

Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena

Health and Gender Relations: a reflection on the challenges for the implementation of public policies for health care for indigenous women

Luciane Ouriques Ferreira¹

Abstract *This article presents some contrasts that exist between the discourses of public policies concerning women's health care, especially with respect to indigenous women, and the ethnological discourse which emphasizes the specificity of gender relations within indigenous societies. We worked on the assumption that the development of these public policies as well as the organization of health care services offered, which in fact are necessary, have a transforming effect on prevailing gender relations within Amerindian Societies. On the one hand, gender relations between indigenous people are associated with the domains of kinship and corporeality. On the other hand, the process of creating public policies, by means of biomedical intervention and the medicalization of the female body, constitutes a powerful tool for body modeling and the construction of subjectivities contributing to making women worthy of citizenship. The female gender is under discussion and its content is being negotiated.*

Key words *Health of indigenous women, Public policies, Gender relations*

Resumo *O presente artigo apresenta alguns contrastes existentes entre os discursos das políticas públicas de atenção à saúde da mulher, particularmente da indígena, e o discurso etnológico que enfatiza a especificidade das relações de gênero em sociedades indígenas. Partimos do pressuposto que o desenvolvimento dessas políticas públicas e a organização dos serviços de atenção à saúde, se bem que necessários, têm um efeito transformador sobre as relações de gênero vigentes nas sociedades ameríndias. Por um lado, as relações de gênero entre os povos indígenas estão associadas aos domínios do parentesco e da corporalidade. Por outro, o processo de construção de políticas públicas, por meio da intervenção biomédica e da medicalização do corpo feminino, se constitui em uma ferramenta poderosa de modelamento de corpos e construção de subjetividades contribuindo para forjar mulheres como sujeitos de cidadania. A categoria mulher está em pauta e o seu conteúdo está sendo negociado.*

Palavras-chave *Saúde da mulher indígena, Políticas públicas, Relações de gênero*

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rua Leopoldo Bulhões 1480, Bonsucesso. 21041-210 Rio de Janeiro RJ. lu.ouriques@gmail.com

Introdução

Diante da crescente preocupação com a saúde e o bem-estar de mulheres em países em desenvolvimento, os organismos internacionais passaram, desde a década de 80, a incentivar os Estados membros a desenvolverem políticas adequadas para a atenção integral à saúde deste segmento populacional¹. No Brasil, os movimentos sociais, particularmente, o feminista e o de mulheres, vêm atuando para que o Sistema Único de Saúde (SUS) contemple a atenção integral à saúde da mulher em consonância com os princípios de igualdade, equidade e universalidade que o formam.

A Conferência Nacional das Mulheres, realizada em 2004 estabeleceu as diretrizes que compõem o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres², a cargo da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres vinculada à Presidência da República. O debate que ocorreu nesta Conferência acerca da saúde sexual e reprodutiva contribuiu para a elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher³, do Ministério da Saúde (PNAISM/MS). Um dos desafios a ser enfrentado por essas políticas é contemplar a diversidade sociocultural, econômica e epidemiológica que caracteriza o universo feminino brasileiro.

As mulheres indígenas compõem uma parte dessa população culturalmente diferenciada que demanda a criação de uma política de saúde adequada aos múltiplos contextos étnicos dos quais elas fazem parte. A diversidade étnica e sociocultural dos povos indígenas contribui para que esse segmento populacional seja extremamente heterogêneo. No Brasil a população indígena perfaz um total de 817.000 pessoas⁴ organizadas em aproximadamente 270 povos, falantes de 180 línguas.

A Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASI)⁵, instituída para compatibilizar os direitos diferenciados constitucionalmente garantidos aos povos indígenas à Lei Orgânica da Saúde, por sua vez, não menciona as questões atinentes à relação entre gênero e saúde. Desde 2004 as instâncias gestoras do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena ensaiam elaborar uma política pública específica para atender a saúde das mulheres indígenas. Entretanto, até o momento não houve avanços para o desenvolvimento de programas culturalmente adequados à realidade dos povos indígenas.

Por outro lado, se encontramos uma produção antropológica consistente a respeito da saúde dos povos indígenas no Brasil⁶⁻¹², no que se trata da saúde das mulheres indígenas pouco se avançou em termos de produção de conhecimen-

tos. Os artigos sobre saúde reprodutiva da mulher indígena¹³⁻¹⁶ compilados no livro *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos¹⁷ trazem uma importante contribuição nesse sentido. Os autores desses artigos são unânimes ao indicar a precariedade dos conhecimentos epidemiológicos e antropológicos sobre a saúde da mulher indígena no Brasil, o que comprometeria tanto o debate sobre o tema, como o próprio planejamento da saúde¹³.*

Os estudos etnológicos acerca das teorias indígenas de corporalidade, dos processos socioculturais de produção de pessoas e das relações de gênero nas sociedades ameríndias trazem um importante aporte para a compreensão da saúde reprodutiva e da saúde da mulher indígena. Isso porque tais estudos demonstram que as relações de gênero entre os povos indígenas estão associadas aos domínios do parentesco e da fabricação do corpo. São esses os domínios que atuam como mecanismos de construção da pessoa aparentada e engendrada. Neste caso, os processos de engendramento, por serem relacionais, regulam as relações interpessoais no âmbito das comunidades indígenas.

Contudo, o desenvolvimento das políticas de saúde também produz pessoas engendradas, na medida em que a intervenção biomédica e a medicalização dos corpos femininos constituem ferramentas poderosas de modelamento de pessoas e de construção de subjetividades. No âmbito das políticas públicas, portanto, a categoria mulher está em pauta e o seu conteúdo está sendo negociado. Porém, ao serem implementadas nos contextos localmente situados das comunidades indígenas, estas políticas contribuem para a transformação das relações de gênero e, conseqüentemente, dos processos ameríndios de produção de corpos e pessoas aparentadas.

A reflexão aqui apresentada constitui em um produto do projeto *Análise antropológica de dados secundários do Banco de Dados de Medicina Tradicional Indígena*. Projeto Vigisus II/Fundação Nacional de Saúde que está sendo realizado no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia em Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz.

As políticas públicas e seus discursos

O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM)² tem como objetivo contribuir para a consolidação da cidadania, da igualdade e da

equidade de gênero. Para tanto parte da premissa que a busca pela igualdade e o enfrentamento das desigualdades de gênero pode transformar as relações desiguais de poder. O discurso das políticas públicas apresenta as mulheres como “sujeitos políticos e de direitos” e recomenda a articulação entre Estado e movimentos sociais como forma de consolidar essa condição por meio da participação popular e do controle social.

A relação entre igualdade e diversidade que forma essa política é equacionada no momento em que ela considera mulheres e homens iguais perante seus direitos, ao mesmo tempo em que exige respeito à pluralidade e à diversidade cultural, étnica, racial, geracionais e de orientação sexual. Para alcançar essa meta a PNPM instituiu o princípio da equidade: tratar desigualmente os desiguais como forma de garantir a justiça social e a autonomia das mulheres para poder decidir sobre suas vidas e seus corpos. “As relações desiguais entre mulheres e homens são sustentadas pela divisão sexual e desigual do trabalho doméstico, pelo controle do corpo e da sexualidade das mulheres e pela exclusão das mulheres dos espaços de poder e de decisão”².

No campo da saúde, o PNPM propõe a criação de políticas voltadas para a atenção integral da saúde mulher privilegiando os direitos sexuais e reprodutivos. Dentre os problemas de saúde o Plano reconhece como prioridade a mortalidade materna associada ao ciclo grávido-puerperal. Essa situação de saúde estaria conformada tanto pelo difícil acesso da maioria das mulheres à assistência pré-natal, quanto pela deficiente qualidade dos serviços de saúde².

Por outro lado, as determinações de gênero, classe, raça e etnia contribuem também para incrementar a vulnerabilidade às doenças e para diferenciar o perfil epidemiológico das mulheres brasileiras. Por isso, “essa diversidade deve ser considerada na implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, possibilitando uma atuação mais próxima da realidade local e, portanto, com melhores resultados”².

Em função de relações duplamente discriminatórias, as mulheres negras e indígenas possuíam maior vulnerabilidade em saúde. Apesar de reconhecer a precariedade dos serviços prestados às indígenas, bem como a insuficiência dos dados epidemiológicos para caracterizar a situação de saúde destes povos, a PNPM não remete a necessidade de articulação dos mesmos com os sistemas tradicionais indígenas de saúde como forma de qualificar a atenção à saúde da mulher indígena.

Também no decorrer do ano de 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral da Saúde da Mulher (PNAISM)³. Esta política, orientada pelos princípios de integralidade, equidade e universalidade que formam o Sistema Único de Saúde (SUS), ampliou as ações, incorporou a ideia de promoção à saúde e reafirmou os compromissos com o ideário veiculado pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

Na verdade foi com o PAISM, criado pelo Ministério da Saúde em 1983 sob as influências do movimento feminista, que a perspectiva de gênero passou a ser incorporada na prática da gestão e da atenção à saúde das mulheres. No âmbito desse programa a mulher passou a ser compreendida como um sujeito de direitos que transcende as questões reprodutivas. Ao estabelecer como prioridade de ação política a saúde reprodutiva, este programa foi estratégico para a afirmação dos direitos reprodutivos como direitos de cidadania. Assim, o PAISM passou a promover a “autonomia das mulheres nas decisões concernentes aos seus próprios corpos e à sua saúde”¹⁸.

Por outro lado, a PNAISM expandiu o entendimento acerca da saúde da mulher para além do conceito de saúde reprodutiva definido em 1994 no âmbito da Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento, incorporando a noção de processo de saúde doença na perspectiva da epidemiologia social. Como um desdobramento do PAISM, a PNAISM passou a considerar o enfoque de gênero, de raça, de etnia e geracional no intuito de avançar no campo dos direitos sexuais e reprodutivos. Nesse sentido essa Política também contempla os grupos minoritários, entre eles, o de mulheres indígenas³.

E a atenção à saúde da mulher indígena?

A Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASI)³, por sua vez, estabelece uma série de diretrizes que objetivam garantir o acesso à atenção integral à saúde indígena. Entretanto, apesar de reconhecer as especificidades étnicas e culturais dos povos indígenas e o seu direito de receberem uma atenção diferenciada à sua saúde, ela não contempla o enfoque de gênero. Sendo assim, a partir de 2004 muitas iniciativas foram tomadas pelos setores governamentais responsáveis para a elaboração de uma política específica para a saúde das mulheres indígenas, mas até o momento nenhuma política foi efetivamente consolidada.

No início do ano de 2005 o Departamento de Saúde Indígena (Desai/Funasa), promoveu a Oficina de Mulheres Indígenas sobre a Atenção Integral à Saúde da Mulher Índia, realizada em Brasília. O evento congregou 52 participantes dos quais 23 eram mulheres indígenas de diferentes procedências étnicas. O objetivo era debater sobre os problemas de saúde e indicar caminhos para a implementação da atenção à saúde da mulher indígena¹⁹.

Representantes de organizações de mulheres indígenas levantaram a necessidade de dar maior visibilidade à sua luta, já que nesse movimento elas sempre foram englobadas pela categoria povos indígenas. Para tanto, algumas das lideranças propuseram o conceito de “mulheres índias”, em substituição ao conceito de “mulheres indígenas”, como forma de conquistar a condição de sujeitos políticos responsáveis pela formulação e implementação de ações de seus próprios interesses. Entretanto, não houve consenso entre elas sobre o termo “mulheres índias”. No final da Oficina, elas decidiram manter o termo mulher indígena para não correrem o risco de enfraquecer a luta de seus povos.

As lideranças indígenas reivindicaram a criação de espaços para a maior participação das mulheres na elaboração das estratégias de ação e das políticas públicas voltadas para a assistência à mulher indígena.

O movimento de mulheres indígenas possui um caráter político e educativo, buscando assegurar a liberdade, o futuro e a autonomia. Surgiu também para assegurar espaços de reflexão sobre questões específicas, articuladas com as lutas mais amplas das comunidades e do movimento indígena. Baseados nesse objetivo é que os encontros de mulheres permitem vislumbrar caminhos para ações coletivas que contribuam para superar problemas, em conjunto com as lideranças da comunidade, manifestando assim anseios, esperanças e a confiança em um futuro melhor (Depoimento de Miriam Terena na Oficina de Mulheres Indígenas, 2005).

Dentre os problemas de saúde identificados pelas mulheres indígenas estão: a falta de assistência à gestante e de realização do pré-natal; a desnutrição de mulheres e de crianças; a mortalidade por câncer de colo uterino e de mama; a dificuldade de se fazer o tratamento das DST em mulheres e em homens; o alcoolismo e o uso de drogas; a violência contra a mulher e a prostituição; a pequena participação da mulher indígena nas instâncias de controle social; o número pequeno de mulheres indígenas atuando como Agentes Indígenas de Saúde (AIS)¹⁹.

A vergonha que as mulheres indígenas sentem ao serem atendidas por profissionais de saúde homens foi uma das preocupações levantadas pelas representantes. No geral, as mulheres indígenas têm dificuldades em falar sobre seus problemas de saúde para um homem, seja indígena ou branco, especialmente se estes problemas estiverem relacionados à saúde sexual e reprodutiva. Para amenizar as dificuldades existentes nessa situação elas propuseram a contratação de AIS mulheres. “A mulher indígena para falar sobre corrimento vaginal e realizar exame ginecológico, ou seja, abrir as pernas para o médico homem é muito difícil, pois vai contra os valores culturais”¹⁹.

As mulheres indígenas também reivindicaram que os serviços de saúde respeitem as especificidades culturais dos seus povos, enfatizando a importância de valorizar e apoiar o trabalho dos especialistas dos sistemas médicos tradicionais e incentivar as práticas indígenas de cuidado com a saúde da mulher e da criança. Além disso, exigiram a criação de espaços para a maior participação das mulheres na elaboração das estratégias de ação e das políticas de atenção à saúde da mulher indígena¹⁹.

Por outro lado, os gestores da saúde indígena reconheceram que é preciso incorporar as especificidades socioculturais destes grupos nos protocolos e manuais de atenção à saúde, bem como, identificam a necessidade de adequar a rede de serviços do SUS para atender as mulheres indígenas. Mesmo assim, o discurso gestor não fez referência ao direito de atenção diferenciada à saúde indígena, mas tratou os povos indígenas como usuários do SUS na medida em que ele está pautado no direito universal de cidadania¹⁹.

Corpo e relações de gênero entre os povos indígenas

Existe um consenso na etnologia brasileira sobre a centralidade do corpo e do idioma de substancialidade na ordenação da vida social dos povos ameríndios. As teorias de corporalidade constituem idiomas simbólicos focais que operacionalizam as relações corporais estabelecidas no âmbito dos sistemas de parentesco indígenas. É por meio da partilha de fluidos corporais e de outras substâncias, tais como os alimentos, que as diferentes instâncias que compõe a pessoa são articuladas: nome e substância, alma e sangue²⁰.

No contexto dos sistemas de parentesco o processo de fabricação e modelagem do corpo²¹ tem como resultado a construção da ‘pessoa apa-

rentada⁷. As teorias nativas de concepção, reprodução e ciclos vitais revelam como os laços de identidade corporal e de gênero formam a base dos grupos de parentesco. As famílias indígenas relacionadas por substância constituem grupos corporados, também compreendidos como comunidades de substância²², que criam pessoas como membros do seu próprio corpo²³. Portanto, as relações sociais entre parentes indígenas são estruturadas pela partilha de substâncias: tanto de fluidos corporais (sangue, sêmen, leite), quanto através os alimentos.

Uma das teorias de concepção amplamente difundidas entre os povos indígenas é a que afirma ser o feto um produto das substâncias corporais de seus pais: o sêmen e o sangue. Em alguns casos a combinação de tais substâncias atua de forma complementar para produzir uma nova pessoa, como entre os Kaxinawa^{24,25}; em outros, se concebe que é apenas o sêmen que contribui para a constituição do feto, sendo a mulher um receptáculo da substância masculina criativa. Esse é o caso dos Mebengôkre onde o idioma da substancialidade está associado à instituição da paternidade múltipla que mobiliza vários homens na produção de um novo ser²⁶.

Na teoria da concepção mebengôkre o ato criador cabe ao homem, a mulher é uma espécie de receptáculo, embora seja reconhecido que aquilo que come afeta realmente o feto. É o homem que fabrica o feto pelo acúmulo gradativo de sêmen no decorrer de repetidas relações sexuais. É isso que possibilita a existência da paternidade múltipla. É importante notar que essa teoria da concepção implica uma noção radicalmente diferente da ocidental-científica, não só porque acreditamos que a criança é um produto combinado do pai e da mãe, mas também porque quem é designado como genitor por uma mulher Mebengôkre não corresponde necessariamente a quem à ciência ocidental designaria como tal²⁶.

Pessoa e Substância entre os Mbyá-Guarani

Já para os Mbyá-Guarani residentes no Estado do Rio Grande do Sul, a mulher possui uma fecundidade localizada que é instigada pela vontade divina. Entretanto, durante a gestação sua função é passiva, na medida em que é o homem o responsável pela formação do corpo da criança por meio do intercurso sexual mantido durante a gravidez. Para que a pessoa mantenha-se vinculada ao seu espírito divino (nhe'ë), fonte de saúde e bem-estar, é fundamental zelar pela pureza das suas substâncias corporais – sêmen, san-

gue e leite – que pode ser comprometida pelo contato mantido com as substâncias do mundo do branco. Neste caso, convém dizer que a pessoa Mbyá-Guarani possui duas almas: uma que é divina (nhe'ë), filha dos Pais Verdadeiros dos espíritos, e a outra telúrica formada durante a vida da pessoa sobre a terra²⁷.

Os Mbyá empregam várias práticas de autoatenção²⁸ durante a gestação, o parto e o pós-parto, tendo em vista proteger e promover a saúde da mãe e da criança. Tais práticas também estão a serviço dos processos de produção de corpos e de pessoas aparentadas e engendradas. Eles explicam que logo após o parto quem cuida da parturiente e do recém-nascido e a parteira guarani. Para tanto ela usa o cachimbo e prepara um remédio feito com cinzas da fogueira, de modo a evitar que a criança e a mulher adoeçam em virtude do ataque dos espíritos maus que habitam o mundo.

Em primeiro lugar é preciso pegar a cinza e colocar no copo pra mãe tomar pra não ficar com dor no corpo todo. O pai a mesma coisa: nós temos que colocar uma panela cheia de cinza misturada na água, chamar todos os filhos e dar banho. Isso é pra evitar problemas, não ter dor e nem doença de virar animal (Cacique Mbyá).

Durante o período pós-parto, não só a mãe, mas o pai do recém-nascido deve permanecer em resguardo durante trinta dias. Para cortar o cordão umbilical eles utilizam uma taquara. Aliás, durante esse período os pais não poderão tocar em objetos de metal (faca, agulha, tesoura) de modo a evitar que o umbigo do neném inflame. A placenta também requer cuidados especiais, ela precisa ser enterrada no momento do nascimento.

É importante enterrar a placenta para que a criança lembre sempre da nossa cultura e da nossa tradição. Senão ela vai esquecer. Porque a pessoa é natureza e é aí que ela se une com a natureza, com a terra. Na hora que enterramos a placenta enviamos a informação aos deuses, os Pais Verdadeiros do Espírito (Cacique Mbyá).

Além disso, assim que nasce a criança o pai terá que confeccionar brinquedos para ela, a fim de que o espírito do recém-nascido, ainda não assentado plenamente em seu corpo, não se perca pelo caminho ao acompanhar o pai se ele tiver que sair da aldeia durante esse período. Se a criança for menina ele fará um pequeno balaio de taquara e se for menino ele confeccionará um miniarco e flecha. *O principal é fazer o balaio para a menina e o arco para o menino. Se não há resguardo, as crianças sofrem muito, ficam com dor*

no corpo, choram. [...] Depois de quinze dias da criança ter nascido a mãe deve lavar os pés na água quente de cinzas (Cacique Mbyá).

Outra prática importante de ser observada pelos pais durante o período de resguardo pós-parto são as dietas.

Durante trinta dias a mãe não pode comer feijão, sal, coisas doces, carne de porco. Ela só pode comer mandioca, batata doce, milho. Antigamente se proibia de comer carne para que a mãe não tenha tonturas. Isso porque quando matamos os animais eles não morrem na hora, eles ficam tontos antes de morrer. Hoje a gente come carne pra ter força, mas isso também é decisão do branco. [...] Para que a mãe possa comer galinha depois de 15 dias a rezadora tem que fazer oração e baixar a fumaça na galinha pra tirar o veneno (Cacique Mbyá).

Porém, com o processo histórico de contato interétnico, algumas substâncias produzidas pelo 'mundo do branco' foram incorporadas no universo relacional dos Mbyá-Guarani. Tais substâncias possuem o poder de contaminar a pessoa e as relações entre parentes causando doenças.

Política de saúde e corporalidade Mbyá: por uma atenção diferenciada à saúde

O nascimento de um bebê Mbyá-Guarani no Rio Grande do Sul no decorrer do ano de 2004 pode ser tomado como um caso exemplar que ilustra os impasses existentes entre as políticas de saúde e as questões de corporalidade e gênero relacionadas ao parentesco e à partilha de substâncias nas sociedades ameríndias. Assim como, evidencia os desafios para a implantação de políticas que respeitem os direitos diferenciados desses povos.

O nascimento da filha de uma liderança Mbyá ocorreu no Hospital da Pontifícia Universidade Católica (PUC), em Porto Alegre. Nesta ocasião, o cacique considerou inadequada a assistência prestada a sua esposa e à recém-nascida durante o parto e também no período pós-parto, na medida em que a criança precisou ficar internada na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) neonatal por ter nascido em sofrimento fetal (mecônio). Porém, a puérpera teve alta logo após o parto, enquanto a criança ficaria internada por cinco dias, tendo alta apenas quando os resultados dos exames estivessem disponíveis. Por isso, ele encaminhou ao Ministério Público Federal um documento relatando o acontecido e reivindicando

do que o direito a atenção diferenciada à saúde indígena fosse efetivado na assistência prestada às gestantes, parturientes e recém-nascidos Mbyá. Explica o cacique:

O fato de ter que se separar da filha logo depois do seu nascimento era de grande preocupação para minha esposa, que nunca se separou de seus outros seis filhos. Como o nenê havia ficado no hospital, minha mulher precisava retornar para amamentar a filha. Com isso, solicitei a FUNASA que providenciasse carro para transportá-la até o hospital. A FUNASA alegou que não havia carro disponível e que a enfermeira da equipe havia afirmado que ela encontrava-se em condições de pegar um ônibus para ir até o hospital (Cacique Mbyá).

O cacique então recorreu a uma amiga para levar a ele, sua esposa e a sua mãe parteira (ambas não possuem domínio do português) ao hospital para amamentar a recém-nascida. Ao chegar lá a família Mbyá se dirigiu ao lactário para que a mãe pudesse deixar seu leite materno para alimentar a filha. Foi então que perguntaram à enfermeira sobre o tipo de leite dado à recém-nascida e ela esclareceu que, se houvesse indicação médica, era dado leite materno disponível no Banco, senão as crianças eram alimentadas com leite em pó. A família indígena ficou assustada diante da possibilidade do neném estar sendo alimentado com leite de mulher branca, porque isso lhe causaria outras doenças futuramente. Foi quando a médica responsável pelo caso veio ao encontro dos Mbyá esclarecendo que a menina estava sendo alimentada com leite em pó. Nesta ocasião o cacique explicou para a médica sobre as dificuldades de transporte e a mesma se responsabilizou por agilizar os resultados dos exames para liberar a recém-nascida o quanto antes. No outro dia a criança teve alta. O cacique conta que solicitou o carro a FUNASA por ela ser a instituição responsável por prestar um atendimento diferenciado à saúde indígena.

Só que em nenhum momento me foi perguntado os motivos que me levaram a fazer esse pedido e o porquê, no ponto de vista Mbyá, a minha esposa não poderia se deslocar de ônibus. Tal atitude demonstra a falta de preparo para o diálogo intercultural. É preciso que as instituições busquem ouvir o que os Guarani estão dizendo. É preciso também que se respeite o ponto de vista Guarani, porque muitas vezes quando falamos sobre o nosso conhecimento, os responsáveis por atender a saúde indígena não acreditam. Então, eles não ficam sabendo o porquê que nós estamos pedindo (Cacique Mbyá).

Considerações finais

Podemos considerar a Oficina sobre a Atenção Integral à Saúde da Mulher Indígena um evento comunicativo que, ao congrega agentes de distintas procedências étnicas, configurou-se como um encontro interétnico. Por um lado, os agentes governamentais e não governamentais não índios, representantes da sociedade nacional; por outro lado, as mulheres indígenas falantes de diferentes línguas e vinculadas a distintos contextos culturais, simbólicos e de parentesco. Frente a essa heterogeneidade podemos perguntar o que as mulheres indígenas querem dizer quando reivindicam que os serviços de saúde respeitem as especificidades culturais dos seus povos? E como pode ser esse respeito à especificidade cultural por uma política pública formada pelos princípios da igualdade, equidade e universalidade?

Na medida em que tais princípios que regem o SUS operam como valores que compõem a ideologia do individualismo moderno, uma coisa se torna evidente: o discurso das políticas públicas que postula a saúde como direito do cidadão é de uma natureza epistemológica diferente do que é veiculado pelas lideranças indígenas que falam a partir de um horizonte de tradição particular. Enquanto a noção de indivíduo moderno forma o discurso das políticas públicas, a noção de pessoa aparentada e engendrada no sistema de parentesco apresenta o gênero enquanto uma identidade relacional e complementar que estão inscritas em contextos socioculturais particulares.

Coimbra e Garnelo¹³ já apontavam para os conflitos existentes entre os princípios do individualismo moderno que formam as políticas públicas e aqueles que são operacionalizados durante os processos coletivos de construção da pessoa.

Aquilo que chamamos de ‘direitos reprodutivos’ não encontra uma correspondência fácil com os princípios de organização sociopolítica dos grupos de parentesco que estruturam as sociedades indígenas e que moldam a expressão das relações de gênero. Além disso, as representações e as práticas indígenas sobre reprodução humana e os cuidados que visam preservá-la (...) são produções culturais ancoradas em outros pressupostos que não aqueles vinculados à taxonomia biomédica¹³.

A reivindicação das lideranças indígenas pela contratação de AIS mulheres realizada durante a Oficina expressa o quanto os pontos de vista indígenas são marcados por uma perspectiva relacional e não individualista. Dificilmente, as mu-

lheres indígenas contam para homens com quem não possuem vínculos próximos de parentesco, os problemas íntimos vivenciados por elas, mesmo esse homem ocupando a posição de AIS. Essa atitude é decorrente do sentimento de vergonha das mulheres que, por sua vez, remete às normas de conduta que regem as relações de gênero no âmbito das comunidades indígenas. Ao não compartilhar com outros homens questões relativas à sua intimidade, a mulher age tendo em mente a sua rede de parentesco, particularmente, o seu cônjuge. Isto porque, nestes contextos, as pessoas atuam dentro do campo de possibilidades de ações estabelecidas pelas posições engendradas por elas ocupadas²⁹.

O discurso das políticas públicas e os mecanismos disciplinares a ele associados, como a intervenção biomédica e o processo de medicalização de corpos, visam à construção da cidadania e de sujeitos cidadãos. Afinal de contas, a cidadania deve ser incorporada por meio do desenvolvimento destas políticas. O acesso e a forma de intervenção biomédica sobre a saúde indígena, se bem que necessários, são mecanismos de sujeição que estão a serviço da construção de cidadãos através de um processo de medicalização dos corpos. O processo de construção de sujeitos engendrados e do estabelecimento das diferenças sexuais é assim reforçado no discurso das políticas públicas. Se assim for, as políticas de saúde são inscritas nos corpos das pessoas de modo a contribuir também para forjar sujeitos.

Aqui entra outro ponto de tensão: se por um lado, as políticas públicas buscam meios universais de intervenção sobre os problemas de saúde enfrentados pelas mulheres, por outro, elas reconhecem a multiplicidade dos pontos de vistas acionados pelas indígenas. Daí as reivindicações de respeito para com as diferenças de raça, de orientação sexual, de etnia e de classe estar em consonância com o princípio da equidade. No geral, é esse princípio que regula a forma como as diferenças devem ser tratadas pelas políticas. Porém, a noção de equidade não necessariamente contempla as questões relativas à diversidade cultural, mas sim remete às desigualdades socioeconômicas vigentes entre as mulheres brasileiras. Neste caso, ao transformarmos a diferença em desigualdade, domesticamos a primeira passando a considerar a diversidade cultural como um obstáculo tanto para a implantação dos serviços, quanto para o alcance dos resultados em saúde.

O campo da saúde indígena produz discursos sobre o que vem a ser a mulher e a sua saúde. Por meio do exercício do poder simbólico os dis-

curso das políticas públicas são constitutivos do segmento social para quem eles se destinam. Dessa forma, excluem uma multiplicidade de formas de ser e estar mulher vivenciadas no cotidiano das aldeias indígenas. Se assim for, podemos dizer que as políticas de saúde operam com discursos de verdade que têm como efeito a materialidade e a constituição do sujeito mulher indígena enquanto cidadã. Neste caso, a categoria mulher indígena imerge na própria zona de contato interétnico.

A criação de uma política de atenção à saúde da mulher indígena, ao medicalizar os corpos femininos, tende a intervir sobre os processos de produção de pessoas indígenas socialmente engendradas. As políticas direcionadas a esse segmento social, em consonância com os direitos diferenciados desses povos, devem considerar as mulheres indígenas como sujeitos relacionais inscritos em contextos particulares e imersos em sistemas de parentescos que organizam as relações sociais. Ou seja, faz-se necessário considerar a mulher em relação com os homens (pais, irmãos, esposos, filhos), e a importância da complementaridade entre os gêneros no cuidado com a saúde e na fabricação de novos seres indígenas.

O caso Mbyá agrega reflexões importantes à discussão na medida em que demonstra como a família, enquanto comunidade de substância, é mobilizada em torno do nascimento e dos cuidados observados durante o resguardo pós-parto. Quando o cacique afirma que não só a mãe precisa usar o remédio de cinzas para se recuperar, mas também o pai e os outros filhos, assim como quando fala das dietas, ele remete ao idioma da substancialidade. Por fazerem parte de um mesmo grupo incorporado, a família toda é mobilizada no processo de promoção à saúde e construção da pessoa engendada e aparentada.

Por outro lado, ele também evidencia o quanto o idioma de substancialidade molda a conduta indígena na relação com os serviços de saúde, principalmente, quando falamos da atenção à gestação, ao parto e ao puerpério. A possibilidade de a recém-nascida ter sido alimentada com leite de mulher branca surge aos olhos Mbyá como algo

extremamente preocupante. Por ser proveniente dos brancos, esse leite possui atributos que podem, na perspectiva indígena, contaminar e corromper o corpo da recém-nascida comprometendo não só a saúde da criança, mas as próprias relações que ela manterá com seus parentes no decorrer de sua vida. As fronteiras étnicas e da diferença cultural, neste caso, estão inscritas no próprio corpo Mbyá-Guarani. Do mesmo modo, a demanda do cacique para que a Funasa providenciasse o transporte para a sua esposa amamentar a filha enquanto internada, também era decorrente dos princípios de substância que conformam o período do resguardo pós-parto.

O caso Mbyá demonstra que é preciso levar em conta as distintas teorias de corporalidade e as práticas de partilha de substâncias para que possamos adequar os serviços de saúde às realidades socioculturais das mulheres indígenas. Nesse sentido, Langdon¹⁶ chama a atenção para a necessidade dos programas de saúde entenderem as teorias de corporalidade ameríndias e as práticas de produção de corpos e pessoas aparentadas engendradas justamente por eles serem centrais na organização dos sistemas de saúde tradicionais.

É necessário que as políticas públicas aprendam a ouvir e a dialogar com povos culturalmente distintos se abrindo para uma diversidade impressionante de formas de ser mulher indígena no Brasil. Portanto pensar a saúde da mulher indígena é compreender as relações de gênero, geralmente pautadas no princípio da complementaridade dos papéis por eles desempenhados, e que são estabelecidas nos contextos locais onde a práxis cotidiana é conformada pelas teorias da corporalidade e pelas cosmologias nativas. De qualquer forma, o campo das políticas públicas de atenção à saúde indígena constitui-se em um espaço privilegiado de negociação dos significados relacionados à categoria mulher indígena. Os significados atribuídos a esse termo estão sendo negociados, afinal de contas a mulher é termo em processo, um devir, uma prática discursiva contínua. Um termo aberto a intervenções e ressignificações.

Referências

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). Tecnologia Adequada para Nascimento e Parto. *Lancet*: 1985.
2. Brasil. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Presidência da República; 2006.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Brasília: MS; 2009.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2010: Resultados preliminares*. [documento da Internet]. [acessado 2013 mar 20]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>
5. Brasil. Fundação Nacional de Saúde (Funasa). *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: Funasa, MS; 2002.
6. Santos R, Coimbra Júnior C, organizadores. *Saúde e Povos Indígenas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.
7. Langdon EJ, Garnelo L, organizadoras. *Saúde dos Povos Indígenas – reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: ABA, Contracapa; 2004.
8. Garnelo L, Wright P. Doença, Cura e Serviços de Saúde. Representações, práticas e demandas. *Cad Saude Publica* 2001; 17(2):273-284.
9. Garnelo L, Sampaio S. Organizações Indígenas e Distritalização Sanitária: os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” em saúde. *Cad Saude Publica* 2005; 21(4):1217-1223.
10. Athias R, Machado M. A Saúde Indígena no Processo de Implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cad Saude Publica* 2001; 17(2):425-431.
11. Langdon EJ, Diehl EB, Wiik F, Dias Scopel RP. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. *Cad Saude Publica* 2006; 22(12):2637-2646.
12. Wiik F. Contato, epidemias e corpo como agentes de transformação: um estudo sobre AIDS entre os índios Xonkléng e Santa Catarina, Brasil. *Cad Saude Publica* 2001; 17(2):397-406.
13. Coimbra Júnior C, Garnelo L. Questões de Saúde Reprodutiva da Mulher Indígena no Brasil. In: Monteiro S, Sansone L, organizadores. *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. p. 153-173.
14. Conklin BA. O conceito de direitos reprodutivos: na interseção de saúde, gênero e etnicidade indígena. In: Monteiro S, Sansone L, organizadores. *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. p. 175-188.
15. Athias R. Corpo, Fertilidade e Reprodução entre os Pankararu: perspectivas e alcances. In: Monteiro S, Sansone L, organizadores. *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. p. 189-209.
16. Langdon EJ. Políticas públicas de saúde indígena: implicações para minorias e saúde reprodutiva. In: Monteiro S, Sansone L, organizadores. *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. p. 211-226.
17. Monteiro S, Sansone L, organizadoras. *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
18. Costa AM, Aquino EL. Saúde da Mulher na Reforma Sanitária Brasileira. In: Costa AM, Merchán-Hamann E, Tajer D, organizadores. *Saúde, Equidade e Gênero: um Desafio para as Políticas Públicas*. Brasília: Editora UNB, Abrasco; 2000.
19. Fundação Nacional de Saúde (Funasa). *Relatório Final da Oficina de Lideranças de Mulheres Índias sobre a Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança Índia*. Brasília: Funasa, MS; 2005.
20. Seeger A, Da Matta R, Viveiros de Castro E. A construção da Pessoa nas Sociedades Indígenas Brasileiras. In: Oliveira Filho JP, organizador. *Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil*. Rio de Janeiro: Marco Zero, UFRJ; 1987. p. 11-29.
21. Viveiros de Castro E. A fabricação do Corpo na Sociedade Xinguana. In: Oliveira Filho JP, organizador. *Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil*. Rio de Janeiro: Marco Zero, UFRJ; 1987. p. 31-41.
22. Da Matta, R. The Apinayé relationship system: terminology and ideology. In: Maybury-Lewin D, organizador. *Dialectical Societies, the Gê and Bororo of Central Brazil*. Cambridge: Harvard university Press; 1979.
23. Seeger A. Corporação e Corporalidade: Ideologias de concepção e descendência. In: Seeger A, organizador. *Os índios e nós: estudo sobre sociedades tribais brasileiras*. Rio de Janeiro: Editora Campus Ltda.; 1980.
24. McClanum C. Aquisição de gênero e habilidades produtivas: o caso kaxinawá. *Dossiê Mulheres Indígenas. Revista Estudos Feministas* 1999; 7(2):157-175.
25. Lagrou E. *A fluidez da forma: arte, alteridade e agência em uma sociedade amazônica* (Kaxinawa, Acre). Rio de Janeiro: Topbooks; 2007.
26. Lea V. Desnaturalizando gênero na sociedade Me Bengôkre. *Dossiê Mulheres Indígenas. Revista Estudos Feministas* 1999; 7(2):176-194.
27. Ferreira LO. *Mba'e Achy: a concepção cosmológica da doença entre os Mbyá-Guarani num contexto de relações interétnicas*, RS [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.
28. Menéndez EL. Modelo de atenção de padecimentos: exclusões ideológicas e articulações práticas. In: Menéndez EL, organizador. *Sujeitos, Saberes e Estruturas – uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 17-70.
29. Ferreira LO. *Entre discursos oficiais e vozes indígenas sobre gestação e parto: a emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas* [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.

Artigo apresentado em 02/09/2011

Aprovado em 15/10/2011

Versão final apresentada em 07/11/2011

