



UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL E SUDESTE DO PARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DINÂMICAS
TERRITORIAIS E SOCIEDADE NA AMAZÔNIA – PD TSA
ÁREA: INTERDISCIPLINAR



EDNA CAROLINA MAYORGA SÁNCHEZ

**DISCURSO CANIBAL, ENTRE TORNAR-SE O OUTRO OU INVENTÁ-LO: Crítica
decolonial aos processos de subjetivação de indígenas no domínio da saúde
mental**

MARABÁ, PA

2019

EDNA CAROLINA MAYORGA SÁNCHEZ

DISCURSO CANIBAL, ENTRE TORNAR-SE O OUTRO OU INVENTÁ-LO: Crítica decolonial aos processos de subjetivação de indígenas no domínio da saúde mental

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Dinâmicas Territoriais e Sociedade na Amazônia, da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará, na linha de pesquisa Produção Discursiva e Dinâmicas Socioterritoriais na Amazônia, como exigência para a obtenção do Diploma de Mestre em Dinâmicas Territoriais e Sociedade na Amazônia.

Orientação: Profa. Dra. Nilsa Brito Ribeiro.

Marabá

2019

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca Campus do Tauarizinho da Unifesspa

Mayorga Sánchez, Edna Carolina

Discurso canibal, entre tornar-se o outro ou inventá-lo: crítica decolonial aos processos de subjetivação de indígenas no domínio da saúde mental / Edna Carolina Mayorga Sánchez; orientadora, Nilsa Brito Ribeiro. — Marabá: [s. n.], 2019.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará, Programa de Pós-Graduação em Dinâmicas Territoriais e Sociedade na Amazônia, Marabá, 2019.

1. Índios da América do Sul - Brasil. 2. Índios Xikrin. 3. Análise do discurso. 4. Saúde mental. 5. Subjetividade. 6. Biopolítica. I. Ribeiro, Nilsa Brito, orient. II. Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará. Programa de Pós-Graduação em Dinâmicas Territoriais e Sociedade na Amazônia. III. Título.

CDD: 22. ed.: 980.4115

EDNA CAROLINA MAYORGA SÁNCHEZ

DISCURSO CANIBAL, ENTRE TORNAR-SE O OUTRO OU INVENTÁ-LO: Crítica decolonial aos processos de subjetivação de indígenas no domínio da saúde mental

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Dinâmicas Territoriais e Sociedade na Amazônia, da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará, na linha de pesquisa sobre Produção Discursiva e Dinâmicas Socioterritoriais na Amazônia, como exigência parcial para a obtenção do Título de Mestre em Dinâmicas Territoriais e Sociedade na Amazônia.

Aprovado em: ___/___/___

BANCA DE EXAMINADORA

Prof. Dra. Nilsa Brito Ribeiro (PDTSA/UNIFESSPA - Orientadora)

Prof. Dr. Jerônimo da Silva e Silva (PDTSA/UNIFESSPA – Membro)

Prof. Dr. Hiran de Moura Possa (PDTSA/ UNIFESSPA - Suplente)

Dedico este trabalho a minha mãe Elizabeth, a meu pai Carlos, aos meus irmãos, Camilo e Sebastian, e a meu amigo Don Fede.

AGRADECIMENTOS

Escribiré los agradecimientos en español porque quiero dejar en estas páginas unas cuantas palabras en mi idioma natal como sello personal.

Quiero agradecer al universo por darme la oportunidad de estudiar en Brasil, después de haberlo anhelado por tantos años, es un sueño cumplido que me hace sentir feliz y orgullosa de mi caminar.

A la Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará- UNIFESSPA, que me acogió y me recordó la importancia de la lucha popular.

Al Programa de Alianzas para la Educación y la Capacitación (PAEC), Organización de los Estados Americanos (OEA) y el Grupo Coimbra de Universidades Brasileñas (GCUB), por la beca que me fue otorgada para cursar esta maestría, sin la cual no hubiera podido alcanzar esta quimera.

A mi orientadora Nilsa Brito Ribeiro, que con su compañía y guía intelectual me llevo al límite de mí misma y me enseñó la importancia de la rigurosidad en la escrita y de la crítica en el pensamiento.

Al profesor Jerônimo da Silva e Silva, toda mi admiración, gracias por inspirarme, y por brindarme certezas con relación a mis capacidades en medio de mis constantes dudas.

A la profesora Ivânia dos Santos Neves, por sus palabras de guía y de admiración hacia mi trabajo.

Al profesor Hiran de Moura Possa, por su colaboración en la lectura, sugerencias al trabajo y participación de la banca de defensa.

A todo el conjunto de profesores del programa PDTSA, y a la turma 2017, gracias por todos los momentos compartidos, por su gran apoyo y por todos los aprendizajes ganados en nuestros días de aula y fuera de ella.

Toda mi gratitud a mi madre Elizabeth Sánchez, a mi padre Carlos Mayorga y a mis hermanos Camilo y Sebastián, por estar siempre ahí en todos mis momentos, por

desear mi presencia comprendiendo mi lejanía, debo todos mis logros a su apoyo incondicional, a ustedes les dedico también este trabajo.

A mis tías, tíos, primas, primos y a mi abuelito, por sus palabras, sonrisas, consejos, apoyos, y por su compañía infinita.

A Marce, por su amor y su escucha en todos mis días de escrita.

Agradezco a todas las personas que de una u otra forma me dieron una palabra o un gesto de aliento en mis días de impaciencia y desesperación.

Agradezco a todas las personas que he conocido en Marabá, mi corazón permanece en cada rincón de esta ciudad, y en mi mente están guardados infinitos recuerdos, de personas, sensaciones, sabores, aromas, palabras, resistencias, colores y vidas, que hicieron estos días de permanencia inolvidables.

Gracias a todas las personas que me apoyaron desde que llegué por primera vez a esta ciudad, a Mónica y a Caio, por su hospedaje, cuando sin conocerme me abrieron la puerta de su casa y me brindaron una linda amistad, estaré siempre agradecida.

A Ana, Camila, Silvia, Agus, David, Mario, Diana, Lorena, Luis, Laura, Andrés, Jose, Aleja, Fabiano, Rita, Paola, André, Normando, Ginno, Lidi, Joyara, Milton, Neta, Neto, y Víctor, por su amistad y por cada momento compartido. A Tere y Tina gracias por tanto afecto, por sus consejos, su escucha y su ejemplo, este es el comienzo de una linda y eterna amistad.

Agradezco a Richelly y a Regina especialmente por su amistad y por su ayuda en la búsqueda de las personas a quienes entrevisté para la realización de este trabajo.

A Tere de nuevo por darme la oportunidad de conocer la aldea Xikrín do Cateté y participar en el proyecto de extensión de la universidad.

A los indígenas Xikrin, y Gavião que hicieron amistad conmigo en tan poco tiempo. Y a todos los indígenas con quienes he construido lindas amistades en Colombia, en especial a Vicente por enseñarme tantas cosas.

A todos mis amigos y amigas que me escucharon y extendieron su mano siempre que lo necesité en mis días de angustia durante este proceso, ellos y ellas saben quiénes son, son tantos que no los puedo contar. Gracias.

Agradezco a cada una de las personas que entreviste para realizar esta investigación, sin ellas este trabajo no hubiera sido posible.

Gracias a Otoniel por revisar mis escritos y a Tina de nuevo por responder mis diarias y cotidianas preguntas acerca de cómo hablar y escribir portugués. Hacer este trabajo en otro idioma amplió el nivel de complejidad de un desafío que logré con la ayuda de muchas y muchos.

Gracias al conjunto inmenso de serendipias que constituyen mi vida, soy una mujer afortunada, rodeada de personas increíbles. Cada rincón del mundo que recorro se queda con un poquito de mi corazón, cada paso y cada persona perduraran en mi memoria y la saudade de este proceso me acompañará, esta labor me llevó al límite de mí misma en todos los sentidos y me siento más fuerte y me siento feliz.

Gracias.

“Os ninguéns: os filhos de ninguém, os donos de nada.

Os ninguéns: os nenhuns, correndo soltos, morrendo a vida, fodidos e mal pagos: Que não são embora sejam.

Que não falam idiomas, falam dialetos.

Que não praticam religiões, praticam superstições.

Que não fazem arte, fazem artesanato.

Que não são seres humanos, são recursos humanos.

Que não tem cultura, têm folclore.

Que não têm cara, têm braços.

Que não têm nome, têm número.

Que não aparecem na história universal, aparecem nas páginas policiais da imprensa local.

Os ninguéns, que custam menos do que a bala que os mata.”

(Eduardo Galeano)

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar discursos produzidos em esferas institucionais da área de Saúde no Sul e Sudeste do Estado do Pará – Brasil, com o propósito de compreender como se configuram os processos de subjetivação dos indígenas, no domínio de práticas discursivas da saúde mental. Para desenvolver nossas reflexões, mobilizamos o estudo da produção de subjetividades a partir de uma perspectiva interdisciplinar. Inicialmente tomamos os estudos pós-coloniais/decoloniais, que nos propiciaram a análise crítica da alteridade, a partir das categorias de estereótipo, imaginário colonial, modernidade como invenção e colonialidade do poder; por outra parte, trazemos os conceitos da arqueogenealogia, biopolítica e biopoder, na perspectiva foucaultiana, para apreender como se apresentam no discurso as relações entre saber, poder e verdade. O *corpus* está conformado por entrevistas realizadas com quatro funcionários da área de saúde, e uma entrevista realizada com um indígena da etnia Xikrin. Nossas análises mostram como as práticas discursivas sobre os indígenas produzem efeitos de verdade, no domínio de uma biopolítica de controle dos corpos, traduzindo-se em processos colonizadores e imposição de discursos por meio de “dispositivos coloniais”. Finalizamos identificando as práticas de liberdade como processo de resistência do conhecimento próprio dos indígenas, desde uma leitura descontínua da história.

Palavras-chave: Amazônia. Povos Indígenas. Processos de subjetivação. Análise de discurso. Saúde Mental.

ABSTRACT:

The objective of this work is to analyze discourses produced in institutional spheres by health officials in the South and Southeast of the State of Pará, Brazil, in order to understand how indigenous subjectivation processes are configured in the domain of discursive mental health practices. For the development of our reflections, we mobilize the study of the production of subjectivities from an interdisciplinary perspective. Initially, we utilize the postcolonial/decolonial studies, which provided us with the critical analysis of alterity, from the categories of stereotype, colonial imagery, modernity as invention and coloniality of power. On the other hand, we bring the concepts of archaeology, biopolitics and biopower in Foucault's theories, to apprehend how the relations between knowledge, power and truth present themselves in the discourse. The *corpus* analysis corresponds to interviews with four health officials, complemented by an interview with a native of the Xikrin ethnic group. Our analyses show how the discursive practices about the indigenous, produce effects of the institutionalization of truths demarcated in a relationship between power and knowledge, in the domain of biopolitics of control over the bodies, translating themselves in colonizing processes of discourses imposed through colonial mechanisms, but recognizing the existence of practices of freedom as a resistance process of indigenous knowledge, from a discontinuous reading of history.

Keywords: Amazon. Indigenous population. Processes of Subjectivation. Discourse analysis. Mental Health.

LISTA DE SIGLAS

CISI	Comissão Intersetorial de Saúde do Índio
COSAI	Coordenação da Saúde do Índio
CVRD	Companhia Vale do Rio Doce
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
PGC	Programa Grande Carajás
PPTAL	Projeto Integrado de Proteção às Populações e Terras Indígenas da Amazônia Legal
SAS	Secretaria da Assistência a Saúde
SASI	Subsistema de Saúde Indígena
SPI	Serviço de Proteção aos Índios
SPILTN	Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSA	Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
UHT	Usina Hidrelétrica de Tucuruí

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Localização dos povos indígenas no Estado do Pará por município de abrangência.....	44
Quadro 2- A situação fundiária das terras indígenas na região sudeste paraense.....	48

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 - Abrangência do DSEI.....	42
Mapa 2 - Situação fundiária das Terras Indígenas região sudeste paraense.....	47

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO	17
1.1. O CAMINHO PARA CHEGAR ATÉ AQUI	17
1.2. ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO.....	23
2. DISPOSITIVOS REGULADORES DE UMA BIOPOLÍTICA DA SAÚDE INDÍGENA NO SUL E SUDESTE DO PARÁ	27
2.1. CRIAÇÃO DE SISTEMAS DE ATENDIMENTO À SAÚDE INDÍGENA.....	27
2.2. O IMAGINÁRIO COLONIAL SOBRE POVOS INDÍGENAS: “MÃO DE OBRA NÃO CIVILIZADA”	28
2.3. BIOPOLÍTICA DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS.....	35
2.3.1 Biopolítica e dispositivos de assistência em saúde indígena	38
2.4. SITUANDO OS POVOS INDÍGENAS DAS REGIÕES SUL E SUDESTE DO PARÁ	41
2.4.1. Mesorregião Redenção	49
2.4.2. Mesorregião Marabá – Tucuruí	49
2.5. PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL NA REGIÃO SUL E SUDESTE DO PARÁ..	52
3. APROXIMAÇÃO AOS SUJEITOS ENTREVISTADOS	55
4. (DES)ENCONTROS EPISTEMOLÓGICOS, IMAGINÁRIOS E COLONIALIDADE DO PODER.	63
4.1. A COLONIALIDADE DO PODER CENTRADA NO TRABALHO, NA RAÇA E NO GÊNERO	65
4.2. IMAGINÁRIOS CENTRADOS EM CATEGORIZAÇÕES, HOMOGENEIZAÇÕES E UNIVERSALIZAÇÕES.....	74
4.3. A MODERNIDADE COMO INVENÇÃO	80
5. PODER, SABER E BIOPOLÍTICA EM FOUCAULT	87
5.1. O “OUTRO” E O MESMO: EXCLUSÃO, RECLUSÃO E ALIENAÇÃO	88

5.2. RELAÇÕES DE DISPUTAS ENTRE JOGOS DE VERDADES: VOZ DE AUTORIDADE	93
5.3. A POSITIVIDADE DA CIÊNCIA NA RELAÇÃO COM O PODER E O SABER .	96
5.4. PODER DISCIPLINAR, BIOPODER E BIOPOLÍTICA	101
5.5. PRÁTICAS DE LIBERDADE.....	114
6. CONCLUSÕES.....	121
REFERÊNCIAS	124

1. INTRODUÇÃO

1.1 O CAMINHO PARA CHEGAR ATÉ AQUI

Para introduzir este trabalho, começo com uma experiência autobiográfica que expõe a maneira como me aproximei do tema da pesquisa. A seguir, faço breves notas introdutórias sobre o tema, objetivos, objeto, o percurso metodológico e a estrutura do texto.

No ano 2008, conheci a Amazônia colombiana no momento em que fiz, em companhia de mais oito pessoas, uma viagem para um departamento chamado Putumayo, localizado ao sul oriente da Colômbia, país onde nasci. No grupo estava um amigo indígena que, como eu, cursava graduação em Antropologia na Universidade Nacional de Colômbia. Ele tinha uma casa em Puerto Leguízamo, uma pequena cidade desse departamento.

Para chegar em uma outra cidade que ficava na beira do rio Putumayo, tivemos que andar de ônibus por doze horas para. Onde conseguimos negociar com um barqueiro que transportava mercadoria, para nos levar pelo rio para nosso destino. Prontamente ele aceitou e, assim, viajamos por oito dias, sendo esse o meu primeiro encontro com a selva. Já tinha assistido alguns filmes que tratam da Amazônia, no entanto, essa era a primeira vez que estava ali. Nessa época, eu tinha 23 anos de idade e percebi uma força inexplicável pela qual me sentia atraída. Sem saber nadar, observava o rio, as árvores, deixando-me levar por seus encantos. Durante a viagem fomos para vários lugares na fronteira entre Colômbia e Equador. Foi uma experiência inesquecível para mim!

Chegando ao nosso destino, fomos para uma aldeia indígena chamada “La Samaritana”. A minha expectativa era enorme, pois, pela primeira vez estava em uma aldeia. Muitas ideias passavam pela minha cabeça, havia muitas perguntas, e curiosidade de ver como eram as pessoas de lá. Quando cheguei ao local, senti que a selva me abraçou. Havia uma maloca, no meio da aldeia, enorme como o tamanho de um campo de futebol, tudo estava em silêncio e o céu era estrelado.

Ficamos naquela cidade por um mês, lá consegui ver de perto as problemáticas e as histórias de que falávamos nas aulas de Antropologia.

Quando voltei para casa, nada era mais como antes. Minha vontade de estudar sobre a Amazônia aumentou e comecei a ler bem mais sobre os povos indígenas, e a me interessar por sua cosmologia, seus relatos e suas vidas. Assim, o tempo passou, terminei o curso de graduação e a selva parecia para mim um espaço distante, onde não poderia ficar por mais do que uns meses, pois achava que esses locais eram para pessoas corajosas, e eu não me considerava assim.

Mas um dia isso mudou, quando recebi uma ligação de uma instituição governamental informando que estava precisando de um antropólogo/a para desenvolver um trabalho de serviço social em Leticia, capital do departamento de Amazonas. Poderia ser um sinal da vida. Havia pouco tempo para enviar meu currículo e dizer se aceitaria desenvolver o trabalho, mas eu decidi enviar uma resposta de aceite e no dia seguinte me confirmaram que tinha que viajar para assinar o contrato. Trata-se de um local em que só se pode chegar de avião.

Assim comecei então minha viagem, quando o avião estava pousando na cidade, observei pela janela e vi que era uma floresta imensurável. Esta é uma imagem que nunca saiu da minha cabeça: a imensidão da vida estava na minha frente. Eu acho que a partir desse momento a selva me abraçou para sempre.

Cada experiência me trouxe muitas aprendizagens, conheci muitas aldeias e fiquei envolvida no trabalho com os povos indígenas. Compreendi que muitas vezes as discussões realizadas na universidade ficavam nas aulas, e as políticas públicas que vinham planejadas da capital desconheciam, em muitos casos, as realidades locais dos povos e as dinâmicas territoriais, sociais e culturais da Amazônia.

Meu companheiro de trabalho era um indígena chamado Federico. Seu apelido era "Don Fede". Com ele percorríamos muitas aldeias, ele foi me ensinando como caminhar pelo mato, como falar com as pessoas, como compreendê-las, como enxergar o espaço. Aprendi a ver os povos daquele lugar como pessoas iguais a mim. Aprendi que eles se constituíam nas suas dificuldades, com suas ontologias e formas de ver o mundo. Aprendi que eles eram diferentes e que eu deveria compreendê-los nessa complexidade.

Don Fede se retirou da atividade porque, tendo cumprido seu tempo de trabalho, se aposentou. Num certo dia, depois de vários meses que havíamos trabalhado juntos, ele foi ao escritório onde eu trabalhava para pedir um material relacionado a vários projetos indígenas dos quais ele participou. Alguns dias antes, sua esposa tinha me contado que ele estava bebendo álcool com muita frequência.

Sabendo disso, em nosso encontro, comentei com ele, quase brincando, que fosse para sua casa em lugar de ficar bebendo na orla. Depois ele saiu e quatro horas depois recebi uma ligação de um amigo falando que Don Fede tinha caído no rio.

Soube que ele ficou bebendo no porto, dormiu no barco e caiu. O filho que estava com ele pulou na água para salvá-lo, mas não conseguiu. Don Fede gostava muito de beber, como muitos indígenas da Amazônia do meu país.

Tempos depois viajei para Bogotá, capital da Colômbia. E um dia sonhei que Don Fede falava comigo e me dizia que ele não morreu, e que como eu estava indo para um funeral, ele me pedia para ver quem era o morto, pois a gente pensava que era ele, mas ele estava vivo. Relato isso pois uma das coisas que ele me ensinou foi a importância dos sonhos (para os indígenas da etnia Ticuna, sua etnia, os sonhos prevêm coisas que podem acontecer, são portos de comunicação com um mundo supra-humano). Por isso, para mim, foi muito relevante aquele sonho. Comecei a pensar que Don Fede poderia estar vivo em algum local da Amazônia, já que seu corpo nunca foi encontrado.

Voltei para Leticia e me encontrei com a esposa dele. Ela me falou que tudo mudou desde que aconteceu isso, mas que não estava triste porque sabia que seu esposo estava vivo, pois morava dentro do rio, tendo se transformado em um boto. Disse, ainda, que teve um sonho muito similar ao meu, em que Don Fede dizia estar vivo. Para ela, segundo suas crenças, quando alguém morre é comum fazer barulhos no interior da casa onde antes morava, no entanto, seu marido não tinha feito nenhum barulho ainda.

Depois desse encontro, participei de um projeto do Ministério do Interior e Justiça, da Colômbia que consistia em realizar diagnósticos de cemitérios e indagar a existência de pessoas não identificadas inumadas. Devido a minha experiência de trabalho no departamento do Amazonas, enviaram-me para trabalhar nesse local. Ali, conheci as histórias dos mortos e a relação de alguns povos indígenas com a morte. Um dos cemitérios existentes possuía uma torre de tumbas que ficou cheia porque num tempo aproximado de cinco anos muitas pessoas se suicidaram, na sua maioria, indígenas. Para isso, eles tomavam um veneno chamado “barbasco”, enforcavam-se ou se afogavam no rio.

Um ano após essa viagem, já em outro trabalho, desenvolvendo um projeto chamado “Imersão cultural em comunidades indígenas Nukak e Jiw”, eu estava indo trabalhar em saúde intercultural, num departamento da Colômbia chamado

Guaviare. A comunidade onde desenvolvi esse trabalho é da etnia Jiw, reconhecida por ser um povo guerreiro que passou por várias experiências de brigas e mortes entre si, e conflitos internos.

A experiência que passei com eles também marcou minha vida. Um dia eu estava em uma conversa sobre saúde e plantas medicinais, e dois jovens dessa comunidade tinham saído para uma cidade que ficava perto da aldeia para beber algumas cervejas. Quando terminamos a aula, um deles chegou com um facão e bateu no tradutor do nosso grupo de trabalho, ameaçando de matá-lo. Ele conseguiu-se defender, sofrendo apenas um ferimento no pescoço e na orelha direita, mas, a situação foi muito tensa, além de perigosa, porque eles poderiam brigar de novo em qualquer momento.

Quando o tradutor estava sangrando, outro indígena se aproximou e começou a rezer as feridas, para estancar o sangue, nesse momento pude ver como o sangue foi parando de imediato. Depois disso, tivemos que sair dessa aldeia, pela segurança, devido a que também nessa zona existiam grupos da guerrilha e não era garantida nossa integridade física. Aquele acontecimento foi muito forte para mim, porque eu achava que qualquer acontecimento social dentro da aldeia era de minha responsabilidade por ser a antropóloga do grupo, por isso, me senti frustrada, não conseguia compreender o que tinha acontecido, justamente porque não pude fazer nada que pudesse impedir essa agressão. Só depois de algum tempo compreendi que eu não poderia ter impedido aquela situação, justamente porque decorria de uma questão cultural e familiar que vinha ocorrendo há tempos atrás. Contudo, depois disso, decidi me afastar do trabalho de campo porque considerei que estava muito afetada pelas experiências vividas, e precisava pensar mais calmamente sobre aquelas situações vividas. Também queria pensar em mim, na minha profissão e em minha vontade de me envolver profundamente nas problemáticas sociais.

Essa experiência levou-me a refletir sobre a minha posição como antropóloga em relação aos indígenas. Havia me aproximado tanto de suas vidas que minhas perspectivas eram cada vez mais emotivas e difusas. Era como enxergar as páginas de um livro tão de perto que já não conseguia distinguir as palavras. Como consequência, tive a oportunidade de sair do país para fazer uma pós-graduação e esse momento me permitiu distanciar-me dessa experiência para reconfigurar minhas reflexões e ações. Nesse sentido, considero que a antropologia nos oferece

ferramentas para refletirmos de forma permanente sobre os outros, sobre nós e sobre as nossas formas de olhar o mundo.

Foi assim que decidi viajar para a Argentina e começar um mestrado, mas depois, no ano 2016, apresentei-me a uma convocatória no Programa de Alianças para a Educação e Capacitação (PAEC) entre a Organização dos Estados Americanos (OEA) e o Grupo Coimbra de Universidades Brasileiras (GCUB), e fui selecionada para cursar o mestrado em Dinâmicas Territoriais e Sociedade na Amazônia na Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará- UNIFESSPA, na cidade de Marabá, Pará, Brasil.

Já, no mestrado, conversando com pessoas sobre a situação dos povos indígenas no Brasil, me falaram que muitos indígenas recebem medicamentos psiquiátricos, por diferentes causas: como o consumo elevado de álcool, depressão, tentativas de suicídio etc. Essa informação chamou minha atenção, pois nunca tinha ouvido falar sobre isso. As histórias que eu trouxe nestas linhas, da relação dos indígenas com o álcool, podem estar vinculadas a esses fatores, no entanto, nunca conheci na Colômbia um caso de medicação por esse tipo de comportamento ou vivência. Não se trata de avaliar se a medicação é melhor ou pior, apenas considero que a medicalização orientada pela medicina pode intervir violentamente nas práticas destes povos.

Esses relatos me desafiaram a querer pesquisar a respeito dos discursos que sustentam essas políticas voltadas para a saúde indígena. Queria conhecer até quando o indígena tem autonomia para decidir se aceita ou não receber esse tipo de atenção médica nas aldeias e se no momento de fornecer tais medicamentos eles são informados sobre todos os desdobramentos ocorridos pela medicação. Prescrever medicamentos psiquiátricos constitui, a meu modo de ver, um ato de dominação do sistema ocidental sobre o modo de vida tradicional indígena. Considero essa prática de medicalização ocidental algo que impede qualquer possibilidade da reconstrução dos conhecimentos em saúde que possam existir nas comunidades.

Assim, comecei a perguntar e pesquisar com o objetivo de desenvolver estudos sobre essa temática no Mestrado. Meu interesse, inicialmente, era morar em uma aldeia por um tempo, para, assim, fazer um trabalho de campo aprofundado que me permitisse analisar o encontro entre as práticas indígenas de saúde, suas concepções de corpo, doença e saúde, e a intervenção da biomedicina no território.

No entanto, para isso, eu precisaria de uma autorização da FUNAI que poderia demorar um tempo maior do que os meus prazos do mestrado. Dessa forma, dirigi a pesquisa para a análise do discurso de pessoas que trabalham na área da saúde em contextos indígenas.

Várias pessoas me ajudaram a estabelecer contatos com funcionários, mas, no momento de realizar as entrevistas, meu pouco domínio da língua portuguesa se apresentou inicialmente como um obstáculo para manter esse contato com os entrevistados. Por outro lado, minha experiência como colombiana no território brasileiro me deu uma perspectiva de distanciamento na pesquisa, permitindo-me aprofundar na temática da saúde mental. Durante as conversas estabelecidas com as pessoas entrevistadas, tive a ajuda de outros interlocutores. Muitas vezes, durante as entrevistas, recorria a gestos feitos com as mãos pela minha dificuldade no domínio do idioma. Além disso, outro limite enfrentado durante a pesquisa foi a pouca referência teórica encontrada sobre a saúde mental em contextos indígenas. Não foi um processo fácil, de forma que às vezes me sentia no limite do espaço e do tempo, sem reconhecer um lugar próprio para mim e ao mesmo tempo me encontrando e me reconhecendo em cada espaço e cada conversa. Recorri sempre a minha experiência, o que me ajudou a encaminhar as entrevistas e receber, na interação com os sujeitos da pesquisa, muito mais informação do que eu esperava.

Em abril do ano de 2017, graças ao apoio de uma companheira do mestrado, consegui me vincular a um projeto de extensão da UNIFESSPA, que tem como título: “Saberes e fazeres Xikrín: a etnociência como estratégia mediadora no desenvolvimento de metodologias e recursos didático-pedagógicos voltados à valorização de sua língua materna”, desenvolvido pela universidade com apoio da FUNAI e da FIOCRUZ. Participei do projeto como voluntária, desenvolvendo algumas atividades, uma delas, desenvolvida na aldeia Xikrín do Cateté, onde tive a oportunidade de conhecer pela primeira vez uma aldeia Xikrin. Nessa oportunidade, realizei uma entrevista com um indígena, liderança da aldeia, que apoiava o projeto. Posteriormente, participei de algumas viagens para a terra indígena Mãe Maria e lá tive contato com as dinâmicas territoriais e culturais dos indígenas da etnia Gavião.

Meu objetivo durante a pesquisa era conseguir entrevistar vários indígenas, homens e mulheres de diferentes idades, para ter uma perspectiva mais ampliada acerca da temática da saúde, e, também, possuir contato com algumas experiências de pessoas medicadas. Contudo, reconheço que esse é um tema difícil de tratar.

Além disso, questões de tempo e de condições logísticas me impediram de ampliar este trabalho com outros procedimentos metodológicos. No entanto, apesar dos limites aqui apontados, a nossa decisão em analisar os discursos institucionais permitiu a abrangência de abordagens, possibilitando-nos revisitar pensamentos críticos através do encontro entre teorias de discurso e a teoria pós/decolonial. Essa abordagem de perspectiva interdisciplinar permite a apreensão da multiplicidade de questões que a complexidade e a atualidade do tema apresenta.

Foi a partir das problemáticas surgidas no início da pesquisa que fomos delimitando o objetivo do trabalho para, finalmente, decidir analisar discursos produzidos em esferas institucionais, especificamente de funcionários da área de Saúde no Sul e Sudeste do Estado do Pará – Brasil, incluindo a fala de um indígena da etnia Xikrín, com o propósito de compreender os processos de subjetivação dos povos indígenas, no domínio de práticas discursivas da saúde mental.

O *corpus* de análise desta pesquisa está conformado por cinco entrevistas: duas delas realizadas com funcionários homens, e duas com mulheres, todos eles profissionais da área da saúde, trabalhando em entidades como a FUNAI – Fundação Nacional do Índio, o DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena de Guamá-Tocantins, as Associações Indígenas e o SUS – Sistema Único de Saúde, todos eles envolvidos com o trabalho de saúde indígena da região Sul e Sudeste do Pará. Além desses sujeitos, como já mencionamos, realizamos uma entrevista com um indígena Xikrín, da aldeia Xikrín do Cateté. Os nomes dos entrevistados são fictícios, com o objetivo de preservar suas identidades. As entrevistas completas compõem o Anexo I deste trabalho.

1.1. ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

O título desta dissertação surge da proposta de ver o discurso colonizador como devorador, no sentido como tem se constituído, historicamente, a partir de enunciados fortalecidos pela relação entre poderes e saberes, e construindo imaginários que, por sua vez, devoram ou engolem o outro como diferente, para torná-lo parte da sustentação das vontades de verdade dominantes.

A palavra “canibal” foi atribuída aos sujeitos indígenas, ao longo da história, carregada de significados e representações a partir de aspetos bélicos ou

cosmológicos. No entanto, a autora Solci (2013) fala do canibalismo como uma figura que transcende a antropofagia.

“[...] o ato de devorar é também o ato de descobrir-se em meio aos sentidos e à plasticidade do nosso corpo, que nos possibilita viver experiências no mundo, percebendo-o, criando e recriando-o, a partir da nossa relação com o outro. Enquanto canibais que somos, podemos dizer que tanto comemos com os olhos, com o olfato, com o tato e a boca, como também comemos simbolicamente as ideias, experimentamos a história, a cultura, e isso é próprio de todo ser humano.” (SOLCI, 2013, p. 33).

É assim que a palavra canibal é utilizada aqui, de uma forma simbólica. Por uma parte, relacionada ao ato de devorar para tornar-se o outro, um devorar simbólico no discurso como dispositivo colonial que se apropria do Outro. O discurso que engole para captar e reconstruir-se a partir dos seus próprios imaginários, ou seja, trata-se de devorar ou digerir o outro para reinventar-se, reconstruir-se e recriar novas subjetividades a partir dos *dispositivos coloniais* e hegemônicos.¹

Poderíamos falar de um canibalismo do Estado e dos saberes coloniais que se impõem historicamente sobre os sujeitos indígenas, tanto através da imposição de discursos materializados nas políticas públicas, como na cotidianidade dos sujeitos, tal como analisaremos adiante a presença desses discursos hegemônicos no domínio de prática da saúde e na formulação das políticas do Estado. Nesse sentido, as análises tomam a perspectiva do “giro decolonial”, no sentido de propor transformações e deslocamentos de uma posição de sujeito para um novo olhar histórico, partindo de uma releitura que recupere pistas, indícios e restos do passado, para constituírem-se elementos potencializadores de reconfigurações do presente.

1 O conceito de dispositivo, desenvolvido por Foucault, concentra, segundo Agamben (2005), três pontos principais: “1) É um conjunto heterogêneo, que inclui virtualmente qualquer coisa, linguístico e não linguístico no mesmo título: discursos, instituições, edifícios, leis, medidas de segurança, proposições filosóficas etc. a dispositivo em si mesmo e a rede que se estabelece entre esses elementos. 2) O dispositivo tem sempre uma função estratégica concreta e se inscreve sempre em uma relação de poder. 3) É algo de geral (um *reseau*, uma “rede”) porque inclui em si a episteme, que para Foucault é aquilo que em uma certa sociedade permite distinguir o que é aceito como um enunciado científico daquilo que não é científico.” (AGAMBEN, 2005, p. 9-10). Neste caso, o conceito de dispositivo colonial é utilizado por sugestão da professora Dra. Ivânia dos Santos Neves, na sua participação da Banca de Qualificação deste trabalho, em 3 de julho de 2018. O “dispositivo colonial” refere-se então às características próprias do dispositivo mas em uma relação de poder colonial que produz verdades.

El Giro Decolonial no es un movimiento restaurador sino una recuperación de las pistas abandonadas hacia una historia diferente, un trabajo en las brechas y fracturas de la realidad social existente, de los restos de un naufragio general de pueblos apenas sobrevivientes de una masacre material y simbólica continua a lo largo de quinientos años de colonialidad, de izquierda y de derecha (SEGATO, 2015, p. 57).

Esta pesquisa parte de uma proposta decolonial, a partir de algumas análises de categorias como a colonialidade do poder, do autor Quijano (2000), a modernidade como invenção de Latour (1994) e o conceito de índio como categoria supraétnica de Batalla (1971), na interface com a perspectiva teórica foucaultiana de Análise do Discurso. Esse último autor oferece instrumentos tanto teóricos como metodológicos para os estudos de nosso *corpus*, em uma perspectiva discursiva.

Assim, a primeira coisa a se observar é que a Análise de Discurso não trabalha com a língua enquanto um sistema abstrato, mas com a língua no mundo, com maneiras de significar, com homens falando, considerando a produção de sentidos enquanto parte de suas vidas, seja enquanto sujeitos seja enquanto membros de uma determinada forma de sociedade (ORLANDI, 2009, p. 15 – 16).

Quando se fala de Análise do Discurso, nessa perspectiva de que trata a autora, vai além de eleger a AD como questão meramente metodológica para compreender as produções de sentido na sociedade, nesses termos. Se a AD oferece dispositivos de análises de discursos, isso não ocorre separado de fundamentos teóricos em que a Análise de Discurso se constitui enquanto uma disciplina de entremeio que se origina no diálogo com outros campos do conhecimento. Como lembra Orlandi, a Análise de Discurso se volta para as pessoas falando, para o discurso enquanto objeto sóciohistórico em curso, na relação, portanto, entre discurso, língua e ideologia (ORLANDI, 2009).

Portanto, os estudos de Foucault (1977; 1978; 1979; 1987; 1997; 1998; 2001; 2004; 2005; 2007; 2008), são a base fundamental para a abordagem discursiva, sobretudo pela proposta de análise que ele possibilita a partir dos conceitos de descontinuidade, deslocamentos e rupturas. É a partir desses conceitos que mobilizamos em Foucault para analisar o funcionamento do poder, da biopolítica e do biopoder, em nosso *corpus*.

Dessa forma, o trabalho encontra-se estruturado em cinco sessões. Inicialmente estas linhas que constituem a introdução.

Em uma segunda seção, intitulada *Dispositivos reguladores de uma biopolítica da Saúde Indígena no Sul e Sudeste do Pará*, desenvolvemos uma abordagem contextual do funcionamento de uma biopolítica materializada pela política do Sistema Único de saúde e do sistema de atendimento à saúde indígena. Fazemos uma abordagem dessa política, entendendo-a como dispositivo de poder de uma biopolítica na qual estão configuradas as vontades e verdades do poder sobre uma dada população. Nessa mesma seção descrevemos as relações e territorialidades dos povos indígenas que habitam a região Sul e Sudeste do Pará.

Na terceira seção, intitulada *Aproximação aos sujeitos entrevistados*, apresentamos cada uma das pessoas entrevistadas, detendo-nos de forma breve às experiências que cada um mantém com a temática da saúde indígena.

Com o propósito de trazer para este estudo problematizações de alguns conceitos fundamentais, tais como, raça, trabalho, gênero, estereótipo e preconceito, na quarta seção, intitulada: *(Des)encontros epistemológicos, imaginários, e colonialidade do poder*, revisitamos autores que se detêm a essas categorias, principalmente Quijano (2000; 2005).

Na quinta e última seção: Poder, saber e biopolítica em Foucault, mobilizamos alguns conceitos foucaultianos considerados fundamentais para a compreensão de discursos de construção de verdades sobre o outro a partir de práticas divisoras e de relações de poder/saber presentes em enunciados extraídos das entrevistas realizadas. Por outro lado, nos atentamos, também, às análises dos enunciados, para as práticas de liberdade dos sujeitos indígenas que emergem como rotas de fuga em relação aos dispositivos coloniais.

2. DISPOSITIVOS REGULADORES DE UMA BIOPOLÍTICA DA SAÚDE INDÍGENA NO SUL E SUDESTE DO PARÁ

2.1. CRIAÇÃO DE SISTEMAS DE ATENDIMENTO À SAÚDE INDÍGENA

Para compreender as maneiras como se configuram os processos de subjetivação dos indígenas no Brasil, particularmente na região do Sul e Sudeste do Pará, entendemos ser necessária, ainda que de forma breve, uma abordagem que possa mostrar como surgem e funcionam os dispositivos institucionais materializados nas políticas públicas voltadas aos povos indígenas, especificamente no campo da saúde, domínio de nossos estudos. Nesse sentido, esta seção apresenta uma revisão histórica da construção dessas políticas, regulamentações e organismos que se encontram inseridos em relações de poder/saber próprios de uma biopolítica que entra em curso no Brasil, sobretudo na década de 90, em forte acordo com a racionalidade das políticas neoliberais.

Nesse cenário de políticas voltadas à vida da população, mas dentro de uma lógica de controles de subjetividades, pretendemos abordar a institucionalização e o funcionamento da política de saúde indígena, no Sul e Sudeste do Pará.

Lembramos com Foucault (1997) que o trabalho de apreensão do movimento da história não deve ser feito de uma perspectiva linear, mas, sim, da perspectiva dos deslocamentos, descontinuidades e do acontecimento de uma dada prática discursiva, a partir de uma relação com diferentes domínios. É nessa perspectiva de apreender os sentidos das práticas na dispersão, na descontinuidade e nas relações que, ainda que façamos um percurso cronológico de institucionalização das políticas de saúde indígenas, esse percurso só pode ser compreendido se colocado em relação com o movimento da história.

Assim, em uma primeira fase de estudos, Foucault (1997) utiliza o conceito de arqueologia, não devendo esse ser aqui entendido nos termos da disciplina que também leva esse nome, mas, como uma perspectiva que focaliza as descontinuidades da história marcadas por acontecimentos e dispersões. Dessa forma, o conceito de arqueologia tem permitido à análise do discurso desconstruir certas categorias do pensamento e de análises voltadas para as linearidades e as relações de causa e consequência. Dessa forma “[...], a descrição arqueológica é precisamente abandono da história das ideias, é a recusa sistemática de seus

postulados e de seus procedimentos, tentativa de fazer uma história inteiramente diferente daquilo que os homens disseram.” (FOUCAULT 1997, p. 156). Nesse sentido, a arqueologia se volta aos discursos, procurando apreender as regras que regem uma dada formação discursiva em uma dada conjuntura.

Em uma outra fase de investigação, sem abandonar o princípio da dispersão, Foucault (1979) se volta aos processos históricos de exclusão, às formas de alienação e à conformação de saberes a partir de dispositivos de poder que atuam sobre um dado campo de saber, de vontade de verdades. Nesse sentido, para Foucault, o poder atravessa o corpo social, modifica e constrói relações sociais, determinando formas de pensamento e de verdades, de modo que não é possível desvincular poder sobre um certo domínio sem uma certa verdade produzida sobre esse mesmo domínio, daí a relação ser de poder-saber. Ou seja, não há poder desprovido de uma vontade de verdade sobre o campo a que se voltam as hegemonias sociais, econômicas e culturais, para que a verdade funcione e se estabeleça como própria. Pogrebinschi (2004) analisa essa relação entre saber e poder da seguinte forma:

O poder, portanto, institucionaliza a verdade. Ou, ao menos, ele institucionaliza a busca da verdade ao institucionalizar seus mecanismos de confissão e inquirição. A verdade se profissionaliza, pois, afinal, no seio daquela relação triangular, a verdade é a norma: nesse sentido, e antes de mais nada, são os discursos verdadeiros que julgam, condenam, classificam, obrigam, coagem... trazendo sempre consigo efeitos específicos de poder (POGREBINSCHI, 2004, p. 186).

Portanto, ao descrevermos a institucionalização de políticas públicas voltadas à saúde indígena, não podemos perder a conexão que elas estabelecem com uma vontade de verdade/poder própria da conjuntura em que foram produzidas tais políticas, respondendo sempre a demandas históricas e a uma racionalidade hegemônica daquele momento.

2.2. O IMAGINÁRIO COLONIAL SOBRE POVOS INDÍGENAS: “MÃO DE OBRA NÃO CIVILIZADA”

Os imaginários construídos sobre povos indígenas no Brasil foram, a partir do século XVIII, difundidos pelo Estado colonial português e pelo Velho Mundo como a imagem do “Bom Selvagem”, como povos que deveriam receber intervenção ou

proteção do outro, sempre a partir da ideia de que os povos indígenas se encontravam num estado de barbárie, e que, por isso, deveriam ser “civilizados”.

De acordo com Pacheco de Oliveira e Freire (2006), no século XIX se constituiu todo um imaginário sobre povos indígenas, a partir do qual esses povos começaram a ser retratados em pinturas e desenhos cuja expressão produzia processos classificatórios derivados da observação e da comparação das expedições feitas na América do Sul. O pensamento etnocêntrico entendia ser necessário instaurar padrões de civilização e processos de evangelização em relação aos povos indígenas através das missões jesuíticas, franciscanas, salesianas etc. Essas missões não só tinham o objetivo de evangelizar, mas, também, de gerar o controle sobre os territórios desses povos, inclusive, dentro da Constituição brasileira de 1824 foi determinada a criação de estabelecimentos de catequese e de civilização dos indígenas (PACHECO DE OLIVEIRA; FREIRE, 2006).

A primeira instituição brasileira que introduz, de forma específica, o tema indígena no Brasil, foi o Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais - SPILTN, posteriormente conhecido como Serviço de Proteção aos Índios – SPI, criado no ano de 1910, sob o Decreto nº 8.072, através de uma rede constituída por integrantes do Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio, Apostolado Positivista e Museu Nacional (PACHECO DE OLIVEIRA; FREIRE, 2006). O surgimento dessa instituição ocorreu, em parte, como uma proposta para a criação de urgência indigenista do Estado, com as seguintes finalidades:

- a) estabelecer a convivência pacífica com os índios; b) agir para garantir a sobrevivência física dos povos indígenas; c) fazer os índios adotarem gradualmente hábitos “civilizados”; d) influir de forma “amistosa” sobre a vida indígena; e) fixar o índio a terra; f) contribuir para o povoamento do interior do Brasil; g) poder acessar ou produzir bens econômicos nas terras dos índios; h) usar a força de trabalho indígena para aumentar a produtividade agrícola; i) fortalecer o sentimento indígena de pertencer a uma nação (PACHECO DE OLIVEIRA; FREIRE, 2006, p. 115).

Nesse imaginário, os indígenas são representados como sujeitos em fase infantil, cabendo ao Estado responsabilizar-se pela proteção deles. Paradoxalmente, os sujeitos imaginariamente infantilizados eram utilizados como mão de obra para os serviços relacionados à terra, sem levar em consideração seus costumes e

cosmovisões. Tal representação estava fundamentada na ideia de que os indígenas deveriam passar da condição de “selvagens” à de “civilizados”.

As pretensões do Estado estavam muito ligadas a uma perspectiva fortalecida pelo pensamento etnocêntrico, segundo o qual o indígena deixaria um suposto estado de barbárie a partir da sua inserção em práticas ocidentais, principalmente no que se refere à composição de “mão de obra” para o manuseio da agricultura. Nesse sentido, a condição de sujeito indígena era assumida pelo projeto colonizador como uma fase transitória, na medida em que a ideia era transformar os indígenas em trabalhadores que viriam servir a um projeto desenvolvimentista de nação. “Para isso, seriam adotados métodos e técnicas educacionais que controlariam o processo, estabelecendo mecanismos de homogeneização e nacionalização dos povos indígenas.” (PACHECO DE OLIVEIRA; FREIRE, 2006, p. 113).

Foi assim que se consolidou uma definição legal do índio no Código Civil de 1916 e no Decreto nº 5.484 de 1928 e, a partir de então, os povos indígenas começaram a ser regulados pelo Estado brasileiro, que, por sua vez, passaram a reconhecer a condição de “indianidade” a partir da qual se estabelecem as relações entre os denominados índios, o Estado e a sociedade nacional. Essas relações se estabelecem a partir do controle institucional exercido por um tipo de poder centrado no controle da vida da população, enquanto manifestação de uma racionalidade e de uma arte de governar, que Foucault (2008) denomina como biopolítica, advinda de um biopoder próprio do Estado neoliberal.

No contexto de uma política indígena neoliberal que, no Brasil, se aprofunda na década de 90, foram criadas equipes e postos indígenas com técnicas de contato que eram anunciadas como formas de pacificação e de garantia de reservas de terras para a sobrevivência dos indígenas, incluindo-se, nessa política, atividades educacionais e atenção às condições sanitárias (PACHECO DE OLIVEIRA; FREIRE, 2006).

Vale dizer que essa iniciativa do Estado tem como marco as práticas assistencialistas, sob o discurso do cuidado com a população indígena, para evitar a propagação de doenças como varíola, sarampo, gripe, tuberculose etc., causando, em muitos casos, a morte de pessoas.

Com a Constituição de 1988, criou-se, também, o Sistema Único de Saúde, através do artigo 198, depois regulamentado pela Lei nº 8.080 de 1990, como um sistema público de prestação de serviços de saúde para toda a população, em níveis

federal, estadual e municipal. Suas ações foram voltadas para a promoção de saúde e prevenção de doenças através da produção de insumos para implementação de ações sanitárias dentro do país. Nesse momento, estabeleceu-se a necessidade de levar em consideração a formulação de uma política de saúde específica para povos indígenas, com a proposta de um subsistema diferenciado de saúde, construído no ano de 1999 (GARNELO; PONTES, 2012).

Somente a partir da Constituição de 1988, que as relações entre povos indígenas e o Estado brasileiro passaram a ter como base legal o respeito e o reconhecimento da organização social, costumes, línguas, crenças e tradições nativas. Desde então, geraram-se diversos debates que buscam orientar a construção de políticas de educação e saúde específicas para os povos indígenas (GARNELO; PONTES, 2012, p. 267).

No entanto, no momento em que o SUS foi planejado, a população indígena do Brasil não era uma prioridade nas políticas estatais. O sistema foi, desde seu início, destinado, sobretudo, às zonas urbanas do país, aspecto que gerou dificuldades para o estabelecimento de estratégias de atenção a outros locais, como as zonas rurais e as aldeias onde habitavam as populações indígenas (GARNELO; PONTES, 2012).

Trata-se de um sistema de seguridade social com prioridade para a Atenção Primária em Saúde, cujo objetivo seria responder pelos principais problemas de saúde da população de forma universal. Assim, o governo federal seria o encarregado de regulamentar, acompanhar e avaliar as ações de saúde de grande impacto, deixando para as secretarias municipais de saúde os serviços de atenção às populações locais. A política foi ampliada para os estados e municípios, como uma estratégia de descentralização das ações de saúde. No entanto, de acordo com Garnelo e Pontes (2012), muitos desses serviços foram criados devido às lutas dos movimentos indígenas pelo acesso à saúde e pela garantia de seus direitos étnicos.

Segundo o documento oficial da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002), no ano 1991 foram transferidas para o Ministério da Saúde as ações de saúde dos povos indígenas, as quais saem da responsabilidade da FUNAI. A partir de então, foi criada a Coordenação da Saúde do Índio – COSAI, subordinada à FUNASA e à Fundação Nacional de Saúde, com a atribuição de implementar um novo modelo de atenção à saúde indígena. Nesse mesmo ano foi criada a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio – CISI, com o objetivo de

assessorar o Conselho Nacional de Saúde na elaboração de políticas de saúde indígena (BRASIL, 2002, p. 8).

No ano 1999 foram estabelecidos os procedimentos de prestação dos serviços destinados à saúde indígena, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, com as seguintes orientações:

[...] deverão ser observadas as seguintes diretrizes destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde do índio, objetivando o alcance do equilíbrio bio-psico-social, com o reconhecimento do valor e da complementariedade das práticas da medicina indígena, segundo as peculiaridades de cada comunidade, o perfil epidemiológico e a condição sanitária:

I. o desenvolvimento de esforços que contribuam para o equilíbrio da vida econômica, política e social das comunidades indígenas; II. a redução da mortalidade, em especial a materna e a infantil; III. a interrupção do ciclo de doenças transmissíveis; IV. o controle da desnutrição, da cárie dental e da doença periodontal; V. a restauração das condições ambientais, cuja violação se relacione diretamente com o surgimento de doenças e de outros agravos da saúde; VI. a assistência médica e odontológica integral, prestada por instituições públicas em parceria com organizações indígenas e outras da sociedade civil; VII. a garantia aos índios e às comunidades indígenas de acesso às ações de nível primário, secundário e terciário do Sistema Único de Saúde - SUS; VIII. a participação das comunidades indígenas envolvidas na elaboração da política de saúde indígena, de seus programas e projetos de implementação; e IX. o reconhecimento da organização social e política, dos costumes, das línguas, das crenças e das tradições dos índios (BRASIL, 1999, p. 1).

Essas diretrizes evidenciam o refinamento do exercício do biopoder sobre as populações indígenas, configurando-se como a “arte de governar”. Na percepção de Foucault (2008), trata-se do modo como o *dever-fazer* do governo identifica-se com o *dever-ser* do Estado, refletindo-se nas práticas e nas estratégias políticas e governamentais. Nas palavras do autor:

A arte de governar deve então estabelecer suas regras e racionalizar suas maneiras de fazer propondo-se como objetivo, de certo modo, fazer o *dever-ser* do Estado tornar-se ser. O *dever-fazer* do governo deve se identificar com o *dever-ser* do Estado. O Estado tal como é dado - a *ratio* governamental- é o que possibilitara, de maneira refletida, ponderada, calculada, fazê-lo passar ao seu máximo de ser (FOUCAULT, 2008, p. 6).

Estas estratégias marcam os princípios de como se deve governar no caso das políticas de saúde dirigidas aos povos indígenas, anunciando a proteção e a criação de novas práticas de saúde do “índio”, o que quer dizer que aqui o Estado se situa como cuidador e protetor para alcançar um “equilíbrio bio-psico-social”. Dessa forma, entra em funcionamento uma biopolítica como forma de regular a vida da

população indígena a partir de critérios de verdade e controle do Estado. Incluem-se nos dispositivos de cuidado da população questões de redução de mortalidade e controle de doenças. Por outro lado, no interior das práticas de cuidados de si e do outro, entram as regras e controles de subjetividades.

É assim que, segundo Foucault, o poder disciplinar não desaparece totalmente, na medida em que dispositivos de controle dos corpos permanecem, mas, inseridos em uma biopolítica que se reveste do sentido de proteção da população. Enquanto o poder disciplinar tem como objeto o corpo, a biopolítica se volta para o corpo múltiplo que seria a população, para o homem como parte da espécie biológica. Sua ênfase são os fenômenos em massa e de longa duração, por meio de mecanismos de previsão, de estimativa estatística, de ponderações globais, procurando um equilíbrio e regulação no nível social. Assim, a biopolítica se ocupa dos processos das populações, da demografia, das taxas de reprodução, do nascimento, da higiene pública, dentre outros aspectos.

De que se trata nessa nova tecnologia do poder, nessa biopolítica, nesse biopoder que está se instalando? Eu lhes dizia em duas palavras agora há pouco: trata-se de um conjunto de processos como a proporção dos nascimentos e dos óbitos, a taxa de reprodução, a fecundidade de uma população, etc. São esses processos de natalidade, de mortalidade, de longevidade que, justamente na segunda metade do século XVIII, juntamente com uma porção de problemas econômicos e políticos (os quais não retorno agora), constituíram, acho eu, os primeiros objetos de saber e os primeiros alvos de controle dessa biopolítica (FOUCAULT, 2005, p. 290).

Foucault (2008) argumenta que a biopolítica surge do liberalismo no sentido em que este se manifesta como uma racionalidade na arte de governar. Trata-se da razão governamental formada como uma questão de verdade e um Estado que acompanha, regulamenta e avalia as “suas” populações dentro da racionalidade governamental. Contudo, lembra o autor que, embora a biopolítica surja no liberalismo, ela se fortalece no âmbito do neoliberalismo como uma forma de reorganização dessa racionalidade política que vai abarcar não somente a vida econômica das pessoas, mas também a vida social, configurando e reconfigurando subjetividades em diferentes domínios: culturais, religiosos, educacionais, ambientais, sanitários etc.

Assim, o processo de construção das políticas e das instituições que trabalham com saúde no Brasil apresenta uma predominância da política neoliberal, de modo que a intervenção do mercado é cada vez maior, através da terceirização

da prestação dos serviços, Além da não abrangência da política em todas as aldeias, predomina a exclusão dos sujeitos de direito na construção das políticas de saúde. As dificuldades do sistema de saúde ultrapassam, portanto, a questão assistencial e estão concentradas também no organizacional, uma vez que são ampliados os órgãos e levados aos níveis locais, por meio dos postos de saúde e das Casas de Apoio à Saúde Indígena. As críticas feitas a esse sistema estão relacionadas com vários aspectos, dentre eles, à carência de profissionais e falta de recursos e infraestrutura (GARNELO; PONTES, 2012).

Uma das principais críticas que se faz ao SUS está relacionada com a baixa capacidade instalada nos pequenos municípios e a dificuldade de se prestar assistência no interior do país. Este problema toma proporções bem maiores quando falamos da saúde dos povos indígenas, sobretudo aqueles que moram nas regiões mais isoladas do Brasil (DOMINGUEZ, 2017, p. 264).

Dentro da lógica governamental em contexto neoliberais, no ano 1999 foi construído o Subsistema de Saúde Indígena mediante a Lei 9.836, também conhecida como Lei Arouca, por ter sido o deputado Sérgio Arouca proponente da lei no Congresso. Essa lei define que o sistema deve ser descentralizado, hierarquizado e regionalizado, além de atender à realidade local e às especificidades culturais dos povos indígenas, supostamente a partir de abordagem diferenciada e global. Com a promulgação dessa lei, a FUNASA – Fundação Nacional de Saúde - tornou-se responsável pela coordenação das ações referidas à saúde indígena, sendo que o monitoramento das ações ficou a cargo da Secretaria da Assistência à Saúde – SAS.

Essa lei também estabelece que a FUNASA deve trabalhar de forma articulada com a Secretaria de Assistência à Saúde – SAS. Dessa forma surge a criação dos DSEI - Distritos Sanitários Especiais Indígenas, com o papel de “possibilitar” aos povos indígenas o acesso aos serviços de saúde. Assim, foram criados 34 DSEI- unidades de ação local, divididas por critérios territoriais e não por Estados, para a prestação de serviços aos indígenas.

2.3. BIOPOLÍTICA DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

Depois de serem transferidas as obrigações de saúde dos povos indígenas da FUNAI para a FUNASA, foi construída e legalizada, sob a Portaria nº 254 de 31 de janeiro de 2002, do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Nesse momento foi criada uma rede de serviços que abrange as terras indígenas sob a lógica de melhoria do atendimento à saúde e do acesso ao SUS. O objetivo dessa política se explicita da seguinte forma:

O propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura. (BRASIL, 2002, p. 13).

Essa política pública estabelece nove diretrizes: organização dos serviços de atenção à saúde; preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural; monitoramento das ações de saúde; articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde; promoção do uso “adequado e racional” de medicamentos; promoção de ações específicas em situações específicas, promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas; promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena e controle social.

A formulação da Política propôs o Distrito Sanitário Especial Indígena como um:

[...] modelo de organização de serviços - orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado-, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social (BRASIL, 2002, p. 13).

A política descreve as questões que devem ser contempladas na sua implementação, considerando situações específicas, como, por exemplo, a

prevenção e o controle de agravos à saúde em povos isolados, de pouco contato ou de zonas de fronteira; a diminuição de impactos na saúde; a capacitação de equipes de saúde que trabalham nessas zonas. Explicita, ainda, a exigência de estudos específicos de impacto na saúde, destacando, nesse sentido, o “acompanhamento, monitoramento e desenvolvimento de ações que venham coibir agravos de violência (suicídios, agressões e homicídios, alcoolismo) em decorrência da precariedade das condições de vida e da expropriação e intrusão das terras indígenas”. (BRASIL, 2002, p. 19). Além disso, destaca a prevenção e a assistência a doenças sexualmente transmissíveis, a implantação de um programa de segurança alimentar e a execução de projetos habitacionais.

Como se pode perceber, trata-se de políticas que atuam nos marcos de dispositivos próprios de uma biopolítica que se propõe a irradiar por diferentes domínios da vida de uma população, a partir de tecnologias que reúnem um conjunto de procedimentos voltados para as questões de natalidade, mobilidade, longevidade etc. ou seja, procurando atuar sobre uma dada população. Nesse sentido:

Não é exatamente com a sociedade que se lida nessa nova tecnologia de poder (ou, enfim, com o corpo social tal como o definem os juristas); não é tampouco com o indivíduo-corpo. É um novo corpo: corpo múltiplo, corpo com inúmeras cabeças, se não infinito pelo menos necessariamente numerável. É a noção da população (FOUCAULT, 2005, p. 294).

A construção dessas políticas regulamentou a intervenção dos governos desde uma perspectiva biopolítica dirigida à população. No ano 2010, com a Lei nº 12.314, foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI, como mais uma secretaria do Ministério da Saúde responsável pela coordenação e execução da política anteriormente exposta, reconhecendo a existência do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Entre as suas funções estão as de desenvolver ações de atenção integral à saúde indígena, planejar e coordenar ações de saneamento, promover a articulação de atores para a implementação de ações em saúde, e promover o fortalecimento do controle social (BRASIL, 2010).

Segundo Garnelo e Maquiné (2015), com o Decreto nº 8.065 do ano 2013, a Secretaria foi organizada em três departamentos: Departamento de Gestão da Saúde Indígena, Departamento de Atenção à Saúde Indígena e Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde Indígena, além dos Distritos Sanitários

Especiais Indígenas–DSEI, já criados anteriormente. Essa organização foi ratificada a partir do Decreto nº 8.901 de 10 de novembro de 2016, mencionando também como órgãos colegiados o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho de Saúde Suplementar e a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

Face a essa descrição dos dispositivos dessa política, observa-se que apesar de defender a necessidade de reconhecimento dos contextos locais, as crenças e práticas dos povos indígenas prevalecem as práticas da biomedicina e a invisibilização dos saberes e concepções dos povos a que a política se destina. Na percepção de Cardoso:

Parte-se de um critério positivista de conhecimento e verdade objetiva que não reconhece o seu próprio caráter histórico e cultural, tomando como universais certos pressupostos que colidem com as concepções indígenas, que também possuem um complexo sistema de concepções sobre nascimento, morte, saúde, doença, corpo, “cuidados de si” e formas outras de exegeses terapêuticas (CARDOSO, 2015, p. 100).

No Alto Xingu, por exemplo, na formação de Agentes Indígenas de Saúde, são utilizadas categorias ocidentais para explicar a saúde ou o “funcionamento do corpo”. Os cursos oferecidos aos indígenas se orientam por um pensamento cartesiano que separa o corpo da mente e da alma, assim como também separa as crenças tradicionais do conhecimento científico, sobrepondo esse àquele (CARDOSO, 2015).

Certamente, ter acesso aos serviços de saúde é um direito das populações indígenas, mas é também um direito desses povos terem as suas cosmovisões contempladas. Não basta mencionar a necessidade de se vincular às práticas de saúde indígena ao processo de atenção à saúde pública indígena. É preciso, sobretudo, a compreensão das suas noções de saúde, doença, pessoa e coletividade, entre outros.

Tal como afirma Cardoso (2015), com o encontro entre essas duas práticas de saúde, por uma parte a indígena e por outra os serviços biomédicos, produz-se um conflito que atribui maior força às concepções biomédicas normalizadoras, devido à hegemonia de procedimentos técnicos padronizados.

O modelo, operacionalizado por um discurso científico autorreferente e pautado em uma pseudorracionalidade “tecnicosanitaria” (mas, fundamentalmente, “gestora”), tem produzido como efeito desse mesmo

processo o desconhecimento/negação dos princípios cognoscitivos e logico-simbólicos que articulam as práticas e saberes terapêuticos indígenas, que, supostamente, deveriam lhes ser agregados, sem que, ao mesmo tempo, se produzam efetivamente ações em saúde tal como as comunidades indígenas as demandam (CARDOSO, 2015, p. 100).

Assim, Cardoso (2015) afirma que os serviços médicos são incorporados junto às estratégias terapêuticas ameríndias de forma segmentada, em uma lógica classificatória e não dentro de um reconhecimento de diversidade cultural, de tal modo que “parece levar mais a uma *normatização inclusiva*, que, a exemplo dos programas e ações em saúde, mascaram uma desigualdade real”. (GARNELO; MAQUINÉ, 2015, p. 102).

O princípio da diferença se estabelece muito mais pela observação do outro a partir do estranhamento, do que pelo reconhecimento da diversidade cultural. Sendo assim, os programas de saúde estariam voltados para a execução de programas de normatização, ignorando as lógicas culturais próprias dos povos indígenas.

Nessa mesma direção argumentativa, Garnelo e Maquiné (2012) afirmam que vários convênios de prestação de serviços de saúde para povos indígenas foram firmados com entidades governamentais despreparadas para o exercício de funções encaminhadas a grupos étnicos, com total desconhecimento da questão indígena por parte das autoridades sanitárias do país.

No período de implantação do Subsistema de Saúde Indígena predominava a política neoliberal que preconizava uma participação mínima do poder público na provisão de políticas sociais, entre as quais a saúde. Priorizava-se, na época, a compra de serviços de entidades privadas para efetuar a prestação de serviços de saúde e reduzir o escopo das instituições públicas (GARNELO; PONTES, 2012, p. 43).

Nesse sentido, é importante trazer para a reflexão o modelo de assistência em saúde indígena como forma de problematizar como os serviços são prestados à comunidade indígena, desde um nível amplo, no âmbito do Ministério da Saúde, até os postos de saúde situados nas aldeias.

2.3.1 Biopolítica e dispositivos de assistência em saúde indígena

O Ministério da Saúde conta com órgãos colegiados, entidades vinculadas, e várias secretarias, entre as quais destaca-se a SESAI - Secretaria Especial de Saúde Indígena - que, por sua vez, está dividida em três departamentos, sendo a

responsável pela coordenação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, assim como pelo funcionamento dos DSEI – Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Os DSEI abrangem a organização estadual e municipal da saúde indígena, com a criação das Casas de Apoio à Saúde Indígena, entendidos como polos base, situados nas zonas urbanas dos municípios e os postos de saúde, localizados no interior das aldeias indígenas. Em casos de doença, as pessoas podem ser enviadas para pontos de referência que são locais especializados, em geral, hospitais da rede SUS. O atendimento é realizado de acordo com o nível de complexidade do problema de saúde, tipo de doença, necessidade de atenção e prestação do serviço (GARNELO; MAQUINÉ, 2015).

Os Postos de Saúde foram planejados para cada aldeia, correspondendo ao primeiro momento de atenção biomédica de saúde dentro nas aldeias. Esse atendimento é chamado de atenção básica e é realizado pelos agentes indígenas de saúde, contando com visitas periódicas de equipes multidisciplinares. Depois desse tipo de atendimento, existem os Polos Base que podem estar situados em uma aldeia indígena ou na zona urbana de um município. Trata-se, também, de atenção primária, embora, de acordo com o texto da política pública, o ideal é que através desses polos sejam resolvidos os agravos de saúde nesse nível (BRASIL, 2002).

Na escala de atenção ao indígena, existem ainda as Casas de Apoio à Saúde Indígena que são locais onde são oferecidos serviços de apoio aos indígenas dentro do SUS. De acordo com o documento, nesses espaços os doentes são alojados e recebem alimentação e assistência de enfermagem, assim como providências em relação ao acompanhamento de familiares e os retornos para as comunidades. As demandas de saúde que não conseguem ser atendidas pelos locais referidos acima são encaminhadas para as Unidades de referência que correspondem a uma rede de serviços dentro do sistema, em geral hospitais situados nas zonas urbanas, com a atribuição de prestar serviços segundo os requerimentos efetuados pelo DSEI (GARNELO; PONTES, 2012).

No momento em que surgiu o atendimento aos povos indígenas por parte do Estado, com as Equipes Volantes de Saúde, a atenção era dispensada, principalmente, ao cuidado sanitário e à prevenção da propagação de doenças. Posteriormente, com a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI, a

prevenção de doenças se volta para todos os povos indígenas, embora em uma perspectiva assistencialista do Estado (GARNELO; PONTES, 2015).

[...] houve uma progressiva departamentalização burocrática não só no âmbito da própria Secretaria, mas também dos DSEIs, o que vem a indicar uma tendência gestora centralizada na organização administrativa dos Distritos em detrimento da prestação dos serviços de atenção em saúde para as populações indígenas nos âmbitos territoriais a que estão circunscritas [...]. (CARDOSO, 2015, p. 90).

A divisão dos serviços de saúde e a descentralização dos mesmos, por várias instituições no âmbito estadual, municipal e federal, trouxe uma burocratização excessiva. De acordo com Cardoso (2015), a divisão de funções foi acompanhada por procedimentos até certo ponto inovadores, pois historicamente a saúde indígena transitava de um órgão para outro e não acumulava experiências que permitissem a construção de ferramentas administrativas eficientes. Além disso, discute-se que, apesar da importância desses espaços de atenção à saúde indígena, o modelo dos DSEI é um modelo assistencial que segue a lógica de prestação de serviços, trazendo sérios conflitos entre instituições, apresentando fraca cobertura nas áreas territoriais indígenas, ausência de infraestrutura para os serviços de atenção à saúde, e, também, falta de pessoal para as equipes multiprofissionais locais (CARDOSO, 2015).

Outra crítica dirigida à fragilidade da política no que se refere ao reconhecimento das práticas de saúde e terapêuticas indígenas, diz respeito à centralidade das ações e concepções de saúde nas mãos da gestão do sistema de saúde, impedindo reconhecimento das próprias ontologias dessa população.

Nesse aspecto, não só os sistemas terapêuticos indígenas não estão articulados aos serviços de saúde – de fato, há mesmo uma resistência crítica e jocosa a esse respeito perante, por exemplo, os relatos de doença ou morte por feitiçaria – mas o conjunto da organização e dos procedimentos das ações em saúde obedece protocolarmente os encaminhamentos formulados pela gestão do sistema de saúde (CARDOSO, 2015, p. 97).

Certamente, para as populações é um direito ter acesso aos serviços de saúde, no entanto, esse serviço deve contemplar as cosmovisões dos povos indígenas. Não é suficiente apenas relacionar a terapia indígena às práticas

biomédicas. Os procedimentos de atenção e acesso deveriam dar conta das diferenças culturais e territoriais:

Os conflitos e as dificuldades observados na própria formulação e realização dessas diretrizes nos distintos serviços de atendimento que foram, então, implantados, revelam que um dos grandes problemas desse modelo reside, precisamente, no modo como os princípios sobre os quais se baseia são sistematicamente obliterados por concepções biomédicas normalizadoras, por procedimentos técnicos padronizados e por um projeto “pedagógico” que os institui (CARDOSO, 2015, p. 97).

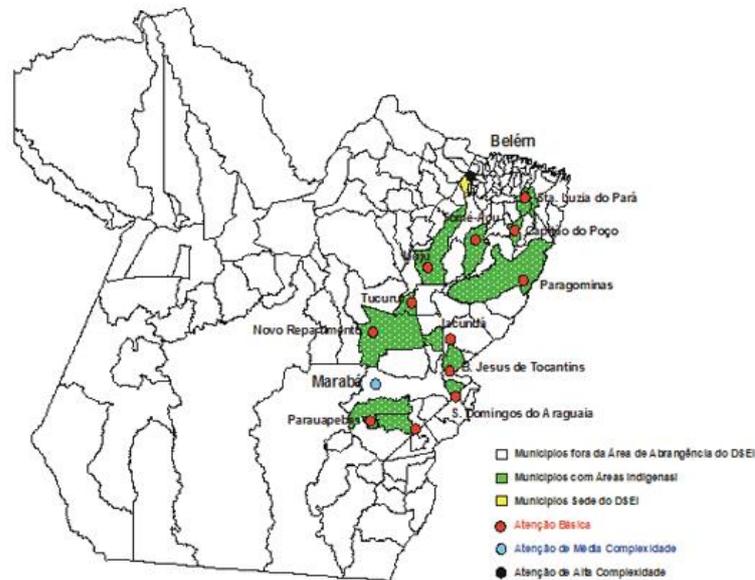
Sendo assim, a prática assistencialista implementada pelo Estado é a manifestação da biopolítica pelo controle da vida das populações, em uma perspectiva neoliberal, que, nas palavras de Foucault, se traduz em uma “governamentalidade neoliberal”, de modo que existe uma liberdade econômica que se sobrepõe à liberdade política, e o mercado funciona como regulador do funcionamento das práticas do Estado (FOUCAULT, 2008).

2.4. SITUANDO OS POVOS INDÍGENAS DAS REGIÕES SUL E SUDESTE DO PARÁ

Na presente subseção pretendemos abordar o tema da saúde indígena, no Estado do Pará, mais especificamente na região Sul e Sudeste do Pará, mas antes disso, faremos uma breve apresentação da área territorial onde se encontram os povos indígenas no Pará.

O DSEI que corresponde à área de abrangência dessa pesquisa é o DSEI Guamá Tocantins, criado em fevereiro de 2014, abrangendo os estados do Pará e Tocantins. Os municípios que fazem parte do DSEI Guamá Tocantins são: Belém; Santa Luzia do Pará; Tomé-Açu; Capitão Poço; Moju; Paragominas; Tucuruí; Novo Repartimento; Bom Jesus do Tocantins; Jacundá; Marabá; São Domingos do Araguaia; Parauapebas e Centro Novo do Maranhão.

Mapa 1: Abrangência do DSEI



Fonte: <http://www.saudeindigena.spdm.org.br/site/index.php/dsei/guama-tocantins>

Entre as etnias que são atendidas pelo DSEI se encontram: Amanayé, Anambé, Asurini, Atikum, Gavião Parkatêjê, Gavião Pykopjê, Guajarara, Guarani, Ka'apor, Karajá, Kaxuyana, Kayapó, Munduruku, Parakanã, Suruí, Tembê, Timbira, Tiriyo, Waiwai, Xikrin, Zo'é (DSEI, 2017).

A área de abrangência do DSEI é uma área territorial com intensos e graves processos de colonização e exploração, caracterizada por uma economia extrativista e exportadora amazônica, de modo que no final do século XIX até a metade do XX houve, por exemplo, períodos de exploração de peles de animais, da borracha (caucho), do diamante, cristais de rocha e castanha-do-pará.

Com o governo militar, foram implementadas políticas de cunho “desenvolvimentista” na região da Amazônia, por meio das quais se construíram rodovias, como a Transamazônica, e grandes projetos como a construção da Usina Hidrelétrica de Tucuruí - UHT, o Programa Grande Carajás – PGC, assim como a concessão de incentivos fiscais às atividades agropecuárias, de mineração, e de exploração madeireira, provocando grandes impactos na região. (BRASIL, 2010).

Essas dinâmicas de exploração produziram múltiplas mudanças no território e processos migratórios que, posteriormente, somados a fatores econômicos, sociais, e políticos, geraram conflitos que se mantêm até os dias atuais. Assim, de acordo com Hebette (2004 apud RIBEIRO JUNIOR, 2014):

Com uma implantação maciça de atividades agropecuárias e o processo de colonização oficial do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), se via por um lado camponeses que migraram de várias regiões do Brasil, e por outro, grandes empresas agropecuárias que foram atraídas pelos fartos subsídios concedidos pela Superintendência de Desenvolvimento da Amazônia (SUDAM), criada em 1966, que impulsionou a transformação de grandes áreas de florestas em pastagens. Este contexto está marcado por diversos conflitos entre camponeses, fazendeiros e os diferentes povos indígenas da região que são atingidos por um processo violento de expansão territorial do grande capital que se apropriou dos territórios e promoveu o deslocamento indígena (RIBEIRO JUNIOR, 2014, p. 14-15).

Esses conflitos impulsionaram os deslocamentos de povos indígenas, modificando de forma violenta sua relação com o território. Com a implantação dos megaprojetos, tem-se dado prioridade aos processos de desenvolvimento do capital e ao uso da terra por parte de latifundiários, cujo controle feito antes apenas através do extrativismo vegetal, passa a ser feito pela disputa dos castanhais por parte de fazendeiros e “donos” dos castanhais. Soma-se a essas dinâmicas sociais os processos de organização de trabalhadores em ocupações e lutas pela terra (RIBEIRO JUNIOR, 2014).

Se, para o campesinato na Amazônia, a implantação da “política desenvolvimentista” com o propósito de integração dessa região ao país promoveu intensos conflitos no campo, onde a disputa pela terra se acirrou com os grandes fazendeiros e o Estado, ocasionando mortes violentas no confronto pela posse da terra, para os povos indígenas ela promoveu sua quase eliminação em favor da expansão territorial e econômica do capital internacional (RIBEIRO JUNIOR, 2014, p. 18).

No contexto dessas dinâmicas de exploração, os territórios indígenas da região continuam sendo afetados por múltiplos fatores e se encontram em um contexto de conflitos territoriais, sociais, culturais, econômicos e políticos.

Como ressaltam Kahwage e Marinho (2011), a Constituição Estadual do Pará, no seu artigo 300, define que é responsabilidade do Estado e dos Municípios a promoção e a proteção dos indígenas nos seus aspectos culturais, organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, assim como no reconhecimento de seus direitos originários, embora, na prática, essas garantias sejam questionadas.

Na década de 90, a FUNAI, com a implementação do Projeto Integrado de Proteção às Populações e Terras Indígenas da Amazônia Legal – PPTAL, viabilizou a demarcação e a regulação de algumas terras indígenas da Amazônia:

Os povos indígenas do Brasil, ao longo da história das conquistas colonialistas, foram sempre obrigados a abandonar seus territórios e a procurar áreas nas quais não se sentissem ameaçados, devendo criar hoje, condições de sustentabilidade em uma área restrita com fronteiras delimitadas institucionalmente (KAHWAGE; MARINHO, 2011, p. 16).

Com esse projeto os povos indígenas começaram a ter suas terras delimitadas e regularizadas. Contudo, a demarcação de terras não garante plenos direitos a esses povos, pois:

Os impactos continuam intensos e em alguns casos se acentuam. Há constantes intrusões nas terras indígenas e a pressão pela extração ilegal de madeira, há incêndios permanentes nas margens de rodovias que destroem a fauna e flora indígenas nos meses de verão (junho a outubro, mais secos na Amazônia), o atropelamento de animais nas estradas, a caça e pesca ilegal, a mineração aurífera que polui rios e compromete a pesca, as frentes de desmatamento provocado pela pecuária, agronegócio e madeireiras que intensificam a antropização e acentuam impactos socioambientais (SANTOS, 2013, p. 58).

Segundo Santos (2013), a organização geográfica dos povos indígenas do Estado do Pará ultrapassa as fronteiras geográficas dos municípios, mas são povos que sempre foram marginalizados e invisibilizados pelas ações do Estado. O aumento das cidades fez com que essas se sobrepusessem a vários territórios indígenas, incrementando o contato entre indígenas e não indígenas. Da mesma forma, os processos de extração de madeira geraram conflitos nos seus territórios, assim como a redução na disponibilidade dos alimentos e alteração dos ciclos de agriculturas tradicionais. A distância cada vez mais reduzida entre as zonas urbanas e os territórios indígenas tem modificado as dinâmicas sociais e culturais desses povos, na região.

No quadro, a seguir, apresentamos a relação de povos indígenas existentes no Estado do Pará, com sua distribuição geográfica por municípios de abrangência.

Quadro 1: Localização dos povos indígenas no Estado do Pará por município de abrangência

POLOS REGIONAIS	POVO INDÍGENA	MUNICÍPIOS DE ABRANGÊNCIA
	Juruna	Vitória do Xingu
	Parakanã do Xingu	São Félix do Xingu, Novo Repartimento, Altamira e Itupiranga
	Panará	Altamira, Garantã do Norte e Matupá

ALTAMIRA	Kuruaya, Xipayá	Altamira
	Xikrin do Bacajá, Kayapó	Altamira, Senador José Porfílio, Cumaru do Norte, São Félix do Xingu, Floresta do Araguaia, Pau'd de Arco, Redenção, Orilando do Norte
	Araweté, Asurini do Koatinemo, Kayapó Kararaó	Altamira, Senador José Porfílio
	Arara	Brasil Novo, Altamira, Medicilândia e Uruará
BELÉM	Guajajara, Ka'apor e Timbira	Paragominas
	Tembé	Santa Maria do Pará, Santa Luzia do Pará, Nova Esperança do Piriá, Tomé Acu e Paragominas
ITAITUBA	Sateré - Mawé, Kayabi, Apiaká, Munduruku	Aveiro, Barreirinha (AM) e Itaituba, Jacareacanga, Santarém, Aveiro, Belterra e Trairão
MARABÁ/TUCURUI	Amanayé	Goianésia do Pará, Paragominas e IPIXUNA DO PARÁ
	Anambé	Moju
	Aikewara Sururi	São Geraldo do Araguaia, São Domingo do Araguaia, Marabá
	Asurini do Trocará	Baião, Tucuruí e Portel
	Atikum	Itupiranga, Canaã dos Carajás
	Parkatêjê, Kyikatêjê e Akrätikatêjê	Bon Jesus do Tocantins
	Guarani, M'byá, Karajá, Guajajara	Rondon do Pará, Santa Maria das Barreiras, Araguacema, Itupiranga
ORIXIMINÁ	Hixkaryana	Faro, Nhamundá, Oriximiná, Urucurá
	Txyk'ána, Waiwai, Mur, Kaxuyana, Xerew, Tiriyó, Katwena, Tunuyana, Mawayana, Wapyxana, Karafawyáa	Oriximiná
REDENÇÃO	Xikrin	Água Azul do Norte e Parauapebas

	Kayapó	Redenção, Orlândia do Norte, Floresta do Araguaia, Pau-d'arco, Altamira, Senador José Porfílio, Cumari do Norte, São Félix de Xingu
SANTARÉM	Cara Preta, Mayatapu	Aveiro
	Arara Vermelha, Borari, Tapajó, Tupaiu, Tapui, Tupinambá, Munduruku, Jaraqui, Arapium, Kumaruara	Santarém e Alter do Chão
TUMUCUMAQUE	Zo'é	Alenquer e Obidos
	Aparai, Wayãpi, Wayana, Tiryio, Akuriyó, Txyk' yana, Kaxuyana, Ewar' hoyaa	Almeirim, Óbidos, Oriximiná, Alenquer, Laranjal do Jari (AP) e Uru ará (lado oeste)

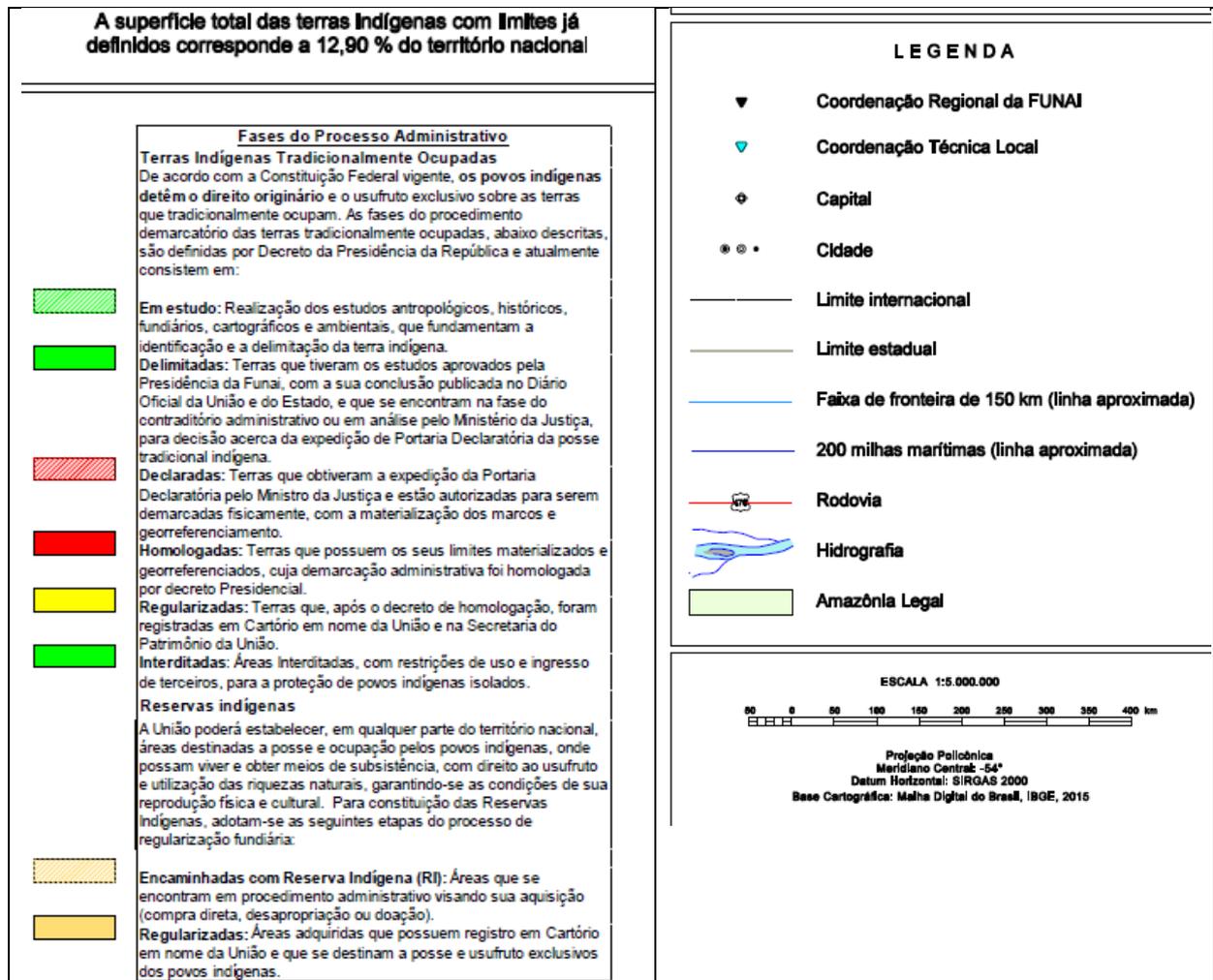
Fonte: (KAHWAGE; MARINHO, 2011, p. 39).

Segundo Kahwage e Marinho (2011), o Estado do Pará é o segundo com maior concentração de população indígena do Brasil, concentrando 77 terras oficialmente registradas. As demais podem se encontrar em alguma das seguintes fases de processos administrativos: em estudo; delimitadas; declarada; homologadas; interdidas; encaminhadas como reserva Indígena.

É importante ressaltar que a ausência de reconhecimento de determinadas áreas indígenas ou ainda, a morosidade nos processos de identificação, demarcação e homologação destas terras, torna as mesmas vulneráveis as ameaças de fazendeiros, invasores, de grandes empreendimentos e interesses políticos. Uma vez que os territórios indígenas se encontram em áreas de importante relevância biológica e recursos hídricos, faunísticos, florísticos e minerais, cujo valor econômico tem gerado assédio, conflitos fundiários e violações aos direitos socioculturais garantidos por lei (KAHWAGE e MARINHO, 2011, p. 41).

O mapa apresentado abaixo é um recorte da região sudeste paraense, sob a abrangência da FUNAI, e condensa a Situação Fundiária das Terras Indígenas, demonstrando em várias cores (convenções), colocadas depois do mapa, o processo administrativo nas quais elas se encontram.

Quadro 2: A situação fundiária das terras indígenas na região sudeste paraense



Fonte: BRASIL (2018)

No mapa podem-se observar três circunferências de cor carmim, que situam três importantes espaços, a terra indígena Xikrin do Cateté, a Mãe Maria, e outro espaço que pertence a uma terra indígena Munduruku, no rio Tapajós; as duas primeiras encontram-se regularizadas e a terceira delimitada. Esses são os espaços principais dos quais falam os interlocutores entrevistados para a presente pesquisa. No entanto, se descrevem aqui duas mesorregiões que conformam o Sul e Sudeste do Pará segundo Kahwage e Marinho (2011):

2.4.1. Mesorregião Redenção

Esta mesorregião de um município do Sul do Pará reúne sete terras Indígenas – Tis - oficialmente reconhecidas pela FUNAI (Kayapó, Baú, Xikrin do Cateté, Las Casas, Menkragnoti, Panará, Badjônkôre). A somatória das suas extensões territoriais é de 10.693.457 hectares, junto com outra denominada Kapotnhinore, em fase de estudo. Essas terras indígenas ocupam parte dos seguintes municípios paraenses: Ourilândia do Norte, São Félix do Xingu, Cumaru do Norte, Bannach, Altamira, Água Azul do Norte, Parauapebas, Floresta do Araguaia, Redenção, Pau d'Arco, e parte de municípios do Estado de Mato Grosso.

Todas as sete Terras Indígenas oficialmente reconhecidas são ocupadas por 5.620 (cinco mil seiscientos e vinte) indígenas de variados grupos da etnia Kayapó, falantes de língua pertencente à família linguística Jê, do tronco Jê e ainda há presença de índios isolados nas TIs Kayapó, Xikrin do Cateté e Menkragnoti (KAHWAGE; MARINHO, 2011, p. 161)

O território dos Kayapó está localizado no “Arco do Desmatamento” (KAHWAGE; MARINHO, 2011, p. 162), zona que, segundo o autor, encontra-se caracterizada por seus elevados índices de desmatamento e por conflitos de terra, razão pela qual muitos indígenas têm sido deslocados de seus territórios para zonas próximas às cidades. Da mesma forma, a construção de rodovias gerou grande desmatamento na região, afetando de forma negativa os territórios indígenas, com alterações da paisagem e modificação dos seus processos de soberania alimentar.

As Terras Indígenas Paraná, Menkragnoti e Baú são impactadas pela construção da Rodovia BR-163 e são assistidas pelas atividades e recursos do Plano BR-163 sustentável. A Terra Indígena Kayapó também será afetada pela construção da Hidroelétrica de Belo Monte, estando os kayapó engajados politicamente na luta pela reversão do processo, sendo que esta TI também está ameaçada pela construção planejada da BR-158 que ligará a cidade de Redenção no sul do Pará à cidade de Altamira no noroeste (KAHWAGE; MARINHO, 2011, p. 163).

A terra Indígena Xikrin também sofre fortes impactos com a construção da Estrada de Ferro Carajás.

2.4.2. Mesorregião Marabá – Tucuruí

Esta mesorregião está conformada por 13 terras indígenas reconhecidas pela FUNAI: “Amanayé, Anambé, Barreirinha, Mãe Maria, Parakanã, Sarauá, Sororó, Pacajá/Konomitinga, Trocará, Karajá/Santana do Araguaia, Maramanduba e Nova

Jacundá. Somente a TI Sororó/Gleba Tuapekuakau está em estudo e por isso ainda não possui área territorial delimitada.” (KAHWAGE; MARINHO, 2011, p. 164).

Essas terras indígenas encontram-se nos municípios paraenses: Moju, Paragominas, Goianésia do Pará, Bom Jesus do Tocantins, Itupiranga, Novo Repartimento, Ipixuna do Pará, Marabá, São Domingo de Araguaia, Rondon do Pará e Araguacema, com um total de 762.037 hectares.

Essas 13 TIs são habitadas por uma população de 3.878 (três mil oitocentos e setenta e oito) indígenas de vários povos, tais como: Amanayé, Anambé, Gavião Parkatêjê, Parakanã, Asurini do Tocantins, Karajá e Guarani M'byá, falantes de várias línguas, principalmente as do tronco linguístico Tupi-Guarani, e em sua minoria as dos troncos, Jê (Gaviões) e Karajá (Karajá) (KAHWAGE; MARINHO, 2011, p. 165).

Com relação ao povo Xikrin, trazemos a análise que faz Gordon (2006), através da sua produção etnográfica, mostrando as complexidades que existem nas relações estabelecidas entre ocidente e o povo indígena, a partir da “indigenização da modernidade”. O autor destaca as relações que envolvem os Xikrin com o mundo das mercadorias, incluindo a incorporação dos bens industrializados (incluindo medicamentos) e do dinheiro. Em suma ele observa que esta é uma relação de contrapesos dada, também, em parte, com a aceitação dos indígenas.

Em relação ao funcionamento da saúde nas aldeias, assim refere o autor:

No que toca à saúde, os Xikrin contam, em cada aldeia, com uma enfermaria razoavelmente bem equipada e uma farmácia abastecida constantemente de medicamentos e suplementos alimentares para os idosos. O atendimento é permanente, e fica a cargo de três profissionais de nível médio (duas enfermeiras no Cateté, e uma no Djudjêkô), além de quatro monitores indígenas assalariados (atualmente, dois por aldeia). Além disso, equipes volantes, compostas por enfermeiras, laboratoristas e dentistas fazem visitas periódicas às aldeias. As diretrizes para o atendimento à saúde são estabelecidas, em boa medida, pelo médico da Escola Paulista de Medicina, Dr. João Paulo B. Vieira Filho, contratado como consultor pela CVRD, e que realiza visitas anuais aos Xikrin. O Convênio cobre ainda, em caso de necessidade, transporte de avião para Carajás (onde os índios são atendidos no Hospital Yutaka Takeda) e Marabá (onde são atendidos por clínicas e hospitais conveniados com a CVRD).¹ Em 1999, por exemplo, a despesa com a saúde (excetuando-se o pagamento das auxiliares de enfermagem) esteve por volta de R\$ 150 mil, dos quais 30% foram gastos em fretes de aeronaves. Em 2001, até outubro, o gasto (afora, novamente, o pagamento das auxiliares) bateu na casa dos R\$ 170 mil, dos quais 54% foram utilizados em fretes de aeronaves. Nos últimos anos, parte da assistência à saúde está sendo coberta com recursos da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), mediante um convênio com a Apito – Associação dos Povos Indígenas do Tocantins – organização criada em 2000 com essa finalidade. (GORDON, 2006, p. 206-207).

Para este estudo, considera-se importantes as palavras de Gordon (2006) acerca da complexidade que envolve o encontro entre os indígenas das comunidades Xikrin e Kayapó com o não indígena, enquanto processo de produção de subjetividades:

Ao contrário da idéia de fechamento e centripetismo, suponho que haja aí uma verdadeira teoria do contato e do contágio sociocosmológico, que atravessa de cima a baixo o universo mebêngôkre, incidindo diretamente na constituição da pessoa e no regime de subjetivação. Sugiro, por conseguinte, que há um problema geral da incorporação pelos Xikrin e Kayapó de capacidades exteriores, que se manifesta em múltiplos domínios, e que, portanto, a atual apropriação da cultura material dos brancos não é um simples efeito de mudanças históricas, mas tem conexões profundas com a cosmologia, com os modos de conceber e experimentar a relação com a alteridade, e com a constituição da pessoa e da coletividade mebêngôkre. Sugiro, enfim, que essa apropriação tem a ver com uma tópica amazônica muito mais geral, em que a questão da diferença e da relação com o Outro, codificada em uma simbólica da predação, adquire valor central na constituição dos coletivos indígenas (GORDON, 2006, p. 97).²

Tal como foi referido no início desta subseção, esse território esteve caracterizado pelas temporadas de exploração. Por exemplo, com a construção da Usina Hidroelétrica de Tucuruí foram inundados aproximadamente onze quilômetros de suas áreas. Da mesma forma, o Projeto Grande Carajás da Companhia Vale do Rio Doce tem alterado os territórios desses povos com a construção da mina de ferro.

Através do PGC, o Estado se apropria das terras e nega as identidades étnicas e culturais dos diversos povos indígenas como os *Assurini*, *Aikewara-Suruí*, *Parakanã*, *Xikrin* e o povo “Gavião”, que sofreram os impactos deste programa e, até hoje, enfrentam ameaças a sua reprodução social, cultural, territorial, com as constantes pressões sobre suas áreas (RIBEIRO JUNIOR, 2014, p. 19).

Como afirma Santos (2013), os projetos desenvolvidos foram pensados mais com o intuito de atender aos megaprojetos do que para responder às demandas e necessidades dos povos da região. Nessa lógica governamental, o Projeto Grande Carajás afeta os povos Xikrin, Gavião (Parkatêjê, Kyikatêjê e Akrâtikatêjê), Suruí/Aikewuara, Kayapó, Parakanã, Assuruni e Araweté da seguinte forma:

² O autor emprega a palavra mebêngôkre para referir-se à cosmologia e língua dos indígenas Xikrin.

Estes povos sofreram os impactos das frentes “pioneiras” desde os anos sessenta com a abertura da rodovia Transamazônica (BR 230) e Usina Hidrelétrica de Tucuruí (UHT) que impactaram o povo *Parakanã*, ao norte de Marabá e *Akrântikatejê* nas proximidades de Tucuruí, e *linhão* da Eletronorte e Estrada de Ferro Carajás que cortaram a RI Mãe Maria do povo *Gavião*. Os impactos se acentuaram com a implantação do PGC, com a abertura e pavimentação da Rodovia 158 (Antiga PA 70) e o ramal oeste com a PA 279 (ligando Xinguara a São Félix do Xingu), aumentando a pressão sobre territórios do povo *Xikrín do Cateté* e *KayapóGoritire*. Na região noroeste da TI *Xikrín* está em curso a explosão demográfica nas cidades em que a pavimentação de estradas e os projetos de mineração “Onça Puma” da Vale trazem consigo (Xinguara, Água Azul do Norte, Ourilândia e São Félix do Xingu). Ao sul temos a abertura e pavimentação da BR 153 (ligando Marabá a São Geraldo do Araguaia na fronteira do Estado do Tocantins) que passa sobre as terras do povo *Suruí/Aikewuara* (SANTOS, 2013, p. 58).

A cotidianidade das populações indígenas é afetada de forma constante e os impactos são cada vez maiores. A contaminação das águas e o desmatamento são problemas ambientais que ameaçam cotidianamente a subsistência desses povos, pois acabam mudando suas práticas com o território, aumentando, assim, sua relação com o consumo de produtos industrializados. No entanto, é importante afirmar que esses processos territoriais ocasionaram problemáticas grandes para os povos indígenas, mas também promoveram processos de resistência, e de organização interna.

No item que se segue, é discutido o contexto da política de saúde indígena desenvolvida na região Sul e Sudeste do Pará e o Programa de Saúde Mental, justamente porque, como esta pesquisa está centrada na análise dos discursos institucionais sobre saúde indígena, acredita-se que seja fundamental compreender como se institui a saúde mental enquanto política pública dos povos indígenas.

2.5. PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL NA REGIÃO SUL E SUDESTE DO PARÁ

De acordo com dados da pesquisa, essa é uma política que está sendo implementada na região Sul e Sudeste do Pará, a partir dos DSEI, para tratar de problemas de saúde ligados ao alcoolismo, tentativa de suicídio, depressão, dentre outros, presentes nas aldeias.

No ano 2001 foi publicada a lei 10.216, que *dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*, estabelecendo assim, diretrizes para o modelo assistencial em saúde mental. Além disso, nesse mesmo ano aconteceu a III

Conferência de Saúde Mental, momento em que se discutiram ações voltadas para esse importante tema no Brasil. (CASTELO; RAMOS DE SOUZA, 2013).

O artigo nº 1 da referida Lei menciona o seguinte sobre a questão:

Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (BRASIL, 2001, p. 1).

Especificamente, em relação aos povos indígenas, em 2003, a FUNASA passa a adotar estratégias para incluir o tema da saúde mental no debate mais amplo sobre a saúde, integrando-o às atividades de atenção básica a alguns povos. Essa decisão não atingiu de maneira geral todos os estados do país.

Dentro do cenário epidemiológico em transição no qual se inserem as comunidades indígenas, as doenças crônicas não transmissíveis têm merecido cada vez mais destaque entre as causas de morbimortalidade. Dentre elas, as chamadas “doenças sociais” como o alcoolismo, os transtornos psiquiátricos, o suicídio e as mortes por causas externas vêm sendo reportadas de forma crescente entre os indígenas no Brasil. A partir de 2003, a Saúde Mental passou a ser uma atividade integrada às ações de atenção básica em alguns DSEI. A estratégia adotada pela FUNASA foi integrar as ações de Saúde Mental à Vigilância Epidemiológica, e desta forma, o Programa de Saúde Mental já estava sendo executado em 28 DSEI no Brasil em 2008. O suicídio e o alcoolismo são os principais agravos à saúde inseridos no contexto deste programa (BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012, p. 86).

No ano 2007, já havia sido expedida a Portaria Nº 2.759, que estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das populações Indígenas, e criado o Comitê Gestor destinado ao apoio das capacidades das etnias com relação aos seus costumes. O programa de saúde mental estabelece que além do uso de medicamentos farmacêuticos se devem incluir as práticas tradicionais dos povos indígenas e envolver o conhecimento de plantas medicinais e demais produtos da farmacopeia tradicional nos tratamentos de doenças (BRASIL, 2002). No entanto, os discursos analisados na presente pesquisa com relação às falas das pessoas que trabalham nas instituições de saúde mostram que na maioria dos casos, existe um apagamento do conhecimento indígena ou uma negação da sua existência.

Portanto, as práticas políticas levadas a cabo pelos governos denotam uma “politização do biológico” assim como uma “biologização do político” (CASTRO-

GOMEZ, 2010), gerando, assim, uma conservação reprodutiva da vida e uma proteção dos indivíduos e das populações a partir do controle e do cuidado estabelecidos pelos programas em direção aos povos indígenas. Esses, por sua vez, têm suas subjetividades construídas e reconstruídas dentro do que Foucault (2008), descreve como racionalidade governamental, embora, nesse processo se manifestem práticas de liberdade.

Desta forma, é preciso estudar essas práticas políticas para identificar as formas como elas se manifestam nas práticas discursivas das pessoas que trabalham nos espaços governamentais, portanto, se encontram inseridas nas relações entre saber e poder. Lembra Castro-Gomes (2010), que o Estado não pode ser visto como autônomo e universal, como um objeto que pode ser estudado independentemente das práticas que o constituem. Pelo contrário, segundo o autor, deve ser analisado como um *correlato* dessas práticas, considerando, portanto, como os dispositivos de poder se atualizam em cada momento histórico, ou seja, as políticas públicas se reconfiguram, como efeitos do biopoder, nos termos foucaultianos.

Na próxima seção apresentamos os sujeitos da pesquisa, com os quais realizamos entrevistas, sendo eles quatro funcionários vinculados a instituições de saúde e um indígena da etnia Xikrin.

3. APROXIMAÇÃO AOS SUJEITOS ENTREVISTADOS

O *corpus* desta pesquisa está conformado por cinco entrevistas, quatro delas realizadas com funcionários que trabalham em instituições de saúde - Fundação Nacional do Índio, Distrito Sanitário Especial Indígena de Guamá-Tocantins, Associações Indígenas e Sistema Único de Saúde, uma delas feita a duas vozes, ou seja, com duas pessoas ao mesmo tempo, e outra realizada com um indígena da etnia Xikrin da terra indígena Xikrín do Cateté.

Cada entrevista teve uma duração de, aproximadamente, uma hora, e foram transcritas na sua totalidade (em anexo). Os nomes dos entrevistados que aqui aparecem são fictícios, de modo a preservar suas identidades.

Inicialmente, a ideia era fazer um trabalho de campo de cunho etnográfico, junto aos entrevistados, a fim de obter a maior quantidade de informação possível em relação aos temas de saúde e saúde mental, em contextos indígenas. No entanto, por decisões metodológicas, delimitou-se a construção do *corpus* com as entrevistas realizadas, o que não afasta este estudo de um desafio etnográfico.

O que o etnógrafo enfrenta, de fato — a não ser quando (como deve fazer, naturalmente) está seguindo as rotinas mais automatizadas de coletar dados — é uma multiplicidade de estruturas conceituais complexas, muitas delas sobrepostas ou amarradas umas às outras, que são simultaneamente estranhas, irregulares e implícitas, e que ele tem que, de alguma forma, primeiro apreender e depois apresentar. E isso é verdade em todos os níveis de atividade do seu trabalho de campo, mesmo o mais rotineiro: entrevistar informantes, observar rituais, deduzir os termos de parentesco, traçar as linhas de propriedade, fazer o censo doméstico... escrever seu diário. Fazer a etnografia é como tentar ler (no sentido de "construir uma leitura de") um manuscrito estranho, desbotado, cheio de elipses, incoerências, emendas suspeitas e comentários tendenciosos, escrito não com os sinais convencionais do som, mas com exemplos transitórios de comportamento modelado (GEERTZ, 1989, p. 7).

Neste caso, a *multiplicidade de estruturas conceituais complexas*, de que fala o autor, aparecem aqui com uma necessária vinculação entre pressupostos de análise do discurso e teoria pós-colonial/decolonial, com os discursos dos sujeitos da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas como parte de uma metodologia qualitativa, planejada a partir de um formato semiestruturado, aproximado o máximo possível de conversas "informais", procurando gerar um determinado grau de confiança com as pessoas. As perguntas realizadas pretendiam alcançar o objetivo planejado que era

apreender discursos produzidos em esferas institucionais na área da Saúde no Sul e Sudeste do Pará, em contextos indígenas. O roteiro de perguntas foi diferente para cada entrevista, mas todas elas foram realizadas no sentido de mobilizar discursos. No entanto, como foi falado na introdução deste trabalho, o conjunto de entrevistas constituiu o *corpus* e foi trabalhado a partir da análise dos discursos veiculados nas falas, extraindo-se enunciados que foram organizados de acordo com as temáticas que emergiram como regularidades discursivas.

Assim, a seguir, trazemos uma breve apresentação dessas seis pessoas entrevistadas, dando prioridade as suas histórias, para, posteriormente, nas seguintes seções, analisar os enunciados segundo as categorias da Análise de discurso.

Entrevista 1: Rafael³

Rafael é funcionário do DSEI - Distrito Sanitário Especial Indígena Guamá/Tocantins - instituição que abrange vários municípios paraenses, dentre eles, Marabá e Parauapebas. Minha aproximação com esse entrevistado foi através da mediação de uma companheira do mestrado que conhece o quadro de profissionais da instituição, o que me permitiu fazer o contato com ele e falar sobre minha pesquisa e sobre os meus interesses em obter informações em relação à saúde mental. Assim, a entrevista ocorreu em Belém –PA. O objetivo principal da conversa era conhecer a estrutura do DSEI, assim como do SUS (Sistema Único de Saúde), e o funcionamento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Antes do encontro, organizei as perguntas com base nas questões que me foram surgindo a partir das leituras realizadas sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde, da legislação indígena e da temática de saúde mental. Sobre esse último tema existe pouca informação, possivelmente devido à escassez de pesquisas realizadas sobre saúde mental em contextos indígenas (BATISTA e ZANELLO, 2016).

³ Para preservar a identidade dos interlocutores os nomes foram reemplazados por nomes fictícios.

No entanto, antes da entrevista, consegui fazer algumas anotações no meu diário de campo, as quais focalizavam temas relacionados às funções de Rafael nessa instituição, tais como, a missão da instituição, o funcionamento das políticas públicas de saúde e, especificamente, o funcionamento dos programas de saúde mental que estavam sendo implementados no DSEI, como o programa “Bem Viver”.⁴

O trabalho que desempenha Rafael nessa instituição é, principalmente, administrativo, voltado ao acompanhamento e à implementação das políticas, assim como de assessoria e gestão dos programas de saúde indígena. Trata-se do DSEI Guamá Tocantins, o qual foi criado em fevereiro de 2014, abrangendo aproximadamente 100 aldeias localizadas nos estados do Pará e Tocantins.

Rafael possui graduação na área das Ciências Sociais e, em sua entrevista, deixa entrever que possui grande sensibilidade em relação às realidades locais dos indígenas, tanto nas aldeias como nos seus trânsitos com as cidades. Demonstra conhecer as problemáticas que se apresentam no contato cultural dos indígenas com o ocidente e as dificuldades que os povos enfrentam nos âmbitos políticos, econômicos, sociais e culturais. O conhecimento que o entrevistado demonstra ter em relação a essas questões, facilitou bastante para a obtenção de uma entrevista com elementos importantes para a análise. No entanto, ainda que seja perceptível o domínio que detém sobre algumas questões relacionadas a seu campo de trabalho com indígenas, em alguns momentos das entrevistas foi observado que alguns aspectos colocam o entrevistado em conflito, pois em várias passagens da entrevista, suas ideias não coincidem com as concepções políticas da instituição, sendo que ele mesmo se interrogava em relação às formas de agir com os povos indígenas.

Entrevista 2: Fernando

Fernando é um profissional da área de psicologia e saúde mental. Trabalha em uma entidade estadual na região do Sul e Sudeste do Pará há aproximadamente 14 anos e desenvolve ações relacionadas à atenção psicossocial e saúde mental. Foi também por uma companheira do mestrado que consegui o contato para

⁴ Segundo Rafael o nome de Bem Viver foi colocado pelos próprios indígenas que são atendidos no DSEI para se referir ao programa de Saúde Mental.

conversar com ele. Inicialmente, houve uma conversa informal com o entrevistado para apresentar o objetivo da pesquisa e averiguar a possibilidade de realizar a entrevista. Prontamente ele aceitou e agendamos uma data para nosso encontro que ocorreu no seu espaço de trabalho. Antes da entrevista elaborei um roteiro de possíveis perguntas, contudo, o objetivo era ter uma conversa baseada nas funções de trabalho na saúde mental, compreensão do conceito e a relação de Fernando com os povos indígenas.

Fernando descreveu o funcionamento do Sistema único de saúde, com relação à saúde mental, em Marabá e Parauapebas, atendo-se às definições dos conceitos de saúde e doença mental, aos procedimentos de atenção à saúde mental, às formas como essas doenças são percebidas no caso de indígenas. Discorreu também sobre temas como a inclusão dos indígenas nas políticas públicas, assim como sobre a necessidade de um olhar interdisciplinar e diferencial sobre a questão da saúde dos indígenas.

No entanto, percebi em algumas respostas uma incerteza em relação a alguns temas, ele mesmo reconheceu que eram temas pouco trabalhados no campo da saúde, onde muitas vezes a saúde mental é trabalhada em uma perspectiva antimanicomial. As perguntas realizadas a Fernando tinham como objetivo falar sobre o funcionamento do modelo de saúde na região e em relação ao que ele entendia por atenção “efetiva” aos povos indígenas. Diante dessa solicitação, pareceu surpreso, pois, segundo ele, foi a primeira vez que alguém lhe fazia uma entrevista acerca da saúde mental de povos indígenas, reconhecendo que existe pouca informação sobre o tema e que é preciso aprofundar sobre essas questões nas instituições e nas políticas públicas.

Entrevista 3: Marina

Marina é uma mulher de aproximadamente sessenta anos de idade. Tem cabelos curtos e cacheados, usa óculos grandes, possui um corpo forte e tem um semblante de mulher decidida. Toda vez que ela dava uma resposta, essa vinha entrelaçada de histórias e experiências pessoais. Trabalhou em várias aldeias da região e atualmente trabalha em uma instituição pública que tem muito a ver com a temática indígena e da saúde.

Quando cheguei ao local de trabalho de Marina para realizar a entrevista, estava bastante ansiosa e temerosa, pois era a primeira vez que fazia uma entrevista na instituição em que ela trabalha. Consegui o contato dela por meio de uma companheira do mestrado que conversou com Marina sobre a possibilidade de fazer uma entrevista sobre o seu trabalho.

Eu havia planejado algumas perguntas, mas queria que fosse uma conversa informal, de modo que essa entrevista foi realizada a partir de uma metodologia de história de vida, onde foi perguntado sobre como ela começou a trabalhar com saúde, sobre as experiências que marcaram seu trabalho etc. O objetivo era fazer essas perguntas por meio de uma conversa que gerasse confiança. Nesse sentido, é importante reconhecer que é o nível de confiança que nos ajuda a aprofundar os temas de uma entrevista, tornando o relato quase como uma história de vida (GUBER, 2005).

Os temas da conversa foram sobre como ela começou a trabalhar nas aldeias, nos postos de saúde e na instituição em geral. Em seu relato nos disse que há, aproximadamente, vinte anos não trabalha mais lá, pois no momento desempenha funções administrativas. No entanto, os recortes da sua entrevista analisados neste trabalho remetem às experiências do passado, da época em que ela trabalhava nas aldeias com os povos indígenas.

Marina nasceu no Estado do Pará, no município de Itaituba, e se autodenomina filha do rio Tapajós. Relata que desde criança sentia uma curiosidade imensa em relação a questões de saúde e foi assim que começou a cuidar das galinhas do quintal da casa da sua mãe, cuidando dos ferimentos dos animais quando se machucavam. Conta, ainda, que começou a treinar a aplicação de remédios injetando produtos nas laranjas do quintal de sua casa. Segundo ela, seu conhecimento técnico na área de saúde começa com essas práticas, justamente porque ela não teve acesso à educação formal para estudar medicina, seu maior desejo.

Em 1973, um amigo de seu pai intermediou-lhe um emprego e foi assim que começou a trabalhar em um hospital. Diz em seu relato que um dia um indígena adoeceu em decorrência de um ferimento adquirido com disparo de tiro quando estava caçando na floresta. No momento em que tratava do ferimento do indígena, o médico começou a observar que ela tinha habilidades nesse trabalho e a convidou para trabalhar em uma outra instituição. Tendo apenas 20 anos de idade, nessa

época, aceitou o emprego na instituição, mas, como nesse mesmo período ficou grávida, abandonou o trabalho. Só depois de um tempo, aproximadamente três anos depois, ela retomou o trabalho na mesma instituição, permanecendo até o presente momento como atendente de enfermagem. Relata que sua primeira experiência de trabalho em aldeia indígena foi com a etnia Mundurucu.

Entrevista 4: Eliane e Carlos

Essa entrevista foi realizada com duas pessoas de forma simultânea, Eliane e Carlos, devido aos dois trabalharem com questões indígenas e saúde nas aldeias. O contato com eles foi, também, através de uma companheira do mestrado, que conversou com eles sobre a possibilidade de uma conversa. Eles aceitaram e, na casa onde moravam, em meio a um jantar, ocorreu a conversa com os dois, momento em que coloquei em pauta algumas perguntas do meu roteiro na conversa.

Eliane é uma mulher de cabelo cacheado, posição forte, estatura baixa e voz de alta projeção. Carlos é alto e magro e, em seus olhos, percebe-se a experiência do campo. Os dois trabalham em aldeias Xikrin, ela, em uma associação indígena e ele em uma instituição governamental, embora não seja na área da saúde. Conheceram-se no espaço de trabalho.

Durante a conversa, com a participação dos dois profissionais, algumas vezes os dois se contradiziam em suas respostas. Ambos com uma longa experiência de trabalho nas aldeias referem-se a esse como se fosse uma aventura constante, ao contarem como foi o processo de expansão da aldeia e suas transformações.

A voz de Carlos aparece pouco na entrevista, pois quem mais fala é Eliane, já que ela é quem trabalha de forma direta com saúde. No entanto, ele conta experiências que são importantes nessa pesquisa e, portanto, sua fala é incluída como se fosse um interlocutor.

A entrevista foi centrada na temática do uso e fornecimento de medicação psicotrópica, pois Eliane conta que esses remédios são oferecidos na aldeia desde o momento em que um médico, em contato com os indígenas, passou a precever remédios sob a alegação de que os indígenas eram “muito agressivos”. Passaremos a nomear o referido médico de Marcos, uma vez que se tratar de uma personagem sempre mencionada em quase todas as entrevistas.

Eliane fala com muita segurança sobre seu trabalho nas aldeias indígenas. É uma pessoa que tem muita experiência no trabalho de campo, mas lamenta que tenha sido suspensa a medicação psicotrópica dos indígenas. Se refere a esse passado com saudade, narrando que quando tomavam psicotrópicos os indígenas eram melhores e mais calmos, enquanto na atualidade é quase impossível trabalhar com eles na aldeia. Ela refere a si mesma como uma autoridade, como uma pessoa que tem muito conhecimento adquirido nas experiências vivenciadas durante vários anos morando na aldeia e se sente orgulhosa por isso, afirmando repetidamente em voz alta: *Eu sou técnica de enfermagem*.

Ela trabalha em uma associação propriamente indígena financiada pelas aldeias com o orçamento correspondente à compensação da empresa mineradora VALE, desde o ano 2003, aproximadamente. É técnica de enfermagem, mas diz que suas funções na atualidade são de serviços gerais. Carlos trabalha em uma instituição federal também no interior das aldeias Xikrin.

Entrevista 5: Xikrin

A quinta entrevista foi realizada a um indígena da etnia Xikrin. O objetivo de incluir um indígena nos interlocutores dessa pesquisa foi trazer uma voz que fosse ressonante e demarcar assim um outro lugar, uma outra posição discursiva nessa pesquisa. Trata-se de uma proposta que tem a ver com a necessidade de mostrar a fala do Outro, a fala de quem poderia representar a posição dos subalternos (SPIVAK, 2010). A inclusão da sua fala não teve como finalidade fazer comparações entre discurso indígena e discurso institucional, mas contemplar outra posição social e discursiva.

O propósito inicial era entrevistar mais de um indígena, no sentido de estabelecer maior diálogo entre sua cosmologia e a concepção eurocêntrica de saúde. Contudo, é importante mencionar que durante a pesquisa foram enfrentadas dificuldades logísticas para acessar as aldeias e estabelecer vínculos de confiança com esses povos. A principal delas era a autorização que deve ser solicitada à FUNAI caso queira realizar pesquisas no interior das aldeias. No entanto, com a minha participação como voluntária em um Projeto de Extensão realizado na UNIFESSPA, nomeado: *“Saberes e fazeres Xikrin: a etnociência como estratégia mediadora no desenvolvimento de metodologias e recursos didático-pedagógicos*

voltados à valorização de sua língua materna”, desenvolvido na aldeia Xikrin do Cateté, consegui me aproximar de um indígena que também participava do projeto e perguntei-lhe sobre a possibilidade de entrevistá-lo, a fim de compor essa voz “outra” com as vozes consideradas institucionais do campo da saúde indígena.

Na minha viagem à aldeia tive a oportunidade de conversar com vários indígenas homens e mulheres (apesar das minhas limitações no idioma), consegui também observar o espaço e as relações dos sujeitos com o território, assim como o posto de saúde da FUNAI, a escola e os espaços tanto religiosos como sociais importantes dentro daquele território.

O indígena com quem realizei a entrevista é considerado uma liderança na área da educação, é professor da escola e também conhece o funcionamento da saúde em termos tradicionais e “ocidentais”. Aceitou conversar comigo e foi assim que realizei a entrevista com esse indígena, aqui nomeado como Xikrin, em respeito a sua identidade. A conversa foi curta, mas consegui fazer várias perguntas em relação às ideias que eles têm acerca da saúde, do funcionamento do Sistema Único de Saúde na aldeia, da chegada do médico Marcos e do trabalho por ele realizado na aldeia, acerca de como as pessoas podem “ser ou se formar” como pajé.

Suas falas, assim como as falas dos demais interlocutores aqui referidos, são analisadas nas próximas seções, em uma perspectiva discursiva, sob ancoragem em vários conceitos trabalhados e apresentados ao longo dessa dissertação, a fim de apreender processos de subjetivação no contexto de uma biopolítica.

4. (DES)ENCONTROS EPISTEMOLÓGICOS, IMAGINÁRIOS E COLONIALIDADE DO PODER.

Se os brancos não tivessem entrado em nossa floresta quando eu era criança, com certeza eu teria me tornado um guerreiro e, tomado pela raiva, teria flechado outros Yanomami por vingança. Cheguei a pensar nisso. Mas nunca matei ninguém. Sempre contive meus maus pensamentos acima de mim e fiquei quieto, lembrando-me dos brancos. Dizia a mim mesmo: “Se eu flechar um dos nossos, esses forasteiros que cobiçam a floresta dirão que sou mau e não tenho nenhuma sabedoria. Não farei isso, porque são eles que nos matam com suas doenças e suas espingardas. Hoje, é contra eles que devo dirigir meu rancor” (KOPENAWA, ALBERT, 2015, p. 73).

O pós-colonial pode ser interpretado como uma crítica à construção do conhecimento ocidental, forjado a partir dos processos de exploração, escravidão, expansão, conquista e institucionalização de hegemonias, entre outros, sob a imposição de epistemologias⁵ eurocêntricas, as quais determinam formas de compreensão do mundo ainda mantidas na sociedade contemporânea como práticas coloniais (HALL, 2010).

Assim, a partir de uma perspectiva teórica pós-colonial, revisitamos nesta seção autores que formulam críticas sobre a imposição do pensamento moderno, fornecendo-nos as bases teóricas para analisarmos, nos discursos de representantes de instituições de saúde, concepções do “Outro” indígena, particularmente no domínio da saúde mental. Algumas passagens das entrevistas sugerem como tais concepções se ancoram em estereótipos, preconceitos ou imaginários da alteridade, revelando vontades de verdades produzidas nos processos de dominação e relações de poder/saber, tão presentes nos processos de colonização.

Aproximando-se dos postulados de Foucault acerca da relação entre saber e poder, a ser aprofundada na próxima seção, Hall (2010) discute que a colonização não é apenas um sistema de governo, poder ou exploração, razão pela qual não deve ser entendida apenas como a relação entre o colonizador e o colonizado, mas sim como uma série de relações demarcadas entre o saber e o poder, pois é um

⁵ O conceito de epistemologia que aqui trabalhamos, vem do conceito de Foucault de *episteme*: “[...] eu definiria *épistémè* como o dispositivo estratégico que permite escolher, entre todos os enunciados possíveis, aqueles que poderão ser aceitáveis no interior, não digo de uma teoria científica, mas de um campo de cientificidade, e a respeito de que se poderá dizer: é falso, é verdadeiro. E o dispositivo que permite separar não o verdadeiro do falso, mas o inqualificável cientificamente do qualificável (FOUCAULT, 1979, p. 140).

sistema de conhecimento que constitui um saber e uma representação ligada à construção de significados veiculados pela e na linguagem.

O pós-colonial é, na percepção de Hall (2010), uma reformulação retrospectiva da modernidade, constituindo-se como uma revisão crítica das narrativas historiográficas, da construção da história e de suas tradições dominantes elaboradas dentro de parâmetros europeus e perspectivas eurocêntricas. O pensamento pós-colonial se propõe a analisar criticamente o pensamento colonial e demarcar as construções conceituais que foram impostas e interiorizadas por séculos em nossas sociedades, como, por exemplo, as representações binárias construídas entre Ocidente e Oriente. Essas divisões estão na base da consolidação do pensamento moderno que, segundo Latour (1994), é responsável pela propagação das ideias da razão e dos processos de dominação sobre os colonizados a partir de relações de poder em dimensões tanto sociais como individuais.

Amin (2009), por sua parte, descreve a existência de dois tipos de colonialismo: o primeiro, denominado *colonialismo externo*, que corresponde às relações de dominação estabelecidas entre as metrópoles e as colônias, quer dizer, entre potências imperialistas e países conquistados, relações essas, em grande parte, sujeitas ao controle do capital financeiro. Uma das primeiras colonizações efetuadas nesses termos, segundo o autor, aconteceu com a chegada de espanhóis, portugueses, franceses e ingleses ao continente americano, através dos quais foram instaurados sistemas econômicos e sociais particulares, construindo desde esse momento uma assimetria entre a Europa e a América. O processo transcende para a Índia no século XVIII, e no século XIX se consolida na África e no Sudeste Asiático, beneficiando muito mais as sociedades coloniais do que as colonizadas, quase sempre marcadas por massacres, trabalhos forçados, imposição de crenças e escravidão, dentre outros processos de exclusão (AMIN, 2009). O segundo tipo de colonialismo é denominado *colonialismo interno*, produzido no interior das nações como formas particulares de apropriação e acumulação de bens e recursos, gerando desigualdades políticas, econômicas, sociais e culturais, assim como relações hierárquicas em nível local, nacional e global, através de processos de dominação das populações excluídas, como indígenas, camponeses e afrodescendentes. É importante afirmar, conforme destaca o autor, que as disparidades instauradas com esses dois tipos de colonialismo ainda persistem na sociedade contemporânea.

Também Foucault (2005) fala desse segundo tipo de colonialismo ancorado em modelos ocidentais:

Nunca se deve esquecer que a colonização, com suas técnicas e suas armas políticas e jurídicas, transportou, claro, modelos europeus para outros continentes, mas que ela também teve numerosas repercussões sobre os mecanismos de poder no Ocidente, sobre os aparelhos, instituições e técnicas de poder. Houve toda uma série de modelos coloniais que foram trazidos para o Ocidente e que fez com que o Ocidente pudesse praticar também em si mesmo algo como uma colonização, um colonialismo interno (FOUCAULT, 2005, p. 120-121).

O colonialismo tem múltiplas expressões, conforme postula Fanon (2009). Segundo o autor, todo povo que tem passado por processos de colonização sofre o ocultamento da sua originalidade cultural, uma vez que tal processo eleva as populações colonizadas a patamares de inferiorização, com a sobreposição da cultura do colonizador em relação ao colonizado. É nesse sentido que Hall (2010) caracteriza a colonização como um processo transnacional e transcultural que afeta as populações excluídas de forma global.

Quijano (2000), aprofundando essa reflexão, explica como categorias de poder, em termos de trabalho, raça e gênero, fortalecem e sustentam essas relações coloniais conforme será discutido na próxima subseção.

4.1. A COLONIALIDADE DO PODER CENTRADA NO TRABALHO, NA RAÇA E NO GÊNERO.

Quijano (2000) discute sobre o tema da colonialidade dando ênfase à questão do poder fundado na imposição de uma classificação racial/étnica da população no mundo, sendo uma pedra angular do poder operando em todos os planos, âmbitos e dimensões, tanto materiais, como subjetivas, da existência. De modo que, segundo o autor, dentro dos processos hegemônicos foram construídas relações baseadas em perspectivas eurocêntricas, na maioria dos casos estruturadas a partir de uma visão linear da relação espaço/tempo, como causa e consequência unidirecional.

Em sua análise das formas sobre como é pensada a política na relação colonial, Quijano adverte que nada é homogêneo, que a descontinuidade constrói a heterogeneidade e argumenta que não é possível pensar a sociedade de forma totalitária como uma unidade. O pensamento que conforma o mundo em unidades

isoladas advém das formas de pensamento eurocêntricas, de categorias totalitárias. Os olhares eurocêntricos não percebem as relações que existem entre exploração, dominação e conflitos, pois a realidade é definida como uma estrutura social sistemática. Toda essa forma de pensamento voltada para categorias unitárias e totalitárias encontra-se acompanhada de uma perspectiva evolucionista que apreende o tempo como um fator linear e unidirecional (QUIJANO, 2000).

Destaca-se, na reflexão do autor, a ideia de que a colonialidade do poder reflete o padrão universal do capitalismo eurocêntrico a partir da imposição de uma relação binária, dualista e hegemônica de conhecimento.

Essa perspectiva binária, dualista, de conhecimento, peculiar ao eurocentrismo, impôs-se como mundialmente hegemônica no mesmo fluxo da expansão do domínio colonial da Europa sobre o mundo. Não seria possível explicar de outro modo, satisfatoriamente em todo caso, a elaboração do eurocentrismo como perspectiva hegemônica de conhecimento, da versão eurocêntrica da modernidade e seus dois principais mitos fundacionais: um, a idéia-imagem da história da civilização humana como uma trajetória que parte de um estado de natureza e culmina na Europa. E dois, outorgar sentido às diferenças entre Europa e não-Europa como diferenças de natureza (racial) e não de história do poder. Ambos os mitos podem ser reconhecidos, inequivocamente, no fundamento do evolucionismo e do dualismo, dois dos elementos nucleares do eurocentrismo (QUIJANO, 2005, p. 122).

No contexto dessas problematizações, Quijano (2000) observa que no processo de colonização da América se apresentam três diferentes linhas de classificação social que se articulam sob essa estrutura a que chama de “colonialidade do poder”. São elas: trabalho, raça e gênero; todas elas fundadas em uma versão eurocêntrica, escamoteando a história de colonialidade do poder que as funda. Segundo o autor:

Desde América, en el capitalismo mundial, colonial/moderno, las gentes se clasifican y son clasificadas según tres líneas diferentes, pero articuladas en una estructura global común por la colonialidad del poder: trabajo, raza, género. La edad no llega a ser insertada de modo equivalente en las relaciones sociales de poder, pero sí en determinados ámbitos del poder. Y en torno de dos ejes centrales: el control de la producción de recursos de sobrevivencia social y el control de la reproducción biológica de la especie. El primero implica el control de la fuerza de trabajo, de los recursos y productos del trabajo, lo que incluye los recursos “naturales” y se institucionaliza como “propiedad.” El segundo, implica el control del sexo y de sus productos (placer y descendencia), en función de la “propiedad.” La “raza” fue incorporada en el capitalismo eurocentrado en función de ambos ejes. Y el control de la autoridad se organiza para garantizar las relaciones de poder así configuradas (QUIJANO, 2000, p. 368).

Como mostra o autor, as relações de exploração e de trabalho no mundo capitalista estão intrinsecamente associadas às noções de gênero e raça, categorias básicas produzidas como fundamento das relações de trabalho e poder. Para Quijano (2005), a raça, enquanto categoria da modernidade, foi construída para fazer referência às características biológicas supostamente diferentes entre colonizado e colonizador, de modo que “Na América, a ideia de raça foi uma maneira de outorgar legitimidade às relações de dominação” (QUIJANO, 2005, p. 118.). Através da categoria de gênero, por sua vez, são fortalecidas as classificações sociais baseadas em processos de exploração e dominação. Portanto, essas categorias (trabalho, raça e gênero) estão concentradas em dois eixos. O primeiro está relacionado ao controle da produção dos recursos para sobrevivência; o segundo, ao controle da reprodução biológica da espécie. Dessa perspectiva, para Quijano (2000), há uma relação direta entre dominação e exploração a partir da constituição dos processos de classificação social, embora essa relação se manifeste de diferentes formas.

Um diálogo entre o pensamento de Quijano e o de Foucault é possível, entre outras questões, na medida em que Foucault (2005) também mobiliza o conceito de raça, argumentando que esse surge como uma categoria que divide as pessoas entre grupos, qualificando-os e distinguindo-os com base na definição de “raça boa” e “raça inferior”, e, ao mesmo tempo, fragmentando, a partir do campo biológico, o campo social. Ou seja, Para Foucault, a partir de um domínio considerado como biológico, opera-se uma divisão, uma cesura da espécie entre raças segmentadas em subgrupos. Para o autor, o que inseriu o racismo nos mecanismos de Estado foi, justamente, o surgimento do biopoder, de modo que se torna difícil falar em funcionamento do Estado moderno sem que esse passe pelo racismo.

De uma parte, de fato, o racismo vai permitir estabelecer, entre a minha vida e a morte do outro, uma relação que não é uma relação militar e guerreira de enfrentamento, mas urna relação do tipo biológico: "quanto mais as espécies inferiores tenderem a desaparecer, quanto mais os indivíduos anormais forem eliminados, menos degenerados haverá em relação à espécie, mais eu - não enquanto indivíduo mas enquanto espécie - viverei, mais forte serei, mais vigoroso serei, mais poderei proliferar". A morte do outro não é simplesmente a minha vida, na medida em que seria minha segurança pessoal; a morte do outro, a morte da raça ruim, da raça inferior (ou do degenerado, ou do anormal), é o que vai deixar a vida em geral mais sadia; mais sadia e mais pura (FOUCAULT, 2005 p. 305).

Na percepção de Foucault, o racismo passa pelo exercício de um poder como condição para o Estado exercer o direito de matar, o direito de normalização, enquanto modo de funcionamento e justificativa do biopoder. Através das suas tecnologias de poder, ligadas a mentalidades e ideologias de exclusão, o poder fortalece sua dominação sobre o outro, controlando a vida e morte, não se tratando apenas da morte física, mas da morte política, a separação, a exclusão (FOUCAULT, 2005).

Por isso, por exemplo, a partir do poder psiquiátrico e da psiquiatria, o racismo se fortalece com o uso das noções de degeneração e das análises de hereditariedade. Configura-se como o racismo do anormal contra o qual o Estado teria o dever de defender a sociedade e prevenir. Defender os perigos dos monstros. O racismo é também a reprodução de preconceitos em relação ao outro desde um olhar hierárquico e excludente. Por exemplo, nas imposições dos discursos biomédicos às práticas de saúde indígena - para ficarmos em um domínio no qual se centra esta investigação. Pode-se dizer que esses discursos estão relacionados também à colonização em termos de raça, pois o indígena é referido como inferior, incompleto, em falta, devido ao seu modo de vida não corresponder ao ideal de vida considerado como próprio da “civilização”. Daí o por que de nas políticas públicas o sujeito indígena ser representado como uma pessoa que deve ser cuidada e protegida a partir das normas da “civilização”. Isso denota um processo de dominação e uma imposição de saberes, ao mesmo tempo que no processo de dominação impõem-se formas de subjetivação do outro.

A título de exemplificação dessa reflexão, trazemos, a seguir, um enunciado extraído da entrevista realizada com Marina, em que ela relata como se deu o seu deslocamento da cidade em que morava para outra cidade do Estado do Pará, como oportunidade de assumir um trabalho com povos indígenas dessa região.

[1]

Quando eu comecei a dizer que eu queria ir embora, eles não aceitavam, eles choravam, sabe? As mulheres choravam, sabe? Foi muito difícil. Então eu falei, só tem um jeito de eu sair daqui e é fugindo. E, quando foi um dia, o meu coração, totalmente, despedaçado. Mas, eu precisava conhecer um outro povo, eu vi uma oportunidade, estavam precisando em Redenção pra trabalhar com os Kayapó, só Kayapó. Aí, eu achei minha, tipo assim, uma oportunidade, né, de conhecer outro povo. Quando eu cheguei em Belém que eu falei com o superintendente que eu queria vir pra Redenção. Ele falou, Marina, “eu não quero mandar você pra Redenção porque o Kayapó não lhe merece”. Falou desse jeito. Eu falei: “como assim? Eles não me merecem ou sou eu que não mereço os Kayapó?” “Não! Eles não lhe

merecem porque, primeiro, você tá saindo dos Munduruku, são um povo amável, falam baixo e é um povo que, dificilmente, ficam com raiva de alguém. Então, é um povo que não, dificilmente, dá problema. Hoje, eles já dão problema, antes não; e, o Kayapó não, o Kayapó quer ser exigente, ele fala alto, ele vai gritar com você, você vai se aborrecer. Aí, eu falei, “mas eu quero, eu quero é um desafio”. E, ele falou: “Olha Marina, eu vou deixar o número com você... do meu telefone com você, quando você se ver em apuros, você, por favor, me ligue que eu mando tirar você de lá urgente”. (MARINA).⁶

A história que relata Marina aconteceu há aproximadamente vinte anos. Nesse enunciado pretende-se analisar as trocas verbais entre Marina e o superintendente da FUNAI, em que se pode apreender um discurso que remete às representações sobre povos indígenas calcadas em estereótipos, em essencialismos e categorias fixas em relação à alteridade.

Na conversa entre Marina e o superintendente é possível apreender a reprodução dos estereótipos a partir de binarismos essencialistas: de um lado, os indígenas Mundurucu, descritos como um povo amável e, de outro, os Kayapó, descritos como um povo difícil. A caracterização dos primeiros é justificada com alguns comportamentos: falam baixo, calmamente, sem raiva, ao passo que os segundos são negativamente descritos como povos que gritam, são exigentes. As descrições de um e outro povo indígena, feita segundo seus comportamentos, são ancoradas em preconceitos de classificação racial/étnica, sendo essa uma pedra angular do poder que opera em todos os planos da vida humana, tanto materiais como subjetivos (QUIJANO, 2000).

Esses estereótipos existem desde a chegada de Cristóvão Colombo ao continente, como se pode observar no seu diário do dia 11 de Outubro de 1492: “Devem ser bons serviçais e habilidosos, pois noto que repetem logo o que a gente diz e creio que depressa se fariam cristãos; me pareceu que não tinham nenhuma religião.” Também é possível verificar esse mesmo estereótipo nos relatos de *Charles Marie de la Condamine*, um naturalista, matemático e geógrafo que, ao realizar uma viagem pela zona equatorial e pela Amazônia, descreve os indígenas como submissos à ação do colonizador:

Agosto de 1743. Indios guerreros.-Hoy no existe en las orillas del Marañon ninguna tribu guerrera enemiga de los europeos; todas se han sometido o

⁶ As entrevistas encontram-se na sua totalidade como anexo na parte final deste documento.

se han retirado al interior del país. Sin embargo, todavía hay sitios en los que sería peligroso desembarcar (M. DE LA CONDAMINE, 1921, p. 60).

São também narrados como tribos indígenas selvagens que podem ser domesticadas pelos jesuítas.

El río y el fuerte portugués de Topayos. - En menos de diez y seis horas llegamos desde Pauxis a la fortaleza de Topayos, situada en la entrada del río del mismo nombre, que es también un río de primer orden. Baja desde las minas del Brasil, atravesando países inexplorados, habitados por tribus salvajes y guerreras, a las que los misioneros jesuitas procuran domesticar (M. DE LA CONDAMINE, 1921, p. 89).

Os povos indígenas da Amazônia foram considerados, em muitos relatos etnohistóricos, como povos bélicos, perigosos e violentos. Essas descrições continuam se reproduzindo nos discursos coloniais e nas falas de muitas pessoas na cotidianidade, como é o caso do chefe de Marina.

Os indígenas Kayapó apresentam em suas características etnográficas uma relação específica de alteridade, relacionada com seu universo mitológico, como o caso dos irmãos *Krukylt-Uire* e *Krukylt-Kakô*: “Na narrativa, tudo se passa no sentido de promover uma série de inversões, transformações e reversões de atributos do mundo exterior para o universo interior.” (MANO, 2012, p. 137). O choque do interior com o exterior de que trata o caso dos irmãos, pode corresponder ao choque entre nós e os outros. Nesse sentido, pode-se falar também do choque entre Kayapó e outras etnias, assim como com não indígenas. No mito, os irmãos adquirem coragem superando o medo de matar um gavião, conseguindo matá-lo com uma Borduna. Nesse mito eles se consideraram como os guerreiros Kayapó.

Os dois irmãos assumiram, assim, a condição do guerreiro kayapó. Havia adquirido os instrumentos para guerra, a pintura para a guerra e a atitude para serem guerreiros, tornando-se matadores fortes, bravos e ferozes. Nessa saga, aparece então claramente a aquisição mítica de bens simbólicos como a bravura. Mas não somente. Porque das penas do gavião mítico eles fizeram adornos plumários. Após matarem o gavião, os irmãos “tiraram a penugem e puseram na cabeça como enfeite e ficaram cantando”. As penas postas na cabeça é a marca de um triunfo, os louros da glória. Mas não só, porque desde sempre os adornos plumários (*nêkrêjx*) são signos da riqueza tradicional dos Kayapó e veículo de uma estruturação social (MANO, 2012, p. 141).

Como se vê na narrativa de Marina, essas mesmas características aparecem na narrativa dos Kayapó que serviram de base para a construção de discursos coloniais sobre esse povo, características essas transformadas em sentidos negativos, como por exemplo, falar da agressividade e da bravura como uma questão selvagem. No caso do relato de Marina, a representação do outro como agressivo dificulta o trabalho que ela quer fazer e fortalece o imaginário que já foi transmitido pelo superintendente, antes de chegar à aldeia. Além disso, os outros funcionários compartilham do mesmo imaginário ao dizerem para ela não trabalhar com os indígenas: *esses índios eles são, eles não lhe merecem*. É como se o trabalho a ser realizado por Marina fosse um favor prestado aos indígenas, e por isso submetido ao mérito do merecimento ou não daquele povo, quando, na verdade, trata-se de um direito.

O estereótipo do indígena violento e agressivo é fortalecido nesse enunciado e o discurso colonial se impõe como separação e interdição do outro, prevalecendo verdades orientadas por um imaginário colonial. Esse discurso não problematiza que uma das características dos povos indígenas da Amazônia seja, por exemplo, a guerra para a preservação da sua própria autonomia diante das ações excludentes do Estado como principal ator nas relações de poder.

Ninguna sociedad primitiva escapa a la violencia; ninguna de ellas, sin importar su modo de producción, su sistema tecno económico o su entorno ecológico, ignora ni rechaza el despliegue en forma de guerra para una violencia que involucra el ser mismo de cada comunidad implicada en el conflicto armado. En consecuencia, parece ser incuestionable: no se puede pensar la sociedad primitiva sin pensar también la guerra, que -como dato inmediato de la sociología primitiva- adquiere una dimensión de universalidad (CLASTRES, 2009, p. 14).

Para os indígenas da etnia Kayapó, dentro de sua visão de mundo, a guerra não teve como objetivo a aniquilação do outro, como é recontado nos arquivos históricos, ao contrário, “as guerras eram oportunidades para a construção de pessoas, corpos e parentes; pois eram nitidamente uma predação do ‘outro’ para a construção do ‘nós’.” (SANTOS; MANO, 2015, p. 4).

A descrição dos indígenas Munduruku e Kayapó serve como exemplo para dois tipos de imaginário construídos acerca dos indígenas: por uma parte o índio que era domesticado, dócil e que poderia ser escravizado; por outra, o indígena que era selvagem, bravo e hostil, correspondendo, nesse caso, aos Kayapó, conforme o relato de Marina. Cardoso (2012 *apud* CARDOSO e SILVA, 2018) observa que os

“homens brancos” concebem os indígenas como incapazes e sem uma identidade étnica reconhecida, de tal forma que os indígenas muitas vezes têm sido subjetivados a partir da ausência, ou seja, das carências em relação ao mundo “ocidental”. Por outro lado, esses imaginários de indígena civilizado ou selvagem justificaram as guerras de extermínio, a entrada das missões católicas e cristãs e também as ações militares contra grupos considerados hostis (MANO, 2011).

Ainda a título de exemplificação de discursos que mantêm a memória do discurso do colonizador, trazemos o enunciado 2 que mostra como o patriarcado e a questão de gênero estão entrelaçados nesse discurso, tal como discute Quijano ao dizer que trabalho, ração e gênero sempre estiveram entrelaçados no pensamento colonial como forma de aprofundamento das desigualdades econômicas e sociais.

[2]

Eu fiquei no outro dia meio que temerosa. Aí, olhei, comecei a limpar as coisas, ajeitar e colocar em uma ordem e tal. Daqui a pouco eu ouço um barulho, batida de pé, pá, na parede. “Cadê a enfermeira nova que tem aqui?” E falando alto e pá na parede, vinha batendo nas paredes do corredor, sabe? “Cadê enfermeira? Mostra tua cara aí”. E eu lá dentro, falei: “É agora meu deus, eu ali, baixinha. Aí, o que é que eu fiz pra me tornar mais alta? Eu me sentei em cima da mesa e de frente pra porta. Aí veio. Quando ele se aproximou, porque ele já estava perto. “Ei enfermeira! Eu falei: “entra aí rapaz”. E ela assim forte, sabe? Já foi assim. Aí, quando ele entrou, eu falei: “mata, bota pra matar, não deixa eu viva porque eu vou te matar”. O meu medo é tão grande que eu falo besteira, com tanto medo que eu falo besteira sabe? *Porque eu já passei por várias situações. Aí ele: “tu num tem medo não?” Eu falei: “O que rapaz, medo de ti?” Eu falei: “Medo de que rapaz? Meu pai é homem e é mais forte do que tu. Então, eu não tenho medo do meu pai, eu vou ter medo de tu? Eu sou índio e meu pai é filho de índio também”. Eu falei: “Meu pai hoje ele come só coisa de cidade, mas o meu pai é filho de índio, o meu avô só comia coisa do mato porque ele era índio”.* (MARINA).

Neste enunciado, Marina relata um fato ocorrido com ela e um indígena quando trabalhava como enfermeira em uma aldeia. Seu relato produz uma representação do indígena como uma pessoa que a recebeu mal na aldeia provocando-lhe muito medo.

Viveiros de Castro (2011) fala do medo na relação com o Outro, observando que, embora exista o medo diante do que nos é estranho, o conhecimento desse nos coloca em um estado sereno de destemor, ou seja, “Nada temeremos, porque tudo Compreenderemos” (VIVEIROS DE CASTRO, 2011, p. 888). Mas, quando não conhecemos, experimentamos um medo maior e é por isso mesmo que desejamos

dominar o Outro, transformando-o em algo familiar. Assim, a classificação e a geração de estereótipos nos fornecem segurança com base na superioridade do próprio conhecimento.

Para o autor, na relação com a alteridade, o medo está sempre presente no pensamento colonizador porque o Outro pode ser também o objeto de desejo.

E eles têm medo porque a alteridade é objeto de um desejo igualmente radical por parte do Eu. Esta é uma forma de medo que, muito longe de exigir a exclusão ou a desaparecimento do outro para que se recobre a paz da autoidentidade, implica necessariamente a inclusão ou a incorporação, *do* outro ou *pelo* outro (*pelo* também no sentido de “por intermédio do”), como forma de perpetuação do devir-outro que é o processo do desejo nas socialidades amazônicas (VIVEIROS DE CASTRO, 2011, p. 889).

Assim, ao dizer, *Meu pai é homem e é mais forte do que tu, então, eu não tenho medo do meu pai, eu vou ter medo de tu? Eu sou índio, e meu pai é filho de índio também*, Marina recorre ao pai como uma forma de se proteger em uma situação de medo experimentado no seu encontro conflituoso com o indígena. Nesse sentido, a figura do pai - *meu pai é homem* – é projetada como uma posição de força, nesse discurso, justamente porque o gênero é um eixo de poder que, aliado às categorias raça, se situa em uma relação de exploração e dominação (QUIJANO, 2000).

O patriarcado tem construído uma diferença de papéis entre homens e mulheres, de modo que os homens historicamente estiveram em um lugar privilegiado e se posicionaram como figuras de poder a partir de cânones impostos e reproduzidos. Dessa forma, a fala de Marina advém de uma referência ao patriarcado, representando a força centrada na figura masculina a partir de uma representação de poder em termos de hierarquia da masculinidade sobre a feminidade.

As relações hierárquicas de gênero, além de estarem articuladas com relações de poder coloniais, correspondem ao que Segato (2015) denomina de “desiguais pero distintos”, enquanto categorias que fortalecem práticas de desigualdade multiplicadas na cotidianidade.

4.2. IMAGINÁRIOS CENTRADOS EM CATEGORIZAÇÕES, HOMOGENEIZAÇÕES E UNIVERSALIZAÇÕES.

De acordo com Batalla (1971), o sujeito do discurso colonial é sempre subdeterminado de fora, na linguagem e na construção dos imaginários. Nesse sentido, de acordo com o autor, a categoria *índio* construída pelo colonizador é sempre esvaziada de um conteúdo específico, apenas remete a uma relação divisora entre o nomeado e aquele que o nomeia de índio.

La categoría de indio, en efecto, es una categoría supraétnica que no denota ningún contenido específico de los grupos que abarca, sino una particular relación entre ellos y otros sectores del sistema social global del que los indios forman parte. La categoría de indio denota la condición de colonizado y hace referencia necesaria a la relación colonial (BATALLA, 1971, p. 110).

Sendo assim, é o exercício de poder colonial que permite a construção dessa categoria em um processo de subjetivação do Outro, de modo que o sujeito colonizado é sempre discursivizado pelo dominante. Tal como aponta Sipvak (2010), o subalterno é silenciado e não pode falar nas atuais condições de fala, uma vez que são outros que falam por ele.

Lembra Neves (2009) que a palavra *índio* foi usada pela primeira vez na América com a chegada de Cristóvão Colombo, quando afirma ter chegado às índias:

Colombo olhou de sua posição e nomeou coisas dessa posição, que não poderia ser outra dadas às condições em que chegou à América. E quando olhou para os índios e para as índias, as diferenças entre o Ocidente e aquelas sociedades com quem entrava em contato pela primeira vez se materializava nos corpos destas mulheres e destes homens (NEVES, 2009, p. 37).

Desde esse momento esses povos começam a ser definidos por parâmetros e classificações ocidentais, cujos discursos foram colocados em circulação pelo sistema colonial. Até a atualidade continuam sendo reproduzidas essas significações e imaginários, de forma que o poder colonial se fortalece pelos dispositivos de dominação que inventaram o estereótipo do índio no imaginário no continente (NEVES, 2009). Esses efeitos do poder colonial têm muito a ver com a consciência enunciativa como instrumento para definir o “Outro”:

Esse resultado da história do poder colonial teve duas implicações decisivas. A primeira é óbvia: todos aqueles povos foram despojados de suas próprias e singulares identidades históricas. A segunda é, talvez, menos óbvia, mas não é menos decisiva: sua nova identidade racial, colonial e negativa, implicava o despojo de seu lugar na história da produção cultural da humanidade. Daí em diante não seriam nada mais que raças inferiores, capazes somente de produzir culturas inferiores. Implicava também sua realocização no novo tempo histórico constituído com a América primeiro e com a Europa depois: desse momento em diante passaram a ser o *passado*. Em outras palavras, o padrão de poder baseado na colonialidade implicava também um padrão cognitivo, uma nova perspectiva de conhecimento dentro da qual o não-europeu era o passado e desse modo inferior, sempre primitivo (QUIJANO, 2005, p. 125).

Dessa forma, foi se consolidando a memória discursiva do Ocidente, a partir do silenciamento das populações indígenas e da predominância dos imaginários eurocêntricos. Lembra Neves (2009) que nas crônicas dos viajantes os indígenas eram descritos, em muitos casos, como bárbaros, selvagens, agressivos, nus, (vendo a nudez de um sentido negativo), ou canibais, entre outras designações.

Nestas situações sempre as invenções discursivas serão mais uma forma de violência contra os povos oprimidos. Em sua mais recente versão, costuma-se afirmar que o mundo mudou e que falar sobre dominantes e dominados é coisa do passado (NEVES, 2009, p. 54).

Bonfil (1971) afirma que a categoria *índio* corresponde a uma categoria *supraétnica*, significando a relação entre um setor e outro dentro de uma dinâmica global de relação colonial, enquanto uma condição de colonizado. Com o uso da categoria índio, constroem-se estereótipos, situações preconceituosas e excludentes, relações verticais, anulando-se as características diversas de qualquer povo. Nessa direção, o autor descreve como antes da chegada dos colonizadores espanhóis e portugueses, no Século XVI, o continente americano estava formado por múltiplas e diversas sociedades, cada uma delas com suas próprias práticas culturais em uma relação entre si. Com a chegada dos europeus, a palavra “índio” passa a ser utilizada para referir-se, de forma unificadora, a todas as populações indígenas. A partir desse momento a diversidade é anulada, dando começo ao processo do que se conhece como “conquista”, instaurando, assim, uma nova ordem colonial.

Esa gran diversidad interna queda anulada desde el momento mismo en que se inicia el proceso de conquista: las poblaciones prehispánicas van a ver enmascarada su especificidad histórica y se van a convertir, dentro del nuevo orden colonial, en un ser plural y uniforme: el indio / los indios. La

denominación exacta varió durante los primeros tiempos de la colonia; se habló de "naturales" antes de que el error geográfico volviera por sus fueros históricos y se impusiera el término de indios. Pero, a fin de cuentas, lo que importa es que la estructura de dominio colonial impuso un término diferencial para identificar y marcar al colonizado (BONFIL, 1971, p. 111).

Nos relatos dos missionários, as definições de “índio” passam a ser relacionadas com referência a infieis, hostis, selvagens, agressivos, hereges. Essa relação hostil e divisora prevalece até a contemporaneidade, tal como exemplificamos com o enunciado [1]. As diferenças descritas eram mais sobre as atitudes percebidas e rotuladas como bárbaras e suas características corporais, do que em relação a costumes e crenças. Luciano (2006) afirma que o contato criou para os europeus a necessidade de enquadrar as populações em uma categoria sociohistórica de relação desigual.

O uso da palavra índio também aponta para uma negação do passado pré-colombiano, já que constrói uma história que, para muitos, só começa com a chegada dos espanhóis, portugueses e ingleses para a região. É uma expressão totalitária que gerou uma ruptura na coesão social dos grupos étnicos pela imposição de práticas de dominação (BONFIL, 1971).

Os indígenas foram estereotipados como preguiçosos, sem roupas, antropófagos, de pele amarela, e com mentalidade primitiva que, segundo a percepção do colonizador, não produziria conhecimento científico. As representações das comunidades indígenas são classificadas como religião e arte e são materializadas nas palavras, no discurso e nos corpos, enquanto dispositivos de poder (NEVES, 2009).

A palavra *índio* corresponde ao conceito de *raça* também, que teve origem nas diferenças fenotípicas estabelecidas entre os conquistadores e os conquistados, depois construído como referência para estruturas biológicas e diferenças entre grupos étnicos.

A formação de relações sociais fundadas nessa idéia, produziu na América identidades sociais historicamente novas: índios, negros e mestiços, e redefiniu outras. Assim, termos com espanhol e português, e mais tarde europeu, que até então indicavam apenas procedência geográfica ou país de origem, desde então adquiriram também, em relação às novas identidades, uma conotação racial. E na medida em que as relações sociais que se estavam configurando eram relações de dominação, tais identidades foram associadas às hierarquias, lugares e papéis sociais correspondentes, com constitutivas delas, e, conseqüentemente, ao padrão de dominação que se impunha. Em outras palavras, *raça* e identidade racial foram

estabelecidas como instrumentos de classificação social básica da população (QUIJANO, 2005, p. 117).

As cores da pele junto com as medidas dos corpos se transformaram em características fenotípicas que geraram uma categorização racial, fortalecendo, por sua vez, políticas xenófobas em que os povos conquistados foram situados em uma posição de inferioridade simbólica, material, cultural e mental. “Desse modo, raça converteu-se no primeiro critério fundamental para a distribuição da população mundial nos níveis, lugares e papéis na estrutura de poder da nova sociedade. Em outras palavras, no modo básico de classificação social universal da população mundial.” (QUIJANO, 2005, p. 118).

Da mesma forma aconteceu com o Oriente, em que a raça foi construída como um único “Outro” a partir dos discursos europeus, sendo representada como uma zona totalitária, unificada em suas características étnicas, geográficas, culturais e políticas (SAID, 1990).

No seguinte enunciado queremos mostrar a forma como aparece a homogeneização do Outro na fala de Marina, ao relatar sua primeira experiência de trabalho em em uma aldeia indígena:

[3]

É assim, eu fui trabalhar, diretamente, na aldeia cuidando da saúde dos indígenas, lá de uma determinada aldeia. Então, eu fui pro Camuruá a primeira vez. O nome da aldeia é Camuruá dos índios Munduruku, a etnia lá era Munduruku, são os Munduruku. E *graças a deus*, eu fui muito bem recebida pelos índios. Eu amei *tanto aquela aldeia com aqueles índios que já me sentia mãe daquela turma toda. Era só eu de branca no meio daquela indiarada toda*. Então era tão legal que quando dava duas horas da madrugada, chegavam na minha porta: “Marina, Marina, bora comer peixe”. Eu só esfregava o olho aqui e ia pra lá. Nossa! Comer peixe assado de madrugada acabando de acordar, meu deus do céu! No início foi muito difícil, mas depois que eu acostumei, eu passei até a comer igual aos índios, toda hora comia um pouquinho, não tinha aquela refeição... (MARINA).

Na sequência de seu relato, Marina passa a narrar o convívio com os Mundurucu como algo prazeroso. No entanto, trata-se de um discurso marcado por expressões que denotam generalizações do Outro, sobretudo em relação às características étnicas dos povos. Inicialmente, ela utiliza a expressão *graças a deus*, para se referir a boa receptividade que teve na aldeia, embora essa expressão mesma revele o inesperado ou um discurso que, no seu avesso, mostra que nem

sempre esses povos são receptivos. Ou seja, a expectativa de Marina era que seu trabalho não fosse bem recebido ou que tivesse problemas com as pessoas da aldeia, derivando-se isso do pensamento de que os indígenas são agressivos, sem tocar nas condições históricas que forçam o comportamento dito agressivo, mas que, na verdade, são formas de resistência ao colonizador e agressor.

Na sequência do enunciado, quando a entrevistada diz: “*Eu amei tanto aquela aldeia com aqueles índios que já me sentia mãe daquela turma toda*”, na designação “*aquela turma toda*” há um processo de homogeneização que condensa todos os povos como se fossem unos, pertencentes ao mesmo grupo, sem reconhecer suas características específicas. É como colocar todos no mesmo espaço de significado, no qual um grupo em geral é despojado das suas particularidades ou singularidades culturais, além do efeito de distanciamento, de estranhamento, que “aquela” produz nessa relação entre indígena e não indígena.

Prevalece, ainda, nesse discurso homogeneizador e universalizador, o sentido do cuidado, da proteção em relação ao Outro desprotegido, como se pode depreender da sequência: ... *já me sentia mãe daquela turma toda*. Mais uma vez a relação de trabalho se transforma em uma relação de proteção, cuidado, favor. Nessa relação há um outro posicionado em uma escala de inferioridade, como alguém que necessita de cuidados porque não pode fazer as coisas por si mesmo, por isso mesmo precisa da ajuda de um externo. O efeito de sentido é mais de uma relação hierárquica do que de parentesco. Aqui não estamos questionando o trabalho que a entrevistada realizou na aldeia, mas a forma como ela define os povos indígenas e os imaginários com que são representados.

Nota-se, ainda, no segmento: *só eu de branca no meio daquela indiarada toda*, que a palavra *indiarada* é outra expressão homogenizadora que condensa e fixa identidades, na medida em que define todos os indígenas como iguais, silenciando, assim, a diversidade de etnias, línguas e cosmologias. Além disso, a marca discursiva “esses índios” pode remeter a uma prática divisora, ou distante, o “não eu” marcada pela desigualdade e não pela diferença. Esse “não eu” se revela também na sequência de linguagem: *eu passei a ter que comer igual aos índios*, em que povos indígenas são vistos como seres estranhos, em muitos casos, como exóticos, e outros como selvagens. Essas construções discursivas vêm desde a colonização com a chegada dos europeus.

Os enunciados extraídos da entrevista de Marina correspondem a uma construção histórica do discurso colonial que se mantém até os dias atuais em diferentes discursos, enquanto efeito do *dispositivo colonial*. O trabalho de Marina desenvolvido nas aldeias esteve imaginariamente pautado no cuidado com os indígenas, mas sob uma perspectiva generalizadora. É importante para esta pesquisa situar essa discussão acerca da ideia totalitária cristalizada na palavra índio, enquanto categoria colonial, mas, também, é necessário reconhecer a existência de outros processos coloniais apresentados no continente que têm a ver com processos de colonização tanto internos como externos, fortalecidos, por sua vez, pelo pensamento moderno.

Essa homogeneização pode ser percebida também no desenho das políticas públicas, desde a perspectiva neoliberal e biopolítica, como é o caso do seguinte enunciado, que corresponde à entrevista de Rafael.

[4]

A média e alta complexidade a gente faz em articulação, em parceria com as outras instâncias e em outras unidades federativas do SUS, não quer dizer que a gente não participa desse processo a gente participa, mas, de certa forma, também faz, média e alta complexidade, na medida em que, a gente oferece suporte para que a população acesse esse serviço, fora outras coisas psicossociais, mas assim, o programa, então,... a atenção Básica tem uma divisão por programas. Os programas da saúde indígena são de certa forma, são um pouco diferentes, mas não são muito diferentes dos programas da atenção básica no âmbito do SUS nacional. Não é muito diferente a organização dos programas. Então, o que a gente tem é: programa de saúde da mulher, programa de saúde da criança, programa de saúde do homem, programa de saúde da pessoa idosa, programa de saúde da pessoa com deficiência, programa de saúde... já me perdi, não sei quais que eu já falei e qual que eu não falei. E o programa de saúde mental é um deles. (RAFAEL).

Nesse enunciado Rafael destaca que o SUS está dividido entre vários programas, e que cada programa desses, destinado à população brasileira, possui a mesma estrutura dos programas de saúde indígena, ou seja, em uma racionalidade do biopoder que atua com biopolíticas, o que há são programas voltados para a população enquanto espécie: homem, mulher, idoso, criança, deficiente, produzindo sempre o efeito de homogeneização. Nessa mesma lógica se inserem as políticas destinadas à população indígena, entendida a partir de categorias fixas, homogeneizadas, tal como emerge no discurso de Marina. A homogeneização atua em termos de biopolítica, tema que será desenvolvido com maior profundidade na próxima seção.

Os enunciados mobilizados nesta seção nos dão a dimensão de como eles integram uma rede de memória do discurso colonial, marcada por efeitos de categorização, homogeneização e universalização, a partir de definições que apagam as diferenças culturais, ou como seria o caso com os indígenas, apagam suas próprias dinâmicas de ciclos de vida.

4.3. A MODERNIDADE COMO INVENÇÃO

Latour (1994) faz uma crítica à forma como o pensamento moderno foi construído, baseado na tese de que a modernidade nunca existiu e que corresponde a uma invenção do pensamento ocidental. Para trazer essa discussão, o autor apresenta dois importantes conceitos. Por um lado, discute o conceito da tradução, que, segundo ele, consiste na presença de redes, híbridos e misturas que podem ser geradas nas reações entre a natureza e a cultura. Por outro lado, apresenta o conceito de purificação, baseado na existência de classificações e divisões entre as zonas ontológicas do ser humano e sua interação com o não humano, afirmando que enquanto essas duas categorias estiverem separadas o nosso pensamento se manterá no domínio do pensamento moderno, condição que nos leva a classificar as coisas e os conhecimentos de forma hierárquica ou separada, segundo uma verdade.

Para Latour (1994), a modernidade é uma invenção, o que em palavras de Foucault (1987) corresponderia a uma verdade construída a partir de uma relação entre o poder e o saber “dominantes”. A categoria modernidade foi criada e difundida em espaços de poder, os quais determinaram a existência de conceitos como: razão, indivíduo e objetividade.

Essa concepção de racionalidade e de conhecimento é fortalecida em uma relação cartesiana entre a natureza e a cultura, de tal forma que o *homem* poderia manipular a natureza e tudo o que fosse externo ou diferente dele. Nessa forma de pensamento, o pensamento moderno traz consigo o conceito de pré-moderno, visto como arcaico, antigo, obsoleto, estabelecendo uma divisão temporária entre o passado e o presente. Assim, no uso da palavra moderno há também um conflito que poderíamos denominar como colonial, entre antigos e modernos, representando uma dupla assimetria, quer dizer, uma diferença hierárquica entre os primeiros e os segundos.

Quando as palavras "moderno", "modernização" "modernidade" aparecem, definimos, por contraste, um passado arcaico e estável. Além disso, a palavra encontra-se sempre colocada em meio a uma polemica, em uma briga onde ha ganhadores e perdedores, os Antigos e os Modernos. "Moderno", portanto, e duas vezes assimétrico: assinala uma ruptura na passagem regular do tempo; assinala um combate no qual há vencedores e vencidos (LATOURE. 1994, p. 15).

Com o pensamento moderno, aprendemos a fazer separações entre corpo e alma, magia e ciência, sentimento e pensamento, de modo que essas separações cartesianas da realidade demarcaram, ainda na atualidade, nossas relações com o Outro. A modernidade foi construída no Ocidente, a partir de um olhar eurocêntrico, compreendendo a realidade segundo seus próprios parâmetros, mas sempre dentro do que Latour denomina de purificação, sempre a partir de categorias classificatórias, de uma explicação "racional" para tudo quanto existe.

A possibilidade da uma existência fora de classificações foi afastada do pensamento moderno, tratada como resíduo.

A modernidade jamais começou. Jamais houve um mundo moderno. O uso do pretérito é importante aqui, uma vez que se trata de um sentimento retrospectivo, de uma releitura de nossa história. [...] A Constituição explicava tudo mas esquecia tudo que estava no meio. "Não é nada, nada mesmo", dizia sobre as redes, "um simples resíduo". Mas os híbridos, os monstros, os mistos cuja explicação ela abandona são quase tudo, compõem não apenas nossos coletivos, mas também os outros, abusivamente chamados de pré-modernos (LATOURE, 1994, p. 51.).

No caso das entrevistas realizadas nesta pesquisa, a relação que se estabelece entre os funcionários da saúde estabelece práticas de modernidade, como é o caso da medicalização, no sentido em que se impõe a prática da biomedicina sobrepondo às práticas próprias dos indígenas. Assim foi como aconteceu um caso particular que tratamos nesta pesquisa, descrito pelos interlocutores, em relação a um médico que trabalha na aldeia Xikrin do Cateté, aqui nomeado de Marcos. Dentre as cinco pessoas entrevistadas, quatro fazem referência a esse médico, incluindo o indígena.

Segundo os relatos, Marcos chegou a uma aldeia Xikrin, há aproximadamente cinquenta anos, para fazer uma pesquisa e a partir de então começou a examinar os indígenas, criando uma relação de confiança entre eles. Até os dias atuais ele continua indo para as aldeias Xikrin, e os deslocamentos realizados para as aldeias

são financiados com recursos da associação indígena. De acordo com relatos sobre sua chegada às aldeias constatou-se, com base em alguns comportamentos considerados como agressividade, por exemplo, que alguns indígenas sofriam de depressão. Dessa constatação, Marcos passou a prescrever medicamentos psiquiátricos.

Abaixo destaca-se um trecho da entrevista de Rafael em que ele relata sobre a chegada de Marcos às aldeias e emite seu ponto de vista sobre a intervenção médica.

[5]

É esse é um caso, é um bom exemplo: o médico não tem nenhuma especialidade em saúde mental, mas ele tem uma relação de muito tempo com os Xikrin. Os Xikrin respeitam muito ele. Trabalha lá, sei lá, há cinquenta anos. Hoje em dia inclusive são os Xikrin que bancam a ida dele à associação, os Xikrin pagam. Então eles têm muito respeito por ele, no geral o que ele fala eles fazem, no ponto de vista da saúde, E ele, embora não seja especialista em saúde mental ou da psiquiatria, neurologia, o que quer que seja, eu acho que ele é neurologista, eu não tenho certeza, ele receita regularmente esse tipo de medicação. (RAFAEL).

Nesse recorte o segmento: *o médico não tem nenhuma especialidade em saúde mental*, tem muito a ver com a relação que se estabelece entre o poder, o saber e o médico. A questão é que o médico Marcos é visto como um agente externo que trabalha com indígenas e a intervenção com medicamentos psiquiátricos é reprovada, não pela questão mesma de fornecer esse tipo de medicamentos, mas sim, pela formação do médico. O que se coloca em questão nesse enunciado são jogos de verdade e de legitimidade da ciência moderna, disputas de saber/poder.

Além disso, quando Rafael diz *no geral o que ele fala eles fazem*, demonstra a tensão que existe entre poder e saber. Por uma parte, há uma tensão interna entre o médico Marcos e os indígenas, pelo fato de ele representar o conhecimento biomédico em contraposição aos saberes da comunidade indígena. Por outra parte, a tensão se coloca ente o médico e as instituições do governo. Seja qual for a tensão, ambas olham o indígena como um objeto de estudo, elemento de objetivação da própria ciência, tão próprio da modernidade.

A relação entre Marcos e os indígenas é estabelecida por um discurso que se fortalece através da medicação para casos considerados pela ciência como

depressão, agressividade etc. Não se coloca no horizonte dos especialistas da modernidade que o que é nomeado por doença pode ser efeito do contato de indígenas com o “ocidente”, particularmente com as invenções da modernidade que levam essas comunidades a deslocamento constantes dos seus territórios, em função de projetos de exploração impostos pelo capital. Nesse sentido, adverte Todesqui:

Com relação às depressões nos tempos atuais, em que qualquer manifestação de dor e sofrimento é diagnosticada necessariamente como “depressão”, podemos observar uma verdadeira “patologização” de qualquer indício de “mal-estar”, bem como um ideal “espetacular” de saúde subjacente a tal prática, que obedece, por sua vez, à mesma lógica de nossa atualidade *pós-moderna, consumista e espetacular* (TODESQUI, 2010, p. 74).

A relação entre o poder-saber, em termos foucaultianos, levou o saber psiquiátrico a se constituir como relevante nos diagnósticos das pessoas. O saber científico da medicina e sua vontade de verdade constroem dispositivos, tais como manuais, como o DMSV (Manual Diagnóstico e Estadístico dos Transtornos Mentais) que foi se instaurando e se fortalecendo com base na ideia de “patologização” de sintomas que surgem, em muitos casos, como exigências do sistema, silenciando os sentidos sociais e cosmológicos das pessoas e populações patologizadas pela ciência.

É importante observar que para abordar estados corporais e psicológicos considerados como doenças por um grupo social, é preciso apreender o modo como elas são concebidas pelos indivíduos e pelos membros da família e do grupo, determinado por um contexto social, natural e cosmológico (WAWZYNIAK, 2008, p. 125).

Essas concepções da modernidade podem ser apreendidas, também, nos discursos materializados nas falas dos interlocutores, quando fazem referência a doenças consideradas propriamente indígenas, em uma tentativa de classificar práticas e pensamentos que não se enquadram nas referências do pensamento ocidental. Nesse sentido, os discursos coloniais são tão fortes que atravessam as vidas e pensamentos cotidianos, a partir de uma perspectiva excludente em relação a epistemologias não classificáveis.

A seguir destaca-se o enunciado [6], verbalizado como resposta do indígena Xikrin à pergunta sobre como funciona a saúde para essa etnia. Aqui, o discurso sugere a interdição operada por concepções ocidentais.

[6]

Antigamente a gente não se tratava na cidade né? Era tudo na aldeia e nosso tratamento era à base com as plantas medicinais, com os pajés que é os curandeiros. Aí, hoje, qualquer sintoma, se aparece algum sintoma, pessoal se machuca, primeira coisa a fazer é consultar com o pajé. Se o pajé não resolver, aí vai ser mandado pra cidade, para o médico poder resolver né? Assim que é nossa saúde de hoje. (XIKRIN).

É interessante ver na materialidade desse discurso como o indígena Xikrin remete ao passado como algo muito remoto, expresso pelo marcador temporal “antigamente” e por verbos no pretérito longínquo (tratava, era). Esses indiciadores de tempo estabelecem fronteiras entre duas temporalidades: por uma parte, remete a um “antes” relativamente longínquo, quando as doenças eram curadas pelos pajés com plantas medicinais; por outra parte, atualiza um “presente” (*Aí, hoje, qualquer sintoma, se aparece algum sintoma, pessoal se machuca, primeira coisa a fazer é consultar com o pajé*) expondo a relação complexa entre a saúde indígena que envolve tanto a medicalização ocidental como os tratamentos tradicionais do Pajé. Evidencia-se, aqui, o confronto entre dois tipos de saber: o saber médico ocidental e o saber indígena.

Observa-se nessa relação trazida pela narrativa um fazer que persiste face à homogeneização de outra prática que se coloca em um campo que se constitui no jogo das resistências. Nesse jogo, é possível captar marcas de uma prática de saúde que tenta se impor à outra ocupando o espaço da narrativa, tais como: “sintomas”, “consulta”, “médico”, um conjunto lexical próprio das práticas da medicina moderna, através das quais, segundo Foucault (1978), se efetua o verdadeiro trabalho do saber. Há uma relação interdiscursiva entre um saber remetido ao passado e um saber presente na voz da ciência moderna. Com isso, o Xikrin na sua fala incorpora marcas discursivas que denotam um processo de dominação de uma formação discursiva.

Gordon (2006) fala da complexidade que envolve as relações estabelecidas entre ocidente e o povo indígena Xikrin, a partir do que ele chama a “indigenização da modernidade”, destacando a existência de relações que envolvem os Xikrin com o mundo das mercadorias, com a incorporação dos bens industrializados (inclusive

medicamentos) e do dinheiro. Observa-se que essa é uma relação de contrapesos aceita pelos indígenas, embora os indígenas Xikrin tenham sua própria lógica de contato sócio cosmológico atravessando seu universo, relacionada com a constituição de pessoa no processo de subjetivação.

[...] há um problema geral da incorporação pelos Xikrin e Kayapó de capacidades exteriores, que se manifesta em múltiplos domínios, e que, portanto, a atual apropriação da cultura material dos brancos não é um simples efeito de mudanças históricas, mas tem conexões profundas com a cosmologia, com os modos de conceber e experimentar a relação com a alteridade, e com a constituição da pessoa e da coletividade mebêngôkre. Sugiro, enfim, que essa apropriação tem a ver com uma tópica amazônica muito mais geral, em que a questão da diferença e da relação com o Outro, codificada em uma simbólica da predação, adquire valor central na constituição dos coletivos indígenas (GORDON, 2006, p. 97).⁷

Viveiros de Castro (2008) propõe uma crítica às formas como nosso pensamento tem sido construído em relação às definições do “Outro e dos Outros”, argumentando que um dos principais desafios das teorias da cultura deve ser a descolonização permanente do pensamento. Suas análises fortalecem a discussão apresentada nessa pesquisa na perspectiva de reconhecer que, embora existam imposições de saberes, permanece nos indígenas sua concepção social do cosmos que constitui sua relação com o mundo e suas próprias epistemologias, o que ele chama de pensamento ameríndio.

Os selvagens não são mais etnocêntricos, mas cosmocêntricos; em lugar de precisarmos provar que eles são humanos porque se distinguem dos animais, trata-se agora de mostrar quão pouco humanos somos nós, que opomos humanos e não-humanos de um modo que eles nunca fizeram: para eles, natureza e cultura são parte de um mesmo campo sociocósmico. Os ameríndios não somente passariam ao largo do Grande Divisor cartesiano que separou a humanidade da animalidade, como sua concepção social do cosmos (e cósmica da sociedade) anteciparia as lições fundamentais da ecologia, que apenas agora estamos em condições de assimilar (VIVEIROS DE CASTRO, 2004, p. 234).

As concepções dos povos ameríndios são diferentes das chamadas ocidentais, seus campos sócio cósmicos são diferentes e devem ser reconhecidos como tal, não se tratando, portanto, de eliminar as especificidades em relação a nossa estrutura de pensamento, mas sim, de nos situar no espaço desde o qual

⁷ O autor se refere com mebêngôkre à cosmologia e língua dos indígenas Xikrin.

falamos e conseguir deslocar-nos para ver os espaços desde os quais os outros vêm.

Portanto, é importante compreender como os discursos nas suas possibilidades históricas absorvem imaginários construídos desde o processo colonial até nossos dias e que se evidenciam nos enunciados analisados nesta seção.

Na Amazônia, o processo colonial relegou às sociedades indígenas a um papel secundário e excluído do processo de produção de verdades, seus saberes, sua cultura, suas expressividades estéticas sempre ficaram em um plano do não legitimado, do desqualificado, taxados como inapropriados, ingênuos, selvagens e exóticos. Em seu lugar, ficaram as verdades produzidas pelas sociedades europeias colonizadoras que propagaram saberes totalizadores, generalistas e globalizantes, em uma criação de verdades reforçadas e mantenedores do poder (OLIVEIRA JUNIOR, 2016, p. 120).

Dessa forma, as verdades produzidas na relação com o saber e o poder atuam como dispositivos de controle e se estabelecem sobre os corpos dos indígenas, administrando e regulando seu comportamento identificado como não ideal. É o estereótipo do indígena agressivo que fortalece a intervenção do médico, e este, a partir da sua figura como detentor do poder e saber, anuncia que tal comportamento corresponde a uma doença, devendo por isso ser tratada. É um procedimento através do qual se faz intervir a racionalidade científica no controle das subjetividades. Na seguinte seção são desenvolvidas essas ideias em detalhe através da análise dos enunciados.

5. PODER, SABER E BIOPOLÍTICA EM FOUCAULT

Contudo ainda me lembro de que outrora me esforcei para parecer com os brancos, em vão. Escondi meus olhos atrás de óculos escuros e meus pés dentro de sapatos. Penteei o cabelo de lado e coloquei um relógio no braço. Aprendi a imitar o modo de falar deles. Mas isso não deu nada de bom. Mesmo embrulhado dentro de uma bela camisa, dentro de mim eu continuava sendo um habitante da floresta! Por isso costumo repetir aos rapazes de nossa casa: “Talvez vocês estejam pensando em virar brancos um dia? Mas isso é pura mentira! Não fiquem achando que basta se esconder nas roupas deles e exibir algumas de suas mercadorias para se tornar um deles! Acreditar nisso só vai confundir seus pensamentos. Vocês vão acabar preferindo a cachaça às palavras da floresta. Suas mentes vão se obscurecer e, no final, vocês vão morrer por isso!” (KOPENAWA, ALBERT, 2015, p. 289).

Segundo estudiosos, as obras de Foucault podem ser agrupadas em fases de produção teórica, sem que isso signifique impedimento para a interrelação entre elas, uma vez que se assentam em eixos que desenvolvem ideias comuns. Essas fases são nomeadas de: a arqueologia do saber, a genealogia do poder, e práticas de subjetivação de si.

É possível observar que nessas três fases Foucault dá ênfase aos processos históricos de exclusão, às formas de alienação, à conformação de saberes a partir de espaços constituídos como dispositivos de poder, na imposição de verdades. Na arqueologia do saber, o foco do autor recai sobre o saber enquanto uma vontade de verdade na sua relação com o poder. No que respeita à fase compreendida como genealogia do poder, Foucault se dedica à análise das formas do exercício do poder. Na segunda fase, o autor formula o conceito de genealogia como possibilidade metodológica de apreensão das formas como o sujeito tem sido constituído na trama histórica. Além disso, se ocupa da análise do saber em termos das estratégias e táticas do poder.

E preciso se livrar do sujeito constituinte, livrar-se do próprio sujeito, isto é, chegar a uma análise que possa dar conta da constituição do sujeito na trama histórica. E isto que eu chamaria de genealogia, isto é, uma forma de história que dê conta da constituição dos saberes, dos discursos, dos domínios de objeto, etc., sem ter que se referir a um sujeito, seja ele transcendente com relação ao campo de acontecimentos, seja perseguindo sua identidade vazia ao longo da história (FOUCAULT, 1979, p. 7).

Para Foucault, não se trata de apreender a história de uma perspectiva linear, mas sim de captar os deslocamentos e acontecimentos que podem se relacionar a partir de diferentes domínios. Trata-se de apreender os sentidos na dispersão, na descontinuidade e nas relações.

Para o estudo da descontinuidade, Foucault (1997) utiliza o conceito de arqueologia, que não deve ser entendido nos termos da Disciplina que também leva este nome, mas como uma perspectiva que focaliza as descontinuidades da história marcadas por acontecimentos e dispersões. Assim, o conceito de arqueologia tem permitido à análise do discurso desconstruir certas categorias do pensamento e de análise voltadas para as linearidades e relações de causa e consequência. De acordo com Foucault (1997, p. 156) “[...], a descrição arqueológica é precisamente abandono da história das ideias, é a recusa sistemática de seus postulados e de seus procedimentos, tentativa de fazer uma história inteiramente diferente daquilo que os homens disseram”. (FOUCAULT 1997, p 156). Nesse sentido, a arqueologia se volta aos discursos, procurando apreender as regras que regem uma dada formação discursiva.

A formulação do conceito de *arquiogenealogia*, produzido por Foucault em suas investidas metodológicas, nos permite a apreensão articulada dos acontecimentos da história e as relações entre a discursividade e não discursividade, permite apreender a relação entre poder e saber em termos de tática e estratégia. Essa formulação do autor é relevante para nossa pesquisa já que nos permite fazer um estudo das construções de saberes a partir das relações de poder no funcionamento do discurso.

5.1. O “OUTRO” E O MESMO: EXCLUSÃO, RECLUSÃO E ALIENAÇÃO

Nesta subseção trazemos análises feitas por Foucault (1978) no que se refere às relações que o “Ocidente” estabelece com “o Outro”, em termos da alteridade, mostrando como essa relação com o outro, em grande parte, gerou processos de exclusão. As discussões desenvolvidas pelo autor, ainda que fazendo referência a séculos anteriores, podem ser trazidas para processos contemporâneos de exclusão, na medida em que são estudos de questões que atravessam os tempos. Um dos principais eixos aqui apresentados consiste em pensar as formas como o poder produz fronteiras e divide a sociedade entre um espaço interno, digno,

considerado como próprio e um espaço externo, espaço que corresponde ao espaço dos excluídos.

Em sua obra *A História da Loucura na Idade Clássica*, Foucault (1978) apresenta os processos de exclusão desenvolvidos principalmente no Ocidente, levando-nos a compreender como a construção do saber, o exercício do poder e as práticas de subjetivação se articulam na constituição do sujeito. Tratando do tema da loucura, Foucault nos fala que apesar do esforço da sociedade moderna em falar da loucura, projetando-a em um plano de objetividade da saúde mental, o sentido da loucura em cada época, inclusive na nossa, sempre foi encarado como uma presença dilacerada, entrando em debate diferentes sentidos de experiências com a loucura.

Segundo Foucault (1987), há quatro formas inconciliáveis de consciência sobre a experiência da loucura, todas elas convivendo, ora conjuntamente, ora independentemente, durante toda a existência humana no ocidente, desde a Renascença até a modernidade. A partir dessas diferentes formas de consciência, a definição de loucura enfrenta uma dispersão na história da humanidade, sempre em uma relação entre loucura e razão.

A primeira forma de consciência, segundo Foucault, é a *consciência crítica*. Nesse domínio, a consciência se define pelo que é razoável, refletido, moralmente sábio, apoiando-se em valores. A loucura é captada em oposição ao que não é loucura, havendo um limiar frágil entre loucura e não loucura. Nas palavras de Foucault (1987, p.185), trata-se de uma “Consciência crítica que finge levar o rigor até o ponto extremo de fazer-se crítica radical de si mesma e de até arriscar-se no absoluto de um combate duvidoso, mas que ela evita secreta e antecipadamente ao se reconhecer como razão apenas pelo fato de aceitar o risco.” Nessa compreensão, a loucura, participando de um jogo dialético, pode se converter em razão e vice-versa, tendo aí a linguagem um papel importante pois com ela se delimita a verdade e o erro.

A segunda forma de consciência é a *consciência prática*, baseada na construção da diferença entre a loucura e a razão, a partir das normas do grupo social. Segundo Foucault, a consciência prática da loucura:

[...] impõe-se como uma escolha, escolha inevitável, pois é necessário estar deste lado ou do outro, no grupo ou fora do grupo. Mesmo esta escolha é uma falsa escolha, pois apenas aqueles que estão no interior do grupo têm

o direito de apontar aqueles que, considerados como estando fora do grupo, são acusados de terem escolhido estar aí (FOUCAULT, 1987, p. 185).

Lembra Foucault que esse é o tipo de consciência que, apesar de pretender ser mais transparente em razão de sua finalidade, é, sem dúvida, a mais espessa e mais carregada de dramas. Nesse tipo de experiência da loucura, as diferenças são construídas dentro das normas da razão; aqui a loucura se reduz ao silêncio: “envolve em si toda uma história que não diz seu nome, e apesar das justificativas que ela mesma pode apresentar” (FOUCAULT, 1978, p. 188).

A terceira é a *consciência enunciativa*, aquela que afirma ou desaprova uma possibilidade de loucura a partir de quem a percebe e a reconhece em uma relação com um “Outro”, possibilitando afirmar se o outro é louco, com base no reconhecimento do que não é loucura. O que está em jogo aqui não são mais os perigos ou os valores, mas o ser reduzido à constatação de que é louco. Funciona a partir da cordura de quem a percebe, mas funciona também como espelho, como “uma reflexão sobre si mesma no momento em que acredita designar ou o estranho ou aquilo que nela existe de mais estranho” (FOUCAULT, 1978, p. 188).

Por último, a quarta consciência: a *consciência analítica* da loucura. Esse tipo de consciência descreve a loucura com base na totalidade de seus fenômenos e lança as bases de um saber “objetivo” sobre a loucura. Não se desenvolve a partir de uma relação com o Outro ou em uma relação dialética com a razão, mas se baseia na construção de uma verdade e na detenção do conhecimento sobre a loucura. Trata-se da razão científica sobre a loucura.

Afirma Foucault (1978), que no processo histórico da humanidade essas quatro consciências manifestam-se conjuntamente, uma fazendo referência à outra e, ao mesmo tempo, separando-se uma da outra, afastando-se uma da outra, já que cada uma tem sua própria autonomia. Lembra, ainda, que o importante é ter em conta que a loucura como figura histórica abarca as quatro consciências de maneira simultânea, e que essas se relacionam como convergência e como conflito.

As faces sucessivas que a loucura assume no mundo moderno recebem o que existe de mais característico em seus traços da proporção e das ligações entre esses quatro elementos maiores. Nenhum deles em momento algum desaparece inteiramente, mas pode acontecer de algum dentre eles ser privilegiado, ao ponto de manter os outros em uma quase-obscuridade onde nascem as tensões e os conflitos que imperam abaixo do nível da linguagem (FOUCAULT, 1978, p. 189).

Para Foucault, a análise da loucura não pode afastar-se dessa forma da compreensão, por isso mesmo, em suas abordagens sobre os sentidos que a loucura adquire em cada época, leva em consideração os processos de exclusão, com base nos quatro tipos de consciências. Cada uma dessas consciências construiu um tipo de relação com o Outro, seja a partir do rechaço, da exclusão ou da negação para si de tudo o que é considerado louco. Na combinação dessas formas de consciência, o sujeito é definido e encaixado para ser lançado ao exterior ou ao internato, fora do mundo dos “normais”.

Nesse caso, no enunciado [7], abaixo, temos um discurso em que o Outro é interdito na sua cosmologia entendida como algo impossível de ser aceito. É reconhecido em seu lugar de existência como estranho ou como afirma Foucault (1978), a respeito da loucura, acorrentado na sua liberdade.

[7]

Olha, a doença do índio que eu vi, por exemplo, eram raras até, sabe? Mas, as situações como o índio chegava tipo assim, meio louco, então isso assim acontecia muito. Então, eles diziam que aquilo era doença do índio, que ele adquiriu de um caboclo da mata, ou de alguém das águas. E eles falavam assim: “Olha, foi o bicho da água que bateu nele; ou foi o bicho do mato que atrapalhou a cabeça dele”. Então, quando chegavam pessoas, assim, por incrível que pareça, por isso que eu digo, tem assim muita psicologia, é muito o psicológico deles, porque quando chegavam pessoas assim o Pajé chegava assim: “Marina, isso não é pra você. Isso é só pra mim, não precisa dar nada de remédio”. Levava pra lá e daqui a pouco ele voltava bem. (MARINA).

No discurso da entrevistada, ao fazer o relato de uma prática social indígena, é possível apreender as assimetrias entre duas formas de pensamento que é o reconhecimento da diversidade étnica. Os relatos do outro produzem muito mais o distanciamento e o estranhamento do que uma compreensão sobre o outro. O saber é excluído, descartado por uma vontade de verdade. A entrevistada reconhece a existência de dois tipos de doença. Há uma referência à loucura como estado que está fora dos dispositivos da medicina, ou seja, o tratamento do que consideram loucura cabe aos indígenas curarem, estando fora do campo da medicina por ser considerado “doenças de índio”.

É possível falar da instauração das quatro consciências de que fala Foucault, nesse discurso, com uma prevalência da terceira, já que razão e loucura enquanto dois fenômenos opostos, parecem constituir a base da discursividade. Assim,

quando Marina diz: *a doença do índio que eu vi, por exemplo, eram raras até, sabe? Mas, as situações como o índio chegava tipo assim, meio louco, então isso assim acontecia muito*, há um critério de verdade que se coloca como validação do que era doença. Ou seja, ao dizer que a doença do índio era rara, entra aí um conceito de doença traduzido pelas grades do pensamento ocidental acerca do que seja doença, ao passo que, ao dizer que havia situações em que o índio chegava “meio louco”, entra nessa racionalidade a exclusão de outras formas de conhecimento do Outro, não mais entendida a doença com critérios ocidentais. Nesse processo, o outro é subjetivado a partir de interpretações ocidentais, produzidas desde o estranhamento.

Nesse sentido, a experiência indígena é remetida ao campo do psicológico como algo que está fora da analítica da ciência enquanto verdade soberana e, por essa via, a prática divisora se instaura no limite estabelecido entre o saber indígena e o saber biomédico. No momento em que Marina situa as doenças da cosmovisão indígena no campo psicológico, tais doenças passam a ser definidas fora dos parâmetros da ciência positiva, num olhar etnocêntrico ocidental, de modo que o saber do outro é apenas fantasia, por isso é subjetivo, sonho ou irrealidade.

Portanto, esse saber indígena pode se definir na formulação de Foucault como um “saber sujeitado”, em uma hierarquia de saberes, onde a biomedicina se situa como um saber científico e sistematizado:

Por "saberes sujeitados", eu entendo igualmente toda uma série de saberes que estavam desqualificados como saberes não conceituais, como saberes insuficientemente elaborados: saberes ingênuos, saberes hierarquicamente inferiores, saberes abaixo do nível do conhecimento ou da cientificidade requeridos (FOUCAULT, 2005, p. 12).

Nessa lógica de estranhamento, os saberes indígenas são desqualificados, diminuídos, na medida em que suas “crenças” são consideradas como inferiores por um discurso que impõe o saber científico como superior e efetivo. Sendo representante do saber institucional, os profissionais que trabalham nas instituições de saúde representam esse saber dominante em contraposição ao “saber local” do indígena.

Observando o relato de Marina sobre o trabalho de sentidos construído pelos indígenas no momento em que procuram interpretar a causa das suas doenças (Olha, foi o bicho da água que bateu nele; ou foi o bicho do mato que atrapalhou a cabeça dele), lembramos da reflexão de Wawzyniak (2008), ao escrever acerca do

que significa “o mau olhado do bicho”, para os ribeirinhos do baixo rio Tapajós, no estado do Pará, enquanto forma de distinção entre o domínio das práticas culturais indígenas e o domínio da medicina, ou seja, enquanto prática de liberdade na relação com o Outro para garantir seu espaço de produção e defesa da própria vida. Nesse sentido, ele argumenta que o “mau olhado do bicho” acontece para esses povos quando uma pessoa é afetada pelo olhar de seres capazes de transformarem-se em outros: o olhar do bicho é tão forte que pode desencadear afecções corporais.

Como saber que é “mau-olhado de bicho”? Inácio disse que descobre através da “oração”, pois é ela “que permite identificar se a coisa pertence ao benzedor ou se pertence ao médico”. Para saber se é “mau-olhado de bicho”, avalia-se o resultado do uso dos remédios: “Passa todo tipo de remédio que você sabe que é bom pra cortar e não passa, e aí, com a benzeção do curador, aí ela vai e corta”. Ou, de acordo com outra explicação, “só se descobre que é mau-olhado quando o médico não consegue identificar o sintoma” (WAWZYNIAK, 2008, p. 39).

Pode-se perceber, assim, o encontro das duas práticas tal como se verifica no relato de Marina, a presença de dois discursos em coexistência. Um dos discursos se pauta em um trabalho de sobreposição e alienação, nos termos de Foucault, e outro, como resistência. Nesse caso, a resistência se manifesta, por exemplo, quando, no relato de Marina, o pajé aparece como quem identificava e falava para ela deixar-lhe fazer o seu “trabalho”. Portanto, é possível afirmar que o encontro dessas práticas se desenvolve em uma relação de poder, na qual a medicina se estabelece como uma ciência positiva e se impõe hierarquicamente sobre os saberes ontológicos locais.

5.2. RELAÇÕES DE DISPUTAS ENTRE JOGOS DE VERDADES: VOZ DE AUTORIDADE

Foucault apresenta as transformações que aconteceram nas relações entre doença e as práticas de medicina, afirmando que o mundo da cura, no século XVIII, permaneceu num espaço abstrato, pois a eficácia do medicamento estava concentrada na natureza, ou seja, os medicamentos naturais apresentavam um princípio oculto na natureza, tal como aconteceu com o *ópio*, considerado como uma planta sagrada.

O mal não existe em estado simples; é sempre compensado: "Antigamente, a erva era boa para o louco e ruim para o carrasco". O uso dos vegetais e dos sais logo será reinterpretado em uma farmacopéia de estilo racionalista e colocado em uma relação discursiva com as perturbações do organismo que se acredita poder curar. No entanto, na era clássica houve alguma resistência: o domínio da loucura. Durante muito tempo, ela permanece em comunicação direta com elementos cósmicos que a sabedoria do mundo espalhou pelos segredos da natureza (FOUCAULT, 1978, p. 333).

Nessa época, a relação entre a doença e a cura, no ocidente, estava muito ligada ao conhecimento da natureza, sendo a primeira considerada como microcosmo e a segunda como macrocosmo dentro de um sistema de correspondências. Contudo, essa relação é alterada no campo da racionalidade: "O uso dos vegetais e dos sais logo será reinterpretado em uma farmacopéia de estilo racionalista e colocado em uma relação discursiva com as perturbações do organismo que se acredita poder curar." (FOUCAULT, 1978, p. 334).

No entanto, adverte Foucault que não foi possível identificar como se passa do tratamento das doenças com plantas, especialmente a loucura, para o internamento ou o asilo, enquanto primazia da ciência. O que se pode perceber é a transformação das percepções e definições que se construíram sobre a loucura, as quais mudaram as relações com as pessoas consideradas loucas, pois, ainda no século XVIII, a loucura era também vista como mágica, transformando-se, depois, em objeto de exclusão. Assim, as concepções e práticas da Renascença foram desconstruídas e transformadas em outras interpretações da loucura já mencionadas nos parágrafos anteriores (FOUCAULT, 1978).

Argumenta Foucault que os processos de construção histórica das definições da loucura e dos processos de exclusão remetem não à história de uma disciplina que se ocupa da loucura como objeto, mas, de uma arqueologia da alienação. Assevera que a importância da figura do médico se inicia no final do século XVIII, quando passa a ser necessário um certificado médico para o internamento dos considerados loucos. A participação desse profissional não surgiu, portanto, pela constituição da medicina como ciência, o que veio a ocorrer tempos depois. A presença do médico era uma garantia jurídica e moral para o atendimento dos internados. Assim, nas palavras do autor:

[...] a intervenção do médico não se faz em virtude de um saber ou de um poder médico que ele deteria, que se justificaria por um corpo de conhecimentos objetivos. Não é como cientista que o *honro medicus* tem autoridade no asilo, mas como sábio. Se a profissão médica é requisitada, é

como garantia jurídica e moral, e não sob o título da ciência (FOUCAULT, 1978, p. 548).

O papel do médico começa a ser importante pela autoridade que ele começa a exercer, não pelo seu conhecimento acerca da loucura, ou seja, pela relação doente-médico através da qual se estabelece o poder da cura por parte do médico, mas, pela construção de uma perspectiva “objetiva” sobre a loucura, segundo um olhar positivista, a partir do qual a loucura se transforma em doença mental.

Assim, enquanto o doente mental é inteiramente alienado na pessoa real de seu médico, o médico dissipa a realidade da doença mental no conceito crítico de loucura. De modo que nada mais resta, fora das formas vazias do pensamento positivista, além de uma única realidade concreta: o par médico-doente no qual se resumem, se ligam e se desfazem todas as alienações (FOUCAULT, 1978, p. 553).

Na modernidade, a loucura percebida como doença mental muda a construção da verdade, muda a relação do homem com a verdade. O positivismo ancora-se na conformação de ciência e na imposição de verdade a partir da *consciência analítica*, tal como caracterizada no início desta seção.

Para o século XIX, o internamento é considerado como uma ação terapêutica destinada à cura do doente mental, ou seja, com a proeminência da *consciência analítica*, a loucura é descrita a partir de um sentido objetivo. Tem-se, aí, conforme a análise de Foucault, o desenvolvimento da medicina positivista e das formas como o médico se constituiu enquanto detentor da verdade. Nesse sentido, a loucura constrói-se como objeto do saber e o médico como o sujeito desse saber.

Trazemos aqui um enunciado da entrevista a Eliane, em que ela relata como ocorreu a introdução de medicamentos psiquiátricos nas aldeias. Esses relatos estão, de certo modo, relacionados às reflexões de Foucault acerca dos modos como o saber científico vai se constituindo no jogo de disputas de produção de verdade sobre a doença, constituindo sua positividade nesse jogo.

[8]

Ele conheceu os índios, tinha 86 pessoas. Agora está mil e quinhentos sessenta, mil seiscientos e pouco. Então, ele achou uma oportunidade de saber, ele levava a vacina da catapora, da varicela, do sarampo, ele tirou os índios da enfermidade, ele conhece os índios faz muito tempo. Eu como técnica de enfermagem, eu me debater com ele? Quando chegou, eu já conhecia o trabalho dele. Então só dei continuidade ao trabalho dele porque eu não posso, eu não sou médica, eu não sou. Mas depois que o pessoal chegou e tiraram os psicotrópicos dos índios, piorou, piorou.
[...] Já não dá. Aí, o doutor Marcos chegou para a aldeia e perguntou: “Quem toma psicotrópicos?” Aí eu falei: “Ninguém mais doutor Marcos”. Aí

ele falou: “Por quê?” Eu digo: “Não, um psicólogo chegou e disse pra mim que tinha que tirar, que tinha que vir um psiquiatra ou então um psicólogo, ou então não sei quem mais pra passar a medicação. Então, foi suspender. E quem passa essa situação lá dentro da aldeia somos nós. Agora a índia chega empurrando, dando murro, falando alto, gritando. E antes não, ela chegava calma, tranquila falando: “Olá, bom dia! Bom Dia!” Aquela coisa boa! Por quê? Porque estava medicada. É porque o médico que assiste há 46 anos sabe a situação do índio, agora um médico que entra um, dois, três anos não sabe nada. Eu estou lá 14 anos e eu sei a situação de lá, eu sei. (ELIANE).

A posição que ocupa o médico Marcos nas aldeias Xikrin representa uma figura de poder, tal como refere Foucault (1987). Nas palavras de Eliane, o médico tirou os índios da enfermidade, por isso é descrito como salvador daquela população. Não entra no debate o fato de as doenças manifestadas no seio da comunidade indígena resultarem de um contato de não indígena com não indígenas, o que prevalece é o saber que se impõe como solução para todos os problemas.

A materialização do poder se dá por meio da medicalização e os resultados esperados correspondem a uma mudança de comportamento dos indígenas. Tanto a decisão de introduzir a medicação como a de suspender a medicação dos indígenas corresponde à sobreposição de verdades sobre uma outra cultura, enquanto efeito do biopoder. O enunciado “*um psicólogo chegou e diz pra mim que tinha que tirar, que tinha que vir um psiquiatra, o então um psicólogo, o então não sei quem mais, pra passar a medicação*” sugere um campo de disputa interna à própria ciência, em que os sujeitos indígenas são apenas objetivados nessa disputa, são objeto de conhecimento de um saber sobre o outro. É nesse jogo de poder que a ciência vai se modificando ao longo da história, de modo que o seu fortalecimento enquanto campo de saber/poder importa mais do que a humanidade de quem ela estaria efetivamente a serviço.

5.3. A POSITIVIDADE DA CIÊNCIA NA RELAÇÃO COM O PODER E O SABER

Tal como foi apontado no início desta seção, existe uma relação intrínseca entre o poder e o saber. É com base nessa relação entre a verdade, o saber e o poder que desenvolveremos nossas análises sobre as relações entre o saber da medicina eurocêntrica e processos de produção de subjetivação do sujeito indígena a partir da medicação. Assim, mais que se perguntar acerca do que é o poder,

Foucault se pergunta acerca do funcionamento do poder e como ele se manifesta através de dispositivos fortalecidos por saberes.

Lembra Foucault que o poder não é algo que se possui, mas, sim, algo que se dá na relação entre ele (o poder), a verdade e o saber. Adverte, ainda, que o poder não está vinculado de forma exclusiva ao funcionamento do Estado ou à administração pública e ao governo. Trata-se de uma questão maior que abrange as relações sociais e a biopolítica considerada como a relação entre o saber e o poder nas sociedades modernas. Nas palavras de Foucault:

O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir (FOUCAULT, 1979, p. 8).

O poder atravessa o corpo social, modifica e constrói relações sociais, determina formas de pensamento, constrói verdades, produz discurso. O saber seria o conjunto de elementos formados por uma prática discursiva exercitada no domínio de uma dada ciência. Mas é também o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em um dado campo do saber, ou seja, é o domínio constituído por objetos que podem adquirir ou não um *status científico*. É, também, o campo de coordenação dos enunciados que se definem, aparecem, transformam, subordinam uns aos outros. O saber não é precisamente a súpula do que é dito, mas, sim, o conjunto dos modos e das posições segundo os quais se pode associar o já dito a algum enunciado novo. Conforme Foucault (1997, p. 204) o saber se encontra em um movimento constante que “se define pelas possibilidades de utilização e de apropriação oferecidas pelo discurso”.

Conforme Foucault (1997), o saber é independente da ciência, por isso mesmo não pode ser identificado como seu esboço, nem como seu avesso, porque quem o determina em si é a prática discursiva.

Com isso, o autor não pretende estabelecer uma divisão hierárquica das categorias ciência, disciplina e saber. A questão que lhe interessa é analisar as formações discursivas e as práticas que podem não coincidir com uma elaboração científica discursiva e as formas em que o saber é construído.

Foucault (1977) analisa a forma como se gerou a construção de uma verdade, aprofundando a reflexão sobre o processo de constituição da medicina como domínio de um saber até se apresentar como medicina científica, a partir das suas práticas e da sua relação com a doença. Para o autor, o nascimento da clínica é uma prova das mudanças nas disposições fundamentais do saber.

A medicina muda no momento em que reflete sobre si mesma em busca da positividade. Nesse sentido, “a clínica aparece para a experiência do médico como um novo perfil do perceptível e do enunciável” (FOUCAULT, 1977, p. X). Esse aparecimento se revela como uma nova estrutura, como uma nova relação entre o significante e o significado, com uma reorganização não só dos conhecimentos médicos, mas também do discurso sobre a doença. Tal perspectiva surge com a mudança da pergunta o que você tem? para a pergunta: onde lhe dói? Assim, o discurso é transformado por uma questão de afirmação sobre o outro e sobre a existência mesma da doença (FOUCAULT, 1977).

Foucault se volta, portanto, para a escansão das condições históricas, para a espessura do discurso, para a análise das maneiras como se configura o doente e a doença na sua relação com o corpo, na experiência médica, para as relações entre as formas de olhar e as formas de dizer.

O histórico reúne tudo o que, de fato ou de direito, cedo ou tarde, direta ou indiretamente, pode se dar ao olhar. Uma causa que se vê, um sintoma que, pouco a pouco, se descobre, um princípio legível em sua raiz não são da ordem do saber «filosófico», mas de um saber «muito simples., que «deve preceder todos os outros», e que situa a forma originária da experiência médica (FOUCAULT, 1977, p. 6).

Encaminhando sua reflexão para o cuidado do Estado com a população, Foucault argumenta que no momento em que a medicina é vinculada ao Estado, os fenômenos patológicos tornam-se parte de uma consciência coletiva que se manifesta ao nível do saber, ao nível da experiência. É dessa perspectiva do Estado como segurança contra as ameaças à vida que no século XVIII começa, por exemplo, o interesse pelo controle das epidemias, das estatísticas sobre saúde, pelos registros de nascimento, pelas análises de natalidade e mortalidade. É a esse tipo de poder centrado no controle da vida da população que Foucault vai chamar da biopolítica ou biopoder.

A medicina não deve mais ser apenas o *corpus* de técnicas da cura e do saber que requerem; envolverá, também, um conhecimento do *homem saudável*, isto é, ao mesmo tempo uma experiência do *homem não doente* e uma definição do *homem modelo*. Na gestão da existência humana, toma uma postura normativa que não a autoriza apenas a distribuir conselhos de vida equilibrada, mas a reger as relações físicas e morais do indivíduo e a sociedade em que vive. Situa-se nesta zona fronteira, mas soberana para o homem moderno, em que uma felicidade orgânica, tranquila, sem paixão e vigorosa, se comunica de pleno direito com a ordem de uma nação, o vigor de seus exércitos, a fecundidade de seu povo e a marcha paciente de seu trabalho (FOUCAULT, 1977, p, 39).

É importante a análise do autor sobre as formas como o saber médico passa a referir-se às noções positivas de saúde e de normalidade. Afirma Foucault que no século XVIII falava-se mais da saúde do que da normalidade, uma vez que os estudos se concentravam no vigor da pessoa, ao passo que no século XIX a medicina centra sua atenção muito mais na normalidade, lançando o olhar sobre um tipo de funcionamento da estrutura orgânica. Assim, o olhar do médico é um olhar que domina.

Através da experiência médica gerou-se uma superposição entre a configuração da doença e a localização da doença no corpo, cujo processo identifica o corpo da doença com o corpo do homem doente, a partir do olhar médico e da configuração da medicina como saber. A instituição clínica, nascida no século IX, é a que conduz o discurso médico nas suas práticas, com a possibilidade de o indivíduo ser ao mesmo tempo sujeito e objeto de seu próprio conhecimento, concepção que fortaleceu a organização de uma medicina positiva.

A possibilidade de o indivíduo ser ao mesmo tempo sujeito e objeto de seu próprio conhecimento implica que se inverta no saber o jogo da finitude. Para o pensamento clássico, esta não tinha outro conteúdo senão a negação do infinito, enquanto que o pensamento que se forma no final do século XVIII lhe dá os poderes do positivo: a estrutura antropológica que então aparece desempenha simultaneamente o papel crítico e o papel fundador de origem. Foi esta mudança que serviu de conotação filosófica para a organização de uma medicina positiva; e, inversamente, esta medicina foi, ao nível empírico, um dos primeiros esclarecimentos da relação que liga o homem moderno a uma finitude originária. Daí o lugar determinante da medicina na arquitetura de conjunto das ciências humanas; mais do que qualquer outra, ela está próxima da disposição antropológica que as fundamenta (FOUCAULT, 1977, p. 228).

Assim, o conceito de anormal foi fortalecido com os parâmetros da modernidade ocidental no momento em que a “infantilidade” da criança começa a ser um critério de análise dos comportamentos do indivíduo. Nesse momento a

criança começa a ser “psiquiatrizada”, e as condutas do adulto são percebidas como sinais dessa infantilidade.

O sentido da normalização está presente no discurso de alguns sujeitos entrevistados durante a pesquisa, de modo que o corpo é quase sempre o centro do exercício da normalização, embora, como adverte Foucault, a atuação do poder sobre o corpo não é mais enquanto corpo biológico que sofre interdições físicas como castigos, prisões, queima etc. É preciso compreender o corpo em uma dimensão política em que as interdições permanecem, mas, a partir de novos dispositivos de poder. Assim, podemos depender do enunciado, a seguir, como a normalização é desejada pela ciência a partir de medicamentos, mas em função do controle dos sujeitos a partir de silenciamento de suas práticas culturais, de sua cosmologia.

No enunciado 9, ainda é tema de discurso de Eliane a presença do médico Marcos na aldeia e suas práticas de intervenção com remédios psiquiátricos.

[9]

Psicotrópicos tinham antes. Tinha um médico que é *doutor Marcos, que ele passava*. As índias eram agressivas pra gente, assim uma parte. *Elas chegam com muita agressão pra gente falando assim: “Eu quero meu remédio”. Agressiva, dava murro e só botar pra estrangular*. Aí o doutor Marcos chegou e botou assim: *“Olha, ela tem que ter um controle, eu vou passar Carbamazepina de 200 mg. Um comprimido à noite”*. Aí, *se injetava, calma, tranquila*, aí elas chegavam: *“Oi, bom dia!”* É... Bom Dia! *Agora está a mesma agressividade porque foi suspenso*. Porque o doutor Marcos ele passava, mas ele não é médico pra passar remédio controlado. Ele não é da área, assim, ele não é psiquiatra, não é psicólogo, não é, não é nada. Ele é um neurologista endocrinologista, mas ele conhece os índios tal e qual eles são. (ELIANE e CARLOS).

Aqui, pode-se observar o mesmo estereótipo, na sequência: *Elas chegam com muita agressão pra gente falando assim: “Eu quero meu remédio”. Agressiva, dava murro e só botar pra estrangular*. No qual se descrevem os indígenas como pessoas agressivas enquanto justificativa para o emprego de processo biomédicos reguladores de subjetividades. Essas mesmas percepções foram as que levaram o médico Marcos a fornecer medicamento. Já que, como afirma Eliane, depois de ingerir o medicamento, o comportamento das mulheres mudava e elas “ficavam mais tranquilas”. Eliane reitera que uma vez que os medicamentos foram suspensos, o comportamento dos indígenas mudou e fica difícil trabalhar com eles.

Trata-se de um medicamento utilizado também para redução de irritabilidade e agressividade nas pessoas com epilepsia, mas, no caso relatado, foi fornecido para as indígenas como forma de conter o que uma percepção externa de um médico denominou de agressividade. Nesse sentido, a positividade da ciência revestida de mecanismos de controle sobre os corpos atua na política desses corpos, interditando-os na medida em que são medicados para atender a um ideal de comportamento ou mesmo uma definição de *humano modelo*, como refere Foucault (1977) e o olhar médico passa a ser um olhar que domina os corpos, exercendo um investimento político do corpo na medida em que tem alcance imediato sobre ele, modificando-o.

Aqui é importante trazer a perspectiva da voz indígena de Davi Kopenawa Yanomami, relatando como ele escutou as definições dos “brancos” acerca dos Yanomami, para trazer a sua perspectiva:

Durante minhas viagens às distantes terras dos brancos, ouvi alguns deles declararem que nós, Yanomami, gostamos de guerra e passamos nosso tempo flechando uns aos outros. Porém os que dizem essas coisas não conhecem nada de nós e suas palavras só podem ser equivocadas ou mentirosas. É verdade, sim, que nossos antigos guerreavam, como os antigos dos brancos faziam naqueles tempos. Mas os deles eram muito mais perigosos e ferozes do que os nossos. Nós nunca nos matamos sem medida, como eles fizeram (KOPENAWA; ALBERT, 2015, p. 440).

As características que podem ser culturais próprias dos indígenas são consideradas como um estado anormal, no sentido da agressividade. O “normal” nesse caso seria a calma representada, por exemplo, pela cordialidade esperada da mulher indígena no momento de chegada a qualquer local. Eliane faz referência a um estado de agressividade que fortalece a definição do anormal.

5.4. PODER DISCIPLINAR, BIOPODER E BIOPOLÍTICA

Foucault (2007) propõe transformar a análise de uma história das mentalidades e do pensamento em um estudo dos dispositivos de poder. De partida, ele faz a seguinte pergunta: “En qué medida puede un dispositivo de poder ser reproductor de una serie de enunciados, de discursos y, por consiguiente, de todas las formas de representaciones que a continuación pueden derivarse de él?” (FOUCAULT, 2007, p. 30).

Tenta responder a essa questão a partir da postulação de que um dispositivo de poder é uma instância produtora das práticas discursivas e que para compreendê-las criticamente é preciso, através de uma arqueologia, fazer a escansão histórica da formação dessas práticas discursivas, seus processos de formação e de transformação, assim como dos elementos que a conformam na relação com o saber.

Para Foucault, o lugar de atuação do poder é, em última instância, o corpo, de modo que todo poder é físico: entre o corpo e o poder político pode se estabelecer uma conexão direta. Além dessa linha de investigação traçada, Foucault sugere seu interesse de análise das relações de poder voltadas para os indivíduos e as coletividades e não para as instituições, como procedeu em *A História da Loucura*.

Lo importante, entonces, no son las regularidades institucionales sino, muchos más, las disposiciones de poder, las redes, las corrientes, los relevos, los puntos de apoyo, las diferencias de potencial, que caracterizan una forma de poder y que son, creo, precisamente constitutivos a la vez del individuo y de la colectividad (FOUCAULT, 2007, p. 32).

O autor enfatiza, portanto, não a violência do poder, mas a microfísica do poder. Ou seja, em vez de lançar foco sobre as instituições, ele focaliza em suas análises as práticas e as estratégias de relações de poder, assim como os enfrentamentos produzidos nas resistências, uma vez que, para ele, o poder se exercita porque tem como contraparte as resistências.

O autor observa que o corpo foi estudado por muito tempo em termos biológicos. Em oposição a esse enfoque dado ao corpo, ele opta por compreendê-lo como um campo político, como o espaço em que as relações de poder se manifestam, marcando-o, dirigindo-o, sujeitando-o a certas práticas produtoras de subjetividades. Essas práticas de produção de força do corpo estão relacionadas com a sua utilização econômica, a qual define as relações de poder, sejam físicas ou simbólicas. Assim, a dominação exercida sobre o corpo atua nele de forma calculada através de um saber, definido por Foucault como uma tecnologia política do corpo. Tal tecnologia tem a ver com o estabelecimento de controle sobre suas forças, através de sua instrumentalização.

Mas o corpo também está diretamente mergulhado num campo político; as relações de poder têm alcance imediato sobre ele; elas o investem, o marcam, o dirigem, o supliciam, sujeitam-no a trabalhos, obrigam-no a

cerimônias, exigem-lhe sinais. Este investimento político do corpo está ligado, segundo relações complexas e recíprocas, à sua utilização econômica; é, em uma boa proporção, como força de produção que o corpo é investido por relações de poder e de dominação; mas em compensação sua constituição como força de trabalho só é possível se ele está preso num sistema de sujeição (onde a necessidade é também um instrumento político cuidadosamente organizado, calculado e utilizado); o corpo só se torna força útil se é ao mesmo tempo corpo produtivo e corpo submisso (FOUCAULT, 1987, p. 29).

O corpo é, ao mesmo tempo, produtivo e submisso nas relações de poder: “Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política.” (FOUCAULT, 1987, p. 47). O fato de o corpo estar imerso em relações de poder não significa para Foucault que ele esteja completamente dominado, pois, para o autor, o poder só se exercita se houver no outro polo as rotas de fuga, as práticas de liberdade enquanto enfrentamentos face ao controle do poder.

O controle sobre os corpos é também o que fortalece a construção do saber médico. A relação que se estabelece entre a procura da objetividade, junto com a ordem disciplinar e o poder psiquiátrico fortalece o controle. Esse conjunto de fatores atribui poder para que um médico determine quem está doente e quem não está. Podemos afirmar que o médico se constituiu primeiro como uma figura de poder, mais do que como um saber, a partir de seu desenvolvimento como autoridade moral e jurídica, tal como mencionou-se em subseção anterior.

As tecnologias de poder surgem com a definição de categorias como normal e anormal, formadas a partir da relação de poder-saber e de uma estratégia de normalização com base nos procedimentos jurídicos tradicionais da punição: o asilo, o hospital, a escola etc. A escola, por exemplo, exerce o controle dos corpos através da distribuição dos alunos pelas suas aptidões e comportamento, exercendo sobre eles uma pressão constante para que sejam submetidos a um mesmo padrão, com o propósito de que todos sejam normalizados e convertidos em uma massa homogênea.

O Normal se estabelece como princípio de coerção no ensino, com a instauração de uma educação estandardizada e a criação das escolas normais; estabelece-se no esforço para organizar um corpo médico e um quadro hospitalar da nação capazes de fazer funcionar normas gerais de saúde; estabelece-se na regularização dos processos e dos produtos industriais (FOUCAULT, 1987, p. 208).

Para Foucault, o poder não se exerce na lei, mas, sim, na norma, e se caracteriza não apenas pela repressão da individualidade, mas também, principalmente pela sua construção (CASTRO, 2009).

No biopoder, a normalização se traduz na regulação da vida, tanto dos indivíduos como das populações, na medida em que as tecnologias da disciplina e da regulação se instauram na sociedade e regulam os corpos. A doença como algo negativo adquire aqui a feição positiva, passando a conviver com a pessoa sã porque a positividade do Estado está mais em nem deixar morrer, nem fazer viver, mas fazer viver com qualidade.

Na sociedade da normalização, a norma traz consigo um princípio de qualificação e um princípio de correção, na medida em que ela se constitui através da mudança de certas subjetividades por meio de certos dispositivos normalizadores. Segundo Foucault, no século XVIII a normalização social, política e técnica se manifestou no domínio da educação, nas escolas e na medicina através da organização hospitalar, escolar etc., mas, também, da produção industrial, apresentando-se como uma questão positiva, já que não mais exclui, mas transforma a partir de um poder normativo (FOUCAULT, 2001).

Em resumo, pode-se dizer que a disciplina produz, a partir dos corpos que controla, quatro tipos de individualidade, ou antes uma individualidade dotada de quatro características: é celular (pelo jogo da repartição espacial), é orgânica (pela codificação das atividades), é genética (pela acumulação do tempo), é combinatória (pela composição das forças). E, para tanto, utiliza quatro grandes técnicas: constrói quadros; prescreve manobras; impõe exercícios; enfim, para realizar a combinação das forças, organiza “táticas”. A tática, arte de construir, com os corpos localizados, atividades codificadas e as aptidões formadas, aparelhos em que o produto das diferentes forças se encontra majorado por sua combinação calculada é sem dúvida a forma mais elevada da prática disciplinar (FOUCAULT, 1987, p. 192).

Para Foucault (1987), no contexto de uma biopolítica, a biologização do conceito de raça se impõe, levando-o a defender que o biopoder não é uma questão exclusiva dos governos, é, também, uma construção entre o saber e o poder, e a raça condensa esses elementos para definir o outro, fortalecida no biopoder para espalhar ideias acerca de concepções de reprodução e políticas de racismo.

O biopoder, enquanto convergência do poder disciplinar e da biopolítica, é uma forma de poder ao mesmo tempo individualizante e totalizante. Enquanto o

poder disciplinar, como referido acima, tem como objeto o corpo, a biopolítica se volta para o corpo múltiplo que seria a população, para o homem como parte da espécie biológica. Sua ênfase é sobre os fenômenos em massa e de longa duração, através de mecanismos de previsão, de estimação estatística, de ponderações globais, procurando um equilíbrio e uma regulação no nível social. Assim, a biopolítica se ocupa dos processos das populações, da demografia, das taxas de reprodução, nascimento, da higiene pública, entre outras:

De que se trata nessa nova tecnologia do poder, nessa biopolítica, nesse biopoder que está se instalando? Eu lhes dizia em duas palavras agora há pouco: trata-se de um conjunto de processos como a proporção dos nascimentos e dos óbitos, a taxa de reprodução, a fecundidade de uma população, etc. São esses processos de natalidade, de mortalidade, de longevidade que, justamente na segunda metade do século XVIII, juntamente com uma porção de problemas econômicos e políticos (os quais não retorno agora), constituíram, acho eu, os primeiros objetos de saber e os primeiros alvos de controle dessa biopolítica (FOUCAULT, 2005, p. 290).

Com a biopolítica, a população é encarada como um problema político e científico e, ao mesmo tempo, como um problema de poder. Daí a presença dos mecanismos de previsões estimativas para, por exemplo, baixar a morbidade e estimular a natalidade, tudo com a finalidade de otimizar o estado de vida.

Não se trata absolutamente de ficar ligado a um corpo individual, como faz a disciplina. Não se trata, por conseguinte, em absoluto, de considerar o indivíduo no nível do detalhe, mas, pelo contrário, mediante mecanismos globais, de agir de tal maneira que se obtenham estados globais de equilíbrio, de regularidade; em resumo, de levar em conta a vida, os processos biológicos do homem-espécie e de assegurar sobre eles não uma disciplina, mas uma regulamentação (FOUCAULT, 2005, p. 294).

Foucault (2008) argumenta que a biopolítica surge do liberalismo no sentido em que ele se manifesta como uma racionalidade na arte de governar.

Parece-me, contudo, que a análise da biopolítica só poderá ser feita quando se compreender o regime geral dessa razão governamental de que lhes falo, esse regime geral que podemos chamar de - questão de verdade - antes de mais nada da verdade econômica no interior da razão governamental, e, por conseguinte, se se compreender bem o que está em causa nesse regime que é o liberalismo, o qual se opõe à razão de Estado, ou antes, [a] modifica fundamentalmente sem talvez questionar seus fundamentos (FOUCAULT, 2008, p. 30).

Nesse sentido é que, segundo Foucault (2008), surge o princípio da autolimitação da razão governamental, a verdade econômica do liberalismo que reconhece a necessidade da não intervenção.

Nos enunciados analisados é possível falar da existência de uma objetivação do outro (indígenas) a partir de uma verdade médica que os vê como corpos doentes, despojando-os das suas próprias epistemologias. Turner (2005 apud WAWZYNIAK, 2008), sugere que o corpo é um lugar de conhecimento e de adequação dos sentidos, e Tola (2012) afirma que o corpo não deve ser pensado como uma singularidade individual ou como um dado irreduzível da natureza, mas como um corpo de muitos corpos, transformado de maneira constante em relação com o espaço coletivo e metafórico do devir.

No enunciado abaixo, Rafael diz que a patologia ocorre em um nível *orgânico individual*, mas que as questões de saúde mental sempre são do coletivo. Quando se fala de indígena estamos falando não só de indivíduos, mas, também, de pessoas que são parte de uma coletividade que abrange o território.

[10]

A questão é assim, o programa não trabalha só, ele não vê só, ele não é um programa de doença mental né? Ele é um programa de saúde mental porque quando a gente pensa em doença a gente pensa em indivíduo, a doença é um problema do indivíduo em geral, né? A patologia ocorre num nível orgânico individual e não é de doença mental que a gente tá falando. É de saúde mental, e as questões de saúde mental, elas quase sempre são do coletivo, por mais que se manifeste em uma forma de doença em uma pessoa, né? Por mais que uma pessoa diz a sério os sintomas, mas, provavelmente, é claro, tem umas situações que realmente são mais orgânicas, mas em geral quando a gente fala de saúde mental a gente tá pensando em questões coletivas, em questões sociais. Isso significa que tanto em geral as origens dos problemas são sociais, quanto provavelmente a forma de resolver ele vai ser também. A gente não vai resolver o problema só medicando a pessoa, a gente vai resolver o problema entendendo aonde que nas relações que ela estabelece com as outras pessoas em volta dela aquilo virou um problema. E como é que a gente pode tentar ajudar a melhorar isso. É uma intervenção complexa, não é uma intervenção só do procedimento de saúde, não é isso. Às vezes são coisas que vai envolver toda a aldeia, toda a comunidade. (RAFAEL).

Rafael falou na sua entrevista que a política de saúde mental destinada aos povos indígenas tem especificidades. Suas questões principais são: consumo de álcool e drogas, tentativa de suicídio, agressividade ou violência. Depois de identificadas essas características como problemáticas, começa um processo que se

inicia no âmbito local e chega até o DSEI ou ao especialista indicado. Como se pode depreender, trata-se de um discurso institucional que situa o sujeito no domínio de uma biopolítica enquanto política do estado que não se volta para o indivíduo, mas para um grupo ou uma dada população.

No entanto, o que devemos evidenciar nesse discurso é o funcionamento da biopolítica no seu caráter universalizante, em que as condições dos sujeitos são tomadas em um âmbito de políticas públicas que considera os problemas de saúde como um acaso da população geral e não de culturas, no caso aqui analisado, as populações indígenas. Podemos observar uma característica da biopolítica nesse discurso, na seguinte sequência enunciativa: [...] *e não é de doença mental que a gente tá falando. É de saúde mental, e as questões de saúde mental, elas quase sempre são do coletivo, por mais que se manifeste em uma forma de doença em uma pessoa, né?* A biopolítica atua sempre nesse cuidado de prevenção com a vida da população em uma estimativa de cálculo para fazer viver, ainda que para isso seja necessário deixar morrer. Ou seja, fazer com que uma dada população viva não quer dizer que todos vivam, pois alguns são deixados à mercê da morte. Esse é o jogo contraditório da biopolítica.

Por outra parte, para que o estado atue com uma biopolítica, há custos, pois a população é submetida a certos controles, a certos exames e normas, a certas atividades codificadas, a certas aptidões, tal como postulou Foucault (1987). O enunciado: *A gente não vai resolver o problema só medicando a pessoa, a gente vai resolver o problema entendendo aonde que nas relações que ela estabelece com as outras pessoas em volta dela aquilo virou um problema*, nos dá a dimensão de que a atuação da biopolítica não se limita ao corpo físico dos sujeitos, mas atinge toda uma vida dentro de práticas de objetivação e observação a partir de diferentes dispositivos.

Quando Rafael diz: *a gente pode tentar ajudar a melhorar isso, quando a questão tá ali dentro, a ideia de ajuda afasta o sentido de dever do Estado*. No entanto, a questão maior para se discutir é se os indígenas são consultados para a implementação dessa política, ou seja, se eles são informados do fornecimento dos medicamentos psicotrópicos, das consequências do seu consumo e dos possíveis efeitos secundários que trazem esse tipo de medicação.

Na sequência da entrevista de Rafael, trazemos outro enunciado a seguir em que se pode verificar como os dispositivos da biopolítica atuam no mais ínfimo da

vida da população. Como menciona Rafael, esses dispositivos estão na forma de registros, fichas, formulários etc., e é através deles que, na medida em que o Estado exercita o cuidado com o Outro, capta desse Outro, por meio de informações por ele mesmo fornecidas, para alimentar o próprio controle do Estado. Mostra, ainda, como os sujeitos que se beneficiam de uma biopolítica precisam cumprir certos requisitos exigidos pelo próprio sistema de saúde. Foucault fala que se trata de uma polícia sobre a população. Por exemplo, as fichas e formulários que os sujeitos devem preencher com os próprios dados é uma forma de exame e de confissão que alimenta o Estado para atuar sobre a população com saberes administrativos e políticos sobre ela, facilitando assim o conhecimento e o controle do Estado no exercício da biopolítica,

[11]

A equipe de saúde, qualquer equipe de saúde, seja ela da saúde indígena, seja ela do posto de saúde da cidade, do hospital, elas têm uma série de protocolos né? uma série de compromissos que elas fazem regularmente, uma dessas coisas é preencher fichas e formulários né? E essas coisas alimentam os sistemas. Então, o Ministério da Saúde tem uma série de sistemas de informação de saúde. Por exemplo, tem o sistema de informação de mortalidade. Qualquer pessoa que morrer no Brasil em qualquer circunstância, essa morte tem que ser informada pro sistema, morreu fulano. De quê? Morreu de quê? E aí, teoricamente isso tem que ser feito e preenchido lá. Algumas coisas a gente fala que é de notificação compulsória. Isso inclui tanto alguns tipos de doenças, quanto alguns tipos de situações tipo violência, o suicídio, por exemplo. Se o profissional sabe disso ele é obrigado a notificar. Essa notificação significa o que? Isso não tem nada a ver com segurança pública, com polícia, com investigação policial. Não tem nada a ver com isso. Tem a ver com o sistema de informação de saúde. Significa que ele vai ter que preencher uma ficha e enviar pra quem alimenta o sistema. Então, assim, violência, na ficha tem lá uma lista de cinquenta, sessenta tipos de violência e ainda tem no final outros, ou seja, qualquer tipo de violência que o profissional identifique como uma violência ele tem que notificar. Aí, na ficha tem uma pergunta lá: a vítima dessa situação de violência que você está informando entende que aquilo é uma violência? Sim ou não?
 (...) E se falam que é uma violência a gente vai ter que investigar, assim, do ponto de vista da saúde, não, assim, do ponto de vista da polícia, mas investigar, assim, entender o que está acontecendo e por que. (RAFAEL).

Na biopolítica, a população é encarada como um problema político e científico e, ao mesmo tempo, como um problema de poder. Daí a presença dos mecanismos de previsões, estimativas para, por exemplo, baixar a morbidade e estimular a natalidade, tudo com a finalidade de otimizar o estado de vida. É por isso que o sistema de saúde concentra informação de mortes, doenças e dados demográficos em geral. É interessante observar duas passagens do enunciado em que Rafael fala

que esse não é um controle policial, ou seja, para fins de um poder punitivo – produzindo nesse discurso o efeito de uma memória do inquérito policial. No entanto, embora o efeito não seja de punição, é a ação de um biopoder que recorre a dispositivos para obter o controle sobre os corpos com objetivos de “melhorar as condições de vida”, mas, muitas vezes, desde parâmetros ocidentais.

Não se trata absolutamente de ficar ligado a um corpo individual, como faz a disciplina. Não se trata, por conseguinte, em absoluto, de considerar o indivíduo no nível do detalhe, mas, pelo contrário, mediante mecanismos globais, de agir de tal maneira que se obtenham estados globais de equilíbrio, de regularidade; em resumo, de levar em conta a vida, os processos biológicos do homem-espécie e de assegurar sobre eles não uma disciplina, mas uma regulamentação (FOUCAULT, 2005, p. 294).

O próximo enunciado é, também uma parte da entrevista de Fernando, em que ele fala sobre como as políticas podem normatizar a vida das pessoas, respondendo à pergunta sobre como a instituição trabalha o tema da saúde mental com populações indígenas:

[12]

Como eu te falei, quando você exclui determinadas populações, entre elas os indígenas, que são muito excluídos por conta de inúmeras coisas: a dificuldade da língua, às vezes, o distanciamento do centro urbano onde está o serviço especializado de saúde mental, a dificuldade com a cultura mesmo né? a organização social dos índios, essas coisas. É porque a saúde mental se ela não for muito bem cuidada, ela acaba se tornando uma forma de normatização da vida das pessoas. Então, acaba virando, assim, pra que você tenha saúde mental, você tem que ter é... ser casado; tem que ter uma casa, um emprego; tem que ter não sei o que. E os índios não têm esse padrão de normalidade que é... que é normal pra eles. Mas, só que o nosso padrão de homem branco é o que acaba prevalecendo quando somos nós que operamos as políticas, sem escutar essas outras populações. Então, os índios, eles encontram todas essas dificuldades. E aí, o que acontece é que o índio ou fica desassistido ou quando tem algum problema relacionado à saúde mental, recorre pra é, pra suicídio, ou então pro álcool, ou eles são excluídos da aldeia. E também existem os casos em que o índio acaba caindo nas mãos da indústria farmacêutica. Como, por exemplo, como tem o caso dos Xikrin de Parauapebas que até um tempo desse atrás eles tinham, eles tinham um índice muito preocupante de uso de anticonvulsivante prescrito por um médico que tinha uma entrada na aldeia. Ele fazia uma pesquisa, ele nem era psiquiatra nem nada, ele era nefrologia, ele fazia nefrologia. E aí, mas como os índios viam que era médico, consultavam com ele. Ele passava uma medicação e logicamente que os problemas, os sintomas que os índios apresentavam de dor de cabeça, principalmente, que na tradição deles cuidavam com as pajelança, com as plantas medicinais ou seja lá com o que for, acaba que eles iam por todo esse processo de contato com nossa cultura e acabam pegando, tratando de tudo isso com remédios. E a gente tinha 60 índios em uso de anticonvulsivante, até que a gente começou fazer algumas ações na aldeia

e esse número diminuiu bastante. Está na faixa de uns trinta agora. Mas, era muito preocupante. Quando a gente olha pra aldeia e olha pra isso, agente vê que não é só a medicação. É a índia que não quer mais dar o peito pro bebê, por exemplo. Eles tomam muita Coca-Cola, estão ficando obesos. A própria alimentação deles tem mudado muito. E aí, a medicação alopática entra nesse bolo aí. (FERNANDO).

Fernando fala de uma política que se efetiva a partir de estratégias de controle e de segurança dos corpos e das vidas. Trata-se de um pelo ocidente que normatiza e insere o outro em um lugar de normalização para que possa ser contemplado por tais políticas. No caso do indígena, ao ser catalogado como usuário ou paciente, é despojado de seu caráter diferencial, sua forma de ver e perceber o mundo, seu contexto e, o que seria mais importante, neste caso, sua relação com o corpo. Essas interações se perdem na abrangência das políticas públicas. O universo de referência material e simbólica não é considerado.

A sequência linguística “*quando você exclui determinadas populações, entre elas os indígenas que são muito excluídos*”, sugere que o modo como a biopolítica se formula, dentro de uma lógica que não comporta todas as diferenças, há sempre excluídos do acesso, justamente aqueles que fogem do padrão de normalidade delineado por essa políticas, no caso aqui, os indígenas, por exemplo.

Estamos aqui diante de uma inclusão excludente, e da negação dos conhecimentos e das causas pelas quais os sujeitos demandam políticas de inclusão do diferente. Nesse relato, se manifestam diferentes formas de silenciamento de alteridades e de reforço das noções de normalidade e anormalidade, na medida em que tais políticas não comportam todos, justamente porque pela diferença são levados para o campo da desigualdade e da exclusão. A tentativa de colocar todos “num mesmo teto” desde o espaço físico até o espaço simbólico, cultural, de identidade e de classificação diagnóstica (VEIGANETO; LOPES, 2007).

Os argumentos apresentados por Fernando para falar das causas da exclusão são a língua, o distanciamento de centros urbanos, a organização social dos povos indígenas, as características próprias destes povos. Como se vê, nesse caso, a exclusão está dada pela diferença; não se fala de uma compreensão das dinâmicas sociais e culturais dos diferentes, mas sim da necessidade da inclusão que opera na lógica da adaptação à vida “normal” do outro. Prevalece uma política a partir da qual os indígenas devem se autocorrigir, com a ajuda do Estado: *a saúde*

mental, se ela não for muito bem cuidada, ela acaba se tornando uma forma de normatização da vida das pessoas. Tem-se, portanto, um cuidado com a população, dentro de um campo de normatividade, uma vez que a biopolítica não tem peso mas tem custos: você tem que ter...; ser casado; tem que ter uma casa; um emprego; tem que ter não sei o que. Esses são alguns custos exigidos como a contraparte pela biopolítica. É uma política que se entende a todos desde que se enquadrem em uma dada ordem. Ou seja, as condições que o entrevistado menciona como: ter uma casa ou um emprego para que possa acessar as políticas públicas são características padronizadas exigidas pela biopolítica enquanto formas de normatização da vida, segundo padrões ocidentais baseados em um ideal de vida e costumes.

O entrevistado reconhece a prevalência do não indígena sobre o indígena, mas essa prevalência, nesse caso, tem a ver com uma política pública ou com a prestação de um serviço baseada em valores e comportamentos universais, como o próprio Fernando menciona: *nosso padrão de homem branco é o que acaba prevalecendo quando somos nós que operamos as políticas né?, sem escutar essas outras populações.*

Foucault (2001), formula os conceitos de poder disciplinar - exercidos sobre os indivíduos - e de biopolítica - enquanto poder que se exerce sobre as populações. A conjunção desses dois tipos de poder é o que resulta no biopoder. Aqui, a normalização se traduz na regulação da vida, tanto dos indivíduos como das populações, na medida em que as tecnologias da disciplina e da regulação se instauram na sociedade e regulam os corpos.

Aquém, portanto, do grande poder absoluto, dramático, sombrio que era o poder da soberania, e que consistia em poder fazer morrer, eis que aparece agora, com essa tecnologia do biopoder, com essa tecnologia do poder sobre a "população" enquanto tal, sobre o homem enquanto ser vivo, um poder contínuo, científico, que é o poder de "fazer viver". A soberania fazia morrer e deixava viver. E eis que agora aparece um poder que eu chamaria de regulamentação e que consiste, ao contrário, em fazer viver e em deixar morrer (FOUCAULT, 2005, p. 294).

No caso dos povos indígenas, a complexidade tem a ver com que o ideal de pessoa enquanto uma construção ocidental, não contemplando as constantes transformações por que passam os povos indígenas. Por isso mesmo, os discursos do poder colonial focalizam o que referencia como ausências, falta, carência, porque

não contempla o estado ideal “ocidental”, mas também em função de comportamentos indesejados, considerados inaptos, incorretos, fora dos parâmetros estabelecidos pela lógica colonial.

Assim, as políticas de saúde mental, particularmente desenvolvidas junto a comunidades indígenas, se desenvolvem sob formas exclusão, primeiro pela sua vontade de inclusão excluindo os sujeitos de políticas específicas, segundo pela rejeição a comportamentos e práticas que não se encontram dentro dos parâmetros impostos pelas relações históricas entre o saber e o poder, promovendo o controle sobre os corpos, sobre os processos da vida, cujos efeitos econômicos e políticos são de exclusão (ABELÊS, 2017).

Em 13, temos uma sequência retirada da entrevista de Fernando, no qual fala que a saúde mental tem dois significados:

[13]

Olha, saúde mental é... primeiro ela tem vários significados né, pra gente. Então, *o primeiro significado é assim, enquanto político, né? A gente tem a política de saúde mental que é uma política dentro do Sistema Único de Saúde brasileiro*, então é uma política que tem suas bases na política da saúde mental da Itália, mas também da França. Então, a gente se baseou muito na italiana, é a que a gente vem construindo desde os anos 70 né? uma política antimanicomial⁸ e que baseou todos os outros programas né, serviços, por exemplo, CAPS, né?, As residências terapêuticas e consultório nas ruas, tudo foi baseado nessa política de saúde mental que tem um cunho extremamente antimanicomial. Inclusive, a política de drogas também é dentro da política de saúde mental e a gente, também, tem esse cunho antimanicomial. Então, como política ela é assim. Eu acho que *o outro sentido é no sentido de filosofia mesmo né?* de filosofia de cuidado mesmo, baseado na liberdade, baseado na autonomia dos sujeitos e baseado no protagonismo dos *usuários* também. Então, acho que são basicamente esses dois, esses dois significados aí. Mas *é claro que saúde mental, enquanto objetivo mesmo, ela é algo inalcançável*, e a gente tem que buscar, mas sabendo que a gente não vai alcançar uma saúde plena mental né? Nem física, nem mental, nem social. É algo que é pra gente buscar, mas a gente sabe que a gente não vai alcançar. (FERNANDO).

Por uma parte, o entrevistado fala do conceito *político* de saúde mental, por outra, do conceito *filosófico*. No segmento: *a gente tem a política de saúde mental que é uma política dentro do Sistema Único de Saúde brasileiro*, o entrevistado afirma que a saúde mental, como política, traz consigo uma intervenção do Estado, no sentido da saúde, situando tal política no domínio de uma produção biopolítica,

⁸ O conceito de antimanicomial refere-se ao processo de anular os manicômios no Brasil, é uma luta que foi iniciada na década de 1980, no Brasil, e esteve fortalecida com a instauração do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (CABRAL, S. A. A. O. et al, 2015).

no sentido de que através dela há estratégias e ações para o cuidado da vida das pessoas, assim como normas e controles que condicionam esse cuidado.

No sentido da questão política, o profissional fala do caráter antimanicomial dessa política, referindo-se às estratégias encaminhadas para ações que não envolvem a internação em manicômios. Tem-se, nesse dispositivo, uma das características dessa política enquanto estratégia de uma política de segurança e de uma arte de governar (FOUCAULT, 2008). Isso sustentado na prioridade da política de saúde mental como do cuidado com o outro, o que no caso dos povos indígenas gera uma perspectiva complexa de saber como é a percepção do outro para gerar esse cuidado. Lembra o autor que quando o Estado se volta para os cuidados com a população, ou seja, para a *governamentalidade*, no século XVIII, os fenômenos patológicos passam a ser parte de uma consciência coletiva, manifestada como forma de um saber e de uma experiência. Nesse sentido, quando Fernando fala da política de saúde mental antimanicomial, trata-se de uma *governamentalidade* lastreada em um saber e uma experiência que, no cuidado com a população, coloca em funcionamento certos dispositivos de poder.

Fernando fala também de um sentido filosófico da saúde mental (*...de filosofia de cuidado mesmo, baseado na liberdade, baseado na autonomia dos sujeitos é... é baseado no protagonismo dos usuários...*). Aqui também entra uma relação de saber/poder, na medida em que o saber filosófico se articula com dispositivos, táticas e estratégias de intervenção dessa política, assim como com a forma como o Estado define saúde mental, a partir de certos parâmetros de normalidade. Talvez por isso, o argumento de que a saúde mental *É algo inalcançável*.

Assim, temos nesse enunciado o funcionamento do “cuidado” do Outro através das políticas nomeadas de inclusão, mas sempre institucionalizadas a partir do que Foucault (2001) define como tecnologias positivas de poder, pois já não se exclui como aconteceu na época Clássica, mas se inclui a partir de certas práticas e técnicas de controle, ou seja, é a prática da inclusão dentro da cidade, mas, uma inclusão regulada enquanto objeto de um saber, como aconteceu com a transição entre o modelo de lepra e o de peste.

Essa questão filosófica é baseada na liberdade e na autonomia dos sujeitos, mas, uma liberdade que corresponde à busca constante do indivíduo para se ajustar a um modelo ideal construído através de relações históricas de poder. Trata-se,

portanto, de uma verdade construída e institucionalizada na forma de políticas públicas de Estado homogeneizados, sem que nelas contenham a possibilidade de manifestação das diferenças, de outras formas de subjetividades. A padronização característica da biopolítica trabalha com a busca eterna e idealizada da padronização inalcançável. Quando Fernando diz que a saúde mental é inalcançável, é uma afirmação que pode ser remetida a qualquer padrão de vida em sociedade, seja ele no campo da saúde ou em qualquer outro domínio da vida humana, embora os dispositivos da biopolítica funcionem sempre em direção ao alcance de um modelo, um padrão.

É por meio desse ideal de comportamentos que a biopolítica se instaura nas práticas de seguridade social, na subjetivação que leva ao autogerenciamento, à ação do indivíduo sobre si mesmo. O Estado é a instituição que regula e avalia essa determinação do que sejam modelos ideais esperados com o funcionamento da biopolítica. Os sujeitos a que se destinam as ações do biopoder através da biopolítica são comumente nomeados de *usuário*, revelando já nessa palavra um sujeito despojado da sua identidade, da sua característica de sujeito coletivo, para ser um “igual” dentro do sistema. Em se tratando de políticas indígenas, dentro da lógica de um pensamento ocidental, o indígena é o paciente ou *usuário* que utiliza um serviço do Estado, como se fosse algo transitório em sua vida, como se os serviços públicos fossem algo descartável que passa pela vida dos sujeitos sem afetar-lhe em suas experiências e subjetividades. Talvez seja essa uma estratégia mesma do biopoder: produzir sentidos de efeitos efêmeros, quando, na verdade, os dispositivos de controle atuam fortemente na construção e reconstrução de subjetividades, ainda que os sujeitos a eles não se submetam por inteiro, pois o jogo se dá sempre em relações de força, como discutiremos no item seguinte.

5.5. PRÁTICAS DE LIBERDADE

Como destacamos no início desta seção, após dedicar-se, em suas pesquisas, ao estudo de como o sujeito humano entra nos jogos de verdade, em um primeiro momento, investigando, na forma de um saber científico ou nas instituições; em segundo momento, no modo como no discurso científico os sujeitos vão se definindo como sujeitos (trabalhador, médico, pai, mãe, professor, religioso etc.); em

um terceiro momento, Foucault volta-se em seus estudos dos jogos de verdade a partir da ética do cuidado de si como prática de liberdade.

De acordo com Castro (2009), as práticas de liberdade se constituem nas relações que os sujeitos estabelecem consigo mesmos e com os outros, definindo formas em que podemos nos construir como sujeitos, a partir de processos de subjetivação. Para o autor, em um primeiro momento, Foucault tratou das relações de poder-saber acerca dos modos de subjetivação através de técnicas de objetivação do sujeito, que seriam os modos como o sujeito aparece enquanto objeto em uma relação entre o conhecimento e o poder (CASTRO, 2009).

No cuidado de si e práticas de liberdade, o sujeito constrói práticas para transformar o seu próprio ser. Nessa compreensão de Foucault, na relação do cuidado de si, o sujeito se constrói pelas suas práticas. “A atitude do indivíduo em relação a si mesmo, a maneira pela qual ele garante sua própria liberdade no que diz respeito aos seus desejos, a forma de soberania que ele exerce sobre si, são elementos constitutivos da felicidade.” (FOUCAULT, 1998, p. 73).

Portanto, nos enunciados seguintes, pretendemos analisar como, discursivamente, os indígenas constroem suas próprias práticas de liberdade, a partir de seu conhecimento, construindo para si práticas aceitáveis e satisfatórias de sua existência. Com isso não se quer dizer que as relações de poder estejam afastadas, mas o que há são resistências face as estratégias de poder.

O indígena Xikrin, por exemplo, fala da importância do pajé, no interior da aldeia, e de como ele concentra o conhecimento tradicional indígena, afirmando que as práticas do pajé estão vigentes e que esse conhecimento não funciona como uma transmissão, mas como experiência, modo de vida. A pajelança não é, então, uma aprendizagem que se faz desde criança, por exemplo, como acontece no sistema educativo em termos ocidentais, em que uma pessoa adquire um conhecimento com o tempo. Algumas etnias da Amazônia transmitem seus conhecimentos dos avós para as crianças da comunidade, mas, dentro da cosmologia Xikrin, é o espírito que escolhe a pessoa, e, através de uma doença, chega a ela, por meio de uma visagem⁹ ou alucinação. Assim, na cosmologia Xikrin:

⁹ Veja FERREIRA, L. O. Jurupari ou “visagens”: reflexões sobre os descompassos interpretativos existentes entre os pontos de vista psiquiátrico e indígenas. **Mediações**, Londrina, v. 16, n. 2, p. 249-265, jul./dez. 2011.

Ser afetado pelo “olhar” de um “bicho” pode ser interpretado como indicativo da possibilidade de a pessoa poder tomar-se pajé. Cujos sintomas já podem ser identificados durante a gestação, quando a “criança soluça no ventre da mãe”, o que quer dizer que a doença tem caráter iniciático.[...] o processo de formação xamânica inicia-se com os primeiros sintomas, e a cura não se efetiva totalmente, porque a realização de um tratamento completo “implicaria na perda do dom xamanístico”. Assim, esse agente de cura se caracteriza como um doente com poder de cura, um “médico ferido” (CAPRARA, 1998). Curada, a pessoa ficaria impossibilitada de comunicar-se com os encantados, por ter interrompido o processo de alteração das suas capacidades perceptivas. Pode-se dizer, então, que o próprio tratamento é o início do seu aprendizado (WAWZYNIAK, 2008, p. 144).

Wawzyniak (2008) explica que quando acontece o “mau olhado de bicho”, o agente de cura passa a ser um doente com poder de cura, em um processo de aprendizado. Nesse caso, existe uma ruptura de identidade, pois a pessoa vai se encontrar perturbada pelos seres demiurgos, e essa perturbação vai afetar o corpo. Para melhor descrever essa prática, o autor traz a categoria “engerar”:

Para os comunitários ribeirinhos do baixo rio Tapajós, a pessoa, em determinadas circunstâncias, pode ser afetada por uma doença provocada pelo olhar de seres capazes de transformar-se em outros – e tal capacidade de transformação é compreendida, entre eles, pela categoria “engerar”. Minha hipótese é a de que essa categoria pode fornecer a chave para compreender as suas representações de pessoa, saúde, corpo e meio ambiente, e das práticas relacionadas a essas dimensões. Seu significado encontra-se no interior de um sistema cosmológico que postula a permutabilidade dos seres entre si – homens, animais, demiurgos e objetos – e a mudança permanente da aparência (WAWZYNIAK, 2008, p. 30).

Nessa cultura, não é a pessoa quem decide ser pajé, é o universo cosmológico quem o escolhe, de modo que, através de uma doença ou de um “bicho” leva o conhecimento à pessoa escolhida. Nesse sentido, a afirmação de que os pajés já não mais existem ou que com a morte dos pajés atualmente existentes, desaparecerá a pajelança e com ela o conhecimento ancestral indígena, trata-se de um pensamento colonial que não corresponde ao que descreve o autor, acima.

As palavras do autor nos fazem saber que a atuação do pajé corresponde a uma prática social que se constrói na interação com o mundo, e não a partir de transmissão geracional, tal como ocorre com os ribeirinhos do baixo rio Tapajós narrados por Wawzyniak (2008). Essa prática deve ser compreendida como um fenômeno que faz parte da vida do indígena e de seu universo cosmológico, como mostra Evans Pritchard (2005), na sua etnografia sobre os azande, ao dizer que as

crenças como bruxaria e magia são parte integral da vida cultural deles, e, que, portanto, só podem ser compreendidas no seu contexto social total.

No seguinte enunciado o indígena Xikrin descreve essa questão de como se “chega” a ser pajé na sua etnia:

[14]

É porque, pra ser pajé, não é a gente que escolhe, é o espírito que escolhe quem é que vai ser o pajé. O o exemplo que eu tenho é de meu irmão né? O meu irmão ele é mais jovem do que eu. Ele caiu e se machucou, aí quando ele adoeceu o espírito escolheu ele para ser pajé, ser pajé mais jovem. Ele começou a se preparar pra ser pajé, mas só que a minha mãe, assim, ela não queria que ele fosse pajé né? e pegou casca de coco babaçu, colocou no fogo pra ele poder ficar lá pra fumaça pegar nele pra poder tirar essa maldição do espírito né? Aí, tirou, aí meu irmão voltou. (XIKRÍN).

Assim, como falou o Xikrin, *é o espírito que escolhe quem é que vai ser o pajé*, portanto, a cosmologia Xikrin, como a população do baixo rio Tapajós, guarda muitos segredos que fazem parte da sua própria identidade, percepção e relação com o mundo. Isso constitui uma prática de liberdade, uma vez que, por mais que tenham um contato com o ocidente e uma imposição de saberes, esses sujeitos exercitam práticas que abrem um campo de possibilidades de relações outras, definidas a partir de seus valores, éticas e modos de vida na sua coletividade.

O pajé e as práticas de cura tradicionais, assim como a permanência das crenças que fazem com que exista a doença do “olhar do bicho”, são práticas de liberdade porque, embora não estejam fora de relações de poder, colocam em funcionamento outras epistemologias. Através da liberdade o sujeito exercita a possibilidade de dar a si a mesmo a sua própria conduta, convertendo-se em sujeito da sua própria liberdade e da sua própria existência (CASTRO, 2009).

Por isso, mais do que um conjunto de crenças ligadas aos encantados, a pajelança pode ser vista como o sistema interpretativo dos indígenas e ribeirinhos amazônicos (descendentes dos indígenas em sua maior parte). Apesar da colonização e da catequese cristã, a pajelança continuou desempenhando esse papel ao longo dos séculos, não de forma imutável, mas adaptando-se e recriando-se. Ainda hoje, ela fornece as lentes, através das quais eles veem o mundo; e a linguagem, através da qual expressam sua visão sobre a realidade e seus anseios de emancipação (VAZ FILHO, 2016, p, 41).

As relações entre sujeitos consigo mesmos constituem as práticas de liberdade, a forma como podemos nos construir como sujeitos. Na história da

loucura, o doente submete sua liberdade aos dispositivos de poder, a partir da alienação, mas depois ele é libertado em um jogo de poder. Nos modos de subjetivação, embora o poder mantenha sempre em diferentes relações, há sempre o espaço tenso de o sujeito atuar em rotas de fuga, como lembra Foucault, em *O sujeito e o Poder*. Nesse sentido, os modos de subjetivação são as práticas de construção do sujeito. Os estudos de Foucault se voltam para a formação do pensamento analisando as condições a partir das quais se formaram e se modificaram as relações entre o sujeito e o objeto para gerar formas de saber.

Para o caso dos indígenas enquanto povo colonizado, assim como qualquer outro grupo social, nesta sociedade, não se pode dizer que eles tenham suficientemente liberação política. No entanto, sua vida não está subsumida às relações de poder. Eles exercem as práticas de liberdade no cuidado de si, o que abre novas relações de poder, para se apropriar soberanamente dos seus conhecimentos e percepções dos seus corpos (individuais e coletivos) imersos em relações de poder constantes, mas também em transformações com os seus próprios mundos.

O *êthos* também implica uma relação com os outros, Já que o cuidado de si permite ocupar na cidade, na comunidade ou nas relações interindividuais o lugar conveniente seja para exercer uma magistratura ou para manter relações de amizade. Além disso, o cuidado de si implica também a relação com um outro, uma vez que, para cuidar bem de si, é preciso ouvir as lições de um mestre. Precisa-se de um guia, de um conselheiro, de um amigo, de alguém que lhe diga a verdade. Assim, o problema das relações com os outros está presente ao longo desse desenvolvimento do cuidado de si (FOUCAULT, 2004, p. 271).

As práticas de liberdade como cuidado de si na relação consigo mesmo e com os outros se apresentam também em momentos de confronto, como é o caso que aparece no seguinte enunciado na entrevista de Marina:

[15]

O Pajé de vez em quando ia lá à farmácia e fumava o cigarro dele para jogar a fumaça e ver se tinha algum mal. Até que um dia ele detectou que tinha um feitiço em uma caixa de medicamento. Eu falei pra ele: “- Olha, eu lamento muito Pajé, mas eu não vou tocar fogo. Eu não vou tocar fogo nesse remédio porque é muito difícil chegar pra nós e é uma caixa. E ele falou: “-Então, você separa pra nós que ninguém vai mais tomar esse remédio. Eu falei: - Não, então tire daí, toque fogo você mesmo”. Tirou, tocou fogo, era penicilina. Ele disse que tinha o Pajé brabo que ele faz feitiços, e jogou no medicamento. Então quem tomasse aquele medicamento ia morrer. Então não adianta você ter aquele medicamento ali. Eu falei: “-Então pois pegue você e vá botar fogo”. E ele foi cavou um

buraco e botou fogo. Então, você não pode lutar contra essas coisas porque é como eu te falei, o psicológico do índio, né? é muito forte, como eu te falei né?, a questão do Pajé com eles. Mas, antes toda aldeia tinha Pajé, hoje eu acho que não tem mais. (MARINA).

Esta narração de Marina traz o encontro de dois universos, mas os situa em uma relação de poder e resistência. Quando ela diz que o Pajé detectou a existência de uma feiticeira em um medicamento, remete a um evento em que a resistência se faz por certas estratégias de enfrentamento com outras práticas de poder. No caso relatado, há uma produção de significado cosmológico ameríndio dentro do que se poderia nomear como um espaço “ocidental” que corresponde à farmácia. O Pajé, a partir de seu conhecimento, recorreu a prática de defumação para reverter relações de poder, daí porque decide defumar os medicamentos. No momento em que ele diz para Marina que vai atear fogo na caixa de remédios, coloca-a na posição de decidir se mantinha sua posição de poder, na qual prevalece como espaço “ocidental”, através de seus medicamentos farmacêuticos, ou se permitia que o pajé exercesse sua autonomia e conhecimento, portanto, prática de liberdade, mesmo que os espaços de atuação sejam limitados. Esse encontro de duas cosmovisões denota a existência de possibilidade de resistência:

Mesmo quando a relação de poder é completamente desequilibrada, quando verdadeiramente se pode dizer que um tem todo poder sobre o outro, um poder só pode se exercer sobre o outro à medida que ainda reste a esse último a possibilidade de se matar, de pular pela janela ou de matar o outro. Isso significa que, nas relações de poder, há necessariamente possibilidade de resistência, pois se não houvesse possibilidade de resistência - de resistência violenta, de fuga, de subterfúgios, de estratégias que invertam a situação-, não haveria de forma alguma relações de poder (FOUCAULT, 2004, p. 277).

No momento em que o Pajé fala para Marina que existe um fetiche, é o conhecimento dele que lhe permite resistir e encontrar rota de fuga, nessa relação de poder, momento em que ela aceita que essa prática seja realizada. Levi – Strauss (1975) diz que a eficácia da magia implica três aspectos, primeiro a crença do feiticeiro, que significa a crença dele nas suas próprias técnicas; em segundo lugar, a crença das pessoas que são curadas por ele ou que são perseguidas por ele, em caso de se tratar de um feitiço que faz mal, e por último a confiança que a coletividade deposite nele.

Nesse caso, Marina se vê diante de um ato com o qual não concorda, mas o reconhece, dentro das relações de força em que se encontra. Estando no espaço da aldeia, pela própria força de significação das práticas, ainda que a decisão de Marina não seja em função dos três aspectos dos quais fala Levi-Strauss, ela e os indígenas se encontra imersos em um campo de batalha que se dá entre o poder e os saberes dos sujeitos indígenas.

Esses tipos de práticas constituem-se como práticas de resistência frente às políticas de governabilidade, em termos foucaultianos, cujo controle define e organiza a relação consigo mesmo, como um conjunto de práticas que fazem os indivíduos determinar sua liberdade (FOUCAULT, 2004). No entanto, é importante mencionar que essas práticas são raras, lacunares, evidenciando como as "rotas de fuga" ainda ocupam poucos espaços, face aos discursos hegemônicos.

No entanto, recorreremos aqui ao que diz Davi Kopenawa, no livro *A Queda do Céu*, situando sua fala no domínio das práticas de resistência em relação aos propósitos dos "brancos" de devorar os indígenas no seu universo. Depreende-se do que diz o autor que os sujeitos indígenas podem se vestir e utilizar relógio, mas, seu pensamento e subjetividades formam parte do território e de seu próprio mundo, de maneira que a própria condição de ser indígena é uma prática de liberdade e acontece além do que os nossos olhos podem perceber:

Hoje, os brancos acham que deveríamos imitá-los em tudo. Mas não é o que queremos. Eu aprendi a conhecer seus costumes desde a minha infância e falo um pouco a sua língua. Mas não quero de modo algum ser um deles. A meu ver, só poderemos nos tornar brancos no dia em que eles mesmos se transformarem em Yanomami. Sei também que se formos viver em suas cidades, seremos infelizes. Então, eles acabarão com a floresta e nunca mais deixarão nenhum lugar onde possamos viver longe deles. Não poderemos mais caçar, nem plantar nada. Nossos filhos vão passar fome. Quando penso em tudo isso, fico tomado de tristeza e de raiva (KOPENAWA; ALBERT, 2015, p. 75).

6. CONCLUSÕES

A continuação se apresentam algumas considerações que surgiram no percurso da elaboração desta pesquisa, a qual desde o início foi um desafio pessoal e acadêmico, mas que esperamos que traga contribuições no futuro. Consideramos que a importância deste estudo se dá na medida em que desenvolvemos um tema até agora pouco pesquisado, que tem a ver com a saúde mental em contextos indígenas, com as formas em que se descrevem os indígenas no território a partir das instituições ou dos funcionários do governo, com o analisar das maneiras em que estão se planejando as políticas públicas em saúde indígena e como essas são efetuadas no interior das aldeias.

Consideramos que é importante problematizar sobre como nós nos pensamos em relação aos “outros” como indígenas, a partir das nossas compreensões do mundo e das nossas relações de alteridade na diferença. O objetivo deste trabalho foi analisar os discursos produzidos em esferas institucionais da área de Saúde no Sul e Sudeste do Estado do Pará – Brasil, para compreender os processos de subjetivação de sujeitos indígenas no domínio de práticas discursivas da saúde mental. Dessa forma, foram trabalhadas referências bibliográficas da teoria pós-colonial/decolonial, teoria foucaultiana, e pesquisas que desenvolvem temáticas de indígenas e saúde.

Nosso *corpus* foi construído a partir de quatro entrevistas realizadas com profissionais que atuam no campo da saúde, contemplando comunidades indígenas da região, e uma quinta a um indígena de etnia Xikrin. Na leitura do *corpus*, apresentamos um total de 15 enunciados, nos quais identificamos, pelas regularidades discursivas, três eixos de funcionamento discursivos, são eles: Dispositivos reguladores de uma biopolítica da Saúde Indígena no Sul e Sudeste do Pará, (Des)encontros epistemológicos, imaginários, e colonialidade do poder e Poder, saber e biopolítica. Esses eixos foram importantes para que pudéssemos articular as análises com os suportes teóricos que fundamentaram nossa pesquisa. Dessa forma, os enunciados analisados foram articulados a esses dois últimos eixos.

Reconhecemos que eles se articulam discursivamente, mas a separação por eixo atendeu a um procedimento didático, por isso mesmo foi possível identificar em um mesmo enunciado o encontro de diferentes temas e diferentes funcionamentos

discursivos. Por exemplo, um enunciado que tem como objeto de discurso: o estereótipo, pode também mobilizar, ao mesmo tempo, questões de biopoder ou de gênero. Portanto, a definição de eixos atendeu muito mais a uma questão metodológica que uma questão das temáticas próprias de cada entrevista.

As análises apontam, nessa investigação, a existência de diferentes estratégias discursivas de interdição do neoliberalismo nas políticas públicas, permeadas por princípios de homogeneização e controle, com ênfase na estatização do biológico e no racismo do Estado, a partir dos processos de construção das políticas destinadas aos povos indígenas, que, em muitos casos, procuram uma inclusão a partir da exclusão.

Foi importante mostrar como os imaginários do pensamento colonial produzem subjetividades homogêneas a partir das regras da biopolítica, traduzidas em processos colonizadores de imposição de verdades. No decorrer das análises do *corpus* foi possível observarmos, ainda, que os saberes indígenas foram e continuam sendo representados como *saberes sujeitos*, desqualificados, ingênuos e hierarquicamente inferiores a esses outros saberes “científicos” ou “estatais”. No uso de expressões como *índio, indiarada, agressivo, horrível*, entre outras, se perceberam as formas de enquadramento dos indígenas em estereótipos e preconceitos que dificultam a ampliação de um olhar na alteridade, e no reconhecimento deles como sujeitos autônomos.

Na atualidade, a subjetivação dos indígenas encontra-se ainda permeada por imposição de saberes desde relações de poder, ignorando, negando ou apagando a existência dos povos, suas práticas, cosmovisões, perpetuando seu extermínio tanto físico como cultural e simbólico. Da mesma forma, essas práticas divisoras reinventam concepções do que significa ser indígena, em alguns casos, a partir de um olhar essencialista; em outros, a partir de um olhar que descreve a alteridade como usuários e pacientes imersos em um sistema de prestação de serviços de saúde, despojados das suas próprias complexidades.

Essa relação entre exclusão/inclusão nos levou ao uso da palavra canibal, utilizada no título deste trabalho, entendendo-a como um jogo de conceitos. Retomamos essa sugestão de Foucault (2001) que fala da existência do monstro como uma forma de definição do anormal, que na nossa sociedade seria alguém que se encontra no limiar entre o incestuoso e o antropófago, na medida em que, como ele refere, é por meio dessas práticas que se transgridem duas grandes

proibições sociais: a alimentar e a sexual. “É com essas questões, a partir dessas questões do incesto e da antropofagia, que abordamos todos os pequenos monstros da história, todas essas bordas externas da sociedade e da economia que as sociedades primitivas constituem.” (FOUCAULT, 2001, p. 129).

São essas características que dividem e categorizam os sujeitos considerados anormais como o monstro da sociedade, incluindo-se nessa categoria todas as alteridades que são jogadas às bordas externas da sociedade por não responderem a padrões ocidentais do discurso colonial. No entanto, falamos aqui de um canibalismo simbólico, de uma antropofagia discursiva, demarcada pelo ato de engolir ao anormal. Poderíamos falar de um Estado canibal que devora na inclusão dos sujeitos nas políticas e nos programas de “atenção”, e que por sua vez quer se tornar como esse “Outro”, nomeado como usuário ou paciente, em termos de saúde biomédica, com o objetivo de que esse sintá-se envolvido nos processos de ação governamental.

A figura do Estado se fortalece na sua própria racionalidade, aumentando, da mesma forma, sua legitimidade com relação a uma população que é alimento, mas que, por sua vez é, também, resistência. O Estado produz dispositivos de dominação que ajudam a fortalecê-lo, é ele que consome o sujeito para sujeitá-lo, “engole” suas práticas e vomita para dentro no sentido de controlar os corpos e as populações, gerando políticas para continuar com as ações excludentes na inclusão.

No entanto, é possível reconhecer que existem práticas de liberdade nos sujeitos indígenas como indivíduos e como coletividade, que produzem deslocamentos e que propõem desafios para transformar nossos olhares, emergindo de uma releitura do passado que reconfigura o presente e que dê conta das imposições coloniais que parecem invisíveis, mas que são mais cotidianas e comuns do que nós imaginamos.

REFERÊNCIAS

ABÉLÈS, Marc. **Michel Foucault: la antropología y el problema del poder**. Trad. de Carolina Villada Castro. Revista del Museo de Antropología. Argentina, v. 10, n. 1, p. 139-148, 2017. Disponível em: <http://revistas.unc.edu.ar/index.php/antropologia/index>. Acesso em: 15 ago. 2017.

AGAMBEN, G. **O que é um dispositivo?** Revista de literatura. Portal de periódicos UFSC. Santa Catarina, 2005. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/Outra/article/view/12576/11743>. Acesso em 19 de junho de 2019.

AMIN, Samir. Introduccion Frantz Fanon en Africa y Asia. Em: **Piel negra, máscaras blancas**. Ediciones Akal. España. 2009.

BASTA, Paulo Cesar; ORELLANA, Jesem Douglas; ARANTES, Rui. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia (Org.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI, 2012, p.60 – 106.

BATISTA, Marianna Queiróz; ZANELLO, Valeska. Saúde mental em contextos indígenas: Escassez de pesquisas brasileiras, invisibilidade das diferenças. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 21, n. 4, p. 403-414, Dec. 2016.

BONFIL BATALLA, Guillermo. **Anales de Antropología**. El concepto de indio en américa: una categoría de la situación colonial. 1971.

BRASIL. Ministério da Justiça, Fundação Nacional do Índio. **Mapa Terras Indígenas Situação Fundiária**. Base Cartográfica: Malha Digital do Brasil, 2018. Escala: 1:5.000.000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto no 3.156, de 27 de agosto de 1999**: Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nº 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. Brasília, 1999.

_____. **Lei 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção À Saúde dos Povos Indígenas**: Aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002 (DOU nº 26 - Seção 1, p. 46 a 49, de 6 de fevereiro de 2002). Fundação Nacional de Saúde – FUNASA. 2. Ed. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.759, de 25 de outubro de 2007**. Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o Comitê Gestor. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF,

27 de outubro de 2007. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/legislacao.php>. Acesso em: 15 jul 2017.

_____. Ministério da Saúde. 2010. **Decreto no 7.336 de 19/10/2010**: no Diário Oficial da União (D.O.U.) de 20 de outubro de 2010, que oficializa a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) na do Ministério da Saúde. Brasília, 2010.

CARDOSO, Marina D. Políticas de saúde indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política. In: LANGDON, Esther Jean; CARDOSO, Marina D. (Org.). **Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2015. p 107-143.

CARDOSO DA SILVA, Antônio. Movimento indígena e os indígenas em movimentos: mesmos sonhos, outros caminhos: Resenha: MUNDURUKU, Daniel. **O caráter educativo do movimento indígena brasileiro (1970- 1990)**. São Paulo: Paulinas, 2012. Revista Espaço Ameríndio. Porto Alegre, v. 12, n.1, p. 199-203, jan. 2018.

CASTELO, Fabiana e RAMOS DE SOUZA, Edinilsa. **Análise da inserção do tema da violência na Política de Saúde Mental brasileira a partir de seus marcos legais (2001-2011)**. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.23, n.4, oct/dec., 2013.

CASTRO, Edgardo. **Vocabulário de Foucault**: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Trad.: Ingrid M. Xavier. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

CASTRO-GOMÉZ, Santiago. **História de la gubernamentalidad**. Razón de Estado, liberalismo y neoliberalismo en Michel Foucault. 1.ed. Bogotá. Siglo del Hombre Editores; Pontificia Universidad Javeriana – Instituto Pensar.; Universidad Santo Tomás de Aquino, 2010.

CLASTRES, Pierre. **Arqueología de la Violencia**: la guerra en las sociedades primitivas. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires. 2009

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA. **DSEI Guamá-Tocantins**. Disponível em: <http://www.saudeindigena.spdm.org.br/site/index.php/dsei/guama-tocantins>. Acesso em: 11 dec. 2017.

DOMINGUES, William César Lopes. Saúde indígena e diversidade no Brasil plural. In: BELTRÃO, Jane Felipe; LACERDA, Paula Mendes (Org.) **Amazônias em tempos contemporâneos**: entre diversidades e adversidades. Rio de Janeiro: Mórula, 2017. Parte 6, p. 264-278.

EVANS-PRITCHARD, Edward E. **Brujeria, magia y oráculos entre los Azande**. Barcelona: Anagrama, 1976.

FANON, Frantz. **Piel negra, máscaras blancas**. Ediciones Akal. España. 2009.

FERREIRA, Luciane O. Jurupari ou “visagens”: reflexões sobre os descompassos interpretativos existentes entre os pontos de vista psiquiátrico e indígenas. **Mediações**, Londrina, v. 16, n. 2, p. 249-265, jul./dez. 2011.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. Editora Forense Universitaria. Rio de Janeiro. Brasil. 1977.

_____. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo. Editora Perspectiva. 1978.

_____. **A Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**; tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis, Vozes, 1987.

_____. **A Arqueologia do saber**. 5 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

_____. **História da Sexualidade 2: O Uso dos Prazeres**, Rio de Janeiro, Edições Graal, 1998.

_____. **Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)**. São Paulo. Martins Fontes. 2001.

_____. "A ética do cuidado de si como prática da liberdade". In:_____ **Ética, Sexualidade, Política** (Ditos & Escritos V). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004, p. 264-287.

_____. **Em defesa da Sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo. Martins Fontes. 2005.

_____. **El Poder Psiquiátrico: curso no Collège de France (1973-1974)**. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica. 2007.

_____. **Nascimento da Biopolítica**. Curso dado no Collège de France (1978-1979). Câmara brasileira do livro. São Paulo. Brasil. 2008.

FRAZER, James George. **La Rama Dorada**, Magia y Religión. 2 ed. México. Fondo de Cultura Económica. 1981.

FURLAN, Reinaldo e SOUZA, Pedro Fernandez de. **A questão do sujeito em Foucault**. Revista Psicologia USP. v. 29, n. 3, p 325-335, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v29n3/1678-5177-pusp-29-03-325.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2018.

GARNELO, Luiza e PONTES, Ana Lúcia (Org.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão (Secadi), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) e Projeto Trilhas de Conhecimentos – LACED/Museu Nacional, 2012.

GARNELO, Luiza e MAQUINÉ, Aldemir. Financiamento e gestão do subsistema de saúde indígena: considerações à luz dos marcos normativos da administração pública no Brasil. In: LANGDON, Esther Jean; CARDOSO, Marina D. (Org.). **Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2015. p 83-106.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das Culturas**. 1. ed. Rio de Janeiro. LTC., 1989.
GORDON, Cesar. **Economia selvagem: Ritual e mercadoria entre os índios Xikrin-Mebêngôkre**. São Paulo: Editora UNESP: ISA; Rio de Janeiro: NUTI, 2006.

GUBER, Rosana. **El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo**. 1 ed. Buenos Aires. Editorial Paidós, 2005.

HALL, Stuart. **Sin garantías: Trayectorias y problemáticas en estudios culturales**. Enviñón Editores. Colombia, 2010.

HERAZO, Edwin Acevedo; CAMPO-ARIAS Adalberto. **"Carbamazepina y Oxcarbazepina" Trastorno Afectivo Bipolar**. De La Clínica A La Neuroprotección . En: Colombia. ISBN: 978-958-44-3544-6 ed: Fundacion Cultural Javeriana De Artes Gráficas, v. 1, p. 291-305, 2008.

KAHWAGE, Claudia Maria Carneiro; MARINHO Haydeé Márcia de Souza, (Org). **Situação socioambiental das terras indígenas do Pará: Desafios para elaboração de políticas de Gestão Territorial e Ambiental**. Belém: ACT Brasil Edições, 2011.

KOPENAWA, Davi e ALBERT, Bruce. **A queda do céu: palavras de um xamã Yanomami**. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

LATOUR, Bruno. **Jamais Fomos Modernos: ensaio de antropologia simétrica**; tradução de Carlos Irineu da Costa. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

LOPES, Domingues. William César. Saúde Indígena e diversidade no Brasil plural. In: BELTRÃO, Jane Felipe; LACERDA, Paula Mendes. (Org). **Amazônias Em Tempos Contemporâneos: Entre diversidades e adversidades**. 1. ed. Rio de Janeiro: Mórula, 2017.

LEVI-STRAUSS, Claude. O feiticeiro e sua magia. In: _____ **Antropologia Estrutural**. Rio de Janeiro. Tempo Brasileiro. 1975, p. 193-213

LUCIANO, Gersem dos Santos. **O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje**. Brasília. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006.

M DE LA CONDAMINE. **Relación Abreviada de un viaje hecho por el interior de la América Meridional**. Madrid. Editorial Calpe, 1921.

MANO, Marcel. **Contato, guerra e paz: Problemas de tempo, mito e história**. Revista de Ciências Sociais Política e Trabalho, Paraíba. n. 34, abr. 2011, p. 193-212.

MANO, Marcel. **Sobre as penas do gavião mítico: história e cultura entre os Kayapó.** Revista Tellus. Campo Grande. MS, n. 22, jan 2012, p. 133-154. Disponível em: <http://www.tellus.ucdb.br/index.php/tellus/article/view/277>. Acesso em: 2/12/2018.

NEVES, Ivania dos Santos. **A invenção do índio e as narrativas orais Tupi.** 2009. 215 p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Estudos da Linguagem, Campinas, SP. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/269217>>. Acesso em: 27 ago. 2018.

OLIVEIRA JUNIOR, Otoniel Lopes de. **Etnografia em quadrinhos**, subjetividades e escrita de si Tembé – Tenetehara. 2016,141 f. Dissertação, Programa de Pós-Graduação Comunicação, Cultura e Amazônia, Mestrado Acadêmico em Ciências da Comunicação. Universidade Federal do Pará – UFPA. Belém- PA. 2016.

POGREBINSCHI, Thamy. Foucault, para além do poder disciplinar e do biopoder. **Revista Lua Nova.** N. 63. 2004.

PACHECO DE OLIVEIRA, João; FREIRE, Carlos Augusto da Rocha. **A Presença Indígena na Formação do Brasil.** Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina. Em **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais.** Perspectivas latino-americanas. Buenos Aires. 2005.

_____. Colonialidad del Poder y Clasificación Social. Em: **Journal of world-systems research**, California. v. 12, n. 2, Summer/Fall 2000.

RIBEIRO JUNIOR, Ribamar. **Akrãtikatêjê: Dominação e Resistência na luta por seu território.** 2014,106 f. Dissertação, Mestrado Programa de Pós-Graduação em Dinâmicas Territoriais e Sociedade na Amazônia, Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará - UNIFESSPA, Marabá-PA, 2014.

SANTOS, Jorge Luís Ribeiro dos. **Xikrín versus Vale: direitos olvidados.** 2013, 284 f. Tese. Programa de Pós-Graduação em Direito (PPGD), Instituto de Ciências Jurídicas (ICJ) da Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém-Pará, 2013.

SANTOS, Yuri Leite; MANO Marcel. **A presença e a imagem dos indígenas na história e historiografia do triângulo mineiro.** 2015. Disponível em: https://docgo.net/viewdoc.html?utm_source=a-presenca-e-a-imagem-dos-indigenas-na-historia-e-historiografia-do-triangulo-mineiro-1. Acesso em: 18 out 2018.

SAID, Edward, W. **Orientalismo: O Oriente como invenção do Ocidente.** Tradução. Tomas Rosa Bueno. São Paulo. Companhia das Letras. 1990.

SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA (SESAI), **Atenção à Saúde Indígena.** Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-indigena/sobre-a-area>. Acesso em: 25 mar. 2018.

SEGATO, Rita Laura, **La crítica de la colonialidad en ocho ensayos, y una antropología por demanda**. 1. ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Prometeo Libros. 2015.

SOLCI, Analwik Tatielle Pereira de Lima. **Somos todos canibais: antropofagia, corpo e educação sensível**. 2013. 237 f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.

SPIVAK, Gayatri Chakravorty. **Pode o subalterno falar?** Belo Horizonte. Editora UFMG. 2010.

TOLA, Florencia, **Yo no estoy solo en mi cuerpo**, Cuerpos-personas múltiples entre los Tobas del Chaco Argentino. Buenos Aires. Editorial Biblos. 2012.

VAZ FILHO, Florêncio Almeida. **Pajés, benzedores, puxadores e parteiras: os imprescindíveis sacerdotes do povo na Amazônia**. Santarém. Universidade Federal do Oeste do Pará-UFOPA, 2016.

VEIGA-NETO, Alfredo; LOPES, Maura Corcini. **Educ. Soc.** Inclusão E Governamentalidade., Campinas, v. 28, n. 100 - Especial, p. 947-963, out. 2007. Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. **Metafísicas Caníbales**. Líneas de Antropología postestructural. Kata Editores. 2010.

_____. **Revista de Antropologia**. O medo dos Outros. São Paulo. n. 2, v. 54, 2011.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. Perspectivismo e multinaturalismo na América indígena. **O que nos faz pensar**, [S.l.], v. 14, n. 18, p. 225-254, sep. 2004. ISSN 0104-6675. Disponível em: <http://www.oquenofazpensar.fil.puc-rio.br/index.php/oqnf/article/view/197>>. Acesso em: 03 abr. 2018.

WAWZYNIAK, João Valentin. **Assombro de olhada de bicho: uma etnografia das concepções e ações em saúde entre ribeirinhos do baixo rio Tapajós, Pará – Brasil**. Universidade Federal de São Carlos. 2008.

ANEXO A

Entrevista 1: Rafael

Pesquisadora: Tá bom! É, eu queria te perguntar sobre especificamente bom, primeiro eu gostaria que você me falasse um pouco de como é o funcionamento do DSEI aqui... Eu já li um pouco sobre a política de saúde e eu queria saber quais CASAI abrange este DSEI e quais são as funções.

Entrevistado: Tá. O nome... o nome completo é Distrito Sanitário Especial Indígena Guamá Tocantins.

Pesquisadora: Sim.

Entrevistado: É chamado de DSEI-GuaToc, a sede dele fica em Belém, ele é um dos quatro... distritos de, do estado do Pará e ele abarca... é o que tem o maior território destes quatro, ele abarca todo o leste do estado do Pará, que vai lá de Parauapebas até Belém, é... principalmente, é né as calhas desses dois grandes rios o Tocantins e o Guamá, mas também outros territórios né por exemplo o território lá dos Xikrin, que tá no rio Cateté, e os territórios que estão lá do outro lado do estado que é Oriximiná, Óbidos e Santarém e Belterra Terra que são os municípios né.

Pesquisadora: Sim.

Entrevistado: Então, todas as aldeias indígenas que estão nesses quatro municípios também são atendidas pelo observatório.

Pesquisadora: E aí abarca Marabá também, né? Marabá também está.

Entrevistado: Isso, Marabá tá nesse corredorzão aqui do lado leste do Pará, né.

Pesquisadora: É. E quantas aldeias indígenas são mais ou menos?

Entrevistado: Aldeias são mais de cem... não sei te dizer o número exato agora porque a gente tá em um processo de aumento da...da... das aldeias da população do DSEI, que entra no sistema aí, mas são mais de cem aldeias cento e... talvez já quase cento e cinquenta aldeias.

Pesquisadora: É bastante, né, e aí vocês trabalham com a política de saúde mental indígena?

Entrevistado: É, na verdade, assim, todos os 34 DSEI's que têm no Brasil eles operam as mesmas políticas, né.

Pesquisadora: Sim.

Entrevistado: Eles são unidades gestoras da mesma política nacional de saúde indígena que é uma política que têm o aspecto centralizado porque ela é uma política unitária, cujo a gestão central é feita lá em Brasília na SESAI - Secretaria Especial de Saúde Indígena, mas ela também é descentralizada nesses 34 distritos que são unidades autônomas. Então, cada distrito é uma pequena unidade gestora da SESAI da política nacional de saúde Indígena, mas todos os distritos eles são gestores da mesma política, é a mesma política nacional, com as especificidades regionais, com cada distrito. Na teoria quando se criou a política, né, antes de se criar a secretaria até lá atrás quando se criou a política fez se esse desenho da divisão, dividiu se o território brasileiro em 34 distritos que deviam responder a determinados territórios etnográficos, pra dizer assim, são territórios que assim ou habitam uma mesma população indígena, ou populações que têm uma relação histórica importante. Então, por exemplo, o DSEI Xingu ele atende todo o parque nacional do Xingu, que são dezenas de povos indígenas, mas que tem uma relação histórica, principalmente, construída por conta do parque. Alguns povos já tinham relações históricas muito anteriores, outros passaram a se relacionar por causa do parque, mas enfim, o parque é uma unidade no sentido territorial. Então, o parque do Xingu ele atende aquela população, o distrito de Caiapó do Pará, por exemplo, que penetra os quatros distritos do Pará, ele atende só, quer dizer só entre aspas, né, mas na teoria só a população Caiapó que tá no estado do Pará da região ali em torno de Redenção, claro que qualquer aldeia indígena que você for você vai ver que não mora só pessoas daquela etnia, sempre tem pessoas que se casaram que moram ali, e muitos DSEI's acaba que, embora o território dele seja pensado pra um

determinada realidade, tem uma aldeia ali que escapa e tal que acaba entrando, enfim, mas é Altamira por exemplo que é um DSEI, que também assim, entre aspas, mas ele atende só o município de Altamira que é o maior município do mundo é um município gigantesco, né, tem um território gigante e o DSEI atende só aquele município, mas que já é muita gente, muitos grupos diferentes e também é um município que a população é muito grande, o DSEI-GuaToc, ele atende, ele originalmente foi pensado para atender essas populações que estavam nas calhas dos rios Guamá e Tocantins e depois ele incorporou esses territórios.

Pesquisadora: Sim.

Entrevistado: Que não tavam na previsão original dele, que são, por exemplo, os Xikrin, e esses territórios hoje, que é Oriximiná, Santarém, tudo isso não tem nada a ver com o rio Guamá, nem rio Tocantins, mas entraram pra esse território. Então, DSEI que tem um território muito complexo.

Pesquisadora: Tá.

Entrevistado: Então, assim a gente executa, né, a SESAI ela atua diretamente na promoção da atenção básica, o SUS, o Sistema Único de Saúde Brasileira, ele tá é.... uma das divisões, ele tem vários princípios, né, assim vários elementos organizativos, um deles é essa divisão em atenção básica, média e alta complexidade.

Pesquisadora: É.

Entrevistado: Ou primária, secundária e terciária, então o siste... o SUS e o subsistema de atenção à saúde indígena eles de certa forma dão conta de todas, das três: da alta, da média e da básica, só que a atenção direta da saúde indígena é do nível da atenção básica.

Pesquisadora: Sim.

Entrevistado: A média e alta complexidade a gente faz em articulação, em parceria com as outras instâncias e em outras unidades federativas do SUS, não quer dizer que a gente não participa desse processo a gente participa, mas, de certa forma, também faz, média e alta complexidade, na medida em que, a gente oferece suporte para que a população acesse esse serviço, fora outras coisas psicossociais, mas assim, o programa, então, aí a atenção básica ela tem uma divisão por programas, os programas da saúde indígena eles são, de certa forma, são um pouco diferentes, mas não são muito diferentes dos programas da atenção básica no âmbito do SUS nacional. Não é muito diferente a organização dos programas. Então, o que a gente tem é programa de saúde da mulher, programa de saúde da criança, programa de saúde do homem, programa de saúde da pessoa idosa, programa de saúde da pessoa com deficiência, programa de saúde... já me perdi, não sei quais que eu já falei qual que eu não falei. E o programa de saúde mental é um deles.

Pesquisadora: Ah, entendi.

Entrevistado: É um dos programas, esses programas todos os DSEI's não importa aonde ou com que povos trabalhem, tem que se executar.

Pesquisadora: E tem alguma lei que... onde que isso está escrito assim que cada DSEI diga sobre o programa, pra implementar.

Entrevistado: Tem toda legislação do SUS, né.

Pesquisadora: Sim.

Entrevistado: Mas, especificamente sobre os DSEI's têm a política nacional de atenção a política Nacional de Atenção aos povos Indígenas, de atenção integral aos povos indígenas se não me engano.

Pesquisadora: Que é uma portaria?

Entrevistado: É, que é uma portaria exatamente, é tem.

Pesquisadora: Tem uma portaria de dois mil...

Entrevistado: É... tem muitas portarias, eu não sei te dizer agora os números das portarias, eu teria que fazer uma pesquisa.

Pesquisadora: Não se preocupe.

Entrevistado: É, mas enfim, isso não é difícil de levantar, é cada programa também tem suas.

Pesquisadora: Mas, assim, cada DSEI define quais vão ser as suas...

Entrevistado: As suas prioridades.

Pesquisadora: É.

Entrevistado: As suas prioridades, não quer dizer que ele possa deixar de fazer algum, ele não pode deixar de fazer nenhum.

Pesquisadora: Sim.

Entrevistado: Até por que...

Pesquisadora: É esse programa da saúde mental, aqui como funciona, como se trabalha?

Entrevistado: Então, aí, é isso tudo, só pra dizer assim que o programa de saúde mental ele tem diretrizes que são nacionais.

Pesquisadora: Sim.

Entrevistado: Então a gente não pode fugir muito daquilo que são as diretrizes nacionais do programa, que vale pra todos os DSEI's.

Pesquisadora: Sim.

Entrevistado: Dando a partir da onde, de que...são prioridades do programa, e aí quando eu tô falando isso eu tô falando nacionalmente eu não tô falando do observatório, como eu falei vale pra todos os DSEI's, têm quatro questões que o programa precisa monitorar.

Pesquisadora: Sim.

Entrevistado: Que são, uso de álcool, né! E quando a gente fala uso de álcool como um problema de saúde pública, a gente não tá falando de qualquer uso de álcool, a gente tá falando de uso de álcool que é, que a pessoa, diretamente ou pessoas ligadas a ela, seus parentes ou em caso de uma liderança, enfim, identifique que é um problema.

Pesquisadora: Hum... quer dizer identificado socialmente que é.

Entrevistado: É, mas preferencialmente a pessoa que tem que dizer, não isso tá me prejudicando, se a pessoa não identificar que aquilo prejudica ela, aquilo não pode ser entendido como um problema de saúde...

Pesquisadora: Há, sim.

Entrevistado: Embora assim tenha situações em que a pessoa não identifica aquilo como problema, mas os familiares falam, não isso tá trazendo problemas pra a gente a família não tá em harmonia por conta do uso que aquela pessoa tá fazendo, então também não deixa de ser um problema de saúde, as vezes não é nem necessariamente um problema de saúde da pessoa, mas é um problema de saúde das pessoas que convivem com ela e que tão sendo diretamente afetadas por aquilo, então isso é uma questão. O uso de álcool, na verdade álcool e outras drogas né!

Pesquisadora: Sim.

Entrevistado: Desde que se identifique que é um problema... esse uso, e quem identifica esse problema nunca vai ser o profissional de saúde, não cabe ao profissional de saúde, dizer que aquilo é um problema, cabe ao usuário dizer que aquilo é um problema.

Pesquisadora: Sim.

Entrevistado: Então álcool e drogas é um dos, dos.

Pesquisadora: Quando você fala pessoal da saúde você se refere a quem? A, ao técnico de enfermagem?

Entrevistado: a qualquer profissional de saúde, também, nenhum profissional de saúde tá apto pra dizer pela pessoa que aquilo é um problema.

Pesquisadora: Entendi.

Entrevistado: Não do ponto de vista da política nacional de saúde mental.

Pesquisadora: Sim.

Entrevistado: E aí é independente se a gente tá falando da política indígena ou não, isso na verdade tá pra além da saúde indígena, isso são diretrizes da política nacional de saúde mental.

Pesquisadora: Sei.

Entrevistado: No Brasil pra qualquer pessoa, né a política de saúde mental em contextos indígenas, ela também é... assim... ela tem especificidades, ela lida com uma população que tem especificidades, mas ela faz parte da política nacional de saúde mental.

Pesquisadora: Sim.

Entrevistado: Os princípios são os mesmos. Além de álcool e drogas, outra questão é suicídios, aí suicídios inclui óbitos e tentativas de suicídio,

Pesquisadora: Sim.

Entrevistado: Não só os suicídios que levam ao óbito que são considerados pela política, aí um caso por exemplo, o de DSEI-GuaToc não tem, pelo menos assim nos últimos anos desde que a política foi criada, na verdade desde a política de saúde mental em contextos indígenas foi criada nunca houve no território do DSEI-GuaToc nunca houve um óbito de indígena por suicídio.

Pesquisadora: Hum,

Entrevistado: O que não significa que o programa não tenha, não tenha responsabilidades com relação a isso.

Pesquisadora: Sim.

Entrevistado: Mas já houve sim, embora sejam muito poucas, não é um fator preocupante epidemiologicamente, assim, mas já houve sim algumas tentativas de suicídio, poucas, que o programa precisa monitorar, cuidar, enfim, aí o programa tem algumas estratégias pra isso.

Pesquisadora: Sim.

Entrevistado: Álcool e drogas é um pilar, né, suicídio é outro, é... violência é outro, e aí violência assim da forma mais abrangente mesmo, não estamos falando de nenhuma violência específica, estamos falando de todas as formas de violência dentro das possibilidades claro de dar conta, mas estamos falando de todas as formas de violência, seja violências que são praticadas entre familiares,

entre vizinhos né, dentro de uma mesma comunidade da mesma aldeia, de indígena pra indígena, seja pra fora, uma violência sofrida pelo indígena pelo não indígena em conflitos de toda natureza, e aí entendendo também que o suicídio a gente entende que faz parte das violências também, embora ele tenha características diferentes e é olhado de uma forma diferente, mas ele também é entendido como uma violência, eh... mas as violências em geral também são objetos de atenção do programa.

Pesquisadora: Sim.

Entrevistado: E o quarto que é o uso de medicação psicotrópica que também tem que ser acompanhadas pelo programa.

Pesquisadora: Vocês aqui chamam de medicação Psicotrópica?

Entrevistado: O que que a gente chama de medicação psicotrópica? É são...

Pesquisadora: É a mesma coisa de medicação psiquiátrica? Ou é diferente?

Entrevistado: É a mesma coisa, é um termo mais técnico dentro saúde.

Pesquisadora: Há,

Entrevistado: Mas é a mesma coisa.

Pesquisadora: É porque as vezes eu pergunto assim psicotrópicos, há várias pessoas que pensam que eu estou perguntando por alucinógenos ou coisas assim...

Entrevistado: Não, não...

Pesquisadora: Aí vocês dentro da saúde mental falam só de psicotrópicos ou psiquiátricos propriamente?

Entrevistado: E que na verdade assim o nome técnico da medicação é psicotrópica, só que quem receita essa medicação é o médico psiquiatra...

Pesquisadora: Sim.

Entrevistado: Então acaba que fica esse nome de... porque que é psicotrópico porque ele atua né, é um fármaco uma droga que atua no parêntese psíquico né.

Pesquisadora: É,

Entrevistado: Eu acho que o termo medicação psicotrópica, medicação psiquiátrica não é propriamente correto assim, eu acho que tem problemas o uso do termo medicação psiquiátrica, mas assim enfim,

Pesquisadora: É então seria correto falar psicotrópicos?

Entrevistado: Psicotrópicos é.

Pesquisadora: Há entendi.

Entrevistado: Medicções psicotrópicas.

Pesquisadora: E aí, por exemplo, quais são os procedimentos que, pra fornecer medicação psicotrópica?

Entrevistado: Aí, então retratar isso é importante isso que eu falei, as nossas equipes são equipes de atenção básica.

Pesquisadora: Sim.

Entrevistado: E a medicação psicotrópica, a maioria delas ou a quase totalidades dela, só pode ser receitada por médicos especialistas.

Pesquisadora: Sim.

Entrevistado: Então assim, só médicos especialistas receitam medicações psicotrópicas? Não. A gente acompanha muitos casos de medicação psicotrópica que foi receitada por um médico geral, um clínico geral, ou até um médico de outra especialidade.

Pesquisadora: Sim.

Entrevistado: Sei lá, um pediatra, um médico que não é especialista, em preferencialmente em psiquiatria ou em neurologia em alguns casos, na verdade assim, ideal... ideal é que esses medicamentos fossem receitados ou pelo psiquiatra ou por um neurologista, e são casos diferentes né, aí o uso dos psicotrópicos... eles abrangem esses dois universos de usuários né, de pacientes, os usuários que tem questões psiquiátricas e os que tem questões neurológicas.

Pesquisadora: Sim.

Entrevistado: Que são dois universos diferentes, inclusive assim tem códigos, o CID que é o Código Internacional de Doenças são campos diferentes.

Pesquisadora: Mas é um catálogo de doença mental?

Entrevistado: Não, código nacional de doenças, todas as doenças.

Pesquisadora: Há, qualquer doença?

Entrevistado: Vai desde dor de cabeça até...

Pesquisadora: E pra falar assim, vocês falam de saúde mental, mas falam de doença mental, ou de transtorno mental?

Entrevistado: Aí isso aí, é só complexo, porque na verdade assim, a política nacional de saúde mental ela não usa a expressão doença mental ela fala transtorno, mas mesmo assim ela fala transtorno com ressalvas.

Pesquisadora: Sim.

Entrevistado: São necessidades de saúde mental.

Pesquisadora: Mas vocês acham assim...

Entrevistado: Mas pra concluir o que eu tava falando, essas medicações elas precisam ser receitadas por um médico especialista como eu falei.

Pesquisadora: Sim.

Entrevistado: Então, e como a gente atua só diretamente na atenção básica, nossas equipes são de atenção básica a gente não tem profissional especialista, não existe o profissional especialista dentro da nossa equipe, então quem que receita essa, essa...

Pesquisadora: Medicação.

Entrevistado: Medicação, preferencialmente o especialista do SUS, do município, ou do estado, encaminhado pela nossa equipe, então o que que é o ideal assim, a coisa funciona do jeito que ela é pra funcionar, é o, a nossa equipe de saúde faz a atenção regular no nível da atenção básica daquele usuário; o usuário se queixa de aquela situação, ou o próprio profissional identifica uma necessidade do sujeito, fala para o usuário: eu acho que você devia consultar especialista, normalmente, é o

médico que faz isso, e aí, mas não necessariamente, pode ser o enfermeiro, pode ser o psicólogo, pode ser um profissional daqui, e aí se o paciente, se o usuário tiver o interesse, ele fala assim não, realmente eu tô com uma questão que eu quero resolver, e aí é feito um encaminhamento pra rede SUS.

Pesquisadora: Pra especialista.

Entrevistado: Pro especialista, aí ele vai estar ou no hospital, ou no CAPS, ou no ambulatório, aí depende de cada território.

Pesquisadora: Entendi.

Entrevistado: Aí esse, a equipe do DSEI vai encaminhar esse usuário, pra... pra unidade onde há esse especialista, o especialista vai fazer o, vai receitar a medicação, aí essa medicação, como é uma medicação específica, normalmente ela é fornecida pelo município ou pelo estado.

Pesquisadora: Sim.

Entrevistado: Então no caso, essas medicações, que não são medicações da atenção básica, por exemplo, se foi o CAPS, ou se foi o hospital que onde o profissional que receitou pro usuário indígena essa medicação o ideal é que esse município, ou esse estado forneça a medicação pra ele, normalmente nesse caso a medicação vai ser fornecida pra a gente e a gente redistribuir pro usuário, aí isso vai depender muito da autonomia que esse usuário tem, se ele dá conta de ficar lá com o medicamento e tomar regularmente, se precisa que o nosso técnico lá na área faça o acompanhamento regular, visite diariamente ou semanalmente, é normalmente também a família é envolvida nesse processo de cuidado, então a família é orientada de como deve ser tomada a medicação pra acompanhar eles também. Algumas medicações psicotrópicas até tão na nossa relação de medicamentos, a gente só compra medicamentos que fazem parte de uma relação, a RENAME que é a Relação Nacional de Medicamentos, então é só o que tá previsto ali, que a gente pode, que a gente pode não, até enfim, na teoria a gente só compra esses, é,...mas é isso, na teoria é isso, na pratica por mil razões, por mil situações aí, cada território tem uma história diferente, cada, enfim, tem muitas pessoas usuários indígenas do DSEI-GuaToc que fazem uso de medicação psicotrópica, sem que isso tenha sido receitada por um especialista, então um dos nossos trabalhos é monitorar isso, identificar quem são as pessoas que tão usando medicamento, medicação psicotrópica.

Pesquisadora: E, por exemplo, por que acontece isso?

Entrevistado: Mil razões, pode ser porquê... enfim, um médico passou por lá e receitou.

Pesquisadora: Eu conheço um caso de um médico que foi pra uma aldeia Xikrin.

Entrevistado: É esse é um caso, é um bom exemplo: o médico não tem nenhuma especialidade em saúde mental, mas ele tem uma relação de muito tempo com os Xikrin. Os Xikrin respeitam muito ele trabalha lá, sei lá, há cinquenta anos. Hoje em dia inclusive são os Xikrin que bancam a ida dele á associação, os Xikrin pagam. Então eles têm muito respeito por ele, no geral o que ele fala eles fazem, no ponto de vista da saúde. E ele embora não seja especialista em saúde mental ou da psiquiatria, neurologia, o que quer que seja, eu acho que ele é neurologista, eu não tenho certeza, ele receita regularmente esse tipo de medicação.

Pesquisadora: Sim.

Entrevistado: Se sente à vontade pra...pra receitar.

Pesquisadora: E vocês, por exemplo, podem controlar os outros quatro aspectos de saúde mental assim...

Entrevistado: A gente não controla né, a função, nossa função não é... fiscalizatória nem policial né... nossa função é outra assim, e a autonomia, autonomia e protagonismo em toda política de saúde, do Sus no Brasil, inclusive tem um esquema, esqueci como é que é o nome do documento, mas sei lá, a

cartilha do usuário, códigos de direitos do usuário, uma coisa assim, é um princípio do SUS, a autonomia e o protagonismo são do usuário.

Pesquisadora: Sim.

Entrevistado: Se o usuário quer fazer, a gente não pode impedi-lo de fazer, então assim o usuário têm um vínculo com esse médico eles respeitam esse médico, esse médico chega lá e fala assim ó, seu problema é esse, você precisa usar isso e o cara acreditou, enfim, concordou e tá usando e não quer parar, a gente não pode impedi-lo de fazer isso, o que a gente pode fazer é aconselha-lo né!, é trabalhar com o que a gente chama de educação em saúde que é uma das...um dos pilares de sustentação da política de saúde indígena e da atenção básica em geral, é discutir com o paciente né, assim, trazer elementos pra que ele avalie por ele mesmo se ele acha que é legal continuar tomando, ou não tomar, ou pelo menos se consultar, porque na verdade o que que a gente faz, é, com relação aos medicamentos psicotrópicos a nossa, nosso critério é, é, a gente quer, nosso objetivo é que só faça uso de medicação psicotrópica aquela pessoa que, primeiro né! A gente quer que se use o mínimo possível, só se usa o que for necessário né, não que a gente seja contra o uso da medicação que a gente não queira que se use a medicação, mas a gente não quer que use medicação sem que efetivamente essa medicação esteja sendo importante para aquela pessoa, o objetivo é esse reduzir o máximo possível, mas quando eu falo o máximo possível é pensando que o possível é o certo né.

Pesquisadora: É.

Entrevistado: Não é o zero, não necessariamente é o zero, se alguém precisa que use, é um direito usar, é um direito ao acesso, mas se não precisa o melhor é que não use, porque a gente sabe que essas medicações elas têm um serie de...tem efeitos colaterais, não é uma medicação que não afeta nada né.

Pesquisadora: É.

Entrevistado: Então o ideal é eu acho, é minha opinião, mas é uma política que tá colocada, não é uma questão só da minha opinião pessoal, o ideal é o mínimo de uso possível, é onde é que eu tava? Pesquisadora: uso que vocês têm muitos casos que vocês conhecem alguns casos, mas que muitos fatores têm muitos casos que vocês não conhecem, como...

Entrevistado: Enfim, então o que eu queria dizer era o seguinte: que... a gente entende então que essa medicação deve ser sempre receitada por um especialista, e essa receita devia ser renovada no máximo depois de um ano, que ninguém ficasse usando a mesma receita por mais de um ano, então, se a pessoa tá há um ano sem ser consultar em um especialista já passou do ponto, então a gente já entende que ela não tá mais sendo mais acompanhada por um especialista o... assim dentro das nossas metas, do nosso programa todos os usuários de medicação psicotrópica devem voltar em um especialista no máximo depois de uma ano, no máximo.

Pesquisadora: Pra fazer procedimentos.

Entrevistado: Pra fazer uma reavaliação, pra ver se continua necessitando sim ou não? Se continua é essa dose mesmo? É essa medicação mesmo? A medicação trouxe algum efeito colateral indesejado? Um exemplo, eu tava tomando essa medicação porque eu tava muito ansioso, é, passaram seis meses, e aí você tá tomando essa medicação a seis meses, sua ansiedade melhorou? Sim, mas eu tô dormindo muito eu tô dormindo doze horas por dia, eu tô sonolento, não consigo mais trabalhar direito, então não resolveu o problema resolveu um, mas teve outro lado, então vamos ajustar isso, é ajustar na dose? Vamos diminuir um pouco a dose pra ver o que acontece, vamos inserir um outro remédio, você vai tomar esse mais um, vamos trocar esse tomar outro. Isso tudo é o especialista que poder avaliar, é claro assim, né, a gente sabe que não necessariamente né! o especialista vai fazer a melhor consulta possível, não necessariamente né o especialista tá preparado pra lidar com o usuário indígena, mas ainda assim enfim, é o protocolo que a gente segue, é melhor que nada né!, mas o ideal, a gente tenta monitorar todo mundo que faz uso de medicação psicotrópica pra que não apenas essa medicação passe pelo especialista, mas que ela passe o máximo possível, um ano assim é o limite, mas o ideal é que seja antes, ha cada seis meses, se

fosse possível a cada três meses porque não é uma medicação simples, é uma medicação complexa, o ajuste dela é difícil.

Pesquisadora: E vocês manejam cifras por exemplo de quantas pessoas precisam de manutenção.

Entrevistado: É isso a gente tem, a gente tem essas informações, mas essas são informações mais restritas né, é pra um certo cuidado com os usuários né.

Pesquisadora: Privacidade também.

Entrevistado: É, não são informações, por exemplo, que estão disponíveis nas bases de dados públicas.

Pesquisadora: Sim, até que é difícil achar essas informações na internet.

Entrevistado: Esse tipo de informação você não vai achar na internet com certeza.

Pesquisadora: Há e então assim, as quatro questões que você falou a álcool, suicídio, violência, todos pra todos tem assim essa medicação?

Entrevistado: Não, na verdade assim, o que acontece assim, álcool, violência e suicídio, em si, bom álcool é mais complexo né, suicídio é os fatores são, enfim é muito difícil trabalhar pode estar associada com uma questão que pode ser tratada com uma medicação ou não, não quer dizer que a pessoa tentou suicídio, ou suicidou porque tava na depressão, não existe essa relação pode existir ou não, nem todo o usuário que tentou o suicídio, não quer dizer que se ele tentou suicídio que ele precisa de medicação psicotrópica, na verdade em geral não.

Pesquisadora: E aí quais são as soluções que vocês têm?

Entrevistado: Aí tem uma coisa que assim, princípio de toda ação do programa é que não tem forma, assim, não tem... tem estratégias, mas a primeira coisa que a gente faz por exemplo se acontece um suicídio, qual é a primeira coisa que a gente vai fazer, é fazer um diagnóstico.

Pesquisadora: Sim

Entrevistado: É ir conversar, se foi uma tentativa né, se não houve óbito, a gente vai conversar com o usuário, perguntar pra ele, tentar entender, se foi um óbito a gente vai conversar com os familiares, só tem...

Pesquisadora: Há sim, tranquilo... tranquilo.

Entrevistado: É se for, aí a gente vai conversar com os profissionais de saúde que atuam naquele território, que conhecem pessoalmente, vamos conversar com o...

Pesquisadora: que trabalham nos postos de saúde?

Entrevistado: As lideranças, pra tentar entender, o que tá acontecendo? Aconteceu alguma coisa com ele? Que se evite, aconteceu alguma coisa com a família dele? Aconteceu alguma coisa com a aldeia? E aí é a partir disso que a gente vai conseguir construir uma estratégia, mas essa estratégia é, que a gente chama de plano terapêutico singular,

Pesquisadora: Sim...

Entrevistado: Esse plano é feito para cada circunstância, não tem como prever uma conduta.

Pesquisadora: Mas esse plano assim é, de acompanhamento?

Entrevistado: É um acompanhamento, com certeza é um acompanhamento, mas o que... que a gente vai propor pra tentar pra melhorar aquela situação isso vai ser caso... caso né, mas assim uma coisa que é importante é o acompanhamento né. A gente tá falando de suicídio, que o usuário tentou um

suicídio é importante que ele seja acompanhado de perto, mas quem que vai acompanhar de perto? Isso aí varia muito, porque tem que ser obrigatoriamente alguém que tenha uma boa relação com ele, quem que tem uma boa relação com eles, as vezes o técnico vamos dizer assim um técnico de enfermagem que é a pessoa que fica mais na área ali, tem mais contato com ele, as vezes é alguém que se dá muito mal com ele, então não vai ser essa pessoa já.

Pesquisadora: Claro.

Entrevistado: Às vezes não tem ninguém na equipe, se não tem ninguém na equipe o que que a gente vai fazer, vamo tentar pegar alguém da comunidade, um parente um amigo tentar trabalhar com ele, olha o seu irmão tentou suicídio e a gente tá com dificuldade de chegar nele, a gente sabe que você é uma pessoa de confiança dele, que gosta dele que tem cuidado, que não quer que essa situação piore.

Pesquisadora: Claro.

Entrevistado: Vamos ajudara gente? Você topa ajudar ele né, e todo mundo se ajudar junto, então é um pouco esse caminho, estabelecer vínculo, estabelecer relações.

Pesquisadora: e o caso da violência e aí como se sabe quando, quais tipos de violência se trabalha?

Entrevistado: então é isso que eu falei, todas as violências imagináveis, desde que elas...

Pesquisadora: Mas tem que ser uma violência denunciada, ou tem que ser uma violência...

Entrevistado: Depende, depende, é, porque é uma coisa que é o seguinte: A equipe de saúde, qualquer equipe de saúde, seja ela da saúde indígena, seja ela do posto de saúde da cidade, do hospital, elas têm uma série de protocolos né? uma série de compromissos que elas fazem regularmente, uma dessas coisas é preencher fichas e formulários né? E essas coisas alimentam os sistemas. Então, o Ministério da Saúde tem uma série de sistemas de informação de saúde. Por exemplo, tem o sistema de informação de mortalidade. Qualquer pessoa que morrer no Brasil em qualquer circunstância, essa morte tem que ser informada pro sistema, morreu fulano. De quê? Morreu de quê? E aí, teoricamente isso tem que ser feito e preenchido lá. Algumas coisas a gente fala que é de notificação compulsória. Isso inclui tanto alguns tipos de doenças, quanto alguns tipos de situações tipo violência, o suicídio, por exemplo. Se o profissional sabe disso ele é obrigado a notificar. Essa notificação significa o que? Isso não tem nada a ver com segurança pública, com polícia, com investigação policial. Não tem nada a ver com isso. Tem a ver com o sistema de informação de saúde. Significa que ele vai ter que preencher uma ficha e enviar pra quem alimenta o sistema. Então, assim, violência, na ficha tem lá uma lista de cinquenta, sessenta tipos de violência e ainda tem no final outros, ou seja, qualquer tipo de violência que o profissional identifique como uma violência ele tem que notificar. Aí, na ficha tem uma pergunta lá: a vítima dessa situação de violência que você está informando entende que aquilo é uma violência? Sim ou não?

Pesquisadora: Não é...

Entrevistado: Por exemplo eu presenciei uma cena que alguém bateu em você.

Pesquisadora: Sim.

Entrevistado: Eu sou um profissional de saúde, tô no meu território, você é uma usuária do meu território eu tenho uma responsabilidade sanitária com você, eu acompanho sua saúde, eu vi que você foi vítima de violência, eu entendi assim né, eu entendi que você foi vítima de violência, eu vi aquela pessoa te batendo pra mim aquilo é uma violência.

Pesquisadora: Sim.

Entrevistado: Então, claro eu vou fazer uma ficha, mas claro eu não vou chegar lá escondido e fazer, eu vou atrás, porque o meu objetivo é prestar cuidado, eu vou atrás de você e vou falar olha, eu vi que aquela pessoa te bateu, que que, como é que você tá se sentindo, enfim, ai pode ser que você fale assim, não aquilo lá não foi violência, mas eu continuo achando que foi, então eu vou botar lá eu vou preencher a ficha e dizer, ocorreu isso, e isso e isso, fulano que é da própria aldeia bateu nela,

mas ela disse que não é violência, tanto que tá perguntando lá, a vítima entende que é violência sim ou não? Não a vítima não entende, isso, me impede de preencher a ficha, não! Quais são as implicações disso? Depende, pode ser, aí a ficha vai vim, aqui é uma unidade, a gente trabalha aqui na gestão né, a gente não trabalha diretamente com uma aldeia específica mas as coisas vem pra cá, né a gente que é responsável pelo programa de uma maneira geral, a gente vai olhar e vai falar bom, o técnico Rafael da dizendo aqui que a indígena Edna apanhou do pai dela, nas circunstâncias tal, mas a Edna tá falando que não aconteceu nada, pode ser que na própria ficha conforme ela for preenchida com todas as informações que eu botei aqui, eu leia e fale assim, não, o técnico exagerou, realmente se eu conheço ali aquele pessoal, sei como é que as coisas funcionam.

Pesquisadora: Sim.

Entrevistado: Provavelmente não foi mesmo nenhuma violência, ou então eu vou falar é realmente. E se falam que é uma violência a gente vai ter que investigar, assim, do ponto de vista da saúde, não, assim, do ponto de vista da polícia, mas investigar, assim, entender o que está acontecendo e por quê.

Pesquisadora: E se por exemplo acha ser uma pessoa muito violenta que maltrata várias pessoas...

Entrevistado: A gente não tem função de polícia né, polícia é polícia saúde é saúde, essa não é nossa função, é, mas o que a gente faz é o seguinte, identificar, tem um problema de violência em determinada aldeia, essa aldeia tem uma questão com violência, ela é individual? É uma pessoa que tá provocando isso? Ou não? Se for uma pessoa vamos entender por que que essa pessoa tá fazendo isso? Tem alguma coisa que a gente possa fazer pra ajudar? Seja com ela, seja com os outros, então a gente tem responsabilidade, a mesma responsabilidade que a gente tem por ela, a gente tem pros outros, então assim, as vezes na saúde a gente tem questões que as vezes, é difícil assim, por exemplo, vamos supor uma situação aqui dentro de uma casa o marido bate na mulher, a nossa responsabilidade com o marido é tanto quanto nossa responsabilidade com a mulher, os dois são usuários do sistema igualmente.

Pesquisadora: Tá.

Entrevistado: Claro, se o marido tá batendo na mulher, tá tendo enfim, tá machucada claro que a nossa prioridade é da conta do cuidado dela, mas ele não deixa de ser um paciente nosso também,

Pesquisadora: E aí por exemplo.

Entrevistado: Temos que cuidar também,

Pesquisadora: E aí então por exemplo assim, ele bateu a esposa, ele vai ser um usuário do programa de violência mental por exemplo?

Entrevistado: A questão é assim, o programa não trabalha só, ele não vê só, ele não é um programa de doença mental né? Ele é um programa de saúde mental porque quando a gente pensa em doença a gente pensa em indivíduo, a doença é um problema do indivíduo em geral, né? A patologia ocorre em um nível orgânico individual e não é de doença mental que a gente tá falando. É de saúde mental, e as questões de saúde mental, elas quase sempre são do coletivo, por mais que se manifeste em uma forma de doença em uma pessoa, né? Por mais que uma pessoa diz a sério os sintomas, mas, provavelmente, é claro, tem umas situações que realmente são mais orgânicas, mas em geral quando a gente fala de saúde mental a gente tá pensando em questões coletivas, em questões sociais. Isso significa que tanto em geral as origens dos problemas são sociais, quanto provavelmente a forma de resolver ele vai ser também. A gente não vai resolver o problema só medicando a pessoa, a gente vai resolver o problema entendendo aonde que nas relações que ela estabelece com as outras pessoas em volta dela aquilo virou um problema. E como é que a gente pode tentar ajudar a melhorar isso. É uma intervenção complexa, não é uma intervenção só do procedimento de saúde, não é isso. Às vezes são coisas que vai envolver toda a aldeia, toda a comunidade. Isso pode ser botar todo mundo pra sentar e por pra conversar e ouvir o que cada pessoa tem a dizer, e ouvir as queixas, e ouvir tanto no caso da violência o agressor tá dizendo, não, é, eu bati mesmo, mas foi porque aconteceu isso e isso e isso e tal, e enfim e a situação aqui é muito difícil por isso, e isso e isso, e os outros vão dizer, não esse cara é ruim mesmo, e não sei o que e tal,

mas pera aí vamo tentar entender, é ruim porque? Por que que ele é ruim? Ele sempre é ruim? O que que acontece? O que que vocês já tentaram fazer pra tentar ter uma situação melhor, vocês já tentaram alguma coisa? Já tentaram conversar com ele? Tem um lado que é esse de mediação dos conflitos, de conversa de tentar achar, porque a questão é, um determinado coletivo de pessoas né, uma comunidade, uma aldeia, uma família, enfim quando tem problemas internos, quando a questão tá ali dentro, não vai ser alguém que vai trazer de fora e vai trazer as resposta pra aquilo né, com certeza o diagnóstico e as respostas, os caminhos pra tentar resolver tem que sair dali de dentro, o que alguém de fora pode fazer e tentar fazer as pessoas identificarem isso, porque as vezes estão tão envolvidas no problema e...

Pesquisadora: E essa pessoa que você fala de se pelo acompanhamento de maneira geral são as pessoas do posto de saúde né? Que estão...

Entrevistado: É quem faz assim o acompanhamento cotidiano rotineiro é quem tá lá, né.

Pesquisadora: Claro...

Entrevistado: Assim, né, por exemplo aqui no todo DSEI GuaToc a gente tem só um psicólogo que é o Hugo, mas o Hugo atua aqui no DSEI, na dialise, na gestão, a gente vai pro território, faz algumas intervenções, faz, mas eu acho que, se isso aconteceu foi muito pontualmente, talvez nunca nem tenha acontecido, e se também vier a acontecer também vai ser muito pontualmente em uma situação muito específica, mas a função do Hugo como psicólogo aqui do DSEI não é fazer atendimento psicológico de ninguém, até porque é isso, o Hugo é um psicólogo aqui em Belém pra atender 15 mil indígenas de quase todo o estado do Pará, ele não vai atender essas pessoas, ele não vai prestar apoio psicológico pra essas pessoas não é a função dele, ele não é um psicólogo, aqui ele não é um psicólogo clínico, que vai atender clinicamente esses usuários, o que ele faz é, enfim, entre outras coisas, né, mas nesse caso pode orientar a equipe a como fazer um determinado tipo de cuidado, mas se ele entender que precisa ter um cuidado mais especializado, que a equipe não tá preparada pra isso, por exemplo psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional o que quer que seja, isso vai ter que ser encaminhado pelo SUS, aí a gente vai ter que buscar o mais próximo possível da aldeia que mora aquela pessoa, da casa daquela pessoa, onde tem alguém que pode dar algum tipo de socorro mais especializado, se for o caso, se não for, a equipe pode fazer muitas coisas, tem muitas coisas que a equipe de saúde pode fazer se ela for bem orientada né que é o que a gente chama de matriciamento, matriciamento é um termo importante da política que é o, de uma maneira bem simples e resumida, é esse papel que a gente faz aqui, de a equipe traz pra gente algumas situações, problemas né casos, ó, lá ta acontecendo isso, a gente sabe até aí, mas depois a gente não sabe mais, o que que a gente pode fazer, não vamos tentar fazer assim, assim assado, tenta fazer isso, depois você traz de volta pra gente, a gente vai trocando, é uma troca que as duas equipes estabelecem porque aqui, tem profissionais com certos conhecimentos e informações que são importantes para algumas situações que a equipe de área não tem, e por outro lado a equipe de área tem outros conhecimentos tem outras relações com o território que a gente não tem, então é essa...

Pesquisadora: Há entendi.

Entrevistado: Banda que a gente toca junto.

Pesquisadora: E você conhece assim, algum caso de alguma pessoa indígena que foi medicada com medicamento Psiquiátrico que me possa relatar, contar...

Entrevistado: Um caso específico? Olha assim eu já acompanhei e vi, e tive contato com vários indígenas, que fizeram, que fazem o uso de medicação psicotrópica né, mas assim, o que exatamente assim te interessaria assim nessa história?

Pesquisadora: É contar como foi a história, como foi esse processo de achar essa necessidade, como foi essa pressão? Se o procedimento teve na aldeia pra achar sobre isso, como vocês acharam que era preciso esse uso da medicação para melhorar o seu estado.

Entrevistado: É vê como é que, assim, não sei se eu queria entrar em um caso específico.

Pesquisadora: Igual pode ser, não precisa falar nem o nome, nem...

Entrevistado: É, eu entendi, entendi,

Pesquisadora: É pra contextualizar um pouco disso, e pra conhecer né, assim uma história.

Entrevistado: Assim, eu tô pensando em um caso aqui, que talvez não seja um caso especial assim, possa tá sendo um caso hipotético mas, como tem vários, primeiro é isso eu não lembro de nenhum caso que a gente tenha chegado à conclusão de que essa pessoa precisa da medicação, as vezes a gente fala assim, essa pessoa precisa de um acompanhamento, aí poderia ser o que, é, tá, vou citar um caso, é um caso bem específico assim, mas vamos lá, um indígena, não vou dizer de onde, sofreu um acidente, e um acidente que teve consequências neurológicas, que bateu a cabeça, e passou a relatar algumas mudanças, assim dificuldade de se concentrar, dificuldade de fazer o trabalho dele, e não conseguindo trabalhar adequadamente, tudo se ele tinha um trabalho de roça, e ele precisa trabalhar e isso começa a trazer mais problemas, então ele procurou ajuda pedindo isso, assim, eu preciso retomar o meu trabalho, então foi encaminhado pra, foram feitas várias frentes, não foi só isso, teve uma hora gente tentou articular com outros parceiros formas de ajudá-lo a realizar de uma maneira melhor o trabalho dele, ter uma renda melhor e tudo e por outro teve esse encaminhamento também, é, e aí a medicação ajudou ele nesse sentido, a retomar ao trabalho que era o que ele tava se queixando, é eu não sei, tem todo tipo de caso, eu não sei as vezes a medicação não ajuda, as vezes ajuda, as vezes não, as vezes a pessoa toma regularmente as vezes não, as vezes para mesmo.

Pesquisadora: O problema é que essa medicação também tem que ser uma coisa muito rigorosa, né de tomar todos os dias.

Entrevistado: No geral sim, no geral é uma medicação que você tem que ter um certo cuidado.

Pesquisadora: A temperatura eu acho que também pode manifestar.

Entrevistado: Temperatura o que do armazenamento?

Pesquisadora: É.

Entrevistado: É, depende, mas no geral tem que ficar na sombra né.

Pesquisadora: Mas tipo assim a hora pra tomar,

Entrevistado: É no geral essas medicações requerem cuidado né, mas geralmente é isso, alguém da família que assume essa responsabilidade.

Pesquisadora: Como é essa relação do conhecimento indígena, por exemplo do Pajé com essas questões de saúde mental, pra pensar da sua perspectiva, mas também dizer o que você conhece na prática como é essa relação.

Entrevistado: É né, varia muito né também, em cada território em cada contexto porque isso é muito, em cada lugar se chama de um jeito diferente, mas o ideal também, isso é uma coisa que a gente presa muito, e que a política defende e que a gente tenta fazer com que os profissionais entendam isso que essas coisas tendo que ser feitas sendo acompanhadas por quem tem enfim um conhecimento a partir dos indígenas, pra que esses saberes tradicionais dos indígenas sejam considerados do mesmo nível do saber da equipe de saúde, e enfim isso depende muito, tem casos que eu conheço que nesse tipo de situação, nas questões que a gente chama de saúde mental, são tratadas só com o cuidador tradicional, só com o Pajé, porque eles não tem nenhum interesse que um outro profissional seja um psicólogo ou um psiquiatra se meta nesse tipo de questão, porque eles entendem que ó, essas não são questões do universo de vocês, são questões do nosso universo a gente entende e sabe lidar pelo menos aqui, tem outros lugares que não, ou não tem ninguém nesse lugar de Pajé, ou...

Pesquisadora: Lugar que não tem Pajé...

Entrevistado: É, ou o Pajé fala ó, não sei lidar com isso aí não, isso daí é um problema de branco, isso aí é coisa que não tinha aqui, eu não sei trabalhar, ou porque eu não aprendi mesmo e tal, então vocês podem fazer aí, é agora ter até tem quem entenda que muito, tem alguns contextos que a pessoa fala assim há, quando se refere aos indígenas.

Pesquisadora: Sim.

Entrevistado: Necessariamente, há de uns tempos pra cá começou a ter muitas situações que não tinham antes coisas que por exemplo um psiquiatra entenderia como uma situação de esquizofrenia, e que as vezes os Pajés entendem que não, isso aí que vocês chamam de esquizofrenia na verdade é uma propensão que essa pessoa tinha a desenvolver um caminho espiritual como o Pajé por exemplo e como não tem mais ninguém pra trabalhar isso aqui, pra orientar a pessoa, ela acabou se perdendo, enfim enlouqueceu mas o que ela tem na verdade é uma facilidade de conexão com outros mundos que é o que a gente chama de Pajé, que é o que vocês chamam de esquizofrênico, é uma leitura que existe, não quer dizer que seja a única leitura possível né, é, enfim, vários caminhos de pensar isso também, mas é isso te alguns contextos que a equipe de saúde consegue trabalhar bem com os cuidadores tradicionais e tem resultados muito bons pra o usuário que precisa, pra comunidade em geral, pode ser que não quer realmente não tem interação nenhuma.

Pesquisadora: Depende de cada aldeia, de cada...

Entrevistado: É depende de muita coisa né, depende de muita coisa da história ali, da relação, como se deu.

Pesquisadora: E tem algum processo de trabalho com indígenas pra falar, ou pra perguntar pra eles o que eles acham que é a saúde mental?

Entrevistado: Tem, tem sempre que a gente vai iniciar o programa em qualquer território, é isso que eu falei assim, a primeira coisa que a gente faz é entender o que que tá rolando, é fazer uma conversa, a gente não leva nada pronto pra lugar nenhum, então o que a gente vai fazer é perguntar, e ao perguntar não é ouvir uma resposta de cada, mas é entender essa resposta e tentar construir junto essa resposta, mas é entender quais são as demandas? O que aquela... aquele lugar aquela comunidade entende que são os problemas deles, então entender assim, o que que é saúde mental ali, é isso é aquilo que eles vão dizer que são as questões coletivas que tão incomodando, poder ser, o problema pode ser uma terra que não tá demarcada, ou um rio que tá poluído, ou a comunidade que tá brigando demais.

Pesquisadora: Sim.

Entrevistado: Várias coisas que podem ser identificadas, e a partir desse diagnóstico feito juntos a partir das pessoas dizerem o que tá incomodando é que a gente vai tentar construir junto também, alguma estratégia de intervenção.

Pesquisadora: esse programa é o mesmo programa bem viver?

Entrevistado: É, na verdade é isso assim a diretriz o programa nacionalmente ele chama de programa de saúde mental, mas aqui no DSEI GuaToc o conselho que é a instancia de controle social principalmente dos usuários, mas também dos trabalhadores da gestão decidiu que queria mudar o nome e chamou de programa bem viver.

Pesquisadora: Mas só no DSEI de vocês?

Entrevistado: O programa chama bem viver no DSEI só, mas é o mesmo programa.

Pesquisadora: Mas assim é um nome que é só pra esse DSEI.

Entrevistado: O nome é só pra esse DSEI, não se se algum outro...

Pesquisadora: É que eu estava procurando informação na internet, e quase não acho assim do bem viver.

Entrevistado: É eu acho que só esse DESEI, que mudou de nome mesmo o programa, mas...

Pesquisadora: Mas é esse programa?

Entrevistado: É esse programa de saúde mental, e esse conceito de Bem Viver faz parte do programa também nacionalmente, só o nome que mudou aqui.

Pesquisadora: Há é Rafael, obrigada.

Entrevistado: Foi tudo que você queria saber?

Pesquisadora: Hum, queria perguntar assim quais etnias são aqui mais ou menos que vocês trabalham, devem ser muitas, mas pode falar algumas...

Entrevistado: Muitas, tem que ser algumas mesmo, porque são mais de 50.

Pesquisadora: Mais de 50 são, tem muitas.

Entrevistado: é posso falar pelos povos, então assim, tem os povos que são aqui mais próximos de Belém que são Santa Luzia, Capitão Poço, Tomeaçu e Paragominas, são principalmente população Tembé.

Pesquisadora: Tembé

Entrevistado: Tembé teneterrara, é Paragominas tem outras populações também, ne assim, sem falar também dos que tão isolados, que eram um ou outro casou com fulano, população principal das aldeias, mas aí por exemplo Paragominas tem os Kaapor, lá no Maranhão,

Pesquisadora: Kaipó?

Entrevistado: Kaapor, há não... não é Kaiapó.

Entrevistado: Aí já, em... Marabá tem vários, Gavião...

Pesquisadora: Muitos lugares né? são muitos, eu querer perguntar pra você de casos de indígenas que decidem ir pra psiquiatra pelo sistema privado de saúde, isso também acontece?

Entrevistado: É acontecer acontece né? Mas não é nada, primeiro assim que nada impede o indígena de recorrer ao sistema que ele quiser, mas fora isso, aqui no caso do DSEI GuaToc, tem alguns tem algumas populações que a gente atende que são assistidas por outros programas principalmente por compensação de impactos que eles sofreram seja por conta de hidrelétrica, por conta de mineração né o caso dos próprios Xikrin, tem a VALE faz mineração na terra deles, então eles recebem recursos, inclusive plano de saúde, então assim esses povos que tem, ou que tenham plano de saúde, ou que tem recursos privados, vão.

Pesquisadora: Eu falei com uma promotora de saúde de lá, que ela fala que antes com esse médico tinha 60 pessoas com medicação e que depois que o DSEI foi fez uma reunião, aí ficaram 25.

Entrevistado: Eu acho que na verdade então, você tá falando assim que essas medicações eram passadas pelo doutor Marcos né, que é o médico lá que atua com eles, e aí a gente conseguiu que alguns deles fossem encaminhados pro especialista pro psiquiatra na rede do município, e aí eles revisaram algumas medicações.

Pesquisadora: Sim.

Entrevistado: Mas eu não sei dizer os detalhes de como é que foi feito isso não.

Pesquisadora: E, todas as aldeias têm postos de saúde? Todas?

Entrevistado: Não, todas as aldeias não, mas todas as aldeias têm um posto de referência, porque as aldeias são muito pequenas, as vezes tem aldeias que tem uma família só,

Pesquisadora: E essa pessoa que é de saúde indígena que é indígena, monitore saúde.

Entrevistado: Agente indígena.

Pesquisadora: Ele é formado pelo sistema de saúde?

Entrevistado: É, mas não existe assim uma formação... cada agente teve uma formação diferente, porque a formação...

Pesquisadora: Mas é a comunidade que escolhe ele?

Entrevistado: A comunidade que escolhe em geral, mas depende, tem lugares em que é feita a seleção, normalmente é a comunidade que escolhe, mas alguns DSEIs já implementaram formas de seleção, processo seletivo mesmo, mas na maioria dos lugares mesmo é a liderança que indica.

Pesquisadora: Ah, entendi, tá bom Rafael, muito obrigada.

Entrevista 2: Fernando

Pesquisadora: Então, é, qual é teu nome?

Entrevistado: Tá! Meu nome é Fernando.

Pesquisadora: Aí que bom e o que é saúde mental?

Entrevistado: Olha, saúde mental é... primeiro ela tem vários significados né, pra gente. Então, o primeiro significado é assim, enquanto político, né? A gente tem a política de saúde mental que é uma política dentro do Sistema Único de Saúde brasileiro, então é uma política que tem suas bases na política da saúde mental da Itália, mas também da França. Então, a gente se baseou muito na italiana, é a que a gente vem construindo desde os anos 70 né? uma política antimanicomial e que baseou todos os outros programas né, serviços, por exemplo, CAPS, né?, As residências terapêuticas e consultório nas ruas, tudo foi baseado nessa política de saúde mental que tem um cunho extremamente antimanicomial. Inclusive, a política de drogas também é dentro da política de saúde mental e a gente, também, tem esse cunho antimanicomial. Então, como política ela é assim. Eu acho que o outro sentido é no sentido de filosofia mesmo né? de filosofia de cuidado mesmo, baseado na liberdade, baseado na autonomia dos sujeitos e baseado no protagonismo dos usuários também. Então, acho que são basicamente esses dois, esses dois significados aí. Mas é claro que saúde mental, enquanto objetivo mesmo, ela é algo inalcançável, e a gente tem que buscar, mas sabendo que a gente não vai alcançar uma saúde plena mental né? Nem física, nem mental, nem social. É algo que é pra gente buscar, mas a gente sabe que a gente não vai alcançar.

Pesquisadora: E, por exemplo, enquanto a saúde mental política, você me poderia falar, por exemplo, como funciona o esquema de saúde em Brasil, tem... por exemplo, desde o nacional até o local?

Entrevistado: Tá... tá... entendi. Sim, a gente... a gente tem é... área... área... a gente, o Ministério da Saúde, o Ministério da Saúde tem a área técnica de saúde mental. É, os Estados existem, as coordenações estaduais de saúde mental, é... e nos municípios, nem todos têm coordenação de saúde mental, são só os... os maiores, por exemplo, aqui nessa região tem... tem em Marabá, em Parauapebas, em Tucuruí tem é... mas, nos municípios pequenos é... geralmente, não se tem coordenação de saúde mental, acaba que tem é... é... tem o CAPS. Mas, aí o... o... o coordenador do CAPS acaba sendo um coordenador da rede de saúde mental também. A gente também não aconselha que tenha um coordenador de saúde mental em municípios muito pequenos né? Então é, enquanto, gestão é organizado assim. Mas, enquanto, é... é... essa... essa gestão, ela sofre influência do movim... dos movimentos sociais relacionados a saúde mental, principalmente, os movimentos de luta antimanicomial... então tem o MLA, Movimento de Luta Antimanicomial que... que também é causa muita influência na... na construção das políticas de saúde mental. E aí os serviços de... de saúde mental, eles são vários, mas os mais... os mais populares são os CAPS né? Centro de Atenção Psicossocial. É que tem - pelo menos aqui no Pará - tem em quase todos municípios que tem mais... 20 mil habitantes ou mais. Todos têm CAPS. Então é um... é um serviço muito popular mesmo né? Mas..., mas também a gente tem residências terapêuticas que são... é... serviços pra pessoas que saíram de internações psiquiátricas e que perderam os vínculos familiares sociais. Então tem casas né, que são residências terapêuticas. É, a gente tem, tem leitos psicossociais que a gente chama de serviço hospitalar de referência. Aqui em Marabá tem - que são leitos de hospitais gerais mesmo -, pra... pra atendimento de crise, internações de curta duração, é... A gente tem os consultórios na rua que são... aqui não tem nenhum. A gente tá querendo fazer um lá em Parauapebas, mas é... é da atenção básica e ele cuida das pessoas que tem... que tão em situação de rua, inclusive, uso de drogas e com transtorno mental. É... que mais que a gente tem... a gente tem as unidades de acolhimento. Não tem também aqui, mas elas são ligadas aos CAPS AD, CAPS álcool e drogas. É pra pessoas que também perderam vínculo e que precisam de uma moradia. É transitória pra poder recuperar esses vínculos, mas sempre em uso de álcool e outras drogas é... acho que são... tem outros ainda, têm benefícios né? Como o De volta pra casa, que é um recurso que a pessoa recebe pra poder... a família recebe, pra poder o paciente que passou por internação de longa data, de pelo menos dois anos, pra poder receber de volta esse paciente. Então tem inúmeras estratégias, serviços que... aqui no Brasil que são voltados pra pessoas com transtorno mental, porque a pessoa com transtorno mental, ela só consegue ser, realmente, cuidada dentro de uma rede não só de um serviço, que é o que vinha... vem acontecendo até então, né? De que, os pacientes ficam dentro do CAPS. Eles só querem fazer as coisas dentro do CAPS, elas não transitam dentro da rede e acaba que pessoas que... que... assim, que tem dificuldade para ir até o CAPS,

ficam sem assistência, por exemplo, é... zona rural é, as pessoas que moram na zona rural, índio, os ribeirinhos, é... quilombolas, essas pessoas elas acabam ficando sem assistência porque a saúde mental ela... ela... se ela não trabalha em rede, ela fica concentrada em um único serviço e aí exclui muita gente, os índios são, extremante, excluídos das políticas de saúde mental e essa exclusão gera algumas consequências. Mas assim, a gente pode falar depois dessas consequências né?

Pesquisadora: Hum... entendi! E você conhece é ... se apresentado algum tema de saúde mental dos povos indígenas, dos indígenas?

Entrevistado: Sim, sim. Como eu te falei, quando você exclui determinadas populações, entre elas os indígenas, que são muito excluídos por conta de inúmeras coisas: a dificuldade da língua, às vezes, o distanciamento do centro urbano onde está o serviço especializado de saúde mental, a dificuldade com a cultura mesmo né? a organização social dos índios, essas coisas. É porque a saúde mental se ela não for muito bem cuidada, ela acaba se tornando uma forma de normatização da vida das pessoas. Então, acaba virando, assim, pra que você tenha saúde mental, você tem que ter é... ser casado; tem que ter uma casa, um emprego; tem que ter não sei o que. E os índios não têm esse padrão de normalidade que é... que é normal pra eles. Mas, só que o nosso padrão de homem branco é o que acaba prevalecendo quando somos nós que operamos as políticas, sem escutar essas outras populações. Então, os índios, eles encontram todas essas dificuldades. E aí, o que acontece é que o índio ou fica desassistido ou quando tem algum problema relacionado à saúde mental, recorre pra é, pra suicídio, ou então pro álcool, ou eles são excluídos da aldeia. E também existem os casos em que o índio acaba caindo nas mãos da indústria farmacêutica. Como, por exemplo, como tem o caso dos Xikrin de Parauapebas que até um tempo desse atrás eles tinham, eles tinham um índice muito preocupante de uso de anticonvulsivante prescrito por um médico que tinha uma entrada na aldeia. Ele fazia uma pesquisa, ele nem era psiquiatra nem nada, ele era nefrologia, ele fazia nefrologia. E aí, mas como os índios viam que era médico, consultavam com ele. Ele passava uma medicação e logicamente que os problemas, os sintomas que os índios apresentavam de dor de cabeça, principalmente, que na tradição deles cuidavam com as pajelança, com as plantas medicinais ou seja lá com o que for, acaba que eles iam por todo esse processo de contato com nossa cultura e acabam pegando, tratando de tudo isso com remédios. E a gente tinha 60 índios em uso de anticonvulsivante, até que a gente começou fazer algumas ações na aldeia e esse número diminuiu bastante. Está na faixa de uns trinta agora. Mas, era muito preocupante. Quando a gente olha pra aldeia e olha pra isso, a gente vê que não é só a medicação. É a índia que não quer mais dar o peito pro bebê, por exemplo. Eles tomam muita Coca-Cola, estão ficando obesos. A própria alimentação deles tem mudado muito. E aí, a medicação alopática entra nesse bolo aí.

Pesquisadora: É verdade que os índios gostam de medicalização... de remédio farmacêutico, alguém me falou que eles gos... mu... as pessoas, assim, comentam que eles gostam, que eles são quem vão pra posto de saúde pra pedir medicamento, mesmo sem.... mesmo sem estar doente?

Entrevistado: É... é, algumas tribos sim, eu acho que... eu acho que todas sim né, e não muito diferente do que aconteceu com a gente né? A gente também gosta muito, quando a gente é... porque a medicação, ela traz um alívio imediato pras coisas né? Então... então, assim... assim como tem aqui, entre a gente, muita gente dependente de medicação, de rivotril, eu acho que entre os... entre os índios também né, acontece assim, e acontece também, essa coisa do... do uso abusivo de álcool, entre os índios, eu acho que é uma... eu acho que é uma... é algo a ser pesquisado também né, porque existe uma... uma... é... uma história de uso abusivo de álcool em algumas... em algumas aldeias é, de encarar isso como uma automedicação também né.

Pesquisadora: Claro! E quais que são as maiores causas pra... é... pra que os indígenas tomem medicamento psiquiátrico, por exemplo?

Entrevistado: É, nos Xikrin, eles estavam usando auto... os... os anticonvulsivantes por conta de dor de cabeça, e aí era...

Pesquisadora: Que é anticonvulsivante?

Entrevistado: Anticonvulsivante são... são remédios pra... pra... pra epilepsia, pra convulsão, que são usados nesses casos, também, de dor de cabeça crônica. E aí, o... o que o... o que acontece é que... é que, por exemplo, a gente tem que olhar pros... pra... pra organização social deles né, o índio. O índio homem, ele caça - entre os Xikrin -, mas é a mulher que traz a caça. Então ela traz numa...numa... em um tecido, que ela coloca aqui na... na...

Pesquisadora: Na cabeça...

Entrevistado: Na cabeça. E, todo o peso vem aqui pra testa, isso gera... essa parte frontal aqui da cabeça, então isso gera é... dor de cabeça. Além disso, elas... elas tiram cílios, então, talvez essa coisa de... e não ter proteção... e não ter a proteção do sol né? Ela... talvez, gere dor de cabeça, mas isso sempre foi assim né? Como é que, antigamente, se cuidava disso sem a presença de remédio, né? Eles cuidavam com planta, cuidavam com... sei lá, com qualquer outra coisa né? Então... então assim é... a gente... a gente entrou... a gente que eu falo, assim, a gente, homem branco, não se... se se fala assim homem branco pra eles, mas é... a gente entrou... interferiu nessa organização deles e introduziu o remédio como se fosse uma solução mágica, mas eles sabem que não é, que existe uma... uma... uma... inúmeros perigos de dependência, né, de causar outras doenças né? Então hoje... hoje é incrível, mas a gente já fala de entrar na aldeia pra fazer o trabalho de... de fortalecimento das plantas medicinais. É, na verdade seriam os índios que tinham que ensinar pra gente o uso das plantas medicinais e, a agente que tem que tá indo lá pra... pra incentivar eles a voltarem a usar as plantas medicinais.

Pesquisadora: É verdade, alguma outra causa, além da dor de cabeça, por exemplo, as práticas de suicídio têm... têm indígenas com... com práticas de suicídios, também dão pra eles remédios psiquiátricos?

Entrevistado: Sim, sim. É, eu vi alguns casos lá em Paragominas que eles usavam bem assim, é... medicação é, antipsicótico, essas coisas assim é... é, eu não sei quais são as causas do suicídio. Eu acho que existe uma mal-estar entre os índios, que eu não sei o que... o que... quais são as origens disso né? Então nem sei opinar sobre isso, mas ah... o tratamento acaba sendo só psiquiátrico mesmo.

Pesquisadora: E em caso de álcool, por exemplo, que você fala que tem um consumo muito alto de álcool...

Entrevistado: Outras drogas também, *crack*, por exemplo, os Trocara, lá em... lá em Tucuruí é... eles passaram... a aldeia fica muito próxima da cidade, e aí eles têm... eles têm uma prática de excluir os índios homossexuais. Então, eles expulsam da aldeia os índios homossexuais, e aí esses índios foram pra cidade é... são índios e homossexuais. Você imagina qual é o destino dessas pessoas né? Então, eles se marginalizam é... começam a usar drogas, mas, de vez em quando, eles vão visitar os parentes na... na... aldeia, então eles introduziram maconha, *crack* na aldeia e, agora, eles tão com um problema muito ser de dependência... de uso abusivo de *crack* lá. Então... então não é só o álcool. A gente pensava que o índio era... beber demais era um problema, mas agora... *crack* também.

Pesquisadora: É pior. E bom, não... é, tem uma pergunta... como você fala que, por exemplo, antes quando chegou essa pessoa, que chegou pra... viu os Xikrin, deu um prontuário pra... com medicalização pra eles né... deu com...

Entrevistado: Foi receita mesmo... ele já trazia os remédios

Pesquisadora: Mas, quem é ele... quem trouxe ele, como chegou ele...

Entrevistado: Ele faz pesquisa, ele tira as férias... ele mora em São Paulo, aí ele... todas as férias dele, ele vai pra aldeia porque ele faz uma pesquisa - não sei de que natureza é a pesquisa dele -, mas só que não tem a ver com psiquiatria. É porque ele é médico, aí o... aí os índios sabiam que ele era médico e iam consultar com ele, né?

Pesquisadora: Mas, ele não chegou por o governo ou que...?

Entrevistado: Não, não. Foi universidade, eu acho.

Pesquisadora: E não tem, por exemplo, um controle por parte da FUNAI de dizer se pode dar essa receita pra os indígenas?

Entrevistado: Não, não existia esse controle e até mesmo quando a gente resolveu intervir foi com muito cuidado porque, é... os próprios índios, eles eram contra a retirada dessa medicação porque tava fazendo bem pra eles. Então é... a nossa estratégia era de... era de levar um psiquiatra lá, pra o psiquiatra dizer o... é, um especialista que é da área né? Ele é um nefrologista - eu acho - uma coisa assim, mas a gente levaria o psiquiatra e o psiquiatra diria né, que o índio não precisaria mais daquilo. Ou se precisasse né? Se tivesse um caso já de dependência e tudo..., mas, tem a opinião de um especialista da área porque o próprio indígena, ele não queria que tirasse essa medicação.

Pesquisadora: Claro, e aí vocês como fizeram? Você fala que antes eram 60 e que depois lograram mais ou menos 30. Aí qual foi a... o que vocês fizeram pra diminuir?

Entrevistado: O pessoal do estado tem é, tem lá Assistente Social, Psicólogo, Médico né? E, tem feito uma... uma triagem, uma avaliação desses casos e, aos poucos, tão conseguindo tirar essas medicações, falando com... falando com as lideranças indígenas né? E eles tão... é... é uma sociedade que se organiza muito em volta dessas lideranças, dos caciques. Então ele... ele... a gente... o estado tá conseguindo tirar assim desse jeito, mas com a ajuda dos profissionais né, têm médicos, têm estudantes de medicina, me parece que tão entrando lá também... é, eles entram lá também, estudantes de medicina, médicos, assistentes sociais, psicólogos, então se... de vez em quando vai uma equipe dessa lá pra fazer trabalho com eles.

Pesquisadora: Tá. E... é esses medicamentos, que é... eu tenho uma pergunta, que é medicamento... é, psiquiátrico e qual é psicotrópico, é a mesma coisa ou são diferentes?

Entrevistado: É, é a mesma coisa sim, porque todos têm uma... uma ação é, no sistema nervoso central. Agora cada um é pra... é pra... tem um determinado efeito. Então, por exemplo, o... o... o anticonvulsivante que eu lhe falei, ele é mais neurológico né, porque ele é mais pras convulsões, mas eles são muitos usados pra... pra dor de cabeça também. Assim, enxaqueca é, eles usam muito. Agora existe os... os... os antipsicóticos que são pra psicose né, pra esquizofrenia, os antidepressivos, os ansiolíticos né? Então cada um tem... tem... é classificado cada um com seu efeito.

Pesquisadora: E esses medicamentos são, por exemplo, as pessoas, que são medicalizadas, os índios que são medicalizados, têm que tomar é por vida essa medicação?

Entrevistado: Pra vida toda?

Pesquisadora: É.

Entrevistado: Não, não, é... por incrível que pareça eles... na verdade eles... a maioria deles têm sido avaliados que eles não precisariam da medicação. O problema é que quando, da feita que você começa a... a tomar, se você retira de uma hora pra outra, pode causar abstinência, né? Algumas medicações dessas né, por isso que tinha que ter cuidado porque, por exemplo, você tá tomando uma medicação pra dor de cabeça há muito tempo é... e você ... chega um médico e te diz "olha! para de tomar essa medicação". No outro dia, você vai estar com uma dor de cabeça terrível, ansiedade, mal humor, por isso que tem que ter todo esse cuidado pra retirar. Porque imagina a gente... diz... vamo dizer que o cacique vá dizer "não, ninguém mais vai tomar essa medicação", no outro dia vai tá todo mundo com dor de cabeça. Eles vão achar, porque eu parei de tomar a medicação, não é porque... porque... é por que parou de tomar a medicação. Mas, é porque parou de forma errada, parou de repente. Tem que ser uma parada gradual, mas eles causam outros problemas também. Além da dependência, os efeitos colaterais, assim, a longo prazo, doenças, né?

Então, por isso que a gente aconselha de... de parar a medicação se você não precisa e, no caso dos índios, eles não precisavam, e não é.... não é...

Pesquisadora: E porque passam por exemplo um anticonvulsivante e não, por exemplo, aspirina, ou ibuprofeno?

Entrevistado: É, pois é, o médico... aí fica na decisão do médico, né? Ele passava o anticonvulsivante. Eu não sei se ele entendia que já era uma dor crônica, que as pessoas estavam sentindo há muito tempo, é.... e que aí ele já entrava com a medicação mais... mais forte né, mais... do efeito mais intenso. Então é, eu não sei te dizer é, o que passou na cabeça do médico pra ele passar...

Pesquisadora: Hum, claro. E já... uma coisa mais específica, no teu trabalho, você tem algum conhecimento de casos específicos com de saúde mental com algum indígena?

Entrevistado: Pois é, eles são muito raros de chegar, e aí... e aí quando... quando... é eu mesmo, eu tenho mais os relatos. Assim, não que chega... os únicos casos que eu vi que chega até o CAPS são esses de Paragominas, que eles levavam até lá, né? O estado levava o paciente até lá pra ser.... pra ser consultado pelo psiquiatra, mas os outros, os índios não chegam. No caso do Xikrin, dos Gaviões daqui né, de Marabá é, eu acho que não chega porque né, porque eles são tratados na rede particular, porque recebem recursos né, por conta dos projetos que têm na terra deles. E aí eles... eles... tipo assim, eles têm plano de saúde. Então eles usam a rede particular, é por isso que a gente... como... como o serviço de saúde mental são todos públicos, acaba que eles não chegam até a gente. Isso é um perigo muito grande porque a rede pública, ela não tem uma política de saúde mental, ela tem... a rede... a rede privada, ela não tem uma política de saúde mental. Ela tem, normalmente, um psicólogo, um psiquiatra, mas não uma política de saúde mental. Só o SUS mesmo, público, que tem uma política de saúde mental. Isso significa, assim que, vamo dizer que tenha, assim, um caso de tentativa de suicídio, ele vai pra rede particular, ele vai pro psiquiatra e esse psiquiatra vai passar remédio. E essa pessoa vai ficar só tomando remédio e, sem fazer qualquer outro tipo de... de... de... de terapia alternativa ou remédio e, acaba que ela vai passar vida toda só tomando remédio mesmo. Nunca vai poder trabalhar essas questões, que levaram ela a tomar... a.... a.... a tentar suicídio. A mesma coisa o alcoolismo, essas coisas.

Pesquisadora: E, dentro do teu trabalho, chegou algum caso ... você lembra de algum caso de algum indígena que você já... conhecido, pessoalmente, ou que...

Entrevistado: Eu não lembro de nenhum. Eu não lembro de nenhum que eu... que eu tenha visto, diretamente, no serviço... só de... só em Paragominas mesmo. Paragominas nem é da minha região aqui, né? É outra regional, mas, eu fui fazer um trabalho lá, foi, justamente, sobre os indígenas e, lá eles... alguns índios frequentam o CAPS.

Pesquisadora: Tá. E vocês têm é.... contato com os médicos que estão lá trabalhando no posto de saúde, os enfermeiros...?

Entrevistado: Aonde?...

Pesquisadora: É, dentro das aldeias.

Entrevistado: Olha, eu não sei se tem médico trabalhando diretamente com a.... com o índio, eu acho que não. Porque o braço da saúde lá são os... os agentes indígenas de saúde. A gente chama de AIS, é.... a gente... os indígenas de saúde - que são indígenas mesmo - são tipo agente comunitário de saúde, só que são indígenas. E aí quando eles identificam alguma coisa lá, eles trazem pra... pra... pra cá. E aí... não tem um serviço de saúde específico pro índio, deveria ter, né? Porque é.... pra gente poder cuidar do índio, a gente tem que... que... não pode entender só o corpo, a gente tem que entender a organização deles, né? Como eles trabalham, como eles se.... como eles se relacionam. É um problema sério isso, né?

Pesquisadora: E por exemplo, no caso das alucinações, o que você acha?

Entrevistado: Nesse caso das alucinações entre indígenas, eu acho que tem que ser muito bem cuidadas, né? Porque a gente tem que ter outra abordagem assim. Porque a alucinação ela... ela... se... se a cultura indígena consegue acolher essa... essa alucinação, dá uma explicação pra ela, da... criar um discurso em cima dessa alucinação, se ele viu um espírito, e... e... aquilo tem um sentido pra ele, é... é... aquela... aquele acontecimento da alucinação ganha um sentido pra pessoa, e isso faz com que a pessoa não sofra, porque... o que... assim, ou sofra menos né, do que deveria sofrer. Porque na saúde mental, a gente é... é uma coisa que, eu como referência técnica aqui eu sempre falo pras pessoas que a gente tem que cuidar do sofrimento e não da... e não dos sintomas. Então, si... si... si essa alucinação faz sentido pra aldeia, pro sujeito, é, ela... ela não, necessariamente, vai causar sofrimento pra ele. Isso você evita do indígena tomar uma medicação pra acabar com aquela alucinação.

Pesquisadora: Claro, seria como a reinterpretação do... da...

Entrevistado: Sim.

Pesquisadora: Hum, entendi. E você conhece a ferramenta que é o nome DSM IV?

Entrevistado: No SUS a gente não usa essa classificação que é o DSM, né? A gente usa o CID, que é Classificação Internacional de Doença, que ela... que ela é menos, menos radical assim. O DSM é norte-americano e, é só de transtorno mental assim... e agora, saiu o 5 e tem doença pra tudo, pra tudo, todo mundo é doente.

Pesquisadora: Eu vi porque eu li o texto e, foi curioso pra mim, porque dizia, ... até que fosse religioso é caracterizado com um tipo de esquizofrenia...

Entrevistado: Agora, a gente tem que questionar assim, será que essas classificações de doença mental, serve pra gente... pro homem branco e serve pro indígena?

Pesquisadora: Claro.

Entrevistado: Será que uma... ouvir vozes pra um indígena é a mesma coisa de ouvir vozes pra gente, né? Porque tem muita... tem muita cultura, inclusive, a nossa, que foi toda organizada em torno de alucinações visuais e auditivas. Foi toda organizada em volta de pessoas que tiveram visões, que ouviram deus, né? Que viram a criação de alguma coisa, e que... e que os indígenas, a mitologia indígena não deve ser diferente, né? De alguém que ouviu uma... a voz de uma entidade das águas, ou então da... é, será que todos esses sintomas a gente tem que medicalizar, a gente tem que transformar em doença e medicalizar? Eu acho que a gente tem que puxar essa discussão pro indígena também.

Pesquisadora: Claro também pra ver, por exemplo, qual é a doença, o que é a doença... porque não se pode falar...

Entrevistado: Isso o que é doença... o que é doença pro índio, o que é doença pra gente... pro homem branco, o que é doença pra cada um, pra cada cultura. Na verdade, a doença ela... ela... é um fato social, depende do contexto. Já vi um caso aqui em Marabá mesmo de um rapaz que ele dizia que era São Francisco e que ele... ele se vestia, inclusive, igual a São Francisco, com a túnica... e... e ele ouvia vozes... de deus. Não sei o que é que era, mas ele era de uma zona rural, ele não era indígena, mas ele era de uma zona rural e lá as pessoas respeitavam ele, ouviam ele, essas coisas. Olha eu ouvi que isso vai acontecer assim... assim e, ele não tinha sofrimento nenhum com ele, levaram ele pra psiquiatra e, a psiquiatra mesmo dizia “olha esse homi... esse rapaz não tá sofrendo. Ele escuta tudo isso, mas as pessoas respeitam o que ele escuta, entendeu?” Ou seja, ele não tava doente, ele tinha toda... assim como tem uma... uma... uma associação que é de caráter mundial chamada Ouvidora de Vozes. São pessoas que têm alucinações auditivas, e que fizeram tratamento e que... e que nunca pararam de escutar vozes. Então eles... eles criaram um grupo de pessoas que ouvem vozes chamado Intervoz é... eles ouvem vozes e que boa parte deles disse assim, eu não quero mais parar de ouvir vozes, por que a voz... às vezes são pessoas muito solitárias

e a voz faz companhia pra eles, ou seja, eles não tão mais doentes. Então tem que puxar essa discussão também, será que... esse... qual é.... qual é o sentido, dentro da cultura indígena, de cada sintoma psiquiátrico, entre aspas, né? Desse... assim, de uma alucinação auditiva, visual, de uma dor de cabeça... qual o sentido que o indígena dá pra isso? Porque a gente vai com a nossa violência interpretativa e diz, assim, que ninguém pode sentir é.... pode ouvir voz, ninguém pode ver nada além do que...

Pesquisadora: É que tem uma coisa que você falou da normalização...

Entrevistado: Isso...

Pesquisadora: pensar que outro tem que ter uma forma de vida igual que temos nós, né?

Entrevistado: Isso, exatamente.

Pesquisadora: E aqui tem uma política pra trabalhar o tema de saúde indígena, especificamente, na questão mental? Tem algum projeto?

Entrevistado: Olha... e, principalmente o pessoal da saúde indígena da SESAI tem puxado muito essa discussão, mas existe muita resistência entre os trabalhadores da saúde mental. Muita resistência mesmo.

Pesquisadora: Hum. E, por que essa resistência?

Entrevistado: Porque, porque assim é.... eles... eles... eu vejo que eles têm dificuldades pra... pra atender populações que não sejam as que eles já atendem hoje. Populações diferentes, que você tenha que... que aprender uma outra língua, ou então que você tenha que viajar pro meio da aldeia. O... todo o cuidado, ele é muito baseado primeiro em serviços especializados no prédio, um serviço especializado, uma equipe especializada, que trabalha só ali dentro naquele ambiente isolado. E, também no.... no....na submissão do sujeito ao tratamento, muitas vezes, o índio não se submete. Ele nem vai até o CAPS. Então eles acham... o trabalhador de saúde mental, eles acham que a pessoa... a pessoa que quer fazer tratamento ele vai até ao CAPS...

Pesquisadora: Claro.

Entrevistado: Ou seja, ele tem que querer, né? E, tem que... e se ele quer, ele vai até o CAPS. E o índio não vai até o CAPS. Às vezes, até ele quer ir, mas assim, os Xikrin, eles... eles só saem da aldeia se for com a família toda. Então o trabalho, pra ir pra... pra ir pros Xikrin, ou você passa o dia todo viajando ou vai de helicóptero. Como é que uma pessoa vai fazer tratamento de saúde mental no CAPS? Muitas vezes você tem que ir duas vezes por semana, três vezes por semana, durante não sei quanto tempo, tempo indeterminado. Como é que o indígena vai fazer tratamento?

Pesquisadora: E por exemplo, vocês trabalham com saúde intercultural como é.... levar este pessoal pras aldeias ou...

Entrevistado: Sei, sei. A gente... a gente... até a gente já foi lá em Parauapebas, os assistentes sociais, foi... foi... foi técnico de enfermagem, mas foi... é muito pontual. Assim, sabe, não tem uma agenda. Assim, a gente vai no mês de agosto e depois a gente vai no mês de setembro, não tem.

Pesquisadora: Hum,

Entrevistado: Não tem isso. Foi uma vez, depois não voltou mais...

Pesquisadora: Aí ficou...

Entrevistado: Aí não dá... não dá continuidade

Pesquisadora: Claro.

Entrevistado: Mas, não é pra gente ensinar nada não. É pra gente ver quais são os recursos que eles têm lá pra cuidar da saúde mental da... da... da...

Pesquisadora: Entendi, muito obrigada.

Entrevista 3: Marina

Pesquisadora: Então como é seu nome?

Entrevistada: É, é meu nome é Marina.

Pesquisadora: Ah, que legal! E, como foi que você chegou a trabalhar com saúde?

Entrevistada: Foi assim, eu desde menina, eu tinha... eu já começava a despertar minha curiosidade mais pro lado assim de saúde. Assim, por exemplo, minha mãe tinha umas galinhas no quintal, né? E, sempre que alguma se machucava, eu pegava, eu já tinha... é naquela época, eu tinha iodo, eu tinha ... pegava uma agulha dela de fazer, de costurar, né? Enfiava linha... e, deixava tudo pronto, se alguma galinha se machucasse, que eu visse que dava pra costurar, então eu fazia, passava o iodo, né? E já costurava,

Pesquisadora: Desde criança?

Entrevistada: ham ram,

Pesquisadora: Ah, que legal!

Entrevistada: É, aí eu lembro uma vez que a mamãe tinha uma galinha bonita e apareceu alguma... um caroço no pé do olho dela, né? Assim, um caroço grande e ela não tava enxergando aquele caroço, tava grandão, né? Aí a mamãe falou assim: - "poxa essa galinha, eu ia comer, matar pra gente comer e agora ela apresentou esse problema. É, infelizmente, a minha galinha vai morrer, eu não vou poder... a gente nem vai poder comer. Aí eu fiquei com aquilo... ah! Se ela vai morrer, eu vou fazer a minha experiência, né? Ela não vai viver mesmo. Então deixa eu fazer o que eu... Eu tenho que fazer. Fui lá, peguei uma gilete que meu pai barbeava, né? Tal... peguei uma gilete nova, cortei. Primeiro, eu amarrei toda a galinha sabe? Aí cortei; saiu muito sangue, mas eu consegui espremer. Saiu assim, um tressão de dentro, sabe? E, depois, eu peguei o iodo, joguei dentro daquele buraco ali, sabe? Tá aí com a agulha e a linha; tá costurei. Eu falei: - e agora? Ela vai morrer lá pro outro lado do quintal. Aí eu joguei ela sabe? A minha mãe.... Ah! A minha mãe ia pensar no mínimo.... Ah! A galinha morreu, né? Tá. Quando foi no outro dia, a galinha lá no quintal de casa enxergando bem, bem sequinho o que eu fiz, né? Aí quando eu vi o que eu fiz, eu falei, meu deus, eu acho que eu curei a galinha e falei mãe... mãe! Venha cá ver o que é que eu fiz. Quer dizer que se a galinha morresse, eu ia ficar calada, mas como ela viveu, eu fui contar o que é que eu fiz, né? Aí a mãe começou a achar que eu, né, tinha alguma... e assim, eu tinha vontade.

Pesquisadora: Ah, que legal!

Entrevistada: Eu começava ter uma experiência de saúde, né? Então foi ela que me incentivou, ela começou falar, minha filha, quando você crescer mais, você vai cuidar da saúde das pessoas e tal. Você vai poder cortar, você vai poder costurar, você vai..., mas tudo, dentro da... tipo assim, não do jeito que você faz. Aí eu falei, não, mãe, isso aqui é só. E tinha um pé de laranja, uma laranja que a gente não gostava, laranja que a gente chamava laranja da terra, né? Ela tinha um sabor amargo e, então, eu descascava aquela laranja com todo carinho, assim, com todo cuidado e pegava seringa; a gente colocava água e aplicava, sabe assim.

Pesquisadora: Ah! Que bom.

Entrevistada: Então, era assim, foi assim que começou.

Pesquisadora: E, como foi que você começou a trabalhar com indígena?

Entrevistada: Sim... aí eu consegui um emprego num.... quando eu completei a idade, eu consegui um emprego; eu não estudei pra medicina, eu não estudei pra fazer nada, eu fui só falar com o médico que era amigo do meu pai. Então, através do meu pai... conversou, ele conversou com ele, o hospital foi meu primeiro emprego, eles se admiraram, que foram tentar fazer um teste comigo e eu

consegui sabe? Não! A gente tem que ver se você tem alguma experiência e tal... aí eu falei, olha eu não tenho, mas eu posso mostrar pra vocês o que eu sei. Então teve a hora da injeção, teve uma injeção muscular, teve uma injeção na veia, eu consegui, sabe?

Pesquisadora: ham ram.

Entrevistada: Teve soro, sabe? Então parecia assim que eu já tinha algum,

Pesquisadora: Isso... em que ano foi isso?

Entrevistada: foi 1973, por aí...

Pesquisadora: Aí que bom.

Entrevistada: 1973

Pesquisadora: Aí, depois como foi que você começou a trabalhar?

Entrevistada: Aí sim, neste hospital, o chefe levou um índio no meu plantão, eu tava dando plantão a noite. Chegou com o índio, ele fazendo... ele fez uma armadilha, né, no mato com espingarda para matar um animal, mas ele bobeou e passou na armadilha dele e aí entrou a bala na perna dele, né?

Pesquisadora: Ah sim!

Entrevistada: E ficou alojada... e o chefe deles chegou com esse índio lá no hospital. Aí eu ligo pro médico que tava de plantão, né? Aí... o doutor chegou com índio aqui; ele tá com uma bala na perna e não sei que lá e tal... e precisa fazer o procedimento. Ele falou, Marina! Eu estou em um aniversário, eu estou bebendo, não tem como eu fazer isso. E era só, ele entendeu, mas você tem toda, tem carta branca pra fazer isso aí. Eu falei, mas doutor... Marina você sabe, não precisa eu lhe falar, você sabe fazer. E, eu no mesmo instante ... que eu tremi. Depois eu falei, não, eu tenho que fazer, né? Então, levei ele lá pro ambulatório, fiz assepsia, fiz a anestesia e fiz um corte tanto dum lado quando do outro, né, onde tava o buraco e fiz o corte e comecei a procurar com o dedo aonde eu poderia, né? E nisso tava sangrando e eu fiquei meio que, meu deus, tomara que isso não vá dar uma hemorragia ou sei lá. Aí eu toquei em alguma coisa diferente, eu tá aqui, peguei a pinça e trouxe a bala; trouxe, fiz a limpeza, fechei bonitinho tá? E, no outro dia, eu pedi pro chefe levar ele lá pra gente fazer o curativo. Quando ele levou, tava beleza sabe? E eu, ele gostou do meu serviço. Aí ele falou assim: -Marina. Nós estamos precisando demais de alguém como você. Nós não temos uma pessoa assim com essa experiência e vive acontecendo coisa com esses índios, é corte, é bicho que pica, é em um sei que lá. Então, nós tamo precisando demais de você lá. Eu falei, não, eu não sei, eu não conheço a língua do índio, eu não, eu vou ter dificuldade, eu tô muito bem aqui, obrigada. Eu tinha medo, né? De andar com os índios. E ele foi falar com o meu médico, com o médico do hospital, pro médico me convencer pra ir pra lá. E isso levou um tempo, sabe, até que o doutor chegou ao ponto de dizer, Marina, não têm mais condições de manter esse hospital, vai fechar. Então, eu gostaria que você se segurasse logo nesse emprego que é federal e tal. Eu não tava muito me importando se era federal ou não, eu só não queria ir porque eu me sentia desolada, trabalhando com um povo que eu não sabia a língua. E eu trabalhei um ano com eles, um ano na cidade, lá tinha um posto lá na cidade, né. Foi beleza.

Pesquisadora: Em qual cidade foi?

Entrevistada: Itaituba.

Pesquisadora: Isso... em que ano foi?

Entrevistada: 73.

Pesquisadora: Tá.

Pesquisadora: Hum.

Pesquisadora: E, qual é teu trabalho... assim?

Entrevistada: É na saúde, até meu contracheque, até hoje é atendente de enfermagem que, naquela época, era atendente de enfermagem, entendeu? Nunca saiu, permanece atendente de enfermagem.

Pesquisadora: E, é pra fazer qualquer coisa de saúde que os indígenas precisarem?

Entrevistada: É assim, eu fui trabalhar, diretamente, na aldeia cuidando da saúde dos indígenas lá de uma determinada aldeia. Então, eu fui pro Camuruá a primeira vez. O nome da aldeia é Camuruá dos índios Munduruku, a etnia lá era Munduruku, são os Munduruku. E graças a deus, eu fui muito bem recebida pelos índios. Eu amei tanto aquela aldeia com aqueles índios que já me sentia mãe daquela turma toda. Era só eu de branca no meio daquela indiarada toda. Então era tão legal que quando dava duas horas da madrugada, chegavam na minha porta, “Marina, Marina, bora comer peixe”. Eu só esfregava o olho aqui e ia pra lá. Nossa! Comer peixe assado de madrugada acabando de acordar, meu deus do céu! No início foi muito difícil, mas depois que eu acostumei, eu passei até a comer igual aos índios, toda hora comia um pouquinho, não tinha aquela refeição...

Pesquisadora: Ah! De comer arroz...

Entrevistada: É toda hora um pouquinho, toda hora pouquinho aonde você vai, você oferece, você come; chega na outra casa oferecem, você come, não pode comer muito, come de pouquinho porque toda hora você vai comer.

Pesquisadora: Todo mundo vai oferecer, né?

Entrevistada: É assim.

Pesquisadora: Ah! Que bom! E conforme... e aí, com quais etnias você trabalhou?

Entrevistada: Então, lá foi só Munduruku, 12 anos eu saí da aldeia Camuruá, fui pra aldeia Munduruku mesmo, que era a aldeia mãe - que eles chamam lá a aldeia mãe Munduruku -. E lá, eu permaneci, assim, ao total de 12 anos nessas duas aldeias e eu me sentia, assim, já conhecendo aquele povo, já com 12 anos ali, que eu precisava conhecer mais etnias, né? E queria conhecer outras etnias. E eu, simplesmente, fugi de novo da aldeia porque eles não me deixavam sair.

Pesquisadora: Ah! Eles não deixavam sair... você?

Entrevistada: Não! Toda vez que eu saía... eu saía uma vez por ano, nas minhas férias, mas quando eu saía, os índios era... a noite, eles iam pra casa e ficavam vendo o que eu tava levando, se eu tava levando minhas coisas todas, se eu tava deixando alguma coisa, eu ia viajar no outro dia, mas a noite enchia de gente na minha casa, enchia de índio e, eles observavam cada coisa, tudo o que eu tava deixando, o que eu tava levando, entendeu?

Pesquisadora: Sim.

Entrevistada: Pra não ... se eu deixasse as coisas é porque eu ia retornar, se por acaso eu levasse muito mais coisa e deixasse o mínimo, eu já não voltava mais. Então, eles começaram a me vigiar nessa parte. Quando eu comecei a dizer que eu queria ir embora, eles não aceitavam, eles choravam, sabe? As mulheres choravam, sabe? Foi muito difícil. Então eu falei, só tem um jeito de eu sair daqui e é fugindo. E, quando foi um dia, o meu coração, totalmente, despedaçado. Mas, eu precisava conhecer um outro povo, eu vi uma oportunidade, estavam precisando em Redenção pra trabalhar com os Kayapó, só Kayapó. Aí, eu achei minha, tipo assim, uma oportunidade, né, de conhecer outro povo. Quando eu cheguei em Belém que eu falei com o superintendente que eu queria vir pra Redenção. Ele falou, Marina, “eu não quero mandar você pra Redenção porque o Kayapó não lhe merece”. Falou desse jeito. Eu falei: “como assim? Eles não me merecem ou sou eu que não mereço os Kayapó?” “Não! Eles não lhe merecem porque, primeiro, você tá saindo dos Munduruku, são um povo amável, falam baixo e é um povo que, dificilmente, ficam com raiva de

alguém. Então, é um povo que não, dificilmente, dá problema. Hoje, eles já dão problema, antes não; e, o Kayapó não, o Kayapó quer ser exigente, ele fala alto, ele vai gritar com você, você vai se aborrecer. Aí, eu falei, “mas eu quero, eu quero é um desafio”. E, ele falou: “Olha Marina, eu vou deixar o número com você... do meu telefone com você, quando você se ver em apuros, você, por favor, me ligue que eu mando tirar você de lá urgente”. Até aí eu não sabia por que ele tava falando essas coisa, os índio tinha acabado de botar, tacar fogo em uma enfermeira lá, uma auxiliar de enfermagem, com borduna correndo no meio da rua com ela, sabe? E, ela conseguiu chegar no aeroporto, entrar no avião e ir embora. Eles queriam acabar com ela, então foi esse quadro que eu encontrei lá. Quando eu cheguei na frente do posto, o carro tudo amassado de burduna. Eu falei: mas meu deus, por quê? Aí eu olhei, mas que que é isso? Aí eu entrei e olhei lá dentro e quando eu vou saindo, vai passando um senhor, ele falou o que que a senhora tá fazendo aí? Não! Eu cheguei agora. Ele disse, saía daí pelo amor de deus, venha menos pra cá pra esse canto, saia daí que os índios acabaram de sair correndo daí atrás de alguém com burduna, facão, todo mundo eles botaram pra correr e não tem ninguém, vem, chegue pra cá, não fique na porta não. Aí eu cheguei, falei, não, então, me conte mais. Aí foi que ele foi contar, né? Olha! Se eu fosse você, o que você veio fazer aqui? Não, eu vim trabalhar. Olha! Se eu fosse você, eu ia embora daqui. Esses índio, eles são, eles não merecem isso não, eles tratam mal todo mundo que chega aqui, pessoal só vive correndo, o pouco que eles trabalham aqui. Aí, eu fiquei, mas será possível? Aí eu fiquei, eu vim pra isso, eu vou ficar. Aí perguntei onde que tava o pessoal, consegui encontrar todo mundo em uma casa, tudo amontoado em uma casa escondido, todo mundo tava em uma casa.

Pesquisadora: Escondido?

Entrevistada: Escondido. Chegue pra cá, companheira, venha fazer parte também da nossa, do povo que só vive em fuga. Aí eu falei, mas gente ... eu falei, tá! E, conversamos, conversamos. Eu falei, tá! Amanhã vocês vão trabalhar? É! Amanhã a gente vai, se botar pra correr, a gente corre de novo. Então tudo bem. A farmácia onde eu trabalhava era a última sala do corredor que eu ia embora, a última sala era a minha. Então eu falei, mas gente, não tem pra onde eu correr daqui, pelo menos, vocês têm janela que pode pular e tal, eu tô em uma sala sem janela que eu só tenho a porta que eu tenho que passar pelo corredor, até eu chegar na rua, eu já apanhei muito aqui dos índios. Eu fiquei no outro dia meio que temerosa. Aí, olhei, comecei a limpar as coisas, ajeitar e colocar em uma ordem e tal. Daqui a pouco eu ouço um barulho, batida de pé, pá, na parede. “Cadê a enfermeira nova que tem aqui?” E falando alto e pá na parede, vinha batendo nas paredes do corredor, sabe? “Cadê enfermeira? Mostra tua cara aí”. E eu lá dentro, falei: “É agora meu deus, eu ali, baixinha. Aí, o que é que eu fiz pra me tornar mais alta? Eu me sentei em cima da mesa e de frente pra porta. Aí veio. Quando ele se aproximou, porque ele já estava perto. “Ei enfermeira! Eu falei: “entra aí rapaz”. E ela assim forte, sabe? Já foi assim. Aí, quando ele entrou, eu falei: “mata, bota pra matar, não deixa eu viva porque eu vou te matar”. O meu medo é tão grande que eu falo besteira, com tanto medo que eu falo besteira sabe? Porque eu já passei por várias situações. Aí ele: “tu em um tem medo não?” Eu falei: “O que rapaz, medo de ti?” Eu falei: “Medo de que rapaz? Meu pai é homem e é mais forte do que tu. Então, eu não tenho medo do meu pai, eu vou ter medo de tu? Eu sou índio e meu pai é filho de índio também”. Eu falei: “Meu pai hoje ele come só coisa de cidade, mas o meu pai é filho de índio, o meu avô só comia coisa do mato porque ele era índio”.

Pesquisadora: Isso é verdade?

Entrevistada- É nada.

Pesquisadora: Ah era mentira?

Entrevistada: Era só pra me livrar da situação que tava feia ó. Enfermeira? Porque tu tá falando alto comigo? Porque tu chega gritando comigo. Olha! Eu em um sou cachorro, nem tu também, né, então vamo falar baixo porque tu chegou igual cachorro aí. Eu, cachorro? Foi querendo morder sabe? Tu queria me morder, né? Aí a gente chama assim, cachorro. Ah! Quer dizer que tá me chamando de cachorro, enfermeira? Porque tu chegou gritando, quando tu chegar aí, tu fala baixinho, tá bom? Tu fala assim – ei, cadê a enfermeira? Ei, enfermeira, bom dia! Aí sim, aí eu vou tratar bem. Agora, se tu chegar gritando, eu vou gritar e eu vou te chamar de cachorro. E ele não fala cachorro, ele fala cassoro, cassoro. Cê tá me chamando de cassoro? Não. Tá bom, então, enfermeira, eu tô gostando de ti, mas tu é boa demais, nunca ninguém apareceu aqui tão boa rapaz assim como tu. Rapaz, o

cara me enganando, o cara ó. Aí eu falei, não, eu não sou boa não, eu sou ruim. Não é boa, é boa. Eu falei, não, eu sou ruim, não, eu falei, tu vai ver daqui uns dias como eu sou ruim sabe? Não faz isso não, tu vai cuidar de nós, tu vai cuidar dos nossos filho, aí não pode te tratar mal não né? Aí eu falei, se me tratar mal, eu vou tratar mal também. Me trata bem que eu trato bem, não tá bom? Umbora lá em casa tomar um cafezinho, umbora lá? Aí eu falei, hoje não, amanhã. Hoje, eu quero minha família veja a tua cara, conheça, hoje, não amanhã. Ah não! Tá bom, tá bom. Aí eu falei, esses filha da mãe gosta que a gente pise sabe? Aí tá, eu comecei a ir na casa de todo mundo e todo mundo conversava comigo sabe? Tava bom demais, né. até que a mulher do cacique que ela era braba e ele também, só porque eu demorei um pouquinho, eu cheguei lá, eu passei por ele e ele tava de cara ruim, aí eu passei, bom dia, bom dia. Aí eu cheguei lá com ela, com ela não. Aí eu fiquei de cócoras pra pegar a minha caixa de medicamento, né? E ela veio e encostou o joelho nas minhas costas e eu desequilibrei, né? E eu falei, tu nunca mais faz isso comigo; e, quando eu olhei pra trás, o marido dela tava brabão sabe? E agora vai ficar todo mundo sem tomar remédio aqui porque eu não vou dar remédio pra ninguém aqui e, eu vou-me embora. Agora quando vocês quiserem remédio, vocês vão lá. E, peguei minha caixa, passei por ele- meu deus com tanto medo que eu tava, nossa cê não imagina o medo que eu tava -, ele me assombrou logo porque tava atrás de mim, mas eu não deixei a peteca cair não sabe? Eu falei, falei e fui embora. Quando eu cheguei lá, ele chega atrás de mim. Eu falei, ei meu deus e agora. Quando eu entrei, eu falei, eu olhei pra trás – assim, de rabo de olho - e, eu vi ele entrando, chegando também no carro; ele vinha assim, sabe? Parecia um galo de briga e eu não dei moral, fui pisando pra minha sala. Quando eu entrei lá, que eu coloquei a caixa, ele, ei! tá me vendo aqui não? Eu falei tô, o quê que tu quer? Tu não deu remédio rapaz. Sim, tu viu o que que tua mulher fez? Rapaz, não é ela que tá doente não, é meus filho que tá doente. Rapaz, não é ela não. Aí, eu falei, ah, ela que é a mãe dos menino lá? É, então porquê que ela me tratou mal? Porque que ela bateu o joelho nas minhas costas pra eu cair? Ham? Por essa razão, eu não vou dar remédio hoje, nem amanhã e nem depois, vai ser três dias agora. Traz os menino aqui que eu dou remédio. Não, enfermeira, tu vai lá. Eu não vou não, não vou, cê vai buscar que eu dou remédio aqui agora, só porque a tua mulher fez isso. Rapaz, ele pisou nos casco com raiva sabe? Assim, eu vi que ele, ele foi embora, daqui a pouco, lá ele trouxe os menino. Já veio mais, tá aqui... tá aqui, enfermeira, os menino, tá? umbora, peguei a caderneta de cada um e fui dar o remédio. Amanhã traz de novo tá? Quando completou três dias, eu falei, Cacique, agora amanhã eu vou lá porque já fez três dias... desse jeito, cara. Pronto! Cabou brabeza, não tinha mais brabeza. Aí a outra experiência que nesse intervalo chegou - eu tô contando a minha história aqui, mas eu nem sei se tu quer ouvir ou....

Pesquisadora: Não, conta, depois eu pergunto tranquilo....

Entrevistada: Aí, chega o novo administrador, né? Ele foi passar uma temporada lá, quando ele chegou lá, ele falou, Marina e aí? como é que tá? Não... tá beleza, tá tudo bem - mas é porque é comigo né? - , tá tudo bem. Aí o Cacique chega lá e diz assim, ei enfermeira, tem chefe novo? E, ele tinha saído ... o administrador. Tem chefe novo aqui? Tem, chegou aqui. Enfermeira leva ele lá em casa, eu quero tanto conversar com o chefe novo. Leva lá, bora, quero conversar, quero contar minhas coisa, quero falar tudo que nós tamo precisando também. Eu falei, ah, ótimo beleza. Acreditei nele, né? Quando ele chegou, eu falei, administrador, bora ali na casa do Cacique, ele tá querendo muito falar com você. Rapaz, parece, assim, que eu levei de punho e de lobo; quando eu, chegamo lá, ele, pode entrar, senta aqui. Sentamos, rapaz, a hora que o administrador senta, rapaz, ele levanta. Você pensa que você é o que? Começou cara, você vai apanhar dos índio aqui, você não vai ficar. Aí começou em uma grosseria que não tinha mais tamanho sabe?

Pesquisadora: o coordenador...

Entrevistada: O coordenador... você pensa que é chefe do que? Que você vai mandar em nós aqui? Você veio pra que? Porque que você veio? Aí o administrador falou, eu vim porque o presidente da instituição me mandou eu vir pra cá e eu vim. Chama o presidente pra ver se você vai ficar aqui, chama ele, diz pra ele vim aqui. Rapaz, em uma grosseria sem fim e tá... foi, foi e teve uma hora que eu não aguentei, sabe? Eu falei, olha, cacique, não foi isso que você me falou, você disse que queria conversar com ele; ele disse, cala boca, enfermeira; eu disse, cala boca não, rapaz. Sabe? Aí pronto! eu falei, vou apanhar aqui, mas fazer o quê? eu falei, cala boca não, rapaz, tu em um é meu pai, sabe, pra mandar eu calar a boca. Agora tu vai ouvir, aí eu fui na cara dele, assim, sabe, com o dedo e tal e tá e, tu fica sentado aí, e tá e tá e pá e - eu comecei a falar, eu acho que eu me tornava mais doida do que ele - e falava e ele sentava com as mãos mesmo assim sabe? aí só, só ...aí quando eu

terminei de falar, administrador vamo embora, eu falei umbora, umbora que eu em um quero saber de tu atender mais ninguém também. Eu falava quase do jeito, mais ou menos, como a gente falava, né? Ei, enfermeira, não terminei. Já terminou sim, eu falei, já terminou sim. Vambora, administrador. Aí, rapaz, eu nem deixei ele dirigir sabe? Eu entrei como... tomando posse ou querendo, sabe? tipo assim, ter posse da situação, né? aí eu já entrei no carro, já liguei e saí com o administrador dali. Eu falei, administrador, umbora lá pra casa do minino, lá na casa onde o pessoal fica lá, umbora, rapaz. Aí nós fomos, tomamos suco e ficamos tentando, sabe, se controlar porque o tremor era muito grande, sabe? Assim, dentro da gente porque não era fácil não, os índio era muito difícil ali, no início. Muito, muito, até hoje, cara. Tá, então pros índios Kayapó, eu trabalhei 16 anos em Redenção, de lá eu vim pra cá porque aqui tem uma diversidade, assim, de etnias, né? Então essa, eu falei, bom, eu indo pra Marabá, pra mim tá de bom tamanho, eu me aposentar.

Pesquisadora: E aqui trabalha com Xikrin? Gavião?

Entrevistada: Sim, Xikrin, Gavião. É, a gente trabalha com os Assuriní, com os Suruí, são treze etnias aqui.

Pesquisadora: Treze etnias?

Entrevistada: Treze, ham ram, é os já tem Gavião já...

Pesquisadora: É...

Entrevistada: Tem Gavião, Assuruní, Suruí.

Pesquisadora:- Suruí, Assuriní.

Entrevistada- é Assuriní. É, têm os Xikrin do Catété, né? Xikrin Kayapó...

Pesquisadora: Mas, não importa o nome das etnias.

Entrevistada: Tá. Então, mas é mais fácil depois você conseguir entender muitos, são 13.

Pesquisadora: E, quais eram os remédios que você dava pra eles?

Entrevistada: Olha! Quando eu estava na aldeia era assim, eu trabalhava muito também com o Pajé, trabalhava junto porque tinha essa é, essa parceria. Quando um índio chegava doente, eu mandava chamar o Pajé. Então, ele defumava o índio porque é aquela parte mais psicológica, né, que o índio tem e eu entrava com o medicamento. Então, rapidinho, eles saravam porque têm pessoas que quando entra na aldeia, elas separam... é, olha, você fica pra lá, Pajé, você não vem aqui não, senão vai atrapalhar meu remédio. Nada... conversa, não atrapalha nada, pelo contrário, o índio, ele tem muito mais, ele sara muito mais rápido se você trabalhar junto com o Pajé.

Pesquisadora: E é verdade que existe doença de branco e doença de índio?

Entrevistada: Sim. Por exemplo, nós temos, assim, o que que eles, o que que eles acham, a doença de branco era gripe que a gente levava pra eles. Era sarampo, catapora, é diarreia, né? Essas doenças era que mais a gente levava pra eles. Ah! a malária, eles diziam que não era do branco, a malária era adquirida através de com.... através de Pajé brabo, eles chamavam de Pajé brabo aquele Pajé que faz mal. Então, a malária eles diziam que o Pajé brabo fazia um, a pajelança dele na mandioca, por isso que eles ficavam sem sangue, ficavam branco. Mas não era, é porque a malária, os bichinho sugam muito o ...os protozoários, eles sugavam muito o sangue, né? eles deixavam a pessoa sem sangue quase, né? Então, eles atribuíam, assim, que a malária não era doença de branco, era feita.

Pesquisadora: E, quais doenças do índio você viu? Assim, conhecer?

Entrevistada: Olha, a doença do índio que eu vi, por exemplo, eram raras até, sabe? Mas, as situações como o índio chegava tipo assim, meio louco, então isso assim acontecia muito. Então, eles diziam que aquilo era doença do índio, que ele adquiriu de um caboclo da mata, ou de alguém das águas. E eles falavam assim: “Olha, foi o bicho da água que bateu nele; ou foi o bicho do mato que atrapalhou a cabeça dele”. Então, quando chegavam pessoas, assim, por incrível que pareça, por isso que eu digo, tem assim muita psicologia, é muito o psicológico deles, porque quando chegavam pessoas assim o Pajé chegava assim: “Marina, isso não é pra você. Isso é só pra mim, não precisa dar nada de remédio”. Levava pra lá e daqui a pouco ele voltava bem.

Pesquisadora: Ah...

Entrevistada: Chegou uma situação que chegou um rapaz que tava duro dentro de uma rede, bem duro e ele apresentava, assim, que tava desmaiado com os olhos fechados, duro, assim, você pegava, tava tudo duro, os músculo, sabe? tudo rígido. Aí medi a temperatura dele, sem febre, abrimos os olhos dele - até pra abrir foi difícil porque tudo, sabe, parece que tava tudo travado - e mandaram chamar o Pajé. Aí o Pajé chega e falou, não, Marina, isso aqui não é pra ti, isso é pra mim; eu já sei o que foi, o boto bateu nele na sombra, o boto bateu na sombra dele. Tá, foi pra lá, daqui a pouco o rapaz volta e passou pro igarapé tomar banho, bonzinho, não tinha nada. Então, são coisas, assim, bem ... é muito psicológico deles também sabe? Se... e, outra coisa, também chegava um índio amarelinho na farmácia, sabe, sem força até pra falar. Aí ele chegava, não, Marina, pode deixar, esse aí é meu, eu vou levar ele para ali. Ele levava pra uma barraca que tinha uma tenda, não, feita de palha, né? uma palhoça, mas tudo aberto ao redor, ele ficava dia e noite com o maracá, é... chamando o espírito daquele índio porque ele disse que tava ausente o espírito dele por isso que ele tava daquele jeito. Aí ele disse, olha, ele tá chegando, ele tá vindo. Passava, às vezes, de três dias, três noites naquele ... aí outra pessoa pegava e continuava e tal, para ele poder dormir. Ele falava, não, já dobrou o rio, a curva do rio, já tá não sei aonde, ele tá vindo, tá vindo. Aí, daqui a pouco, ele mandava o caçador ir caçar uma anta no mato, mandava tirar a costela pra fazer um belo de um cozido com aquelas costela e dá pro... quando ele acabava de tomar aquele caldo de costela, ele desmaiava e aí sono, sono, sono, sono, sabe? depois ele ia levantando, devagarinho, pronto, acabou, o espírito chegou, tava tudo bem, se alimentou, acabou doença, era coisas assim interessante.

Pesquisadora: Que bom! Interessante, né? E, você, quais são os medicamentos psicotrópicos, você conhece?

Entrevistada: Não, não não não, essa parte aí eu não conheço. Olha, eu acredito que seja dentro dessa coisa. Então, como a gente não mexia, a gente não participava do... dessa... era mais, era o Pajé. Então, eu não sabia qual medicação que ele usava, que ele usava o medicamento dele, mas eu não sabia o que. Lá na minha farmácia não, era sempre o básico porque na... nós éramos apenas atendente de enfermagem. Quando tinha um caso mais sério, a gente chamava uma aeronave pra ir, aí tirava o doente pra casos mais sérios. Lá, a gente não cuidava de tudo, nós, apenas, éramos só intermediárias ali... na. Por exemplo, chegou com uma febre, eu sabia fazer lâmina pra saber se tinha malária; se era malária, eu fazia, se não era malária, eu dava um antitérmico. Caso a febre continuasse e eu continuava dando e eu não sabia o que era, eu chamava uma aeronave dentro de, no máximo, dois dias pra retirar, que aí eu já não sabia mais o que era.

Pesquisadora: E, você viu alguma nas aldeias? Alguma doença mental, assim, alguma coisa que...

Entrevistada: Não. A não ser esses casos que logo eles se recuperavam. Doente mental não, não tinha até porque os índios Munduruku, eles tinham isso com eles, quando nascia alguém muito doente, eles não deixavam sobreviver.

Pesquisadora: É, agora tem no presente vários indígenas que quer receber a medicação como anticomulsivos ou alguma coisa assim como... alguém me falou de que os Xikrin, por exemplo, vinha um médico, Marcos que faz uma medicação pra uso indígena, pra agressividade, pra depressão.

Entrevistada: Olhe. Hoje eu acho que tem muito índio, é lei ...eu tô contando uma coisa de que tem 20 anos atrás, quando eu estava lá. Eu tenho certeza que muita coisa mudou e não só adquiriu hábitos dos brancos, mas também doenças, né? Mas ainda agora, depressão nunca foi do índio, agora a gente fica ouvindo essa coisa que o índio tá depressivo, que tá... a gente não ouvia essas coisas, isso não tinha. Agora...

Pesquisadora: É uma coisa nova.

Entrevistada: É novo. Eu acho que é tão novo tanto quanto pra muito branco é a depressão, né? Tem muita gente que hoje até sabe o que é depressão, mas antes não sabia o que era isso.

Pesquisadora: E você conheceu esse médico Marcos?

Entrevistada: Não não, não conheci. Até porque não, até porque tem onze anos que eu estou aqui, quer dizer, eu não me considero tanto tempo porque eu vim pra cá. Então, eu já não trabalhava com saúde quando eu tava em Redenção. Então, depois de algum tempo, eu deixei a, a saúde e fiquei só na parte administrativa.

Pesquisadora: Ah. Você já não trabalhava mais, já faz vinte anos?

Entrevistada: Vinte anos, na parte administrativa.

Pesquisadora: Até o último dia que você trabalhou tinha só medicação...

Entrevistada: Básica.

Pesquisadora: Ah tá.

Entrevistada: Nós sempre trabalhava com antitérmico, com remédio pra coceira, com remédio pra virose, é pra piolho, remédios pra malária, gripe, resfriado e nem digo, assim, inflamação. Das mulheres, eu fazia um xarope na orelha da casca de jatobá e eu não sabia que aquele remédio, as índias começaram a tomar pra tosse e dava pras crianças, eu fazia vários litros até sabe? litros de xarope. E, as índias passaram a tomar aquilo e depois não deixavam mais faltar. E, elas ficavam, Marina tá faltando xarope, pode fazer? Porque... porque elas estavam curando uma inflamação delas com esse xarope e eu não sabia.

Pesquisadora: Ah! que legal.

Entrevistada: Eu não sabia porque até aí, eu fazia pra gripe, né? Quando os índio pequeno tavam tossindo e as mulheres, aos poucos, foram descobrindo que elas tavam ficando boas de inflamação, sabe, de... no útero, não sei que lá, aí passaram e adotaram o tal do xarope de jatobá.

Pesquisadora: Ah, que bom.

Entrevistada: Na casca de jatobá.

Pesquisadora: E, é você que... você pensa que a saúde para os indígenas é a mesma saúde para os médicos, pra os enfermeiros? é... como veem a saúde, que pensam a, acerca da saúde? Como alguns falaram disso, do que é saúde como...

Entrevistada: É... como assim? É... os índios reclamando ou não?

Pesquisadora: Não, é como pra eles, o que pode ser saúde? é só ir pra um curso de saúde ou tem algumas outras coisas?

Entrevistada: Sim, os índios daquela época - eu vou falar sempre daquela época - quando eles iam no posto de saúde, lá na farmácia. Eles tinham que passar primeiro pelo Pajé. O Pajé é quem dava a palavra final. É, tipo assim, eu falava, olha, eu não posso mais cuidar de você porque eu não sei o que você tem, então eu vou chamar uma aeronave amanhã, ela vem pra retirar você. Essa eu falava assim, mas eu ia pro radio só no outro dia porque na hora que eu chamasse o avião, ele vinha e como era poucos minutos, já saía de lá e chegava ali. Então, ele, naquele dia, ele ia passar pela avaliação do Pajé. O Pajé que determinava se ele ia ou não.

Pesquisadora: Mas, isso acontece hoje ainda?

Entrevistada: Não, não sei se ainda acontece, mas acontecia assim. Hoje eu acho que não tem mais esse respeito, eu acredito que não porque eu acho que isso é um respeito até ... tratar da doença do mundo, vendo uma questão, não só a doença do corpo, mas também psicológico né? Então... e procurava muito trabalhar essa questão, os dois lados, tanto a questão doença do corpo quanto do psicológico do índio e isso era muito bom. E eu me dava muito bem por essa razão e por isso que eu fiquei muito tempo. E, eles com saudade de mim e eu deles porque existia, assim, esse respeito, esse carinho.

Pesquisadora: E, você voltou pra alguma aldeia, assim, faz pouco tempo?

Entrevistada: Não, nunca mais, eu voltei pra...

Pesquisadora: Nunca quis ir?

Pesquisadora: Ah. Nem por curiosidade voltou pra ver as pessoas?

Pesquisadora: Lá pra área dos Tapajós não, mas aqui sempre a gente vai nas aldeias.

Pesquisadora: E, eles ainda lembram de ti?

Entrevistada: Sim.

Pesquisadora: Ah, que legal!

Entrevistada: A gente tem toda...

Pesquisadora: E, qual foi a coisa mais difícil que você viveu no seu trabalho com saúde?

Entrevistada: No meu trabalho era mais um caso assim, a gente tem vários, por exemplo, picada de cobra porque, muitas vezes, a gente não tinha o soro naquele momento, não tinha o rádio, coisas que nós passamos, assim, dentro de aldeia com muita dificuldade. O índio foi picado de cobra, ele chegou, ele tava no mato, quando ele chega na aldeia, ele já vem, já levou um tempo de lá pra cá, né? E a gente sabe que a coisa vai avançando cada hora, né? E chega ali, você não tem um rádio pra se comunicar com alguém, pedir uma aeronave com urgência. A gente sem medicamento. Então o índio faleceu, teve um índio jovem que faleceu. Gente, ele... foi muito difícil pra mim porque ele pedia pra não morrer. Ele morreu falando, Marina, não me deixa morrer, Marina, eu preciso viver, eu tenho meus filhos, Marina, quem vai cuidar dos meus filhos, Marina? Quem vai caçar com meus filhos? Gente, é penoso. Então são momentos que você vive de muita dor e você sabe que a pessoa tá indo embora, sabe que ela tá morrendo. E, outro caso, outros casos, que eu vivi. Alguns casos foi de tuberculose onde você fica cuidando de alguém que já tá com uma tuberculose crônica. E, é tipo assim, o carinho era tão grande que uma vez chegou a vomitar sangue, uma jorrada de sangue foi bó, eu tava na frente dele. Então, são coisas que você tem que passar e é muito doído, é doloroso. Questão de parto também. Não dá tempo de ir pra cidade e você vê uma índia morrendo junto com a criança, sabe, é muito, muito doloroso.

Pesquisadora: E, como era a relação dos índios com o remédio quando você trabalhava com eles?

Entrevistada: Não, eles só aceitavam.

Pesquisadora: Eles aceitavam bem?

Entrevistada: É, por exemplo: O Pajé de vez em quando ia lá à farmácia e fumava o cigarro dele para jogar a fumaça e ver se tinha algum mal. Até que um dia ele detectou que tinha um feitiço em uma caixa de medicamento. Eu falei pra ele: "- Olha, eu lamento muito Pajé, mas eu não vou tocar fogo. Eu não vou tocar fogo nesse remédio porque é muito difícil chegar pra nós e é uma caixa. E ele falou:

“-Então, você separa pra nós que ninguém vai mais tomar esse remédio. Eu falei: - Não, então tire daí, toque fogo você mesmo”. Tirou, tocou fogo, era penicilina. Ele disse que tinha o Pajé brabo que ele faz feitiços, e jogou no medicamento. Então quem tomasse aquele medicamento ia morrer. Então não adianta você ter aquele medicamento ali. Eu falei: “-Então pois pegue você e vá botar fogo”. E ele foi cavou um buraco e botou fogo. Então, você não pode lutar contra essas coisas porque é como eu te falei, o psicológico do índio, né? é muito forte, como eu te falei né? a questão do Pajé com eles. Mas, antes toda aldeia tinha Pajé, hoje eu acho que não tem mais.

Pesquisadora: Acha que não...

Entrevistada: Porque antes tinha... antes, toda aldeia tinha Pajé. Hoje eu acho que não tem mais.

Pesquisadora: Mas, tem alguma explicação pro fato de que já não tem mais Pajé? Se foi porque os Pajés morreram?

Entrevistada: Olha! Eu acho que uns morreram e, os brancos, as pessoas que trabalham, começaram a falar, olha, eu vou te mostrar aqui, como o remédio do Pajé, o meu vai fazer efeito; o do Pajé, não. E, foi, mais ou menos, isso que eu ouvi uma vez. Eles começaram a... colocar as coisa do Pajé lá embaixo e ele via as coisa do branco, né? O tratamento, o medicamento e ficou mais.

Pesquisadora: Solução deles, claro!

Entrevistada: E tem isso também, né?

Pesquisadora: E aí, me falaram também de que tem muito alcoolismo.

Entrevistada: Hoje, hoje tem muito alcoolismo, hoje já tem até droga nas aldeias, entendeu? Antes, isso não tinha.

Pesquisadora: Ah! Quando você trabalhava não tinha?

Entrevistada: Não tinha droga, de vez em quando, bebida alcoólica sim. Mas, droga não. Hoje o que você mais ouve aí é droga nas aldeias.

Pesquisadora: Mas, que drogas?

Entrevistada: Maconha, até mesmo cocaína. Aquela... a pedra de craque. A gente já ficou sabendo barbaridades, sabe assim, de drogas entrando em aldeia.

Pesquisadora: E, ah! Tá bom. E agora, você conhece qual procedimento? Por exemplo, quando uma pessoa fica doente dentro de uma aldeia.

Entrevistada: É, se for um caso que dê pra ser curado lá, se faz lá. Mas, se tiver que ir pro outro lado, tem um carro da saúde que sempre tira eles pra cidade. E, se for um caso extremo - onde seja mais difícil acesso - tem aeronave; e eles usam aeronave também, apesar de ser mais raro. Mas vai, né?

Pesquisadora: E, quando você trabalhava lá com as etnias, você conheceu algum caso de suicídio ou alguma coisa?

Entrevistada: Não, não não não isso não existia também

Pesquisadora: Parece que agora acontece muito, né?

Entrevistada: Eu acho que tá acontecendo, eu já ouvi boatos.

Pesquisadora: Mas, você não nunca conheceu algum caso assim?

Entrevistada: Não. Conhecer, conhecer não.

Pesquisadora: Escutar de alguém que se suicidou?

Entrevistada: Não, a não ser... a gente ouviu relato de Guarani, né? Nos Guarani, mas lá por São Paulo.

Pesquisadora: Quer contar alguma outra experiência.

Entrevistada: Olha, eu... muitas vezes, os índios chegavam em casa e falavam assim, Marina, nós já fizemos roça, nós já plantamos o que nós vamos fazer agora. Eu disse, olha, vindo pedir opinião pra mim. Eu tinha vontade de dizer assim, olha, é o lugar de vocês, é vocês que têm que saber, né? Mas, bom que que vocês gostariam de fazer sabe? seria bom a gente fazer uma coisa diferente. Então, lá a gente criou uma roça comunitária. Eles amaram essa roça comunitária porque da roça comunitária, a gente tirava produtos de lá não só pra vender, mas pra fazer uma caixinha pro natal, pro sete de setembro, que eles gostavam muito. Então, em datas assim bem, então, nós criamos essa roça comunitária e eles adoravam porque tanto eles comiam da roça como, por exemplo, olha, tem muito milho na roça comunitária. Então, a gente fazia aquele mingau sabe, e chamava todo mundo, e fazia aquele, sabe, mingau de milho. Todo mundo comia e era aquela alegria, era uma festa em um é? E, dali a gente pegava uma parte pra vender e levava até a vila mais próxima, e vendia, e trazia o dinheiro, e botava na nossa caixinha.

Pesquisadora: Ai, que legal!

Entrevistada: E, também, outra coisa que eu criei lá nos Mundurucus que eles amavam muito, os rapazes ficavam de fazer a casa dos velhos porque eles não davam mais conta de fazer casa. Então, as meninas iam pro mato, ó, os rapazes iam pro mato tirar. Por exemplo, olha, amanhã nós vamos fazer a casa do fulano; então, já separava, os rapazes iam caçar, as meninas iam ficar fazendo a comida. Eles iam, traziam caça, traziam açaí ou alguma fruta do mato e lá, elas iam cozinhar pros rapazes enquanto eles estavam fazendo a casa e só saíam daí quando terminavam, deixavam a casa pronta, final, casa nova porque antes os velhinhos ficavam dentro de taperazinha e chovia dentro e, os bichinho não sabia, não podia mais fazer nada. E, o velho na aldeia, ele é jogado, ele é deixado de lado. Então, ele ,tipo assim, envelheceu, ele não dá mais conta. Então, ele vai viver do que derem pra ele, passo, abro o paneiro, toma um peixe pra ti. Não... com isso que nós criamos lá tinha toda semana que caçar ou pescar pra aqueles velhos e distribuía pra eles. Então, eles não deixavam de ter e eles gostavam de fazer isso, em mutirão. Eles gostavam, amavam.

Pesquisadora: Pois é, aqui termina a entrevista, muito obrigada.

Entrevista 4: Eliane e Carlos

Pesquisadora: E você em que trabalha?

Eliane: Na Associação Indígena dos índios Xikrin.

Pesquisadora: E essa associação é privada ou é pública.

Eliane: É privada, é privada porque eu trabalho pra eles, eu não tenho nada que ver com SESAI.

Carlos: É um convenio da VALE com os índios Xikrin, antigamente existia só a aldeia Cateté, quando eu empece a trabalhar com os indígenas tinha só uma aldeia a Cateté. Aí depois foi crescendo, aí dividiu, aí pegaram e dividirão, conforme ao tamanho da população, tá entendendo, aí tipo ficou um 40% de Djudjeco, e um 60% de Cateté, né... depois, depois separo outra parte que é a aldeia Cateté Oodjã, outra aldeia, crio a terceira aldeia...então cada uma tem sua associação...pra gerir seus recursos do dinheiro que é passado pela VALE Rio Doce.

Eliane: Aí eu trabalho aí desde 2003 pra cá.

Carlos: Eu trabalho desde o 1993.

Eliane: Eu sou técnica de enfermagem... eu sou a técnica de enfermagem que trabalha lá, como diz assim...o Bombril...de muita utilidade, muita utilidade...antes quando não tinha serviços gerais, passei muito tempo em serviços gerais...aí eu passe um documento para a associação que não estava certo, porque eu não dava conta, eu não dava conta. Porque a população aumenta, não é tudo dia não, mas de ano tem 16 filhotes na pena, tem 18 nascendo..., mas é assim, e quando eu cheguei lá eram 213 índios mais o menos, não sei a base agora, mas agora está 560, eu tô com 14 anos lá.

Entrevistadora: Djudjeco?

Eliane: Djudjeco.

Eliane: Sim...é porque teve uma migração...os Kayapó, tem uma família de Kayapó que vem de outro lugar e vão se acomodando.

Entrevistadora: E vocês lá tem...trabalham com medicamentos psicotrópicos.

Eliane: Psicotrópicos tinham antes. Tinha um médico que é doutor Marcos, que ele passava. As índias eram agressivas pra gente, assim uma parte. Elas chegam com muita agressão pra gente falando assim: "Eu quero meu remédio". Agressiva, dava murro e só botar pra estrangular. Aí o doutor Marcos chegou e botou assim: "Olha, ela tem que ter um controle, eu vou passar Carbamazepina de 200 mg. Um comprimido à noite". Aí, se injetava, calma, tranquila, aí elas chegavam: "Oi, bom dia!" É... Bom Dia! Agora está a mesma agressividade porque foi suspenso. Porque o doutor Marcos ele passava, mas ele não é médico pra passar remédio controlado. Ele não é da área, assim, ele não é psiquiatra, não é psicólogo, não é, não é nada. Ele é um neurologista endocrinologista, mas ele conhece os índios tal e qual eles são.

Entrevistadora: E ele onde trabalha?

Eliane: em São Paulo. Ele conheceu os índios, tinha 86 pessoas. Agora está mil e quinhentos sessenta, mil seiscentos e pouco. Então, ele achou uma oportunidade de saber, ele levava a vacina da catapora, da varicela, do sarampo, ele tirou os índios da enfermidade, ele conhece os índios faz muito tempo. Eu como técnica de enfermagem, eu me debater com ele? Quando chegou, eu já conhecia o trabalho dele. Então só dei continuidade ao trabalho dele porque eu não posso, eu não sou médica, eu não sou. Mas depois que o pessoal chegou e tiraram os psicotrópicos dos índios, piorou, piorou.

Entrevistadora: E quem foi quem tirou?

Eliane: Da SESAI. Já não dá. Aí, o doutor Marcos chegou para a aldeia e perguntou: "Quem toma psicotrópicos?" Aí eu falei: "Ninguém mais doutor Marcos". Aí ele falou: "Por quê?" Eu digo: "Não, um psicólogo chegou e disse pra mim que tinha que tirar, que tinha que vir um psiquiatra ou então um psicólogo, ou então não sei quem mais pra passar a medicação. Então, foi suspender. E quem passa essa situação lá dentro da aldeia somos nós. Agora a índia chega empurrando, dando murro, falando alto, gritando. E antes não, ela chegava calma, tranquila falando: "Olá, bom dia! Bom Dia!" Aquela coisa boa! Por quê? Porque estava medicada. É porque o médico que assiste há 46 anos sabe a situação do índio, agora um médico que entra um, dois, três anos não sabe nada. Eu estou lá 14 anos e eu sei a situação de lá, eu sei.

Entrevistadora: Qual era a medicação que você dava, quantas vezes ao dia?

Eliane: Só uma vez a noite,

Entrevistadora: Todas as noites?

Eliane: Era a Carbamazepina 200 mg na noite, aí tinha uma Amitripilina, que era um comprimido, eu não lembro a grama, era pequenina, á noite, e estava tudo mundo bem, tranquilo. De manha estava tudo mundo bem, Oh bom dia, aquela coisa boa! Conversavam. Agora não, é tudo um desespero, ninguém respeita ninguém, é uma loucura, ninguém consegue trabalhar.

Entrevistadora: E em que ano foi que eles falaram de não dar mais medicação.

Eliane: O isso foi no 2013... 2013 pra cá.

Entrevistadora: Isso só no Djudjeco?

Eliane: Em todas as aldeias, lá no Xikrin, não sei as outras aldeias, lá no Xikrin foram todas.

Entrevistadora: Mas esses psicotrópicos eram só pra agressividade, nenhuma outra coisa?

Eliane: Não ... não era assim, eles não eram agressivos, eles eram de empurrar, é agressivo sim, do jeito de eles chegar pra a gente, a gente chega calma né! Más eles chegavam agressivo assim, vem cá, empurravam, assim, puxavam, aquela coisa doida, só pra agressividade, o doutor Marcos falava assim: Olha é uma, é uma doença que ficava assim neurótico, e ainda tem, tem muitos, tem gente que nunca tratou.

Entrevistadora: E você sabe qual é a causa e isso, por que são assim, ou por que eles se comportam assim? Sempre foram igual?

Eliane: Quando eu cheguei sempre foi assim, ele já tratava, eu já percebe da colega tratando esse pessoal né! o doutor Marcos tratando esse pessoal dessa mesma forma, tinha uma pessoa que tomava e...e... não lembro agora, uma índia que tem, ela tem 21 anos já, ela é uma...um bebe de colo, aí o doutor passava a medicação de ela, aí ela toma essa medicação, eu não lembro agora, aí ela toma essa medicação, ela foi crescendo, crescendo até 21 anos. Ela tem 21 anos agora, como foi que suspenderam a medicação? Então como é que eles suspenderam a medicação e nunca mais ninguém foi pra a aldeia, e ela já tem 21 anos.

Entrevistadora: E esse remédio pra que era?

Eliane: Essa índia ela e filha de um índio, ela toma essa medicação, mais nunca mais tocaram o assunto, entendeu? A saúde lá na aldeia, eu que tenho 14 anos lá, e precária, tinha que ter mais um, assim, psicólogo, neuropsiquiatria, antropólogo, para fazer um estudo, porque olha! Eu sou técnica de enfermagem, eu conheço a história todinha de lá, conheço do menor, eu fico assim, horrorizada com as coisas que acontecem, e ninguém aparece. Não tem ninguém pra dar uma coisa assim, eu sou técnica de enfermagem e pra mim não tem coisa nenhuma, eles não entram para resolver uma coisa, pra fazer alguma coisa, não resolve não.

Entrevistadora: E você lembra quando foi um antropólogo o um psicólogo?

Eliane: O ano passado ele foi lá, mas só foi 24 horas, e como é que em 24 vai resolver um problema. Ó escuta só, eu estou falando assim porque eu estou achando tudo errado, eu acho errado, eu estou lá, nem quem me defenda, nem quem faça alguma coisa por mim, mas eu estou falando a verdade, eu não gosto do jeito em que os índios Xikrin são tratados, o Xikrin são tratados péssimos, e eles tem dinheiro para poder tratar eles bem, assim na palma da mão, levar, porque eles têm a garantia do plano de saúde de eles e eles não são atendidos bem.

Entrevistadora: Nem assim com pessoal da SESAI.

Eliane: na SESAI é assim, eu trabalho lá na aldeia, e o índio está aqui na cidade, Eliane tem que fazer o encaminhamento, eu não sou enfermeira, eu sou técnica de enfermagem, aí eu tenho que fazer o encaminhamento do índio, eu não sei nem que tem o índio na cidade, e isso é muito triste, eu acho triste sabe por quê? Porque eu não conheço ao índio, ele está aqui, está aqui na cidade e eu não sei o que é que ele tem, como é que eu vou pegar e fazer um remédio se eu não vejo o índio, lá na aldeia eu vejo índio, aqui eu vejo índio. O índio chega para mim e eu sei a situação todinha, mas lá eu estou na aldeia, mas e ele está aqui na cidade, como é que eu vou saber aqui. Eu estou falando do SUS, pelo SUS, entendeu. Mas o índio tem UNIMED, na hora que chega a qualquer lugar, Belém, São Paulo, ele é atendido, porque aqui eles pegam autorização da VALE, aí a VALE autoriza aí é que eles vão pra lá, como vêm eu trabalho pra eles. Eu tenho meu UNIMED que é o mesmo do índio, antes não era descontada, agora está fazendo descontada no meu trabalho. Aí eu ou no UNIMED, é assim quando eu vou fazer um exame, tudo bem, mas quando eu vou fazer um exame especializado, aí vou à UNIMED, sou recebida e pronto, por que eles não fazem isso com o índio do mesmo jeito? Eu não entendo, eu fico assim... Eu sou técnica de enfermagem na área, eu sou quero tirar de aí, pra não morrer na minha mão, entendeu, aí por exemplo pra saber de aqui eu só sei pelos índios.

Entrevistadora: Eu tenho uma pergunta. Como é o processo quando uma pessoa está na aldeia, por exemplo quando está doente, aí como é o procedimento. Quem atende ele vai primeiro pra o pajé o como é?

Eliane: Deixa o eu te falar, o índio adocece ... o índio adocece, e o pajé está lá, não é toda vez, é algumas vezes que eles vão, aí o pajé está lá, tratando, tirando aquela coisa toda, pra mim interferir, eu pra mim entrar assim devagarinho, pela beirada entendeu? Assim está aqui o pajé tratando e eu entro assim devagarinho, não pajé é assim tá... tá... tá, converso assim até chegar ao doente, o índio doente morrendo e eu estou vendo que ele está morrendo.

Entrevistadora: Aí você sabe quando a doença é...

Eliane: Eu sei quando a doença não trata com pajé. Mais ele fica lá, o pajé, aí eu entrando minha injeção né! Tem que tirar da aqui, que eu não estou tratando, aquela coisa tudo, quando o pajé sai, aí vamos chegar juntos, até que ele aceita, quando ele aceita, se o pajé não aceita não adianta, sem fazer nada, a gente fica só olhando.

Entrevistadora: E por exemplo vocês tem alguma legislação de que se morre alguém vocês têm algum problema?

Eliane: Não tem. Tem um caso de uma índia, que eu vejo de Carajás, e ela passou muito tempo doente, doente, doente, e eu interferindo com remédio, tudo o que eu fazia, tudo o que eu pudesse fazer eu fiz, aí depois, não que eu quero ir pra Carajás, Carajás, Carajás, até que resolveu, aí ela veio e foi despachada lá pra Carajás que é outra aldeia, foi despachada lá, e aí ela já estava toda inchada, e foi a atender com o pajé. A gente não se mexe mais, eu não fiz nenhum remédio, ela sentia dor e eu não podia nem fazer nenhum remédio, eu sou ia lá assistir, assistia assim. E ela morreu.

Entrevistadora: Mas como foi?

Eliane: Levaram a ela pra Carajás, depois chegou o médico e diz que isso era terminal, que levaram ela pra casa, E porque é assim se eu tivesse uma resposta de algum lugar, mas o índio vai pra Belém e aí eu não tenho resposta de nada, se ele está bem, se ele melhorou, eu não tenho resposta de nada. Eu sou técnica de enfermagem na área, eu sou quero tirar de aí, pra não morrer na minha mão, entendeu, aí por exemplo pra saber de aqui eu só sei pelos índios. Mas eu não sou técnico de enfermagem do SESAI, eu sou da Associação.

Entrevistadora: E então quando há alguma doença você manda pra o hospital?

Eliane: Tá dando um lio tão grande que eu não entendia até agora, porque é assim, antes eu pedia um avião que era grave, se era grave, porque de lá eu não mando ficar, nunca mandei ficar, nem vou mandar, a viagem é longa, não chega em Marabá vivo, agora pede para Parauapebas não é mais em Marabá, dividiram, aí eu pedi por telefone, aí eu mando, eu passo o encaminhamento, aí eu passo o nome do índio, o pai do índio, a mãe do índio, a família toda eu passo. E aí pergunto o que é que o índio tem, o que é que tu já fez, se eu estou pedindo a aeronave e porque já fiz tudo...tudo o que está no meu limite, se eu peço aeronave é pra tirar imediatamente. Mas eu acho tudo errado, os Xikrin não são assistidos como eles deveriam ser, eles têm UNIMED, eles têm, onde eles quiserem. Minha irmã, sou técnica de enfermagem faz vinte anos, trinta anos, sou técnica de enfermagem faz trinta anos, eu nunca matei nenhum lá, eu tenho 14 anos lá, eles confiam todos em mim, se eu chegar lá com a injeção, se eu chegar com o telefone e peço um avião, e porque eu tou precisando, aí a pessoa fica perguntando, já fez isso, já fez aquilo, não mi irmã, aquilo dá um dor tão grande, dá um dor tão grande aquilo ali, pelo e meu limite.

Entrevistadora: E lá em Parauapebas tem casa do Índio

Eliane: Tem não, eles vão e ficam aqui na casa do Índio de Marabá, na folha 6, eles vão ficar lá, jogando, sabe por que, porque quando mudaram ao povo pra Parauapebas, o de Parauapebas quando mudar, o posto de Marabá não vai cuidar dos índios lá não, porque a casa do índio de Marabá é dos Xikrin, e o Polo de Parauapebas tem que arrumar dois técnicos de enfermagem para poder cuidar a casa do Índio, porque o Polo de Marabá não vai cuidar, não querem nem saber, não existe pra eles, E porque é assim, polo de Parauapebas para os Xikrin, polo de Marabá para os Gavião pá pá pá pá, entendeu. Nunca mandei pra Parauapebas, olha o índio sai o Xikrin, pra Carajás, Marabá, Belém, só isso, quando eles viam pra Parauapebas, eles iam como não assistido, porque Carajás é que tem que receber, entendeu, Carajás recebeu o índio. E Casa do Índio é aqui em Marabá, aí eles vão ficar sem assistência, porque o polo de Marabá quem vai a ser CASAI, não vai assistir o índio de Parauapebas, porque é o que é os índios que eu trabalho e o índio de polo de Parauapebas, que é como é, eles são de Parauapebas, é assim a gente faz um documento e é pra o polo de Parauapebas, entendeu? A prefeitura de Parauapebas é a que cobra aos índios Xikrin, Marabá não tem nada que ver.

Entrevistadora: Mas lá não tem nenhuma equipe de trabalho assim com psicólogo, antropólogo?

Eliane: Olha eu não vou falar besteira pra você, eu cheguei um dia, e falei pra a instituição: Olha se vocês não forem em janeiro, pra estar lá no acampamento que tem a castanha, acampamento da castanha, olha se vocês não vão pra dar medicamento lá, vão morrer todinho, de diarreia, vomito, verminoses, e aqui o enfermeiro foi lá, levo vacina, medicação aquela coisa toda. Porque eu sou técnica de enfermagem de área, eu posso terminar cuidando, porque eu gosto de índios, eu gosto de índios e todos me conhecem. Mas em janeiro eu estava com um amigo lá em caldeirão, e eu cheguei e falei: Se vocês não podem tomar conta lá dos índios Xikrin lá no caldeirão, eles vão morrer todinhos, porque não tinham medicamento, não tinha nada, nada. Eu fui lá e me perguntavam Eliane cadê o remédio, e eu não tinha remédio, eu fui a visitar, mas eu não tinha remédio, eu fiquei foi horrorizada com as coisas que eu vi.

Entrevistadora: E quais são as doenças que mais se apresentam na aldeia onde você trabalha?

Eliane: Diarreia, vômitos, verminose, micose.

Entrevistadora: Verminose que é?

Eliane: Lombriga, diarreia, vômitos, dor de cabeça, dor lombar, elas carregam muito peso nas costas.

Carlos: A mulher depois de três dias de ter filhos já carrega um pandeiro de mandioca nas costas.

Entrevistadora: Não tem alguma dieta?

Carlos: A mulher e o homem têm que comer comida rigorosa se não a mulher pode adoecer.

Eliane: Na doença do branco, eles estão com hipertensão, câncer, micose alterada, tem muitos diabéticos, lá onde eu trabalho tem 35 diabéticos, hipertensão e todos, os quase todos, se foi olhar, eu não quero nem olhar mais porque... tem tuberculose e a leishmaniose.

Entrevistadora: E tem alguma doença que apareceu faz pouco tempo, assim que antes não tinham e agora tem?

Eliane: O câncer, o câncer e a leishmaniose e criança deformada.

Entrevistadora: E por que tem criança deformada?

Eliane: Não sei não sei, olha eu não posso falar nada, eu não sei se é da água, não sei, e não vou te falar uma coisa..., mas eu acho assim... Meu...o tempo que eu estou lá de técnica de enfermagem, eu acho... do marido vem o dano, anticoncepcionava na mulher, anticoncepcionava pra mulher tomar, aí esqueceu a data não deu mais e nasceu assim a criança, entendeu? Porque tem uma parte de mulheres a partir de cinco filhos tomam anticoncepcional, cesariana até três anos agente do anticoncepcional depois suspende... eu conheço a todas as mulheres e conheço, do tempo do trabalho né, não sei todas, só do tempo do trabalho. Aí ... então eu acho assim como ela teve filho um foi bom, ele não queria que ela engravidasse aí deu medicamento por ele mesmo, eu não conhecia, aí nasceu o menino com problemas, então eu acho que ele deu assim seguidos, aí ela engravidou e então foi por isso, aí ele nasceu assim e fico com sequelas...aí fico...eles tem vergonha assim tu...nasceu uma criança, tem dois anos, tu não engravidou ótimo, aí ela se engravidou antes e eles ficaram com vergonha e aí engravidou e aí vem também as sequelas, entendeu? E porque quando ela embarriga, embarrigou aí não mexe em ela, porque pode mexer no menino, não quer saber transar, então eu acho que na terceira filha de eles seis meses depois ele transou e ela engravidou e aí vem as sequelas, porque ele já tinha feito o remédio pra ela não engravidar, eu acho assim, entendeu? eu...fio outra vez em uma entrevista e eu diz assim, eu não sei ...se foi agua do rio o não...eu não sei...mas acho que foi isso.

Entrevistadora: E tem acompanhamento?

Eliane: De quem mi irmã! Só eu. Eu sou só técnica de enfermagem, dentro da aldeia. Na cidade eu não sou ninguém, o seja de nada, eles me pedem...Eliane faz encaminhamento pra minha mulher que eu quero consultar, aquela coisa toda, não posso fazer, lá na aldeia eu posso fazer, mas na cidade não posso fazer nada, porque eu sou técnica de enfermagem na aldeia, mas na cidade não, na cidade tem que... tem SESAI e o polo de Parauapebas. Na época...o vou te falar... na época era pra eu assistir polo de Parauapebas...eles me chamaram...me chamaram pra eu coordenar...só que eu não tenho nível superior...sou técnica de enfermagem, se seu tivesse...o tinha...estava na frente lá...porque eu conheço ao índio Xikrin todinho lá...do pequeno até... em saúde, entendeu, em saúde, não vou dizer assim, em vida.

Entrevistadora: E quais são as doenças que eles têm que são doenças de eles, doenças de índio, por exemplo, se uma criança que cai no chão e pegue uma doença de um espírito as coisas assim?

Carlos: Não... não existe, mas isso,

Eliane: Não existe...tem um pajé pra cuidar de aquela doença, mas não tem de essas doenças,

Carlos: Eles botam na cabeça...eles botam na cabeça... que o índio está com aquela doença, mas não é.... quando vem pra rua pra fazer tratamento fazer exame não e nada daquilo do que o pajé falou.

Eliane: Pois é.... isso é o que eu estou dizendo pra ela...que não existe mais aquela doença do que o índio adoeceu assim, do que o índio fala...quando é assim com diarreia ou alguma coisa que pico... não...eu não acredito, mas.

Carlos: O pajé fala que diz que um peixe entro na cabeça do índio...que não sei que..., mas não e isso.

Eliane: Tem um índio que corto a perna por picada de cobra...

Carlos: E nos planejando pra tirar...pra tirar ...

Eliane: passou trinta dias dentro da aldeia,

Carlos: E o avo não queria...o pai não queria,

Eliane: A perna fico podre,

Carlos: Até que nós conseguimos convencer de tirar...chegou em Carajás um médico e diz que era pra cortar a perna...o avo não queria que cortasse...e se não cortar vai morrer... e fico aí que vai vendo vai vendo...até que decidi cortar.

Entrevistadora: E eles tem doenças por inveja?

Eliane: Mas do branco ... mas entre eles não...eles têm envida do branco.

Carlos: Eles têm medo de pajé. Tem uma história de uma pessoa que tem 110 anos, mais o menos porque ele não foi registrado, a maioria desses índios foi registrado porque o pessoal criou uma base. Então que aconteceu, aí ele pegou foi morar lá com um genro dele né! Aí o pessoal achou que ele estava trazendo doenças pra a aldeia, que ele estava virando bicho, porque passava de dois, três os quatro dias no mato...e quando voltava, aí o pessoal ficava com medo dele, aí diziam mata ele, aí ele foi abandonado, o genro foi se afastando dele porque e se aposentou, agora ele fica no chão, morrendo de fome. Mas a gente não pode interferir porque é a cultura deles.

Eliane: É como dizer Pajé, ninguém interfere, a pessoa pode estar morrendo, o pajé está ali e eu não posso entrar.

Entrevistadora: Terminei a entrevista, muito obrigada.

Entrevista 5: Xikrin

Pesquisadora: Pronto... então... qual é o seu nome?

Entrevistado: Me chamo Xikrin, sou professor e, em alguns momentos, faço parte... faço papel de liderança também, né, pra discutir questão da comunidade tipo, questão relacionada à comunidade dentro da cidade também.

Pesquisadora: Como é a saúde para os Xikrin?

Entrevistado: Antigamente, a gente não se tratava na cidade, né? Era tudo na aldeia e nosso tratamento era à base com as plantas medicinais, com os pajés que é os curandeiros. Aí, hoje, qualquer sintoma, se aparece algum sintoma, pessoal se machuca, primeira coisa a fazer é consultar com o pajé. Se o pajé não resolver, aí vai ser mandado pra cidade, para o médico poder resolver, né. Assim que é nossa saúde de hoje.

Pesquisadora: Hum, e qual é a relação que vocês têm entre a saúde indígena e a saúde e a outra saúde?

Entrevistado: Ah, a relação que a gente tem com a nossa saúde indígena, porque a saúde indígena já é um órgão específico que, que é responsável que se responsabiliza pelo atendimento de saúde dos povos indígenas, né, porque cada região tem a sua. Aqui em Marabá, um pessoal... lá em Parauapebas tem um nosso, lá eles mandam o transporte pra o paciente pra fazer tratamento, quando termina eles mandam de volta também. Se for o caso muito grave, eles mandam avião pra tirar, pra poder fazer de imediato tratamento, né. A gente tem relação muito boa com a saúde indígena de Parauapebas.

Pesquisadora: E como funciona saúde com a VALE?

Entrevistado: É, porque a gente tem outro é outra instituição que é responsável também pela nossa saúde que é a empresa, é... o empreendimento VALE, né, que eles têm convenio com o hospital onde a gente se trata, a gente faz o tratamento aí quem paga é a VALE. Aí lá nós temos um local também, onde a gente fica pra fazer o tratamento, né, a aí gente faz o tratamento aí tudo é por conta da VALE, que a VALE paga, porque, como ele tá explorando o minério, parte da nossa aldeia, os mais velhos falam que aonde tão explorando o minério lá onde era aldeia, que isso nós temos esse direito que a VALE pagasse por nós, né, alguma coisa que é nosso direito aí tá sendo garantido para nós.

Pesquisadora: Hum, como funciona a saúde dentro do posto de saúde? Qual é a estrutura...

Entrevistado: Da aldeia? ...

Pesquisadora: hum?

Entrevistado: Da aldeia? Posto de saúde da aldeia?

Pesquisadora: Da aldeia, Cateté Xikrin.

Entrevistado: Lá a aldeia Cateté Xikrin, porque, lá nós temos posto de saúde, né, lá quem trabalha são os técnicos, lá não tem nem enfermeiro, os médicos vão de vez em quando pra consulta, e também temos o Dr. Marcos que é de São Paulo é professor de medicina aí faz só em julho, todo em julho ele vai, né, vai e faz consulta com o pessoal pra ver, ele faz acompanhamento também mesmo de longe, mas ele faz acompanhamento, controle também, aí ele conversa com a enfermeira pra poder controlar se, por exemplo, lá tem muito diabéticos, né, aí o Dr. Marcos sempre fala que tem que tomar insulina, tem que tomar aquele medicamento, né, medicamento indicado por ele, pra poder tomar, né, não pode ter, não pode tomar de qualquer jeito o medicamento, aí lá nós temos dois indígenas hoje é que eles são formado em técnico de enfermagem, né, que falam nossa língua, entende nossa realidade, por isso que assim facilita o trabalho dentro da comunidade.

Pesquisadora: Hum, que bom! E tem lá, têm várias pessoas que recebem medicamentos psicotrópicos, você conhece?

Entrevistado: Não!

Pesquisadora: Porque, é psiquiátrico, como pra cabeça, enxaqueca, pra outras coisas.

Entrevistado: Já é da cidade ou da aldeia?

Pesquisadora: Da Aldeia,

Entrevistado: Na aldeia, têm, assim, muitas pessoas que sabe mexer com plantas medicinais, né, ele tem o que sabe de diarreia, dor de barriga, dor de cabeça, assim de dor na coluna, né, aí o pajé já é tipo médico, né, ele consulta aí fala que tem que pegar aquele remédio aí, aí a gente vai com outra pessoa, com outra pessoa que sabe do remédio, a gente vai com ele aí ele reza pra nós poder se tratar com aquele remédio que o pajé indica.

Pesquisadora: E vocês têm algumas pessoas que tenha problemas de depressão dentro da aldeia?

Entrevistado: Hoje tem, assim, têm muitas pessoas que hoje têm pressão alta, diabético, hipertenso...

Pesquisadora: Depressão de ficar triste?

Entrevistado: Não, não, a gente entra em depressão quando a gente perde alguém da família ou quando a gente perde um irmão, né, perde amigo, ou quando... quando a gente tá longe da cida... da aldeia, quando a gente tá longe da aldeia, fica muito tempo sem ir na aldeia a gente fica assim de depressão, né.

Pesquisadora: E tem também é.... algum... tem algum caso de suicídio dentro da aldeia?

Entrevistado: Na aldeia, assim, nunca aconteceu, né, caso de suicídio, porque lá todo mundo se conhece, todo mundo é família, né, então assim, é muito raro acontecer esse caso de suicídio.

Pesquisadora: Quantas pessoas tem na aldeia Xikrin?

Entrevistado: Na aldeia Xikrin atualmente tem 900 e poucos habitantes.

Pesquisadora: É muito!

Entrevistado: Só do Cateté, aí do Djudjeco é, o ano passado tive acesso a.... ao levantamento da aldeia Djudjeco, teve 553, ano passado, aí esse ano não sei, né...

Pesquisadora: Tem problemas de alcoolismo dentro da aldeia?

Entrevistado: É, da aldeia, dá aldeia é, os caciques, os mais velhos, proíbe de, de entrada de bebida alcoólica, né, mas, assim tem gente mesmo assim, mesmo sabendo que não pode leva escondido, né, pra toma na aldeia. E isso assim é uma coisa que, que já vem sendo discutido na comunidade que não pode estar bebendo bebida alcoólica, porque é, não é bom tá levando bebida alcoólica pra aldeia, porque se alguém bebe briga com uma pessoa, e vai pai dele vem briga já, já se envolve nas coisa, e já não vai ter como para de... de briga. Por isso que a preocupação maior do cacique é de não ter, mas mesmo assim tem gente que leva pra aldeia escondido como se fosse droga, porque a gente, na, na, tanto na cidade a, é.... o governo fala é proibido de... de, de entra... de drogas, de consumo né, aí tem gente que usa a droga na cidade, tem um já que, tem já tem gente que tá nem aí né, que quer viver com aquilo.

Pesquisadora: Sim e, é muito? São pessoas jovens ou...

Entrevistado: São pessoas jovens, a maioria jovens hoje, que estão consumindo bebidas alcoólicas na aldeia, assim né, até onde eu sei, né, porque eu conheço, tem algum jovem que vem na cidade, primeira coisa que eles procuram é tomar bebida alcoólica.

Pesquisadora: Hã, e você sabe por quê? Por que gostam de bebida alcoólica?

Entrevistado: É, aí não sei porque cada um tem seu jeito, né, eu tenho o meu, aí cada um assim, sabe porque que está tomando. Aí uma vez é, que... eu saí com um amigo a gente foi pro shopping, pego uma cerveja que é.... me oferecendo eu falei assim: não gente, não cara eu não posso tomar,

porque eu não bebo, falou bora, falei não cara, se eu quiser eu bebo, se eu não quiser, então, não bebo, se quiser beber, bebe, bebi aí a sua cerveja deixa eu ficar na minha tá!

Pesquisadora: E vocês conhecem a palavra de saúde mental?

Entrevistado: Não.

Pesquisadora: Não falam vocês...?

Entrevistado: Não.

Pesquisadora: Por exemplo, se eu pergunto pra você que é saúde mental, você que, que poderia pensar que é?

Entrevistado: Não tenho ideia.

Pesquisadora: Não tem ideia? E vocês, lá dentro da aldeia, tem alguma pessoa que vocês pensam que ela ficou louca por alguma coisa?

Entrevistado: É, é chegou assim, né, já teve um caso que né, que... teve um senhor já de idade, idade aquele, muito avançada, né, ele assim, simplesmente, tava na casa dele, acho que ele enlouqueceu né, de... do nada, começou a falar coisa sem sentido, tem nada a ver o que ele falava, né, ele falava que o... que a mulher dele tava traindo, que a mulher dele tava batendo nele..., mas uma coisa assim... acho que... são nesse sentido que tu... a pergunta é né... Enlouqueceu, né?

Pesquisadora: E qual foi a história dele?

Entrevistado: É porque, tava... já era muito velho ele, muito antigo, né, muito tempo, ele já tava velho, aí...

Pesquisadora: Mais ou menos quantos anos tinha...?

Entrevistado: Uns é... 94 anos...

Pesquisadora: Ele era pajé ou...?

Entrevistado: Não.

Pesquisadora: Ah, tá...

Entrevistado: Aí, assim, ele enlouqueceu, mais depois com dois meses ele faleceu.

Pesquisadora: Ah!

Entrevistado: Tava muito velho já, não conseguia já nem mais andar.

Pesquisadora: E aí, quando ficou assim, os médicos trataram alguma coisa pra ele não?

Entrevistado: Não não...

Pesquisadora: Não, só ele ficou assim...?

Entrevistado: É, só, ele ficou na aldeia mesmo, porque a família não quis tirar, porque tava... já tava com idade muito avançada, né, aí se levar pra aldeia vieres falar uma coisa e vai falar que não tem como ele se trata, né, do que adianta levar pra cidade, é melhor ficar na aldeia pra é, a família curti ele enquanto ele tá vivo.

Pesquisadora: Hum, tá... e... Você sabe se dentro da aldeia tem algumas pessoas que são medicadas por agressividade ou alguma coisa assim? Pra ficar mais tranquilas?

Entrevistado: Não, lá na aldeia assim, é bem tranquilo, mas acontece um caso, né, de... de... de discussão por alguma coisa, mas é... aí não envolve briga é só discussão mesmo a palavra, né, só discussão mesmo, mas nunca teve briga na aldeia, só discussão pra uma coisa poder melhorar, pra poder acertar, isso aí acontece isso, mas nunca teve briga assim.

Pesquisadora: Eu falei com o médico que estava lá no posto de saúde e ele me falou que o médico Marcos foi, faz muito tempo atrás, e deu medicação pra alguns indígenas, que eram mais ou menos 60, acho... não sei, não lembro bem...

Entrevistado: Hã...

Pesquisadora: Mas depois, é... foram umas pessoas de saúde aqui e ficou reduzida pra menos pessoas dentro da aldeia, que elas recebem uma medicação, que é, tem que ser como... uma medicação pra toda a vida, que é... são um remédio que você dá...

Entrevistado: Sim, ham ram...

Pesquisadora: Mas que tem que ser contínuo, porque não pode parar, você sabe qual, que remédio são... por exemplo, quais são essas pessoas, se elas têm alguma coisa em comum?

Entrevistado: Assim, no momento não... não tenho ideia, mas se eu... são, tem que pesquisar, né, com o... o técnico de enfermagem que trabalha no... que ele... ele que conhece a... trabalha no posto de saúde, ele sabe quem toma remédio contínuo, ele que sabe, só pessoal da saúde que sabe.

Pesquisadora: Ah, tá! E, por exemplo, ... você não conhece alguma história, de uma pessoa que seja, ou alguma pessoa que você conhece, um amigo seu ou... que tenha esse tipo de medicação? É porque ele chama lá de psicotrópicos, mas não sei bem qual é o nome específico, tem... porque tem alguns nomes, eu sei que um é Anticonvulsivo, que é... tem um que é pra epilepsia... epilepsia é, mas que utiliza pra dor de cabeça...

Entrevistado: Hum,

Pesquisadora: Só que não sei bem quais são os nomes, aqui não tenho, não conheço... hum, e... bom, e aí, vocês, como fazem a relação entre o que é saúde indígena e saúde não indígena?

Entrevistado: Saúde indígena porque... porque tudo que, assim, tudo que é tratado dentro da comunidade, né, já a saúde, e... não indígena, tudo que é tratado fora da... fora da aldeia, por exemplo, já teve um caso lá, de um professor, professor não índio, né, a gente tava... a gente tava lá no encerramento da festa, comemorando comendo um peixe, né, aí ele chegou de repente, e pegou começou a comer peixe, aí comeu... comeu espinha de peixe e não falou nada, saiu... saiu de mansinho e foi embora, aí chegou na escola ele começou a chorar, começou... entrou em desespero, aí falou vai morrer, vai morrer, aí o pajé mandou chamar, aí ele veio, aí o pajé perguntou o que é? Ele falou não porque eu comi espinha, aí o pajé falou assim, então bora, bora ver se tu realmente comeu espinha, aí o pajé colocou a mão aqui, só de colocar a mão ele sente onde tá a espinha, ele colocou a mão e sentiu, não, ela tá bem aqui o espinho, tu realmente comeu espinho, mas tu não vai morrer não, eu vou te salvar, aí ele colocou... ajeitou, ele demorou um pouco, ajeitou e, colocou a boca assim... aí tirou...

Pesquisadora: Só por aqui?

Entrevistado: Só de... só de pôr a boca aí... o pajé tirou o... o espinho de lá...

Pesquisadora: Não saiu pela boca?

Entrevistado: Não saiu por aqui assim, mas não rasgou pra sair... não rasgou pra tirar.

Pesquisadora: Só saiu assim...

Entrevistado: Só saiu assim... aí o professor, falou que, quando tirou assim ele tomou água falou que não sentiu nada naquela hora, como se fosse normal, não tinha comido nada. Aí, aí ele viu como é... como a... o pajé tem esse respeito dentro da comunidade, né, a gente respeita muito o pajé, aí o professor passou a acreditar no pajé, né, se fosse na... se fosse na cidade ele passaria pela cirurgia pra poder tirar o espinho, mas como é a aldeia, o pajé tira... só encostou lá pra poder tirar o espinho e pronto.

Pesquisadora: Hum!!! Que bom! E vocês têm doenças, que são doenças próprias do índio?

Entrevistado: É... é... O meu... segundo o meu avô relatava que na época não existia nenhuma doença, as pessoas assim, é... é... morreram de envelhecimento, na nossa geração não já tem muita doença do... que é, quem... quem foi que levou essa doença foi... quando a gente começou a ter contato com... com os não índios, né, com os brancos aí, no primeiro contato é, morreu muita gente de sarampo, porque é... no... a gente não era preparado de receber esse tipo de doença, né, aí, aí que... aí que... aí que a gente começou a ser vacinado naquela época, a gente começou a tomar vacina, né, porque o nosso corpo não era... não era preparado pra poder pegar uma doença, qualquer coisinha uma pessoa morria, de gripe é, de febre, mas... agora não, agora tem febre vai na farmácia toma aquele remédio aí fica bonzinho.

Pesquisadora: Hum! E agora, quais são as doenças que mais tem dentro da aldeia?

Entrevistado: É... doença que hoje aparece mais, é... é diabético, pressão alta, colesterol alto, por causa, hoje a gente consome muito produto industrializado, né, que é tudo já com é, enlatado é... é... produto que assim pra nós, pro nosso organismo, assim não dá, né, não presta, né, o que serve pra nós é babata, é macaxeira, é mamão, é banana que tiver da nossa cultura. Aí qualquer coisa... porque se a gente for na cidade o que que a gente vai comer? Se a gente passa na churrascaria, a gente vai comer carne de gado que tem muita... tem muito produto que é misturado na ração dele, né, porque tudo que... tudo que os branco planta é no... é o produto que ele joga na terra pra poder... pra da fruta, pra dá muita... muita fruta, é o adubo, eles planta muito com adubo, né. O que a gente consome, a gente vai... a gente mesmo, aí com um tempo a gente sofrer as consequências de doenças.

Pesquisadora: Aí com isso dá mais doença. Tem muito doença de dor de cabeça também?

Entrevistado: Tem, tem muita na aldeia, assim, tem muitas pessoas com dor de cabeça, aí vai na farmácia toma um remédio, ou pega o cipó que tem na aldeia, né, e... assim, amarra na cabeça e passa a dor rapidinho.

Pesquisadora: Hum! Mas é verdade que a dor é mais das mulheres que dos homens, por carregar aqui a....

Entrevistado: O peso, né?! É verdade, de... porque os homens... é... carrega assim poucos é... poucos pesos, né, mulher não, mulher trabalha no dia a dia dela, elas... elas carrega muita lenha é... elas trabalha mais do que os homens, os homens trabalha menos porque os homi... hoje é... atualmente... a maioria dos homi... a maioria das mulheres é... tem uns que trabalham, os jovens não trabalham, só os mais velhos que trabalham muito, os jovens não, os jovens já... não trabalham muito.

Pesquisadora: Hum! E quantos pajés tem na aldeia Cateté Xikrin?

Entrevistado: Na aldeia Cateté tem 3 pajé, no dju – dje – ko tem 2 e, na dju dje tem uma, só tem uma.

Pesquisadora: E vocês algum trabalho dentro da aldeia, por exemplo, se eles morrem, têm outras pessoas que sabem informação do pajé ou...?

Entrevistado: É porque, pra ser pajé, não é a gente que escolhe, é o espírito que escolhe quem é que vai ser o pajé. O exemplo que eu tenho é de meu irmão, né? O meu irmão ele é mais jovem do que eu. Ele caiu e se machucou, aí quando ele adoeceu o espírito escolheu ele para ser pajé, ser pajé mais jovem. Ele começou a se preparar pra ser pajé, mas só que a minha mãe, assim, ela não queria que ele fosse pajé, né? E pegou casca de coco babaçu, colocou no fogo pra ele poder ficar lá pra fumaça pegar nele pra poder tirar essa maldição do espírito, né? Aí, tirou, aí meu irmão voltou.

Pesquisadora: E como é que chega o espírito, eles fica doente e, depois com sabe que tem o espírito de pajé?

Entrevistado: É, assim... não é só pela... pela doença, mas... um exemplo, se cobra... se a cobra morder aí vai ter... vai ter uma chance de ser pajé ou se alguns animais morderem, vai ter chance... futuramente vai ser pajé, por exemplo tem... tem um caso lá o... o pajé Odiojo, durante a vida adulta dele, ele não era pajé, a cobra mordeu ele, e hoje... hoje ele é pajé. Aí é assim que é... assim que é a escolha do pajé, não é a gente que fala: *eu quero ser pajé*, mas...

Pesquisadora: E não é desde criança, é só quando o espírito chega?

Entrevistado: Não, não é desde criança, quando o espírito escolhe.

Pesquisadora: Aí tua mãe por que não queria que ele fosse Pajé?

Entrevistado: É porque assim ele sofria muito, né, toda noite, o meu irmão não conseguia dormir, porque quando ele dormia o corpo dele tava lá dormindo, aí a alma dele saia pra treinar como se fosse estagiar assim Pajé, por exemplo, aqui na universidade a gente estuda, mas chega o dia já de estagiar pra praticar o conhecimento que a gente adquiriu no decorrer do curso, é assim que acontece com ele e a noite toda assim ele gritava ele falava assim que vai cair de cabeça, que tá pulando de, de uma árvore muito alta, aí porque era um processo que ele tava passando se ele conseguisse passar pelo por todo esse processo, ele ia se profissionalizar em Pajé.

Pesquisadora: Aí eram como as provas?

Entrevistado: Isso como se fosse uma prova, tinha que passar pelo, como por exemplo, tinha parede de pedra, ele tinha que furar, ele tinha que furar aquela parede e passar, parede de pedra tinha que passar por ele, tinha que passar pero teia de aranha tinha que passar pero monte de coisa que tinha que passar, né, que os Pajé fala, mas assim eles não conta como é que é, porque se eles contar por tudo que eles passaram aí eles não pode ter uma vida longa, uma vida longa, né, ele pode morrer, qualquer acidente, e de qualquer coisa que acontecer com ele, ele pode morrer, por isso que ele é assim, eles guardam muito esses segredos, né, mas eu tô relatando assim, mas já é um trabalho, né, eu tenho que relatar.

Pesquisadora: Então, não é como que os Pajés mais velhos ensinam os mais jovens a ser Pajé, não é assim, é que chega o espírito aí passa as provas

Entrevistado: Hum rum.

Pesquisadora: Ah, que bom!! E eu queria perguntar outra coisa, hum, pra você é, vocês pensam que a loucura existe dentro dos indígenas?

Entrevistado: Não, caso que a gente não pensa muito porque a gente não estuda muito as coisa que acontece, né, porque quem estuda nós é os branco, né, os não índio que estuda mais assim cada caso que eles vão estudar, mas nós não, a gente conversa simplesmente com o Pajé pra simplesmente saber o que ta acontecendo aí ele vai explicar porque aí ali acabou, a gente não vai, aí nenhuma pessoa vai se dedicar a estudar, como é que aconteceu, porque que aconteceu? Isso, mas a gente não faz isso.

Pesquisadora: É assim como você fala que antes, não tinha doença e agora tem, a comunidade também passou por transformações, como por exemplo, antes a aldeia era diferente do que agora?

Entrevistado: É, aconteceu sim porque cada tempo que passa a gente vai mudando, muda alguma coisa, antigamente a gente vivia assim em roda, em formato de roda hoje é, assim vivia na casa de palha era bem acomodado e hoje não a gente tem casa de alvenaria, mudou um monte de coisa dentro da casa, por isso que assim a gente vem a gente vem sofrendo algumas mudanças na cultura, por exemplo, hoje a chegar também tecnologia, celular, notebook, porque hoje na aldeia a maioria dos jovens não quer saber assim de dançar, não quer saber de se pintar, não quer saber de mais de ta lá fazendo atividade da realidade, tá lá no WhatsApp tá lá na rede social, e assim uma coisa que a gente orienta eles é que a rede social é um meio da gente poder publicar nossas cultura, da gente poder pesquisar alguma coisa se a gente quiser saber o que eu acontece no mundo, né, no mundo afora, eles têm essa ferramenta de tá se conectando com o mundo hoje dentro da nossa aldeia, dentro da nossa comunidade.

Pesquisadora: E é e, você falava do médico Marcos?

Entrevistado: É, doutor Marcos.

Pesquisadora: Quem é ele? Como ele chegou a aldeia? Quem, como ele chegou pra aldeia?

Entrevistado: É, o doutor Marcos, segundo o relato do meu avô, ele chegou com um padre, quem tomava conta naquela época era os padre que tomava conta dos indígenas, né, através deles que o doutor Marcos conheceu os Xikrin, aí em um relato do doutor Marcos.

Pesquisadora: Um padre é uma pessoa religiosa?

Entrevistado: É uma de religião jesuíta.

Pesquisadora: Ah, jesuíta.

Entrevistado: E pelo relato do doutor Marcos naquela época era só 60 indivíduos Xikrin, só tinha aquela quantidade, porque, porque morreu um monte de gente com o contato com os brancos, né, que muito, é com é gripe era febre eles morriam, né, era muito fraco, e como ele viu que só tinha 60 pessoas Xikrin, ele voltou e trouxe o medicamento e voltou a vacinar, e desde aquele primeiro contato e toda vez ele tá vindo, até hoje tá vindo também, ele foi julho agora, e ele vai vim no outro mês julho, e ele fala que se ele morrer quem vai tá vindo pra aldeia vai ser o irmão dele que vai tá fazendo esse trabalho por ele.

Pesquisadora: Mas, ele vai por sua própria conta, não, ou é do governo?

Entrevistado: Não, é a associação que financia, que paga passagem, que paga hospedagem pra ele fazer esse trabalho com a gente.

Pesquisadora: E ele vai todas as aldeias?

Entrevistado: Ele vai as três aldeias.

Pesquisadora: Pra vocês ele ser uma pessoa muito importante?

Entrevistado: Ele é uma muito importante porque hoje, assim, ele tá ajudando nós, né, qualquer doença que se ele detectar e todos os médicos que hoje trabalha aqui no Pará, eles conhecem o professor Doutor Marcos, aí lá no hospital Itaquera lá na Serra dos Carajás, ele chega ele vai pra aldeia, quando ele chega ele volta, ele orienta os médico de como atender o índio, de como trabalhar de como tratar, tudo isso ele faz, né.

Pesquisadora: E ele conhece também o trabalho do Pajé, porque ele...

Entrevistado: Ele sabe porque ele, ele tem a uma antropóloga que fez um trabalho lá acho que tema tem artigo dela, tenho que pesquisar pra poder estudar, o artigo dela, fala assim um pouco sobre o papel do Pajé, acho que é Lucia Vidal, se não é Isabel, Isabel Vidal, os dois chegaram a trabalhar com esse tema.

Pesquisadora: E você como você imagina sua comunidade pra que não tenha doença dentro da comunidade, como seria, como deveria ser a comunidade, como por exemplo, a água, a casa, os espaços, as chagas?

Entrevistado: É eu imagino, assim, porque hoje na aldeia existe muito acumulo de lixo, né, aí... aí... é se eu conseguir conscientizar a comunidade de não jogar lixo de manter a casa limpa, de não comer produto industrializado de comer tudo que é da roça, assim que é bom pra nós, mas é difícil de colocar na cabeça da comunidade que a comida que a gente compra na cidade não presta, e se eu falo isso, aí eles não vão aceitar, ele não vão, ele vão falar que eu tô querendo assim mandar na comunidade, aí eles vão ter outra visão sobre mim.

Pesquisadora: E como é a estrutura dentro da comunidade, como funciona o governo? Vocês têm o governo próprio, Governo indígena?

Entrevistado: É, na aldeia, é na nossa é aldeia, igual as outras comunidades indígenas, né, tem o Cacique, né, ele é o chefe maior ele que manda na comunidade, ele que decide justamente.

Pesquisadora: Que não é o Pajé?

Entrevistado: Já é outra pessoa, é uma liderança. Aí hoje tem o cacique e tem as liderança, né, que é como se fosse os vereadores, e o cacique como se fosse o prefeito, né, assim que funciona hoje a

aldeia pra poder organizar pra poder convencer a comunidade, pra não ter briga pra fazer amizade pra fazer tudo que há de bom na comunidade, ou até pra lutar pelas causa indígena também até aqui pra, que hoje a gente tá, a gente tá sendo pressionado pelo governo atual, né, de tá, não tá mais demarcando terra indígena, e tá tirando direito do fórum indígena, é pra isso que existe cacique a liderança pra poder lutar sim pelos nossos direitos.

Pesquisadora: E vocês tem um problema atual com a contaminação do rio é?

Entrevistado: É, atualmente a gente tem o nosso rio já morreu, tá morto o nosso rio hoje a gente não pega mais peixe no Rio Itacaiunas que corta nossa aldeia e tem o rio kateté, porque a empresa vale se instalou na cabeceira do rio e poluiu o rio que corta nossa aldeia, né, lá eles jogam muito produto que são utilizado nas máquinas e vão direto pro rio e acaba contaminando nosso rio, tem já, tão fazendo pesquisa, aí já constataram que o nosso rio já tá com, já tá poluído pelos produtos utilizados na, na mineração.

Pesquisadora: E vocês já não podem utilizar essa água?

Entrevistado: A gente, aí os médicos proibiu da gente tomar banho no rio, já gente tomar água, mas mesmo assim, a gente vai, né, a gente vai tomar banho no rio, e toma aquele água durante o banho, né.

Pesquisadora: E se não tomam banho no rio, onde tomam banho?

Entrevistado: Na aldeia, assim, tem um poço artesiano tem que puxar água lá, a gente toma banho lá a gente pega pra fazer comida.

Pesquisadora: Já não tem peixe aí então?

Entrevistado: Tem não pra pegar o peixe, assim, hoje é uma luta, tem que ir lá pro rio Itacaiunas que tá no outro braço do rio, pra poder pegar peixe.

Pesquisadora: A última pergunta: Você conhece a palavra saúde intercultural?

Entrevistado: Não!

Pesquisadora: Nem imagina alguma coisa que seja?

Entrevistado: Não, assim só de ouvir, mas eu imagino assim que saúde intercultural, é saúde entre a cultura daquele local ou daquele povo.

Pesquisadora: Obrigada.