

Compor-se com outrxs: mulheres, doenças e outras *mais do que metáforas* numa instituição de saúde indígena em São Paulo

[versão preliminar]

Valéria Macedo
Unifesp
CEstA-USP

A doença como uma relação, um (des)arranjo relacional. Tal formulação de Donna Haraway¹ é bastante familiar àqueles que vêm trabalhando e aprendendo com interlocutores indígenas na antropologia. Nesta apresentação, particularmente, espero compartilhar aspectos de minha experiência etnográfica na CASAI-SP, Casa de Apoio à Saúde Indígena, instituição federal que acolhe e acompanha pacientes de diferentes povos e regiões do Brasil que vêm à São Paulo para tratamentos de alta e média complexidade².

Ainda com Haraway, a doença é “mais do que metáfora”³, remetendo à condição a um só tempo carnal e semiótica de corpos pelas relações que os constituem, minando assim fronteiras entre ontologia e epistemologia⁴. Para abordar a doença como relação a um

¹ HARAWAY, D. 2000. “Disease is a relationship”. In: *How like a leaf: An interview with Thyrza Nichols Goodeve*. New York: Routledge.

² As 66 CASAIs existentes no Brasil são instituições que participam do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Ministério da Saúde, articulado ao SUS. As CASAIs devem hospedar e prestar assistência aos indígenas que precisem do SUS para tratamentos em centros urbanos. Além de proporcionar estadia e alimentação, cabe às CASAIs o agendamento e acompanhamento em consultas, exames e outros procedimentos médicos, bem como a assistência de enfermagem. As CASAIs integram os estabelecimentos dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), criados para dividir o atendimento à saúde a partir de critérios étnicos e histórico-conjunturais das populações. A CASAI-SP está sob jurisdição do DSEI Litoral-Sul, que também conta com uma CASAI em Curitiba. Mas a CASAI-SP é também referência nacional para casos de média e alta complexidade, recebendo pacientes de todas as regiões do país em seus 40 leitos disponíveis. Sua equipe atualmente é composta por 6 enfermeiras, 20 técnicos de enfermagem, uma nutricionista, uma psicóloga, uma assistente social guarani, uma farmacêutica, uma coordenadora e 3 funcionárias do setor administrativo, 2 cozinheiras, 2 auxiliares de cozinha, 6 motoristas, 5 funcionárias da limpeza e 4 seguranças.

³ HARAWAY, D. 2000. “More than metaphor”. In: *How like a leaf: An interview with Thyrza Nichols Goodeve*. New York: Routledge.

⁴ Ao longo de sua obra, Haraway lança mão de várias personagens para falar do corpo constituído por diferenças, como os ciborgues (e a relação homem-máquina), os primatas (e a relação humano-animal), os ratos modificados geneticamente em laboratório e patenteados (e a relação natureza-trabalho), e o sistema imunológico (e a relação um-muitos, ou *self* e outros). Eles personificam a heterogeneidade constitutiva de corpos a um só tempo ontologicamente orgânicos, tecnológicos, textuais e míticos. Essas personagens são reais, no sentido ordinário do real, mas são também figurações de uma interpelação

só tempo vivida na carne e como tropo, a autora se volta para publicações paracientíficas sobre o sistema imunológico. Dominadas por metáforas sobre política e estratégias militares, dinâmicas do sistema imunológico são descritas nessas publicações a partir da necessidade de reconhecer o *self* de alguma maneira para poder reagir a algo estrangeiro, ao *invasor*. Assim, no corpo biomédico-biotécnico, a doença ganha forma como processo de não reconhecimento ou transgressão das fronteiras de um conjunto estratégico chamado *self*. O que conta como uma ‘unidade’ não é um dado fixo, sendo a individualidade um problema de defesa estratégico. Assim, o sistema imunológico traz à cena a problematização da noção de indivíduo, nos interpelando sobre limitação e possibilidade de engajamento em um mundo pleno de ‘diferença’⁵.

É também Haraway que aponta que as mulheres e os ciborgues sabem como *indivíduo* é uma categoria instável e problemática, por isso sabem da vinculação do conhecimento a ter um corpo⁶. A eles podemos somar indígenas e outros em condição existencial minoritária. Entre pacientes e acompanhantes que conheci na CASAI, também a doença costuma ser uma guerra travada nos corpos, mas sem o pressuposto de um *self* preexistente ameaçado por entes invasores, e sim um desarranjo ou descontrole no manejo das incorporações que fazem e transformam os corpos⁷. Daí o desafio de

narrativa sobre modos de viver no mundo contemporâneo. São, portanto, o que Haraway chama de “mais do que metáforas”. A esse respeito, ver HARAWAY, D. 1991. *Simians, cyborgs, and women*. The reinvention of nature. New York: Routledge; _____. 1997. *Modest.Witness@Second Millennium*. *FemaleMan(c)_Meets OncoMouse TM: Feminism and Technoscience*. New York: Routledge; _____. 2000. *How like a leaf: An interview with Thyrza Nichols Goodeve*. New York: Routledge. _____. *When species meet*. 2008. Minneapolis: University of Minnesota Press.

⁵ HARAWAY, D. 1991. “The biopolitics of postmodern bodies: Constitutions of self in immune system discourse”. In: *Simians, cyborgs, and women*. The reinvention of nature. New York: Routledge.

⁶ Segundo a autora, um saber situado é um saber a partir de um corpo, que é diferente de um saber individual. Haraway defende que apenas a perspectiva parcial pode ser objetiva, assim podemos nos tornar responsáveis pelo que aprendemos a ver. O único modo de encontrar uma visão mais ampla é estando em algum lugar em particular. Ver HARAWAY, D. 1991. “Situated Knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective”. In: *Simians, cyborgs, and women*. The reinvention of nature. New York: Routledge.

⁷ Como vem sendo intensamente abordado na literatura etnológica, a doença em universos conceituais ameríndios costuma vincular-se ao tropo da *predação ontológica*, em que a incorporação de potências exteriores a um só tempo constitui e desestabiliza a posição de sujeito, dada a implicação entre alteridade e alteração. Entre inúmeras obras e autorxs que tematizam a predação ontológica e ou o xamanismo como arte guerreira, ver trabalhos seminais de Viveiros de Castro reunidos em VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. 2002. *A inconstância da alma selvagem*. São Paulo: Cosak Naify.

compor-se com outrxs, em que práticas de conhecimento indígenas convergem com o modo como Haraway reconhece a doença.

Tal desafio é multiplicado com a vinda a São Paulo para tratamento biomédico, onde muitos acabam experimentando também uma intensificação do descontrole relacional com que vivenciam o adoecimento, podendo acentuar o estado de dispersão de componentes da pessoa ou sua vulnerabilidade a agentes patogênicos. A começar pelo deslocamento muitas vezes enorme e sofrido das aldeias até São Paulo, que pode incluir vários meios de transporte, longas esperas e desencontros. Ainda, a estadia numa cidade na escala de São Paulo, onde muitos indígenas não conhecem ninguém e não possuem qualquer autonomia de deslocamento, ficando confinados na CASAI e arredores. Entre aqueles que não dominam ou têm dificuldades em falar português, as dificuldades de comunicação e produção de vínculos são ainda maiores.

Os espaços e pessoas com que passam a conviver são em geral desconhecidos, de modo que pouco se sabe sobre o que podem os corpos daqueles com quem dormem nos quartos, compartilham banheiros, o refeitório coletivo ... O mesmo se passa em relação aos profissionais que cozinham, dão remédios, fazem a arrumação e limpeza. Há situações em que a aproximação de pessoas causa enjoos e mal-estar, como técnicas de enfermagem que vão dar remédios e alguns percebem (pelo mal-estar que sentem) que estão menstruadas. Em relação às cozinheiras o mesmo se passa, e ainda o que cozinham e como cozinham não raro vai de encontro às restrições alimentares de muitos ali. As condições de controle relacional, são, portanto, restritas, e as pessoas falam muito da CASAI como um lugar de tratamento e também de adoecimento, de contaminação. A internação em um hospital costuma intensificar ainda mais essas experiências, sendo recorrentes sonhos e agenciamentos com espíritos agressores.

Em meio a essas alteridades múltiplas e os agenciamentos que engendram, o exercício que proponho iniciar nesse breve espaço diz respeito a modos de compor-se com outrxs, retomando a *mais do que metáfora* de Haraway, com ênfase na experiência de pacientes e acompanhantes mulheres na CASAI. Como ponto de partida, formas priorizadas nas dinâmicas institucionais podem ser contrastadas a formas priorizadas por indígenas de diferentes povos de compor-se com outrxs. Nesse exercício, recorro ao idioma

conceitual de Roy Wagner⁸, o qual, assim como Haraway, também reconhece a metáfora como engrenagem relacional na feitura do mundo, e não como modo de *representação* de um mundo dado. O que existe precisa ser inventado para ser experienciado, por meio de extensões analógicas que operam dialéticas singulares entre invenção e convenção. A depender do *estilo de criatividade* de um povo, tal dialética pode ser mediadora em relações de diferença inerentes às dinâmicas sociais, ou pode ser mediada por ações coletivizantes que buscam superá-la por meio da construção e pactuação de convenções⁹.

Dinâmicas institucionais na CASAI priorizam soluções coletivizantes no equacionamento das diferenças. Nesse sentido, reuniões são um dos modos priorizados para a resolução de conflitos. Há reuniões quinzenais de parte da equipe da casa com os pacientes. Há também reuniões semanais entre as equipes da administração e da enfermagem, reuniões da enfermagem, reuniões com o Ambulatório do Índio da UNIFESP¹⁰, entre

⁸ WAGNER, R. 1981. *The invention of culture*. Chicago: University of Chicago Press.

⁹ Wagner (1981, *op. cit.*) define o ser humano como uma máquina de símbolos que opera por meio de uma dialética sem síntese entre invenção e convenção, cujas singularidades incorrem em diferentes estilos de criatividade. Cada ato de comunicação mobiliza uma base relacional composta por contextos convencionais compartilhados e atualizados, de modo que os significados são criados uns a partir dos outros e uns através dos outros. Na articulação de dois contextos, inerente a todo ato criativo, o caráter convencionalizado de um deles é necessariamente mascarado, sendo percebido como algo da ordem do dado, do inato, da realidade, enfim, como algo que preexiste à convenção e que Wagner chama de *contexto implícito*. É preciso restringir o campo de consciência a respeito da arbitrariedade do simbólico para que a ação humana seja motivada, acionando o que o autor identifica como *contexto controlador*, ou simplesmente *controle*, e que constitui o campo de agência consciente e intencional do ator. A convenção está assim a serviço de estabelecer distinções coletivas entre o inato e o reino da ação humana. A invenção, por sua vez, tem o efeito de diferenciar atos e eventos do convencional, combinando contextos díspares. O equacionamento do que é inato e do que é construído pode se dar por meio de dois modos de simbolização: um *coletivizante*, predominante no chamado Ocidente moderno, em que o ator age motivado para cumprir as expectativas coletivas da convenção. Os contextos não-convencionalizados, o que é entendido como fatos e motivações naturais, são vistos como parte de um fundo de realidade sobre o qual se constroem as representações. Por sua vez, no modo *diferenciante*, que predomina em povos de tradições não seculares e ocidentais, a ação ocorre motivada pela individuação em relação à coletividade, cujas convenções são tomadas como dadas e inatas. Nas populações cujo modo de simbolização é primordialmente diferenciante, a dialética entre invenção e convenção é explicitada na própria dinâmica social, uma vez que as sociedades se inventam por meio de uma alternância criativa entre conjuntos básicos. Já nas sociedades coletivizantes, a dialética é mediada por uma lógica linear e causal. A compreensão do mundo busca negar ou amenizar seus aspectos contraditórios. A dialética não cessa de operar, mas é mascarada nas objetificações coletivizantes usadas para mediá-la.

¹⁰Sediando as tradicionais Escolas Paulistas de Medicina e de Enfermagem, a Unifesp possui um complexo hospitalar que inclui o Hospital São Paulo e ambulatórios dispersos no bairro da Vila Clementino, sendo um deles o Ambulatório do Índio, criado em 1991 e vinculado a um programa de extensão do departamento de medicina coletiva que existe desde a década de 1960, o Projeto Xingu.

outras marcadas por razões pontuais. Remeto, como exemplo, a uma dessas reuniões, na qual só foram convocadas as mulheres.

Estamos sentadas em roda no chão de um dos seis quartos coletivos da casa. São mulheres dos povos Tupari, Tupinambá, Chiquitano, Trumai, Ikpeng, Bakairi (duas) e Macuxi (duas), além de uma assistente social guarani e uma enfermeira, uma psicóloga, uma técnica administrativa e uma antropóloga (eu) não indígenas. A pauta principal da reunião é o incômodo das pessoas naquele quarto (com oito dos 40 leitos da casa) em relação a uma mulher Tupinambá de cerca de 40 anos. Ela entra e sai do quarto muitas vezes antes do sol nascer, atrapalhando o sono dos outros. As outras mulheres ainda reclamaram que ela lava a roupa que usa todos os dias e, para estendê-la, empurra a roupa das outras na corda que fica dentro do quarto, amarrada às grades da janela¹¹. Outro tema de discussão foi que essa mulher é evangélica e faz orações em voz alta no quarto. Ela acusou outras de falarem no diabo para provocá-la, e que aumenta o volume da voz para se proteger das provocações.

A despeito de todas as pacientes e acompanhantes mulheres na casa terem sido chamadas, nem todas foram e a maioria das que estavam presentes não se manifestou. A discussão ficou polarizada entre as acusações de uma moça Macuxi e essa mulher Tupinambá, cujos conflitos foram sendo mediados pela psicóloga, a assistente social e a enfermeira. Para além desse episódio, muitos indígenas se sentem desconfortáveis em tematizar numa roda de conversa entre pessoas desconhecidas ou recém-conhecidas assuntos que envolvem acusações sobre roubos, comportamentos abusivos, serviços inadequados, uso e limpeza dos espaços comuns, relações com funcionários ou entre pacientes, entre outros.

Na busca de resolver ou mediar conflitos, um argumento bastante recorrente por parte da equipe é que ali são todos indígenas e, portanto, parentes. Esse é o motivo alegado também nas frequentes repreensões sobre atitudes relativas ao uso dos espaços comuns. O refeitório coletivo, por exemplo, não é usado por muitos, que preferem levar seus pratos de comida para o quarto. A equipe da casa insiste que os restos de comida

¹¹ Há um varal coletivo próximo à lavanderia, mas a maioria das mulheres prefere pendurar as roupas no quarto para evitar furtos das roupas, inclusive para feitiçaria.

que ficam nos quartos atraem insetos, roedores e microorganismos que podem trazer doenças. Broncas também são dadas nos pacientes durante as reuniões pela falta de higiene no uso dos banheiros, em que muitos não dão descarga ou não usam o vaso ou o lixo, encharcam o piso tornando-o escorregadio, entre outras reclamações. Em relação aos quartos, nas reuniões a equipe sempre reitera que é preciso evitar namoros ou saídas noturnas que atrapalhem o sono dos parentes, já que os quartos são coletivos e compartilhados por homens, mulheres e crianças.

Nos recorrentes casos de investidas sexuais, a instituição também busca condenar essas práticas nas reuniões, porém sem fazer acusações pessoais. Alguém da equipe destaca a necessidade de respeito às mulheres que precisam vir sozinhas com seus filhos ou parentes doentes. Nos casos de abuso, costuma haver uma recomposição nos quartos, e nos últimos tempos tem se priorizado colocar mulheres desacompanhadas de maridos em quartos em que haja apenas casais e não homens também sozinhos.

Predomina assim aquilo que Wagner chamou de modo de simbolização coletivizante nessas dinâmicas institucionais, em que a ação é voltada para a produção de convenções compartilhadas por todos. O contexto implícito, aquilo que é concebido como dado, contrainventado, é a ascendência comum daquelas pessoas em populações pré-colombianas, aparentando-as como indígenas (a despeito da diversidade de suas culturas); características biológicas comuns de seus corpos humanos que são objeto de tratamento biomédico (a despeito da diversidade de suas culturas); características biológicas ou sociais universais que assemelham as mulheres (a despeito da diversidade de suas culturas). Como destacou Wagner, em nossa imaginação conceitual a cultura é o contexto de controle, aquilo que é reconhecido como construção coletiva dos diferentes povos. E a cultura deve ali ser mediada por outro empenho coletivizante por parte dos indivíduos: o respeito aos direitos e deveres estabelecidos no regulamento.

Como ouvi muitas vezes pela equipe da casa, *cada um tem sua cultura* e ela deve ser respeitada na medida do possível, de modo que há alterações ou alternativas nas refeições buscando respeitar restrições alimentares, possibilidades de recorrer a pajés para tratamentos espirituais, reuniões com lideranças para engajamentos conjuntos em tratamentos, entre outras medidas. A questão é que a cultura, como contexto de

controle, contrainventa a natureza como fundo comum dado: os corpos biológicos e suas patologias, a higiene, as propriedades químicas do que se pode comer, as mulheres como gênero pré-estabelecido. Na CASAI, a cultura tira assim a natureza do jogo, inserindo-a como fundo comum de similaridade em meio às diferenças, mesmo que essa esteja longe de ser uma premissa compartilhada pela maioria dos indígenas na CASAI¹².

As reuniões são assim espaços privilegiados para resolução de conflitos e construção de consensos, bem como a enunciação e reiteração de direitos e deveres estabelecidos no regulamento da casa. Concomitantemente, contudo, os circuitos e curtos-circuitos das fofocas operam como vetores diferenciadores, por meio de acusações e intrigas que circulam intensamente em relações interpessoais envolvendo funcionários e indígenas. Assim como nas doenças, os agentes responsáveis por agressões nas fofocas costumam ser incertos, ausentes ou invisíveis. Nem sempre se pode identificar, nunca ao certo, quem falou, fez, tramou ou poderá fazê-lo.

Entre os funcionários, o sentimento de que se é ou pode ser objeto de intriga de colegas é recorrente. Entre os indígenas, as pessoas comumente percebem seus corpos agenciados, contaminados ou ameaçados por outros que não sabem ao certo quem são, podendo ser pessoas que ficaram nas aldeias, pacientes e acompanhantes, enfermeiras ou cozinheiras menstruadas, funcionários negligentes ou mal-intencionados, espíritos e outros seres que podem ou não serem identificados nos exames e consultas dos médicos¹³. De diferentes maneiras, há assim uma experiência intensa de vulnerabilidade aos outros compartilhada entre aqueles que ali convivem.

Em contraste com ações coletivizantes da instituição, portanto, predominam entre os indígenas motivações diferenciadoras de resguardar-se de relações cujo efeito pode ser

¹² Mesmo a doença é dividida em uma dimensão cultural e subjetiva e outra física. A eficácia de tratamentos alternativos à biomedicina não raro é atribuída a princípios bioquímicos de plantas e preparos indígenas, ou seja, por suas características intrínsecas e não por sua implicação relacional. Quando esta é reconhecida, geralmente é associada ao poder da crença, ou à classificação antropológica de *eficácia simbólica* (no sentido de Lévi-Strauss, C. 2008. A eficácia simbólica, in *Antropologia Estrutural*. São Paulo: Cosak Naify).

¹³ No extenso repertório da etnologia indígena sobre o tema, cabe destacar o modo como Marina Vanzolini articula densamente feitiçaria, doença e fofocas em sua etnografia no Alto Xingu [VANZOLINI, M. 2015. *A flecha do ciúme: o parentesco e seu avesso segundo os Aweti do Alto Xingu*. São Paulo: Terceiro Nome].

patogênico. Daí a ausência ou apatia em reuniões e nas refeições cotidianas e espaços coletivos. Mas há outros caminhos para compor-se com outros, que se efetivam principalmente entre aqueles que ficam longos períodos ou que retornam periodicamente. É para alguns desses caminhos que me volto a seguir.

Em sua dissertação, Juliana Rosalen¹⁴ destacou a intensidade de práticas sexuais na CASAI de Macapá/AP envolvendo diferentes povos. O mesmo se pode dizer da CASAI-SP e provavelmente da maioria das CASAI. Assim como a doença costuma ser vinculada à *predação ontológica* envolvendo extra-humanos, estar na CASAI em meio a desconhecidos também pode mobilizar uma maior atração pela alteridade e ou maior suscetibilidade a desejos de outros. Nesses espaços, há assim relações mutuamente consentidas e outras que são violentas e impostas. Há homens que são assediados, mas na imensa maioria das vezes são as mulheres que sofrem tais violências, sobretudo aquelas que não são pacientes, mas estão acompanhando filhos ou parentes. Esse é um tema de difícil abordagem na CASAI, pois muitas vezes há receio ou constrangimento em pedir ajuda por parte dessas mulheres. Sobretudo quando envolvem acusações a pessoas de prestígio, como pajés ou caciques.

Um dos diversos casos que acompanhei envolveu uma moça Guarani Mbya de menos de 20 anos, que alternava com seu marido (na mesma faixa etária) a função de acompanhante do filho de dois anos acometido por sucessivas infecções respiratórias em razão de um de seus pulmões não ter se desenvolvido. Ela sempre buscou resguardar-se de relações na CASAI (algo recorrente entre mulheres Guarani Mbya), evitando ao máximo falar português, idioma que domina com dificuldade. Tive pouco contato com ela, mas construí uma relação de amizade com seu marido, sendo por meio dele que tive acesso a experiências ruins que essa moça viveu na CASAI e no Hospital São Paulo, onde o filho esteve internado diversas vezes. Tais experiências incluíram tremedeiras em seu corpo, a percepção de paredes desses edifícios tremendo e espíritos ruins a atacando, sobretudo durante o sono. Ao longo do tratamento, essa moça foi solicitando cada vez mais a seu marido que ficasse mais tempo como acompanhante,

¹⁴ ROSALEN, Juliana. 2008. *Aproximações à temática das DST aos Wajãpi do Amapari*. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social FFLCH/USP.

pois seu *nhe'ẽ* ficava mais fortalecido na aldeia, de onde poderia ajudar melhor o filho menor e cuidar do filho mais velho que lá ficara. Seu marido, porém, não me disse, e eu só vim a saber posteriormente, que ela também sofrera um ataque de um pajé alto-xinguano, o qual invadira sua cama enquanto o filho dormia¹⁵.

Diante dos sucessivos fracassos no tratamento biomédico, os pais e familiares do menino tinham convicção que ele só ficaria bem se pudesse viver entre seus parentes e frequentar a *opy* (casa de reza) cotidianamente em sua aldeia. Uma equipe da CASAI, do Hospital São Paulo e do Ambulatório do Índio resolveu então visitar a aldeia do menino, no Vale do Ribeira/SP, para verificar se ele poderia ser resgatado pela equipe local de saúde no caso de uma emergência¹⁶, e se a aldeia tinha condições de garantir os cuidados médicos necessários para ele, que incluía uso de oxigênio e inalações.

Não há espaço aqui para detalhar essa visita, mas o cacique fez uma fala incisiva para essa equipe de saúde, dizendo que o problema não era tanto os cuidados com o menino na aldeia, e sim a falta de cuidados com a mãe na CASAI, invertendo assim os vetores das relações. A equipe estava lá para verificar se tinham condições de higiene, infraestrutura e transportes, mas o que estava efetivamente comprometendo a saúde daquela família eram as condições relacionais na CASAI. A equipe então desculpou-se, dizendo ser difícil controlar tudo que acontece na casa, e comprometeu-se a protegê-la

¹⁵ O rapaz me pediu por diversas vezes que ajudasse a trazer pajés (*tamõĩ*) para buscarem extrair a doença de seu filho e fortalecê-lo, bem como que eu ajudasse a explicar questões que ele designou como espirituais, como a presença do *nhe'ẽ*, para os médicos nas consultas. O pai da criança estava convicto da causalidade xamânica no problema do filho, sendo por isso que os médicos não conseguiam diagnosticar o porquê de seu pulmão ter se fechado, e tendo assim poucas chances de resolver o problema pela via da medicina. Ele e seus parentes insistiam ser necessário voltar para a sua aldeia e cuidar da criança na *opy* (a casa de reza), com os cantos, os sopros e os aconselhamentos do *tamõĩ*. Ademais, os pais se sentiam culpados pela doença, pois brigaram muito durante a gestação e o *nhe'ẽ* do filho provavelmente ressentiu-se, criando um vínculo fraco com esta terra e o corpo em que deveria assentar-se. Um *tamõĩ* de uma aldeia em São Paulo foi ao hospital e aceitou fazer a extração de agentes patogênicos sem uso de tabaco, o que é raro entre pajés Guarani. Na presença de um médico residente, o *tamõĩ* extraiu três pedrinhas do corpo do menino, as quais deveriam ser queimadas, mas não havia como fazer isso ali, de modo que as levaria para jogar no fogo de chão na *opy* da aldeia. Ele também explicou ao médico residente que o tratamento era como antibiótico, que precisa ser repetido várias vezes, caso o contrário o mal reincidiria com mais força. Posteriormente, o pai seguiu demandando tratamentos com *omootatĩ* e acompanhei uma ida dele com o menino a uma aldeia no Jaraguá, onde foi usada a fumaça de tabaco nas costas, junto ao pulmão.

¹⁶ A equipe local alegou que não havia condições disso ocorrer, pela falta de funcionários e de carro que pudessem ficar à disposição da criança todo o tempo. O representante da Funai chegou a ameaçar aqueles que autorizassem o menino a ficar na aldeia de serem responsabilizados no caso de uma intercorrência.

colocando-a num quarto em que não houvesse homens desacompanhados. Posteriormente, o menino teve um de seus pulmões extraídos e, após meses de recuperação em que alternava períodos na aldeia com períodos na CASAI, ele voltou definitivamente para a aldeia. As fotos que seu pai posta no Facebook são de uma criança forte e muito alegre.

Para além da violência que podem sofrer em São Paulo, algumas mulheres contam que já sofriam agressões do marido na aldeia. Esse é o caso de uma mulher Jamamadi de cerca de 30 anos que veio de uma comunidade ribeirinha do Amazonas como acompanhante de seu filho, um menino de 13 anos que perdeu uma perna em razão de um câncer e veio a falecer ao cabo de dois anos de tratamento. Seu marido bebia muito e a agredia, ficando ausente por períodos prolongados. Por isso, ela tinha muita preocupação por ter deixado seus outros três filhos – de três a 14 anos – sozinhos em casa, já que a sogra dela morava em outra casa há alguns quilômetros de distância.

Já nas primeiras semanas em que estive na CASAI, ela me contou ter sofrido investidas sexuais – às quais resistiu – de um pajé de um povo do Brasil central, de um cacique de um povo da região Nordeste e de um dos motoristas da empresa terceirizada que prestava serviço à CASAI. Mas disse que preferia não os denunciar nem fazer nada a respeito, evitando assim constrangimentos e conflitos. Posteriormente, ela se envolveu com um jovem Guarani que estava acompanhando seu enteado de 4 anos diagnosticado com desnutrição. Ela gostou do rapaz, mas algumas semanas depois ele foi substituído pela esposa, mãe do menino.

Pude acompanhar muitos outros namoros, que duraram alguns dias, semanas ou meses – a depender das altas, retornos e, por vezes, das condições de saúde, quando os envolvidos são pacientes e não acompanhantes. Há ainda relações que iniciam na CASAI e seguem pela vida nas aldeias. Esse foi o caso de uma mulher que veio de Rondônia acompanhando um sobrinho Tupari para tratamento associado a intersexualidade, condição que ela compartilha. Com 33 anos, ela nunca havia se casado e na CASAI envolveu-se com um jovem Tupinambá de 22 anos que era acompanhante de seu pai. Ele mudou-se para a comunidade dela em Rondônia e a união já dura cerca de dois anos. O mesmo se passou com uma mulher Baré de 31 anos que veio acompanhando seu filho

de 4 anos com câncer em um dos olhos. Ela iniciou um namoro com um jovem Tupinambá de 20 anos, e ele agora está vivendo com a família dela em uma comunidade em Santa Isabel, na região do Rio Negro (AM).

Em meio as singularidades desses e tanto outros enredos, vale destacar como o desarranjo relacional que constitui a doença e a vinda a São Paulo pode incorrer em novos arranjos, em que essas mulheres – sobretudo as que estão na condição de acompanhantes de seus filhos – podem viver situações de extrema vulnerabilidade e violência, mas também podem ter experiências que a excepcionalidade de sua condição em São Paulo convivendo com diferentes povos proporciona, e que jamais poderiam experimentar em suas aldeias. Mais do que metáfora, a doença (mesmo que no corpo do filho) mobiliza relações heterodoxas e perigosas dentro e fora dos corpos; o afastamento da família e a vinda à cidade para tratamento biomédico maximizam essas conexões, tanto em seu potencial patogênico quanto nas possibilidades de novos parentescos, capacidades e aprendizados. Tais relações podem ser reversíveis, durando apenas a estadia na CASAI, ou seguirem pela vida.

Além dos afetos mobilizados pela sexualidade, outro modo recorrente de criação de vínculos são os cuidados mútuos. Muitas crianças na CASAI possuem doenças que de início podem gerar receios ou aflições pela ausência de órgãos, más formações, problemas respiratórios ou de locomoção, dificuldades cognitivas, entre outros. O compartilhamento de uma mesma humanidade, a despeito de diferenças culturais, está longe de ser um pressuposto entre todos os indígenas na CASAI. Muitos se percebem em meio a outros, cuja alteridade é potencialmente perigosa, sobretudo porque esses outros estão também agenciados por doenças.

Particularmente, pode haver incômodos nos quartos compartilhados quando se tem choro excessivo, tosses recorrentes, fortes odores ou mesmo sumiço ou desarranjo de objetos, entre outras situações comumente envolvendo crianças. Mas com algum tempo de convivência é possível observar como aproximações vão se estabelecendo, por vezes iniciadas pela amizade das próprias crianças. Sobretudo entre mulheres, mas não só, não raro vão se estabelecendo cumplicidades e troca de favores nos cuidados com as crianças, em que uma fica com o filho da outra para que esta possa tomar banho,

lavar roupas, comprar algo ou ir ao banco, entre outras atividades. Tal reciprocidade incorre em aproximações também em conversas, trocas de coisas e incursões conjuntas na cidade.

Nas relações com funcionários o mesmo se passa. “Cuidado” é uma expressão recorrente entre enfermeiros e técnicos de enfermagem quando se referem a seu trabalho. Mas para muitos indígenas as práticas e discursos desses funcionários são percebidos com desconfiança ou constrangimento. As relações podem ser tomadas como excessivamente impessoais e por isso suspeitas, ou inadequadas por serem excessivamente afetivas (incluindo beijos, abraços e supostas brincadeiras). Há também enunciados que a equipe de enfermagem aponta como “explicações” e “ressalvas”, mas que para muitos indígenas são tomados como broncas, agressões ou controle indevido. A incerteza, instabilidade e reversibilidade entre efeitos terapêuticos e patogênicos de ações também suscita desconfiança e evitação por parte de muitos pacientes e acompanhantes em relação a funcionários não indígenas nas instituições de saúde.

Com o passar do tempo, porém, é comum que vínculos se estabeleçam com alguns funcionários. Não raro, relações de cumplicidade são construídas com técnicos de enfermagem com quem se passa muitas horas nas salas de espera dos hospitais e ambulatórios. Ou então com a equipe do turno da noite, que costuma ter uma rotina menos demandante, podendo passar mais tempo conversando com os pacientes. Há ainda cumplicidades que se criam nos cuidados de enfermagem cotidianos, como dar remédios, fazer curativos, entre outros.

Há, portanto, uma ambiguidade nos cuidados, podendo produzir vínculos ou descontinuidades, estando associados ao fortalecimento ou definhamento dos corpos. Tal ambiguidade também se expressa na falta de movimento que se experimenta na CASAI e o que produz nos corpos. Muitos comentam que a CASAI é muito parada e que não há o que fazer por ali. As pessoas, mesmo os acompanhantes que não estão doentes, costumam dormir muitas horas e ficarem inativas mesmo em vigília. A posição deitada é estimulada pelas camas serem os principais móveis nos quartos. O chão é ladrilhado no interior e cimentado no espaço externo, havendo poucos que se sentam ali, o que leva à preferência pelas cadeiras de plástico no refeitório (onde a TV está

sempre ligada) ou no quintal. A falta de movimento é conciliada com o oferecimento de seis refeições por dia, incorrendo no aumento de peso de muitas pessoas. Várias mulheres comentam comigo sobre como suas roupas vão deixando de caber, e como o corpo vai ficando mais fraco com o aumento de peso, sendo privado das atividades cotidianas na casa ou na roça.

O estado ocioso imposto pela doença ou por estar em uma instituição de saúde é intensificado pela sensação de confinamento, já que muitos não conhecem a cidade e têm receio de andar nas ruas e se perder ou ser agredido. Não são raros os casos de pessoas que pegam ônibus errados, ou são assaltadas nas ruas, entre outras adversidades. Em contrapartida, a maioria consegue receber recursos financeiros de seus estados de origem por TFD (Tratamento Fora do Domicílio). Há mulheres que nunca haviam recebido recursos ou administrado o dinheiro que recebiam de programas como o Bolsa Família. Longe de seus maridos ou familiares, esse recurso passa a ser gerenciado por elas, constituindo um elemento fundamental para viabilizar incursões pela cidade. Várias delas comentam que sem dinheiro não se faz nada em São Paulo.

Em princípio fazem trajetos na vizinhança – a CASAI fica numa movimentada avenida na região do Ipiranga, com muitos estabelecimentos comerciais – para comprar guloseimas, créditos para celular, analgésicos (algo que a enfermagem não pode fornecer sem pedido médico), sabonetes e shampoos, entre outros itens que já faziam uso ou passam a fazer acompanhando outros hóspedes nessas incursões. Para além do bairro, é recorrente que pacientes e acompanhantes sejam levados por outros mais experientes e mesmo por membros da equipe da CASAI ou por mim (quando me for solicitado) para passeios no centro da cidade, como o Brás e arredores da rua 25 de Março.

Nem sempre tais incursões são fáceis, havendo receio de alguns pela imersão subterrânea no metrô, a quantidade de gente andando e se esbarrando pelas calçadas, as pessoas dormindo na rua e pedindo dinheiro, os pastores ou artistas fazendo suas apresentações insólitas, o assédio dos comerciantes, os furtos e por vezes agressões, a compra de produtos que não funcionam ou estragam no primeiro uso, entre outras

experiências que trazem aos corpos o potencial predatório das alteridades em jogo na cidade.

Passar juntos por essas situações e aprender com os outros sobre itinerários, lojas, comportamentos etc. não raro produz vínculos entre aqueles que estão tentando se familiarizar com São Paulo, de modo que aprendem juntos como se resguardar ou manejar essas múltiplas conexões. Aqueles que vão adquirindo maior destreza em circular nesses lugares, podem vir a acompanhar outros que vão chegando. Como comento em outro texto¹⁷, certa vez fui ao Brás com um grupo de indígenas da CASAI e me vi em uma situação de compra calças e casacos em que os comerciantes falavam coreano e os clientes eram um Wajãpi com seu filho (falantes de uma língua Tupi-Guarani), um casal Tariano (falantes de uma língua Tukano) e um casal Kĩsedjê (falantes de uma língua Jê). Eles conversavam em suas respectivas línguas para decidir as peças, assim como os coreanos discutiam entre si sobre possibilidade de descontos. Eu era a única pessoa a falar português fluentemente, mas também era a que estava mais alheia às relações em jogo naquela cena. A presença crescente de africanos, haitianos, bolivianos e outros povos da América Latina também é algo que intensifica a percepção de cosmopolitismo da metrópole, que, assim como a doença, pode incorrer em adversidades, mas também em novas habilidades, objetos e conhecimentos.

Na CASAI, produtos adquiridos na cidade também ativam e alteram corpos de modos singulares. Roupas e objetos por vezes são comprados nessas incursões em quantidades inéditas na experiência de muitos. Há ainda homens e mulheres que observam outros pintarem os cabelos e também compram tinturas para fazê-lo. Há mulheres que passam a usar batom ou outra maquiagem e esmaltes. Ademais, a compra de miçangas ou sementes na rua 25 de Março enseja a produção de pulseiras, colares e outros adereços que são trocados ou vendidos entre xs indígenas ou para os funcionários da CASAI. Há aqueles que também trazem os enfeites prontos de suas aldeias para venda ou troca em São Paulo, como enfeites, cestos, cerâmicas, bichinhos de caixeta, panos de prato com as pontas bordadas de crochê, entre outros. Na CASAI, há intenso intercâmbio desses produtos e também do aprendizado sobre seus modos de confecção.

¹⁷ MACEDO, V.; MARTINS, J.; TRONCARELLI, M.C. 2017. Três Linhas e Alguns Nós: Serviço Social, Educação e Antropologia na CASAI-SP. *Revista Amazônica – UFPA*.

Por fim, há que se mencionar visitas a algumas igrejas evangélicas ou católicas nas proximidades da CASAI, sobretudo nos finais de semana. Há funcionários que levam os pacientes, e pacientes mais antigos que levam novos. Mesmo aqueles que não são adeptos ou não possuem qualquer familiaridade com esses cultos, muitas vezes vão pela possibilidade do passeio, o estabelecimento de novas relações e conhecimentos, bem como o oferecimento de almoço e doações de roupas e brinquedos por parte dessas igrejas.

Assim, muitas mulheres voltam para suas aldeias maiores, outras com cabelos mais claros, maquiagem e novos enfeites e acessórios, tanto adquiridos na cidade como de outros povos, os quais ativam em seus corpos novas capacidades e possibilidades relacionais. O mesmo se passa com aquelas que também voltam com novas experiências sexuais e afetivas, secretas ou não, sofridas ou alegres. Há aquelas que também voltam com novas experiências sexuais e afetivas, secretas ou não, sofridas ou alegres.

A primeira impressão que se tem ao chegar à CASAI é de pouco movimento e muita apatia. Mas, percorrendo os olhos com maior atenção, pode-se observar mulheres de diferentes povos deitadas na cama de uma delas vendo juntas algo no celular, ou uma pintando a unha da outra, ou um rapaz segurando no colo a criança de uma mulher que está lavando roupa, ou um grupo tomando sol e dando risada de algo que alguém disse. São Paulo faz-se assim em analogia à doença, como mais do que uma metáfora, em que se experimenta os perigos e conquistas de compor-se com outrxs. Ali não são todos parentes por serem indígenas. Tampouco as mulheres são cúmplices ou semelhantes pela morfologia de seus corpos. São Paulo, a CASAI, a doença... são configurações em que está em jogo um anti-parentesco, implicando agenciamentos envolvendo corpos cujas potências são desconhecidas e perigosas. A produção de vínculos e aparentamentos se efetiva, por vezes, por caminhos que busquei introduzir aqui, de modo ainda incipiente.

Ainda estou buscando os caminhos da escrita desta etnografia, que não se volta para um povo específico e por isso impede qualquer busca de totalização étnica ou cosmológica. De modo análogo a minhas interlocutoras e interlocutores indígenas, para quem a doença é vivida como descontrole relacional e destotalização, mobilizando

novas composições, tenho buscado incorporá-la como um imperativo metodológico de compor-me com outrxs. Espero que críticas e participações do grupo possam participar dessa composição!