e dispositivos que o outro conhece infinitamente melhor que o pesquisador” (p.193).

Para GAMBINI (2000), “a consciência brasileira não sabe encarar um índio. Não sabe o que ele é. Nela, o índio não tem lugar. (...) O que fará amadurecer a identidade brasileira será a capacidade de olhar para sua dimensão inconsciente, que despreza e inferioriza o Outro e seu modo peculiar de ser” (p.178).

Da segunda experiência, principalmente, pude desdobrar as idéias neste texto colocadas. A questão da atenção como presença corporal, o sonho como modo de compreensão de uma experiência, a questão da comunicação silenciosa, conceitos que foram buscados para dar sentido à experiência.

O psicólogo pode ser visto aqui como um investigador da dimensão subjetiva do humano, pode ser um importante *intermediador*, no sentido de facilitador, nas relações que foram constituídas, e se mantém, de maneira a privilegiar aspectos objetivos. Em uma instituição como a CASAI, é preciso estar atento ao corpo físico dos usuários, aos horários de medicação e consultas, ao funcionamento das regras, e, talvez, a comunicação entre os sujeitos indígenas que ali estão e a equipe de saúde, fique prejudicada. A atenção, em sua qualidade de presença corporal, não tem podido ser ofertada pelos membros da equipe, por

⁵ Sobre este tema ver “*Aprender Etnopsiquiatria*”, François Laplantine (1998).

inúmeros motivos. Além de todos os aspectos relacionados às diferenças étnicas e culturais já mencionados, o aspecto subjetivo das relações, pelo qual se acredita que a comunicação poderia se dar de maneira singular, parece, não esquecido, mas abandonado.

Estes aspectos talvez pudessem ser contemplados no processo de formação dos profissionais, bem como levados em conta no processo de seleção à área de saúde indígena. A chamada capacitação para o trabalho com os povos indígenas contaria com o desenvolvimento de uma postura de “saber escutar”, não somente com os ouvidos, mas com todos os sentidos. E ainda a possibilidade de relativizar o próprio saber, de encontrar dentro de si uma real disponibilidade de aprender com o outro e de exercitar a auto-reflexão.

Em artigo que discute questões sobre a metodologia na pesquisa etnográfica, DALMOLIN, LOPES e VASCONCELLOS (2002, p.25), retomando as idéias de PEIRANO, em texto de 1992, lembram que não é possível ensinar a fazer pesquisa de campo, pois o desenvolvimento desta está ligado, entre outros fatores, à biografia do pesquisador. Retoma-se esta ressalva para pensar, analogicamente, na biografia do profissional de saúde e, portanto, no que pode e o que não pode ser ensinado e capacitado.

Destacam-se, para a reflexão sobre a biografia e formação dos profissionais de saúde na área indígena, as questões levantadas em artigo de 1969, em que pensando na formação de fisioterapeutas, WINNICOTT (1994) propõe que assim como uma mãe com seu bebê, é necessário que o fisioterapeuta dê a seu paciente toda atenção. Esta comparação é feita propositalmente, pois, para o autor, há uma conexão íntima entre as duas situações. Chega mesmo a sugerir que a formação dos fisioterapeutas incluísse “observações atentas de um cuidado de bebês natural e não-instruído”(p.429).

No entanto, ressalva que são capacidades que não podem ser aprendidas, nem ser realizadas por máquinas, visto que “dependem inteiramente do cuidado e da compreensão humanas e de uma coleção de coisas que podem ser reunidas e descritas através da palavra “amor” (p.430).

Para o autor, o fato de, por vezes, o profissional manter o quarto limpo e aquecido, ou simplesmente se colocar disponível, significa uma comunicação fundamental, a de que se conhecem as necessidades do outro.

WINNICOTT (1994) finaliza reconhecendo a vastidão do tema e a maneira deliberadamente simples com que o abordou; o importante era oferecer ‘algumas linhas de pensamento’ para que o profissional as pudesse “utilizar na construção de uma atitude pessoal” para este importante tipo de trabalho (p.432).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando olho, sou visto. Logo, existo.

D.W. Winnicott

Para que o Sistema de Saúde Indígena possa atender às especificidades das etnias, parece ser fundamental a participação de mais indígenas na elaboração das políticas, na formação dos profissionais e nos serviços de atendimento. Esta possibilidade conta com inúmeros e complexos fatores, principalmente problemas políticos, e remetem às relações com a sociedade não-indígena, haja vista, para citar um exemplo, a questão do acesso dos povos indígenas às universidades.

Em texto que discute o ressentimento na sociedade brasileira, a psicanalista MARIA RITA KEHL (2004) propõe que os acontecimentos traumáticos vividos por um grupo minoritário, não sejam excluídos da experiência coletiva da sociedade na qual este grupo se insere. Os eventos, debates e atos públicos sobre estes acontecimentos contribuem para o amadurecimento político da sociedade brasileira, e “não devem ser confundidos com políticas de ressentimento: seriam políticas de reparação” (p.236).

A participação indígena deve ser efetiva, e para que esta se dê, parece ser necessária a capacidade de sociedade não-indígena estabelecer um diálogo, de modo que o outro seja levado em conta em sua condição de alteridade.

Além disso, parecem ser de fundamental importância as reflexões e discussões sobre a formação e capacitação dos profissionais de saúde indígena.

Uma vez estabelecido o contato entre os indígenas e os não-indígenas, abre-se o campo onde irão se dar os arranjos e negociações, para que se possa sobreviver na própria cultura. Mesmo assim, pode haver, por parte dos indígenas, como descreve MOURE (2005), “um sentimento de que algo vai ficando cada vez mais longe: aquilo que vai se perdendo no diálogo com o ocidente, aquilo vivo do mundo primevo que vai sendo capturado” (p.192). Para o autor, o campo do diálogo do lugar-*entre* culturas, guarda compreensões silenciosas (p.193).

O que se destaca na presente pesquisa diz respeito à importância da abertura para o outro, como um elemento presente na condição humana, sem a

qual talvez não haja comunicação. Nesse sentido, a pesquisa traz reflexões que dialogam com um campo mais amplo, para além do campo da saúde indígena, que é o do entendimento do outro como outro, sendo índio ou não.

O lugar que foi constituído para *esta* psicóloga *nesta* pesquisa foi, principalmente, o de intermediadora entre os indígenas e os não-indígenas, permitindo que a comunicação, muitas vezes difícil, se estabelecesse. A metodologia “exigida” somente diz respeito à pessoa da pesquisadora, neste determinado campo, levando em conta sua biografia e a de todos que participaram, resultando neste trabalho.

Ainda assim, arrisca-se a sugestão de que haja um amplo campo de atuação para o psicólogo no que diz respeito à intermediação dos povos indígenas com a sociedade brasileira não-indígena, como se o psicólogo pudesse ser uma espécie de “cuidador”, não do índio, nem do profissional de saúde indígena, mas da relação que se estabelece.

Nas palavras de ENRICO BANIWA, por ocasião do Colóquio Psicologia e Povos Indígenas,

a importância da psicologia no mundo indígena é fundamental, pois o psicólogo deve procurar entender, intermediar ou mesmo dar suporte aos indígenas à cisão que acontece entre as duas culturas. (...) Pode fazer a ponte entre o ser individual na aldeia e o confronto com o mundo ocidental, que esta é uma questão delicada, levando aos indígenas a perda de identidade e muitas vezes ao suicídio. (03/2007).

REFERÊNCIAS

AB' SABER, T. A. M. **O sonhar restaurado: formas de sonhar em Bion, Winnicott e Freud.** São Paulo: Editora 34, 2005.

ARENDT, H. **A Dignidade da Política: ensaios e conferências.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002.

ATHIAS, R.; MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. **Cad. Saúde Pública**, v.17, n.2, p.425-431, 2001.

ATHIAS, R. Corpo, Fertilidade e Reprodução entre os Pankararú: perspectivas e alcances. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Org.). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

BEZERRA DE MENEZES, A. **As portas do sonho.** São Paulo: Ateliê, 2002.

BOSI, E. **O tempo vivo da memória: ensaios de psicologia social.** São Paulo: Ateliê Editorial, 2003.

BUSSOLOTTI, M.A.F.M. (Edição, Organização e Notas) **João Guimarães Rosa. Correspondência com seu tradutor alemão Curt Meyer-Clason (1958-1967).** Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Letras / Nova Fronteira; Belo Horizonte-MG: Editora UFMG, 2004. p.25, nota 4.

CARNEIRO, M. C.; ALMEIDA, M. B. (Org.). **Enciclopédia da Floresta.** São Paulo: Cia das Letras, 2002.

CHAUÍ, M. Merleau- Ponty Obra de arte e filosofia In: NOVAES, A. **Artepensamento.** São Paulo: Cia das Letras, 1989.

COIMBRA JUNIOR, C.E.A.; GARNELO, L.; BASTA, P.C.; SANTOS, R.V. Sistema em Transição. In: RICARDO B. ; RICARDO, F. **Povos indígenas no Brasil: 2001/2005.** (Ed.). São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006.

COSTA, E. L. Tempo, Tempos. In: CARNEIRO, M.C.; ALMEIDA, M.B. (Org.). **Enciclopédia da Floresta**. São Paulo: Cia das Letras, 2002.

DA MATTA, R. O ofício de etnólogo, ou como ter anthropological blues. **Boletim do Museu Nacional**, Rio de Janeiro, n.27, Nova Série, 1978.

DALMOLIN, B. M.; LOPES, S. M. B.; VASCONCELLOS, M. P. C. A construção metodológica do campo: etnografia, criatividade e sensibilidade na investigação In: **Rev Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.11, n.2, p.19-34, 2002.

FAVRET-SAADA, J. *Entretien avec Jeanne Favret-Saada*. **Vacarme/Glislements de terrains**, v. 28, 2004. [Disponível em: <http://www.vacarme.eu.org/article449.html>]

_____. Ser afetado. In: **Cadernos de Campo. Revista dos alunos de Pós-Graduação em Antropologia Social da USP**, São Paulo, ano14, 2005.

FRAYZE-PEREIRA, J. A. Relatório apresentado em seminário clínico na **Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo**, auditório Sergipe, em 25/06/07.

GAMBINI, R. **Espelho Índio: a formação da alma brasileira**. São Paulo: Axis Mundi: Terceiro Nome, 2000.

GARNELO, L.; WRIGHT, R. Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa. **Cad. Saúde Pública**, v.17, n.2, p.273-84, 2001.

GEERTZ, C. Estar lá, escrever aqui. **Rev Diálogo**, v.22, n.3, 1998.

_____. **Obras e Vidas: o antropólogo como autor**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2005.

GONÇALVES FILHO, J.M. Problemas de método em Psicologia Social: algumas notas sobre a humilhação política e o pesquisador participante. In: BOCK, A. M. B. (Org.). **Psicologia e Compromisso Social**. São Paulo: Cortez, 2003.

GUZZARDI, A. O Projeto Casai/Cirsai. In: NERY, T.C.S.; GUZZARDI, A.; SELLERA, P.(Org.). **Saúde indígena: 1 ° Curso de Atenção Terciária**. São Paulo: Limiar/Funasa, 2005.

JUNQUEIRA, C. **Antropologia indígena: uma introdução, história dos povos indígenas no Brasil**. São Paulo: EDUC, 2002.

JUNQUEIRA, C. **Crianças Kamaiurá**. [Disponível em: www.pucsp.br e www.sescsp.org.br - 60 anos 60 ensaios Educação e Cultura]

KEHL, M.R. **Ressentimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

KHAN, M. **Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1984.

LANGDON, E.J. A Construção Sociocultural da Doença e Seu Desafio para a Prática Médica. In: BARUZZI, R.G.; JUNQUEIRA, C. (Org.). **Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história**. São Paulo: Terra Virgem, 2005.

_____. Políticas Públicas de Saúde Indígena: implicações para minorias e saúde reprodutiva. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Org.). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004a.

_____. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: LANGDON, E,J.; GARNELO, L. (Org.). **Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia, 2004b.

LAPLANTINE, F. **Aprender Etopsiquiatria**. São Paulo: Brasiliense, 1998.

LE TOURNEAU, F.M.; FIORINI, M. **A modernidade leva à tradição**. In: RICARDO B.; RICARDO, F. (Ed.). **Povos indígenas no Brasil: 2001/2005**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006.

LÉVI – STRAUSS, C. **Raça e História**, Lisboa: Editorial Presença, 1952.

LÉVINAS, E. **Entre nós: ensaios sobre alteridade**, Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

MAGNANI, J.G.C. De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. **Rev. Bras. Ciências Sociais**, v.17, n.49, 2002.

MAGNANI, J.G.C. O (velho e bom) caderno de campo. **Rev. Sexta-feira**, v.1, 1997.

MARCUS, G. Identidades passadas, presentes e emergentes: requisitos para etnografias sobre a modernidade no final do século XX ao nível mundial. **Rev de Antropologia**, FFLCH/USP, São Paulo, v.34,1991.

MARTINS, E. **Nossos índios, nossos mortos**, Rio de Janeiro: Codecri,1982.

MERLEAU-PONTY, M. De Mauss à Claude Lévi-Strauss. In: **Merleau-Ponty (Os Pensadores)**. São Paulo: Abril Cultural, 1984a.

_____. O filósofo e sua sombra. In: **Merleau-Ponty (Os Pensadores)**. São Paulo: Abril Cultural, 1984b.

_____. **O primado da percepção e suas conseqüências filosóficas**. Tradução de Constança Marcondes César. Campinas: Papyrus, 1990.

_____. O homem e a adversidade. **Signos**. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 1991.

_____. **Conversas-1948**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

MINDLIN, B. **Diários da floresta**. São Paulo: Editora Terceiro Nome, 2006.

MOURE, W. **O corpo espontâneo: sobre a corporeidade na clínica**. 2000. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica - PUC-SP, São Paulo.

_____. **Saudades da Cura. Estudo Exploratório de Terapêuticas de tradição indígena da Amazônia Peruana**. 2005. Tese (Doutorado)- Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo - USP, São Paulo.

NATHAN, T. *Ethnopsychiatrie, complémentarisme, possession*. In: **Ethnopsy. Les mondes contemporains de la guérison**, Paris: Les empêcheurs de penser en ronde/ Le Seuil, n.5, avril 2003.

NERY, T.C.S. Uma nova realidade para a Casai-SP. In: NERY, T.C.S.; GUZZARDI, A.; SELLERA, P. (Org.). **Saúde indígena: 1º Curso de Atenção Terciária**. São Paulo: Limiar: Funasa, 2005.

PELLEGRINI, M. As equipes de saúde diante das comunidades indígenas: reflexões sobre o papel do antropólogo nos serviços da atenção à saúde indígena. In: LANGDON, E.J.; GARNELO, L. (Org.). **Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia, 2004.

PEREIRA, O.P.; ALMEIDA, M.C.T. Saúde e poder: um estudo sobre os discursos hegemônicos e subalternos em contextos multiculturais. **Rev Bras Cresc Desenv Hum**, v.15, n.2, 2005.

PEZZELA, A .M. **L'Antropologia Filosófica de E. Stein: indagine fenomenológica della persona umana**. Roma: Città Nuova, 2003.

POSSUELO, S. "O futuro dos índios está intimamente ligado àquilo que nós seremos". In: **Povos indígenas no Brasil: 2001/2005**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006.

SAFRA, G. **Desvelando a memória do humano: o brincar, o narrar, o corpo, o sagrado, o silêncio**. São Paulo: Edições Sobornost, 2006.

SAHLINS, M. **Cultura na prática**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2004.

_____. O “pessimismo sentimental” e a experiência etnográfica: por que a cultura não é um “objeto” em via de extinção. **Mana**, v.3, n.1 Pt1, p.41-73. 1997.

_____. O pessimismo sentimental” e a experiência etnográfica: por que a cultura não é um “objeto” em via de extinção. **Mana**, v.3, n.2 Pt2, p.103-50, 1997.

SARTI, C. A. A dor, o indivíduo e a cultura. **Rev. Saúde e Societ.**, v.10, n.1, p.3-13, 2001.

SCHMIDT, M.L.S. **Pesquisa participante: alteridade e comunidades interpretativas**. Ensaio indisciplinado: aconselhamento psicológico e pesquisa participante. Agosto, 2005. Tese (Livre - Docência) Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo USP. São Paulo.

_____. Pesquisa participante: alteridade e comunidades interpretativas. **Psicologia USP**, São Paulo, v.17, n.2, 2006.

VIANNA, F. **O novo modelo de atendimento**. In: RICARDO B. ; RICARDO, F. (Ed.). **Povos indígenas no Brasil: 2001/2005**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006.

VILLAS BÔAS, O. **A arte dos pajés: impressões sobre o universo espiritual do índio xinguano**. São Paulo: Globo, 2000.

VIVEIROS DE CASTRO, E. **“No Brasil, todo mundo é índio, exceto quem não é”**. In: RICARDO B.; RICARDO, F.(Ed.). **Povos indígenas no Brasil: 2001/2005**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006.

I

WEIS, B.; ZANCHETTA, I. **Caos e retrocesso**. In: RICARDO B.; RICARDO, F.(Ed.). **Povos indígenas no Brasil: 2001/2005**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006.

WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (Org.). **Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994b.

WINNICOTT, D.W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1994a.

_____. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

_____. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1975.

ZOJA, L. **História da Arrogância: psicologia e limites do desenvolvimento humano**. São Paulo: Axis Mundi, 2000.

FONTES PRIMÁRIAS

ENTREVISTAS

Carmen Junqueira, entrevista à Autora em fevereiro de 2007.

Jorge Carlovich Filho, entrevista à Autora em julho de 2006.

ENCONTROS- PARTICIPAÇÃO

PROFOCO – PROGRAMA DE FORMAÇÃO CONTINUADA. Coordenação de Gilberto Safra: *A corporeidade: o corpo numa perspectiva ética*. São Paulo, 2006. Comunicação disponível no DVD “Do handling ao corpo no setting” Edições Sobornost, 2006.

COLÓQUIO PSICOLOGIA E POVOS INDÍGENAS – Evento preparatório para o VI CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA – SÃO PAULO, CRP, março de 2007.

DOCUMENTOS

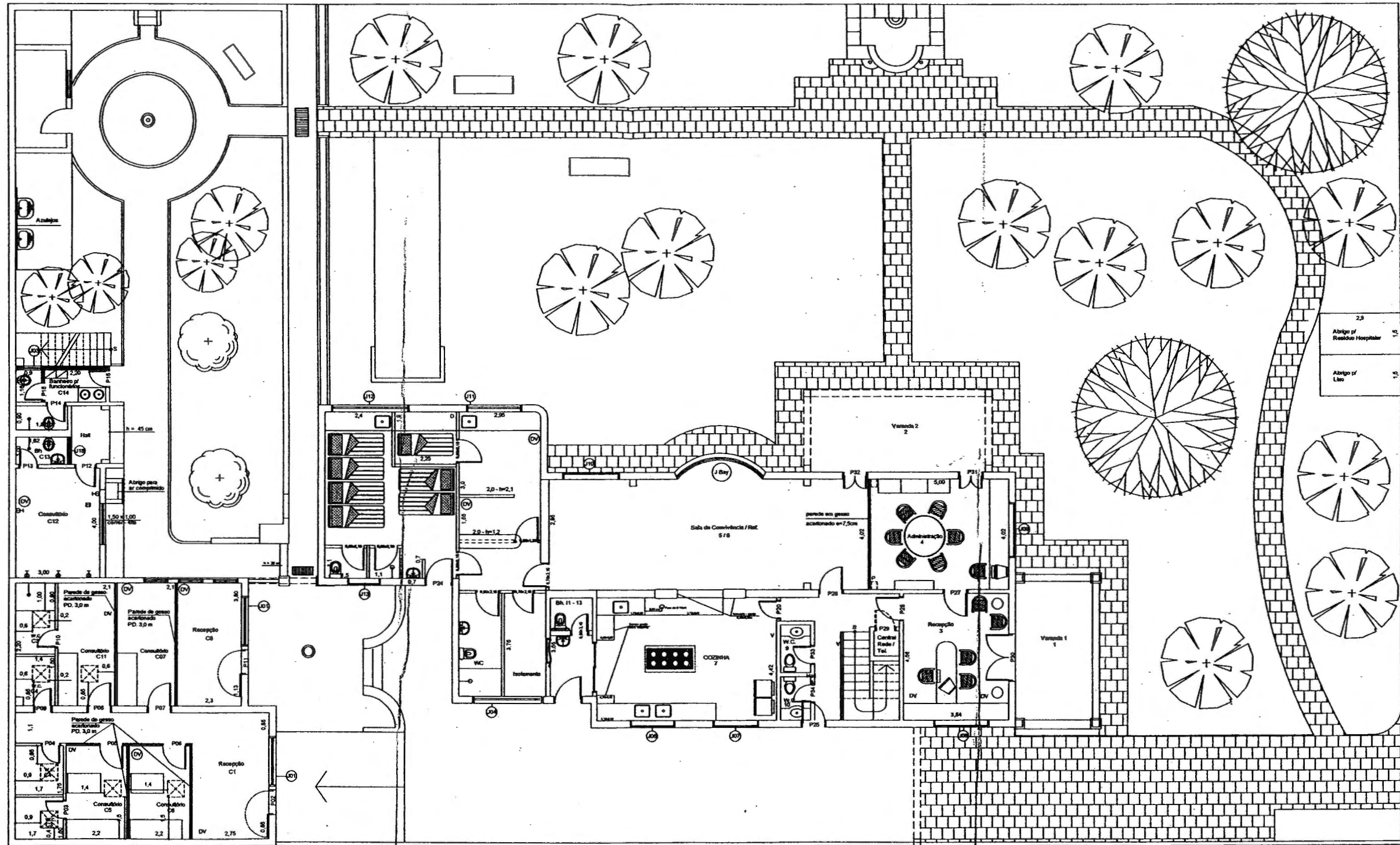
BRASIL(BRASÍLIA) Ministério da Saúde, Departamento de Saúde Indígena. **RELATÓRIO FINAL. 1º ENCONTRO NACIONAL DAS CASAS DE SAÚDE DO ÍNDIO (CASA I) E DOS CHEFES DOS DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS (DSEI).** Pirinópolis, Goiás. 8 a 12 de novembro de 2004.

SITES

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA):

<http://www.socioambiental.org/pib/português/quonqua/qoqindex.shtm>

ANEXOS



RUA GUIMARAES PASSOS ,216

PLANTA DO PAVIMENTO TÉRREO

ESCALA 1:100
Área: 335,00 m²

LEGENDA

- Configuração pintagem
- COR PENA ESP 7 0,10
 - COR2 7 0,20
 - COR3 7 0,20
 - COR4 7 0,40
 - COR5 7 0,45
 - COR6 7 0,50
 - COR7 7 0,20
 - COR8 8 0,20
 - COR9 9 0,20
 - CORES restantes colorido 0,10
- Door com vidro acústico 60x80 cm
 - Alvenaria esbelta
 - Decant
 - Corredor Alameda
 - Corredor com Piso em Chão Acabado
 - Dado e Voz
 - Dado e Voz (a contorno)
 - Público
 - Voz
 - Dado

ESPECIFICAÇÃO DAS PORTAS NOVAS

QUANT.	DESCRIÇÃO	LOCALIZAÇÃO
10 UN	PORTA MADERA ABRR 1 FOLHA DE 2,10 X 0,90 m	P01, P02, P05, P06, P07, P08, P11, P17, P19
07 UN	PORTA MADERA ABRR 1 FOLHA DE 2,10 X 0,70 m	P03, P04, P09, P10, P15, P16
03 UN	PORTA MADERA ABRR 1 FOLHA DE 2,10 X 1,00 m	P18, P21, P22

Obs.: Nas demais portas já existentes no caso deverão ser locadas as fechaduras e estabelecidas maçanetas do tipo alavanca cromada. As portas P33, P34, P35 e P36 deverão ser locadas e pintadas. Na porta P29 deverá ser instalada folha tipo veneziana.

ESPECIFICAÇÃO DAS JANELAS NOVAS

QUANT.	DESCRIÇÃO	LOCALIZAÇÃO
01 UN	ESCALADRIA METÁLICA TIPO BASCULANTE Dim. 1,80 x 0,70 m c/pát. 1,40 m	J01
01 UN	ESCALADRIA METÁLICA TIPO BASCULANTE Dim. 0,80 x 0,70 m c/pát. 1,40 m	J02
03 UN	ESCALADRIA METÁLICA TIPO BASCULANTE Dim. 0,80 x 0,50 m c/pát. 1,80 m	J03, J05, J1a
01 UN	ESCALADRIA METÁLICA TIPO BASCULANTE Dim. 1,55 x 0,70 m c/pát. 1,40 m	J04
01 UN	ESCALADRIA METÁLICA TIPO BASCULANTE Dim. 2,80 x 0,70 m c/pát. 1,40 m	J11

Obs.: As demais esquadrias metálicas - janelas - deverão ser locadas e pintadas com tinta esmalte branco brilhante e terem seus vidros substituídos recuperados. Os vidros quebrados deverão ser repostos nas janelas J25, J04, J09, J10 e J12.

Cliente **FUNASA - SP** Folha **01**

Obra **Nova "CASAI"**

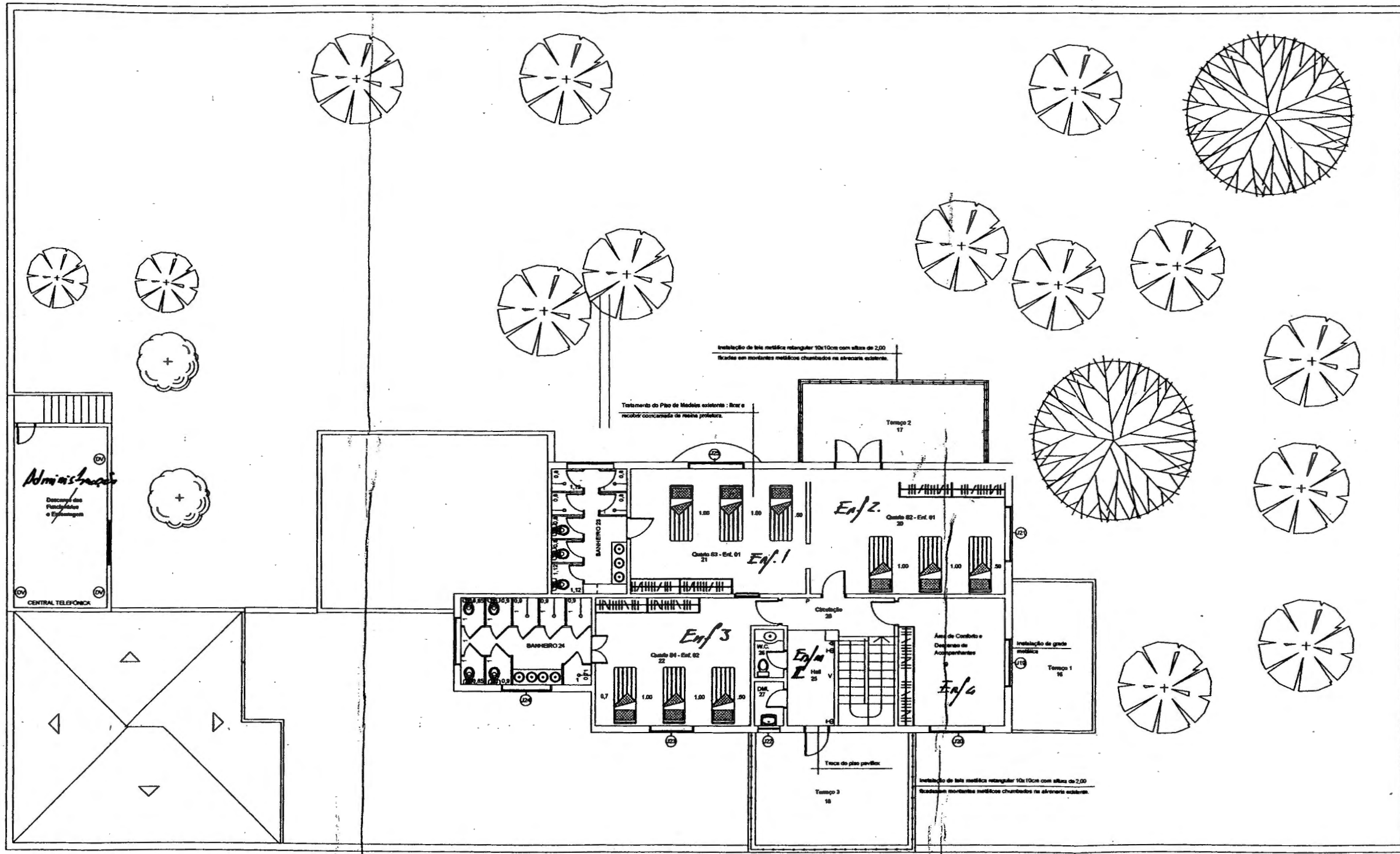
Assunto **Reforma Geral** Revisto **00** Etapa **projeto**

PLANTA BAIXA - LAYOUT

Autor do projeto **Arq. MIRELA P. PESSATTI** Data **16/09/2004** Escala **1:100**

Cma 8880909123

R. Pedro Chinelatto Nº457 tel + 55 19 3426 9830
13485-000 Itacanjuba SP Brasil mirlepessatti@ust.com.br



PLANTA DO PAVIMENTO SUPERIOR
 ESCALA 1:100
 Área : 185,00 m²

(P) Dados e Voz (a confirmar)
 P Público
 V Voz

- Configuração pinturas
- COR PENA ESP
 - COR1 7 0,10
 - COR2 7 0,20
 - COR3 7 0,20
 - COR4 7 0,40
 - COR5 7 0,45
 - COR6 7 0,50
 - COR7 7 0,20
 - COR8 8 0,20
 - COR9 8 0,20
 - CORES restantes colorido 0,10

Cliente	FUNASA - SP	Folha	02
Obj	Nova " CASAI "	Revisão	03
Assunto	Reforma Geral	Etapa	projeto
	PLANTA BAIXA - LAYOUT		
Autor do projeto	Arq. MIRELA P. PESSATTI	Data	16/08/2004
	Casa 280698123	Escala	1:100
R: Pedro Chinelato Nº467 13495-000 Itacambépolis- SP Brasil		Tel + 55 19 3428 1630 mirelapessatti@unifema.br	

ANEXO 2

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este trabalho será realizado com população indígena, observando as normas e diretrizes propostas nas resoluções CNS 196/96 e CNS 304/2000.

O presente estudo se dará com os índios em tratamento médico na Casa de Atenção à Saúde Indígena- CASAI de São Paulo. Neste tratamento serão respeitadas as características culturais de cada participante, evitando prejuízos físicos, mentais, psicológicos e intelectuais.

Uma Carta de Autorização apresentada em anexo foi obtida da instituição. Além desta, para cada entrevistado, será oferecido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo informações e explicações sobre o objetivo da pesquisa, como também sobre os procedimentos a serem realizados, garantindo-lhes a liberdade de participação ou recusa, sem qualquer ônus.

O sigilo e o anonimato das pessoas envolvidas na pesquisa serão preservados rigorosamente.

Garantimos que as informações serão exclusivamente para as finalidades previstas no projeto.

ANEXO 3

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisadora : Lucila de Jesus Mello Gonçalves

Profissão: Psicóloga

Instituição: Faculdade de Saúde Pública/USP

Telefone para contato: celular (011) 9944-4339

Você está sendo convidado(a) para participar de um estudo que pretende acompanhar a situação do índio em tratamento médico na Casa de Atenção à Saúde Indígena - CASAI.

Para isso, estamos entrevistando índios em tratamento médico e seus acompanhantes. Sua participação é contar como está sendo a permanência na Casa, como avalia o tratamento, quais as dificuldades que encontra, como é a relação com a equipe médica e com os outros índios.

Estas entrevistas serão utilizadas para realização de Dissertação de Mestrado que será apresentada na Faculdade de Saúde Pública da USP. A sua participação não é obrigatória e o senhor(a) pode se recusar a responder a qualquer pergunta. Sua valiosa participação será apresentada sem mencionar o seu nome. Assim, suas respostas não prejudicarão seu atendimento (ou o atendimento de seu parente) e nem sua relação com a CASAI, pelo contrário, poderão fornecer alternativas para ajudar a melhorá-los.

Declaro que, após ter sido esclarecido sobre a pesquisa, consinto em participar na qualidade de voluntário deste projeto de pesquisa.

São Paulo, de de

Entrevistado

Pesquisadora

ANEXO 4

ROTEIRO PARA ENTREVISTAS - INDÍGENAS

- a. *A chegada:* como, com quem, de onde e por quê veio?
- b. *Os diagnósticos:* quais são? (indígena e não-indígena)
- c. *Sobre a doença:* quais os seus sintomas? Quais as causas? E o significado?
- d. *Sobre a necessidade da vinda para a CASAI de São Paulo:* quais foram as etapas anteriores?
- e. *Sobre o tratamento:* a quais e quantas intervenções é/foi submetido? De que modo recebe o tratamento?
- f. *Questões, necessidades e eventos que apareçam durante a permanência na Casa:* como se dão as relações com as equipes médicas, com os outros índios, com a cidade? Como lida com as regras da instituição? O que acontece com o acompanhante? Como as necessidades vão se modificando ao longo da estadia?
- g. *Sentimentos sobre a própria casa:* saudades, lembranças e sonhos.
- h. *O final do tratamento ou da estadia:* procedimentos, expectativas, planos e despedida.

ANEXO 5

ROTEIRO ENTREVISTAS - MÉDICOS

- a. Como é o trabalho com os índios?
- b. Quais as principais dificuldades que o médico encontra?
- c. Sobre a comunicação: como se dá o diálogo; Como lidam com as diferenças culturais?
- d. Sobre a necessidade de estudar antropologia, saber as especificidades de cada etnia atendida.
- e. Sobre o campo intercultural: entre o respeito às singularidades, étnicas e pessoais, e a conduta médica. Quais os limites éticos?