



Mulheres indígenas e saúde reprodutiva: entre a tutela e o biopoder

Indigenous women and reproductive health: between the guardian and the biopoder

Ranna Iara de Pinho Chaves Almeida¹

RESUMO

Este trabalho busca analisar as relações de poder tanto entre os discursos biomédicos e administrativos e o discurso da antropologia, principalmente no que diz respeito às mulheres indígenas e sua saúde reprodutiva, através de minhas vivências durante os três anos que trabalhei com as sete etnias que vivem no Mato Grosso do Sul.

PALAVRAS-CHAVE: Antropologia. Administração Pública. Saúde Reprodutiva.

ABSTRACT

This work seeks to analyze the power relations between the biomedical and administrative discourses and the discourse of anthropology, especially with regard to indigenous women and their reproductive health, through my experiences during the three years I worked with the seven ethnicities who live in Mato Grosso do Sul.

KEYWORDS: Anthropology. Public Administration. Reproductive Health.

“Eu mesma não sabia bem se ainda era etnógrafa”.
Jeanne Favret-Saada

Há alguns anos atrás, trabalhei como antropóloga no Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul (DSEI-MS). A realidade que se apresentava a mim era muito áspera: seria uma das primeiras pessoas a ocupar esta função diariamente e com um regime de trabalho que me ligava diretamente a Secretaria Especial de Saúde Indígena através de um Contrato Temporário da União. Trabalhei na Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASE), mas também apoiei as ações da Divisão de Edificações e Saneamento Indígena. Entendia o meu trabalho como a oportunidade de apresentar aos profissionais da saúde que ali estavam que

¹ Mestranda o Programa de Ciências Sociais da Universidade Federal de Uberlândia – UFU. E-mail: rannaiaara@gmail.com.

a saúde ou doença eram muito mais do que um fenômeno biológico, mas também poderia ser visto por outro prisma:

Em outras palavras, o fenômeno saúde-doença não pode ser entendido à luz unicamente de instrumentos anátomofisiológicos da medicina (MINAYO, 1991), mas deve considerar a visão de mundo dos diferentes segmentos da sociedade, bem como suas crenças e cultura. Significa dizer que nenhum ser humano deve ser observado apenas pelo lado biológico, mas percebido em seu contexto sociocultural. (SANTOS *et. all.*, 2012, p. 13)

É importante caracterizar quais eram as diferentes visões de saúde em disputa dentro deste campo de trabalho. A primeira delas é a concepção mágico-religiosa de saúde:

A medicina mágico-religiosa, predominante na antiguidade, se inseria em um contexto religioso-mitológico no qual o adoecer era resultante de transgressões de natureza individual ou coletiva, sendo requerido para reatar o enlace com as divindades, o exercício de rituais que assumiam as mais diversas feições, conforme a cultura local, liderados pelos feiticeiros, sacerdotes ou xamãs. As relações com o mundo natural se baseavam em uma cosmologia que incluíam deuses caprichosos e espíritos tanto bons como maus. Os indivíduos pensavam a doença em termos desses agentes cabendo aos responsáveis pela prática médica da época aplacar essas forças sobrenaturais. Esse enfoque é ainda hoje aceito por milhares de pessoas, habitantes de sociedades tribais ou não, com a intromissão, concomitante, por vezes, de elementos da medicina ocidental, dita científica. (BARROS, 2002, p. 68)

A maioria dos indígenas com quem tive contato trafegava entre os mais diversos elementos de sua própria concepção de saúde e da concepção dos não-indígenas, sendo sempre possível tomar o medicamento prescrito pelo médico e logo em seguida ir aos rezadores e dar início a uma ritualística curativa. Porém, o inverso raramente era verdadeiro, não havia da parte dos profissionais de saúde proibições quanto a essas práticas, porém sempre havia a dúvida sobre sua eficácia. Estes professavam com um fervor quase religioso a concepção biomédica de saúde.

O modelo biomédico surge a partir do racionalismo cartesiano e das descobertas da renascença. É a partir dele que o corpo é visto como uma máquina que precisa de ajustes pontuais quando não se encontra saudável.

Estes ajustes podem ser realizados através de diversas substâncias químicas – os medicamentos.

As descobertas mencionadas e tantas outras requeriam um modelo explicativo que pudesse incorporar as inovadoras concepções sobre a estrutura e funcionamento do corpo. Durante longo período de tempo, médicos e pacientes tiveram sua atenção voltada para o todo e a interação harmônica das partes. O novo modelo explicativo introduz a gradativa reorientação nos princípios e práticas que irão conformar a nova medicina, sendo mui ilustrativo o modelo mecânico que se erige como analogia para a compreensão do funcionamento do corpo: o relógio e suas engrenagens. (BARROS, 2002, p. 74)

O que se segue é um brevíssimo histórico do surgimento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena como conhecemos hoje e um relato sobre duas experiências onde diversas concepções de saúde e doença se chocam. A narrativa têm como força motriz as mulheres indígenas e seus direitos sobre seus corpos e territórios. Dentro dessa dinâmica analisa-se o papel do antropólogo em meio aos discursos biomédicos e administrativos.

O campo da saúde indígena

Antes de iniciarmos os relatos aqui propostos é interessante apresentarmos o que é a Secretaria Especial de Saúde Indígena (doravante SESAI) – órgão ao qual meu trabalho estava vinculado – e como ela surge na administração pública brasileira. A SESAI é uma secretaria vinculada ao Ministério da Saúde que “(...) é responsável por coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2018).

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) é anterior a criação da SESAI - o SasiSUS foi criado em 1999 e a SESAI em 2010 – todos estes processos foram incitados pela criação do Sistema único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988. O procedimento de criação da secretaria representou um avanço e foi resultado da luta dos indígenas por melhorias em seu atendimento de saúde (FERREIRA, 2013). Antes disso, o SasiSUS era administrado pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Mais

anteriormente, antes mesmo da criação do subsistema, a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) era responsável pelas ações de saúde nas aldeias. Tudo isso nos mostra que na realidade a relação entre prevenção e promoção da saúde entre os povos indígenas do Brasil remonta a uma longa história que pode ser retomada desde os primeiros contatos entre indígenas e não indígenas.

Sabe-se que o primeiro contato de populações indígenas com outras populações ocasiona imensa mortandade, por ser a barreira imunológica desfavorável aos índios (ao contrário do que ocorreu na África, em que a barreira favorecia os africanos em detrimento dos europeus). Essa mortandade, no entanto, contrariamente ao que se quer crer, não tem causas unicamente naturais: entre outras coisas ela pode ser evitada com vacinações, atendimento médico e assistência em geral. Estudos de caso recentes mostraram que, nessas epidemias, os índios morrem sobretudo de fome e até de sede: como toda população é acometida pela doença ao mesmo tempo, não há quem socorra e alimente os doentes. [...] Após o primeiro contato, os grupos que conseguem sobreviver iniciam uma recuperação demográfica: assim foi com a América como um todo, que perdera grande parte de sua população aborígine entre 1492 e 1650, provavelmente uma das maiores catástrofes demográficas da humanidade. Cada avanço de fronteira econômica no país dá origem a um ciclo semelhante. (CUNHA, 2012, p. 123)

Historicamente marca-se o início de algum tipo de assistência à saúde dos povos indígenas apenas no século XX, como nos relata BENEVIDES; PORTILLO; NASCIMENTO (2014):

No início do século XX, os elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis, causadas pela expansão das fronteiras econômicas, levaram à criação, em 1910, do Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais – SPI/ILTN, mais tarde chamado de SPI (Serviço de Proteção ao Índio). Porém, não havia, nesse período, uma forma sistemática de prestação de serviços de saúde a esses povos. A assistência à saúde restringia-se a planos emergenciais ou ações inseridas em processos de “pacificação”. As ações de atenção básica de saúde à população indígena e rural em áreas de difícil acesso, como a vacinação, o atendimento odontológico e o controle de tuberculose e de outras doenças transmissíveis começaram a ocorrer a partir de 1956, com a criação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), ligado administrativamente ao Programa Nacional de Tuberculose do Ministério da Saúde. Contudo, em 1967 ocorrem mudanças significativas, com a extinção do SPI e com a criação de uma comissão formada por indigenistas, antropólogos e profissionais do SUSA, a partir da qual se constituiu a Fundação Nacional do Índio

(Funai). Em 1968, a Funai cria as Equipes Volantes de Saúde, que prestavam assistência médica, aplicavam vacinas e faziam a supervisão do trabalho do pessoal de saúde local, geralmente auxiliares ou atendentes de enfermagem. O SUSAs é, então, rebatizado com o nome de Unidade de Atendimento Especial e passa a trabalhar apenas com tuberculose, deixando as outras ações para a divisão de saúde da Funai. (BENEVIDES; PORTILLO; NASCIMENTO, 2014, p. 31)

A década de 1970 trará o advento da Lei 6.001/73, o chamado Estatuto do Índio, que influenciado pelo Regime Militar acaba por associar os povos indígenas ao atraso e por transformá-los em um obstáculo ou desenvolvimento nacional. É nesta legislação, em seu segundo capítulo, que se estabelece o chamado regime tutela ao qual deveriam se submeter os indígenas, um mecanismo que lhes retira autonomia decisória em várias instâncias. BENEVIDES; PORTILLO; NASCIMENTO (2014, p. 31) esclarece ainda mais essa questão: “Esse estatuto colocou a função de tutela do Estado em relação aos índios, ou seja, o destino da população indígena era externamente imposto e determinado pelo governo nacional”.

Na metade final da década do 1980 temos o advento de diversos movimentos sociais que buscavam reestabelecer a democracia no país. Os indígenas brasileiros se tornam cada vez mais coesos politicamente e passam a fazer parte de toda essa movimentação, o que culmina com a promulgação da Constituição de 1988, que passa a possuir dispositivos para a proteção dos povos indígenas².

A Constituição trata sobretudo de terras indígenas, de direitos sobre recursos naturais, de foros de litígio e de capacidade processual. [...] A Constituição não trata da tutela, que é um dispositivo enxertado no Código Civil de 1916. Digo enxertado porque não constava do projeto original de Clóvis Bevilacqua e foi

² Segundo o informe oficial da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) publicado em seu sítio: “A Constituição Federal de 1988 reconheceu a capacidade civil dos povos indígenas e avançou na ampliação e garantia dos seus direitos, alinhando-se à Convenção 169, da Organização Internacional do Trabalho (OIT), à Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão, da Organização das Nações Unidas (ONU), instrumentos jurídicos internacionais que referenciam o campo do indigenismo. A atualização do principal marco jurídico brasileiro inaugurou uma nova fase do indigenismo estatal e significou o rompimento, no campo do direito, com valores etnocêntricos que contribuíram historicamente para reforçar assimetrias nas relações entre o Estado e os povos indígenas. Cabe ressaltar, contudo, que apesar da Constituição Federal de 1988 ter estabelecido um novo paradigma sobre os direitos dos povos originários do Brasil, rompendo com a perspectiva tutelar e integracionista, a concretização dessa ruptura ainda é um processo em curso”. (url: <<http://www.funai.gov.br/index.php/nossas-acoess/direitos-sociais>> Acesso em: 29/03/2018)

acrescentado para garantir, por analogia com um instrumento já existente, proteção especial aos índios. Eles foram assim enquadrados na categoria de relativamente capazes, que engloba os menores de 16 e 21 anos, os pródigos e, até 1962, quando se as retirou do artigo, as mulheres casadas! [...] na legislação ordinária destaca-se o chamado Estatuto do Índio (Lei 6001 de 19/12/1973), que regula os detalhes dos direitos indígenas. Das as novas formulações da Constituição de 1988, faz-se necessária uma revisão desse estatuto, e tramitam no Congresso várias propostas de lei nesse sentido. (CUNHA, 2012, p. 128)

Acompanhando este movimento acontece em 1986 a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, por deliberação da VIII Conferência Nacional de Saúde. Este evento foi importantíssimo, por ele lançou as bases do que viria a ser um sistema de saúde indígena específico e integrado com o sistema de saúde nacional.

A partir daí constitui-se uma rede de instrumentos legais e de estruturas administrativas que reforçariam essa ideia, dentre as quais se destaca o Decreto nº 23, de fevereiro de 1991, que transfere a responsabilidade das ações de saúde dos povos indígenas para o Ministério da Saúde e aponta para a criação de um modelo diferenciado. Conforme descrito em seu artigo 4º, parágrafo 1º: “[...] as ações e serviços serão desenvolvidos segundo modelo de organização na forma de Distrito Sanitário de natureza especial, consideradas as especificidades das diferentes áreas e das comunidades indígenas”. As ações de saúde indígena passaram, então, a ser coordenadas e executadas pela Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), subordinada ao Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), com a atribuição de implementar o novo modelo de atenção à saúde indígena. (BENEVIDES; PORTILLO; NASCIMENTO, 2014, p. 32)

A década de 1990 é marcada pelo advento da Lei no 9.836/99, chamada Lei Arouca, devido a seu proponente – o deputado Sérgio Arouca – que sugere o projeto em 1994. Esta lei é a que levou a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, sanando a omissão do Estado com relação à saúde da população indígena nacional. A implantação do subsistema inicia-se no segundo semestre de 1999, para tanto é criada a figura do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI):

O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), como modelo de organização de serviços, configura um espaço de atenção à saúde sob responsabilidade do gestor federal, com uma delimitação geográfica que contempla aspectos demográficos, etnoculturais e o acesso dos usuários indígenas aos serviços, como controle social

exercido por meio dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena. Para a criação dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas foram utilizados critérios que consideraram: a população, a área geográfica e o perfil epidemiológico; a disponibilidade de serviços, os recursos humanos e a infraestrutura; as vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS; relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional; e a distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites dos estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas. As ações de saúde nos DSEI são realizadas por equipes multidisciplinares, compostas por médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, Agentes Indígenas de Saúde, entre outros profissionais. Assim como no SUS, no subsistema foram instituídos mecanismos de Controle Social. No âmbito dos DSEIs, o controle social se configurou por meio da criação de Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena. (BENEVIDES; PORTILLO; NASCIMENTO, 2014, p. 35)

Apesar dos avanços, o SasiSUS ainda precisaria se estruturar e se manter. A partir da metade dos anos 2000 as lideranças indígenas, através do Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, começam a discutir sobre a necessidade de mudanças estruturais na já chamada Saúde Indígena. Este processo culmina na criação de um Grupo de Trabalho composto por 26 membros – sendo 16 deles indígenas – que obtém como resultado de suas reuniões a proposta de criação da Subsecretaria de Atenção à Saúde Indígena. Depois de um longo processo com grande participação indígena a SESAI é criada em 2010:

O Decreto de criação da SESAI (Decreto No. 7.336) foi assinado pela Presidência da República em 19 de outubro de 2010, passando definitivamente a gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para o Ministério da Saúde. Essa mudança iniciou uma nova etapa na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e na relação entre o Estado e os povos indígenas. (FERREIRA, 2013, p. 90-91)

Este longo processo de omissão do Estado e das lutas dos povos indígenas é coroado com uma vitória, porém é impossível deixar de notar que o procedimento, apesar de possuir a presença ativa de indígenas se deu dentro da lógica do próprio estado brasileiro, denotando um certo tipo de relação com a alteridade.

Refiro-me de forma particular ao fato de que tais relações estão no cerne do manejo político da diversidade cultural concebido e vivido

por diferentes atores (governamentais e não governamentais) como parte dos mecanismos de construção da cidadania indígena. Uma cidadania diferenciada que logrou ganhar força no mesmo contexto em que se dava o reconhecimento de que, nas palavras do então presidente da República Fernando Henrique Cardoso, “o Brasil é uma nação multirracial e disso se orgulha, porque considera que essa diversidade cultural e étnica é fundamental para o mundo contemporâneo” (Souza, 1997, p. 13). (TEIXEIRA, 2013, p. 569)

O que se busca aqui é uma reflexão sobre a contradição inerente aos próprios princípios da saúde indígena, que busca ser diferenciada para contemplar os princípios da equidade, porém atua ainda em uma lógica essencialmente estatal e centralizada em um modelo biomédico de saúde.

[...] 1. existem contradições entre os princípios da política de saúde indígena expressos em seus diferentes documentos, ou seja, no âmbito do próprio modelo; e 2. que estas contradições expressam conflitos políticos em curso entre os distintos agentes do Estado. (TEIXEIRA, 2013, p. 575)

São estas contradições inerentes ao próprio sistema que vemos nos relatos apresentados a seguir.

Cenas: construção de lugares de poder

Como dito anteriormente, o tempo passado no trabalho no DSEI – MS, mais especificamente na Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI) foi recheado de aprendizados e de percalços. Por serem as etnias com maior população, os Terena e os Guarani (tanto os Nhadewa quanto os Kaiowá) ocupavam o maior tempo de trabalho e a maioria das solicitações surgiam das comunidades onde estas etnias vivem.

No mês de junho de 2012 atendendo a uma solicitação da chefia do Distrito realizei minha primeira incursão em campo, eu estava trabalhando há três meses e algum conhecimento técnico sobre as ações realizadas pela DIASI já havia sido acumulado. A visita se daria pela região de Dourados - MS, onde à época existia a maior concentração de retomadas de terras indígenas no estado. Eu visitaria o maior número possível destas retomadas em cinco dias e retornaria com um relatório situacional.

Veja, esta era uma situação *sui generis*, pelo menos em minha visão. O que havia aprendido é que “o antropólogo” passava o máximo de tempo em campo, vivendo e convivendo com seus interlocutores, depois desde tempo este profissional seria capaz de elaborar um relato ou talvez até, nos moldes de Clifford Geertz (1978), uma descrição densa de tudo que havia acontecido e a partir daí uma análise seria possível. O que me foi solicitado dentro da lógica da administração pública era completamente diferente: o reconhecimento então só poderia ser superficial, a densidade se esvairia no pouco tempo dedicado a tarefa e as conclusões ou seriam muito óbvias ou não teriam nenhuma profundidade teórica.

Só um ano depois conheceria com mais profundidade, através de diálogo estabelecido com o Professor Levi Marques Pereira, o trabalho pericial realizado por antropólogos. Creio que é este tipo trabalho que se espera que seja realizado na administração pública: algum tipo de relatório que estabeleça um parâmetro para a tomada de decisões administrativas. Sendo assim, acompanho a visão de OLIVEIRA e PEREIRA (2012) quando falam de seu relatório sobre a Terra Indígena Buriti:

Ainda é necessário esclarecer que o presente laudo pericial se apresenta mais como um *documento* produzido em determinado contexto sócio-histórico, tal qual compreendem os historiadores, do que uma análise antropológica de natureza acadêmica sobre os dados aqui apresentados. Esta consideração não diminui a relevância da obra, tampouco impede a formulação de análises críticas a respeito de seu conteúdo, pelo contrário. Na verdade, a qualidade de um laudo desta natureza não pode ser aferida única e exclusivamente por critérios acadêmicos, mas pela possibilidade de colocar a ciência desenvolvida na academia a serviço da Justiça. (OLIVEIRA; PEREIRA, 2012, p. 14)

A função ali seria produzir informações que cooperassem com as decisões administrativas, o que também veio a me gerar grande desconforto, pois uma das grandes questões para o profissional de antropologia surgiu neste momento: para que serve a antropologia? Ou melhor: a quem serve a antropologia que faço? A relação entre as raízes do saber antropológico e o processo colonizador foram suscitadas em minhas reflexões, e depois de muita batalha interna decidi que o mais sensato seria continuar com o

trabalho, buscando um objetivo: caminhar contra a tendência de remeter “de forma direta os indígenas a níveis destituídos de uma pertença plena à humanidade” (TEIXEIRA, 2012, p. 586).

Com essas ideias em mente iniciei a viagem com meus colegas³. No primeiro dia visitamos três retomadas: Ñu Porã (também conhecido como Mudas-MS), Tekoha Apika’y (também conhecido como Curral de Arame) e Pacuriti. A precariedade das instalações é a primeira e mais marcante impressão deixada em uma visita destas. Em todos os locais não há possibilidade de instalação de rede de saneamento básico, a não ser por decisão judicial, já que a posse da terra ainda não foi oficialmente deliberada em favor dos indígenas, também não há como realizar obras de infraestrutura, como a construção de postos de saúde, pelo mesmo motivo. Os atendimentos acabam se dando a céu aberto, na maioria das vezes sentamos em algum banco nos escondendo do sol forte do centro-oeste ou embaixo de uma árvore ou na sombra de um dos barracos de lona preta.

Foi nesta situação, ao chegar no Tekoha Apika’y que encontrei Dona Damiana. Damiana é a liderança local da retomada, uma senhora forte e pequena que lidera seus parentes⁴ nessa ameaçadora empreitada. Quando cheguei até o local, acompanhada de um médico, o chefe do setor de saneamento e o motorista que havia fui apresentada a ela. Passamos alguns minutos conversando, confesso que não entendia muito bem o que ela dizia e precisava muitas vezes da ajuda do médico para que a interlocução acontecesse. Demos uma volta de reconhecimento no local, na parte mais alta estavam os sanitários, ou melhor, os dois buracos furados na terra e cercados com lona que eram utilizados para esta função. De dez a quinze metros para baixo, começavam as moradias - barracos de lona preta e palha.

³ Interessante notar que, apesar de não ser recorrente, nesta primeira viagem fui acompanhada apenas de colegas homens. Muitas mulheres trabalham no DSEI-MS, mas nenhuma delas à época fazia parte de divisão de transportes como motorista. A maioria das mulheres que trabalham no distrito são da área da enfermagem.

⁴ Por parentes aqui quero dizer tanto os parentes consanguíneos de Dona Damiana, quanto os companheiros na empreitada da retomada, sendo este um termo recorrentemente utilizado entre os indígenas para denominarem seus pares.

Era possível descer ainda mais, chegamos então a uma fonte de água e um local onde havia um fogareiro para cozinhar as refeições.

Do outro lado da estrada havia um pequeno pedaço de mata mais fechada. Dona Damiana me convidou a atravessar e a acompanhá-la. A estrada estava em um patamar mais alto, então fomos descendo de modo que o local ficava com a vegetação mais fechada. No lugar mais baixo do terreno ela me mostrou o lugar onde havia enterrado seu filho e seu marido, os dois mortos em acidentes na mesma estrada que tínhamos acabado de atravessar. As honras e rezas foram feitas e fomos embora. Atravessamos mais uma vez, e voltamos ao local do fogareiro, os indígenas estavam assando um pedaço de carne de péssimo aspecto, que foi dividido irmanamente entre os que ali estavam enquanto eu me despedia.

Retorno aqui ao conceito de cena, já anteriormente utilizado por mim (AUTOR, 2011) para descrever um contexto etnográfico. Segundo Crapanzano (2005):

Falamos com excessiva facilidade de construção social da realidade quando deveríamos talvez falar da construção social de cenas de realidade e – o que é ainda mais importante – da construção social do modo como cenas e realidades são relacionadas ou não umas às outras; do modo como elas se hierarquizam – se hierarquia for mesmo a figura apropriada. (CRAPANZANO, 2005, p. 373)

As cenas são então as partes da realidade que captamos. A nós não é possível abarcar todos os acontecimentos, mas sim, a partir de nossa própria construção social edificar uma visão singular e identificada com o nosso olhar sobre a realidade. Sendo assim, não construímos realidade, mas sim encaixamos cenas que capturamos e relacionamos arquitetando a nossa visão de mundo.

O que ocorreu comigo nesta viagem foi presenciar uma destas “cenas de realidade”, que foi registrada e computada como parte da realidade da mulher indígena no DSEI-MS. O sofrimento intrínseco a condição de desalento, abandono institucional – mitigado pelas poucas visitas dos agentes de saúde impossibilitados de chegar ao local pela falta de estrutura

– e pela ausência de seus entes queridos potencializou ao máximo a percepção de que a mulher indígena que ali estava era antes de tudo uma lutadora, que superava as adversidades através de sua batalha pela terra.

Nesta mesma viagem um Avá, nomenclatura que os Kaiowá também usam para se autodenominarem, me chamou pela primeira vez de kuñata'i, perguntei para o chefe do saneamento o que queria dizer, já que ouvi o termo mais de uma vez, e descobri ali que queria dizer menina, numa quase acepção do termo adolescente ou mais conhecido por nós como moça. Naquele tempo não refleti sobre isso, hoje vejo que a divisão era clara: eu era só uma moça entre as fortes mulheres indígenas que ainda estava por aprender muito sobre o lugar ocupado pela mulher naquela sociedade.

Durante os próximos meses não parei de pensar na condição da mulher indígena até que um acontecimento novo mudou os rumos de minha atuação profissional. No ano de 2013 a enfermeira responsável pela pasta de saúde da mulher na DIASE ficou grávida e devido a sua licença maternidade era necessário que algum técnico a substituísse. Devido a impossibilidade de contratar alguém para esta função no momento, as atribuições de minha colega foram subdivididas entre a equipe, sendo assim, me tornei responsável por atualizar os dados referentes a saúde materna nas planilhas que alimentavam o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI).

Adentrei em um mundo de números e índices antes desconhecido por mim. Na mesma época fui solicitada para resolver uma ocorrência particular. Algumas mulheres indígenas desejavam passar pelo procedimento de esterilização voluntária definitiva, popularmente conhecido como laqueadura. Todas as solicitantes haviam passado pelo procedimento padrão estabelecido pela Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996: tinham capacidade civil plena; eram maiores de 25 anos com pelo menos dois filhos vivos; haviam recebido, em um prazo de 60 dias, acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce; haviam

também expresso sua vontade através de documento escrito, estado elas cientes dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes e aquelas que estavam em sociedade conjugal também possuíam consentimento expresso de ambos os cônjuges.

Vemos aqui a necessidade de controlar, ou melhor de tornar estes corpos objetos da disciplina. Isso é demonstrado através da proibição de uma intervenção - o poder do Estado incide mais uma vez sobre as mulheres indígenas. O corpo indígena está aqui saindo do estabelecido a ele, é necessário controlá-lo e discipliná-lo, isso ocorre através do poder de um modo diferente, mas ao mesmo tempo análogo ao que Michel Foucault (2008) descreve em seu *Vigiar e Punir*:

Esse novo objeto é o corpo natural, portador de forças e sede algo durável; é o corpo suscetível de operações especificadas, que têm sua ordem, seu tempo, suas condições internas, seus elementos constituintes. O corpo, tornando-se alvo dos novos mecanismos do poder, oferece-se a novas formas de saber. Corpo do exercício mais que da física especulativa; corpo manipulado pela autoridade mais que atravessado pelos espíritos animais, corpo do treinamento útil e não da mecânica racional, mas no qual por essa mesma razão se anunciará um certo número de exigências de natureza e de limitações funcionais. (FOUCAULT, 2008, p. 132)

O corpo aqui é ainda mais político e se mostra como um local onde o poder incide e divide, gerando não só diferença, mas sim exclusão e controle não só de um indivíduo, mas de toda uma população historicamente excluída.

Nada mais pessoal que o corpo e tampouco nada mais político. O corpo político se situa não só atado ao privado ou ao ser individual, mas também vinculado integralmente ao lugar, ao local, ao social, ao espaço público. Sobre o corpo atuam o Estado, a comunidade, a família, a religião, o mercado, as forças fundamentalistas. “É através de uma grande quantidade de controles patriarcais que estas forças e instituições transformam os corpos das mulheres em expressões de relações de poder. Dessa maneira, os corpos das mulheres e as diversidades sexuais estão no centro de projetos autoritários ou democráticos”. E muitas vezes a linha divisória entre ‘democrático’ e ‘autoritário’ se desvanece quando se trata do corpo. (Manifesto por uma Convenção Interamericana dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos, 2006, p. 11)

Como visto, nada poderia desabonar o direito destas mulheres em obter a esterilização voluntária definitiva. Porém, todas as solicitações de mulheres indígenas haviam sido negadas por auditores da Coordenadoria de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. A argumentação da Secretaria de Estado de Saúde levava o procedimento ao extremo oposto da solicitação das indígenas, o que era dito é que os médicos que realizassem o procedimento poderiam ser acusados de estar dando curso a um extermínio genocida da população indígena sul-mato-grossense. A situação era desconcertante, sendo assim era necessária uma ação que garantisse o cumprimento da legislação, avalizando o respeito ao direito e a vontade daquelas mulheres.

O ponto curioso é que tal discurso muito provavelmente já havia sido utilizado, pois haviam documentos anteriores a gestão da SESAI que já versavam sobre o assunto, como a Nota Técnica nº 028/2005/CGASI/DESAI:

Observe-se que não se pode confundir a promoção de política de planejamento familiar com uma intenção de destruir, no todo ou em parte, um grupo étnico como tal, situação prevista na Lei no.2.889, de 01 de outubro de 1956, que tipifica e define punições para o crime de etnocídio. Esta Lei determina penas para quem “adotar medidas destinadas a impedir os nascimentos ... com a intenção de destruir, no todo ou em parte, grupo nacional, étnico, racial ou religioso, como tal”. Assim sendo, a disponibilização de métodos contraceptivos de forma generalizada deve ser analisada dos pontos de vista demográfico e antropológico e ser debatida de forma clara com as comunidades indígenas, estabelecendo o acompanhamento participativo das comunidades. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 3)

Frente a esse posicionamento buscou-se o apoio do Ministério Público Federal, responsável pela defesa dos direitos dos povos indígenas, além da criação de documentação que compilasse o entendimento já estabelecido desde a Constituição de 1988 da não validade do regime tutelar, principalmente em casos de contato interétnico tão antigo quando o dos indígenas sul-mato-grossenses. Deste duplo movimento surgem dois resultados: o primeiro é a redação do Parecer Técnico nº 35/2013 – DIASI/DSEI-MS/SESAI/MS e da Nota Técnica nº 13/2013 – DASI/SESAI/MS, que busca responder e sanar as dúvidas quanto a

autorização para realização do procedimento cirúrgico da esterilização voluntária definitiva em indígenas e o segundo é uma reunião realizada com representantes do Ministério Público Federal, SESAI, FUNAI e Coordenadoria de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul.

É neste segundo movimento que se desenrola a cena a ser descrita a seguir. No início de dezembro de 2013, após a divulgação das respostas dadas através da nota e do parecer técnicos aqui citados ainda não haviam sido liberados nenhum dos procedimentos solicitados. Para resolver o impasse combinou-se uma reunião na sede do Procuradoria da República em Mato Grosso do Sul na cidade de Campo Grande – MS⁵. Participaram da reunião um representante da Coordenação Regional da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) de Campo Grande, representantes da Coordenadoria de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, um representante da Procuradoria da República em Mato Grosso do Sul e eu como representante do DSEI-MS.

As posições durante este diálogo estavam muito bem marcadas. Eu e o representante da FUNAI insistíamos na importância do novo entendimento legal nascido na Constituição de 1988, que reconhece o indígena como cidadão pleno, sendo assim capaz de tomar decisões quanto ao planejamento familiar com autonomia. Os representantes do estado de Mato Grosso do Sul se mostravam temerários e alarmados com a possibilidade de realização dos procedimentos e queriam que existisse alguma documentação que pudesse comprovar o consentimento das indígenas, os protegendo em caso de problemas. E por fim, o representante da Procuradoria Geral da União agia como árbitro entre estes dois polos, tentando caminhar entre as duas visões sobre quem são os indígenas, no limite humanos ou não-humanos.

⁵ Segundo o site da instituição: “A Procuradoria da República em Mato Grosso do Sul (PR/MS) é a unidade do Ministério Público Federal (MPF) que atua no estado de Mato Grosso do Sul nos casos de competência da Justiça Federal em primeira instância. Os procuradores da República exercem suas funções nos processos em tramitação nas varas e juízos federais e também nas ações ajuizadas perante o Tribunal Regional Eleitoral, por meio da Procuradoria Regional Eleitoral”.

Ao fim da reunião a decisão foi mais diplomática do que verdadeiramente resolutive. Decidiu-se que o antropólogo – neste caso eu – participaria ativamente do processo de orientação descrito legalmente e que isso seria comprovado por uma série de documentos. A primeira vista esta parece a situação ideal, mas surgem dois problemas: primeiramente dá um estatuto de autoridade a palavra do antropólogo indesejado – ele se torna o tradutor das volições das indígenas e por isso digno de ser escutado, pois reproduz o não-humano em humano e em segundo plano se houver ausência do antropólogo não há quem traduza o discurso, o que torna as indígenas pleiteantes da laqueadura incomunicáveis.

A questão não findou com esta reunião e o que eu mais temia ocorreu, em meio aos processos burocráticos e as turbulências políticas o tema foi sendo arrastado nas instâncias superiores, até que eu mesma deixei meu posto de trabalho no DSEI-MS, com a questão não estando definitivamente resolvida. A insistência na interpretação das indígenas como portadoras de uma humanidade completa e assim sendo não necessitadas da mendicância de autorização sobre seus próprios corpos continua, nas mesmas e em novas batalhas diuturnamente.

Considerações finais

As cenas aqui narradas nos levam a reflexões sobre o papel da antropologia entre dois discursos: o administração pública e o biomédico. Todos os acontecimentos ocorridos, tanto os aqui narrados, quanto outros mais que aqui não registro, dentro do período que trabalhei na chamada “saúde indígena”, me levam a refletir sobre o questionamento de Foucault (1999): “Mas, o que há, enfim, de tão perigoso no fato de as pessoas falarem e de seus discursos proliferarem indefinidamente? Onde, afinal, está o perigo?” (p. 8).

Talvez, o maior perigo seja que discurso e poder andam de mãos dadas. As necessidades técnico-administrativas imputadas ao trabalho do antropólogo querem dominá-lo: descrever e catalogar a serviço do estado

contribui para decisões acertadas, a sua fala se torna ferramenta. As necessidades do discurso biomédico também podem instrumentalizar a antropologia como apenas mais um discurso confirmatório de seu próprio estatuto de verdade. Neste cabo de guerra, quem realmente importa?

Creio eu que quem importa é a população indígena, no caso deste relato estas mulheres, que tem suas vontades - no caso das solicitantes da esterilização voluntária definitiva - e suas dores – como Dona Damiana – silenciadas, pois o estatuto de humanidade muitas vezes lhes é negado. O papel do profissional em antropologia fora da academia ainda está em construção no Brasil. Uma coisa é certa, ele não tem relação com um impulso adâmico classificatório entre humanos e não-humanos, mas sim com a luta por mais espaços discursivos para todos aqueles que possuem um estatuto de humanidade não reconhecido, nunca acima mais ao lado destes povos.

Referências

- AUTOR. .XXX. *Monografia de Graduação*. Universidade de Brasília, 2011.
- BARROS, José Augusto C. *Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?* Saúde e Sociedade, 11(1):67-84, 2002.
- BENEVIDES, Luciana; PORTILLO, Jorge Alberto Códon; NASCIMENTO, Wanderson Flor do. *A atenção à saúde dos povos indígenas do Brasil: das missões ao subsistema*. Tempus, actas de saúde coletiva, Brasília, 8(1), 29-39, 2014.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.
- BRASIL. Artigo: *Secretaria Especial de Saúde Indígena*. URL: < <http://portalms.saude.gov.br/sesai> > Acesso em: 29 mar. 2018.
- CORRADO, Elis Fernanda. *Acampamentos Kaiowá: variações da forma acampamento*. Ruris, 7(1):127 – 151, 2013.

CRAPANZANO, Vincent. *A cena: lançando sombra sobre o real*. Mana, 11(2), 357-383, 2005. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-93132005000200002>

CUNHA, Manuela Carneiro da. *Índios no Brasil: história, direitos e cidadania*. São Paulo: Claro Enigma, 2012.

FAVRET-SAADA, Jeanne. Ser afetado, *Cadernos de Campo*, 13:155-161, 2005.

FERREIRA, Luciana Benevides; PORTILLO, Jorge Alberto Cordón; NASCIMENTO, Wanderson Flor do. *A criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena*. Tempus, actas de saúde coletiva, Brasília, 7(4), 83-95, 2013.

FOUCAULT, Michel. *A Ordem do Discurso*. São Paulo: Loyola, 1999.

GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

LANGDON, Esther Jean; WIIK, Flávio Braune. 2010. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 18(3):173-181.

MANIFESTO por uma Convenção Interamericana dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos. Da Campanha pela Convenção dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos. São Paulo, Católicas pelo Directo de Decidir, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2005. Nota Técnica n. 028/2005/CGASI/DESAI - Assunto: Planejamento familiar em comunidades indígenas.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2013. Nota Técnica n. 13/2013 – DASI/SESAI/MS.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2013. Parecer Técnico n. 35/2013 – DIASI/DSEI-MS/SESAI/MS.

OLIVEIRA, Jorge Eremites de; PEREIRA, Levi Marques. *Terra Indígena Buriti: perícia antropológica, arqueológica e histórica sobre uma terra*

terena na Serra de Maracaju, Mato Grosso do Sul – Dourados: Ed. UFGD, 2012.

SANTOS, Alessandra Carla Baia dos (*et. all*). Antropologia da saúde e da doença: contribuições para a construção de novas práticas em saúde. *Rev. NUFEN* [online]. 4(2):11-21, 2012.

TEIXEIRA, Carla Costa. 2012. A produção política da repulsa e os manejos da diversidade na saúde indígena brasileira. *Revista de Antropologia*, 55 (2):567-608, 2012.

Recebido em março de 2018.

Aprovado em outubro de 2018.