

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social

JULIANA ROSALEN

**Tarja preta: um estudo antropológico sobre ‘estados alterados’
diagnosticados pela biomedicina como transtornos mentais
nos Wajãpi do Amapari**

versão corrigida

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Dekuballas', is positioned in the lower right quadrant of the page.

São Paulo

2017

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social

Tarja preta: um estudo antropológico sobre ‘estados alterados’
diagnosticados pela biomedicina como transtornos mentais
nos Wajãpi do Amapari

Juliana Rosalen

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Departamento de Antropologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Antropologia Social.

Orientadora: Profa. Dra. Dominique Tilkin Gallois

São Paulo

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na Publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo

R788t Rosalen, Juliana
Tarja preta: um estudo antropológico sobre 'estados alterados' diagnosticados pela biomedicina como transtornos mentais nos Wajãpi do Amapari / Juliana Rosalen ; orientadora Dominique Tilkin Gallois. - São Paulo, 2017.
f.

Tese (Doutorado)- Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. Departamento de Antropologia. Área de concentração: Antropologia Social.

1. Wajãpi. 2. Estados alterados. 3. Saúde indígena. 4. Transtornos mentais. 5. Psicotrópicos. I. Gallois, Dominique Tilkin, orient. II. Título.

ENTREGA DO EXEMPLAR CORRIGIDO DA DISSERTAÇÃO/TESE**Termo de Ciência e Concordância do (a) orientador (a)****Nome do (a) aluno (a): Juliana Rosalen****Data da defesa: 09/03/2018****Nome do Prof. (a) orientador (a): Dominique Tilkin Gallois**

Nos termos da legislação vigente, declaro **ESTAR CIENTE** do conteúdo deste **EXEMPLAR CORRIGIDO** elaborado em atenção às sugestões dos membros da comissão Julgadora na sessão de defesa do trabalho, manifestando-me **plenamente favorável** ao seu encaminhamento e publicação no **Portal Digital de Teses da USP**.

São Paulo, 12/09/2019



Dominique Tilkin Gallois

ROSALEN, Juliana. **Tarja preta: um estudo antropológico sobre ‘estados alterados’ diagnosticados pela biomedicina como transtornos mentais nos Wajãpi do Amapari.** 2017. f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

Aprovada em 09 de março de 2018

Banca Examinadora

Prof^ª. Dr^ª. Dominique Tilkin Gallois (orientadora, PPGAS-USP)

Prof^ª. Dr^ª. Esther Jean Langdon (PPGAS-UFSC)

Prof. Dr. Pedro Paulo Gomes Pereira (PPGSC-UNIFESP)

Prof^ª. Dr^ª. Beatriz Perrone Moisés (PPGAS-USP)

Prof^ª. Dr^ª. Valéria Mendonça de Macedo (PPGCS-UNIFESP)

RESUMO

Tarja preta: um estudo sobre “estados alterados” diagnosticados pela biomedicina como transtornos mentais nos Wajãpi do Amapari (AP).

Esta pesquisa investiga a multiplicação dos diagnósticos de doenças mentais junto aos Wajãpi do Amapari e, concomitantemente, o aumento gradativo e discreto de prescrições de medicamentos psicotrópicos. A fim de compreender este fenômeno, são analisadas as explicações fornecidas pelas famílias acerca dos estados alterados de seus parentes, bem como os vários caminhos trilhados na tentativa de reversão dos mesmos. Nestes, as famílias estabelecem relações com os mais diversos agentes: pajés, médicos, psicólogos, missionários, pastores e curandeiros. Todas as relações abordadas nesse trabalho reforçam que, para os Wajãpi, só é possível viver realizando composições.

Palavras-chave: Wajãpi; estados alterados; transtornos mentais; cosmologias; etnologia indígena; saúde indígena.

ABSTRACT

Black-Box: na anthropological study on “altered states” diagnosed by biomedicine as mental disorders among the Wajãpi do Amapari.

This research investigates the multiplication of mental illness diagnosis among the Wajãpi of Amapari and in parallel the gradual and discrete rise in prescriptions of psychotropic medications. In order to understand this phenomenon, the study analyzes both the family explanations about the altered states of their relatives and also the different paths taken to try to reverse such states. In doing so, these families establish relations with very different agents, such as: shamans, doctors, psychologists, missionaries, pastors and healers. All the relations described in this study reinforce the idea that, to Wajãpi, it is only possible to live realizing different compositions.

Key-words: Wajãpi; altered states; mental disorders; psychotropics; cosmologies; indigenous ethnology; indigenous health.

“umuntu ngumuntu ngabantu”

Provérbio zulu

(uma pessoa é uma pessoa através de outras pessoas)

*“O mais importante e bonito do mundo é isto:
que as pessoas não estão sempre iguais,
mas que elas vão sempre mudando”.*

Guimarães Rosa



Agradecimentos

À Dominique Tilkin Gallois, pela orientação, ensinamentos, confiança e principalmente por ter me possibilitado conhecer os Wajãpi;

Aos Wajãpi que sempre me ensinam e me mostram que é necessário prosseguir, ainda que os caminhos e encontros sejam incertos.

À professora Lux Vidal pelas dicas valiosas, inspiração e incentivo;

Aos membros da Banca de Qualificação, Beatriz Perrone-Moisés e Stélio Marras, pelos conselhos, sugestões e críticas;

À FAPESP, pelos subsídios que me permitiram realizar esta pesquisa;

Ao DSEI AP e Norte do Pará e CASAI, pela recepção, confiança e trabalho conjunto;

Ao amigos de Macapá, João, Val, Hiandra, Edilza, Geraldo, Teresa, Beto e Raul que fizeram minhas estadias mais felizes;

À Adriele, pela boas conversas e ajuda inestimável com os contatos no CAPs Gentileza;

À Josenir, pelo apoio e por me interpelar a partir dos prismas da saúde; também pelo inestimável contato com os médicos no Hospital de Especialidades em Macapá;

Aos amigos e colegas de trabalho do Iepé, pela seriedade e luta incansável pelos direitos das populações indígenas;

À Beatriz Perrone-Moisés por ter me acolhido nos primeiros anos da pós. Espero que este trabalho possa retribuir a confiança que você depositou em minha pesquisa.

Ao professor Pedro Paulo Pereira, pelos ensinamentos, apoio e amizade;

Aos professores Renato Sztutman, Maria Amoroso, Paula Montero, Fabiana Maizza, Valéria Macedo por me ajudarem nas reflexões.

Às amigas e parceiras de atuação na saúde indígena Dra. Mariana Maleronka e Dra. Simone Silva; seguimos pensando juntas;

À Dr. Simone Silva, pelas análises de alguns casos e pelos ensinamentos em psiquiatria. Que possamos continuar nossas parcerias e que estas revertam positivamente para os Wajãpi;

Ao Alexandre Kishimoto, amigo, parceiro; um pouco deste trabalho devo à você pelas conversas e ajuda imprescindível nas sistematizações dos materiais da saúde;

À Yumi Kawamura, por seu olhar sensível e sociológico nas varias discussões enredadas nesta tese;

À Lucila de Jesus, amiga psicóloga, pelas discussões, críticas e pelo fato de nossas pesquisas se entrelaçarem;

À Silvia Cunha, pelas conversas valiosas sobre a língua wajãpi e trocas acerca dos materiais produzidos pelos professores e pesquisadores wajãpi;

À Fernanda Lucchesi, amiga, pelo incentivo a me aventurar a ingressar na pós e a terminar a pesquisa;

À Ana Yano, amiga e parceira de reflexões, pelos ensinamentos, afeto, trocas e revisão cuidadosa da tese;

À Talita Lazarin Dal´Bó pela amizade, parceria e trocas intensas no processo da escrita;

À Lilian Abram, pela amizade e trabalho construído conjuntamente ao longo dos anos que se fazem presentes nessa tese;

À Lucia Szmrecsányi, pela amizade, ensinamentos, conversas valiosas e especialmente pelo apoio de sempre;

Aos colegas da pós, em especial Jacqueline Teixeira, Fabiana Andrade, Thais, Ana Fiori, Agnello Andrade, Luisa Girardi, Luísa Valentini pela caminhada conjunta;

À Paula Morgado pela amizade e apoio;

Aos amigos, Marcos Rufino, Erika Butikofer, Yumi Kawamura, Maria Cristina Troncarelli, Marcelo Roman, Andrea Carolina, Lina Shimada, Artur, Tâmara, Patrícia, Cecília, Denis Gorayeb, Marcos Evangelista e tantos mais; porque sem afeto nada é possível;

Aos meus parentes maternos e paternos pelo carinho e torcida à distância;

À família De Paula, pelo apoio e incentivo;

À Luiza Ratto, irmã da minha mãe, pelo afeto e por me inspirar através de sua trajetória na área da saúde;

Ao meu companheiro, Luis, pelas interlocuções, incentivos, apoio e carinho em todas as etapas deste caminhar;

Às minhas filhas Janaína e Iara pela compreensão e amor;

Dedico esta dissertação em especial à minha mãe Maria Lucia (*in memoriam*) e ao meu pai Dalmo José Rosalen (*in memoriam*), por me ensinarem a não desistir.

Lista de figuras

Desenho 1 - Dentro de nós.....	31
Desenho 2 – Pessoa concentrada.....	48
Desenho 3 – Pessoa dispersa.....	49
Desenho 4 – Caça dispersa.....	50
Desenho 5 – Pajé e menino que quer ser pajé.....	172
Desenho 6 – Mapa de distribuição de casos de estados alterados na TIW..	183
Desenho 7 – Enredamento de <i>tupasã</i>	258

Lista de tabelas

Tabela 1 – Origens das agressões.	131
Tabela 2 – Interpretações de manifestações de agressão.....	134
Tabela 3 – Diagnósticos biomédicos.....	143
Tabela 4 – Itinerários terapêuticos.....	148
Tabela 5 – Pacientes com transtornos psiquiátricos e neurológicos.....	176
Tabela 6 – Biografias dos profissionais que atuam na saúde indígena.....	185

Sumário

Introdução.....	11
Trajetória da pesquisa	17
Resumo dos capítulos.....	24
Capítulo I – Reflexões sobre a concepção de pessoa wajãpi.....	27
1.1 Composições e capturas: possibilidades do viver	27
1.2. “ <i>Todo corpo possui inteligência</i> ”: contribuindo para o rompimento da dicotomia corpo e mente	55
Capítulo II – Relações e alteridades: “ <i>nós não estamos sós no mundo</i> ”	68
2.1. Aproximações aos estados alterados: a vivacidade de um sistema de agressões. 77	
2.2. Análise dos casos descritos	118
Capítulo III – Entre pajés, médicos, curandeiros, pastores e missionários	163
3.1. Relações negociadas: em busca dos pajés.....	164
3.2. Entre prontuários, médicos e medicamentos controlados	173
3.2.1. Biografias e experiências dos profissionais de saúde	184
3.2.2. Profissionais de saúde do SUS (atendimento secundário).....	196
3.2.3. Espiral de interpretações a respeito da dificuldade em atender os Wajãpi	208
3.2.4. Entre arquivos e prontuários	218
3.3. Perseguições e benzimentos: os curandeiros regionais	223
3.4. <i>Se você crê, tudo é possível</i> : interlocuções e experimentações de famílias wajãpi de narrativas e práticas de uma igreja evangélica em Macapá.....	230
3.5. “Nesse tipo de situação, o que a gente pode fazer é orar”: entre missionários, Bíblias e rezas.....	239
Considerações finais	254
Referências Bibliográficas.....	260
ANEXOS	269

Introdução

Pesquisadores são unânimes em afirmar que a descoberta do primeiro neuroléptico em 1952 iniciou a era da psicofarmacologia¹. E, a partir da década de 1980, tem-se em escala mundial um processo que passou a ser designado como medicalização da vida cotidiana². Uma diversidade de *sensações físicas e psicológicas desagradáveis, anteriormente consideradas como parte da vida*, passou a ser classificada e medicada como transtornos mentais³. Os manuais de classificação dos sofrimentos mentais denominados DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), publicados pela Associação Americana de Psiquiatria, ganharam relevância mundial e tornaram-se a principal expressão desse fenômeno.

Em 1952, quando foi publicado o primeiro DSM, haviam sido classificadas 106 categorias de desordens mentais. Em 1994, no DSM IV, o número de transtornos praticamente triplicou. O mais recente manual, o DSM V, publicado em 2013, traz 300 patologias e tem colecionado inúmeras críticas, inclusive advindas do próprio campo da psiquiatria, como revelam Amarante, P & Freitas, F (2013)⁴.

(...) o DSM-V, mais do que nas versões anteriores, fabrica doenças mentais; o que faz com que enormes contingentes populacionais passem a ser considerados doentes e, como consequência, a consumir medicamentos psiquiátricos. (...) Uma das principais críticas é que a sua lógica está mais do que nunca profundamente dominada pelos interesses

¹ Essa discussão pode ser encontrada especialmente em Healy (2002[1997]) e Pignarre (1999;2012).

² Segundo Henriques (2012:798-799), “*existem duas definições recentes para o conceito de medicalização: (1) a definição soft, de Paul Weindling, que a entende como extensão da racionalidade médica a uma ampla gama de atividades sociais; e (2) a definição hard, de Thomas Szasz, que a concebe como conversão direta de problemas sociais e morais em doenças (NYE, 2003)*”. Neste trabalho me aproximo do conceito a partir da definição proposta por Szasz, levando em conta que nos processos de medicalização muitos atores sociais desempenham papéis relevantes.

³ Citação extraída do artigo de Welch, G. et al (2007[2007], disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=954>), acessado dia 15/11/2017 às 17:15.

⁴ Artigo publicado no site do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (cebes), disponível no endereço: <http://cebes.org.br/2013/05/o-dsm-v-e-a-fabricacao-da-loucura/>, acessado em 24/07/2015 às 19:00.

da indústria dos psicofármacos. O conflito de interesses intelectuais parece estar hoje escancarado⁵(...).

Esta *hiperinflação de diagnósticos*⁶ tem conduzido a um aumento significativo de tratamentos, que vêm sendo propostos não somente pelos psiquiatras, mas também por médicos das mais diversas especialidades clínicas. Há de se ressaltar que,

Nem todos os tratamentos têm reais benefícios, mas quase todos podem ter prejuízos. Algumas vezes os prejuízos são conhecidos, no entanto, frequentemente os prejuízos de algumas terapias levam anos para serem descobertos, após muitas pessoas já terem sido expostas aos malefícios (Welch, G. et al: 2007).

Há algum tempo, a medicalização e a prescrição de remédios psiquiátricos também têm afetado os povos indígenas no Brasil, como um reflexo do que vem ocorrendo entre os não índios. Com base neste paradigma, foram institucionalizadas, em 2007, diretrizes de uma política nacional de saúde mental indígena (Portaria nº 2.759 - 25/10/2007 – MS)⁷. Em decorrência desta política muitos povos indígenas vêm sofrendo um processo intenso e silencioso de medicalização e conseqüentemente prescrição de remédios psicotrópicos. Os dados quantitativos que apresento nessa pesquisa reforçam esta afirmação. As prescrições ocorrem por diversas vias e revelam uma série de diagnósticos, mais ou menos subjetivos, a depender dos agentes que os emitem.

Foi a partir desta preocupação que delineeí meu projeto de pesquisa. Inicialmente me pareceu bastante atraente a possibilidade de mapear e comparar como os Wajãpi e

⁵ Esta denúncia foi apresentada por Allen Frances, psiquiatra que dirigiu durante anos o Manual Diagnóstico e Estatístico (DSM) e que esteve à frente da quarta edição do manual. Atualmente é professor da Duke University e a partir de uma autocrítica tem questionado o fato de se ter criado um sistema de diagnósticos que tende a transformar problemas cotidianos e normais da vida em transtornos mentais (<http://psibr.com.br/noticias/ex-coordenador-do-dsm-sobre-a-biblia-da-psiquiatria-transformamos-problemas-cotidianos-em-transtornos-mentais>, acessado em 24/07/2015 às 18:07).

⁶ Expressão utilizada por Allen Frances para fazer referência ao fenômeno do aumento de diagnósticos devido à ampliação de síndromes e patologias no DSM V.

⁷ Este campo de intervenção começou a ser delineado a partir da implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde em 1999 e ganhou densidade a partir da constituição do subcomponente “Saúde mental Indígena” dentro do Projeto Vigisus II da FUNASA em 2004. De 2000 a 2007 foram realizados projetos pilotos entre vários povos indígenas, com o objetivo de produzir subsídios para a elaboração de uma política nacional de saúde mental indígena, que passou a ter suas diretrizes estabelecidas pela Portaria nº 2.759, de 25 de outubro de 2007 (Ministério da Saúde).

alguns povos do Oiapoque, no Amapá, compreendiam estes estados diagnosticados pela assistência à saúde enquanto transtornos mentais e neurológicos, bem como os processos de medicalização e prescrição de medicamentos em curso. Entretanto, a quase que completa ausência de pesquisas etnográficas sobre esta temática junto a povos indígenas no Brasil, somada a complexidade do tema, a multiplicidade de atores e a minha já antiga inserção etnográfica, fizeram com que eu optasse por limitar minha pesquisa aos Wajãpi do Amapari.

Como forma de iniciar a pesquisa, parti dos dados fornecidos pelo DSEI Amapá e Norte do Pará, em particular, uma lista de cerca de 25 pacientes wajãpi que possuem prescrição de medicamentos controlados, entre eles: imunodepressores do Sistema Nervoso Central (SNC), anticonvulsivantes, ansiolíticos, anticolinérgicos, sedantes e barbitúricos⁸. Ao mapear estes casos, acabei constatando que a maioria das pessoas que possui prescrição, mora em aldeias ao longo da estrada – um trecho da Perimetral Norte que adentra a Terra Indígena Wajãpi (TIW) – onde o acesso à assistência tem uma constância um pouco maior do que no restante da TIW. Somente uma pequena parte deste conjunto de pacientes vive em aldeias mais afastadas (acessíveis apenas via rio ou a pé).

Os dados obtidos junto ao DSEI foram fundamentais para ajudar a organizar um roteiro de pesquisa. E a prescrição de medicamentos, inicialmente pensada como um “atalho etnográfico” (Fleischer, 212:415 apud Azize, 2012:135), foi ganhando densidade e contornos próprios. Como Azize já chamara atenção:

(...) pesquisas de caráter etnográfico que tomem para si a tarefa de falar sobre medicamentos podem chegar a hierarquias, noções de pessoa e gênero, limites e continuidades entre humano e o não-humano, biossociabilidades em diversos formatos, além de obviamente concepções de corpo, saúde e doença as mais variadas. (idem).

De fato, percebi que pesquisar sobre medicamentos é discorrer necessariamente sobre pessoas, composições, substâncias e relações com outras gentes que compõem o cosmos. A compreensão sobre seus usos ou desusos, as experimentações de seus efeitos sobre o corpo, as composições com tecnologias locais, as possibilidades de alargamentos

⁸ Informações acerca das prescrições serão detalhadas no item III no qual trato da assistência à saúde fornecida aos Wajãpi.

de concepções já estabelecidas, me levaram, sem que eu nem mesmo me atentasse, a fornecer um lugar privilegiado para os mesmos na pesquisa.

Comecei então a refletir a respeito de qual abordagem teórica seria mais adequada para me ajudar a compreender e analisar a complexidade dos fenômenos os quais estava me propondo estudar. Em continuidade com o que eu desenvolvera no mestrado, pensei inicialmente na linha da Antropologia da Doença⁹. Porém, no decorrer da pesquisa, com o adensamento dos dados etnográficos e das referências teóricas das quais fui me aproximando, percebi que os conceitos e noções wajãpi relacionados ao que denomino por estados alterados¹⁰ não se encaixavam completamente nas categorias emprestadas do campo da saúde (especialmente “doenças” e “sintomas”).

Assim, optei por priorizar a leitura de alguns trabalhos etnográficos que privilegiam a noção de pessoa, processos de transformação, composição e metamorfose [Seeger, Da Matta & Viveiros de Castro (1979); Viveiros de Castro (1979,1996); Lima (2002); Tola (2007); Macedo (2012, 2013); Yano (2015); Gongora, (2017)] e também por revisitar a literatura relativa aos Wajãpi do Amapari [Gallois (1988;1991;1996;2012); Rosalen (2005); Professores wajãpi (2004); Pesquisadores wajãpi (2008); Pellegrino (2008); Oliveira (2012a;2012b); Paula(2015)]. Além disso, de forma a subsidiar minha opção pelo descolamento da patologização da anormalidade, retomei dois autores clássicos, Mauss (2003) e Levi-Strauss (2003, 2008), nos trabalhos nos quais se dedicaram a este debate.

Se por um lado estas leituras me ajudaram a produzir uma reflexão e análise mais cuidadosa das categorias wajãpi, por outro fui obrigada a considerar os trabalhos produzidos pela antropologia médica, etnopsiquiatria e psiquiatria transcultural, que fomentam um diálogo mais direto com o tema de minha pesquisa, mas que caminham em direções opostas (já que consideram os fenômenos enquanto ‘doença’ e/ou universalizam

⁹ Essa linha teórico-metodológica, consolidada na década de 1980 por pesquisadores franceses “procura apreender interpretações e comportamentos dos indivíduos frente às doenças, ressaltando ‘a *coerência interna e a racionalidade*’, assim como o ‘*poder explicativo e terapêutico*’ do pensamento tradicional” (Buchillet, 1991 *apud* Rosalen,2005:14).

¹⁰ Vale explicitar aqui a escolha do termo em português para designar estes estados, percebidos como *problemas* pelos Wajãpi. A minha opção por “estados alterados” advém do fato de que esta expressão não induz o leitor a uma ideia de patologização e, traduz, de maneira aproximada, a forma dos Wajãpi explicarem estes estados. Ainda que instabilidade e multiplicidade sejam condições da pessoa wajãpi, a diferença parece estar colocada justamente na questão da dosagem de consubstanciação com outras gentes. Nos casos que denomino por “estados alterados” há uma extrapolação dessa dosagem, ou seja, a pessoa está em processo de captura por outras gentes e por isso apresenta comportamentos percebidos enquanto inadequados e a-sociais pelos Wajãpi.

as psicopatologias). Mesmo a psiquiatria transcultural que parece dar um salto, uma vez que se afasta de possíveis equivalências e se propõe a estudar “*as diferenças na natureza e na frequência das perturbações mentais quando se passa de um grupo [social] para outro*” (Laplantine,1998:35), não abandona a ideia de “perturbações mentais”. Nesta linha encontrei trabalhos interessantes [por exemplo, Ouriques (2011) e Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (2016)], mas que mantêm como ponto de convergência as psicopatologias.

Também resolvi analisar, de maneira preliminar, partes do DSM IV e V (1994, 2013) – manuais que são a base para a atuação dos psiquiatras na atualidade - dedicadas aos ‘conceitos culturais de sofrimento’. Percebi então uma forte influência da antropologia médica e da etnopsiquiatria tradicional, já que os manuais sugerem aproximações entre certas categorias culturais e síndromes ou transtornos mentais específicos. Há um descolamento total das categorias culturais de seus contextos de produção, usos e entendimentos¹¹.

Em meio a minhas leituras no campo da etnopsiquiatria porém, me deparei com um autor que me chamou bastante atenção, Tobie Nathan (2000, 2006, 2007[2001]). Psiquiatra de formação - nascido no Cairo (Egito) e imigrado para a França - reformulou de maneira original a etnopsiquiatria clássica proposta por George Devereux, de quem foi aluno e seguidor. Com prática clínica voltada ao atendimento de imigrantes das ex-colônias francesas, Nathan passou a questionar num primeiro momento de sua trajetória, não necessariamente a abordagem universalista presente na etnopsiquiatria clássica - já que manteve a noção de doença ainda que em outros termos - mas a dificuldade da prática terapêutica em estabelecer um diálogo simétrico com as práticas terapêuticas de outros povos. Ao se interessar sobremaneira pelos diferentes “terapeutas tradicionais” e suas técnicas (o que por si só produziu uma reformulação radical dessa linha de abordagem), apontou para a necessidade dos etnopsiquiatras levarem a sério o que denominou por “invisíveis” em outros povos, não como mera “crença”, mas em seu sentido epistemológico ou seja, enquanto respostas conceituais associadas a determinados sistemas de conhecimento tão legítimos quanto os ocidentais

¹¹ Aprofundo essa discussão no Capítulo I e apresento em anexo (II) uma cópia da parte do Manual DSM-5 que aborda os “Conceitos culturais de sofrimento”.

Ao levar a sério as práticas terapêuticas, os agentes e os sistemas epistemológicos de outros povos, Nathan se mostra sintonizado não somente com os debates atuais a respeito da “descolonização do pensamento”¹², como também - através do exercício de sua clínica transcultural - procura colocar suas premissas em prática. Nathan reproduz em sua atuação algo que parece ter apreendido através de seu contato com outras culturas: se propõe uma dupla convocação. Para resolução de uma determinada situação, convoca pessoas da comunidade do paciente e alguns sabedores reconhecidos como tais (feiticeiros, pajés, rezadores, etc) para que estes, por sua vez, convoquem outras gentes, “os invisíveis”, para agirem. Essa forma de atuar, além de fornecer estatuto a outros modos de conhecer e fazer, reforça também uma percepção específica sobre a questão de dispor conhecimentos. Os conhecimentos são múltiplos e presentes, em diversas gradações e diversidade em todas as pessoas de uma determinada comunidade. Não há um único detentor, ainda que possam existir pessoas mais habilitadas a manuseá-los e a realizar convocações com mais destreza. A resolução de um determinado problema não advem da centralização do conhecimento e poder em uma única pessoa (especialista), mas fundamentalmente da complementaridade de diversos saberes. É justamente aí que reside a potência das tecnologias locais.

Essas leituras me instigaram a pensar que o processo de medicalização dos Wajãpi (e a prescrição de psicotrópicos) pode ser percebido como uma estratégia epistemológica (nossa) de “neutralização dos invisíveis” (nos termos que Nathan denomina as “outras gentes” que compõem os múltiplos universos das comunidades com as quais trabalha). Trata-se de “neutralizá-los” ao invés de “convocá-los”. Procuro demonstrar essa hipótese através da etnografia apresentada na tese, retomando-a mais diretamente nas considerações finais.

Por fim, vale dizer que em suas últimas obras, Nathan tem ressaltado a importância estratégica da etnografia como método para compreensão de formas diferenciadas de conhecer e vivenciar o mundo, de maneira que as multiplicidades sejam explicitadas e não enquadradas em matrizes epistemológicas pré-existentes.

“On raconte que le brigand Procuste contraignait les voyageurs à s’allonger sur l’un de ses deux lits de dimensions différentes, les petits sur le grand et les grands sur le petit; puis il coupait les membres des

¹² Como aponta Viveiros de Castro (2012:255) trata-se de “(...) assumir o estatuto integral do pensamento alheio enquanto pensamento e descolonizar o próprio pensamento”.

grands et étirait les membres des petits pour les ajuster à la taille du lit. C'est bien, encore aujourd'hui, le type de supplice qui attend le voyageur qui accorderait a priori sa confiance à l'hôte. J'aime apprendre de mes patients, de leur vie passée, des concepts que leur imposent leurs langues, des contraintes et des joies que leur procure le respect de leurs divinités. Je déteste leur imposer des pensées forgées dans un autre monde que le leur. Du coup, mon travail de psychologue a souvent été aussi celui d'une sorte d'ethnologue: sur 'le terrain', comme on dit dans cette profession, chaque jour de la semaine, toute l'année durant. De là, je reviens avec ce constat au frontispice de ce livre: 'Nous ne sommes pas seuls au monde!'" (Nathan, 2001:48).

Esse não enquadramento torna-se ainda mais significativo, em se tratando de uma reflexão advinda do campo da etnopsiquiatria. Ao sugerir que “não estamos sós no mundo”, Nathan sugere que nossos especialistas são apenas mais um dentre os possíveis agentes a serem convocados na tentativa coletiva de resolução de um determinado problema, ainda que os conhecimentos científicos e seus especialistas, por vezes, nos induzam a pensar justamente o inverso.

Trajetória da pesquisa

Foi em 2008 que ouvi pela primeira vez, em uma reunião com profissionais de saúde do Distrito de Saúde Indígena (DSEI) do Amapá e Norte do Pará, referência a uma espécie de “surto coletivo” que estava ocorrendo entre os povos indígenas do Oiapoque. Este “surto” acometia especialmente mulheres jovens. A imprensa local noticiou o fato da seguinte forma:

No dia 18 deste mês [abril de 2008], o Jornal do Amapá exibiu uma reportagem [de TV] mostrando que caciques das tribos em Oiapoque estavam preocupados com um mal que estava acometendo adolescentes

*entre 13 e 17 anos na aldeia do Kumarumã. Cerca de 40 jovens apresentaram alucinações, desmaios e comportamento suicida*¹³.

Para lidar com a situação, a Secretaria de Saúde do Estado enviou médicos e psicólogos até a região. “*Segundo o relatório da viagem, os índios apresentavam um estado neurovegetativo e um quadro alterado das funções nervosas*”. (Jornal do Amapá, abril de 2008)

Esses eventos tiveram início na aldeia Kumarumã dos Galibi Marworno e espalharam-se também para a aldeia Manga dos Karipuna e para os Palikur. De forma a enfrentar a situação, as comunidades mobilizaram uma série de atores: pajés, pastores e também pais de santo¹⁴. De acordo com uma assistente social que acompanhou todo o processo, durante o período no qual ocorreram os “surtos”, as atividades nas aldeias ficaram suspensas. As pessoas quase não saíam de suas casas e não iam para as roças. Instituições governamentais foram forçadas a se mobilizar para fornecer alimentação para a população, com medo que a situação se agravasse ainda mais. E, então, algumas explicações começaram a circular nas aldeias. A primeira era que o surto advinha do fato de terem desenterrado, tempos antes, objetos arqueológicos para o Museu Koahi. Afinal, os objetos não eram somente objetos, como provavelmente supunham os não-índios¹⁵. A segunda explicação, não dissociada completamente da primeira, é que estavam sofrendo agressões de espectros de pessoas que já haviam morrido. Corria pelas aldeias a informação de que havia atracado no porto, de madrugada, e em meio uma densa névoa, um barco lotado de pessoas. Porém, no dia seguinte ao acontecido, essas pessoas simplesmente desapareceram. Segundo o pajé essas pessoas eram espectros que estavam pelas aldeias provocando o fenômeno¹⁶.

¹³ Acessado no endereço <https://www.indios.org.br/pt/noticias?id=55061>, no dia 17/11/2017 às 05:41.

¹⁴ Para uma análise recente deste fenômeno e sua relação com o cristianismo ver Capiberibe (2017).

¹⁵ De forma a ilustrar esta proposição, que assume contornos específicos em cada povo, trago o que Paula (2015:28-29) assinalou para os Wajãpi: “(...) *as produções artefatuais dos Wajãpi – objetos como cestos e peneiras – carregam em si o princípio vital de seu produtor. Objetos, assim, são permeados por partes de pessoas*”. Acrescento que é possível estender essa percepção também aos objetos que não foram produzidos pela pessoa – como redes industrializadas, panos vermelhos, etc. – que, por serem utilizadas cotidianamente, tornam-se imbuídas de princípio vital.

¹⁶ Além destas explicações recolhidas pela assistente social do DSEI AP, também obtive outras em uma entrevista com uma técnica de enfermagem que foi casada com um karipuna e que morou na aldeia Manga na época do acontecido. Segundo a técnica: “*lá tinha um pajé (...) ele que mexia com o livro de São Cipriano(...) teve um menino aqui que falava que esse pajé de noite, ficava, através do sonho, com as meninas. Diz que quando elas acordavam, elas estavam todas meladas. Elas viam ele nos sonhos delas, ele*

Além desses fenômenos coletivos, uma assistente social da equipe de saúde também pode acompanhar de perto uma dessas situações de “surto” de uma jovem menina. Ocorreria quando esta estava visitando seu avô, um velho pajé de bastante expressão no Oiapoque. De repente, a jovem teve seu comportamento completamente alterado e começou a subir pelas paredes da casa. Segundo o avô, ela se transformara em um dos seres dos quais não poderia ter se alimentado. Aos poucos, o avô reconstituiu toda a história: a jovem tinha sido escolhida para ser pajé¹⁷, mas a mãe da jovem, por ser evangélica, não permitia. Os “surtos” eram, portanto, uma agressão ou retaliação por parte destes seres que só cessariam, segundo o avô, caso ela aceitasse se tornar pajé. A assistente social, que trabalhara muitos anos com os povos indígenas do Oiapoque, relatou que a psicóloga convocada pelo DSEI, não conseguiu avançar em seu trabalho. Após estimular algumas conversas sobre o acontecido, começou a ficar bastante temerosa com os relatos, o que a fez desistir de prosseguir. Talvez o seu temor não tenha sido em vão: meses depois uma outra profissional de saúde foi acometida por algo parecido e passou a não reconhecer seus parceiros de equipe, agredindo-os. Foi então medicada e retirada às pressas da Terra Indígena.

Mas diferentemente da profissional não indígena, os jovens acometidos não foram inicialmente medicados, já que após um período de “surtos” voltaram a apresentar

pegava a roupa delas e tirava, namorava (...) Eu acredito que isso era verdade, porque todo mundo tinha medo desse pajé lá na aldeia (...) era muito nas meninas que acontecia (...) Também teve uma época, quando a energia ia embora - isso eu falo que eu presenciei porque eu morava bem na frente ao rio - você só ouvia assim passando correndo parece que um monte de boi. Aquela pisada de boi para dentro do rio. A gente via eles correndo (...) quando a energia ia embora, eles [os jovens] viam os bichos [Segundo Andrade (2007:173), este termo bicho refere-se a qualidades, competências, modo de ser e costumes de um Encantado (alteridades invisíveis) em particular.] E depois que passava, eles [os jovens] não lembravam de nadinha (...) eles só lembravam de uma coisa que puxava eles, parece que do fundo de um poço preto, e saía muito morcego (...) aí pegava eles ...”. A técnica fez ainda uma descrição detalhada do trabalho realizado pelo pai de santo, convocado pelo governador a pedido de um cacique para tentar resolver o problema na aldeia Manga. Não analisarei estes dados neste momento, mas devido a sua complexidade, merecem uma pesquisa exclusiva e aprofundada. Ressalto apenas que as narrativas dos profissionais de saúde não índios que vivenciaram esta situação no Oiapoque são completamente distintas das produzidas a respeito dos estados alterados nos Wajãpi. Enquanto que no Oiapoque a maioria dos profissionais costuma se identificar com os indígenas – pelo fato destes usarem roupas, falarem português, irem à igreja, etc. –, nos Wajãpi ocorre justamente o inverso. Proponho que a identificação, no primeiro caso, produz uma legitimação das narrativas indígenas que vêm carregadas de referências cosmológicas. Enquanto que junto aos Wajãpi o que se sucede, em geral, é uma desvalorização das categorias explicativas locais (devido a uma não-identificação) e uma ênfase nas categorias biomédicas de transtornos mentais.

¹⁷ Não fica claro na narrativa, se a jovem fora escolhida pelo avô para herdar seus *Karuãna* ou se fora escolhida pelos próprios que podem ter ‘gostado dela’ e buscado uma aproximação. Para uma discussão sobre os Encantados, *Karuãna* e Bichos ver Dias (2000) e Andrade (2007).

comportamentos socialmente aceitos. Porém, passado algum tempo e diante de algumas recorrências, houve a introdução maciça dos medicamentos psicotrópicos.

Dois anos depois, em 2010, me deparei com outro contexto de medicalização que me chamou atenção. No decorrer de um curso na licenciatura indígena da UFMG, algumas mulheres xakriabá, professoras, me contaram que haviam sido diagnosticadas, por um médico da equipe do DSEI, com depressão e receberam prescrição de remédios psicotrópicos. Porém quando questionei a respeito do diagnóstico, não sabiam explicar exatamente o que era a tal ‘depressão’, não compreendiam porque estavam tomando aqueles remédios e relataram muitos efeitos colaterais. Diziam ter reclamado ao médico a respeito de um cansaço referente à mudança no ritmo de vida, porém até onde compreendi, o estado de saúde – ou o cansaço - que apresentavam não as impossibilitava de realizar uma rotina, ainda que extenuante, de trabalhos. Haviam se formado professoras e assumido várias turmas de alunos, o que se somara aos afazeres domésticos como cuidar da casa, dos filhos e da roça (já que sazonalmente os homens xakriabá saem para trabalhar nas fazendas da região). Sem qualquer explicação sobre seus diagnósticos, sem certeza de suas condições de saúde e com muitos efeitos colaterais, as mulheres seguiam tomando, conforme as prescrições, os remédios controlados¹⁸.

Em 2012, ao retornar aos Wajãpi, percebi que diferentemente do que eu supunha, não havia apenas um caso ou outro de paciente com prescrição de psicotrópico, e sim um conjunto grande de pessoas, composto de crianças, jovens, adultos e velhos.

Foi a partir destes elementos etnográficos pulverizados (advindos dos povos do Oiapoque, Xakriabá e Wajãpi) que delinee o meu projeto de pesquisa. O meu maior incômodo passou a ser com o aumento das prescrições de remédios psicotrópicos junto aos Wajãpi. Porém uma prescrição é sempre antecedida por um diagnóstico biomédico. Comecei a me questionar quais seriam estes diagnósticos? Como e por quem haviam sido fechados? Qual seria o diálogo construído no decorrer da consulta que permitira ao psiquiatra classificar um estado alterado do paciente como um determinado transtorno

¹⁸ O não questionamento das mulheres xakriabá a respeito de seus diagnósticos mostra o papel passivo que por vezes o paciente assume na relação com o médico. Isso pode ocorrer por inúmeros motivos, dentre eles: a dificuldade com o português ou com a linguagem utilizada pelo médico, a questão do status assumido pelo médico enquanto detentor de conhecimento e a impressionante tecnologia dos não índios (composta por prédios, máquinas, comprimidos, injeções, livros, etc.). Verifiquei algo semelhante ao assistir consultas de pacientes wajãpi aos psiquiatras.

mental? O que os pacientes e seus familiares tinham a dizer sobre estes estados? Quais as alternativas de tratamento procuradas por cada família? Foi a partir do engendramento destas questões que construí minha pesquisa de campo nas aldeias, junto a famílias dos assentamentos da BR-210 e nas cidades.

Para a realização de pesquisa de campo nas aldeias obtive a aprovação em 2015 do projeto de pesquisa pelo Apina – Conselho das Aldeias Wajãpi -, em uma reunião onde apresentei para muitas lideranças de várias regiões da TIW (e com apoio dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) Wajãpi) o porquê estava propondo uma pesquisa sobre essa temática. Notei que para muitas pessoas ali presentes os psicotrópicos não se diferenciavam dos demais medicamentos dos não-índios e, portanto, seu consumo não era problematizado. Depois de uma longa conversa e de muitas perguntas, as pessoas aprovaram e se mostraram muito interessadas que eu realizasse a pesquisa. Estavam curiosas em conhecer os diagnósticos fornecidos pelos não índios para seus parentes e também em saber mais acerca dos psicotrópicos. Assim sendo, fui muito bem recepcionada nas aldeias e cobrada por não ter conseguido visitar todas, especialmente àquelas onde não havia casos de pessoas em estado alterado. Muitas famílias se mostraram interessadas em conversar sobre o tema, mas procurei privilegiar àquelas que possuíam parentes com prescrição de psicotrópicos e alguns *jovijã* (conhecedores) que fui encontrando pelo caminho.

Para a etapa de pesquisa junto às instituições de assistência à saúde, obtive autorização formal no final de 2015 para entrevistar os profissionais de saúde que atuam tanto na Casa de Saúde Indígena (CASAI) quanto na TIW, pesquisar e fotocopiar os prontuários dos pacientes, acompanhar as consultas dos pacientes wajãpi aos psiquiatras e neurologistas do Hospital de Especialidades Dr. Alberto Lima (antigo Hospital Geral) e também ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPs). Vale dizer que o acesso aos dados da saúde só foi possível pelo fato de eu ter construído, por muitos anos, uma relação de confiança com pessoas que atuam na saúde indígena, em especial uma gestora que estava à frente do DSEI Amapá e Norte do Pará à época. O que foi acordado na autorização é que, ao final, a pesquisa deverá fornecer um retorno ao DSEI - através de atividades que serão ainda definidas - de forma a contribuir para uma reflexão acerca da assistência fornecida aos pacientes que apresentam estados alterados.

Em relação aos outros interlocutores, expliquei a pesquisa e solicitei diretamente a eles as entrevistas. Quanto aos missionários da Missão Novas Tribos do Brasil (MNTB)¹⁹, eu já conhecia algumas famílias por tê-las encontrado nas aldeias ou em suas duas bases – Riozinho e Tucano, que são paradas obrigatórias quando se caminha com os Wajãpi – e, especialmente, na CASAI onde se fazem presentes cotidianamente. Especialmente na CASAI, fornecem apoio espiritual aos que se encontram doentes, distribuem Bíblias, rezam, oferecem gravadores com excertos bíblicos para àqueles que não sabem ler e proporcionam transporte gratuito aos fins de semana para leva-los à igreja. São acionados pelos Wajãpi para apoiarem o deslocamento de enfermos e, com menos frequência, para ajudar nas consultas. Por sua atual inserção, principalmente no campo da saúde, tornaram-se atores relevantes para minha pesquisa. Consegui, por insistência, entrevistar dois deles, um que atua mais intensamente na CASAI e nos hospitais, visitando pacientes wajãpi, e um senhor mais velho, americano e que na década de 80 morou em uma aldeia wajãpi visando a evangelização das famílias fornecendo também alfabetização e assistência à saúde. Entrevistei o primeiro missionário em sua própria casa em Macapá e o segundo na base que fica no assentamento Tucano na BR-210.

Já os curandeiros me foram indicados pelas famílias que os procuraram para consultas. O primeiro que entrevistei mora no município de Pedra Branca do Amapari, filho de um homem negro que imigrou do Suriname para a Guiana Francesa e de lá para o Brasil, tentando a sorte na exploração de ouro. A segunda foi uma senhora, já de idade avançada, que atendeu uma mulher wajãpi que estava apresentando comportamentos alterados. Ela possui uma casa e uma roça no assentamento Tucano I. Tivemos uma conversa informal, ela me contou sobre alguns trabalhos que fizera (benzimentos, rezas, apoio a partos, tirar “*coisa feita*”, etc) junto a população local, mas, me disse ao fim, que não se lembrava especificamente do caso da mulher wajãpi. Fazia uns meses que deixara de atender porque “*era muito difícil*” e porque o “*pessoal [do assentamento] reclama muito, fala mal*”.

Por fim consegui contatar um pastor da Igreja do Evangelho Quadrangular em Macapá. Esta igreja é frequentada esporadicamente por algumas famílias wajãpi e dentre os casos atendidos pelo pastor, encontra-se o de um jovem que tentara suicídio e outro rapaz que é considerado pela saúde como paciente psiquiátrico. Apesar das ressalvas em

¹⁹ Os missionários que atuam na MNTB advêm da própria missão ou de instituições religiosas parceiras.

relação aos antropólogos, o pastor foi extremamente solícito comigo e me concedeu uma entrevista que durou toda uma manhã. Recordava-se bem dos atendimentos aos jovens wajãpi e também me forneceu outros exemplos de situações semelhantes de forma que eu pudesse compreender os fenômenos a partir de sua perspectiva religiosa. Também me indicou passagens bíblicas que estariam relacionadas a estes eventos. Diferentemente dos missionários, o pastor não fez qualquer ressalva quanto a expor suas práticas e conhecimentos religiosos. No capítulo III, apresento parte dos diálogos travados com esse conjunto de atores (missionários, curandeiros e pastor) e procuro compreender de que forma se posicionam diante das situações de estados alterados apresentados pelos Wajãpi e que tipo de soluções propõem.

Saliento que eu gostaria de ter entrevistado alguns atores que ficaram de fora desta primeira etapa de pesquisa²⁰, tais como os profissionais de saúde que atuam no CAPs Gentileza e alguns funcionários da Coordenação Regional da FUNAI (CR FUNAI), especialmente àqueles que trabalham há muitos anos junto aos Wajãpi. Ainda assim, realizei conversas informais com alguns deles.

Em relação especificamente ao CAPs, vale apontar que até pouco tempo, os pacientes psiquiátricos eram encaminhados diretamente, em sua grande maioria, para o Hospital de Especialidades. Apenas um ou outro paciente era direcionado ao CAPs. Não consegui compreender a lógica por trás destes encaminhamentos diferentes, mas o que me pareceu mais evidente era a questão da existência ou não de vagas para o atendimento. Porém, este ano pude notar uma orientação e uma cobrança mais explícita quanto ao encaminhamento ao CAPs, ainda que todos os retornos de pacientes no início do ano tenham sido feitos no Hospital de Especialidades. Nestas consultas, ouvi os psiquiatras questionarem os técnicos de enfermagem que acompanhavam os pacientes, por que estes não haviam sido encaminhados ao CAPs. A resposta dos técnicos variava entre duas justificativas: a primeira era de que o CAPs não possuía profissionais capacitados para lidar com os pacientes indígenas; a segunda que alguns pacientes possuíam um longo histórico já documentado nos prontuários do hospital. Percebi também que havia três conjuntos de arquivos de prontuários a serem investigados: o da CASAI, o do Hospital de Especialidades (que não faz nenhuma distinção entre pacientes indígenas e não-indígenas)

²⁰ Considero que essa investigação poderá e deverá se estender após o doutorado, de forma a incluir atores e instituições que mapeei, mas que não tive tempo necessário de inserir nessa etapa da pesquisa.

e do CAPs. Os documentos não são digitalizados. Só consegui realizar um levantamento nos prontuários da CASAI, ainda que eu tenha obtido autorização dos psiquiatras para olhar os prontuários dos pacientes indígenas no hospital. Passei no total pelo menos quatro semanas pesquisando os prontuários dos pacientes wajãpi na CASAI e desisti, por ora, de acessar os demais arquivos. Entrevistei 14 profissionais de saúde que atuam na TIW ou na CASAI, 3 médicos (dois psiquiatras e um neurologista) e uma psicóloga que não faz parte da equipe multidisciplinar, mas atende alguns pacientes indígenas na Unidade Básica de Saúde do Marabaixo.

Por se tratar de uma pesquisa que envolve diálogo com disciplinas da área da saúde, e de forma a preservar as pessoas que colaboraram, optei por não identificar, nesta tese, meus interlocutores, sejam eles wajãpi ou não-índios. Os relatos que apresento foram transcritos preservando o modo como os interlocutores se expressaram, mas fiz algumas correções ortográficas visando facilitar o entendimento e a leitura. Se houvesse mais tempo para elaboração da tese, teria sido importante apresentar alguns depoimentos em língua wajãpi, o que possibilitaria talvez outras interpretações para além daquelas que me foram acessadas em um trabalho conjunto com pesquisadores, agentes de saúde ou professores wajãpi. Já os depoimentos em português se mostraram extremamente reveladores e significativos, e, nem por isso mais fáceis de serem decifrados.

Assinalo por fim, que durante os anos de pesquisa, o número de pacientes com prescrição de psicotrópicos foi aumentando consideravelmente, o que acabou gerando um déficit em meus dados. O que apresento são os casos notificados até julho de 2017. Vale salientar que se o processo de prescrição de psicotrópicos junto aos Wajãpi é algo recente, intensificado fundamentalmente após a instituição da política nacional de saúde mental indígena, os estados alterados - que estão sendo diagnosticados enquanto transtornos mentais pela assistência à saúde - já são bastante conhecidos por eles e se definem enquanto possibilidades do viver junto a outras gentes.

Resumo dos capítulos

No **primeiro capítulo** da tese retomo um tema de bastante rendimento na etnologia que é a concepção de pessoa wajãpi. Ainda que esta temática já tenha sido abordada em

outros trabalhos (Gallois:1998; Rosalen:2005; Pellegrino:2008; Cabral:2012) sigo os passos de meus interlocutores e recupero a noção de princípio vital (-*ã*²¹) para explicar que a potencialidade do agir (no qual se inclui o pensar) não encontra-se dependente fundamentalmente de um lugar específico do corpo²² - como sugere uma linha mais organicista da biomedicina acionada pelos médicos que pude acompanhar em minha pesquisa²³ – está em sua totalidade e em tudo que se desprende dele (marcas de mãos, pés, lugares onde a pessoa sentou, nos fluidos corporais, na fala, nas imagens, na sombra, etc). Também assinalo, na contramão de boa parte das pesquisas em saúde mental indígena, que o aumento dos casos de pessoas em estados alterados não está relacionado diretamente à intensificação das relações com os *karaikō* (não-índios). Para os Wajãpi as pessoas só existem enquanto composições das mais variadas substâncias que se traduzem em marcas e manifestações. Os não índios não estão fora deste processo, é mais uma gente com a qual é possível compor. Mas isso não ocorre sem perigos, alguns dos quais irei apresentar no próximo capítulo.

O **segundo capítulo** versa sobre o saber viver entre muitas gentes e as consequências decorrentes dos descuidos quanto a estas relações. Recorro à literatura etnográfica sobre os Wajãpi para mostrar como estados alterados foram ali referenciados. No trabalho de Gallois (1988), estes estados são compreendidos dentro de um sistema etiológico e nosológico wajãpi. Pretendo demonstrar que se essa é uma possibilidade de análise, outra seria abandonar a perspectiva de doença que acaba por fornecer legitimidade a processos de patologização e medicalização de “modos de existir” em domínios de outras gentes. Neste capítulo descrevo e analiso explicações fornecidas por diferentes famílias

²¹ Os Wajãpi não utilizam “-*ã*” sem estar acompanhado de um pronome possessivo. Um princípio vital sempre pertence a alguém (*e ã* – meu princípio vital, *ne ã* – seu princípio vital, *i ã* – princípio vital dele e assim por diante). Quando este princípio está despreendido do corpo ou manifestado fora desse é designado com sufixo (-*gwerã*). Porém trata-se do mesmo princípio, ora concentrado, ora despreendido enquanto extensão do corpo da pessoa. Conforme foi apontado por Gallois na defesa, faz-se necessário que os antropólogos realizem um esforço de tentar traduzir conceitos sem mutilá-los, seja dos pronomes (o que gera conceitos antropológicos a partir de extratos da língua), seja de seu contexto de uso. Neste trabalho mantenho, -*ã* e -*ãgwerã* e sua tradução aproximada ‘princípio vital’, entendendo que se faz necessário repensar novas formas de traduzir conceitos indígenas extremamente complexos.

²² Quando me refiro a corpo para a biomedicina trata-se especificamente do corpo físico, mas quando uso o termo corpo para os Wajãpi este é indissociável da noção de pessoa.

²³ Essa linha reforça fundamentalmente os transtornos mentais enquanto disfunções biológicas do indivíduo. Ainda que alguns psiquiatras considerem a possibilidade de fatores psicossociais se imiscuírem aos fatores biofísicos, existe uma procura incessante por fundamentos biológicos que faz com que, antes mesmo que seja realizada uma anamnese cuidadosa do paciente, os médicos solicitem inúmeros exames, tais como: tomografia, raio x, estudo eletroneuromiográfico, eletroencefalograma entre outros.

acerca dos estados alterados de seus parentes, mapeando os diversos tipos de agressões referenciadas e seus efeitos sobre a pessoa wajãpi. Também procuro entender que se há pessoas mais susceptíveis que outras a apresentarem estes estados, isso não é decorrência direta de comportamentos inadequados, mas fundamentalmente de composições inadequadas. Por fim, aponto que as agressões, que produzem estes estados alterados, só vão ser especificadas e qualificadas a partir do momento que se busca revertê-las, conforme desenvolvo no próximo capítulo.

No **terceiro capítulo** apresento uma série de relações que determinadas famílias wajãpi estabelecem com os mais diversos agentes, quando se trata de buscar soluções – concomitantes ou isoladas, paliativas ou efetivas – para lidar com os parentes que apresentam estados alterados. Pretendo focar inicialmente nas tentativas intrafamiliares a partir dos inúmeros – *poã* (substâncias agentivas, “remédios”) e *jirojãga* (canto) e também nas relações estabelecidas com os pajés. Em seguida apresento as relações estabelecidas com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem que atuam na Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) na TIW e nas equipes da CASAI e do Hospital de Especialidades em Macapá. Soma-se a estas, a relação com psicólogos, atualmente restrita a uma profissional que atua na Unidade Básica de Saúde do Marabaixo. Algumas famílias também relatam suas experiências com curandeiros que moram próximos à TIW e realizam benzimentos, rezas, ‘afastam coisas ruins como espíritos da mata’, produzem ‘garrafadas’, ‘colam ossos’, ajudam em partos e fundamentalmente recuperam o ‘pensar bem’ das pessoas. Por fim, apresento também as relações de algumas famílias com a Igreja do Evangelho Quadrangular em Macapá e com os missionários da Missão Novas Tribos do Brasil. O que todas estas relações revelam é uma constante abertura dos Wajãpi a novas experimentações e composições na tentativa de reversão destes estados alterados.

Nas **considerações finais**, pretendo sintetizar as reflexões apresentadas ao longo da tese e explicitar fatores que os Wajãpi têm mobilizado para explicar a intensificação de casos de estados alterados na TIW. A procura por múltiplos agentes, - também diversos internamente -, reforça não uma suposta fragilidade dos Wajãpi, mas um fortalecimento do próprio modo de existência que passa por manter constante o movimento de experimentação, composição e diferenciação.

Capítulo I – Reflexões sobre a concepção de pessoa wajãpi

1.1 Composições e capturas: possibilidades do viver

Quando iniciei esta pesquisa, minha preocupação era fundamentalmente realizar um mapeamento detalhado das explicações fornecidas por famílias wajãpi acerca dos estados alterados de seus parentes, diagnosticados pela assistência à saúde enquanto transtornos mentais. Aos poucos, no entanto, fui percebendo que esses estados diziam menos respeito a patologias e mais a processos estritamente vinculados aos componentes da pessoa. Também fui compreendendo que as avaliações que os Wajãpi fazem dos psicotrópicos não estavam necessariamente relacionadas aos diagnósticos médicos e as complicadas categorias de transtornos mentais, mas sim aos efeitos que essas drogas são capazes de produzir nas pessoas, em geral, sua (im)potência para a ação. E que cantos, rezas - independentemente de serem proferidos por *familiares*, pajés, curandeiros, missionários ou pastores -, ao invés de produzirem *manipulações psicológicas*²⁴, agem propriamente sobre as pessoas e seus componentes. Constatei, também, que os alimentos, que insistiam em adentrar a conversa sem que eu pudesse inicialmente compreender muito bem, eram trazidos para reforçar algo que para os Wajãpi é fundamental: a natureza compósita da pessoa e as possibilidades de assumir “modos de existir”²⁵ de outras gentes.

Foi assim que me vi às voltas com explicações relacionadas à noção de pessoa. Apesar dessa questão já ter sido bastante explorada na literatura específica sobre o grupo (Gallois:1988; Rosalen:2005; Pellegrino:2008; Oliveira:2012) e em materiais produzidos por professores (2004) e pesquisadores wajãpi (2008; 2015), procuro, nesta tese, trazer

²⁴ A crítica que faço aqui é a ideia de *manipulação psicológica*, tal qual desenvolvida por Lévi-Strauss (2008:273) no texto *A Eficácia Simbólica*. O que procuro ressaltar é justamente a agência de cantos, rezas, batismos, besuntamentos sobre os corpos wajãpi e seus componentes.

²⁵ A expressão “modo de existir” foi utilizada por Dominique T. Gallois para fornecer uma aproximação ao conceito de *reko* e utilizada em uma comunicação intitulada “Transformações nos modos de relação às origens e aos grafismos kusiwa. Wajãpi – AP” por ocasião do Simpósio dos Pesquisadores do Cesta/USP (21 de outubro de 2016). O conceito *reko* vem sempre acompanhado de um termo que o qualifica, por exemplo: *wajãpi reko* (modo de existir wajãpi), *karai reko* (modo de existir do não-índio), *karipon reko*, etc. cada gente possui seu próprio modo de existir.

alguns novos elementos levantados em minha pesquisa e que *complementam* as análises já disponíveis. Vale destacar que, ao retomar essa temática, para além de sua importância etnográfica, pretendo prioritariamente fornecer contrapontos importantes à dicotomia corpo e mente que continua a orientar as práticas médicas, responsáveis por fornecer diagnósticos de transtornos mentais e prescrever psicotrópicos aos pacientes wajãpi.

Para não “entender apertado”

“(...) se eu explico pra você nosso coração tá atacado, que nosso cérebro tá atacado, aí tu vai entender muito apertado (...) nosso jane’ã está espalhado no corpo todo e tem jane’ã por fora também (...)”

Esta frase, proferida por um rapaz maduro, professor, ecoou muitas e muitas vezes no processo de pesquisa nas aldeias e durante a escrita da tese, por isso resolvi reproduzi-la aqui. Evitar que se entenda apertado, não significa simplesmente encontrar frases mais apropriadas para explicar um determinado conceito wajãpi. Significa enfrentar a dificuldade de alargar nossas apreensões, de descolar de nossas próprias concepções que insistem em adentrar sub-repticiamente nosso texto, de levar a sério - com todos os riscos que isso possa apresentar - o que dizem nossos interlocutores (sejam eles quais forem) e, especialmente, de compreender que por menos apertado que possamos enxergar, o que apresentamos será sempre parcial, instável e contextual.

Considero também que as explicações fornecidas em língua wajãpi ou em português são, ao menos para mim, extremamente complexas – pois remetem permanentemente a outros conhecimentos – e necessitam ser decifradas. Assim, como também o são para eles nossas falas e escritos, sempre subsidiárias de interpretação de interlocutores que ajudam nas decodificações de ambos os lados. No intento de ser o mais cuidadosa possível, procuro contextualizar os dados que apresento apontando se eles advêm de reflexões de familiares de pacientes, de sínteses contextuais produzidas por grupos heterogêneos de professores e pesquisadores ou, ainda, de reflexões de determinadas pessoas que falam sobre suas experiências ou conhecimentos.

Posto isso, inicio o capítulo com uma discussão em torno da noção de ‘corpo’ pois, por mais diversos que os corpos sejam, são o *locus* por excelência da ação dos psiquiatras e dos psicotrópicos.

Certa vez uma mulher piro disse a um conhecido antropólogo: “*Nossos corpos são diferentes dos corpos de vocês*”²⁶. Levando essa proposição a sério, intento aqui compreender de que forma o corpo é concebido e vivido pelos Wajãpi. Este não é propriamente um tema novo para a etnologia²⁷, nem mesmo para a literatura etnográfica referente aos Wajãpi²⁸. Contudo, de forma a contribuir para a complexidade dessa discussão, acredito que ainda vale a pena nos questionarmos: quando os Wajãpi utilizam o termo corpo em português a que exatamente eles se estão se referindo? Um corpo (e aqui depende realmente de como for concebido e vivido) é, de fato, delimitado por seu invólucro? De que forma diferentes corpos (biomédico e wajãpi) dialogam, se aproximam ou se distinguem²⁹?

²⁶ Fala de uma mulher piro narrada por Peter Gow a Viveiros de Castro (Viveiros de Castro; 2002:138).

²⁷ Dentre os textos clássicos e aqueles que me inspiraram, aponto: Seeger, Da Matta e Viveiros de Castro (1979), Viveiros de Castro (1979; 1986; 2002), Novaes (1989), Lima (2002), Gongora (2016), Taylor & Viveiros de Castro (2006), Tola (2007), Gil (2010) e Taylor (2012).

²⁸ Gallois (1988), em sua tese, já apresenta uma interdependência das categorias corpo e alma, ainda que mantenha – no capítulo sobre pessoa – uma distinção entre uma dimensão material (corpo enquanto pele, ossos, carne, sangue e cavidades remetidas aos órgãos vitais) e outra imaterial (princípio vital que integra faculdades fisiológicas, mentais e espirituais). Em meu mestrado (Rosalen 2005), apesar de mostrar a presença e relevância do princípio vital, acabei por enfatizar especialmente os elementos que fazem este princípio circular para fora do corpo (fluidos corporais, palavras, excrementos, cabelos, pêlos, rastros etc.) e retornar para ele (respiração). Apesar utilizar vastamente o termo corpo, em nenhum momento elaborei mais cuidadosamente uma reflexão sobre esta noção. Já Oliveira (2012), alinhando-se à tradição do perspectivismo, utiliza corpo em um mesmo sentido apresentado por Viveiros de Castro, ou seja, enquanto feixe de afecções. Nas palavras de Oliveira (2012:150) “sempre que me refiro, aqui, a corpo, denoto não uma instância distinta de alma, espírito, vitalidades ou dos componentes da pessoa, mas um conjunto de afecções que caracterizam um sujeito”. E conclui: o “(...) corpo afecção [é] que engendra modos de perceber singulares”. Mesmo concordando com Oliveira, parece-me haver duas questões a serem colocadas: ainda que analiticamente seja possível não distinguir corpo/alma/componentes (e concordo com isso), é preciso prestar atenção no porquê os Wajãpi possuem termos tão específicos para se referir a cada um desses elementos e o que essas especificações nos dizem sobre processos e relações que produzem afecções. A segunda questão é que se, por um lado, o perspectivismo acertadamente coloca em destaque a questão das relações e dos pontos de vista, o problema passa a ser, pelo menos a meu ver e diante da etnografia wajãpi, qual seria a razão para dispensar tão rapidamente a noção de substância.

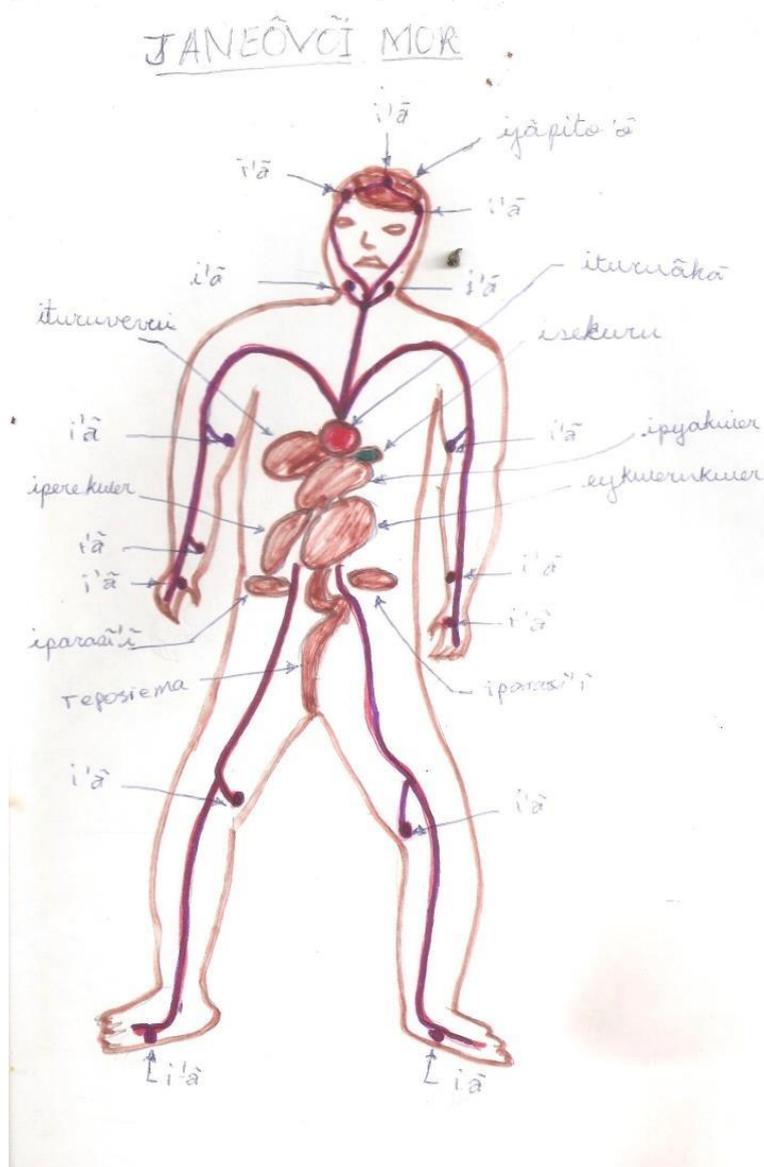
²⁹ Sugiro que a possibilidade de diálogo se dá justamente porque existe um terreno comum, que é uma apreensão extremamente detalhada de uma anatomia corporal, biológica externa e interna, tanto pelos Wajãpi quanto pela biomedicina, ainda que corpo, para os Wajãpi, não se resuma a isso como ficará claro adiante. No entanto, vale ressaltar que o fato dessas anatomias serem semelhantes não significa que estejam submetidas a uma mesma teoria biológica (que inclui sua constituição, fisiologia, etc). Esta apreensão de certa forma problematiza a afirmação proposta por Viveiros de Castro (2002:140) que “O argumento de que ‘nossos corpos são diferentes’ não exprime uma teoria biológica alternativa, e, naturalmente, equivocada, ou uma biologia objetiva imaginariamente não-standard. O que o argumento piro manifesta é uma idéia não-biológica de corpo (...) O argumento afirma que nossos ‘corpos’ respectivos são diferentes, entenda-se, que os conceitos piro e ocidental de corpo são divergentes, não que nossas ‘biologias’ são diversas”.

Gallois (1988:176) já apontara que “Os Waiãpi do Amapari não costumam usar nenhum termo para designar a totalidade do corpo”. Entretanto, isso não significa que eles não tenham um conhecimento bastante refinado sobre o que comumente relacionaríamos ao corpo físico, biológico, tanto interna quanto externamente³⁰. Além disso, os Wajãpi acrescentam outros componentes desconhecidos, ou - como gostam de enfatizar -, ‘esquecidos’ pelos *karaikō* [não-índios]. De forma a evidenciar tal conhecimento, optei por não apresentar nessas páginas todo o material levantado acerca da ‘anatomia’ corporal, mas somente o que os Wajãpi se referem como o que habita ‘dentro de nós’ (*janeōvōi*: no qual *jane* – nosso e *ōvōi* – dentro).

Fui percebendo no decorrer da pesquisa que coexistem pelo menos duas maneiras de discorrer sobre isso. Uma primeira, que se aproxima de nossa concepção de corpo físico, na qual são nomeadas várias estruturas que designamos como órgãos, além da carne, do sangue e dos ossos. Além destes elementos, os professores wajãpi fizeram questão de marcar locais onde o princípio vital (-’ã) é mais facilmente percebido/sentido, conforme é possível verificar no desenho abaixo. Vale dizer que, influenciados que estavam pelo mapa que lhes foi apresentado acerca da concepção dos chineses sobre o corpo e seus meridianos³¹, os professores wajãpi conectaram todos os pontos por uma linha contínua. Essa imagem reforçou a percepção de que todo o corpo possui princípio vital, ainda que só possamos senti-lo com mais intensidade em determinados locais.

³⁰ No Anexo I reproduzo alguns desenhos produzidos pelos professores veteranos wajãpi entre 2001 e 2004 e que apontam para o conhecimento detalhado de cada parte do que denominamos por corpo físico. Neste anexo constam os desenhos que apresentam uma ‘anatomia externa’ do corpo, já que aquilo que o compõe internamente será apresentado e ilustrado no decorrer do texto.

³¹ Na oficina na qual foram produzidos os desenhos, eu e a linguista Lilian Abram dos Santos levamos materiais sobre a concepção de corpo para os chineses, indianos, alguns outros povos indígenas e para a biomedicina, de forma a instigá-los a falar de suas próprias concepções e também como uma tentativa de romper com a dicotomia nós/eles, multiplicando as concepções.



Desenho 1 - Dentro de nós

Ao questionarmos – eu e uma amiga linguista – acerca desta apreensão tão minuciosa, um professor mais velho nos respondeu produzindo um texto, do qual destaco o seguinte fragmento:

“Em tempos passados os nossos antepassados guerreavam muito com inimigos (...) Eles não comiam sempre os inimigos, só algumas vezes. Eles comiam os inimigos porque os inimigos deles matavam eles para comer (...) Matavam (...), abriam o corpo e cortavam todas as carnes

para jogar no rio ou no fogo para queimar (...) Por isso eles viam tudo dentro do corpo e da cabeça das pessoas(...)”.

O texto remete ao tempo dos antepassados e às práticas recíprocas de canibalismo, atualmente ausentes das falas dos mais jovens. Outros interlocutores wajãpi complementaram oralmente esta explicação relatando que esse conhecimento acurado também decorre do fato de tratarem as caças (*mijarã*) para o consumo³², já que estas “não são tão diferentes de nós”. Em minha pesquisa de campo atual esta temática voltou à baila:

“lá no começo do tempo [tempo dos taivigwerã, antepassados] caititu era gente, ele ficava em pé, se você coloca caititu em pé, você enxerga o braço, perna, olho barriga, igual gente, só que é diferente da gente... quando você coloca a anta em pé, tem braço, tem perna, tem barriga, tem costela, olho, boca, só que um pouco diferente porque outro povo né? Macaco, kwata se você coloca em pé, tem braço, tem barriga, tem corpo, que muda só rabo, igual a gente mesmo; hoje em dia, anda diferente, come diferente, tem conhecimento diferente da gente”.

Vale chamar atenção que em muitas circunstâncias, inclusive no trecho do texto mais acima, o professor utiliza o termo *corpo* em português para designar a pele [(-*pirera*) – através da qual se abre o corpo] mas também a ‘carne’ (-*o’õ*) e as partes visíveis externamente: braços, pernas, barriga, olhos, boca, etc³³. Gallois (1988:176), por sua vez, destaca quatro elementos fundamentais para se referir ao corpo físico e a manutenção da vida para os Wajãpi: a carne, o sangue, a pele e os ossos. Algumas narrativas sobre estados alterados evidenciam estes elementos e reforçam a apreensão de Gallois. Vale ressaltar também que muitos componentes do corpo físico são animados pelo princípio vital (-*’ã*). Retomarei adiante essa discussão quando discorrer especificamente sobre a afirmação de que “*todo corpo possui inteligência*”.

A segunda forma de abordar o que existe ‘dentro de nós’ me foi apresentada por um velho conhecedor wajãpi, um *jovijã*. Ele explicou que a superfície da pele possui uma série

³² Denomino de tratamento todo o processo que envolve desde a observação da caça quando esta é retirada do *panaku* [cesto que se carrega nas costas] e deitada sobre folhas de bananeira, o posicionamento correto da pessoa que vai manipulá-la, a forma específica de pelar e cortar, dividir e distribuir a carne para ser assada, defumada ou cozida, bem como os cuidados com os ossos.

³³ As partes do corpo, em geral, vêm acompanhadas de um pronome possessivo, reforçando a percepção de que são inalienáveis da pessoa.

de minúsculos furinhos, quase imperceptíveis, que se abrem em grandes cavidades ou buracos dentro da pessoa.

não dá para perceber, para você ver que tem buraco, [mas] se esticar [a pele], aí vai abrir, vai abrir buraco, vai virar igual um pão; então nosso corpo no olhar, aqui, é pequeno [me mostrando sua pele], mas lá dentro é grande, buraco grande (...)

O filho do *jovijã* que acompanhava a conversa comparou estas cavidades a uma bexiga. O lugar onde costumamos soprar seria justamente o furinho da pele, e o restante da bexiga cheia de ar, a cavidade.

Esta segunda explicação sobre o ‘dentro de nós’ já havia sido apresentada por Gallois (1988:177) nos seguintes termos:

“O corpo, com seu envelope de pele, sua armação de ossos e seu conteúdo de carne e sangue, é também visto como um conjunto de cavidades, que correspondem aos órgãos vitais (coração, pulmão, estômago) onde se alojam os princípios imateriais da pessoa. Os termos que designam esses órgãos reforçam a ideia do corpo como recipiente: diz-se dessas cavidades que elas estão "cheias" ou "vazias", marcando estados de plenitude ou de morbidez. A morte é vista como esvaziamento das cavidades, quando o corpo se torna "leve"”.

Gallois aponta que as cavidades são o lugar onde se aloja fundamentalmente o – ‘ã e que podem estar “cheias” ou “vazias”, alterando, com isso, o estado da pessoa (plenitude, morbidez, morte). É por essas cavidades que as agressões ao - ‘ã são processadas, e através das quais os tratamentos são realizados³⁴. Não ouvi referências explícitas de que as cavidades correspondem aos órgãos vitais (coração, pulmão e estômago), mas que os

³⁴ Segundo um interlocutor, “quando algum *jarã* flecha a gente, era para não entrar a flecha, mas tem *buraquinho* e entra, só nesse buraco que está estragado, não é tudo, não ataca tudo, porque quando ataca tudo pessoa morre; por isso que o *pajé* [*opiwarã* do *pajé*] não entra pela boca, nem pelo ânus, nem pelos olhos da pessoa; *pajé* assopra e vê [por] qual buraco [a agressão entrou]; [para realizar o tratamento] não vai entrar em qualquer buraco não, ele entra naquele buraco que tem flecha, que tem ferida, no corpo da pessoa, ele entra lá e faz tratamento; chama outro *opiwarã* (...) *jawararopiwana* [*opiwarã* de onça], chama *kumakaropiwana* [*opiwarã* de *kumaka*](...). Se vários buracos estão atacados, aí difícil, aí tem que fazer um resguardo muito grande porque *pajé* vai entrar cada buraco para tirar”.

movimentos e manifestações que nós, não índios, relacionamos a estes órgãos vitais, ou seja, respiração, pulsação e fome, revelam fundamentalmente para os Wajãpi a presença do -'ã.

A única menção a um órgão da qual me recordo é a região do peito (caixa torácica), denominada -*py'a* e referida por alguns enquanto coração³⁵.

“(...) a gente fala, *epy'a pupe*, essa região [e mostrou com a palma da mão a região da caixa torácica]; eu perguntei para os mais velhos, para *mama*, para o *papa*: o que é *epy'a*? É coração, ele me explicou (...) guarda tudo que a gente aprende: fazer festas, histórias, guarda segredo, guarda *wari* [mentira], é onde sente raiva; não diz como *karaikō* [não índio] que a cabeça que guarda as coisas, **quem guarda é *epy'a*, não é coração, *epy'a* onde guarda todos os conhecimentos.**”

As elaborações relacionadas a essa região (-*py'a*) são, de fato, extremamente complexas. Existe um consenso de que é umas das partes do corpo onde o conhecimento é guardado, acumulado³⁶. Escutei também de um interlocutor uma informação, que não tenho certeza se pode ser estendido a percepções de outras famílias e grupos políticos, mas que nos dá uma pista da relevância dessa região: as várias manifestações do princípio vital (designadas como -'ã*gwera*), que se afastam do corpo dos vários pais e da mãe e que constituem uma criança quando ela está sendo gerada, vão se alocar justamente nesta localidade, fornecendo qualidades e potencialidades ao novo ser. Tem-se também que as agressões de outras gentes, quando perpetradas nesta região, podem levar a pessoa rapidamente à morte. Todos esses dados reforçam não somente a relevância dessa região (-*py'a*), mas especialmente sua potencialidade de revelar que a pessoa wajãpi só pode ser compreendida enquanto uma composição de diferentes substâncias/relações (ou afecções).

Vale aqui uma observação bastante importante: se a primeira maneira de abordar o 'dentro de nós' é apreendida por qualquer pessoa através dos sentidos, das histórias dos

³⁵ Oliveira (2012:170) aponta que alguns Wajãpi localizaram o conhecimento no “*janekorasã*” [nosso coração]. Em uma nota de rodapé (109), indica que “Gallois sugere, em comunicação pessoal, que a palavra *korasã*, apesar de ser uma nítida influência do português, possui, sobretudo para os velhos, a mesma conotação de *pya*”.

³⁶ A importância desta região pode ser verificada em outras etnografias tupi (Testa (2014); Macedo (2010;2013), mas também em etnografias pano, como atesta Yano (2014:72).

antepassados, dos tratamentos³⁷ e das manipulações dos *mijarã*, a segunda diz respeito a algo visível, sobretudo aos pajés que transmitem tal conhecimento aos seus familiares e/ou pessoas que os procuram para realizar tratamentos.

Às vezes os Wajãpi traduzem o termo *janerete* como “nosso corpo”, ou “corpo visível”. É significativo que tal termo seja acompanhado, ao menos em meus dados, por *jane’ã* (trad.: nosso -’ã), ou seja, por aquilo que permite justamente atestar sua presença enquanto tal. Esse termo pode ser melhor compreendido através do trabalho de Paula (2015:53). Ela aponta que:

“O corpo de uma garrafa plástica, disse-me Nazaré na aldeia *Kwapo’ywyry*, pode ser chamado de *ete*, o que ela traduziu justamente, por “corpo”; Kanani, na aldeia *Ytuwasu*, também chamou essa parte de uma panela de alumínio (*patu*) de *ete*, *paturete*”.

Nos exemplos apresentados por Paula, tanto as cavidades da garrafa quanto da panela, somadas ao que delinea estas cavidades (já que sem isso as cavidades simplesmente não existem), são denominadas de *-ete*. Em uma nota de rodapé na mesma página da citação, a autora aponta que “Segundo Dominique T. Gallois (informação pessoal) *-ete* não é exatamente corpo, mas indica a presença do corpo”. Mas o quê exatamente possibilitaria aos Wajãpi atestar a ‘presença’ de um corpo? Segundo meus interlocutores são fundamentalmente as manifestações do princípio vital (*-’ãgwerã*) e suas manifestações-relação (*tupasã*) que possibilitam a pessoa ‘sentir’ manifestações de presença (*-ete*) e manifestações-relações (*tupãsa*) de outras gentes³⁸. Quando uma pessoa está na mata caçando, por exemplo, ela sente a presença da caça, ou seja, *mijarãrete* através do seu *i’ãgwerã* [seu próprio princípio vital] em sua manifestação-relação *tupasã*. De forma análoga a caça sente nossa presença, *janerete*.

³⁷ Atualmente soma-se a isso a observação dos resultados de exames médicos com imagens realizados em Macapá e também as narrativas dos profissionais de saúde.

³⁸ Segundo comunicação pessoal de Gallois define *tupãsa* enquanto “(...) uma manifestação do *-’ã* que te relaciona a alguma coisa”. Disso derivou que falar que a pessoa sente pelo *tupasã* ou pelo *-’ãgwerã* é afirmar, de certa maneira, uma mesma coisa e é por isso que nas conversas estes termos são muitas vezes permutáveis. Nas falas dos Wajãpi, *tupasã* é sempre materializado como um caminho do *-’ãgwerã*, em vida, ou do *raywerã* quando a pessoa morre. Somente os pajés (humanos ou de diversas gentes), os *mijarã* [caças] e outros animais que conseguem enxergar *tupasã* e, por isso mesmo, não se perdem na mata. O pajé wajãpi além de enxergar o *tupasã* das pessoas, dos *mijarã* e outros animais, também se guia fundamentalmente pelo *tupasã* de seus *opiwarã* (extensão/relação/substância dos *jarã* [donos dos diversos domínios] que ele cuida e que o protege).

Vale ressaltar também que a forma corpórea é reveladora: ela expressa as marcas das composições entre diferentes gentes, ocorridas seja no início dos tempos, seja nos dias atuais, mas que se perpetuam.

“teve época de sedução no começo do tempo (...) época que mijarã, pássaro, onça, gavião se transformava igual a gente (...) nossos ancestrais casaram com eles e por isso que hoje pessoa que tem rosto redondo é jawara rimōgwerã, akyky tinha gogó grande e o pai do papa se considera akykysiã rimōgwerã (...) lá no Camopi também, irmão mais velho do papa da minha esposa é akyky rimōgwera, Beltrano se considera como japykyry rimōgwera e dá para perceber quando Beltrano vai embora, tu vê ele andando de costas, corpo dele é feio, igual gavião mesmo, meu sogro é japykãnimōgwera, pelo formato, a gente sabe (...)taivigwerã casou com macaco, macaco com perna fina e torta e descendente dele tem perna fina e torta, taivigwerã casou com papagaio, papagaio tem perna curta, daí descendente tem perna curta, por isso que dá para perceber quem é descendente do quê; aí casou com murumuru, aquela planta igual coqueiro que tem bichinho igual pisu, daí murumurupisukwera se transformou em gente e nossos ancestrais casaram, aí dá para ver nos descendentes, ficou toda a marca (...).”

Se, como aponta Viveiros de Castro (2002:380), *a morfologia corporal é um signo poderoso de diferenças de afecção*, podemos dizer, a partir do que nos explicam os Wajãpi, que ela própria expressa composição³⁹.

Os contornos da forma corpórea são dados pela pele (-*pirerã*), que fornece os caminhos para a circulação de componentes da pessoa e para o estabelecimento de relações, conectando substancialmente o dentro e o fora de nós⁴⁰. A noção de – *pirerã* é

³⁹ Para os meus interlocutores o termo ‘mistura’ não traduz bem os processos de composição, pois imprime um sentido de amálgama que é refutado por eles. Os diferentes se encontram separados, mas ao mesmo tempo estão juntos. As expressões ‘conjunto de diferentes’ ou “composição de relações substanciais” parecem explicar melhor o que eles detalham em seus próprios termos.

⁴⁰ Tola (2007:502) descreve uma apreensão bastante semelhante sobre a pele para os Qom: “A pele é antes pensada como porosa, permeável e aberta, de modo que é difícil imaginar a existência de um interior e um exterior corporal. O termo l’oc (...) define mais precisamente o limite corporal marcado pela pele, no caso das pessoas; pelo couro no dos animais; pela casca no caso das árvores; e pela pele, no das frutas”. Parece-me, porém, que para os Wajãpi a pele fornece uma demarcação – ainda que porosa e permeável – de um ‘dentro’ (concentrado) e um ‘fora’ (disperso).

explicada pelos pesquisadores wajãpi (2015:19-26) como uma ‘roupa’ que se ‘tira ou põe’, uma ‘casca’ que encobre a humanidade de todos os seres (Pesquisadores wajãpi, 2015:19-26)⁴¹. Também ouvi uma definição bastante interessante para pele, assim como para casca da árvore, enquanto “casa do -’ã”, ou seja, abrigo temporário para o princípio vital. Parece-me que é justamente neste sentido que Gow propõe que “(...) os Piro concebem o ato de vestir uma roupa como um animar a roupa” (Gow apud Viveiros de Castro: 1996:139 – Nota 21).

Pelo fato de ser *permeável*, a pele permite uma circulação intensa do -’ã, que escapa através das pegadas, das marcas da mão e de outras partes do corpo físico (nádegas, costas, braço, perna, alto da cabeça etc.), do suor, de outros fluidos⁴² etc., e também possibilita a entrada das mais diferentes substâncias via diversos suportes (fumaça, vapor, preparados de plantas para banhar, fluidos corporais etc.). Essa apreensão diz respeito não somente às pessoas humanas, mas também a todas as gentes que compõe o cosmos.

O que é possível constatar até aqui - seja através do desenho ou das explicações fornecidas pelos Wajãpi - é que falar de corpo – sua anatomia interna e externa (nas suas mais variadas apreensões), seus fluidos, sua morfologia – implica necessariamente em falar do princípio vital (-’ã), e falar de princípio vital pressupõe necessariamente falar de corpo.

A seguir procuro detalhar através de meus dados de campo, algumas noções que ajudam a compreender de forma mais cuidadosa o que comumente se convencionou denominar enquanto corpo/pessoa para os Wajãpi e como são explicados, via categorias locais, processos de afecção enquanto constituição de potencialidades.

Manifestações do princípio vital

*(...) no começo do tempo, nosso corpo tem os olhos atrás,
nas costas, na cabeça, nos pés... aí sumiu,
na verdade tem, virou i’ã (...)*

*“não tem uma coisa que não tem i’ã,
tudo tem i’ã”*

⁴¹ Essa definição já foi amplamente debatida e consolidada pela etnologia ameríndia sul-americana e sintetizada exemplarmente por Viveiros de Castro (1996).

⁴² Para um detalhamento do suor (*-piri’ ai*) e outros fluidos enquanto veículos de circulação do princípio vital, ver Rosalen (2005:51-53).

Estas epígrafes são bastante reveladoras da relevância e da potencialidade do -'ã para os Wajãpi. O trabalho de Gallois (1988:177) é o primeiro a evidenciar isso, designando-o enquanto princípio vital, ou seja, como aquilo que anima, fornece vida ao corpo. Segundo a autora, trata-se de um princípio singular, imaterial, “(...) *que integra tanto faculdades fisiológicas como mentais e espirituais*”. Manifesta-se na respiração, na pulsação, na vista, na fala, na sombra e na imagem. Trata-se de um ‘princípio móvel’, capaz de “*se liberar do corpo, adquirindo uma capacidade de transformação que atesta sua autonomia em relação ao princípio corporal*” (idem:178). O princípio vital também se vincula, segundo a autora, à noção de doença: para os Wajãpi, o adoecimento associa-se ao esvaziamento do -'ã da pessoa ou à invasão do corpo “por um elemento estranho que destruirá as entranhas do agredido” (idem:244).

Em minha dissertação de mestrado trago mais algumas contribuições. Meus dados etnográficos reforçam que, segundo os Wajãpi, o princípio vital não é atributo exclusivo dos seres humanos, pois “onde reside vida é porque o -'ã se faz presente” (Rosalen, 2005:42). Ressalto também que esse princípio enquanto potência fornece possibilidades de ação e transmissão de comportamentos valorizados (ser trabalhador, andar bem, pensar bem, aprender rápido, etc) ou não (ser preguiçoso, trabalhar devagar, etc) pelos Wajãpi. Chamo atenção para o fato que “Alguns suportes permitem que o princípio vital circule não só interna, mas também externamente ao corpo, como é o caso dos fluidos corporais, dos excrementos (fezes), dos rastros, dos sonhos e da respiração” (idem). Aponto que vários malefícios se associam a processos específicos de agressão ao -'ã da pessoa, por meio da manipulação de seus fluidos corporais.

Já imbuída de uma percepção sensível fornecida pelos referidos trabalhos, deparei-me em campo – ou talvez tenha ficado mais atenta a isso – com uma referência constante ao -'ã vinculado ao sufixo -*gwerã*⁴³, designando portanto que o princípio vital se manifesta fora do corpo físico, sem no entanto desconectar-se da pessoa. Vale chamar atenção para a dificuldade de encontrar um termo em português de forma a traduzir a complexidade de -'ã*gwerã*. Utilizo de forma provisória o termo “desprendimento” (utilizado aqui no sentido de afastamento do corpo físico e não de desconexão) e “manifestação” como sinônimos, para designar não mais uma situação de concentração do

⁴³ O sufixo -*kwerã* ou -*gwerã* é utilizado para marcar um estado anterior de algo. Por exemplo: *taitetu retymã kwerã* = o que era uma perna de caititu; *jawarãpokwerã* = o que foi a mão de onça, ou seja o rastro da pata dianteira de onça; *kumakarokwerã* = o que foi folha de samaúma.

princípio vital (-'ã), mas de dispersão com certa autonomia, sem deixar, entretanto, de estar conectado à pessoa. Procurando entender melhor essa manifestação, um de meus interlocutores me explicou esse conceito a partir da seguinte experiência: “(...) *cada parte de nós tem i'ã, quer ver a prova?*”. Pediu então para que eu fechasse os olhos e aproximou seu dedo de meu rosto, perguntando se eu estava percebendo algo. Respondi positivamente, ao que ele me disse: “*este que você está percebendo é nerea'ãgwerã*”, ou seja, a manifestação do princípio vital do meu olho que estava percebendo a manifestação do princípio vital dele.

Ele citou, ainda, outros exemplos:

“(...) por exemplo, se eu jogar meu esperma vai sair e'ãgwerã, se eu estragar meu sangue aí sai e'ãgwerã, se eu colocar aqui meu rastro epyãgwerã vai ficar, meu e'ã, se eu pegar aqui epoãgwerã vai ficar aqui (...)”

Vale notar que neste contexto de fala meu interlocutor se referiu aos fluidos corporais utilizando somente o termo -'ãgwerã (com o pronome possessivo), sem conectá-lo, contudo, a uma parte específica do corpo de onde o princípio vital se desprendeu/manifestou. Já em relação às marcas das mãos ou ao rastro dos pés, o termo vem marcado por um prefixo que revela o lugar do desprendimento/ manifestação. Por exemplo: epyãgwerã (e- meu, py-pé, ãgwerã – o que foi -ã concentrado) manifestação do -'ã do meu pé e epoãgwerã (e-meu, po-mão, ãgwerã – o que era -ã concentrado) manifestação do -'ã da minha mão. Vale ressaltar que como o princípio vital (-'ã) é agência, manifestação, produz marcas.

A partir de uma cópia do desenho janeõvõi (apresentado mais acima) meu interlocutor indicou cerca de 77 locais por onde o princípio vital pode se desprender (no sentido de se afastar) do corpo físico, ainda que continue conectado a ele. Este número impressiona não por haver qualquer exatidão, mas por revelar a potencialidade de manifestações. Outra observação interessante é que às vezes uma determinada manifestação do princípio vital é marcada a partir de um termo relativo a uma região do corpo físico, porém dentro desta região são apontados inúmeros locais mais específicos de onde o princípio vital pode vir a se manifestar. Por exemplo:

- Epyãgwerã refere-se genericamente a manifestação do -'ã do meu pé

- Epy rokape ãgwerã, manifestação do -'ã da região da planta do meu pé
- Epyta ãgwerã, manifestação do -'ã do calcanhar do meu pé
- Epykaramo'õ ãgwerã, manifestação do -'ã da região entre os dedos do meu pé
- Epyjãkãgo ãgwerã, manifestação do -'ã da região da divisão dos meus dedos e o restante do meu pé, na planta do pé
- Epyapearã ãgwerã, manifestação do -'ã da região em cima do meu pé
- Epyke ã gwerã, manifestação do -'ã da região do lado do meu pé
- Epyãkã ãgwerã, manifestação do -'ã da região da ponta dos dedos do meu pé, também denominado como a 'cabeça do meu pé'.

Às vezes a manifestação do princípio vital de uma determinada região é mais enfatizada que de outras regiões do corpo, como é o caso de *epy rokape ãgwerã*, presente nas pegadas da pessoa. Em minha dissertação (2005:51) aponto que o rastro permeia quase todas as atividades de uma pessoa no decorrer de sua vida, assim como o suor, o que pode explicar, de certa forma, esta ênfase. Meu interlocutor diz que “-ãgwerã que se manifesta do pé (de alguém) é muito inteligente, sente longe”, de onde deduzo que ele possui uma potência de saber, de sentir e de estar atento extremamente intensa e pode vivenciar, assim como outras manifestações, relações antes mesmo da totalidade de um corpo encontrar outro. Este encontro preliminar de manifestações (-'ãgwerã) produz para os corpos/pessoas um prenúncio do encontro que irá acontecer. Às vezes o prenúncio se mostra mais identificável, como em situações de caçada, quando o caçador o conecta com outras apreensões sensíveis, tais como cheiros, rastros, plantas que existem em determinada região etc. Algo semelhante se passa em outras situações, como a descrita a seguir:

“a gente mora entre o Jakare e Mariry, quando vai subir alguém [pelo rio] *i'ãgwerã* da pessoa [que vai subir] vai primeiro, *i'ãgwerã* [-'ãgwerã dela] conversa com *jane'ã* [nosso -'ã (concentrado)], e, pra cá, a gente fica sem sono, porque a gente sabe que alguém vai passar”.

Quando se trata de encontros que resultam em agressões, meu interlocutor frisou: “a gente não sabe o que vai acontecer, só sente”. Ilustro esta fala com algumas situações:

“(…) papai foi dentado pela surucucu, aí ele falou pra mim que ele não conseguiu dormir direito, ele sabia que ia acontecer alguma coisa (...)

depois, no outro dia foi na roça esperar cotia, e a surucucu mordeu a perna dele.”

“quando morre, primeiro é esse *i'ãgwerã* que sofre, por exemplo, meu neto que morreu afogado, primeiro *i'ãgwerã* [-'ã dele que havia se desprendido] morreu afogado, avisou, por isso ele não conseguiu dormir a noite toda, não conseguia, dormia um pouquinho acordava; chorou, chorou, estava brincando à noite, estava brincando, a mãe disse e quando foi quatro horas mais ou menos ele dormiu; aí depois quando ele morreu a gente disse primeiro *i'ãgwerã* avisou, foi atacado lá, então *i'ãgwerã* sempre avisa antes, por isso que ele estava chorando.”

“(…) meu filho T. estava dormindo, aí de repente ele gritou à noite; eu fui balançar a rede e ele acordou; depois ele não conseguiu dormir mais, depois que gritou, até algumas horas; a gente falou: vai acontecer alguma coisa, *i'ãgwerã* foi atacado por alguma coisa. No outro dia, quando foi 5 da tarde ele foi picado de cobra, nosso *e'ãgwerã* [-'agwerã da pessoa mesmo] sempre avisa quando é atacado por alguma coisa.”

Nos três casos uma manifestação do princípio vital da pessoa (*i'ãgwerã*) sofreu agressão de algum *jarã* [dono dos diversos domínios, terra, água, mata etc.], o que acarretou para ela dificuldades para dormir e choro. Quando o princípio vital se desconcentra pode ser agredido via seu veículo de suporte (fluidos corporais, fezes) ou em sua própria manifestação (palavra, respiração, marcas corporais, sombra, imagem) por outra pessoa e/ou suas manifestações, bem como por outras gentes e seus donos. O relato abaixo trata de uma agressão proferida sobre uma pegada.

“(…) na época do jovem finado J. ele me contou que ele transou mulher do irmão dele, só que ele esqueceu de apagar *epy ãgwerã* no chão. Aí marido dela que era pajé procurou *epy ãgwerã*, tá lá, aí ele pegou *kyto*, aquela rã, sapinho, colocou lá, aí J. perdeu força, ficou fina a perna dele [igual da rã]. Aí irmão disse, você não vai morrer tão rápido, mas vai ficar com perna fina.”

O princípio vital desprendido também pode ser “seduzido” e capturado – agredido - durante o sonho, o que é concebido, segundo Gallois (1988:218), “como uma viagem do princípio vital - ‘ã”.

De acordo com um de meus interlocutores, há dois tipos de afastamentos possíveis quando a pessoa está sonhando. No primeiro, o princípio vital (- ‘ãgwerã) da pessoa se encontra com “*peessoas que estão aqui ou com os jarã [donos]*”; no segundo, -raywerã rã⁴⁴ vai ao encontro dos parentes que já morreram.

“se você começa a sonhar muito com alguém que já morreu é porque *ne’ã* (teu princípio vital) tá fraco já, tá mais forte *neraywerã*, tá preparando seu corpo para ir; por exemplo Emyra, Waivisi, Matapi, Tsako [nomes de pessoas idosas], *i’ãgwerã* (manifestação do - ‘ã) tá fraco já, tá mais forte - *aywerã*, já está se preparando para ir, tá fazendo *panaku* porque vai levar tudo que tem por aqui; por isso que quando nós ficamos velhos, *jane’ã* vai ficando fraco e *janeraywerã* vai ficando mais forte.”

As manifestações do princípio vital, segundo meus interlocutores, também podem se relacionar sexualmente, o que explica, por exemplo, porque antigamente os *tamokõ* (avós) tinham o cuidado de apagar as pegadas de suas esposas.

“(...) os antepassados têm muito ciúmes [de suas esposas]. Se a mulher dele pisasse aqui, ele apagava; por onde mulher dele pisava, na lama, ele ia apagando, porque ele tinha medo que outro homem pisasse em cima e colocasse seu *e’ãgwerã* no rastro para ficar junto, namorar pelo *i’ã*”.

As relações vivenciadas através das manifestações são identificadas por seus efeitos a posteriori e, em geral, “só o pajé que sabe”. Também pode acontecer de uma manifestação (- ‘ãgwerã) se relacionar sexualmente com um - ‘ã concentrado, ou seja, não desprendido de um corpo físico. Estas relações ocorrem, em geral, entre diferentes gentes e devem ser evitadas devido aos problemas que podem acarretar⁴⁵. A forma de se proteger

⁴⁴ Pelo que pude compreender, -raywerã rã diz respeito ao futuro da pessoa, que vai seguir para o *yva* [céu], onde, após um banho que o tornará imortal, irá viver com os seus parentes já falecidos.

⁴⁵ Os problemas se manifestam especialmente em crianças que reproduzem comportamentos reconhecidamente relacionados a outras gentes de outros domínios. Por exemplo, quando a criança não anda bem (só rasteja), não fala (não consegue pronunciar bem as palavras *wajãpi*), não consegue comer bem (não mastiga, só consegue comer mingau), não entende nada (não tem compreensão das coisas e por isso se comporta inadequadamente), etc. Os descuidos com as regras de comportamento, segundo meus informantes,

destas relações é observar as regras de comportamento, respeitando, por exemplo, os lugares onde não se deve ter relações sexuais.

“quando a gente quer engravidar uma mulher, não pode fazer relação sexual na água porque junto [com o nosso esperma] *i'ã* de *moju* vai engravidando, não pode fazer relação sexual na roça, senão *mani'ojarã* vai junto, não pode fazer relação sexual perto de bananeira senão *pakojarã* junto vai engravidar, não pode fazer relação sexual no mato, senão junto *ka'ajarã* vai fazer; só em casa que pode fazer aí essa criança vai nascer bem”.

Vale aqui mais uma observação: as referidas relações entre gentes diferentes não são as mesmas que aconteceram no começo dos tempos, quando os animais trocavam suas “roupas” (*-pirerã*) e, passando-se por belos homens e mulheres, vinham namorar os primeiros humanos. Como os Wajãpi gostam de relembrar, antigamente todos “falavam a mesma língua e enxergavam como a gente”. O perigo só vai se constituir enquanto tal, com o estabelecimento das diferenciações entre as gentes instituídas por *Janejarã* [dono dos Wajãpi, herói mítico] que efetua, como aponta Gallois (1988:147), “a separação entre a ‘verdadeira humanidade’ e aqueles que se constituem como seus inimigos”.

Um dado extremamente relevante que surgiu em minha pesquisa junto a uma família – e que necessita ser investigado junto as demais - consiste na afirmação de que o princípio vital (*-ã*) pode ser percebido também como uma “pessoazinha”. Nas palavras de meu interlocutor,

“(...) *e'ã* é igual a nós, ele tem braço, ele tem mão, tem perna, tem pé, tem cabeça, como uma pessoazinha⁴⁶”.

O que meu interlocutor está querendo explicar é que o princípio vital (*-ã*) não é um princípio etéreo, uma alma descolada, também não é puro pensamento (enquanto

explicam a intensificação de casos de crianças portadoras de necessidades especiais. “Esse aí para gente não tem como resolver, porque é filho de *i'ã* de outro povo; então quando morrer, a criança não vai para aldeia de nossos antepassados no céu, porque o pai dele [que deu o princípio vital para constituí-lo] veio buscar ele e levou para a aldeia dele, pra criar junto, criar família. Depois só o pajé que pode ver que ele está em outra aldeia, aldeia do caítitu, por exemplo”.

⁴⁶ Segundo este mesmo interlocutor, “(...) *e'ã* (meu *-ã*) quando sai do corpo (*e'ãgwerã*) ou pelo sonho, ele enxerga nosso corpo como a casa dele né, lugar onde vai ficar temporário, vai morar temporário, depois ele sai e vai embora, então, é lugar de passagem (...) *e'ãgwerã* se muda muito, igual a gente muda de lugar, tudo *ojisyryry* [tard. literal: ele próprio muda, muda].

representação mental), é substância e não existe sem um corpo. O -'ã sempre habita alguém e traz em suas manifestações um corpo com todos os seus componentes e potencialidades (afecções). Nesse sentido, só é possível pensar o -'ã enquanto corporificado. Tal premissa nos possibilita entender melhor a afirmação de meu interlocutor de que tem “(...) *muitos i'ã no corpo da pessoa, vai muita gente no corpo da pessoa*”. Vejamos como isso se sucede no decorrer da vida de uma pessoa wajãpi através de alguns exemplos.

Quando uma criança está sendo constituída na barriga da mãe recebe princípio vital (-'ãgwerã) dos vários homens que jogam o esperma dentro dela, e também do sangue da mãe⁴⁷. Esses princípios vitais vão constituir, em um primeiro momento, o princípio vital da criança. Se quatro homens tiverem relação sexual com a mulher, haverá quatro -'ãgwerã distintos. E, ainda, caso alguns desses pais descumprirem qualquer regra de comportamento, conforme assinalai acima, há o perigo de outros -'ãgwerã, de outras gentes de outros domínios virem a compor o princípio vital da criança. Quando questionei se esses -'ãgwerã se misturavam nesta composição, o meu interlocutor respondeu:

“(...) não mistura não, senão *e'ãgwerã vai eapisipisi*, vai enrolar, vai brigar (...) cada *e'ãgwerã* é diferente dos outros... tudo separado”.

O princípio vital é constituído inicialmente – e será incrementado no decorrer da vida – por um conjunto de diferentes -'ãgwerã, que proporciona a criança potências, habilidades, qualidades e características que os diversos genitores possuem⁴⁸. Estas qualidades e características são cumulativas, ou seja, vão passando de geração em geração, e é por isso que as pessoas possuem marcas de composições antigas, como aquelas do tempo dos animais sedutores. Estas últimas não se revelam somente na forma corpórea, transparecem também em outros tipos de manifestações/afecções, como por exemplo, nos hábitos alimentares.

“Se eu sou descendente de murumuru, descendente de papagaio, descendente da onça, descendente de vários então, cada *e'ãgwerã*, cada meu corpo precisa de alimentação diferente; não é eu que quero comer,

⁴⁷ Rosalen, 2005:101-103.

⁴⁸ “Que ele transmite? Transmite se é bom caçador ou caçador ruim, se trabalha bem ou se é preguiçoso, se é bom pescador ou pescador ruim, se fala bem, transmite o jeito da pessoa, nossas características, nossos conhecimentos (...)”.

meu descendente que quer comer caça; se eu sou descendente de papagaio quer comer fruta; se eu sou descendente de murumuru vou comer o *pisu*, assim por diante”.

No decorrer da vida os Wajãpi vão adquirindo novos conhecimentos, habilidades e qualidades nas relações com outras pessoas e também com as mais diferentes gentes. Quando se trata de transmissão entre pessoas, um dos exemplos mais emblemáticos é a aplicação das formigas *tapija í* em determinados locais do corpo para que a jovem adquira as qualidades de quem realiza a aplicação (Gallois:1988:207; Rosalen:2005:53; Oliveira:2012:161).

Em relação à transmissão advinda na relação com outras gentes, recorro aos vários exemplos fornecidos por Oliveira (2012:164), denominados por ela como “processos de ensabidamento”.

“Dentre eles: dar língua de japu (Corvídea) para as crianças comerem, para que aprendam a falar diversas línguas tal como o pássaro, famoso por imitar os cantos de outras aves; colocar no pescoço dos meninos um colar de miçanga com pedaços de garra de gavião real (*Harpia harpyja*), para que ele cace tão bem como a ave de rapina; lavar as mãos dos meninos com o besouro *jãkãsi’ĩ* (Coleóptero, *Acrocinus longimanus*), conhecido por roer madeiras duras, para que ele venha derrubar de modo exímio as árvores ao fazer roça; pendurar casulo de borboleta no pescoço de meninos para que eles tenham tipiti e peneiras tão bem quanto a lagarta”.

Estas transmissões remetem a consubstancializações⁴⁹ de variados tipos, uma vez que manifestações do princípio vital (- *’ãgwerã*) se descolam por contiguidade entre corpos, ingestão de substâncias acopladas a determinados suportes ou, ainda, através de veículos de circulação como água, suor ou fala.

⁴⁹ Gallois assinala estes processos como fundamentalmente substanciais, referindo-se a eles como ‘contaminação’ e ‘consubstancialização’. Para uma discussão sobre contágio, ver Gallois (1988:235), Rosalen (2005:53) e Oliveira (2012:165).

Além disso, outras manifestações de princípio vital circulam pelo corpo, entram e saem, como é o caso daquelas relativas aos alimentos, mas que às vezes também podem acumular e produzir efeitos.

“(...) comida, carnes, frutas, tem *i'ã* muito bom; *i'ã* espalha dentro da gente, vira *ekasia* e depois sai pelo suor *i'ãgwerã*, pelas fezes, pela respiração, tudo (...) *i'ã* da comida não acumula dentro da gente; se *i'ã* da comida acumula, por exemplo, se eu comer muita pupunha fica a marca do *i'ã* da pupunha em mim, eu fico amarelo; em wajãpi a gente diz *pypyi ãgwerã ipo rē opyta* [a mão dele segura o -'ã desprendido da pupunha], a pupunha faz aparecer marca do *i'ã*, *i'ã gwerã* da pupunha, *wasei* também, por isso que a minha esposa que reclamou: não tem mais caça, eu vou comer só fruta agora, só *pypyi ãgwerã*, a gente vai ficar amarelo, vai ficar azul de cará, branco de macaxeira, amarelo de batata, verde de cana de açúcar, vai ter *i'ã* de cada um”.

É por essa razão que os cuidados com a alimentação são importantes e perpassam o cotidiano e os inúmeros resguardos ao longo da vida de uma pessoa, como aqueles referentes à transformação dos jovens, nascimento de filhos, tratamentos com pajé etc.

“Por que a gente não come muita banana? Porque banana estraga rápido, então quando a pessoa come só banana, *i'ã* faz a gente *omomoau*, faz a gente do jeito da banana, estraga rápido, porque *i'ã* ficou lá; se come cará - porque folha do cará morre no verão -, *i'ã* do cará vai ficar lá dentro da pessoa, vai fazer igual ele, pessoal vai morrer cedo ou no verão, assim que aprendi; *mani'ó omomoau* também, *i'ã* da mandioca fica lá, se come aquela cuia cheia de chibé, ajuda a barriga crescer; por isso que a gente come só beju fino, aí não acumula muito *i'ã* dentro da gente, por isso que nós temos que saber comer direito.”

A alimentação pode propiciar inclusive uma mudança deliberada de um “modo de existir” (*reko*⁵⁰) para outro, pertencente a outra gente (gente-banana, gente-mandioca, gente-macaco, etc).

⁵⁰ Como já mencionado anteriormente na nota 25, *reko* é uma categoria que designa modos singulares de existência de cada uma das gentes que habitam o cosmos wajãpi. Retomarei essa categoria inúmeras vezes no

“(...) comida pode transformar, transforma pessoa; se eu como só *akyky*, macaco, eu viro igual *akyky*, mas não é que vira igual o corpo, é no jeito (...) se eu como muito *eira ry* por exemplo, mel de abelha, *e’ã* vai *emomoau*, eu vou virar igual rainha, barrigão, porque *i’ã* acumulou, eu vou virar igual ele, vai me transformar igual ele, se eu como só *kwata*, *kwata*, *kwata*, *i’ã* do *kwata* fica no meu corpo, você vai me ver igual *kwata* mesmo, jeito de *kwata*, não pode comer uma comida só”.

Só os pajés são capazes de ver o princípio vital (-’ã) acumulado dentro de uma pessoa⁵¹, por isso durante um tratamento as orientações relacionadas às dietas são bastante específicas, de modo a produzir um enfraquecimento deste princípio vital. Caso ele permaneça dentro do corpo da pessoa sem que esta tome os cuidados necessários em relação à alimentação, o princípio vital acumulado vai ficando cada vez mais forte, a ponto de levar a pessoa definitivamente para outro “modo de existir”, transformando-a em outra gente.

A despeito de ser uma composição, o princípio vital de uma pessoa é referido de forma condensada pela noção -’ã. Como reforça um de meus interlocutores, “Quando a gente fala *e’ã* [meu -’ã] a gente tá falando tudo junto, não separa”. Falar de -’ã, portanto, é se referir a todo esse compósito que se revela em potências, habilidades e qualidades para a pessoa. É, também, se referir aos múltiplos desprendimentos que ocorrem a todo instante (-’ãgwerã) em suas diversas manifestações: *kwaray’a porerã* (sombra), *tupasã* (relação, ligação), *taywerã* (espectro do morto) *eraywerã rã* (meu futuro que vai seguir para *yva* [céu]), *a’ãga* (imagem, duplo).

Se a noção de -’ã condensa esta multiplicidade concentrada, no vivido esta multiplicidade encontra-se necessariamente em movimento. Talvez por isso que a ideia de concentração – a qual pressupõe densidade, peso de estar com tudo “junto” – seja tão cara aos Wajãpi.

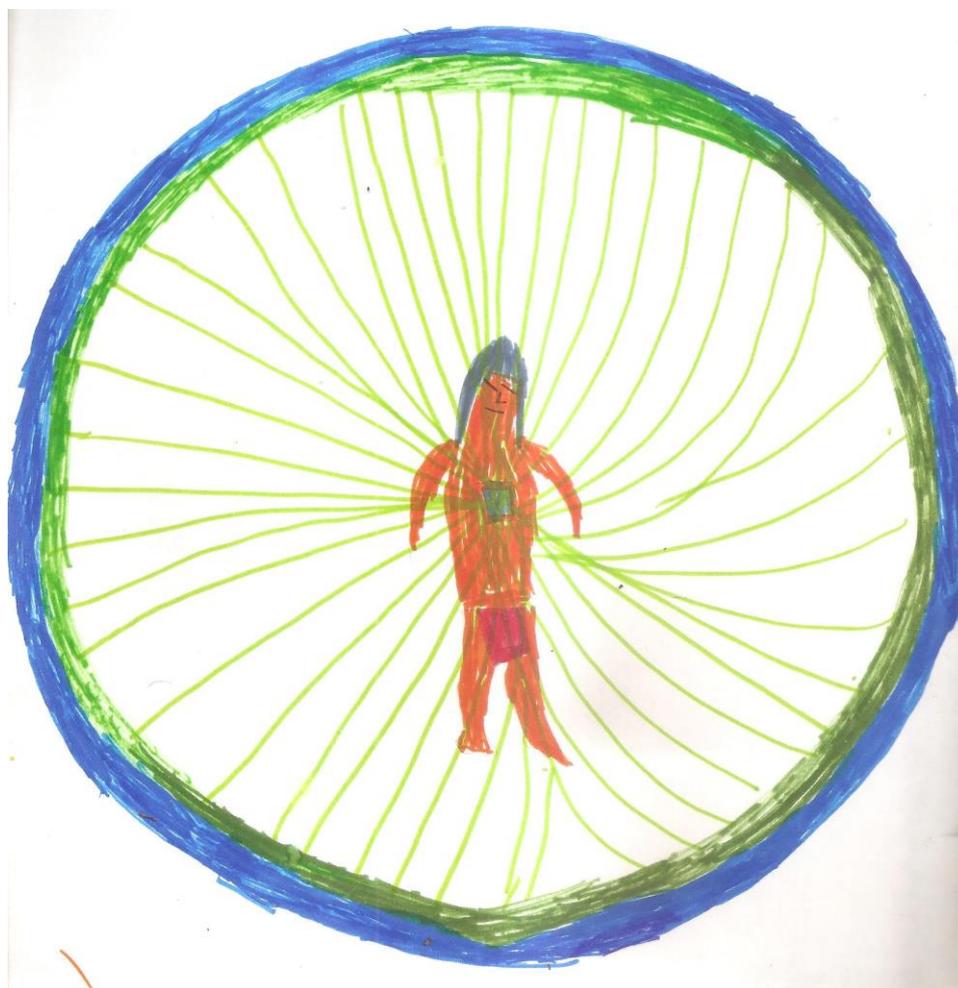
Gallois (1988:196) já chamara atenção que o estar concentrado é “(...) uma atitude positiva, mantenedora das substâncias vitais”. Em geral aludida através do estado *-koako*,

decorrer da tese, devido a sua importância estratégica na reflexão que desenvolvo acerca dos estados alterados.

⁵¹ Em relação às mulheres o pajé consegue ver tudo o que ela come através do *warypy* [pote] da mulher, que é a denominação fornecida ao peito (*susu*).

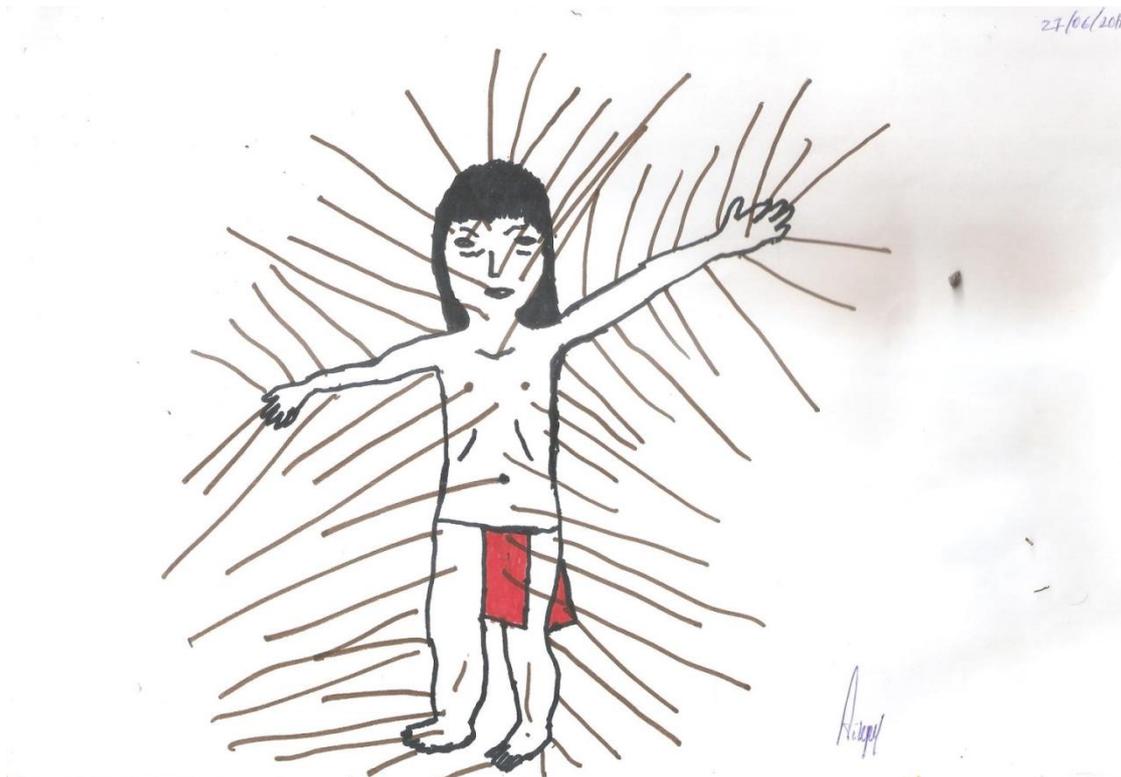
remete “ao conhecimento, à atenção, à consciência, isto é, a existência propriamente dita”. Em geral o termo *koako* é traduzido como resguardo e salientado especialmente em momentos da vida de uma pessoa nos quais ela se encontra mais vulnerável a agressões, como por exemplo: quando tem um filho recém-nascido, no período das transformações dos jovens (puberdade), durante a menstruação ou quando se está em tratamento com um pajé. O resguardo implica em uma atitude profiláctica cotidiana, sendo intensificada em determinados momentos da vida: “O ciclo de vida Waiãpi é marcado por uma sequência praticamente ininterrupta de resguardos, ligados a momentos de passagem ou a determinadas atividades econômicas e rituais”(Gallois:idem).

O desenho abaixo alude justamente a um estado de concentração, de atenção da pessoa, que pressupõe o estar pesado.



Desenho 3 – Pessoa concentrada

Já o próximo desenho, elaborado em meio a uma discussão acerca de processos de agressão, fornece a imagem de uma pessoa desconcentrada, aberta, fácil de ser agredida nos vários lugares por onde o -'ã se manifesta.



Desenho 3 – Pessoa dispersa

Os desenhos ilustram dois estados que podemos considerar dicotômicos, mas que devem ser pensados enquanto complementares. Uma pessoa wajãpi nunca se encontra totalmente concentrada – afora nos momentos de resguardo mais intensos – ou totalmente dispersa. É nesse sentido que podemos falar da condição instável da pessoa wajãpi⁵², já que ocorrem processos simultâneos de composição, decomposição e recomposição da pessoa no decorrer de sua vida. Dessa forma, a premissa bastante enfatizada na etnologia ameríndia que associa os processos de decomposição fundamentalmente à morte, adquire aqui novos contornos.

⁵²Gallois (1988:174) já chamara atenção que “(...) a integridade da pessoa é algo extremamente instável, perpetuamente ameaçada pelas agressões dos que “não são” - ou deixaram de ser, pessoas humanas”. Gongora (2017:28), ao descrever a configuração da pessoa ye'kwana, também aponta para “o caráter eminentemente instável da pessoa e seus duplos” e de seus conhecimentos.

Este processo composição, decomposição e recomposição pode ser estendido a tudo que tem vida, que possui princípio vital. De forma a ilustrar isso, apresento aqui o desenho de um *mijarã*, comparável ao desenho de uma pessoa humana.



Desenho 4 – Caça dispersa

Antes de terminar esta sessão tratarei de um outro componente da pessoa, bastante específico e relevante para compreender os processos de agressão e de restabelecimento da pessoa abordados no Capítulo II. Trata-se do *opiwanã* ou *opiwarã*⁵³, que pode ser entendido, segundo Gallois (1988:302-305), como os instrumentos do pajé, suas armas, responsáveis por sua força xamânica. Em um artigo posterior, a autora define *opiwarã* enquanto “substâncias do pajé” (Gallois 1991:188). Tal definição também aparece no material produzido pelos pesquisadores wajãpi. Os *opiwarã* estão intrinsecamente

⁵³ A mim, os Wajãpi ora falavam *opiwarã*, ora *opiwanã*, sem que isso alterasse seu significado. Na tese de Gallois (1988) aparece como *opi-wan*. Utilizo aqui *opiwarã*, da forma como os pesquisadores wajãpi escreveram em seu material sobre os componentes da pessoa. De qualquer forma acredito que *opiwarã* seja uma corruptela do termo *opiwanã*.

relacionados aos *jarã* [donos dos mais diversos domínios] (Gallois,1988:303), e podem tanto agredir quanto proteger uma pessoa⁵⁴.

“(…) *tem peyryryjarã ropiwarã, kumakajarã ropiwarã, mijarãjarã ropiwarã, temitãwerã ropiwarã, takuru ropiwarã, tudo tem opiwarã*”⁵⁵.

Meus dados de campo reforçam que todas as pessoas possuem *opiwarã*, não sendo algo exclusivo dos pajés. Elas recebem os *opiwarã* através dos inúmeros *jirojiga* [cantos de proteção ou de resolução de malefícios] proferidos por seus pais, parentes e também por ela mesma⁵⁶ no decorrer de sua vida, através dos *põa* [preparados de plantas agentivas], dos tratamentos dos pajés e também de relações diretas com os *jarã*. Como um *jovijã* (um conhecedor) me explicou, somente algumas pessoas cuidam bem dos seus *opiwarã* – por meio de resguardos, alimentação adequada, tabaco, resinas perfumadas –, fortalecendo-os e adquirindo novas parcerias (com outros *opiwarã*). Quando bem cuidados, os *opiwarã* vão se consubstancializando com os componentes dessa pessoa e passam a “pegar o jeito dela”, ou seja, a gostar do que ela gosta. Um interlocutor me explicou: “meus *opiwarã* e meu *e’ãgwerã* sempre estão juntos”.

Um exemplo que reforça essa relação diz respeito aos processos de vingança de uma determinada agressão.

“(…) vamos dizer que um pajé manda seu *opiwarã*, *mas paie’ãgwerã* [a manifestação do princípio vital do pajé] tá junto, aparece aqui como uma onça, mas é *paieropiwarã* e junto tá *paie’ãgwerã*. Vamos dizer que a gente mata a onça e faz *omosimõ* [vapor produzido a partir de água, *tãsi* (pedra que é esquentada no fogo) e diversos *poã* (plantas com princípios agentivos)] e vai fazer *opiwarã* e *paie’ãgwerã* voltar forte para o pajé, vai atacar, vai matar o pajé”.

Do mesmo modo, quando uma pessoa convoca um *opiwarã* através do *jirojiga*, ele vem sempre junto com - *ãgwerã* do *jarã*.

⁵⁴ Nas palavras de um interlocutor, “*opiwarã* tem muita capacidade dele, tem muita inteligência e se está junto com o pajé pode matar, pode curar, pode fazer tratamento”.

⁵⁵ “Tem *opiwarã* do dono do anelím, tem *opiwarã* do dono da samaúma, tem *opiwarã* do dono das caças, tem *opiwarã* das plantas cultivadas, *opiwarã* da pedra, tudo tem *opiwarã*”.

⁵⁶ “Quando uma pessoa sabe bem *jirojiga*, ele faz *jirojiga* para se proteger, [possui] uma autonomia de proteger o [próprio] corpo e sua família; se a pessoa não sabe *jirojiga* vai ficar dependente do outro, vai ter que fazer bem resguardo”.

“Se pessoa tá com dor de dente, a gente canta para a preguiça, porque preguiça tem dente todo estragado e não sente dor, daí i’*ãgwera* da preguiça traz o *opiwarã* dela e daí a pessoa não vai sentir dor”.

O canto convoca outras gentes a agir sobre a pessoa. Mas as próprias palavras, enquanto manifestações do princípio vital, também agem⁵⁷. Assim, as crianças, desde pequenas, são protegidas por *jirojiga* e banhadas com plantas agentivas, recebendo, então, diversos *opiwarã*.

“às vezes pai, avô canta *jirojiga*, passa *opiwarã*, depois banha com remédio do mato *peyryry* e *peyryry* dá *opiwarã*, então esse vai ficar sempre na pessoa, defesa dela (...) mas tem família que banha criança e não percebe que *opiwarã* está junto; daí não cuida de *opiwarã*, fica fraco *opiwarã*, fica sofrendo, ninguém cuida”.

Já se as pessoas cuidam do *opiwarã* – cumprindo os resguardos, seguindo uma alimentação adequada, fazendo uso de resinas, tabaco, enfeites –, *opiwarã* ficará feliz, vai ensinar bem a pessoa, vai protegê-la e vai ajuda-la a ter mais parceria com outros *jarã*, possibilitando-a adquirir mais *opiwarã*.

“*opiwarã* gosta muito de cheiro de *makure* [tabaco], aí esse *makure* vai chamar outro *opiwarã* que vem conversar comigo, até acostumar, até ficar amigo daquele *opiwarã*; aí ele vai me dar um *waruwa*, um espelho para olhar e enxergar e ver outra gente... cada *opiwarã* dá um *waruwa*, um banco, ou vai me dar arma”.

Todas as pessoas wajãpi têm um pouco de pajé, na medida em que seus corpos adquirem *opiwarã* de diversas origens, mas só algumas conseguem manter, fortalecer e ampliar as substâncias e os instrumentos por eles ofertados⁵⁸. Um pajé forte (paje wasu) é aquele que possui muitas parcerias com *opiwarã*. Vejamos um exemplo:

⁵⁷ Para definição da Ver Gallois (1988:177-178).

⁵⁸ Como já apontara Gallois (1996:51), “Todos podem ‘ter pajé’: homens, mulheres, crianças, qualquer que seja a origem étnica, inclusive não-índios (*karai-ku*). Na verdade, todos podem ser contaminados, em algum momento de sua vida, pelo contato com alguma entidade sobrenatural. Por isso, todos adquirem um pouco de *-paie*. Mas são raros aqueles que conseguem – conscientemente – conservar-se nesse estado, normalmente precário”.

“se um *opiwarã* ataca uma pessoa, daí pajé chama *opiwarã* de onça para fazer tratamento na gente, onça vai tá lá pra matar aquele *opiwarã* que atacou a pessoa, *peyryryjarã* tá lá para fazer tratamento, passar algum remédio dentro, o *kumakajarã* vai lá pra segurar *i`ã* da pessoa para ela não morrer, o *japukuriwajarã* vai lá para assoprar, outro *opiwarã* vai lá para segurar a lente, outro vai para cortar, então são muitos *opiwarã* juntos (...) sempre pajé tem força com outro parceiro, com outro amigo, com outro *opiwarã*”.

Essa parceria pode ser ampliada para outras gentes.

“Se *wyrau* não consegue fazer tratamento na sua gente, no seu parente, ele chama outro para ajudar, ser for tatu, tatu é pajé grande, se tatu for e não conseguir fazer tratamento, ele chama outro também pra ajudar ele, igual nós”.

Ainda que seja mais fácil obter *opiwarã* através de tratamento com o pajé, há também possibilidade de obtê-los através de processos de iniciação assentidos, *jirojiga* ou mesmo de maneira deliberada quando a pessoa tenta provocar um encontro com algum *-jarã*.

“Por exemplo, se eu quero aprender, eu escolho *peyryry* ou *wyrapirã* ou *warapokemo* ou *japukuriwa* ou *kumaka* [nomes de espécies de árvores], vou dormir lá no tronco com *makure* [tabaco], eu vou dormir, de repente vai cair uma lagarta muito grande em cima de mim, *y`o*⁵⁹, aí vai subir nas minhas costas, se eu aguentar, aí vai se transformar em uma gente, aí eu vou subir junto com ele e ele vai me ensinar. Ele pergunta: você quer sentar? Sim. Aí eu olho tem banco velho e banco novo. Me dá esse [o novo], aí ele diz: agora você escolhe um espelho. Eu olho e tem espelho grande e pequeno. Se a pessoa quer ser pajé grande, escolhe espelho grande logo, se quer ser pajé pequeno, escolhe espelho pequeno. Aí eu

⁵⁹ Segundo Gallois (1988:304), “Em sua forma física, os *õpi-wan* são representados como lagartas (*y`o*) brancas. Como as larvas em seus casulos, estão embrulhadas em tipóias: alimentadas com tabaco, elas se desenvolvem progressivamente, passando de uma forma indiferenciada para a eclosão de um ser maduro. Segundo alguns informantes, os *õpi-wan* têm cores diferentes, dependendo de sua origem: as substâncias derivadas da relação com a árvore *kumaka* e aquelas obtidas do gavião seriam “brancas”, ao passo que os *õpi-wan* fornecidos pela queixada seriam escuros”.

escolho espelho grande, eu vou usar, eu vou olhar por ele e *waruwa* faz enxergar nas costas. Depois ele vai me apresentar para outro *opiwarã*”.

Se, por um lado, *opiwarã* fornece “força”, “poder” e “substância” (Pesquisadores wajãpi:2015:26) às pessoas, possibilitando uma comunicação ampliada com a multiplicidade de gentes que compõe o cosmos, de outro, acaba por colocá-las em um estado de atenção permanente, já que se tornam alvo prioritário de agressões. Muitas vezes um pajé manda seu *opiwarã* disfarçado para agredir uma pessoa, em geral outro pajé.

“Às vezes quando pajé *ropiwarã* vem atacar a gente, vira igual parente do nosso i’ã, e daí ataca”.

“*opiwarã* vem às vezes igual folha seca, vem caindo aqui, se a pessoa não tem espelho bom, não vê o que tem dentro através do espelho (...) Às vezes pajé *ropiwarã* vem pra matar a pessoa, vem como cheiro, catinga de caititu, aí se pessoa é um pajé esperto olha pelo espelho e vê pajé *ropiwarã* e então ele se defende daquele. Às vezes pajé *ropiwarã* vem igual a peixe, pessoal pega peixe e daí se o pajé não respeita, não olha através do espelho, pajé *ropiwarã* vem atacar ele, é assim que um pajé mata outro pajé, ele vem transformado em alguma outra coisa, ninguém sabe (...) Às vezes vem igual *panaku*, aí pajé tem que espiar se não tem pajé *ropiwana* antes de pegar o *panaku*. Se pajé não olhar direito [através do espelho], aí pajé *ropiwarã* vai atacar; antes de tomar *kasiri* o pajé tem que ver também pelo espelho se não tem *opiwarã*, senão ele vai morrer cedo... é muito difícil ser pajé...”.

A discussão realizada até aqui - sobre a noção de pessoa e alguns de seus componentes – pretende contribuir para uma melhor apreensão das explicações fornecidas pelas famílias wajãpi acerca dos estados alterados de seus parentes e também fornecer um contraponto importante à dicotomia cartesiana corpo e mente que, a despeito de ser questionada e de estar sendo atualizada em pesquisas científicas de diversas áreas da medicina (genética, neurociências, saúde coletiva, etc), continua sendo mobilizada tanto nas formulações que orientam a política de saúde mental indígena quanto nas práticas dos profissionais de saúde que atendem os pacientes wajãpi em Macapá.

1.2. “*Todo corpo possui inteligência*”: contribuindo para o rompimento da dicotomia corpo e mente

“O problema das neurociências utilizadas em clínica psiquiátrica é que elas se fundam sobre esta teoria redutora, ou seja, a ideia de que a causa dos fenômenos psíquicos está no cérebro. Encontra-se aí o velho sujeito transcendental, porém materializado. É a alma de Descartes, mas uma alma material. Paradoxalmente se está tanto na teologia quanto na ciência” (Ehrenberg,2004:150).

“(…) pelo conhecimento wajãpi [a gente] não aprende na cabeça, aprende bem aqui na ponta da língua, esse daqui entrada de aprendizagem, de idioma, de língua, de conhecimento... o que escuta, no nosso ouvido escuta o que vai chamar pra entrar a nossa língua pra cá, vai espalhando dentro do corpo”.

O que pretendo nas páginas que seguem é, primeiramente, reforçar o quão significativa é, para os Wajãpi, a afirmação de que “todo corpo possui inteligência”.

Oliveira (2012:171-172), a partir do que ela denomina de “enunciações cotidianas”, sugere que é possível “pensar, para o contexto wajãpi, um conhecimento pertinente às partes do corpo”. O conhecimento⁶⁰, segundo a autora, apresenta-se intrinsecamente relacionado à noção de “se acostumar” (-*jipokuwa*), de incorporar.

“(…) os pés já se acostumaram às agruras de andar descalço pela mata, as pernas a suportar o peso dos *panakõ*, as mãos à sutileza de fiar o algodão e à destreza necessária para tratar o arumã e tecer um utensílio”.

⁶⁰ Segundo Oliveira (2012:166), a potencialidade para aprender “implica na própria transmissão de conhecimento, já que forma e conteúdo constituem-se mutuamente”.

O acostumar pressupõe “(...) a constituição de uma corporalidade específica” (idem:171), adquirida através de um processo de consubstancialização, seja no âmbito do parentesco, como apontei em meu mestrado⁶¹, seja por meio da apreensão de qualidades e habilidades de outras gentes, como ressalta Oliveira⁶². Porém quando se fala em consubstanciação faz-se necessário retomar o conceito de substância já tão extensamente utilizado na etnologia ameríndia, para refletir sobre seu rendimento e sua imbricação nas relações para os Wajãpi.

Em geral, nas etnografias a noção de substância abarca substâncias “físicas” tais como fluidos corporais, tabaco, eméticos, alimentos, óleos, tinturas vegetais, etc. Por vezes, designa algo “espiritual”, como “alma”, princípio vital, nome, o que fornece potência ao pajé, etc. A partir da consolidação da teoria do perspectivismo amazônico (1996), a substância deixa de ocupar um lugar de centralidade e passa a ser vista fundamentalmente como uma *modalidade da relação* (Viveiros de Castro, 2001:9), àquilo que conecta *o corpo ao mundo* (idem,2002:72). A “alma” ou “espírito”⁶³ passam a ser pensados enquanto *forma reflexiva, capaz de ocupar ponto de vista* (idem:380). A diferença entre pontos de vista não é fornecida pela “alma”, mas pelo *corpo de cada espécie, singularizado por determinados afetos, afecções e capacidades* (idem). Nesse sentido “(...) o perspectivismo amazônico poderia ser descrito como uma ontologia relacional, isto é, como uma imagem do ser na qual a relação ocupa o lugar da substância enquanto ‘categoria’ primeira” (2001:9).

Já para os Wajãpi a substância aparece intimamente imbricada e indissociável das relações. Por isso os cuidados relativos a estas, servem para lembrar os Wajãpi a todo instante, dos ganhos e dos perigos dos processos de consubstanciação (em dosagens e variações as mais distintas) e de transformação. Os Wajãpi também nos revelam que substâncias compõem o princípio vital (-’ã) que é necessariamente corporificado. A manifestação de um princípio vital se revela como uma miniatura de seu portador, com

⁶¹ No âmbito do parentesco as relações de substância precisam ser continuamente mantidas para que este não se desfaça.

⁶² No âmbito das relações com outras gentes, Oliveira (2012:168) ressalta que esta transmissão é pontual, circunstancial e descontínua. É necessário haver essa descontinuidade - apontada por mim também na questão da relação com os alimentos - para que não haja um processo de mudança de modo de existir, de *reko*.

⁶³ Na frase que se segue, Viveiros de Castro refuta a dicotomia material e imaterial e retira a ênfase do conceito de substância: “O espírito, que não é aqui substância imaterial mas forma reflexiva, é o que integra; o corpo, que não é substância material mas afecção ativa, o que diferencia (Viveiros de Castro;2002:242).

suas múltiplas potências, habilidades e capacidades sendo que, esta miniatura também possui extensões que se manifestam corporificadas e isso se repete *ad infinitum*. Dizem os meus informantes, que um princípio vital (-'ã) pode vir a se relacionar (namorar, agredir, etc) com outros princípios vitais e que essas relações de consubstanciação vão ser percebidas fundamentalmente através de seus efeitos. O princípio vital se move – “*ele se muda muito (ojisyryry)!*” – via fluidos corporais, bebidas fermentadas, alimentos, preparados de plantas, marcas das pessoas, falas, sonhos, respiração, seivas, cantos, etc. E compõe os mais diferentes corpos e extensões das mais diversas gentes que se fazem presentes no cosmos, tais como: pessoas humanas, caças, animais, plantas, fenômenos meteorológicos⁶⁴, pedras, sombras, vento, falas, sons, cheiros, pegadas, objetos produzidos manualmente, objetos utilizados cotidianamente, sonhos etc.

Por isso que os Wajãpi costumam falar que o corpo, em todas as suas partes e em suas mais variadas manifestações, possui “inteligência” fornecida fundamentalmente pelo princípio vital⁶⁵. Esta apreensão é completamente distinta da instituída por uma abordagem biomédica organicista, na qual as habilidades e potencialidades (inteligência, raciocínio, pensamento, motricidade, aprendizagem etc.) são vinculadas fundamentalmente a um órgão específico do corpo físico, o cérebro⁶⁶. Esta abordagem de ênfase fisicalista, enfatizada aqui, percebe a mente como “(...) *apenas um produto (para alguns, um epifenômeno, um subproduto ineficiente) da química e da atividade elétrica cerebral*” (Moreira-Almeida, 2013:105-106)⁶⁷. Esta vertente pode ser pensada como uma radicalização do debate racionalista, herdeiro das reflexões dos pensadores gregos que

⁶⁴ Segundo um interlocutor wajãpi: “*quando o vento é forte é de jarã, força de respiração de jarã não tem proteção [para as pessoas], ele respira aqui mesmo; mas não é todo vento; quando é respiração de jarã, a gente sente pelo cheiro, se for cheiro peyryry, peyryryjarã que estão respirando, se for respiração de sucuri tem mojupije [cheiro de moju, de sucuri], vyty é vento muito forte, se a gente não cuidar da terra, vyjarã fica bravo. (...)*”. O que comumente denominamos por fenômenos meteorológicos são fundamentalmente manifestações de outras gentes. Gallois (1988:66) já chamara atenção para isso. Yano (2015:14;26;73) também menciona a importância de fenômenos meteorológicos na cosmovisão Kaxinawá.

⁶⁵ Esta percepção também aparece em Yano (2015:12) a partir do trabalho de Kessinger (1995): “a sabedoria (unan) de uma pessoa manifesta-se na capacidade de pensar (*xinan*) pelo corpo inteiro, conjugando saberes dispersos nas mãos (*meken*), na pele (*bitxi*), nos ouvidos (*pana*) e em outras partes”.

⁶⁶ Vale salientar as inúmeras vertentes, polêmicas, contradições, negociações e dissidências a esse respeito, presentes no campo da biomedicina desde seu processo de constituição até os dias atuais. Atualmente faz-se necessário reconhecer os inúmeros avanços das pesquisas científicas realizadas em diversas áreas da biomedicina, com destaque para as neurociências e a genética e também pela microbiologia, que problematizam a centralidade do cérebro na efetivação do pensamento, memória e emoção. Nesse sentido as pesquisas tem se aproximado, em alguns aspectos, das concepções de corpo ameríndias.

⁶⁷ Para uma análise da extensão do que pode ser denominado como “neurocultura” na sociedade contemporânea ver Ortega, F. & Vidal, F. (2007: 255-259).

foram os primeiros a associar sensações e atividades corporais ao cérebro⁶⁸. Hipócrates (460-379 a.C.), por exemplo, antecipou muitas discussões das neurociências ao propor que:

"Deveria ser sabido que ele é a fonte do nosso prazer, alegria, riso e diversão, assim como nosso pesar, dor, ansiedade e lágrimas, e nenhum outro que não o cérebro. É especificamente o órgão que nos habilita a pensar, ver e ouvir, a distinguir o feio do belo, o mau do bom, o prazer do desprazer. É o cérebro também a sede da loucura e do delírio, dos medos e sustos que nos tomam, muitas vezes à noite, mas às vezes também de dia; é onde jaz a causa da insônia e do sonambulismo, dos pensamentos que não ocorrerão, deveres esquecidos e excentricidades" (Finger, 1994, apud Oliveira & Barros, 2007:186).

Durante séculos perpetuou-se entre os pensadores um amplo debate que relacionava mente - ou “inteligência”, no sentido fornecido pelos meus interlocutores - ao corpo através de complexas relações entre o funcionamento de estruturas físicas, tais como: ventrículos cerebrais, cavidades encefálicas, coração, fluidos corporais etc. [Platão (427-348 a.C.), Aristóteles (384-322 a.C.), Galeno (130-200), Nemésio (320), Leonardo da Vinci (1472-1519), Vesalius (1514-1564)].

Será Descartes (1596-1650) a partir da premissa “se penso, logo existo”, que irá afirmar que “constatação [das coisas] não depende do mundo exterior (ou mundo sensível), apenas do pensamento”. Dessa forma, estabelecerá tanto as bases do racionalismo científico moderno como do dualismo entre duas substâncias, vistas como ontologicamente distintas: a mente - *res cogitans* ("coisa pensante") – e o corpo – *res extensa* (qualquer outra forma de matéria que ocupe lugar no espaço).

Tal dicotomia, no entanto, não deve ser lida de modo mecânico, já que o autor postula uma interligação material entre ambas:

“Segundo Descartes, a alma racional é uma entidade distinta do corpo e faz contato com ele por meio da glândula pineal. Descartes escolheu a glândula pineal porque parecia ser a única região do cérebro não

⁶⁸ Há inúmeros debates sobre o modo como a dicotomia corpo e mente (ou corpo x alma /espírito) foi pensada no decorrer da história, particularmente a européia, desde a Grécia Antiga. Ver Pessotti (1999); Pucci Jr (2004).

dividida bilateralmente e unicamente pertencente a humanos. A interação ocorreria nos dois sentidos. Por um lado, o corpo afeta a mente, quando a alma se torna consciente do movimento dos espíritos animais⁶⁹ pelos nervos, chamado de sensação consciente. Por outro lado, a mente afetaria o corpo na ação voluntária, quando a alma inicia o fluxo diferencial dos espíritos animais” (Pucci Jr., 2004:3).

Essa filosofia de base racionalista irá influenciar fortemente o nascimento das ciências e, dentre elas, a psiquiatria no final do século XVIII⁷⁰. Cumpre ressaltar, todavia, que antes do nascimento da psiquiatria propriamente dita muitos pensadores gregos e, posteriormente, médicos, físicos e químicos já haviam produzido vastas listas do que fora denominado formas de loucura e alienação mental. Pessotti (1999:8) destaca que antes do século XIX as classificações eram discriminadas segundo “a faculdade ou as faculdades mentais afetadas”, a partir de um critério mais filosófico que aludia especialmente às faculdades da alma. Já a partir do século XIX,

“(...) quando o campo da loucura se torna território exclusivo da medicina, surgem várias classificações que proclamam seguir um critério nosológico: posto que loucura é uma doença, não cabe classificar suas formas com algum critério filosófico ou psicológico. Enquanto *noso*, doença (...) deve ser descrita, e classificada, segundo os padrões clínicos, isto é, segundo suas causas clinicamente acertadas (etiologia), segundo seus efeitos típicos sobre as funções orgânicas e o comportamento do

⁶⁹ A noção de espírito animal vem da obra de Galeno (130-200) para quem o espírito era constituído por uma “mistura de um líquido e do ar, era considerado como a essência da vida e fonte das faculdades intelectuais. Quando necessário, ele viajava através dos nervos, considerados estruturas ocas, para provocar movimentos ou mediar as sensações” (<http://www.cerebromente.org.br/n16/history/mind-history.html>, acessado em 02/01/2018 às 16:54). Segundo a reelaboração da noção por Descartes, e que aparece no *Dictionnaire Philosophique* de 1878, “dizemos espíritos animados ou espíritos vitais para significar aquilo que jamais vimos, mas que dá movimento à vida; é a parte mais sutil da matéria” (Ramozzi-Chiarottino & Freire, 2013:165).

⁷⁰ Na historiografia da loucura é consenso a importância do médico francês Pinel (1745-1826) na constituição da psiquiatria. Pinel é considerado o fundador da clínica psiquiátrica ao reconhecer a loucura como doença e, portanto, passível de tratamento e cura. A partir disso, propõe uma nova metodologia para a categorização das doenças, baseada na observação do doente, na descrição e classificação de sinais e sintomas. Segundo Uhr (2014: 47), “*No Traité, Pinel postula que os conteúdos da mente dependem das percepções e sensações que os homens experimentam e que a doença mental é uma doença cerebral de origem predominantemente moral (1801/1809, p. 10). Em razão desse entendimento, Pinel determinou que o tratamento implicava em completo isolamento social do alienado. O isolamento retiraria o doente de seu meio, de suas tensões habituais – geradoras ou partícipes no adoecimento – e garantiria a permanência em um ambiente calmo, disciplinado e regido pela lei médica. A vida regrada do hospício seria, para Pinel e seus contemporâneos, o antídoto adequado para a cura da doença mental.*”

paciente (sintomas) e segundo sua evolução clínica típica (marcha). Às classificações desse tipo, cabe o adjetivo de nosográficas, a significar descrição fundada em critérios nosológicos, clínicos” (idem).

A complexa história da construção da psiquiatria vai mobilizando, através de seus especialistas e suas escolas, processos psíquicos e orgânicos com distintas intensidades de modo a fornecer explicações para os distúrbios mentais. Uhr (2012:4) consegue sintetizar exemplarmente este movimento:

“A psiquiatria é fruto das transformações da ciência que culminaram no nascimento da medicina moderna, que toma o homem e sua fisiologia como *locus* de investigação e intervenção. Ela também é oriunda de um movimento de transformação da cultura e da sociedade que permitiu a criação do ‘indivíduo psicológico’, portador de uma intimidade produzida pela investigação de si. Foi na interseção desses dois modos de apreensão do indivíduo – corpo e mente – que a psiquiatria se desenvolveu e buscou a produção de verdades (Birman, 1978). A coexistência entre uma orientação somática e outra psicológica produziu oscilações na explicação acerca da doença mental desde sua fundação até a atualidade, tendo sido responsável pela impossibilidade de integração absoluta da psiquiatria ao modelo biomédico e, portanto, de adoção de um modelo exclusivamente fisicalista ou somático”.

A consolidação do campo da psiquiatria trouxe a institucionalização dos transtornos mentais, seus especialistas e suas drogas (neurolépticos). A criação de manuais internacionais de classificação de doenças, tais como o CID⁷¹ e o DSM⁷², procuraram “disciplinar e uniformizar as descrições diagnósticas na prática clínica e no ensino da psiquiatria” de forma universalizar doenças e corpos (idem:179). Estes manuais vão trazer uma forte influência da psiquiatria alemã organicista de Krafft-Ebing (1979) e Kraepelin (1883/1915) e foram, ao longo dos tempos, ampliando o escopo de sua atuação para

⁷¹ O CID, Código Internacional de Doenças, é produzido pela Organização Mundial de Saúde/OMS.

⁷² O DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, traduzido como Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais é produzido pela APA - American Psychiatric Association (Associação Americana de Psiquiatria).

abarcam um universo de síndromes⁷³ e distúrbios dos quais “vários são apenas manifestações de disfunção *biológica* do indivíduo” (idem:186).

A última publicação do manual, o DSM-V, lançado em 2013, foi recebido com críticas bastante contundentes por parte da comunidade científica internacional⁷⁴. Surpreendentemente, também recebeu críticas de pesquisadores americanos do campo da psiquiatria: Thomas Insel (2013), diretor do National Institute of Mental Health (NIMH), e Allen Frances (2013), chefe da equipe que elaborou o DSM-IV (Caponi, 2014:742). Dentre as críticas ressalta-se a falta de marcadores biológicos definidos para validação das categorias de doenças (que são meramente resultados de convenções coletivas de uma comunidade de psiquiatras)⁷⁵; a patologização de condutas consideradas socialmente indesejáveis (“como a tristeza, os pequenos déficit de cognição, as explosões de raiva, os comportamentos sexuais, as adições a certas condutas cotidianas como comprar, o uso de substâncias tóxicas, etc”) (idem:752); acrescenta categorias associadas “à prevenção e antecipação de riscos”⁷⁶ (idem:754) e define as patologias psiquiátricas por referência a agrupamentos de sintomas (acarretando “a desconsideração das narrativas dos pacientes, das histórias de vida, das causas sociais e psicológicas específicas que podem ter provocado determinado sofrimento psíquico ou determinado comportamento” (idem:744).

Vale ressaltar que desde o DSM – IV (1994) tem-se a constituição de um quadro de referência para avaliar características socioculturais e sua relação com transtornos mentais. Já o DSM-V atualiza esta versão e elabora uma seção denominada “Formulação Cultural”, que traz um debate sobre cultura, diagnósticos, incluindo quadros de Entrevista de

⁷³ Quanto às síndromes, Pessotti (1999:186) chama atenção para o fato de que “muito poucas correspondem a alguma concepção teórica de loucura, entendida, desde séculos, como algum tipo de comprometimento da racionalidade individual ou alguma forma de desgoverno dos impulsos ou da vontade”.

⁷⁴ “Pesquisadores de diferentes países do mundo, como Pignarre (2006), Elisabeth Roudinesco (2013), Phillips (2010), Paris e Phillips (2013), Sadler (2010, 2013), Hacking (2013), Horwitz (2007, 2002, 2013), Conrad (2007), Braunstein (2013), junto a grupos internacionais como Stop DSM (2013), ou o coletivo francês denominado Pas zero de conduit (2013), apresentaram sólidas objeções a esse modelo de identificação de diagnósticos, antes e depois da publicação do DSM-V. No Brasil, se somaram críticas à estratégia reducionista do DSM por pesquisadores provenientes de campos diversos como Camargo et al. (2006), Caliman (2009), Ortega (2004, 2008), Garcia Maldonado (2012) e Dunker e Neto (2011), dentre outros” (Caponi;2014:742).

⁷⁵ Allen Frances considera que “esse manual se caracteriza por apresentar uma lista de patologias mal formuladas, de modo pouco claro e inconsistente” (Caponi, 2014: 749).

⁷⁶ “O risco, na medida em que aparece como um modo de antecipar um perigo possível (real ou imaginado) sobre a vida e a saúde, constitui a estratégia biopolítica por excelência que permite garantir a legitimidade e aceitabilidade desse modo de exercer o governo das populações” (CASTIEL, 2012 apud Caponi, 2014:753). Alguns dos exemplos são: risco de psicose, detecção precoce de doenças mentais em criança, risco de suicídio, risco de episódio depressivo etc.

Formulação Cultural como um instrumento auxiliar de diagnóstico. Fornece um glossário que aponta alguns exemplos de “conceitos culturais de sofrimento” em diversos países e povos no mundo⁷⁷. Nesse glossário, primeiramente há uma descrição de um conceito cultural específico⁷⁸, que é relacionado a conceitos equivalentes em contextos culturais distintos, e, por fim, associado a determinados transtornos previstos no DSM-V⁷⁹.

Ainda que eu não vá fazer uma análise profunda das partes deste documento em que se mobiliza a noção de cultura e também o uso corrente dessa noção em meio as descrições de determinados transtornos⁸⁰, pretendo aqui levantar alguns questionamentos que podem subsidiar reflexões futuras mais cuidadosas. O primeiro deles é a premissa de que os transtornos mentais são universais, portanto, encontrados nas mais diversas culturas, ainda que sob denominações e conteúdos locais. O manual contrapõe o normal ao patológico, de modo que a anormalidade passa a ser (pré)concebida como doença. Ainda que haja um reconhecimento de que cada cultura tem as suas próprias definições do que é normal ou patológico (“anormal”, “problemático”), elas devem ser respeitadas desde que não produzam vulnerabilidade, sofrimento, estigma no paciente, bem como rejeição de um diagnóstico e tratamento afetando o curso da doença e sua recuperação. Quando as práticas e conhecimentos locais se interpõem à lógica psiquiátrica, ocorre um processo de culpabilização da cultura ou do próprio paciente por sua situação. Por fim, parece existir um pressuposto (não tão explícito) de que os transtornos mentais necessariamente produzem sofrimento, e que este, mesmo regido por padrões culturais próprios, é reconhecível através de “signos corporais de aflição” por um observador de fora da cultura. O sofrimento, então, é universalizado, ainda que classificado a partir de padrões culturais específicos.

⁷⁷ Ver anexo II.

⁷⁸ As descrições são pouco etnográficas, descolam o conceito do contexto cultural e utilizam categorias biomédicas que vão produzindo no decorrer da descrição a possibilidade de associação a determinados tipos de transtornos.

⁷⁹ Essa incorporação de conceitos locais pelo DSM-V dialoga diretamente com as proposições da etnopsiquiatria e da psiquiatria transcultural. A etnopsiquiatria ou psiquiatria cultural é “(...) uma prática clínica que tenta levar em conta particularidades étnicas a partir das quais os diferentes processos psicopatológicos de um dado grupo social se elaboram. Quanto à psiquiatria transcultural, ela é uma extensão desse campo de investigação de uma cultura para outra. É, pois, uma psiquiatria essencialmente comparatista que estuda as diferenças na natureza e na frequência das perturbações mentais quando se passa de um grupo para outro” (Laplantine; 1998:35).

⁸⁰ Para fornecer uma ideia da importância do termo cultura e suas derivações, vale dizer que aparecem 745 vezes no DSM-V, obra que possui 948 páginas.

Mesmo diante de críticas, as mais variadas, os manuais internacionais continuam sendo vastamente utilizados e servem como instrumentos de apoio diagnóstico para os psiquiatras, dentre os quais aqueles que atuam no atendimento aos pacientes wajãpi⁸¹.

Para compreender os impactos da intensificação da atuação dos psiquiatras, do uso desses manuais e da medicalização por psicotrópicos junto aos povos indígenas, vale recuperar um pouco a história das ações em saúde mental indígena, antes de sua institucionalização propriamente dita.

Este campo de intervenção começou a ser delineado a partir da implantação do Subsistema de Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde em 1999, e ganhou densidade a partir da constituição do subcomponente “Saúde mental Indígena”⁸², dentro do Projeto Vigisus II da FUNASA, em 2004⁸³. A ênfase deste subcomponente era fundamentalmente na questão do consumo de álcool e dos suicídios indígenas.

De 2000 a 2007 foram realizados projetos pilotos entre vários povos indígenas, com o objetivo de produzir subsídios para a elaboração de uma política nacional de saúde mental indígena. Esta temática também foi enfatizada na III Conferência Nacional de Saúde Mental ocorrida em Brasília em 2001, na qual foram tiradas as recomendações para que o Estado brasileiro passasse a focar com vigor a atenção à saúde mental de populações tradicionais como as indígenas e quilombolas⁸⁴. Em outubro de 2007 foram realizadas em Brasília a I Conferência Internacional de Saúde Mental Indígena e o I Encontro Nacional de Saúde Mental Indígena, dos quais participaram profissionais de saúde envolvidos com a saúde indígena, representantes do Conselho Nacional Antidrogas, Sociedade Brasileira de

⁸¹ Ainda que o DSM seja um dos manuais de consulta dos psiquiatras, nas consultas que acompanhei dos pacientes wajãpi, em nenhum momento foi levada em conta a existência de “categorias locais de sofrimento” e nem foram utilizados seus instrumentos de apoio aos diagnósticos.

⁸² O subcomponente tinha por objetivo “Desenvolver estratégias de intervenção e avaliação para o enfrentamento do problema do alcoolismo e suicídio nas populações indígenas com vistas a subsidiar a formulação de uma política de saúde mental para o subsistema de saúde indígena” (Fonte: <https://saudeindigena.files.wordpress.com/2011/07/projeto-vigisus-ii-componente-ii-sac3bade-indc3adgena.pdf> Acessado em 05/01/2018 às 8:10).

⁸³ O Projeto Vigisus II “teve como objetivo contribuir para a redução da mortalidade e da morbidade e diminuição da exposição a fatores de risco através do fortalecimento da vigilância em saúde e do sistema de controle de doenças, além de apoiar a prevenção e controle de doenças das populações indígenas” (<http://www.funasa.gov.br/site/projetovigisus-ii-e-elogiado-pelo-banco-mundial/>).

⁸⁴ Sob o lema - “Cuidar, sim. Excluir, não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social.”, a conferência indicou, dentre outras ações, que se garantisse a criação de serviços de saúde mental para as populações rurais, indígenas, idosos, crianças e adolescentes, portadores de deficiência e grupos de maior vulnerabilidade (moradores de rua, pessoas usuárias de drogas, dentre outros) e que em relação às populações indígenas e comunidades quilombolas fossem respeitadas as especificidades culturais.

Psiquiatria e Conselho Nacional de Psicologia. Vale notar que no delineamento desta política há uma intensificação da atuação dos psicólogos, que produz reflexos importantes, como o aumento da produção acadêmica da psicologia voltado a esta temática⁸⁵. Durante a Conferência foram apresentadas experiências nacionais e internacionais sobre consumo de álcool e suicídio entre povos indígenas⁸⁶, de acordo com o documento oficial contido no site do Ministério da Saúde.

A institucionalização da política vai ocorrer de fato com a publicação da Portaria 2.759 de 25 de outubro de 2007, que “Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o Comitê Gestor”. As diretrizes formuladas são, de modo geral, bastante cuidadosas; reproduzo aqui as três primeiras que dizem respeito especificamente às práticas e os conhecimentos indígenas. Determinam que se faz necessário:

I - apoiar e respeitar a capacidade das diversas etnias e das comunidades indígenas, com seus valores, economias, tecnologias, modos de organização, de expressão e de produção de conhecimento, para identificar problemas, mobilizar recursos e criar alternativas para a construção de soluções para os problemas da comunidade;

II - apoiar a organização de um processo de construção coletiva de consensos e de soluções, que envolva a participação de todos os atores sociais relevantes, em especial o movimento social e as lideranças indígenas, que considere e respeite as especificidades e a cultura de cada comunidade indígena envolvida, que respeite e convoque os conhecimentos da medicina tradicional das comunidades, e que crie alternativas viáveis e consensuais para a abordagem dos problemas de saúde destas comunidades;

⁸⁵ Batista (2014) realiza em sua monografia um levantamento extenso da produção acadêmica na área da psicologia a respeito de saúde mental em contextos indígenas entre 1999 a 2012, produzindo um panorama detalhado a respeito destes trabalhos (enfoques, temas, regiões onde foram produzidos, se realizados em parceria etc). Alguns dados em especial me chamaram atenção: a maioria da produção de artigos é pautada em trabalhos de campo na região norte, de 14 artigos somente um problematiza o conceito de saúde mental e os temas mais recorrentes são: uso de álcool, suicídio, avaliação psicológica, psicoativos e TDAH. Quanto as teses e monografias foram encontrados 7 trabalhos, dos quais 3 tem como foco o sofrimento psíquico, 1 a questão do uso de álcool, 1 de psicodiagnóstico, 1 de psicologia analítica e 1 de filosofia, psicologia e indianidade.

⁸⁶ Há de se ressaltar que existe uma vasta produção a respeito dessas temáticas em povos nativos dos Estados Unidos, Canadá e Austrália, assim como em relação a povos específicos na África e na Ásia que não tive tempo hábil para selecionar e analisar.

III - considerar como atores sociais imprescindíveis para a construção deste processo, os etnólogos e a comunidade acadêmica, na medida em que vem acompanhando sistematicamente o impacto do contato destas comunidades com as sociedades envolvidas, apontando a complexidade dos problemas das comunidades e das intervenções do Estado brasileiro e produzindo conhecimento acerca da heterogeneidade destas comunidades

As diretrizes que orientam teoricamente a abordagem das comunidades indígenas – em consonância com as garantias constitucionais de respeito à diferença e a pluralidade cultural – procuram designar o foco de atuação em relação aos “problemas de saúde” ou “problemas da comunidade”. Já as diretrizes que tratam da organização dos serviços de assistência vão qualifica-los enquanto “problemas de saúde mental”. Vale notar também que a terceira diretriz dá destaque à inserção dos etnólogos e da comunidade acadêmica nessas discussões. Esta tentativa de incorporação de etnólogos só enfatiza que não são aleatórias as escolhas de fortalecimento da psiquiatria e psicologia em todo o processo que antecede a institucionalização da política de saúde mental indígena. Trata-se da escolha de uma abordagem teórica que reforça a universalidade dos transtornos mentais ou dos chamados problemas psicopatológicos⁸⁷.

Propor uma política de saúde mental para os povos indígenas que diz levar em conta os conhecimentos e práticas locais é uma contradição em termos. O conceito de “saúde mental”⁸⁸ carrega intrinsecamente vários outros conceitos – mente, indivíduo, habilidade, produção - que não dialogam com as noções de pessoa extremamente complexas existentes nos povos indígenas. Esta contradição tem sido explicitada pelos povos indígenas pelas mais diversas vias: relatos e denúncias (em documentos), composição com uma multiplicidade de atores (pajés, curandeiros, missionários, pastores etc.), respostas ao processo de medicalização etc. Um dos documentos produzidos por lideranças indígenas no IV Congresso de Saúde Mental (2014) recomenda que

⁸⁷ Mesmo alguns trabalhos que fornecem contribuições significativas para uma reflexão acerca do diálogo entre a psiquiatria e povos indígenas – conferindo ênfase às narrativas indígenas e/ou aos relatos dos profissionais de saúde - tais como Souza (2002); José (2010); Ouriques (2011); Rodrigues (2014) perpetuam a ideia de que os acometimentos são psicopatologias, experiências de loucura e de sofrimento mental.

⁸⁸ De acordo com o “Plano de Ação sobre Saúde Mental 2013-2020” elaborado pela OMS “mental health, which is conceptualized as a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community”. (Fonte: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=B13023CD69D83CED42571FD1D3E380C1?sequence=1, acessado em 17/09/2018 às 14:35).

“Para que seja dado um tratamento diferenciado adequado, é preciso que o profissional [de saúde] não ocupe o lugar de detentor absoluto do conhecimento, mas que antes conheça e aprenda, compreenda e respeite as distintas cosmovisões e práticas dos povos indígenas, recebendo dos mais velhos e lideranças, orientações quanto às formas de enfrentamento dos problemas, organização do povo e as condutas esperadas para que a cultura seja respeitada”.

Esta recomendação é, dentre outras coisas, um chamado para que se leve realmente a sério o que os povos indígenas têm a dizer sobre seus estados alterados, bem como as formas locais de resolução através das múltiplas possibilidades de composição com os mais variados agentes. Por ora, o que temos assistido com a instituição dessa política é uma patologização intensa – no caso wajãpi de diferentes modos de existir - e uma medicalização (ou hiper prescrição) com psicotrópicos, sem precedentes, dos povos indígenas. Nos Capítulos II e III procuro apresentar de que forma diferentes famílias wajãpi vêm lidando com isso.

Por fim, podemos pensar esse processo junto aos povos indígenas como uma extensão do que vem ocorrendo com os não índios nos últimos 40 anos, com o fortalecimento de uma vertente da psiquiatria biologicista.

“(…) classificar inadequadamente com o rótulo de “transtorno mental” milhões de pessoas que antes eram consideradas “normais” não é novo, não é acidental, nem resultado de uma escolha metodológica equivocada, realizada pelo Grupo de Tarefas do DSM-V. Pelo contrário, trata-se de uma questão teórica e política que é contemporânea à própria ambição classificatória da psiquiatria” (Caponi, 2014:752).

Além disso, é interessante notar que a produção mais intensa sobre esse processo junto aos povos indígenas vem sendo elaborada no campo da psicologia (Rodrigues 2013; Teixeira 2016; Guimarães 2016) e insiste na tese de que a causa deste fenômeno está relacionada fundamentalmente à intensificação da relação com os não-índios e ao acesso a uma multiplicidade de elementos exógenos. O que pretendo mostrar neste trabalho é que esta equação sugerida pela literatura não pode ser lida de uma maneira simplista e mecânica. Se, de fato, é possível perceber que os não índios contribuem indiretamente para

a intensificação de casos de pessoas em estados alterados, todavia, a relação com estes, com exceção de raríssimos casos, não produz este tipo de problema. Os não índios são só mais uma gente – numerosa e esquecida – com a qual os Wajãpi podem trocar conhecimentos e se compor substancialmente, ainda que insistam em se revelar atraentes e perigosos.

Capítulo II – Relações e alteridades: “*nós não estamos sós no mundo*”

O conviver pressupõe cuidados cotidianos para que não haja agressões – deliberadas ou involuntárias – aos domínios específicos de cada uma das gentes que compõem o cosmos. Essa premissa vale para todas as gentes. Porém, se há cuidados, presume-se que haja, necessariamente, descuidos⁸⁹. Este capítulo pretende abordar casos de descuidos nas relações que provocam o que designo por estados alterados⁹⁰. Opto por essa designação pelo fato do termo “estado” fornecer a percepção de algo circunstancial (como o fenômeno se configura inicialmente), e “alterado” por remeter a alterações nos elementos que compõem a pessoa wajãpi. Em outras palavras, quando abordamos a noção de pessoa wajãpi, conforme apresentado no capítulo I, nos distanciamos da ideia de indivíduo, na qual se baseia a biomedicina; da mesma forma, também estamos longe da percepção desses fenômenos enquanto patológicos. Poderíamos então pensá-los como “anormais”?

Faço uma pequena digressão para apontar que o debate entre normalidade e anormalidade não é novo na antropologia, encontrando em Mauss e Lévi-Strauss contribuições originais e indispensáveis não somente para uma retomada de um diálogo interdisciplinar, mas especialmente para o delineamento das reflexões aqui propostas. Mauss (2003 [1924]:331), no trabalho em que trata das relações entre a psicologia e a sociologia, aponta que

⁸⁹ Gallois (1988:246) já chamara atenção que é “próprio da condição humana (...) o inexorável confronto – através de atividades predatórias – com os domínios da água, da floresta e das serras; confronto aos quais se somam outros, associados às rixas acumuladas com inimigos humanos – da etnia wajãpi ou de etnias vizinhas – ligados simbolicamente a domínios específicos da cosmografia horizontal”.

⁹⁰ Ao realizar uma descrição dos componentes da pessoa humana e seus movimentos, Gallois (188:174-175) atenta para os “estados de alteração que afetam os seres humanos: concepção, nascimento, resguardo, doença e morte, como situações ou estados diferentes da pessoa”. A autora utiliza a expressão da mesma forma que a utilizo nesse trabalho, para designar estados – que percebo como quase permanentes - de “decomposição” da pessoa.

“as confusões mentais e as interpretações, os contrastes e as inibições, os delírios e as alucinações que só dificilmente observais [eles, os psicólogos] e em casos patológicos, podemos vos oferecer em milhões de exemplares e - o que é mais importante - em casos normais. Por exemplo, a "tanatomania"⁹¹ de que vos falei, essa negação violenta do instinto de viver pelo instinto social, ela não é anormal, mas normal entre os australianos e os Maori”.

O autor anuncia algo que, anos depois, será incorporado pela antropologia da doença e a psiquiatria transcultural: fenômenos que em determinadas culturas são considerados patológicos, em outras podem ser percebidos como estritamente normais. Mais que isso, o que é designado por “fato psicológico” – comumente relacionado ao patológico (confusões mentais, delírios, alucinações, psicose etc.) - “(...) *revela-se em toda a sua nitidez por ser social; ele é comum a todos os que dele participam, e, por ser comum, despoja-se das variantes individuais*” (idem:334)⁹². Dessa forma, para Mauss, só é possível pensar nos fenômenos enquanto totalidades que misturam “(...) *corpo, alma, sociedade*”. Ele antecipa não somente o que as etnografias ameríndias vão evidenciar reiteradamente a posteriori – o corpo enquanto lócus onde tudo se encontra concentrado e expresso (através de componentes e potencialidades) –, como também produz questionamentos que continuam fecundos à psicologia e à biomedicina, em múltiplas vertentes teóricas (psicologia intercultural, psiquiatria transcultural, etnopsiquiatria, antipsiquiatria, antropologia médica etc.).

Lévi-Strauss (2003 [1950]:24-25), por sua vez, no texto em que rende homenagem a Mauss, pondera que se por um lado é correto afirmar que “*todo fenômeno psicológico é um fenômeno sociológico*”, por outro, aponta que

“a prova do social, esta, só pode ser mental; dito de outro modo, jamais podemos estar certos de ter atingido o sentido e a função de uma

⁹¹ Mauss (2003[1924]:326) designa como “tanatomania” um fato que considera normal na Polinésia e na Austrália. “Nessas civilizações, os indivíduos que se creem em estado de pecado ou de enfeitiçamento deixam-se morrer e de fato morrem, sem lesão aparente; às vezes em hora marcada e geralmente muito depressa”.

⁹² Mauss (2003[1924]:332) chama atenção para o fato que “(...) os linguistas tiveram a felicidade de ser os primeiros a saber que os fenômenos que estudam eram, como todos os fenômenos sociais, primeiramente sociais, mas que eram também simultaneamente, fisiológicos e psicológicos”.

instituição, se não somos capazes de reviver sua incidência numa consciência individual”.

O autor considera “(...) imprudente utilizar uma terminologia psiquiátrica para caracterizar fenômenos sociais, quando a relação verdadeira se estabeleceria antes no outro sentido” (idem:17).

“as condutas individuais normais jamais são simbólicas por elas mesmas: elas são os elementos a partir dos quais um sistema simbólico, que só pode ser coletivo, se constrói. São apenas as condutas anormais que, por serem dessocializadas e de certo modo abandonadas a si mesmas, realizam, no plano individual, a ilusão de um simbolismo autônomo” (idem:24-25).

A oposição entre condutas normais e condutas anormais enquanto sociais e complementares nas sociedades representa um grande avanço na reflexão, ainda que, em algumas passagens, o autor não descole totalmente o anormal do patológico⁹³. Mas mesmo quando se trata do patológico, alerta que este “(...) *jamais se confunde com o domínio do individual (...)*” (idem:17).

A derivação dessas reflexões – que seguem “*aos mais extremos confins do pensamento de Mauss*” – possibilita para Lévi-Strauss um questionamento do próprio conceito de doença mental (idem:21).

“Na realidade, é a noção mesma de doença mental que está em causa. Pois, se o mental e o social se confundem, como afirma Mauss, seria absurdo, nos casos em que o social e fisiológico estão diretamente em contato, aplicar a uma das duas ordens uma noção (como a de doença) que só tem sentido na outra” (ibidem).

⁹³ Lévi-Strauss (2003) na primeira parte da “Introdução à obra de Marcel Mauss”, enfatiza em várias passagens a fórmula radical apresentada por Mauss (2003:331/332) de que o que os psicólogos percebem como fatos anormais em outras sociedades são, na perspectiva sociológica, normais (Lévi-Strauss,2003:16), apontando, inclusive, uma crítica discreta a Ruth Benedict por ter utilizado inadequadamente de “*uma terminologia psiquiátrica para explicar fenômenos sociais*” (idem:17), ou, ainda, que seria a própria “*noção de doença mental que está em causa*” (idem:21). Em outros momentos, entretanto, o autor reforça a relação entre o anormal e o patológico ao propor que: “*A redução do social ao psicológico, tentada por alguns por intermédio da psicopatologia, seria ainda mais ilusória do que admitimos até o presente, se devesse ser reconhecido que cada sociedade possui suas formas preferidas de distúrbios mentais, e que estes, tanto como as formas normais, são função de uma ordem coletiva que a própria exceção não deixa indiferente*”.

A partir destas reflexões, retornei aos meus dados de campo e deparei dos relatos de meus interlocutores que os comportamentos ou estados alterados são percebidos como “anormais”⁹⁴ somente quando comparados a comportamentos considerados normais em um determinado modo de existir (*reko*)⁹⁵. Assim, comportamentos considerados anormais para o modo de existir wajãpi (*wajãpi rekõ*) são considerados completamente normais para outro modo de existir (*reko*) de outra gente. Nesse sentido, as categorias normal e anormal dependem necessariamente de um ponto de vista para serem definidas e, como Mauss e Levi-Strauss chamaram atenção, só podem ser compreendidas enquanto sociais.

Os estados alterados, considerados ‘anormais’ para os Wajãpi, podem ocorrer em qualquer momento da vida de uma pessoa e não pressupõe necessariamente sofrimento⁹⁶, noção cara tanto à psiquiatria quanto à psicologia. Dificilmente comensurável, a noção de sofrimento é de certa forma padronizada e universalizada por essas disciplinas a partir de determinadas configurações e sintomas psicológicos e/ou somáticos - que podem adquirir configurações locais - de longa duração, e que irão fundamentar a constituição de patologias⁹⁷. Isso não significa que não haja, especialmente por parte das diferentes linhas da psiquiatria, reconhecimento da influência da cultura na linguagem do sofrimento expressa por cada sociedade, e, também, naquilo que denominam como suas síndromes⁹⁸. Tais sofrimentos, porém, são totalmente destituídos de seus significados locais para que, com isso, seja reafirmada a universalidade das patologias. Isto tem ocorrido extensamente

⁹⁴ Alguns interlocutores ao se referirem a um parente em estado alterado utilizaram a expressão: “*ele não tá normal não*”.

⁹⁵ Sobre as noções de normal e anormal, Macedo (2012: 186) aponta que ao conversar sobre “*o porquê das doenças, mortes e adversidades*” com um Mbya, ouviu a seguinte afirmação: “*Tudo não é normal*”.

⁹⁶ Não é raro ouvir que a pessoa, depois de ser agredida, passa a não se lembrar de mais nada, e por isso não fica triste, não está em sofrimento. Sobre um rapaz em estado alterado ficar sozinho em sua aldeia, meu interlocutor assim me explicou: “*Ele não fica triste. Quando a gente leva comida para ele, às vezes ele fica bravo e manda a gente embora*”.

⁹⁷ Nessa linha de reflexão Patel (2001 apud Helman, 2009[2007]:235), um psiquiatra indiano, chega a estender o diagnóstico de depressão para todas as culturas. Afirma que além da apreensão dos sintomas somáticos – que nem sempre correspondem às características identificadoras da depressão para a psiquiatria ocidental-, “os sintomas psicológicos também podem ser descobertos de modo relativamente fácil no interrogatório, mesmo em comunidades ‘não ocidentais’”. Sugere “que, na tentativa de diagnosticar a depressão através das culturas, os psiquiatras devem buscar identificar os conceitos locais que são semelhantes (embora não necessariamente idênticos) ao constructo psiquiátrico da depressão, em vez de impor-lhes esse constructo”. Para Patel, os “*aspectos culturais fornecem modos mais sensíveis de identificar a depressão e suas apresentações clínicas na comunidade*” (idem:333).

⁹⁷ Segundo Gallois (1988:218) “(...) não se pode ficar triste muito tempo, sem perder a si mesmo. A tristeza profunda é concebida como um esvaziamento do corpo, às vezes irreversível”.

⁹⁸ Hahn (1995 apud Helman, 2009[2007]:240), epidemiologista e antropólogo, chega a afirmar que “todas as síndromes, sejam físicas, psicológicas ou sociais, são, até certo ponto, ‘ligadas à cultura’”. Isto é, existe sempre alguma perspectiva cultural local e exclusiva sobre a condição, mesmo que ela seja uma doença biomédica padrão”.

com os Wajãpi em relação aos casos de estados alterados. A percepção (subjetiva) de que um paciente wajãpi encontra-se triste – o que rapidamente se traduz ‘em sofrimento’ - faz com que o médico diagnostique o problema como “depressão”.

Para os Wajãpi, no entanto, a tristeza é percebida como um *esvaziamento do -’ã* [princípio vital] *do corpo da pessoa*, “*um estado mórbido que precisa ser evitado*” (Gallois,1988:218). Uma pessoa triste se torna mais suscetível a se perder nos caminhos do sonho e então ser capturada por outras gentes. Porém, como exemplificarei no próximo item, o estar (parcialmente) em outro modo de existir que não o próprio, não pressupõe necessariamente sofrimento⁹⁹ ou tristeza, a menos que tais sentimentos já se fizessem presentes antes do processo de captura.

O processo de mudança de *reko* configura-se fundamentalmente como um processo de consubstanciação. A pessoa agredida passa a trocar substâncias com gentes de outro domínio que não o seu, mas onde futuramente poderá habitar caso o pajé não consiga trazê-la de volta através de negociações. Nesse sentido, antes de estar completamente capturada¹⁰⁰, a pessoa encontra-se parcialmente em mais de um *reko*, o que é distinto do estar de passagem ou experimentando deliberadamente outro *reko*¹⁰¹. Se a primeira situação é, em geral, involuntária, a segunda é controlada/dosada pela própria pessoa, ainda que até certo ponto, dado que existe sempre o risco de não conseguir retornar ao próprio *reko*.

Quanto aos casos que vou descrever e analisar, as pessoas que apresentam estados alterados estão sendo agredidas e levadas pouco a pouco para outros domínios. Por isso a alternância entre condutas consideradas adequadas ao seu próprio *reko* (*wajãpi reko*) e condutas inadequadas, referentes a modos de existir de outras gentes. Nos momentos que a pessoa está mais intensamente em um modo de existir que não o seu, passa a não reconhecer os parentes (e por isso quer agredir e/ou namorar parentes), percebe a comida wajãpi como não-alimento, troca o dia pela noite, caminha pela mata fechada, ouve vozes inaudíveis aos outros Wajãpi, etc.

⁹⁹ Em um caso de estado *-awyry* apresentado por Gallois (1988:260), a não-relação entre captura e sofrimento fica evidenciada: “*K. não sofreu. No início, ela dizia que estava bem, nunca se queixou*”.

¹⁰⁰ O que implicaria em abandono de sua casa/pele no antigo domínio.

¹⁰¹ Inspiro-me aqui na comunicação apresentada durante o Simpósio dos Pesquisadores do Cesta/USP (21 de outubro de 2016), na qual Gallois trouxe exemplos de experimentação/vivência dos Wajãpi especialmente no modo de existir dos não-índios (*karai reko*).

Vale ressaltar que as pessoas podem ser agredidas estando com seus componentes mais concentrados ou mais dispersos, conforme vimos no capítulo I. Porém quando os componentes estão mais concentrados a pessoa fica mais sensível para perceber as possibilidades de agressão e consegue se proteger melhor. Quando os componentes se encontram mais dispersos, a pessoa converte-se em um alvo fácil de agressões¹⁰², que podem ser efetuadas sobre a manifestação do princípio vital da pessoa (*i'ãgwerã*). Dessa forma, as agressões podem se processar “dentro” ou “fora” daquilo que, em geral, denominamos de corpo físico.

As diferentes modalidades de agressões e suas causas foram detalhadamente apresentadas por Gallois (1988:244) ao descrever o sistema etiológico dos Wajãpi:

“A doença, na concepção etiológica dos Wajãpi, se processa ‘de fato’ a partir de dois tipos de intervenções, às vezes simultâneas, às vezes separadas: esvaziamento e/ou invasão do corpo. A entidade causadora retira a alma da pessoa e/ou lhe insere um elemento estranho que destruirá as entranhas do agredido. O segundo processo, de invasão do corpo, é muitas vezes concebido como predação canibalística figurada, mas também contém a ideia do contágio: substâncias patogênicas penetram no corpo para destruí-lo”.

A autora utiliza o termo doença de forma específica e ampliada para caracterizar as agressões e contágios. Específica porque afirma que as “*categorias etno-médicas Wajãpi*” devem ser entendidas dentro de um vocabulário que as associam a “*sintomas e não doenças*” (idem:242). Ampliada, justamente porque em seu sentido mais profundo, ou seja, não como “*sintoma*”, mas “*como causa última*”, a “doença” para os Wajãpi não é

“uma reação natural do corpo humano”, mas “resultado de um desequilíbrio na ordem social, ecológica e cosmológica, envolvendo as relações entre a sociedade Wajãpi e o mundo dos ‘outros’ – animais, inimigos e mortos – representados pelo ‘efeito- espírito añã, uma categoria fundamental no sistema etiológico das sociedades Tupi-Guarani” (idem:224).

¹⁰² Em geral, as agressões acontecem “de repente”, em situações nas quais a pessoa não está totalmente concentrada: quando está bebendo ou fazendo tratamento de saúde na cidade, quando está na aldeia de outros *wanãkõ* (grupos políticos) ou simplesmente fora de sua aldeia.

Em vários momentos da tese Gallois demonstra um incômodo com a utilização da categoria doença, ressaltando que existem “*problemas, relativos à tradução de um sistema etiológico nos termos de outro sistema*”, quando se isola “*elementos patológicos específicos [no caso, sintomas de agressão] para traduzir ‘doenças dos brancos’*” (idem:233)¹⁰³. Pretendo demonstrar no próximo item que o mesmo processo ocorre em relação às doenças psiquiátricas e neurológicas. Gallois também antecipa e define agressão e terapia como “*modalidades de transformação da pessoa humana*” já que “*delimitam as possibilidades e as opções de intercâmbio entre os diferentes domínios*” (idem:225). Ao apresentar narrativas a respeito da origem das doenças “dos brancos”, estas poderiam ser pensadas enquanto narrativas a respeito da origem das doenças propriamente ditas.

“*Antes nós morríamos pouco. Só de -paie. Depois, vieram os garimpeiros e trouxeram a doença mesmo. Sarampo, gripe, tosse é carai kō ra ’yr (= filho dos brasileiros) (Renato, 1983).*” (idem:232)

A categoria doença foi constituída, para os Wajãpi, não somente na relação com os não-índios, mas fundamentalmente na experimentação de seus malefícios. Os Wajãpi passaram, então, a utilizar o termo *tekoranã* – relacionado fundamentalmente a processos de agressão – para traduzir doença. Intrigada com seus usos resolvi tentar compreender melhor sua origem e sua etimologia.

A palavra *tekoranã* veio emprestada da língua falada pelo grupo local *Pirawiri wanã*, cujos membros vivem hoje na Guiana Francesa. É composta pelo termo *teko*= *reko* = modo de existir e pelo sufixo *ranã* = semelhante¹⁰⁴. O significado de *tekoranã* é de estar em um modo de existir que não é o seu. Gallois traduzira *tekoranã* como “*estado provocado pela ausência do princípio vital*” (idem:244), captando fundamentalmente o que ocorre com a pessoa agredida, ou seja, a pessoa tem seu -ã levado para outro domínio, para outro modo de existir. Atualmente, o termo *tekoranã* parece ter adquirido outros significados. Um interlocutor aponta que

¹⁰³ Nas palavras de Gallois (1988:233) “*O fato de isolar elementos patológicos específicos para traduzir ‘doenças dos brancos’ consiste numa adaptação do sistema Waiãpi ao sistema etiológico ocidental, adaptação que surge como tentativa de comunicação entre a comunidade indígena e os agentes de saúde que visitam a área*”.

¹⁰⁴ Oliveira (2012, p.59-61) realiza uma reflexão cuidadosa acerca do sufixo -ranã.

“*omotekoranã* [ele produziu em si *tekorãna*] hoje em dia a gente usa mais para os cortes, *ajimotekoranã* [eu produzi em mim *tekorãna*], na prática que acontece, se eu cortar aqui *ajimotekoranã*, *omotekoranã*, aquilo que faz na prática, a gente mesmo, ou na briga ou no terçado ou na porrada esse daí *omotekoranã*”.

Apesar das novas acepções, o termo continua sendo utilizado, sobretudo, para remeter a processos de agressão. No decorrer de minhas conversas com as famílias percebi que *tekorãna* era utilizado para designar o fenômeno de forma genérica – o estar em outro *reko* –, sendo refinado a partir das explicações fornecidas pelos pajés às famílias. Neste processo de refinamento apareceram referências tanto aos estados provocados por determinados agentes agressores – *moju poromo´ai*, *moju omoeawry*, *kusikusirã poromo´ai*, *jarã omoai*¹⁰⁵ - quanto a modalidades de agressão propriamente ditas - *Kamopi wana kō po omosu´u*, *ka´ajarã ojuka* (como canibalizar ou matar). Vale dizer que os agentes agressores (*moju* [dona das águas], *ka´ajarã* [dono das matas], *kusikusira* [um tipo de besouro], *jarã* [dono de forma genérica], *kamopi wanakō* [grupo local do Kamopi], etc) realizam determinadas ações (morder, segurar, sugar, matar, enrolar etc.) que produzem, então, manifestações e estados nas pessoas.

¹⁰⁵ Adiante retomarei os estados apontados, a partir dos casos que pretendo apresentar.

No período inicial de sua pesquisa junto aos Wajãpi, Gallois apontara que a maioria dos casos de “doença” ou morte foram relacionados a situações de agressão. Em um levantamento de 22 casos de morte registrados entre 1977 e 1985, somente 1 foi reportado a um processo de contágio, todos os outros à agressão xamanística (1988:249), conforme a lista abaixo.

Fig. 14

Diagnóstico de 22 casos de morte
registrados entre 1977 e 1985

ANO	INDIVIDUOS	DIAGNOSTICO (*)
1977	menina	moju (+)
1979	homem	veneno Carai-ko
1979	mulher	xamã Aparai
1980	mulher	xamã Waiãpi/moju
1981	homem	(suicídio)
1981	menina	ywya-jar (+)
1982	mulher	xamã Aparai
1983	menino	xamã Aparai
1983	menino	moju
1983	menino	moju
1983	menino	moju
1984	menino	taiau-jar (+)
1984	mulher	(suicídio)
1984	menino	xamã Waiãpi
1984	homem	moju
1984	homem	moju/ xamã Waiãpi
1985	homem	xamã Waiãpi
1985	menina	xamã Waiãpi

(*) Em dois casos, não houve unanimidade no diagnóstico: indico as duas acusações proferidas por ocasião da morte, priorizando aquela enunciada pelos parentes mais próximos do morto.

(+) Essas categorias de “donos” se referem, especificamente: à Anaconda, dono das espécies aquáticas; ao dono das árvores da floresta; e à queixada, dono dos mamíferos de grande porte.

Obs: ver também quadro estatístico no Apêndice 1.

Atualmente o cenário parece não ter se modificado tanto assim, como demonstrarei a partir dos casos levantados. As famílias wajãpi enfatizam que os estados alterados não são

fenômenos recentes, ainda que atualmente tenham se intensificado. Portanto, relacionar os estados alterados a transtornos mentais ou neurológicos ou a doenças é reduzir lógicas, saberes e práticas extremamente complexas a categorias pré-fixadas pela biomedicina (o que produz desajustes, simplificações e equivalências muitas vezes equivocadas), e, de certa forma, fornecer legitimidade aos graves processos de prescrição e medicalização com psicotrópicos que vêm sendo realizados junto aos povos indígenas.

No item a seguir apresento e analiso detalhadamente várias situações a partir de explicações fornecidas pelas famílias acerca dos estados alterados de seus parentes, mapeando diversos tipos de agressões e seus efeitos sobre a pessoa wajãpi.

2.1. Aproximações aos estados alterados: a vivacidade de um sistema de agressões

Quando iniciei a pesquisa, eu possuía em mãos uma lista de 20 pessoas wajãpi consideradas pacientes psiquiátricos pelo DSEI AP e Norte do Pará. O universo me parecia bastante variado, incluindo de crianças a adultos. A lista não fornecia o diagnóstico de cada paciente, mas apenas as prescrições de medicamentos. Foi a partir dessa lista que iniciei minhas primeiras conversas com algumas famílias na TIW. Em um ano e meio, aproximadamente, esse número de pacientes subiu para 30 pessoas.

Em um primeiro momento da pesquisa, cheguei a acreditar que conseguiria apresentar e analisar na tese todos os casos de pessoas com prescrição de psicotrópicos. Pouco a pouco, porém, essa tarefa se revelou cada vez mais complexa e inviável, já que os relatos, além de longos e densos, envolviam múltiplos agentes, interpretações e contextos de enunciação. Às vezes um diálogo inicial se desdobrava em quatro e não esgotava todas as situações a serem pesquisadas em uma família.

Do universo de 30 casos, consegui realizar conversas com 22 famílias. Procurei também acompanhar o desenvolvimento de algumas pessoas que apresentavam estados alterados mais intensos, do início do doutorado a meados de agosto de 2017, quando formalmente encerrei a pesquisa de campo e passei a sistematizar parte dos dados para apresentar nesta tese.

Selecionei 4 casos com históricos mais longos e considerados intensos tanto para a biomedicina quanto para as famílias wajãpi. Somei a estes, o caso de uma criança que, apesar de estar medicada com anticonvulsivante e ansiolítico, não obteve um diagnóstico fechado a respeito de seu problema. Estes casos se desdobraram em 9, dois ocorridos no tempo dos *tamõkõ* (avós) e outros mais recentes. Vale notar que a maioria dos casos selecionados foram notificados de 2008 para cá, sendo o mais recente em 2014. A seguir passo a descrevê-los, baseando-me fundamentalmente nas narrativas das famílias e às vezes da própria pessoa acometida. Por vezes complemento-as com trechos de relatos de parentes mais distantes ou pajés e também com dados presentes nos prontuários dos pacientes.

Caso 1

Este é o caso de um rapaz que atualmente está com 35 anos e mora em uma aldeia situada próxima à estrada BR 210, que adentra em alguns quilômetros a TIW. Quando começou a apresentar estados alterados estava com 27 anos. Faço a descrição do caso a partir de relatos do seu pai, irmãos e de um cunhado, em quatro momentos diferentes e em três aldeias distintas. Também incorporo as falas do próprio rapaz, fornecidas aos parentes em momentos de melhora.

Nas várias versões que pude ouvir a respeito deste caso, o problema¹⁰⁶ aparece inicialmente referido a uma estadia específica do jovem na cidade para acompanhar um de seus filhos que estava doente. No desenrolar das conversas, todavia, surgiram indícios de que o rapaz já havia apresentado alterações de comportamento antes mesmo de sua ida fatídica para Macapá.

“Primeiro ele foi para Macapá sozinho, voltou e aí que começou assim. Ele trouxe um tipo de fofoca que ele ouviu. Próprio ele que inventou mesmo, não sei se ele escutou uma coisa. ‘Eu ouvi o pessoal falar para mim de Macapá que esse não é meu filho, esse é outro filho’. Aí nós conversamos: ‘Quem que falou isso? Conta pra mim. Porque pode ser que ninguém falou para você, pode ser que você ouviu do seu ouvido mesmo’. ‘Não, eu não vou contar, não vou contar nada’ ele falou”.

¹⁰⁶ As várias famílias wajãpi com as quais conversei costumam referenciar os estados alterados em português pelo termo “problema”.

“Antes dele ficar assim, eu tava junto com ele tomando kasiri na outra aldeia, aí ele começou a falar besteira: ‘Você quer ver a minha esposa?’ ‘Não, não é isso que eu quero não’. Começou a falar besteira mesmo. Antes [mesmo] de ir para Macapá, ele pegou a esposa, quase matou a esposa, quase mesmo, ciúme, ele porre, ele mordeu pescoço dela, quase matou. Até ele fala a noite inteira, inteira, nunca vi pessoa wajãpi que fala assim, até amanhecer. Daí o pai dele falou: por que você vai separar?. ‘Eu quero mandar embora ela, não quero mais ela não’. O pai dele falou: ‘não, não pode tem que ficar aqui’”.

Foi na cidade, no entanto, em uma outra ida, que houve uma primeira manifestação mais intensa do problema.

“Quando o filho dele está doente, aí esposa [dele] foi para CASAI (...) aí ele foi atrás, ficou lá 3 dias e depois saiu para o centro da cidade (...) foi junto com amigo tomar cerveja, aí lá quando ele foi ao banheiro e voltou e tomou a cerveja que ele deixou no copo, aí ficou desmaiado. Desmaiou, não consegue mais voltar para a CASAI, aí ele correu não sei pra onde, foi andando a noite inteira, até que a polícia conseguiu encontrar (...) ele estava muito longe, no interior, ele chegou todo pelado, sem roupa. Aí ele contou que o karaikō jogou parece um sangue na perna dele.(...). Quando ele chegou na CASAI não tá lembrando mais como antes, ele ficou como se fosse porre. Ficou lá na CASAI, ele estava cheirando ruim as comidas, não quer comer mais; ele estava andando assim, de nariz fechado, ele estava direto na rede, desmaiou na CASAI, desmaiou um dia sem comer nada, aí ele acordou e ficou andando direto (...) depois não sabe mais nada, não conhece mais pai, mãe, filho, esposa.”

Em outra versão, relatada pelo próprio T. a um parente em um momento que *voltou ao normal*, conta que foi agarrado por um não índio em um bairro denominado Boca e então desmaiou.

“(...) único que maioria que nos tava imaginando uma droga injetável, né... que uma vez ele voltou normal, ele lembrou tudo... diz que ele não colocou na boca, alguém, karaikō que agarrou ele, depois disso ele

apagou.... isso que ele falou... não tinha marca no braço, nada... ele ficou um dia lá nesse bairro, sem comer... aí que polícia achou ele, tava muito magro, desapareceu carne rápido, seco, seco, seco tudo osso... aí nós falamos, porque que aconteceu isso? informaram pelo rádio para nós: olha T. foi drogado, ele ficou doido, pessoal falou pelo rádio... nós pedimos para mandar ele pra aldeia... logo depois chegou... quando nós vimos, barriga dele sumiu, ficou só osso... magro, magro, é rápido, não sei o que que fizeram com ele...”.

Foi encaminhado ao Hospital de Emergência, onde foi prescrita uma medicação calmante, mas, de acordo com o prontuário, *o mesmo recusou atendimento*¹⁰⁷. Depois de um acordo com um parente, foi decidido que ele voltaria para a aldeia para *“tratamento conforme a cultura”*.

“Quando ele chegou aqui no Aramirã, mão dura assim, boca toda fechada, aí nós chamamos o pajé; S. veio: ‘ele faleceu mesmo, ele não vai mais conseguir se recuperar, esse é espírito que atacou’ ele falou, ‘não é moju’. Ele ficou duro assim, aí nós choramos, nem respira, ficou morto mesmo, não tem coração, nada, frio, duro mesmo, nem abre a mão e chegou ali no Aramirã, nós colocamos na rede, ficou duro, barriga dele muito preta, tudo preto, a boca toda estragada, tudo mesmo, o olho fechado, fechado mesmo, aí nós falamos com ele, não acorda, não tem nada, não sente nada, não tem nem i’ã, aí meia noite ele acordou. Ele falou: ‘tudo bem? Onde eu estou aqui?’. ‘Você está aqui no Aramirã’. ‘Eu não quero ficar aqui no Aramirã’. Logo que ele levantou, ele falou: ‘não quero ficar aqui não, eu quero ir para minha casa’. ‘Não, amanhã tem que ir’ ‘ não eu vou agora’(...)”.

Depois que o rapaz acordou, o pajé contou para a família o que havia feito para fazê-lo retornar.

¹⁰⁷ De acordo com o prontuário, tem-se que: “Em 16.11.09 – T foi trazido por viatura da polícia, por estar perambulando nas ruas do bairro Beírol, o mesmo encontrava-se com olhos hiperemiados, informou não ter dormido à noite e sem alimentar-se, falando palavras desconexas. Levamos o mesmo até o Hospital de Emergência, prescrito medicação calmante, porém o mesmo recusou qualquer atendimento. Por este motivo, após acordo com parente K., decidiu-se que voltaria para a aldeia, para tratamento conforme a cultura”.

“S. diz que ele faleceu, porque pra pajé diz que tem um caminho para o céu, daí ele fechou caminho para poder voltar, para trazer ele de volta. Se não fechasse [o caminho] ele ia embora. O S. disse que o jurupari que quer levar ele, tá levando o iã dele no caminho do jurupari, daí ele foi e fechou caminho, daí conseguiu trazer de volta. Aí ele voltou, até de manhã cedo ele não desmaia mais, nós conseguimos segurar, trazer comida para ele. Depois não quer comer mais, de dia quer ir prá cá, prá lá, prá lá. [Falamos:] ‘Não, fica aqui primeiro’ ‘Não! eu quero ir’. Aí não quer comer mais, não quer ver mais o pajé: ‘eu vou matar pajé, não quero ver ele, tira esse pajé’. Ele não gosta de ver nem a mãe, não gosta de ver pai, logo que ele não gosta... só falando besteira, ‘vocês são pecado’, ‘vocês são tudo ruim’, ‘ eu não quero ver vocês, vocês são jurupari’, tá vendo nós igual jurupari na visão dele, a gente fica com medo de morar perto dele, porque quando [pessoa que está assim, quando] vê criança fala que [é] jurupari,[a gente] tem medo que [ele] quer matar, não reconhece, a visão dele mudou”.

Em outro relato apareceu a seguinte explicação:

“o pajé diz que ele, como se fosse cortaram cabeça dele e põe outro, outro cabeça dele, isso que o pajé vê né, por isso que T. não tá vendo pessoa, tá vendo pessoa tudo diferente... [e pôs cabeça do que nele?] esse wajãpi chama ajã... ajã que faz mal pra pessoa, aí depois colocou na cabeça dele... [mas conseguiu ver quem agrediu?] jurupari... [e aí pajé conseguiu tirar cabeça?] sim, sim conseguiu aí ele voltou normal...aí ele voltou, só que ele não consegue ficar junto com a gente, ele quer correr pro mato”.

A família ficou uns 5 dias no Aramirã tentando fazer com que o rapaz fizesse tratamento com pajé, mas este “não queria mais que o pajé ficasse perto”.

“Aí nós amarramos tudo, perna dele e colocamos para cá, na rede. E à noite ele tirou, sozinho, com força. Ninguém tira, ninguém aguenta isso, mas ele conseguiu, tirou. Arrebenta a corda sozinho, corda muito grande, porque na perna ninguém tiraria, ele mesmo que fez isso. Aí nós

vimos, ele levantou e correu de noite e nós corremos atrás, ele quer ir para o mato mesmo. Pegamos ele de volta, ele muito forte mesmo, um só não segura, daí traz de volta”.

Depois disso a família decidiu retornar para a aldeia, mas cuidando para que ele não corresse para o mato.

“Um dia ele falou: ‘eu vou tomar banho’. Aí o pai dele e a mãe foram junto. Ele desceu no rio e falou: ‘fica aí que eu tenho vergonha, não pode vir perto”. Falou isso para ele fugir. O pai falou: ‘tá, eu vou aguardar aqui’. Ele desceu e depois de 5 minutos o pai dele foi ver e ele não tava lá, sumiu, sumiu, procuramos, procuramos bem, 5 horas da tarde e não tem nem rastro, não achamos....procuramos no mato á noite e nada. De manhã nos fomos de novo procurar e não achamos. Depois voltou, apareceu”.

“Minha mãe olhou assim, tava lá em pé no meio da estrada, como se fosse uma assombração (...) ela olhou assim tava lá em pé, sem kamisa pirã ... aí minha mãe gritou, olha vai fugir de novo, daí fizemos roda e pegamos, seguramos ele... aí perguntamos como que você sumiu... disse que avião veio, avião invisível veio pegou ele, levou, foi embora... disse que este avião invisível trouxe de novo e colocou lá...é muito estranho...depois cuidamos dele... aí nós amarramos de novo, cinco, quatro e fechamos um tapiri... resolvemos fechar tudo [com tábua]... é muito estranho, nós nunca vimos uma pessoa assim... fechamos tudo, ele como se fosse encosta a mão dele na parede, tac, parede pula, pregada, tac, abre sozinha, fazer tac, parede cai, pá, pá pá pá, aí minha mãe falou, olha vem todo mundo, corremos lá, pregamos, aí depois a gente não aguentou mais, a gente ficou um mês sem dormir... todo mundo junto tentando segurar ele...

“Depois que ele quebrou tábua, aí não tem como mais... aí conversamos com técnico para levar para Macapá. Daí nós chamamos [mais uma vez] o pajé pra tratar. Nós amarramos a mão dele com a corda para [ele] não machucar o pajé. Aí o pajé disse que iã dele está com jurupari [e pajé

não conseguiu trazer de volta?] *ele trouxe de volta, só que volta de novo [para o jurupari], volta de novo, volta de novo, ele não conseguiu*”.

Com o tratamento do pajé, o rapaz conseguiu melhorar *um pouquinho*, mas em seguida recebeu um calmante, foi para Macapá e começou a tomar o remédio controlado.

“(...) ele toma e dorme, aí ele dormiu, só dormiu.... estava fazendo assim com a mão [esfregando uma na outra] direto, direto assim. Nós perguntamos: ‘por que que você faz isso?’. Aí ele tava rindo, não fala, coçando a cabeça, tremendo, só fala isso, só rindo mesmo.... depois o técnico veio e disse: ‘Tem que levar ele para Macapá, tem lugar para ele ficar’. Aí levamos para Macapá, aí chegamos na CASAI e aí eu comecei a acreditar em Deus. Eu não tinha Bíblia, mas eu emprestei com outro pra ver isso, ler também. Aí liguei para um evangélico que veio buscar ele pra levar para a igreja. Ele não gosta de entrar na igreja. Ele tem medo, aí seguramos, conseguimos entrar. Aí depois, lá que começou a falar: ‘eu quero comer’. Quando saímos de lá, paramos em um lugar para tomar lanche, voltamos pra CASAI. Ele ficou bom três dias. Aí nós levamos de novo, daí ficou bom mesmo, reconhece pai, mãe, ele chora, chora, antes ele não chora. Ele ficou bom mesmo”.

Depois de um tratamento com o pastor, T. conseguiu “normalizar”, retornou para a aldeia e contou sua versão do que havia acontecido para seus parentes.

“‘eu tava lá [em Macapá], eu tava escutando direto celular, eu escutei no fone a noite inteira, aí me deu sono, queria dormir, de repente veio do céu um satanás, quer me atacar’ ele falou. ‘Veio em cima de mim, quer me matar mesmo, levaram meu i’ã, me jogaram, me levaram, coisa ruim’... ‘aí ele deu uma comida ruim para mim, por isso quando eu estava aqui, quando eu fico mal, eu não como comida, quando você traz uma comida pra mim, eu senti um cheiro muito ruim’... ‘eu tava em Macapá e de repente esse espírito ruim que veio em mim’ ... ‘primeiro eu fui lá no bar e tomei uma cerveja, lá que eu fiquei, desmaiei lá’. Ele não lembra se karaiikō fez alguma coisa. Primeiro ele tava bem. Aí vem, não é daqui, i’ã do jurupari que jogou o sangue nele, jurupari que jogou o

sangue; diz que nem sente mais, não tá lembrando mais, não lembra nem pai, nem a mãe, não lembra nem nada”.

O cunhado de T. alertou a família de que o pastor havia feito tratamento e que não era para dar *kasiri* [bebida fermentada] a ele, sob o risco do problema voltar. Parece que aqui houve uma junção tanto de uma orientação mais geral fornecida pelas igrejas evangélicas relativas à proibição do uso de bebidas alcóolicas – visto como fonte de pecado e vícios – quanto à ideia de resguardo wajãpi.

“De repente tem kasiri, ele tomou e voltou de novo falando besteira, começou. Um mês, dois meses tava bem, daí pessoal falou ‘vamos dar pra ele kasiri, porque ele tá bom mesmo’. Deu pra ele, aí voltou, porque i’ã dele tá fraco, tá fraco, daí vai embora de novo”.

Depois disso o rapaz voltou a ficar agressivo com os familiares.

“Daí ele queria pegar mulher dele, queria bater mulher dele... porque ele não consegue ver mais normal... ele diz que quando tá muito agitado ele não vê a gente como a gente, vê muito diferente, como se fosse jurupari, aí ele falou: ‘não você está trazendo minha comida’. Ele diz que quando mulher dele dá comida pra ele no prato, diz que tá levando tapuru, que é larva. Então por causa disso que não quer mulher dele. Aí começa a falar mal da mulher dele. Aí mulher dele falou: ‘cadê tapuru não tem na comida’. ‘Tá aqui’, jogou e começa a bater, queria bater né, diz que vê comida dele como se fosse estragada. Aí começa a discutir, quer bater mulher dele, quer pegar filha dele também ‘por que você que deixou sua mãe fazer isso comigo?’. Aí filha dele corre, correndo pra não pegar ela. Até eu falei pra mulher dele né, é melhor afastar um pouco dele, em vez dele matar uma filha dele porque isso vai ser muito pior ainda, melhor não acontecer... melhor a gente não deixar ele fazer uma coisa mal... pode ser um dia ele se recupera, se ele faz alguma coisa assim, depois se recuperar vai ficar muito triste...”.

O rapaz foi, então, encaminhado novamente para a CASAI. Lá, um parente que estava hospedado ofereceu-lhe bebida escondida, intensificando ainda mais seu estado. Voltou para a TIW e apresentou um quadro parecido com o que apresentara antes: *logo*

começou andando, andando, desmaiou de novo, ficou duro. Mais uma vez, os técnicos da saúde levaram o rapaz para Macapá, só que dessa vez internando-o no hospital de especialidades. “Internado ele melhorou um pouquinho, mas não muito como antes, na primeira vez que ficou bom”.

“Quando voltou [para a TIW] ele começou a falar muito com a gente: ‘eu não quero ver vocês, vocês são jurupari, vocês trazem espírito ruim. Visão dele que mudou, ele não consegue ver mais pessoa. Quando ele tá sozinho ele vê também taywerã [espectro de morto], ele disse que tem muito taywerã”.

Além disso, o rapaz voltou a desmaiar e *ficar duro*. Um dia o filho da Dona Graça, não índia que mora no assentamento Tucano II (próximo à entrada da TIW), sugeriu que os parentes do rapaz o levassem a um curandeiro, que atende no município de Pedra Branca do Amapari. Outro relato aponta que a indicação veio de um funcionário da FUNAI que disse que o curandeiro curava *pessoas alucinadas*. Narrou inclusive o caso de seu *sobrinho que estava muito agitado, gritando, caindo no chão, aí levaram para ele amarrado ainda, todo amarrado, chegou lá, fez tratamento e depois passou isso*. Os parentes do rapaz decidiram então experimentar.

“(...) quando desmaiou ficou duro, duro como se fosse tá congelado ele... duro, tudo duro, aí nós levamos ele pra Pedra [Pedra Branca do Amapari], chegamos lá na casa do curandeiro, né, o curandeiro fez um chá né, e fez e deu banho assim... Aí depois nós trouxemos de volta, ele acordou bonzinho...”.

“Ele falou para o T. que espírito do mato que fez isso, é dono da mata mesmo, ajã que nós chamamos... ele falou que ele vê esse, como se ele fosse pajé também, ele falou que esse dono, ajã, pegou muito ele, tá muito forte. Ele disse que ajã jogou muito veneno pra ele, aí o curandeiro falou: “se vocês trouxerem mais dez vezes, ele vai curar, porque não vai curar rápido, porque está muito forte”... espírito mau como se fosse para envenenar ele, ele diz que ele não vai voltar ao normal sozinho, só se fizer o tratamento direto com ele, aí tem que pagar ainda... a única coisa que ele fala pra pagar pra ele é bebida ... tem uma

sala de cura lá, diz que muita pessoa igual ao T. ele tá curando, pessoa direto lá na Pedra... é casa dele mesmo... ele tem até plantio de plantas, remédios... ele pegou várias plantas, folhas, plantação, misturou e um pouco de cerveja dentro, jogou na cabeça dele... quando a gente foi ele estava como se fosse morto, desmaiado... quando chegamos lá ele ainda estava desmaiado, depois quando ele voltou, nós chegamos aqui, ele acordou... ele não viu o tratamento, quando ele acordou ele voltou normal, ficou quase dois meses, quase um ano já, ele tava bem... só que ele não se cuidou... nós pedimos para ele não fumar, nós pedimos para ele não tomar kasiri, aí eu falei para o meu pai não deixar ele beber, quando eu tava lá cuidando direto ele, a minha esposa, estava cuidando, até ele ficou bom, ele voltou ao normal”.

Quando *voltou ao normal*, contou o que havia ocorrido com ele, antes mesmo de ir para Macapá para acompanhar o tratamento do filho. Esse encontro, vivenciado através de um sonho, produziu os efeitos que fora sentir posteriormente.

“Quando ele foi fazer curso de agente de saneamento lá na Serra do Navio, diz que uma coisa pelo sonho falou pra ele: você tem que tirar seu osso. Diz que ele estava dormindo lá no hotel de Serra do Navio aí diz que [alguém] bateu lá na porta. Aí ele falou: ”quem é?”. Diz que [viu] pelo sonho primeiro, aí depois ele acordou e viu assim, uma pessoa. Essa pessoa falou pra ele: eu vou trocar seu esqueleto, osso, agora essa vez, o seu osso vai ser de ouro... é isso que ele contou.... aí ele falou: você aceita? Sim. Aí diz que por isso que uma coisa trocou tudo ele, diz que ele viu corpo dele rapidinho, como se fosse bronze, brilhante assim. Ele ficou bonzinho como se fosse nós agora estamos conversando. Ele falou que olhou assim, ele enxerga osso dele todo de ouro, dente todo de ouro, crânio todo de ouro, aí eu falei pra ele: por que você não contou logo quando começou isso? Aí ele falou que pensava que isso ia ser bom pra ele. Diz que ele pensava que não ia fazer mal para ele, por isso que aconteceu essa coisa com ele.”

Depois de um tempo que estava bem, resolveu tomar *kasiri* e começou a apresentar os mesmos comportamentos de antes: *falar mal com os parentes, andar à noite*, etc.

Também fez um *tapiri* no meio do mato para morar sozinho, não queria ficar na aldeia dele.

“ele não deveria tomar kasiri, aí meu pai falou, toma pouquinho, ele tá muito gordo, forte, cabeça dele tava boa mesmo, falou bem, alegria, não tem aquela confusão... não tem não... aí depois o meu pai falou, toma um pouquinho, quando ele começou tomar, como se fosse desestruturou toda a vida dele, de novo, caiu, aí ele começou a falar mal, começou a falar mal pra todo mundo e até hoje... se ele não tivesse tomado kasiri tava bem até hoje...”

Passado um ano destes relatos, voltei a conversar com um dos irmãos do rapaz para saber como ele estava. O irmão fez uma comparação entre diferentes estados do rapaz nos últimos dois anos.

“Em 2016 ele estava muito ruim mesmo, bateu em minha mãe, pisou em cima dela, disse que ele enxerga pessoa como se fosse o olho da pessoa está iluminando ele, aí falou assim: ‘eu vou tirar o olho da minha mãe e vou colocar outro olho nela que não pode me iluminar mais’. É muito estranho, pisou, pisou, quase matou minha mãe, vê olho dela que nem lanterna vendo ele, daí pisou em cima da minha mãe, saiu sangue pela boca... nesse tempo ele também tinha salário [como agente de saneamento], aí ele também bebia cerveja em cima do remédio, aí fica muito ruim. Ele ia sozinho para a Pedra, para o Tucano [assentamento] sozinho, não quer que pessoa vá junto com ele. Voltava ruim. Porque bebida mexe com i’ã também, quando i’ã tá fraco, aí doença aproveita”

No final de 2016 e início de 2017 passou a ter prescrição de um remédio antipsicótico (haloperidol) injetável.

“Em 2017 ele melhorou, calmou um pouco, porque ele tá tomando injeção uma vez por mês e daí ele disse que a coisa mal que fez mal para ele saiu, que estava dentro da cabeça dele, diz que ele não está enxergando mal não. Antes diz que ele enxergava o morto. Agora diz que foi embora coisa ruim que ele tinha. Se parar de tomar o remédio volta, volta de novo. Hoje ele não tá enxergando mais o mundo como antes,

antes ele foi para Nova York, França diz que ele tá viajando. Mas olho dele que é outra visão. Agora não, diz que está bem, mulher dele chegou aqui com ele só temporária, conversaram, aí ele falou pra ela: ‘olha, tu não pode ficar comigo, nem eu não vou contigo, porque eu estou tomando medicamento, senão eu vou voltar de novo ruim. Também pediu para ela: ‘traz minha filha só para conhecer, ver’. Ele está morando na aldeia dele mesmo, tá na beira da estrada”.

Procurei compreender melhor a respeito do que pensam sobre a ação do remédio e se este é efetivo para resolver o problema.

“Remédio melhorou um pouco... remédio que tá segurando o corpo dele, remédio que tá mexendo na cabeça dele e tá mexendo também na visão dele, remédio tá modificando a visão, remédio tá como se fosse diluindo, doença tá lá na cabeça e remédio tá mexendo para ele não olhar com esse... sem o remédio aí que vai voltar muito forte mesmo, porque doença tá espalhada no corpo dele. Quando não tem remédio, ele não come, aí corpo fica fraco, fraco, fraco, nem toma água, nem quer comer nada. Quando ele não tava tomando remédio ficou fraco, chegou no posto ele ficou como se fosse porre, nem pensa mais usar kamisa pirã, fica nu. Aí o técnico aplicou muita coisa nele e voltou de novo a pensar”.

[Mas o remédio de karaiçõ mexe no -ã da pessoa?] *“Mexe também, mexe no i’ã também, remédio controlado que mexe. Agora remédio que é só pra gripe não mexe não. Porque esse controlado ele faz mudança, muda a visão da pessoa para ficar bom, mas não resolve, não resolve. Eu acho que pajé wasu pode resolver, pajé ranã não resolve¹⁰⁸”.*

Pelo fato de T. falar bem português, não leva acompanhante quando vai à CASAI para as consultas de acompanhamento na psiquiatria do Hospital de Especialidades. A esse respeito o irmão de T. disse o seguinte:

“Eu ia explicar para o médico, porque o médico não ia enxergar ele, né? O médico vê ele andando bem, falando bem, então eu ia explicar para o

¹⁰⁸ No próximo capítulo, quando eu fizer uma discussão acerca do tratamento dos pajés, retorno a distinção entre *pajé wasu* e *pajé ranã*.

médico porque ele não está bem. Ele fala bem, mas ele tem doença, tem hora que ele tá ruim e fala muita besteira, isso que o médico não está entendendo. Ele não tá bem recuperado. Tem dia que ele tá bem, tem dia que não... principalmente não tá bem, sábado e domingo...até minha mãe falou, sábado e domingo ele tá ruim demais... segunda-feira ele está bem, mas fala muita coisa, no sábado e domingo não, ele tá muito bagunçado mesmo [e o que que ele diz que ele sente no corpo dele?] o T. diz que está sentindo sem alma, não tem mais a vida dele diz que só pele tá andando aí... ipirerã [pele dele (abrigo temporário para o princípio vital)] , eu acho que porque daquele que eu falei do osso, modificaram, aí ele diz que ele tá andando só ipirerã...”

“Então não sei se T. vai ficar [bom], porque o médico falou que ele não vai levar muito anos a vida. Pode levar a vida por um tempo, mas uma hora ele não vai existir mais. Então a gente está preocupado também, pode acontecer uma coisa assim, ninguém sabe. O remédio ajudou, mas não para ficar bom mesmo”

Caso 2

Este caso é de Ta., um homem adulto, que atualmente está com cerca de 58 anos e que vive também em uma aldeia situada próxima a estrada. Quando começou a apresentar estados alterados estava com 53 anos. Sua esposa, K e um de seus filhos, N., possuem prescrição de remédio controlado. Descrevo os casos de Ta e de K. a partir de conversas que tive com Ta., sua esposa e um de seus filhos. Os relatos da família e do paciente não seguiram uma ordem cronológica muito exata, sendo necessário remontar, com ajuda dos encaminhamentos e anotações contidas no prontuário, uma cronologia aproximada. Foram relatadas muitas idas à CASAI.

Antes de apresentar os relatos propriamente ditos, vale apontar que em uma das falas iniciais de Ta., em língua wajãpi, ele remete o começo do problema a uma dor, ocorrida no passado, para evacuar (*eposiy*). Essa informação não foi enfatizada pelo filho, que traduzia a conversa, e nem percebida por mim naquele momento. Somente quando transcrevi a fita é que fui entender a importância desta informação. De fato, *eposiy* é

considerada uma manifestação de agressão promovida por algum inimigo ou por alguma outra gente. A informação seguinte, advém do prontuário: em 2006 ele foi encaminhado à CASAI apresentando distensão abdominal, sendo internado no Hospital de Especialidades e submetido a uma intervenção cirúrgica (laparotomia exploradora) para buscar a causa de seu problema. Conviveu, por um longo tempo, primeiramente no hospital e posteriormente na CASAI, com uma bolsa de colostomia. Ele foi submetido duas vezes a este processo e chegou a segunda vez a ser encaminhado de volta para a TIW com a bolsa. Segundo Ta., o problema - que provocava muita dor e fazia com que ele não conseguisse se alimentar e evacuar – foi resolvido com as operações, mas devido a isso passou longos períodos na CASAI e internado no hospital em Macapá.

O estado alterado do Ta. só vai ser notificado anos depois (2012) desta primeira cirurgia. Segundo o encaminhamento de uma técnica de enfermagem que atua na TIW voltado à CASAI Macapá,

“Paciente apresentou episódio de transtorno comportamental, ficando extremamente agressivo, [não] falando coisa com coisa, agredindo fisicamente seus familiares de forma inexplicável e subitamente; após tal comportamento seguiu em estado atônito, sem movimentar-se e não aceitando alimentação. Após dois dias de pajelança e sem resultado positivo encaminho para tratamento/atendimento especializado. O mesmo segue com dois acompanhantes, pois apresenta-se imprevisível. Os acompanhantes são filhos: N.W de 23 anos e M.W. de 19 anos. Obs: não faz uso de nenhum medicamento. Administração de Diazepam, 5mg, 1c./VO p/ transporte”.

Diferentemente do que aparece descrito no encaminhamento, o início do problema, segundo Ta., foi efeito de uma situação específica vivenciada na CASAI Macapá. Certa vez, ao acompanhar seu filho N. a uma consulta de rotina – já que o mesmo apresenta necessidades especiais -, Ta. discutiu na CASAI com um karipuna e este, por raiva, fez um canto que desencadeou este problema nele. O filho de Ta. narrou o ocorrido:

“Ele acompanhou o meu irmão N. que é deficiente lá CASAI, junto com minha mãe. Quando está lá, ele reclama para Karipuna, aí Karipuna deu feitiço para ele (...) à tarde quando quer dormir, como se fosse lanterna

que veio descendo na rede e começou a dar dor de cabeça nele... pelo canto que ele fez isso, jirōjīga, pelo canto que Karipuna fez. [E por que Ta. reclamou com o Karipuna?] Porque Karipuna fez preconceito pra ele, disse: ‘eles comem e só deitando, ele não faz nada uma coisa’. Daí Ta. reclamou pra Karipuna: ‘o que você falou para mim isso? Você não podia falar assim pra mim’. Daí depois sente muita quentura, não era assim não, antes de falar com Karipuna. Quando ele falou com Karipuna, Karipuna ficou assim, bravo, aí aconteceu. Muita dor de cabeça, muita quentura, não era assim não. Cabeça quente, tontura, desmaiou lá, na rede mesmo, não consegue mais andar, ficou fraco, fraco, não pensa bem, reconhece um pouco parentes”.

Depois disso Ta. voltou para a TIW, mas não estava se sentindo bem. Um dia quando estava banhando no rio, ele desmaiou e quase morreu.

“Quando ele banha no rio ele fica com uma quentura, muita dor de cabeça isso. Ele foi banhar e de repente deu desmaio nele, caiu no rio e quase não conseguiu voltar. Minha mãe pegou a mão dele e puxou para a beira do rio para recuperar um pouco. Ele falou que por causa de Karipuna que fez feitiço pra ele, para acontecer isso”.

A família tentou resolver o problema com *omōsimō’a*, uma forma de retornar a agressão para o Karipuna que a havia enviado e, com isso, matar o agente agressor.

“Ele primeiro fez omōsimō’a, com uma pedra que a gente faz para fazer isso, para resolver problema. Primeiro a gente pega pedra branca [takuru kurumuri] e esquento no fogo; tira também taboca quando pequena e espinho [jō] e mistura com água em uma panela. Depois a gente coloca panela debaixo da rede da pessoa. Daí a gente pega a pedra que esquentou no fogo e joga na panela; quando coloca a pedra e sai fumaça que passa pela pessoa e ele fala que mata quem fez mal para a gente. [ele nunca mais viu esse karipuna]. Melhorou um pouco, quentura passou”.

Apesar da melhora, logo em seguida apresentou uma complicação da primeira cirurgia intestinal, gerando uma segunda operação, como apontei acima.

“Deu problema no intestino dele e foi para Macapá para fazer cirurgia, ficou quase um ano para lá... aí ele não escuta bem, como ventilador, como se fosse falar uma coisa quando roda isso, aí aconteceu com ele... não sei porque a cabeça dele é o problema, aí como se fosse falar (...) ele fala assim: ‘pessoa fala mal comigo, eu vi dentro do ventilador e repassa a informação pra mim’. Aí depois ele ficou bom, passou sozinho problema dele e daí voltou pra cá’

Depois de aproximadamente 6 anos deste ocorrido, foi novamente para CASAI acompanhar o filho e o problema voltou a aparecer.

“Primeiro ele contou que é como se pessoa fala pra ele, como espírito que fala pra ele: ‘isso vai acontecer no futuro’, ele contava. Deus, Janejarã, ele fala que vai acontecer uma coisa, depois só vai acontecer no futuro. Na CASAI ele ficou um pouco mal, aí depois quando ficou lá no Aramirã mais dias, aí deu muito forte nele...”

Quando voltou à TIW, permaneceu alguns dias no Aramirã e o problema se intensificou: *“Lá que aconteceu muito forte com ele. Ele ficava no sol direto, direto. Só olhando direto para o sol”*. A família então recorreu ao pajé.

“O pajé falou que é um problema dentro da cabeça dele, como se fosse tem um sangue dentro da cabeça dele e também aqui no coração. [Por que tem sangue dentro da cabeça e no coração dele?] Porque itekoranã [está em um reko que não o seu]; porque espírito [opiwarã] que faz assim com ele, bateu nele e ficou sangue dentro da cabeça dele. Foi de repente que foi assim com ele. Daí ele não consegue caçar quando ele fica sozinho aqui, ele não consegue procurar alimentação e ficou muito fraco.[Ta. complementou]: ‘Agora meus filhos tem que ajudar para caçar pra mim, para trazer alimentação pra mim, nem pescar eu consigo pescar mais’. Quando ele entra no mato ele não consegue olhar não, como cobra, nem caça; não consegue enxergar bem longe assim, nem tirar pupunha, nem procurar alimentação”.

[Por que aconteceu com ele?] *“Não sei porque só com ele, não sei bem explicar esse aí, muito difícil porque a gente não consegue ver espírito,*

como pajé, aí a gente não sabe.... só com pajé mesmo... mas espírito daqui mesmo...”.

[Ficou bom depois que pajé fez tratamento?] *“Melhorou um pouquinho, volta depois de novo.... não ficou bem bom, um pouco só”.*

[É igual –awyry?] *“É diferente, não é awyry não. Quando roda a cabeça, cabeça roda, ãjã neakã eawyry, não é assim não, diferente... não roda, só segurou aqui na frente, eu não enxerga bem, se entra espinho no pé não consegue tirar não, não vê. Consegue ver parente. Ficou direto no lá [Aramirã] melhorou só um pouco, não é muito não, ele ficou só 5 dias, depois quando ele ficou bom um pouco, depois deu forte nele de novo. Aí pajé não quer mais fazer [tratamento] porque ele quer bater no pajé, aí não gosta mais pra curar. Ele (Ta.) não gosta pra ficar perto assim do pajé... o pajé também não...”.*

Com a desistência do pajé para resolver o problema, a família mais uma vez recorreu à saúde, e Ta. foi encaminhado diretamente à CASAI Macapá, sem retornar à sua aldeia.

“Aí técnico passou remédio para ele dormir e nós levamos, colocamos dentro do carro e levamos pra CASAI. E desse jeito ele ficou...ficou 5 dias sem comer, acordava e dormia, nem conseguia banhar mais, ele ficou muito fraco, não conseguia mais levantar da rede, mas ele sabia que estava na CASAI”.

Passou por uma consulta no Hospital de Especialidades, onde realizou exames (todos dentro dos padrões de normalidade) e saiu com uma prescrição de medicamentos psicotrópicos. Sobre os exames e o diagnóstico, o filho de Ta falou o seguinte:

“Eles passaram resultado e mandaram todo remédio dele. [Qual o problema dele?] Não explicou não, falou assim pra nós: é só problema da cabeça dele... eu perguntei qual problema, mas não contou não ... aí difícil... tomou 20 dias de medicamento para lá, aí depois recuperou um pouco e mandou de volta”.

[quando tomou o remédio] “Melhorou um pouquinho... dava sono, tonteira, mas foi bom tomar remédio’. Ele sentiu como se fosse a gente fica porre assim... não consegue andar... conseguiu comer bem... mas não consegue dormir bem... ojipy amõgeta...”.

De volta a sua aldeia começou, devagar, a voltar a trabalhar, “ele trabalhava bem, conseguia derrubar roça, mas aí a cobra picou ele”.

“Ele roçou aqui, por aqui... aí que cobra picou o dedo... depois ficou aqui, depois mandou pra Pedra Branca, foi sem remédio, dele né, ficou aqui na aldeia... aí ficou em pedra Branca sem remédio, aí voltou problema dele lá em Pedra Branca. Aí voltou de novo pra cá e ele ficou mal aqui. Ele fala alguma coisa, ele ficou querendo voar; de manhã cedo ele desceu ele fica só olhando pro sol, aí direto assim, aí depois não conhece quase a gente, aí mandou para a CASAI de novo...”.

[Pessoal de Pedra não passou remédio?] “Passou só que não cura não...”

[Era o mesmo remédio de antes?] “Era, mas não resolve... ele tomou e não passou... ele não quer nem tomar... por que antes passava rápido, três dias que toma, passa... depois quando ele voltou aqui na aldeia, tomou, e segundo [comprimido] não resolve, terceiro não resolve, aí ele não quer tomar mais, aí não toma mais... porque foi rápido em Pedra Branca, não leva remédio, antes aqui tomava todo dia, todo dia, todo dia...”

Encaminharam Ta. novamente para a CASAI e, mais uma vez, o problema se acentuou.

“Ele voltou de novo para CASAI, ficou lá, eu não fui mais com ele, meu irmão foi, foram duas pessoas acompanhar ele, minha mãe também ficou aqui.... ele ficou muito mal para lá na CASAI, um dia depois eu fui para lá.... ficou desse jeito que tava aqui, ele olhando pro sol, aí eu tentei acalmar ele, ele não quer mais deitar.... anda a noite toda, anda a noite inteira lá na CASAI mesmo, ficando em pé também.... Ele não sabe não quando está assim...”

Depois de algumas situações difíceis na CASAI, Ta. foi levado para fazer exames e retornar junto ao psiquiatra. Os medicamentos foram trocados e ele passou a tomar um antipsicótico de alta potência.

“Daí fez exame, médico deu outro remédio, diferente, tomou todos os dias e depois passou... mas dor de cabeça até agora, todo dia, não para, direto... quando para de tomar remédio acontece, quando não toma fica andando assim... tá tomando todo dia, todo dia, todo dia, aí ele fica dormindo; sem remédio ele fica acordado... é muito difícil problema dele... karaikõ fez exame nele, aí eu tenho dúvida sobre esse, porque ele não ficou bem, como no tempo de jovem que estava com saúde, continua problema... tem que tomar remédio, nunca parar... Wajãpi não tem remédio assim que toma todo dia, todo dia... ele fez pergunta para o médico dele: ‘esse remédio quando eu tomo assim todo ano, sem parar de tomar, será que vai ser bom para mim?’. Médico falou: ‘Sim, vai ser bom para você ficar tomando direto isso, todo dia assim’. Ele acreditou palavra do médico”.

[Tem alguma outra coisa para fazer quando?] *“Agora no momento não tem... tem uma coisa que nós tentamos fazer, mas não resolve, não sei porquê... porque tem que passar urucum e para espantar mais sipy [resina cheirosa], pra jurupari não ver a gente, só desse daí que nós tentamos fazer com ele, mas não tá funcionando; nós tentamos experimentar com ele e não resolve; antes [no começo] nós fizemos com ele, mas não resolveu... só com pajé mesmo resolve isso... pajé que tá aqui é forte, mas não tá querendo tratar porque meu pai fala besteira... quando tá assim não conhece pessoa, tá querendo bater e corre... nós pegamos ele, seguramos para não bater na gente... não deixa amarrar para fazer tratamento, é muito forte...”.*

[Se pajé muito forte consegue resolver problema dele?] *“Consegue, mas tem que fazer resguardo...”.*

Quando terminamos de conversar a respeito de Ta., a família começou a contar o caso de K, que está atualmente com 39 anos. Este caso é bastante distinto dos demais que

levantei na TIW, mas justamente por isso merece atenção. Segundo os dados do prontuário de K, a primeira vez que ela recorreu a CASAI foi em 2012, mas a princípio por problemas desconectados de qualquer questão psiquiátrica. Foi somente com a escuta do caso que consegui entender o que havia ocorrido. Início a descrição a partir do relato da própria K., que foi traduzido a mim por seu filho.

“Pessoal da endemias deu remédio de malária para ela tomar, pessoal da endemias que falou que ela está com malária. Aí ela tomou, tomou todos, aí que aconteceu com ela esse problema. Eu acho que foi o remédio de malária. Depois que acabou remédio ela tá desmaiando, ela tá tremendo assim (...) até o coração dela ficou batendo assim, como se fosse crise dela, treme todo o corpo, até cabeça dela tá tremendo; até agora está acontecendo com ela”.

Foi encaminhada para a CASAI para passar em um clínico geral e fazer exames. Através dos prontuários levantei que nesse período ela passou em dois clínicos gerais (um marcado e outro em um atendimento de emergência), um gastroenterologista, um psiquiatra e psicóloga (ainda que não haja nenhum registro do atendimento deste último profissional).

“Quando bateu raio X dela, ficou tudo como se fosse ferida no fígado dela. Ela contou também que colocou na boca dela um aparelho, fio, colocou dentro, como chama? [exame de endoscopia?] isso, pequeno o fio e viu fígado dela todo ferido”.

[E por que fígado dela ficou assim?] *“Ela não sabe, porque nem a gente acompanha minha mãe; aí médico fez pergunta para ela, ela não respondia, ela não conseguia entender pergunta. Aí por isso que ela fala assim: ‘que remédio que faz assim comigo?’ por isso que ela nem explicou para médico isso que deu problema, ela estava bem de saúde, aí de repente que aconteceu com ela assim. Depois que tomou o remédio que fez mal para ela. Quando o pessoal da endemias passou, outra pessoa que estava com caso de malária. Aí de repente passou só pra ela, de repente que parou aqui e passou para a minha mãe tomar”.*

[E sua mãe estava com febre?] *“Não, nem febre”.*

[E sua mãe tinha feito lâmina?] *“Não, nem nada. Aí tomou e depois terminou tratamento”*.

[Ela não falou nada para o pessoal das endemias? Que não estava com febre? Que não estava com malária?]

“Ela falou, mas ela falou que pessoal falou assim pra ela: ‘Toma’. ‘Não, eu não vou tomar, eu não tenho malária, eu não tô com febre’. ‘Não, toma!’. Aí ela tomou, tomou até terminar. Pessoal veio todo dia dar remédio, nome dele é T.. Eu acho que ele confundiu o nome, porque tem caso de malária na [aldeia] C., aí confundiu K. e M., porque final é “n”, aí confundiu”.

Na consulta específica ao psiquiatra, segundo o prontuário a paciente relatou para o médico que não dorme há vários dias e queixou de ‘crise’, que é um choque e dói o coração, treme o estômago e dói a cabeça. O diagnóstico do médico foi de depressão, receitando dois medicamentos ansiolíticos.

[E depois que começou a tomar remédio controlado?] *“Quando toma, assim que dorme. Primeiro ela não consegue dormir, ela tá querendo desmaiar, isso quando não toma remédio. Quando o médico perguntou para ela o que tinha acontecido, ela não conseguiu explicar, não respondia; o médico também não explicou bem para ela. Ela só conseguiu colocar alguma coisa na consulta. Depois disso ela nunca parou de tomar remédio porque ela fica com medo de desmaiar”*.

[O problema dela é diferente do seu pai?] *“É diferente, muito diferente, minha mãe só desmaia assim. [Mas gira tudo?] Gira, tem problema de estômago também, tá tremendo. Ela fala: ‘dentro da minha cabeça como se fosse vento forte’*.

[Mas vocês acham que é problema do remédio ou é outra coisa que deu isso?] *“Pajé falou pra ela também, fez tratamento, ele falou pra ela que o fígado dela tá com problema, mesmo jeito que falou o médico para mim; ele diz que ela ficou assim porque tomou remédio, é isso mesmo”*.

E tem como pajé resolver?]" *“Tem, pajé falou pra ela que vai resolver; ele tá tentando curar, aí não cura. Fez tratamento e não conseguiu, depois mandou para cá. Quando o pajé não resolve aí passa para técnico e manda pra CASAI. Complicada situação da minha mãe. Se tivesse assim, espírito de sucuriju, aí pajé resolve. Se fosse eawryry aí curava, mas não é. Problema de remédio de karaikõ, aí não resolve”.*

Ao terminarem o relato sobre K. me contaram sobre um caso antigo de agressão que aconteceu com o pai de Ta.

“Caso do pai do meu pai, T., ele morava na aldeia P. Tem história dele. Quando ele foi pegar urucum na aldeia velha, jurupari apareceu na frente dele; ele não conseguiu tirar mais urucum; Jurupari falou pra ele: ‘se você tirar esse urucum eu vou ficar medo contigo’. Aí passou e ele voltou para a aldeia dele. Aí outro dia [um] pássaro que nós chamamos de uru tá cantando assim. Daí meu avô tá querendo matar uru para comer, daí imitou uru e fugiu pro mato. Ficou dois meses para o mato assim, jurupari levou ele; aí depois voltou pra aldeia, feio, ele matou uru e jogou assim bem perto do igarapé, jogou quando a mulher dele foi banhar, de repente ele jogou. Aí a mulher dele ficou gritando; Quando ele chegou, tá feio, sem roupa, aí o filho dele pegou e levou pra casa dele, aí ficou lá. No outro dia que levou pro pajé, pajé de outro wanã. Ficou tranquilo um mês, boa saúde, até ele estava tomando kasiri. Aí o pajé avisou pra ele: ‘não pode pegar onça, não pode pegar sangue de caça’. Pajé avisou pra ele. Um dia depois que ele toma kasiri, ele tirou couro para cinto, ele colocou assim, aí um dia depois aconteceu com ele; ele usou cinto de couro de onça, espantou todo opiwará e depois o pajé não cura mais. Ficou assim na aldeia dele, até morrer, desse mesmo jeito, não conhecia mais família, aparece outra coisa na visão dele, quando olha aparece inimigo; tem hora que aparece amigo, tem hora que aparece inimigo, mas na verdade não é na gente que ele quer bater, é no inimigo. Achou que espantou um pouco iã dele, que a vida é normal, e vem outro, outra vida. Iã dele que tá transformado. Primeira vez pajé curou, aí depois não cura mais. Ele levou um mês para morrer”.

Depois de me contar essa história, o filho de Ta. me explicou que se não fosse o remédio [psicotrópico], o pai dele morreria rápido, igual ao avô.

“Porque meu pai agora está tomando um pouco para ficar controlado, por isso que ele ficou aqui agora, se não tem esse remédio para controlar ele, aí ele ia ficar morrendo...”

[Questionei por que aconteceu isso com o avô dele] *“Porque mãe dele não viu mais ele, ela foi junto com kamararã para o Iratapuru, aí ela não viu mais o filho dela que ficou na aldeia. Aí ela morreu. Aí de repente aviso que ela já morreu já. Acho que viu por causa disso. Re [espectro] dela que não quis ir embora, porque também ela está preocupada com o filho ou ela está querendo avisar para o filho alguma coisa; só apareceu jurupari, taywerã e jurupari mesma coisa”*

[E Ta. encontrou jurupari como seu avô?] *“Jurupari aparece como gente na vista dele e também fala no ouvido dele. Quando jurupari faz fraco, aí pajé na hora que resolve, mas se é forte, difícil pra resolver”*

Essa história suscitou a lembrança de uma outra, que aconteceu com a sua avó materna:

“Quando ela perdeu criança, abortou, ela não fez resguardo; ela foi pegar um caranguejo, uwa que nós falamos, quando ela voltou deu problema nela... Dai moju ojuka [cobra-grande matou]. Isso aconteceu com uma esposa de meu avô, pai da minha mãe... aconteceu um pouco parecido com meu pai, aparece gente na vista dela assim, inimigo, escuta voz também... moju apareceu bonito pra ela, com pintura, cocar e chama para ir para casa dela, como se fosse pessoa; tem também kyto, sapinho, que aparece como gente, para nós é kyto, mas para ela é gente. Aí depois yyjarã levou e morreu. Não tem jeito não, pajé não conseguiu resolver porque veio muito forte”

É interessante notar que enquanto a história de Ta. e K., e dos avós, foram contadas de maneira espontânea, o caso do filho N. sequer foi mencionado. De acordo com a documentação da saúde, esta criança, nascida em 2002, apresenta um quadro de agitação e episodicamente contrações musculares e olhos fixos – o que foi diagnosticado posteriormente como epilepsia -, e começou a fazer uso de fenobarbital e diazepam com menos de um ano de idade. É bastante significativo que em nenhum momento durante a conversa, ainda que tenha trazido à tona o tema das ‘necessidades especiais’, meus interlocutores falaram sobre o caso específico da criança.

“Antigamente acontecia [de nascer criança deficiente] mas pēi pēi [um ou outro], mas acontecia. Tem alguns que enterra, outro criava, mas a criança morria nova ainda... atualmente difícil, difícil para quem mora muito longe, para eles difícil porque quando jovem, adulto, não tem como levar para outro lugar. Como limite, quem mora no limite não tem como para levar para chegar lá. também a gente não anda só com criança, a gente leva farinha, leva tudo. Para quem mora na beira da estrada um pouco mais fácil porque o carro chega, mas ainda [assim] difícil. Também precisa falar com pessoa que tem filho deficiente porque que acontece isso, não pode falar dele, se fala assim pode dar problema para aquela pessoa que falou, aí não pode falar...”

Essa afirmação de que ‘não pode falar’ não condiz exatamente - como de pronto traduziríamos – com um cuidado ético. Exprime, em verdade, uma forma de se prevenir para que o problema não venha a ocorrer em sua própria família. Como apontei no capítulo 1, essas ‘necessidades especiais’¹⁰⁹ se revelam através de comportamentos alterados – não anda bem, não fala bem, desmaia, não entende bem – e expressam relações e composições com outras gentes. Quando uma criança, ainda pequena, apresenta algum comportamento alterado, supõe-se que -’āgwerã de outra gente contribuiu para a formação da criança dentro da barriga da mãe. Isso ocorre, em geral, em virtude de alguma falha dos pais nos cuidados cotidianos na relação com outros domínios. Por exemplo, *“o pai matou poraquê quando mulher estava grávida, daí quando filha nasceu, dono do poraquê omoai,*

¹⁰⁹ A alteração do termo ‘deficiência’ para ‘necessidades especiais’ revela a necessidade de reforçar – em nosso mundo e em uma projeção estendida para os povos indígenas – um olhar positivo em relação ao problema e seu enfrentamento. Enquanto o primeiro termo está na chave da falta, o segundo está na chave da necessidade.

machucou, deu choque, então por isso, ela não andou". Ficar olhando ou falando a respeito da pessoa que apresenta 'necessidades especiais', pode provocar raiva dos *opiwarã*, que mesmo sem o consentimento da pessoa, podem atacar (revidar) causando malefícios. Segundo um interlocutor,

"(...)alguém vai falar mal de mim, vai ficar chateado, não é eu que vou ficar chateado não, minha defesa, meu erōpiwarã que vai ficar chateado e vai atacar pessoa, não é eu que vou mandar, ele mesmo, por exemplo, tu vai gostar quando alguém faz agressão com seu filho, se outro bater nele, tu vai defender ele né? então nosso opiwarã mesma coisa, não é eu que vou bater, ele mesmo, minha defesa mesmo que vai atacar pessoa que falou mal, ele me protege".

Um rapaz em outra aldeia também me explicou como antigamente os Wajãpi lidavam com esse tipo de situação quando estavam na cidade, e como atualmente vêm lidando.

"Antigamente não pode ver pessoa com deficiência. Se passa, vira, não pode olhar não, senão pode acontecer igual. Hoje em dia a criança, como meu filho, 'pai olha! Você viu aquele rapaz que anda assim, aleijado' ele falou. 'Não filho, não conta isso, não fala isso, você ainda é criança, seu filho vai ser igual a esse, se você vê ele'. Não pode nem ver, nem karaikō não pode ver. Pessoa gorda, também não pode ver, senão vai dar para você. Hoje em dia tá mudando mesmo, ninguém sabe, ninguém tem preocupação, pensa que nasceu assim mesmo, não é não! Tem que fazer resguardo, muito importante fazer resguardo. Até agora, eu [sendo] crente [próximo aos missionários], eu não falo 'meu filho você não pode fazer resguardo'. Eu não falo isso, eu faço resguardo. Se outro fala pra mim: 'você não é crente? por que você faz resguardo? Mas peraí, eu não sou bem crente não, de repente acontece comigo".

Atualmente a complexa problemática relativa à questão das crianças que apresentam necessidades especiais e que vivem em terra indígena, somada aos conhecimentos wajãpi a esse respeito, produzem situações extremamente tensas entre os

órgãos de assistência à saúde e as famílias dessas crianças. Voltarei a essa questão quando for tratar das práticas terapêuticas da biomedicina no capítulo 3.

Caso 3

Este é o caso de To., uma mulher de cerca 55 anos que mora em uma aldeia distante da estrada, embora facilmente acessível por via fluvial. Segundo sua família e também seu prontuário, ela começou a apresentar estados alterados em 2011. O seu caso foi levantado a partir de conversas realizada com a própria To., seu marido, um genro e com dois filhos. Um de seus filhos, J., também faz uso de psicotrópicos.

O problema de To. se manifestou pela primeira vez na CASAI em Macapá, quando ela foi revezar com seu marido no acompanhamento de seu filho que havia sido picado por cobra.

“Primeiro aconteceu picada de cobra no filho dele e ele teve que ir pra CASAI, CASAI antiga (...) aí foi para o hospital. No hospital só sentado, aí ele ficou muito cansado, muito cansado mesmo. Daí ele pediu para esposa [To.] ir para a CASAI. Ela foi daqui [da TIW], chegou lá na CASAI e depois que passou 3 dias começou o problema nela. Ela não consegue dormir, começou a falar mal para o marido dela, a olhar como se fosse pessoa [que] está vindo em cima dela, começou a ouvir pessoa falando: ‘eu vou matar ele’, ‘bora matar ele’, como se fosse veio um soldado [na vista dela]. Aí depois quase não consegue dormir, marido falou que só ele tá segurando ela, que ela vai correr assim. Como lá na CASAI tudo fechado, só correndo por aí assim, falando, falando, falando. Não consegue nem dormir até de manhã cedo”.

Foi medicada com psicotrópicos (haloperidol, clorpromazina e nortriptilina) e depois de alguns dias retornou para a TIW.

“Depois de 5 dias voltou para cá, para o pajé, que entende bem. Aí ficou no Aramirã e pajé soprou ela e disse que tem como se fosse um espírito, como se fosse um ovo (ropi´a) de sapo (kururu), um sapo grande, kurururopi´a, todo corpo dela, no ouvido, tudo assim no ouvido. Além

desse tem espírito que vem em cima dela, que ajã que nós chamamos, que ajã que fala no ouvido dela, que fala assim: ‘vou matar ela’, ‘olha as pessoas, vamos matar’, mas ela viu pelo olho como se fosse soldado. Ela enxerga, ela ouve também. Pajé não viu que ajã esse, mas tem outro ajã no corpo como se fosse ovo de sapo, no corpo dela assim, no ouvido, por isso pajé falou que ela tá assim. Ela (...) piorou, no começo só pouco, aí no começo tem pouco, normal, mais ou menos assim ela tá. Como no corpo todo, por isso que ela não consegue dormir e tem mais em cima, veio, vamos supor, pessoa, ajã, por isso que ela tá assim, assim que o pajé falou pra ela. Ajã faz mal pra ela, como ela falou, fica falando ‘vamos embora matar’, só brincando no ouvido dela, falando como se fosse brincando”.

O pajé fez, então, o tratamento, só que solicitou que ela não voltasse logo para sua aldeia.

“Pajé tratou ela, tava bem, conseguiu tirar o que que tem no corpo, ela não ouviu mais o que ajã falou no ouvido dela, ela tá bem, resolveu mesmo. Difícil fazer o tratamento dela. Pajé falou pra ela: ‘você não pode voltar para a aldeia até ficar boa’. Mas ela não ficou lá, porque é difícil ficar lá, lá não tem ja´u ma´e (alimentação)”.

A família voltou para a aldeia e não passou muito tempo até que uma quebra de resguardo fez com que ela retornasse à situação anterior.

“Aí depois marido dela matou um tamanduá. Porque pajé falou: você não pode fazer isso, você não pode pegar isso, você não pode comer isso, você não pode andar em qualquer casa, não pode matar qualquer mijarã [caça]. Ele matou um tamanduá, porque ele não pode pegar tamanduá, ele não pode ficar perto do pitui do mijarã, caça assim e do sangue. Ela pegou mesmo assim, ela pegou para fazer ou assar, cozinhar. Ele [o marido] me falou que ela pegou, cortou, preparou; depois de preparar tudo, começou de novo. Começou de novo escutar pessoa assim falando no ouvido, ajã falou de novo no ouvido, ele olhou de novo, voltou de novo, de repente né? Ela tava bem, ela pegou carne e de repente

aconteceu de novo nela, de novo correu. Saiu todo opiwarã, saiu tudo o que resolveu, voltou tudo para o pajé. Só fica bom mesmo se opiwarã fica forte. Quando faz tratamento com o pajé não pode fazer nada, só depois de 10 meses, muito tempo, só outro [outra pessoa] que pode preparar mijarã [caça], porque ela não pode pegar sangue. Ela preparou porque não tem ninguém pra ajudar, aí depois voltou tudo pro pajé. Não tem jeito mais, pajé não vai conseguir tratar, diz que saiu todo opiwarã que o pajé deu pra segurar. Opiwarã não vai gostar mais dela, ficar com ela para curar, não vai ficar mais”.

Assim To. “*não foi mais para pajé*” e, devido a intensificação de seu problema, acabou retornando para a CASAI.

“Aí ela foi de novo para a CASAI. Depois de 3 dias ela fez exame, porque não fica bem, piora na CASAI. Depois do exame, o médico passou remédio. Ela tomou e conseguiu dormir, fica só calma, só medicada. Até hoje ela tá tomando todo dia, todo dia, todo dia. Mas médico nem deu explicação qual é o problema, o que aconteceu. Só olhou e deu remédio”.

Sem uma resolução definitiva, a família resolveu recorrer a um *pajé do karaikõ*, conhecido por morar no assentamento Tucano I.

“O pajé do karaikõ quer curar também ela, só que como ele tá sozinho, o pajé karaikõ só olhou ela. Diz que tem um ajã maior que nós, tem ajã muito grande que é forte também, ele não vai conseguir matar sozinho, ele falou. Ele quer matar mais ele não vai conseguir matar porque muito forte. Disse que: ‘esse ajã vai me matar, eu não vou aguentar ele’. [Pajé] É uma mulher. Diz que curou outra coisa assim, quando não é ajã muito forte. Quando muito forte tem que três, quatro pessoas pra matar. Só isso que pajé karaikõ falou”.

Perguntei, por fim, como ela estava no momento.

“Agora no momento ela está bem, lá por mais tarde, karume, de novo vai olhar pelo olho, vai vir um ajã, como se fosse trazendo de novo uma

lanterna, tipo de lanterna, como se fosse também celular quando a gente fila ou tira foto que acende luz forte, ajã pega esse negócio que ele tem, acende aí vem no olho dela... aí ela não tá sentindo nada, ela cai... às vezes ela cai, às vezes só anda, não cai... às vezes ela dorme, janevo ajã [ajã é igual nós]. Mês passado, como marido foi para Pedra Branca, ela ficou por aqui, sentando, olhou para cá e tá vindo ajã, tá vindo de lá, carregando um tipo de fralda assim no ombro, vem, vem, vem, vem afogando lanterna e ‘paaa’ no olho dela. Não consegue ver, depois fica com tonteira, até ela sentiu sono. Às vezes dorme, às vezes não consegue dormir por causa disso, porque tá batendo a luz no olho. Parou esse daí e agora ela não viu mais pessoa, ajã. Não viu mais. Agora ela viu assim, pelo olho, como se fosse sozinho lanterna, assim só uma vez no olho dela, aí ela não tá sentindo nada, olhou assim, olhando, olhando até chegou o sono, aí caiu. Aí depois vem de novo pra cá, lanterna também, é a mesma que vem aqui como se fosse entrou bem aqui, eposiay, apertado assim, aí luz tirou o i’ã dela, como se fosse a gente tem fio, topasã, tirou i’ã e levou. Às vezes a luz vem atrás (nas costas), eape kyty wyi, aí ‘paaa’, ele tira, tira atrás, aí tira i’ã e leva embora. Quando acontece isso, aí ela não está sentindo bem, muito fraca, muito fraca mesmo, como se fosse muito leve assim, ela sente que levou i’ã dela”.

[como traz de volta - i’ã dela?]

“Só pajé. Também ela não tá ouvindo direito a fala, como se fosse a gente não sente nada, não escutou bem. Ela escuta o que fala muito longe, bem longe. Ele tentou fazer ajãpoã, aí não fez nada com ela. No passado, por aí, ele tentou resolver com ajãpoã. Problema é que ela não quer, o marido falou. Ele queria fazer isso, mas ela não quis”.

O marido também ponderou acerca dos medicamentos dos não-índios e do uso destes últimos.

“Ela tomou muito esse remédio, muito, além disso, ela não tomou bem. É porque ela toma kasiri forte, tomou tucupi, kã’ãĩ (pimenta). Não era para ela ter tomado kasiri, só que mesmo assim ela tá tomando, mas

como o médico falou para ela: ‘não pode tomar kasiri, esse remédio é muito forte’. *Aí marido tá pensando assim que por causa disso vai dar problema nela também, por causa do remédio. Não dá efeito, vai dar tonteira, ereaypatonusu¹¹⁰, manōtarā¹¹¹ nela ou vai desmaiar, sem querer. Ele falou também que é difícil ela tomar direito o remédio, porque ela não quer entender direito o que ele fala, é difícil, muito difícil. Ele falou que vai tentar fazer um remédio pra ela, piripirikwāi, jamarātae para ela ver se melhora um pouquinho. Vai suspender também um pouquinho o remédio”.*

[Mas tem dia que ela não toma remédio?] “*Não, direto, nunca parou, depois que o karaikō passou, direto”.*

[Mas médico diminuiu remédio dela ou está tomando igual desde o começo?] “*Nunca mudou, remédio dela é 2 tipos de remédio. Um que não sei qual o nome quase resolve. Ela tomou junto vitamina, quando ela tá tomando esse ela fica bem. Quando ela tá tomando esse (diazepam) ela tá bem, só que ela não dorme, mas anda, não fala mais, não tá escutando falar no ouvido dela. Ela não consegue dormir, mas ela tá bem. Esse aqui quando ela toma junto, ela dorme. Esse (carbamazepina) que dá sono, mais forte. Quando ela tá tomando esse (diazepam) só de vez em quando ela tá sentindo alguma coisa. Quando não toma vem de novo.”*

[E como ela toma os remédios?] “*Só ela (uma jovem de cerca de 14 anos) que deu só um desse pra ela; à noite deu só esse (diazepam). De manhã esse (carbamazepina). Receita do médico é dois por dia, mas ela deu só um (diazepam). Isso que ela falou, por isso To não consegue*

¹¹⁰ *Ereaypatōnusu* segundo a explicação dos professores veteranos wajāpi, é a sensação de quando a vista escurece. Isso pode acontecer quando a pessoa faz muito artesanato, fica olhando para o sol ou quando sofre algum tipo de agressão. No caso de To, a relação é feita especificamente com o uso do remédio, que, segundo alguns interlocutores, é capaz de produzir efeitos no *ã* da pessoa ou simplesmente por “não dar efeito”, permite que a agressão se manifeste.

¹¹¹ *Manōtarā* foi explicado pelos professores veteranos wajāpi como uma “sensação de muita fome e muita fraqueza”, quando o “*topasã* fica fraco” e a pessoa não consegue sentir bem as coisas. Isso pode acontecer “quando a pessoa vai caçar e não come nada ou quando carrega caça muito longe ou às vezes aparece sozinho” (quando a pessoa foi agredida).

dormir. Se ela tomar esse (carbamazepina) dorme. Ela não deu esse, não deu mais esse, carbamazepina, só esse diazepam. Tá difícil porque ela não sabe se é esse mesmo, porque mudou só a capa (embalagem)”.

[Não sabia que era igual?] “*Não*”.

[Então deu só o comprimido amarelo?] “*É*”.

[Hoje, ela tomou o diazepam?] “*Ela tomou. O outro (carbamazepina) não tomou, mas ela tá bem um pouquinho, tô vendo, olha como ela está. Até ela me falou que no momento ela tá bem, nem ouviu uma coisa*”.

[Esse carbamazepina só toma quando não consegue dormir?] “*Porque na receita é junto que tem que tomar*”.

[Mas a receita é uma coisa, como o pessoal usa aqui é outra...] “*Isso, é diferente. Não deu esse (carbamazepina) para ela, só esse daqui (diazepam)*”.

[Mas tirou um comprimido da cartela...] “*Ela só deu esse daqui mesmo. Ela deu parece que semana passada por aí, pra ela dormir. O outro (diazepam) quando toma não dorme. Só para acalmar. Sempre veio na mão do W. (agente de saúde wajãpi)*”.

[Esta cartela está vencida...] “*Esse aí não vale não, só guardado, qualquer coisa ele pega só para ver, para saber*”.

Sobre a possibilidade de To. voltar a ficar bem, seja com os medicamentos dos não-índios ou com o tratamento de um pajé mais forte, o marido se mostrou sem esperança.

“Ele tá preocupado, tá preocupado com ela. Ele falou que não vai curar. Remédio é só para acalmar”.

[Se tivesse outro pajé, mais forte, curava?] “*Como ele comparou também com a esposa do T., marido procurou outro pajé, só que não cura. Aí ele falou pra mim: ‘Por isso que eu não levei pra outro pajé’*”.

Depois da história de To., passaram a me relatar o que acontecerá com seu filho, J., um jovem rapaz que possui hoje 27 anos. J. se casou com uma mulher wajãpi do Camopi e foi morar na Guiana Francesa. Primeiro ele morou no Camopi, depois na Vila Brasil e, por fim, em Vila Victoria. Esta vila, situada na fronteira no lado do Brasil - em frente a Saint Georges de l'Oyapock -, é bastante frequentada por diversos povos indígenas (Karipuna, Wajãpi do Camopi, Galibi etc.). Encontram-se ali conhecidos agiotas que costumam fazer empréstimos aos indígenas em troca de seus cartões. Alguns Wajãpi não pertencentes à família sugerem que o rapaz possuía dívida com os *karaikõ*, que fumava droga e ficava muito violento quando bebia, criando muitas inimizades. Apesar da insistência da família para que voltasse para a TIW, ele não queria retornar porque sua sogra não deixava sua esposa acompanhá-lo. Porém, essas informações não foram relatadas por familiares de J. Segundo sua família, a situação que desencadeou o problema no jovem rapaz ocorreu em Vila Victoria. Ainda que nas documentações existentes no prontuário da saúde haja uma hipótese de que J. tenha tentado se suicidar, a família e vários outros Wajãpi não familiares reforçam que ele foi vítima da violência física de algumas pessoas do grupo *Camopi wanã*, ou de algum *karai*. O rapaz participou ativamente do relato de sua própria história, que foi traduzida por seu cunhado.

“Ele morava lá no Camopi, mas depois foi para Saint Georges. Lá tem muito parente drogueiro¹¹². Daí pessoal do Camopi estava tomando com ele cerveja, deram muita cerveja para ele, deram, deram, deram, até ficar muito porre. Não sei se na verdade droga ou eles, próprio indígena, aplicou um injetável nele”.

[E ele não sentiu?] *“Não, porque ele estava muito porre, aí injetou uma droga nele, aplicou bem aqui, nas costas, aí ele caiu, nem sentiu. Aí caiu, levantou, aí caiu, diz que levantou, vai, vai, vai até na rua, aí vai para lá. Aí falou: ‘ele quer me matar’. Karaikõ que viu ele que contou. Camopi wanã que aplicou injetável de droga nele, que queria matar. Aí ele queria voltar para a casa, só que não conseguia, nem sabe voltar para a casa. Depois [ouviu]: ‘ele quer te matar, ele quer enforçar’; pessoal*

¹¹² O cunhado relatou que *“eu ouvi (...) que Camopi wanã é tudo maconheiro, eles usam drogas injetáveis e outros usam um pó parece cocaína para cheirar, eles ficam doidos, quer matar outro, por isso que Camopi wanã fez com ele assim, quer matar”.*

falou que enforcou, amarrou parece uma corda de rede, amarrou, enforcou. Depois de mais de hora, karaikō viu ele, aí cortou, caiu, ninguém viu [antes] porque não tem parente assim. Ainda bem que ele não morreu, só tem batimento do coração. Aí depois karaikō pensou que ele é da Guiana Francesa e levou ele lá para Saint Georges, aí helicóptero levou para Caiena, hospital”.

Tive acesso a outra versão desta história, não tão diferente da versão contada por J., obtida por um Wajãpi junto aos *karaikō* de Vila Victoria.

“Eu conversei com karaikō na Vila Vitória, ele tinha muita dívida, muita dívida, aí, não se se me contaram certo, né? Aí diz que na hora do pagamento, ele se esconde pra tomar (bebida), não paga, aí depois ele vai sempre pedir refrigerante, cerveja... karaikō joga remédio oupinol na bebida para ele dormir e pegar o dinheiro dele. Outra pessoa jogava pra ele e fica tomando, dorme e pega dinheirinho que tem, assim que faziam com ele, disse. O que aconteceu na última vez, pegaram ele, apertaram aqui (pescoço) para matar mesmo. Não é wajãpi que fez isso não, karaikō, aí ficou em coma. Ficou em coma e próprio cara que foi jogar ele lá no Saint Georges, largou ele desse jeito, largou lá, assim me contaram... aí acordou no hospital, mas ficou em coma, em coma, em coma.... quase morreu (...), mas ficou assim, como se tivesse algum fio dele arrebitado em algum lugar”.

Segundo a documentação do hospital de Caiena existente no prontuário do rapaz, ele ficou cerca de dois meses internado, sendo liberado devido a um acordo entre os neurologistas, psiquiatras, o médico coordenador do Centro de Saúde, o médico de Saint Georges e a família para tratamento do paciente em domicílio.

“Passou meses no hospital de Caiena, sem parente, sozinho, falou que quase morreu. Fez todos exames, deu positivo de droga no sangue. Fez tratamento para limpar, só que não resolveu. Médico não falou qual

droga, mas só depois de muitos meses informaram para cá, para a gente, o que aconteceu com ele. Aí conseguiu sair do hospital de Caiena, irmão dele W. e outro foram buscar ele lá. Aí foram lá e não conseguiram ir até Caiena e voltaram para cá. Ai eles mesmos [pessoal da saúde] deixaram lá no Oiapoque, CASAI. Aí depois encaminharam ele para a CASAI Macapá.

Quando chegou à CASAI de Macapá o rapaz não conseguia reconhecer os parentes, e foi logo encaminhado para um neurologista e um psiquiatra.

“Chegou na CASAI nem sabe que é parente, não fala, fica só andando sem saber, não sabe nada. Ele ficou na CASAI Macapá, fez exame e mesma coisa que o médico da Guiana Francesa falou pra ele: tem uma droga no sangue, diz que tá na cabeça, afetou a cabeça então por isso que ele não sabe bem e não fala direito, notekokuwai; como se fosse tudo cortado iākārajy (veia na cabeça) na cabeça, fio, tipo fio na cabeça, como se fosse energia, como se fosse queimou todo o fio, aí o médico falou que iākārajy queimou tudo, linha pequena, a veia que tem na cabeça, é muito né, quase tudo cortado por isso que ele não consegue falar direito, ele não tá percebendo bem, assim que ele falou. Aí fez exame na CASAI, aí não sei que remédio o médico deu para ele”

Em Caiena havia sido prescrito dois medicamentos: oxazepam, um ansiolítico, e cyamémazine, um antipsicótico. Depois de passar em um neurologista – que, de acordo com o prontuário, descartou complicações neurológicas - e um psiquiatra em Macapá, voltou para a aldeia com a prescrição de clopormazina e haldol, dois antipsicóticos.

“Ele voltou para a aldeia e só depois mandaram remédio. Quando ele não tá tomando, ele não fica quieto assim, anda muito. Depois quando tomou, só dorme, só dormiu. Deram esse remédio para ele só porque ele anda muito, vai pra lá, vai no caminho, por causa disso que eles deram, só pra acalmar. Agora já passou cinco semanas e não tomou e tá bem,

vai no caminho, volta e depois deita. Só que não consegue trabalhar, ele não está bem né? Não sente também. Ele não vai caçar, só aqui mesmo. Por isso ele falou de beneficiar ele, porque tem filho e não tem como pra cuidar. J. não tem roça”.

[E a esposa dele?] *“Quando ele tava no hospital, ele foi num tipo de UTI, aí ela não ficou lá não. Depois ela vem para cá com ele. Quando aconteceu ela não sabe, ela muito porre parece, na hora que eles estão tomando cerveja, pelo porre ela não sabe”.*

[Ela veio morar com ele aqui?] *“Sim veio, aí depois a mãe e o pai vieram de lá e levaram ela. Ele tem dois filhos, aí um foi com a mãe e outro ficou aqui”.*

Questionei se haveria alguma outra maneira de resolver problema de J., mas a família mostrou-se convencida de que o problema dele foi causado por droga – apesar de não haver qualquer exame comprobatório no prontuário e mesmo na documentação vinda de Caiena -, que o remédio dos *karai-kō* só ajuda a acalmá-lo e que *-põa* (plantas agentivas) que eles conhecem não vão ajudar a reconstituir as pequenas veias que estouraram.

“Não tem como pra fazer com ele. Ele não tá sentindo dores, dor de cabeça, mas pai dele tem medo dele trabalhar e de repente vai se cortar... ele fica preocupado, tem medo; também tem medo de dar espingarda pra ele, tem medo de acidente, até terçado. Ele conhece bacaba, açai, mas temitã (plantas cultivadas) como não faz mais roça, esqueceu; sabe pai, mãe, irmão, outro não sabe.... Só fala ‘cadê minha esposa’, ele lembra dela”.

O questionamento final de família foi para que eu ajudasse na viabilização da aposentadoria para o rapaz, já que este tem filho, mas não consegue sustentá-lo. Nas palavras do pai de J.: *“tem que beneficiar ele, porque ele tem filho, mas não tem como pra cuidar. Ele não está bem, não consegue trabalhar”.*

Caso 4

Este é o caso de uma mulher, T., atualmente com 37 anos, que mora em uma aldeia acessível a pé há 30 minutos a partir do trecho final da estrada. Ela se casou bem nova com um homem de Camopi. Descrevo seu caso a partir de relatos de sua mãe e de seu pai, com apoio de uma agente de saúde que é filha do irmão do pai de T.

“Ela nasceu bem, depois que cresceu ela trabalha bem, faz kasiri bem, rala bem mandioca, trabalha muito bem. Depois casou com marido que é do Camopi. Daí que ela foi para o Camopi. Lá no Camopi que começou, porque pessoal do Camopi não gosta dela e deu peixe podre para ela comer. E ela comeu, não sabia. Depois ficou muito magra, muito magra mesmo. Quando chegou do Camopi aí fez omõsimõ’ã para ela, fez muito vapor pra ela, porque ela tá muito magra. Também ela também tem muito sangue quando ela menstrua, não para. Fez vapor e melhorou. Então ela foi para a aldeia M. e J., mãe disse que lá que ela ficou ruim. Ela estava no kasiri e contou que o pessoal está fumando um cigarro, cheiro muito forte mesmo, ipije (ele cheira forte), olho fica igual como sereno (embaçado como neblina). Ela acha que foi isso. Ela disse que não sei porque tá fumando o pessoal, veio do Camopi wanã. Ela não fumou porque está tomando kasiri, ela porre também, ela porre então não sabe”.

Depois do kasiri ela voltou para sua aldeia com o marido, mas não estava se sentindo bem.

“Depois que ela voltou para cá na aldeia dela, de repente que ela correu para o mato. Não tava bem não, também ficou muito brava quando mãe conversa com ela, ela não quer mais conversar com a mãe; parece que tem lá dentro do corpo dela uma coisa para ficar desse jeito, ipy’a lá dentro do corpo parece uma pessoa que fala muito, por isso que quando mãe conversa, não escuta, só fala muita besteira, fala lá dentro dela”.

O relato dá a entender que ela foi agredida e que *opiwarã* que a atacou é quem está falando *besteira* para ela, que se faz perceber através das palavras. Quando questionei quem havia mandado isso para ela, a mãe me respondeu:

“Parece que foi jurupari, ela disse que veio voando para entrar no corpo dela, só ela que vê. Primeiro ela foi no M., depois ela voltou e começou aqui, daí que ela viu isso, entrou no corpo dela, ela contou só uma vez. Ai depois ela não lembra mais a mãe, esqueceu, não conhece mais”.

Um interlocutor pajé, disse que conseguiu ver o que a estava atacando T. e relatou da seguinte forma:

“Gafanhoto grande que tá atacando ela, porque na família dele não tem jirōjiga (pessoa que canta para proteger, afastar e resolver malefícios) para poder mandar embora. Gafanhoto grande não vai comer rápido ela, vai comer devagar. Agora se adaptou com ela, agora T. virou a roça do gafanhoto, ela vai morrer porque gafanhoto vai comendo, vai comendo, até hoje o dia não vai ter mais pra ela (...) gafanhoto que a gente fala é tuku, depende do tuku, o que está nela é kusikusira gafanhoto da cor verde. Ela tá na posição de gafanhoto grande, dobrou assim, ela tá como se fosse de cabeça pra baixo na rede e gafanhoto vai comendo, ela não tá de lado, ela não tá de cabeça pra cima, reta não, como se fosse ela tá dormindo de cabeça para baixo na rede. Quando ela escuta voz, kusikusirã que tá atacando, visão também, muda a visão dela; ela está escutando aqui e tudo o que é invisível pra nós. Ela não consegue se adaptar, atrapalha, ela tá em dois mundos, mundo aqui e mundo invisível”.

A mãe de T. relatou também o estado de sua filha até a passagem pela CASAI e a administração de remédios psicotrópicos.

“Logo que começou o problema dela, ela conseguia conversar, mas agora ela não consegue mais. Agora ela não sabe mais trabalhar. Também não consegue mais cuidar dos filhos, não lembra mais deles, só olhando, olhando. Ela não está boa mais. Ajã tirou o i'ã dela. Continua falando muita besteira, porque médico não mandou ela pra CASAI. A

primeira vez que levou ela para a CASAI foi por causa da cabeça, fez exame de sangue, porque ela ficou muito doente, também ela está com muita infecção, só deu remédio para ela tomar”.

A primeira ida para a CASAI foi em 2010. Segundo o prontuário, a paciente apresentava um quadro de metrorragia (hemorragia uterina) há pelo menos 4 meses, somado à *cefaleia, fraqueza e anemia*. A médica que fez o encaminhamento para Macapá sugere que o quadro é decorrente de um *implante contraceptivo (Implanon 68 mg)* colocado na Guiana Francesa em fevereiro de 2009. No mesmo encaminhamento, solicita que o implante seja retirado. De acordo com o relato da família, o sangramento foi percebido como manifestação de um tipo de agressão específico, definido como *porosu’u* (onde o agente agressor morde internamente a pessoa) e processado pelo grupo *Camopi wanã*. Com a retirada do implante houve uma melhora do problema, mas a paciente continuou se queixando do volume de sangue e de dor no baixo ventre.

A ida seguinte à CASAI ocorreu somente em 2013, quando ela já estava apresentando um estado bastante alterado.

“Só outra vez que levou ela para CASAI e hospital para falar com o médico. Mas ela não consegue explicar, não consegue, não conta nada. Tomou remédio e melhorou, conseguiu dormir. Antes na aldeia não dormia, corria para o mato, ficava andando direto”.

Voltou, então, para a aldeia com a prescrição de um antipsicótico (prometazina) e um antidepressivo (amitriptilina).

“No começo do remédio ela ficou melhor, até consegue trabalhar quando ela estava tomando direitinho o remédio. Depois, de repente, ela não quer tomar o remédio, porque dormiu muito, não conseguiu trabalhar, deu muito sono. Só sono que é muito, ela entende o que a pessoa fala, consegue comer, mas dá muito sono, de dia e de noite. Daí parou. O técnico trazia e deixava para dar para ela, mas ela não quis mais. Daí piorou. Não sabe bem. Quando começa a menstruar aí ela não sabe se cuidar. Ela não quer e não deixa ninguém cuidar dela, sozinha que ela fica. Também não sabe mais tomar banho no rio. Também quando tem vontade de fazer cocô, ela não sabe, só deitada na rede, faz

ali mesmo. Mas ela não deixa marido dela cuidar. Daí marido dela disse que não quer mais cuidar dela. Às vezes ela não fica muita brava e consegue dormir. Também quando está com fome ela vem na casa da mãe com a filha dela para ver o que a mãe cozinhou, daí come tudo, na panela mesmo. Daí depois que terminou de comer vai embora. Às vezes ela vê parece que uma pessoa, mas a gente não vê, só ela mesmo. Daí pessoa fala besteira pra ela: ‘você é muito feia, não parece gente’. Só ela vê, outro não vê não”.

[Já pensou em levar ela lá no pajé?] *“Ela não quis ir no pajé. Quando passou no S, parece que uma faca cortou todo o corpo dela, ela contou para a mãe. Quando S. passou no carro, direto, ela viu, ele nem parou o carro, só sentindo assim. S. que fez assim com ela, por isso que ela não quis tratar com ele, lá dentro dela que sentiu. Porque também tem muito opiwarã dele, aí vem. Pajé disse também que tem muito opiwarã nela, parece jurupari. Se ela deixa, ele cura, ele falou para mãe dela. Daí quando vai buscar para levar para o pajé, aí ela corre para o mato, ela não quer mesmo, não é ela que não quer, é quem atacou ela.... porque pajé vai tirar aquele que atacou e vai trazer de novo i’ã dela. Mas muito difícil”.*

[E o que vai fazer?] *“Às vezes pensa em fazer vapor de takuru (pedra), omõsimõ’ã, mas outro jeito. Só tamõkõ que sabe, tem uma tãsi, pedra branca, branca, tem em uma montanha. Ela pensou em fazer, mas é muito difícil pegar tãsi, não tem aqui, só no limite que ela falou. T. não consegue andar muito, muito magra mesmo aí não consegue. Vai ficar assim. Só mãe, pai que pode buscar a pedra, é muito difícil”.*

Segundo a documentação contida no prontuário, T. ficou praticamente três anos e meio (2013 a 2016) sem qualquer acompanhamento médico em Macapá, somente com a prescrição de medicamentos antipsicótico e antidepressivo e sem qualquer acompanhamento em área mais efetivo. Ela só foi encaminhada à CASAI, segundo anotação no caderno de registro da enfermagem, no dia 31 de janeiro de 2017. Ao passar

novamente no psiquiatra, este diagnosticou surto psicótico e passou dois medicamentos: um ansiolítico (rivotril) e um antipsicótico (risperidona). Pediu que ela fizesse retorno em 3 meses e que este fosse realizado no CAPS III. De volta à TIW e a sua aldeia, fiz uma nova visita e conversei com a família. T., apesar de ter me reconhecido, depois de alguns minutos se postou de cócoras, mirando o chão e ficou assim até a minha partida. Sobre o uso dos remédios a mãe me relatou:

“Só sono, deu sono muito, acordou falando besteira, só dormiu muito. Às vezes ela contou que ela dormiu muito e parece que tem uma pessoa que fala muito mal para ela. Eu penso que ela melhora e depois fica ruim de novo”.

Segundo o pajé que apresentara o diagnóstico de T., o caso dela não vai ter resolução.

“Esse remédio de karaikõ tá falando, remédio de karaikõ só faz controlar a dor que i’ã dela tá sofrendo, i’ã dela sofre muita dor, mas pra cá você vê ela diferente, então remédio ajuda i’ã dela, ajuda aliviar a dor porque kusikusirã tá comendo i’ã dela, para aliviar a dor e para não sentir dor na carne, só isso... T. não cura não, porque i’ã tá tudo estragado. Logo que acontece daí tem como resolver. Kusikusirã tá comendo conhecimento bom dela, i’ã dela, eu vi porque eu tomei cipó que parente trouxe, aí vi que tava comendo tststs, tá comendo o conhecimento. Depois eu vi minha sogra, que ela tem dor de estômago aqui, nasceu tipo aquele taioba, aqui, avançou muito, uma planta taioba, pajé pode cortar, sempre vai nascer de novo. T. tá em posição do ywagã (céu), tá na direção aí depois aywerã (da pessoa) vai embora. Isso foi alguma coisa que ela não fez resguardo de alguma coisa, porque gafanhoto tem vários ka’ajarã, ka’ajarã é outra humanidade... não precisa ficar preocupada com a T. que ela vai ser controlada, fim da vida só. Remédio vai segurar um pouquinho”.

Caso 5

Este caso é de uma criança, M., que está atualmente com 16 anos e mora com os pais em uma aldeia acessível a partir do trecho final da estrada, somente de barco ou a pé. O primeiro registro referente ao seu estado foi feito na CASAI em 2009 quando ele estava com 8 anos de idade. Impossibilitada de falar com os pais da criança que estavam viajando, conversei com os avós de M. e com o irmão de sua mãe.

“O que está aparecendo em M. é diferente. Ele é filho da minha irmã, J.. A gente considera que pai do M. matou cobra quando ele era pequeno e iã de M. foi atacado pela cobra. A gente ia fazer tratamento, mas a mãe de M. não respeitou ojikoako (resguardo), ela tava mais do lado do conhecimento científico, remédio da cidade e ele fica mais doente, mais doente. Hoje em dia, marido dela tá acreditando, antes os dois [pai e mãe] não acreditavam [nos jeitos wajãpi de cuidar]”.

Depois de muito tempo em tratamento com remédios controlados – fenobarbital (2009); fenitoína, valproato de sódio e clobazam (2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016) – e sem uma melhora efetiva do estado da criança, os pais resolveram tentar recorrer a um tratamento local.

“Agora que viram que não resolveu, agora tá fazendo tratamento aqui e tá resolvendo. Tratamento aqui é para desentupir o que está entupido no cérebro, parte da respiração da nossa força; a gente acha, a minha família acha alguma coisa tá entupido pelo veneno da cobra no iã, então a gente tá tentando desentupir pra poder normalizar pra não tomar remédio da cidade... precisa desentupir, a gente tá usando kupii, cupim, cacho de cupim, cupinzeiro, mas não é qualquer cupim, só que tá no cajueiro vermelho. Esse cupim tem no cajueiro vermelho o que tá no amarelo não resolve, não funciona. [E ele tá melhorando?] Tá, e a gente faz igual mel de abelha, grosso, cozinha, depois tira água, amassa, depois, cozinha, cozinha e fica tomando, tá melhorando. Ele está três meses já sem omanomano (desmaio). Ele começou a falar, pescar, normalizou, anda, ele até fez até uma casinha lá. Ele amanheceu na festa aqui. Antigamente ele no meio do barulho sempre estava omanomano. Agora amanheceu no ano novo aqui e não deu nada, ele até tomou uma cuiá pra amanhecer. A gente ficou com medo de dar pra ele, mas não

deu nada. Aí a gente explica, mas a caixa de cupim pode rachar, tem muito buraco, então essa aí, como é que eu vou te dizer, o que tá entupido é i'ã do M., i'ã do cupim pode cavar o caminho, pode ir cavando, o cupim pode desentupir, o i'ã do cupim pode desentupir o (caminho do) i'ã do M., vai liberando pra respirar bem para normalizar”.

[Antes ele não respirava bem?] *“I'ã não tá respirando bem, i'ã, lá dentro”.*

[Quem viu isso?] *“Outro pajé que tá lá, que fez tratamento dele, só que minha irmã não respeitou, não fez resguardo”.*

[Mas e agora?] *“A gente fez né, ela tá acreditando, tá começando, tá sabendo agora, porque a gente tá fazendo a prática”.*

2.2. Análise dos casos descritos

Os casos aqui apresentados foram selecionados por serem bastante emblemáticos. Os quatro primeiros, por terem iniciado há mais tempo, possuem muitos desdobramentos que permitem captar os caminhos de diálogo estabelecidos pelos Wajãpi com profissionais da saúde que os tratam a partir da biomedicina e também com outros agentes, como curandeiros, pastores e missionários. Vale lembrar que os cinco casos apresentados acabaram por se desdobrar em nove, já que as conversas suscitaram memórias de estados alterados que ocorreram no passado junto a outros parentes. Tal interesse na lembrança de experiências antigas reforça mais uma vez o argumento de que estes fenômenos não são recentes na vida dos Wajãpi, existindo tecnologias locais (práticas específicas) para a sua reversão. As práticas locais, todavia, não invalidam nem deslegitimam possibilidades de tratamento advindas de outros sistemas de conhecimento, muito pelo contrário, acabam por incorporá-las – de diferentes formas - ao processo de resolução.

Na apresentação dos casos foram utilizados alguns dados dos prontuários dos pacientes wajãpi, somente para uma melhor compreensão de aspectos específicos relativos aos atendimentos na CASAI e processos de medicalização. As abordagens biomédicas – diagnósticos, tratamentos, pré-conceitos (estigmas), encaminhamentos, avaliações - serão tratadas no próximo capítulo.

Cada caso apresenta variadas interpretações¹¹³, a depender do interlocutor (familiares próximos ou distantes, não-parentes, não-índios) e do contexto da fala. A assistência à saúde tenta – sem sucesso - constituir uma única versão do ocorrido, porém os prontuários revelam múltiplas interpretações¹¹⁴. Existe, porém, uma prudência por parte de não-parentes ao mencionar casos sobre os quais só ‘ouviram falar’, enfatizando a necessidade de se conversar diretamente com a família da pessoa afetada. Na descrição dos casos procurei dar ênfase à interpretação da família e da pessoa afetada, mas também introduzi alguns trechos de relatos de não-parentes para auxiliar na compreensão de elementos específicos da narrativa da família.

Passo a seguir fazer uma análise dos casos apresentados a partir de tópicos.

“Começo do problema”

No que segue, procuro destacar o momento ou situações que meus interlocutores relacionam com o início do problema de seus parentes. Nessas narrativas os locais são bastante enfatizados reforçando que o mundo é constituído por vários domínios de diferentes gentes, assim como por espaços consubstanciados¹¹⁵ de famílias, grupos políticos e povos específicos.

¹¹³ Gallois (1988:234) já chamara atenção para a fluidez dos diagnósticos, que é em geral *reinterpretado em função de elementos sócio-políticos e sobretudo da reavaliação de experiências anteriores*.

¹¹⁴ A multiplicidade de versões wajãpi incomoda profundamente os profissionais de saúde que tentam constituir uma versão sobre a história do paciente, ainda que esta se multiplique em inúmeras interpretações fornecidas pelos diferentes profissionais de saúde que redigem os prontuários. A multiplicidade de versões wajãpi é percebida, não raras vezes, como resultado de uma dificuldade de entendimento do acontecido pelos Wajãpi ou enquanto uma tentativa deliberada de omitir ou ‘enganar’ o profissional de saúde.

¹¹⁵ “Sugiro que as roças, assim como os caminhos, são forjadas pelos grupos de substância (desde a escolha do local – pensamento- até a elaboração propriamente dita, que envolve os fluidos corporais) e estão impregnadas por suas potencialidades. Não por acaso as roças são designadas pelo nome das esposas, àquelas que fisicamente e simbolicamente são responsáveis por alimentar e reproduzir o grupo de substância” (Rosalen, 2005:61).

Caso 1 - Apesar da primeira manifestação mais intensa do problema de T. ter ocorrido quando este acompanhava o filho na CASAI, a família chamou atenção para o fato de que ele já vinha apresentando comportamentos alterados/anormais na TIW. Durante uma reunião de *kasiri*, T. “começou a falar besteira, quase matou a esposa” por ciúme e ficou falando a noite inteira “até amanhecer”. Já na CASAI, em uma ida anterior a que ocorrera a intensificação do problema, escutou alguém fazer intriga a respeito de seu filho. A versão do DSEIe da FUNAI, é que o problema teve início em uma ida específica do rapaz para a cidade. Nesta versão, ao sair para beber com os *karaiã*, alguém “jogou veneno na cerveja” ou aplicou “uma droga injetável nele. Depois disso ele apagou”. Em uma de suas melhoras, depois de fazer um tratamento com um pastor evangélico, T. disse que tudo começara, de fato, com um sonho que tivera anos antes – onde aceitou trocar seu esqueleto por um de ouro - quando foi fazer um curso de agente de saneamento na cidade de Serra do Navio.

Caso 2 - O próprio Ta. relata que seu problema teve início na CASAI quando foi acompanhar seu filho em uma consulta de rotina. Lá um Karipuna “fez preconceito” para ele, dizendo que Ta. “só sabia comer, que ficava só deitado e que não fazia nada”. Ao reclamar para o Karipuna, este ficou com raiva e fez um “feitiço para ele”, “*jirojãga*, pelo canto que Karipuna fez”. Ao voltar para a aldeia, fez tratamento local e melhorou um pouco, não resolvendo totalmente o problema. Anos depois, na TIW, apresentou um problema “*muito forte*”, que ele relaciona, ao menos inicialmente, à agressão que sofreu do karipuna.

Caso 2b - Quanto ao caso da esposa de Ta, K., o problema dela surgiu na aldeia, depois que ela tomou remédio de malária sem necessidade.

Caso 3 - O problema de To. se manifestou pela primeira vez na CASAI, quando ela foi acompanhar o filho que havia sido picado por cobra. Depois de três dias hospedada, ela começou a apresentar comportamentos alterados.

Caso 3b - Quanto ao filho de To, J., a situação que desencadeou seu problema ocorreu na cidade de Vila Vitória, na fronteira do Brasil a Guiana Francesa.

Caso 4 – A manifestação inicial foi sentida em Camopi, quando estava visitando os parentes de seu marido. Seu problema foi intensificado quando voltou e foi participar de *kasiri* em aldeias de outros *wanã* na TIW.

Caso 5 - M. começou a apresentar problemas na aldeia, logo depois que seu pai matou uma cobra.

Com exceção de um dos casos (2b), todos os demais são remetidos a outros domínios: cidade, aldeias de outros *wanã*, a mata, etc. O estar fora de seu domínio significa estar mais vulnerável a agressões. Quatro dos sete casos apontados (que não incluem as referências aos casos dos avós) foram remetidos à cidade e três a aldeias. Porém, é interessante salientar que, às vezes, o local onde o problema se apresenta com mais vigor não corresponde necessariamente ao início do processo de agressão. De maneira mais clara, trata-se de um processo pouco perceptível em sua integralidade, já que vai lentamente produzindo manifestações na pessoa e gradativamente se intensificando. Além disso, entra em jogo a rememoração de experiências desagradáveis, que adentram aos poucos as análises feitas pelos Wajãpi. O caso de T. é um bom exemplo. A relação que ocorrera via sonho anos antes em Serra do Navio, desencadeou um processo que foi culminar com uma manifestação mais intensa do problema na cidade, somando-se assim às agressões perpetradas pelos não-índios.

Comecei a ficar intrigada com a quantidade de relatos que traziam à tona situações vivenciadas na cidade, CASAI e hospitais. Especificamente em relação a CASAI, as pessoas - independente de serem pacientes ou acompanhantes - acabam fragilizadas por uma série de fatores tais como:

1. A violência institucional revelada nas contenções em determinados espaços físicos, nos portões trancados, nos horários restritos, nas malocas abafadas, no ar artificial dos ventiladores, nos banheiros, na falta de estrutura básica (papel higiênico, sabonete, absorventes, fraldas, sabão, água filtrada), nas relações preconceituosas, nos descuidos quanto aos acompanhamentos de tratamentos, além das próprias intervenções biomédicas (cirurgias, medicações, exames etc.).
2. A mudança alimentar, que produz efeitos específicos, “*pode transformar a pessoa*” [*omõmoau* – faz a pessoa parecida com aquilo que come (se come só um tipo de

- comida) e, a longo prazo, pode capturar a pessoa para outro *reko*]. E os “descuidos” alimentares aos quais estão submetidos que podem vir a agravar o estado da pessoa.
3. A convivência próxima com os inimigos humanos (*karaikō* e *panarykō*) possibilitando situações e contextos favoráveis para se processar agressões.
 4. A distância dos familiares, com os quais se troca e se perpetua o grupo de substância. Como eu já salientara em trabalho anterior, “os perigos parecem ser amenizados no seio do ‘grupo de substância’, pelo fato do intenso compartilhamento de fluidos corporais e não corporais” (Rosalen, 2005:44).
 5. O estar no *reko* dos não-índios em meio ao barulho, às músicas incessantes e seus fones que embotam os sentidos, às bíblias, igrejas, hospitais, bares, drogas, agiotas etc.
 6. E a possibilidade de serem agredidos pelos *-jarã* que, com raiva dos não-índios por seus asfaltos, poluição, agrotóxicos, desmatamento etc., costumam se vingar dos humanos em geral, provocando malefícios tanto nos Wajãpi, em outros povos indígenas e também nos próprios *karaikō*.

Outras explicações relativas à CASAI, ao hospital e até mesmo às igrejas, revelaram que estes locais são potencialmente perigosos já que as pessoas ficam vulneráveis a agressões tanto de humanos, quanto de espectros e outras gentes que compõem o cosmos. Vejamos.

CASAI

O relato que forneço abaixo foi obtido junto a T, um homem wajãpi residente em um assentamento fora da TIW - em um terreno da MNTB – e que estuda para ser pastor. Juntamente com sua esposa, ele cuida de seus filhos (dentre eles um casal de gêmeas) e mais duas crianças adotadas: uma, filha de um parente falecido, e outra com a qual não possui nenhum parentesco, mas que, por ser portadora de necessidades especiais, nem a mãe e nem o pai (que estão separados) quiseram cuidar. Fui procurá-lo no assentamento para que ele me contasse a história de uma de suas filhas, que depois de fazer muitos tratamentos com pajé na aldeia, foi encaminhada para a CASAI, onde foi medicada com psicotrópicos e veio a falecer. Foi nesse contexto de diálogo que ele me relatou uma

conversa que teve com o pajé S., buscando compreender os motivos de tantos problemas relativos à agressão (de *opiwarã*) na CASAI.

*“(...) uma vez, eu mesmo entrevistei o pajé, pajé S. por que que tá acontecendo isso (na CASAI), aí ele me explicou um pouco (...) quando ele estava em Camopi ainda, ele ensinou o filho dele, o nome dele é F., a ser pajé. Ensinou, ensinou, aí ele deixou ele aqui (TIW) e ele foi para o Camopi. A esposa dele ficou [na aldeia] P. Aí a filha dela, de repente, comeu o cocô do cachorro seco já, quando o sol esquenta muito cocô parece terra, aí ela engoliu. Aí mãe levou ela no posto, depois deu febre e encaminharam para Macapá. A esposa do S. estava bem, aí lá, de repente, outro pajé fez mal pra ela pra acontecer isso, outro pajé, pajé lá da Guiana.[Wajãpi?] Não, de outro povo. Aí ele me falou: quando eu cheguei, esse, *opiwarã* que tá com ela quando ela morreu [*opiwarã* do outro pajé?] sim, tá no corpo da esposa dele, ele viu pelo pajé. O pajé da Guiana botou *opiwarã* na cabeça dela para ela ficar doida assim, mudar a visão dela assim. Ele contou que quando ele chegou, ele tirou [*opiwarã* do cadáver da esposa], aí depois o filho dele não gostou. Ele disse que ia tirar *opiwarã* para mandar de volta [para o pajé da Guiana]. Só que filho dele não gostou: ‘não! A gente tem que tirar da mamãe e deixar na CASAI, deixar lá este *opiwarã*, para todo mundo wajãpi, pra acontecer com outra pessoa... por isso que ele falou que tá acontecendo... agora lá tem *opiwarã* muito forte e agora tá atacando. Ele falou que esposa dele se matou com *kamisa pirã* dela porque ela não sabe, diz que ela estava pelada, tirando roupa, andou pelada lá na CASAI, não sabe nada... quando ela já tinha morrido iã dele veio olhar... se ele chegasse antes, ele ia soprar pra tirar *opiwarã*. [Por que ele não tentou tirar de longe?] Não tirou de longe não, porque ninguém informou... quando chegou essa informação pra ele no Camopi esposa dele já tinha morrido (...) daí que olhou pra cá na CASAI para ver... quando ele voltou do Camopi ela já estava no cemitério dela lá... vamos mandar de volta pra CASAI, pra todo mundo ficar assim... daí tirou *opiwarã* do corpo, ele falou... ele avisou isso para mim já, vai acontecer com todo mundo isso, porque tá*

lá, ninguém vai tirar. [Não tem como tirar?] Não tem, ele falou. [Muito forte?] Muito forte.... no passado ele falou vai acontecer, ele falou, no passado ele falou. [E opiwará escolhe quem que pega?] Está escolhendo esse, pra atacar. [Opiwarã, não voltou para o pajé, né? porque se tivesse voltado matava o pajé...] Matava o pajé... diz que o filho dele falou: 'não, deixa! tô mandando você, porque aconteceu com minha mãe, tem que acontecer com outro Wajãpi também'. Ai deixou lá, agora S. disse vai acontecer, vai acontecer com todo mundo ele falou, porque tá lá. [E você acha que foi por isso que aconteceu agora com a mulher do W.?] Vai acontecer, porque depois disso acontece muito, cada vez mais, cada vez mais, vai, vai, vai, vai... [E não tem como tirar este opiwará de lá?] Não tem, porque não tem outro pajé pra ajudar, então... [E ele não vai tirar?] Diz que não vai, tá difícil pra ele também, o pajé disse que quando envelhece, o pajé dele vai ficar mais fraco, fraco, fraco, envelhece muito aí tem que ensinar outro pajé novo pra ficar mais forte, só pra tirar esse, junto com ele”.

Apesar do relato ser especificamente de T., ouvi essa mesma explicação de outras famílias wajãpi. Os *opiwará* que foram enviados pelo pajé da Guiana e que atacou a esposa do pajé S., foi retirado do cadáver dela por S. e reenviado a CASAI, por solicitação de seu filho. Este, segundo alguns Wajãpi, estava com muita raiva de ter perdido a mãe. É por isso que, atualmente, muitas pessoas quando vão para a CASAI sofrem agressão e passam a manifestar comportamentos parecidos àqueles manifestados pela esposa de S.

HOSPITAL

Em muitas conversas que fiz com as famílias wajãpi, as pessoas acabavam contando suas difíceis experiências no hospital. Não tive tempo de sistematizá-las, mas apresento a seguir um relato bastante significativo a respeito das possibilidades de agressões – humanas, de espectros e outras gentes – que podem ocorrer em um hospital tanto com um paciente, quanto com o seu acompanhante. Os dois acontecimentos narrados fazem parte de uma mesma conversa e são bastante recentes. Uma ocorreu em 2016 e a outra em 2017.

“(...) pelo que a gente sabe, pelo que a gente entendeu deste hospital, aconteceu com Wajãpi... nome deles N., W., K. também aconteceu com Ta. e J. ... muito wajãpi... então eu acho que está tendo uma coisa lá no hospital... eu não consigo entender também, porque chega lá no hospital, como se fosse uma coisa que tem lá para interferir wajãpi... às vezes wajãpi chega lá e aquela pessoa que está internada lá no hospital oferece muita coisa por exemplo: bombons, biscoito, iogurte... aí wajãpi começa a tomar um desse, aí não fica bem... essa é conversa atual que estou passando... esposa do W. disse que ela tomou uma coisa assim, aí disse que começou a enxergar tudo como se fosse televisão. Quando a gente apaga não fica tremendo assim na tela? diz que enxerga logo isso, que ela começou a ver as pessoas tudo diferente, tudo roxo... ela vê assim na visão dela...também ela disse que o pessoal queria aplicar injeção nela, eu acho que ela viu diferente... aí diz que enfermeira trouxe injeção embrulhada no pano. ‘Olha, vamos aplicar isso nela’ e ela correu e pulou a janela (com a criança no colo), aí ela não voltou. Foi para a CASAI andando, à noite. Daí pessoal da CASAI levou ela de novo para o hospital. Daí deu lanche pra ela e o médico falou: ‘vamos dar injeção nela’. Correu de novo, diz que viu injeção escondida debaixo do pano. Diz que ouviu que é droga, mas karaikō chama remédio também de droga... aí não sei se ela entendeu mal, mal entendido né? eu acho que queriam aplicar para ela dormir...” .

“(...) isso aconteceu com a esposa do finado T.. Quando ela foi acompanhar o marido, ela ficou no hospital... o finado T. fez cirurgia, né, aí ela sentada assim na cadeira... tinha pessoa, como se diz? corpo de gente que tinha falecido, dois corpos, aí ela disse que viu, veio assim de pano preto, roupa tudo preto e doía a cabeça dela também... aí disse que ela viu que ele meteu a mão no corpo, onde foi cirurgia, entrou a mão dentro e tirou, aí ela disse que esse taywerã quase olhou para a cara ela, mas ela abaixou a cabeça... aí quis ver, olhou, tava chegando na porta, desapareceu, não abriu a porta, some... taywerã não abriu a porta não, nem mexeu, foi lá assim, desapareceu... aí ela falou é taywerã,

tem muito ali... taywerã fica todo tempo no hospital, porque gente vai morrendo um atrás do outro, aí fica ali rodando, a gente não vê... aqui às vezes taywerã fica onde o corpo foi enterrado, às vezes anda... para ficar parado ali wajãpi faz um remédio, pega um pedaço de turuwa pãwerã, bate no joelho do corpo, aí taywerã vai ficar o tempo todo no cemitério, não sai não, fica parado lá no cemitério... mas se pessoa passar por ali, pode acontecer alguma coisa...”.

O primeiro acontecimento reforça a violência atribuída aos *karaikõ*, bem como seu potencial de agressão manifestado através de suas ações (falar, aplicar injeção, dar remédios, realizar exames, etc.) e da contaminação via alimentos e venenos¹¹⁶. Os alimentos aparecem aqui, mais uma vez, como propiciadores de transformações na pessoa, assim os medicamentos e muito provavelmente os exames de imagens, tais como raio X e tomografias. Para tentar minimizar esta situação, um grupo de Wajãpi chegou a confabular que “(...) deveria garantir uma pessoa (*wajãpi*) no hospital, um agente de espionagem. Quando *wajãpi* está internado tem que ter alguém lá mediando”, de forma a tentar conter e com isso evitar as agressões dos *karaikõ*.

No segundo acontecimento aparece marcadamente o perigo de estar em um lugar onde pessoas morrem a todo instante, o que faz com que haja um acúmulo de *taywerã* (espectro de morto¹¹⁷). Em alguns contextos de fala o espectro é referido como *jurupari*. Segundo Oliveira (2012:134) *jurupari* é “descrito como um cadáver errante: extremamente magro, pele repuxada sobre ossos proeminentes, olhos esbugalhados, muito pálido, sem cabelos, dono de um odor podre (*ine*), habitante dos cemitérios e suas redondezas”. O perigo é que *taywerã* pode provocar infortúnios e a pessoa pode até morrer. O hospital também parece sintetizar todos atributos dos *karaikõ*: seu potencial tecnológico (aparelhos para realizar exames, microscópios, lâminas, injeções, instrumentos cirúrgicos, etc.), seu poder de contaminação [através de alimentos, remédios, fluidos corporais, contatos entre

¹¹⁶ Como Gallois (1988:348) aponta em diversas passagens de sua tese, os *karaikõ* são reconhecidos por seu potencial tecnológico, poder de contaminação e violência.

¹¹⁷ Os pesquisadores *wajãpi*, num livro que escreveram sobre os movimentos do princípio vital -ã, já chamaram atenção para os perigos referentes ao aparecimento de *taywerã*: “Quando uma pessoa morre numa outra aldeia, o espírito dela aparece de repente para seu irmão e desaparece rápido: é *taywerã* que se mostra para essa pessoa, que então vai ficar doente. Quando a gente dorme, aí vê pelo sonho, aparece como uma pessoa muito feia. A gente se pinta com urucum para não ver *taywerã*. Se a gente não se pintar, *taywerã* vai enxergar a pessoa, que depois vai ficar doente e morrer”. E apontam que “O pajé vê, pela substância dele, o espírito do morto que foi para o céu ou o que fica aqui na terra” (2015:11).

corpos ou de corpos com objetos (maca, cadeira, etc.), etc.] e sua violência (através de suas ações).

IGREJAS

Há muito tempo que diversas famílias Wajãpi vêm experimentando frequentar igrejas em Macapá. As igrejas sobre as quais tenho mais conhecimento são a Assembleia de Deus, Igreja do Evangelho Quadrangular e Igreja Batista. É interessante notar que não é exatamente o culto que é percebido por alguns como perigoso e, sim, o entorno da igreja, ou mais precisamente, sua entrada. O relato que apresento abaixo diz respeito especificamente à experiência de uma família - marido, uma das esposas e um dos filhos - em participar de cultos de igrejas distintas, em momentos específicos nos quais cada um deles estava presente na cidade. O marido já havia sido alertado, por outras pessoas, de que se ele entrasse *só uma vez na igreja iria dar problema*. Mas por curiosidade resolveu experimentar. Porém, depois de assistir um culto em uma Assembleia de Deus, passou a noite toda acordado, sem sono. Resolveu então conversar com outro wajãpi que mora na cidade e que é conhecido por ser um assíduo frequentador de igrejas. Este lhe disse que isso havia ocorrido porque ele estava *“cheio de pecado”* e era necessário que ele fizesse um *“tratamento”*. Resolveu tentar mais duas vezes para ver se melhorava, mas o problema foi só piorando. Decidiu então parar de frequentar e voltou a ficar bem de novo. Já a sua esposa, por influência direta do missionário da MNTB que atua na CASAI Macapá, teve a mesma experiência, em outra igreja, ficando igual seu marido, sem dormir, até que desistiu de frequentar. Seu filho K., que na época estava estudando em Macapá, também resolveu ir a um culto com um grupo de amigos¹¹⁸. Todos os colegas tiveram problemas, alguns bastante sérios. Ele também *“não ficou bem, só ficava triste, alguma coisa estava falando, estava incomodando ele”*. Insistiu em continuar indo e o pastor resolveu batizá-lo, porém *“a preocupação dele aumentou ainda mais, não conseguia mais dormir e quando dormia só via coisa ruim. Ele separou da mulher dele e se apaixonou por outra e ficou querendo se suicidar”*. Contou então para o pai o que estava acontecendo e este lhe aconselhou: *“se você quiser enfrentar outra cultura tu tens que viver igual a eles”*. K. respondeu que *“bebia, fumava e enfrentava a igreja”*. O pai retrucou *“Tu que decide se*

¹¹⁸ Os estudantes foram convidados por um grupo de pessoas da igreja que fazem campanha nas escolas.

“você quer desistir ou não da sua vida”. Passou um tempo e K. parou de frequentar a igreja e a situação se normalizou. K. disse para o pai: *“eu normalizei tudo agora, o que você me falou é verdade”*. A explicação fornecida pela família para os infortúnios foi a seguinte:

“(...) eu sei que pessoa que tá lá na igreja, pastores, jerōjīga lá seu pessoal, pra tirar problema... na igreja tá limpo, mas do lado de fora (da igreja) muito problema. Quando sai da igreja isso gruda na pessoa, cola na pessoa e vai junto. Eu sei porquê aconteceu isso com a gente, porque foi depois que a gente saiu da igreja que aconteceu, A gente não conseguiu dormir. O problema não é dentro da igreja, problema teawry, ficou tudo pra fora, então pra enfrentar isso, pra isso não grudar na gente, temos que enfrentar a igreja direto ou a gente não vai, ai a gente fica bem; hoje em dia a gente fica com medo de passar na igreja, a gente se livra, porque lá na porta muitos problemas... passa longe, passa longe... qualquer igreja que não faz parte do nosso conhecimento, porque nosso conhecimento é outro, religião deles é outra, aqui tem muito donos, donos, tem ajã bom, tem ajã ruim, tem donos ruins, tem donos bons, tem opiwarã bom, tem opiwarã ruim, aqui cada um mora no seu lugar, lá não, cada na porta da entrada tem vários problemas lá, igual no hospital também, lá que acumula, uma aldeia de problema, teawry, iakāgay, outro tipo de doença que a gente não conhece. O que que a gente decidiu: a gente enfrenta igreja ou a gente fica longe; a gente não vai morar na cidade, então melhor a gente ficar longe, se não a gente fica doído, vai rodar o mundo na nossa visão”.

É interessante notar que se por um lado o pastor tem o poder de *jirōjīga* (cantar para retirar malefícios) as pessoas, esse estado de bem estar só pode ser mantido se houver uma mudança definitiva de *reko* (“viver igual a eles”), que implica necessariamente em continuar frequentando a igreja. Por outro lado, todos os malefícios retirados dos frequentadores – exemplificados com *-teawry* e *-akāgay* (percebidos como manifestações de agressão de outras gentes) – ficam acumulados na entrada da igreja podendo atacar o -’ã das pessoas que saem das experimentações dos cultos ou simplesmente daquelas que passam em frente aos templos. O caso de K. é bastante elucidativo porque apesar deste estar vivendo na cidade, comendo a comida dos não-índios e frequentando a igreja, ele não

abandona completamente os elementos do seu *reko*, o beber, fumar e namorar, o que vai provocando uma intensificação de seu infortúnio, a ponto de este pensar em se suicidar. O problema só vai ser revertido quando ele decide se afastar da igreja.

“Aqui a gente sempre dá culpado para o outro”

A maioria dos casos apresentados são resultados de agressão (de outras gentes ou de humanos em parceria com outras gentes), enquanto somente dois são imputados diretamente à violência física dos *karaikō* (sendo que um desses casos possui também uma interpretação que reporta a violência física ao grupo *Kamopi wanã*). De forma a sistematizar as informações coletadas sobre cada um dos casos, elaborei algumas tabelas que não pretendem de forma alguma fixar categorias, mas justamente enfatizar o dinamismo envolvido nos processos de interpretação dos problemas, revelados especialmente pela multiplicidade de agentes e efeitos (em estado de abertura permanente a novas versões).

É interessante notar, que quando a família não conhece bem a origem da agressão, ela recorre a duas categorias de efeitos: *ajã* e *jurupari*. Como já apontei em outro local, apesar do termo *jurupari* ser utilizado, em geral e até regionalmente, para designar o espectro dos mortos, o que percebo em meus dados etnográficos é que para além dessa acepção, *jurupari* tem sido utilizado, tal qual o termo *ajã*, para reportar manifestações de agressão de outras gentes ainda não especificadas no processo de identificação do problema. Vejamos alguns exemplos: “*Parece que foi jurupari, ela disse que veio voando para entrar no corpo dela, só ela que vê*” (aproximação: *opiwarã*), “*i’ã do jurupari que jogou sangue nele*” (aproximação: -’ã de algum -*jarã* ou de pajé, que agride junto com *opiwarã*, já que *taywerã* não tem -’ã ou ainda a entidade diabo) , “*o jurupari quer levar ele, tá levando i’ã dele no caminho do jurupari*” (aproximação: diabo, termo que tem sido aproximado aos *opiwarã* por alguns missionários), “*com sipy, jurupari não vê a gente*” (aproximação: -*jarã*. Os -*jarã* são os donos de resinas cheirosas e por isso quando as pessoas as utilizam, eles não as percebem enquanto inimigos).

Já a categoria *ajã* - densamente discutida por Gallois (1988:239-240) a partir da literatura que trata dos falantes de línguas Tupi-Guarani e Nheengatu no Rio-Negro e complementada posteriormente por Oliveira (2012:129/130) - possui uma presença e centralidade na vida wajãpi. É frequentemente mobilizada em meio às conversas cotidianas, pois

“(...) é o termo usado para se referir tanto às entidades sobre-naturais como à ação dos xamãs humanos, vivos ou mortos, para falar de homens ou de animais e plantas, para uma ação terapêutica ou para uma agressão – ãñã é ao mesmo tempo o alvo e a força dos xamãs, representa tanto os inimigos como os espíritos auxiliares dos pajés, numa ambivalência que caracteriza toda a atividade xamanística dessa sociedade” (Gallois, 1988: 240).

Em meus dados de campo, o efeito *ajã* apareceu nas descrições das famílias acerca dos processos de agressão. Esta manifestação relativa a algum agente ou sua extensão é percebida fundamentalmente através de seus efeitos (trocou ou roubou o princípio vital da pessoa, colocou *kurururopi´a* no corpo dela, falou no ouvido, etc). Como as agressões podem produzir manifestações bastante semelhantes nas pessoas, somente um pajé, através de seu sopro, é que vai poder fornecer *“(...) designações e origens precisas”* às agressões (ibidem). Vejamos, no quadro abaixo, o que algumas narrativas sobre os casos revelaram quanto às origens das agressões.

Tabela 1 – Origens das agressões

		<ul style="list-style-type: none"> •
Caso 1	T.	<ul style="list-style-type: none"> • Agressão de <i>karai kō</i> - veneno na bebida e droga. • Agressão de <i>Jurupari</i> (?) – agressor não especificado “levou o i’ã”. • Percepção da manifestação do “efeito-espírito” <i>ajã</i> – agressor não especificado “trocou o i’ã”. • Agressão de <i>Satanás</i> - “levou o i’ã” – “quer matar” • Agressão de <i>taywerã</i> • Agressão de “espírito do mato” /” dono da mata” (“mesmo <i>ajã</i> que nós chamamos”) – “jogou veneno”
Caso 2	a) Ta.	<ul style="list-style-type: none"> • Agressão de <i>Karipuna</i> – “fez <i>jirôjĩga</i>” • Agressão de algum <i>jarã</i> ou <i>pajé</i> que mandou “espírito” (<i>opiwarã</i>) bater na cabeça dele.
	b) K.	<ul style="list-style-type: none"> • Agressão de <i>karai kō</i>, proferida através do remédio de malária provocando “problema no fígado”
	c) Pai de Ta.	<ul style="list-style-type: none"> • Agressão de <i>taywerã/jurupari</i> – “levou i’ã dele”
	d) Avó materna de Ta.	<ul style="list-style-type: none"> • Agressão de “<i>yyjarã</i>” (dono das águas) – “<i>moju ojuka</i>” (<i>yyjarã</i> levou i’ã e ela morreu)
Caso 3	a) To.	<ul style="list-style-type: none"> • Percepção da manifestação do “efeito-espírito” <i>ajã</i> – agressor não especificado, colocou muito <i>kurururopi’a</i> (ovo de sapo no corpo dela). • Percepção da manifestação do “efeito-espírito” <i>ajã</i> – agressor não especificado “fala no ouvido dela, como se fosse brincando”. • Percepção da manifestação do “efeito-espírito” <i>ajã</i>

		(apontada pelo “pajé <i>karaikõ</i> ” - <i>curandeira</i>). <ul style="list-style-type: none"> • <i>Percepção da manifestação do “efeito-espírito” ajã</i> (apontada pelo pajé S.) – agressor não especificado levou o <i>i’ã dela</i>.
	b) J.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Agressão de <i>karaikõ</i> e/ou <i>Camopi wanã</i> - veneno na bebida/droga injetável – quer mata-lo.</i>
Caso 4	T.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Agressão de <i>Camopi wanã</i>- (“<i>deu peixe podre</i>”)</i> • <i>Agressão de <i>Jurupari</i> (?)– agressor não especificado mandou <i>kusikusirã</i>, que está comendo o <i>i’ã dela</i>. Ela virou “<i>roça de gafanhoto</i>”.</i> • <i>Percepção da manifestação do “efeito – espírito” ajã - tirou <i>i’ã dela</i></i> • <i>Agressão de <i>taywerã/jurupari</i></i>

Ainda que haja uma intensa “variação” de agentes agressores em determinados casos (1, 2a, 3a, 4), é importante levar em conta que um agente agressor pode estar encoberto por mais de uma designação, ou ainda, encontrar-se em parceria com outros agentes agressores. A designação dos agentes também está estritamente relacionada ao interlocutor que narra o processo, bem como ao contexto de narração¹¹⁹.

Apresentei também de forma sintética a ação desencadeada por esses agentes agressores, perceptível às vezes à pessoa agredida (quando se trata de manifestações de dor ou sensações de presença de corpo estranho) e às vezes a família e o pajé (quando se trata de manifestações relacionadas a comportamento)¹²⁰.

De forma a contribuir com apreensão da dinâmica interpretativa dos casos, elaborei tabelas específicas para cada um deles apresentando, além dos agentes agressores/efeitos

¹¹⁹ Gallois (1988:248) já chamara atenção que no que se refere aos malefícios “durante o desenrolar do aparecimento de sintomas, ou mesmo durante o processo de cura, o diagnóstico vai se modificando de modo significativo, podendo mudar radicalmente o rumo da acusação. A modificação ocorre, inclusive, após o restabelecimento do doente. A constante reinterpretção dos diagnósticos é condizente com a natureza eminentemente política da atividade do xamã, uma vez que - através dos diagnósticos - ele está, na verdade, orientando o rumo das relações intercomunitárias”.

¹²⁰ Inspiro-me no modelo de Gallois (1988:288/289) para apreender o que denomino aqui por manifestações de agressão a partir da “Terminologia Wajãpi da doença”. Esta terminologia é composta basicamente de três categorias: sintomas de dor, sintoma da presença de corpos estranhos e sintomas de ação.

citados, um detalhamento da ação do agressor, algumas manifestações provocadas na pessoa, tipos de modalidade de agressão¹²¹ e as fontes que forneceram as informações. Há casos em que nem todos os campos estão preenchidos, mas ajudam a fornecer um panorama da complexidade dos mesmos e da vitalidade do sistema de agressão.

É importante ressaltar que quando uma pessoa encontra-se fraca ou já agredida torna-se alvo fácil para novas agressões. Estas podem vir daqueles que já haviam lhe agredido ou de novos agressores humanos (membros de outros *wanãkō*, *panarykō*, etc), de outros tipos de gente (*yyjarã*, *yvyjarã*, *ka'ajarã*) ou ainda de espectros de mortos (*taywerã*). Um caso exemplar é o de T. (caso 4): segundo meus interlocutores, ela foi inicialmente agredida por *Kamopiwanã* e tentou reverter a agressão através de *omōsimo'ã*. Pelo fato de não ter melhorado totalmente, voltou a ser agredida por “*jurupari*” que veio “*voando para entrar no corpo*”. Quando o pajé passou por ela de carro, ele revelou posteriormente aos familiares que T. que havia “*muito opiwarã nela, parece jurupari*”. Outro caso semelhante é o de To (caso 3): o pajé ao soprá-la, revelou que além de *kururu ropi'a*, havia outro efeito de agressão (*ajã*), que “*falava no ouvido dela*”. A simultaneidade das agressões é evidenciada mais facilmente nos casos de problemas mais intensos, como veremos a seguir.

¹²¹ Gallois (1988:258) aponta para algumas “*modalidades básicas de agressão: porojuka = (aquele que) nos mata – sem devoração; porosu'u = (aquele que) nos morde – devora o sangue; poro'õ = (aquele que nos come- devora a pessoa inteira*”.

Tabela 2 – Interpretações de manifestações de agressão

Caso 1 – T.

	Manifestações de efeitos de agressão	Agentes agressores	Ação do agressor	Algumas manifestações na pessoa	Modalidade de agressão	Fonte da explicação
1		<i>Karaikõ</i>	Colocou veneno na bebida/ injetou droga/jogou sangue na perna dele	Desmaiou, se perdeu, correu sem saber para onde, andou a noite toda, tira a roupa, não lembra mais dos parentes, não come, mudou a visão, mudou o olfato.	Matar	Família de T. Prontuário CASAI
2	<i>Jurupari</i>	<i>Jurupari</i>	Levou o -'ã dele embora, já matou.	Ficou duro, não respira, não tem coração, não abre a mão, barriga ficou muito preta, a boca estragada, olho fechado, não acorda, faleceu mesmo.	Matar (capturar o - 'ã)	Pajé S.
3	Efeito <i>ajã</i>		Cortou a cabeça dele e pôe outra (trocou o - 'ã).	Força descomunal, quer correr para o mato, tira a roupa, muda a visão e a audição.	Matar (capturar o - 'ã)	Pajé S. Família de T.
4	<i>jurupari</i>	<i>jurupari</i>	Levou o -'ã dele	Força descomunal, quer correr para o mato, tira a roupa, muda a visão e a audição.	Matar (capturar o - 'ã)	Pajé S.
5		Satanás	Levou o -'ã dele embora /jogou sangue na perna dele.	Não come comida, muda o olfato, não lembra mais dos parentes.	Matar (capturar o - 'ã)	T. (depois de passar no pastor)
6		<i>Taywerã</i>	Fica incomodando a visão e a audição.	Desmaia e 'fica duro'.	Matar (capturar o - 'ã)	T.
7	Efeito <i>ajã</i>	“espírito do mato, dona da mata”	Jogou muito veneno para envenená-lo.	Ficou duro, desmaiado.	Matar	Curandeiro de Pedra Branca

Caso 2^a – Ta.

	Manifestações de efeitos de agressão	Agentes agressores	Ação do agressor	Algumas manifestações na pessoa	Modalidade de agressão	Fonte da explicação
1		<i>Karipuna</i>	jirøjga	Dor de cabeça, quentura, tontura, desmaio, fraqueza, não pensa bem e reconhece um pouco os parentes.	?	Ta.
2		<i>-jarã</i>	<i>opiwarã</i> bateu na cabeça dele e ficou sangue dentro da cabeça e no coração dele.	Não consegue trabalhar (caçar, plantar roça, coletar, pescar), não enxerga bem; fica olhando o sol direto; não reconhece os parentes, corre, fala besteira, quer bater;	Matar (capturar o -'ã)	Pajé S.

Caso 2b – K

	Manifestações de efeitos de agressão	Agentes agressores	Ação do agressor	Algumas manifestações na pessoa	Modalidade de agressão	Fonte da explicação
1		<i>karaikõ</i>	Deu remédio de malária sem ter malária.	Dor de cabeça, desmaio, tremedeira, “dor no coração”, “treme o estômago”, não dorme (“crise”).		Família de K. e a própria K.
2		<i>karaikõ</i>	Fígado dela está com problema.	Dor de cabeça, desmaio, tremedeira, “dor no coração”, “treme o estômago”, não dorme (“crise”).		Pajé S.

Caso 2c – pai de Ta.

	Manifestações de efeitos de agressão	Agentes agressores	Ação do agressor	Algumas manifestações na pessoa	Modalidade de agressão	Fonte da explicação
1		<i>Jurupari/</i>	<i>Jurupari levou ele (ficou dois meses</i>	Feio, sujo, sem roupa, correu para o mato.	Matar (contaminar)	Família de Ta.

		<i>taywerã</i>	<i>para o mato</i>		para capturar o - `ã)*	
2		<i>Jurupari/ taywerã</i>	<i>“Espantou i`ã dele”, “I`ã dele tá transformado”.</i>	Não conhecia mais família, mudou a visão dele, vê as pessoas como inimigos, quer bater;	Matar (capturar o -`ã)	Pajé de outro wanã

Caso d – avó materna de Ta.

	Manifestações de efeitos de agressão	Agentes agressores	Ação do agressor	Algumas manifestações na pessoa	Modalidade de agressão	Fonte da explicação
1		<i>Yyjarã</i>	<i>Yyjarã levou e ela morreu</i>	<i>Aparece gente na vista dela (inimigo), escuta voz.</i>	Matar (capturar o -`ã)	Família de Ta.

´Caso 3a. – To.

	Manifestações de efeitos de agressão	Agentes agressores	Ação do agressor	Algumas manifestações na pessoa	Modalidade de agressão	Fonte da explicação
1	<i>Efeito ajã</i>		<i>Colocou muito kururu ropi`a (ovo de sapo) no corpo todo dela, no ouvido.</i>	Não consegue dormir, mudou a visão, mudou a audição, corre, fala.	Matar (capturar o -`ã)	Pajé S.
2	<i>Efeito ajã</i>		<i>Espantou opiwarã que o pajé deu pra ela e vem como se fosse lanterna e entra no eposi (região do intestino) e também no eape (costas), tira -`ã dela e leva embora</i>	Muda audição, muda a visão, correu, vê luz forte vindo em direção ao olho, às vezes tem tonteira, sono, às vezes não consegue dormir por causa da luz; fica fraca, leve, não sente nada, não escuta bem.	Matar (capturar o -`ã)	Família de To.

Caso 3b – J.

	Manifestações de efeitos de agressão	Agentes agressores	Ação do agressor	Algumas manifestações na pessoa	Modalidade de agressão	Fonte da explicação
1		<i>Camopi wanã</i>	<i>Aplicou uma droga nele e depois o enforcou com uma corda</i>	Caiu, ficou sem equilíbrio para andar;	Matar	J. e família.
2		<i>karai kō</i>	<i>Jogou rohyinol (indutor de sono) na bebida dele e depois o “enforcaram para matar”</i>	Entrou em coma	Matar	<i>Karai kō</i> que mora em Vila Victoria

Caso 4 – T.

	Manifestações de efeitos de agressão	Agentes agressores	Ação do agressor	Algumas manifestações na pessoa	Modalidade de agressão	Fonte da explicação
1		<i>Camopi wanã</i>	<i>Deu peixe podre para ela comer.</i>	Ficou muito magra, olho embaçado.	Matar	Família de T.
2		<i>Camopi wanã</i>	<i>“Veio voando e entrou no corpo dela”. “Virou roça de gafanhoto (kusikusira)”;</i> <i>kusikusira</i> tá comendo -’ã dela, conhecimento.	<i>Ipy’á</i> fala muito, fala muita besteira, não reconhece a família, fica na posição de gafanhoto (cócoras), mudou a visão, mudou a audição, não consegue cuidar dos filhos porque esqueceu deles, não consegue trabalhar, não consegue cuidar de si (menstruação, fezes), não deixa outros cuidarem dela.	Canibalizar -su’u (morder a pessoa por dentro e provocar perda de sangue).	Pajé
3	<i>Efeito ajã</i>		<i>Tirou o -’ã dela</i>	não consegue conversar, não sabe mais trabalhar, não consegue cuidar dos filhos, não reconhece os	Matar	Família de T.

				parentes, fala besteira, não dorme, corre para o mato, fica andando direto, dor de cabeça.	(capturar o -'ã)	
--	--	--	--	--	------------------	--

Caso 5 – M.

	Manifestações de efeitos de agressão	Agentes agressores	Ação do agressor	Algumas manifestações na pessoa	Modalidade de agressão	Fonte da explicação
1		<i>Yyjarã</i>	<i>Entupiu com veneno o -'ã dele</i>	desmaio	Matar (capturar o -'ã)	Família de M.

Mais uma vez vale ressaltar que as tabelas apresentadas acima não têm qualquer intenção de fixar determinadas manifestações de agressão (de dor, de presença de elementos estranhos e de ação/comportamento) a agentes agressores específicos. Ao contrário, fornecem apenas um panorama da multiplicidade de possibilidades de manifestações que as mais variadas agressões podem suscitar. As manifestações, em geral traduzidas por termos específicos e generalizantes, são também muito diferentes a depender de cada caso, ou seja, do agente agressor e do contexto da agressão. Forneço um exemplo a partir das manifestações traduzidas genericamente como “desmaio”. Ainda que todos os demais sejam compreendidos enquanto tentativas de captura do princípio vital da pessoa, sua manifestação é específica em cada situação. O desmaio de M. está relacionado ao entupimento do seu *-ã* com veneno o que provocou determinadas sensações (dificuldade de respirar, falta de equilíbrio, tremedeira, etc) até o efeito derradeiro de quase morte. Já em T. considera-se que a tentativa de captura do princípio vital operada por *taywerã* (espectro) foi tão intensa (já estava sendo levado no caminho do *jurupari*), que implicou em uma suspensão da respiração, do coração e do calor do corpo (*ficou morto mesmo (...) frio, duro mesmo*). Estes dois desmaios também se diferem do que ocorreu com Ta. na CASAI, que foi acompanhado de uma cegueira momentânea e uma dor de cabeça forte, consequência de um *jirôjiga* proferido por um Karipuna que acionou determinados agentes agressores.

Os agentes agressores indicados nas narrativas também podem vir a ser alterados com o tempo a partir de novas interpretações, assim como as manifestações podem receber novos incrementos. As fontes de narrativas também não se esgotam, gerando novas versões sempre abertas a incorporação de novos elementos.

Ainda que a consubstanciação esteja dada em todas as relações, nos casos de agressão os processos de contaminação (*-jipy*) por vezes ficam bem evidenciados já que operados através de venenos, drogas, fluidos corporais ou alimentos impróprios para o consumo. Vejamos: “*deu peixe podre para ela comer*”, “*jogou veneno*”, “*jogou sangue*”, “*aplicou uma droga*” e “*deu remédio*”. Segundo Gallois (1988:236), “*O que está em jogo, no contágio, é a imagem de uma contiguidade excessiva, traduzida na transmissão de estados patogênicos*”. Nesse caso “*(...) os princípios patogênicos agem ‘de fora para dentro’: é como se eles fossem ‘pintados’ sobre o corpo*”. Gallois (1988:231) já alertara também que a distinção entre os modelos de agressão e de contágio não deve ser vista de

maneira rígida, já que ambos podem operar paralelamente, sucessivamente e eu acrescentaria que simultaneamente.

Em todas as situações o mal vem de fora, preceito essencial para compreender a fala “*aqui a gente sempre dá culpado para o outro*”.

Nos casos analisados, as famílias se referem ao problema de seus parentes utilizando termos que designam estados intermediários de captura de uma pessoa para outro modo de existir (outro *reko*) e que podem se aproximados a descrição que Macedo (2012:186) faz a respeito do *jepota* para os Guarani¹²². Estes estados, por sua vez, agrupam uma série de manifestações que vão ser mais ou menos intensas a depender do tipo de agressão sofrida. As manifestações revelam o efeito das ações processadas sobre o princípio vital da pessoa. Especificamente nos casos descritos acima se tem que o agente agressor: “*levou o i’ã*”, “*transformou o i’ã*”, “*tirou o i’ã*”, “*tá comendo o i’ã dela*”, “*entupiu com veneno o i’ã dele*”. Os estados de captura que apareceram em minha etnografia foram: *-awyry*¹²³, *-omoai*, e *manomano*¹²⁴. Estes podem ocorrer em qualquer momento da vida de uma pessoa e em sua grande maioria são reversíveis através da utilização de plantas agentivas (*-põa*) ou *jirõjiga*. Destaco a seguir algumas manifestações que atestam *ajã oike ipupe* ou seja, que a pessoa está sentindo o efeito de uma agressão dentro dela, está em processo intermediário de captura e transformação. Vale reforçar mais uma vez, que cada uma dessas manifestações se processa e é sentida de forma específica a depender do agente agressor e do contexto de agressão.

¹²² De acordo com Macedo (2012:186), “Nos casos de *jepota* entre os Guarani, contudo, o sujeito é antes agenciado do que agenciador, sendo reconhecido como alvo da ação de outro, que produz efeitos sobre ele, invertendo os vetores de seus desejos e demais afetos. Tanto é que *jepota* é sempre flexionado na segunda ou terceira pessoa, *rejepota* ou *ojepota*, pois um sujeito jamais se percebe ou se assume nessa posição. É sempre o outro que sofre essa sorte de transformação, a não ser que ela diga respeito a uma experiência passada (mesmo assim, aqueles com quem conversei alegam que não percebiam que havia algo errado)”.

¹²³ Sobre o estado *-awyry* existe uma densa referência tanto em Gallois (1988), quanto em Oliveira (2012). Oliveira (2012:146/147) subscreve praticamente a totalidade dos aspectos já trazidos anteriormente por Gallois (1988:260-262) sobre o estado *-awyry* (quebra de resguardo, “amarrar a cabeça”, perda gradual dos sentidos, aproximação excessiva com a alteridade, agressão associado à *moju* (entidade subaquática), tradução pelos *wajãpi* do estado *awyry* como ‘loucura’ etc), em particular, a percepção de que se trata de um processo que implica em transformação e/ou metamorfose da pessoa “(...) para o mundo dos outros”. Apesar de não mencionar um aspecto bastante interessante ressaltado por Gallois que é a exacerbação de “elementos ligados à situação de contato inter-étnico” -, Cabral acrescenta dois outros que são importantes: a) que *moju* não seria a entidade agressora exclusiva; b) que se trata de um estado que se manifesta em diversos graus de intensidade (desde mais corriqueiros, como perder-se no caminho para roça e até em casos mais graves, que no passado implicou em assassinatos).

¹²⁴ Sobre a manifestação *mano-mano*, Gallois (1988:260) aponta que são “(...) qualificadas como intervenção de *moju* e explicadas em termos de um erro: dos pais quando estes deixaram, de observar o resguardo, e/ou das mães, quando estas injuriaram Anaconda tomando banho no rio quando estavam menstruadas”. Também ressalta que se trata de uma tentativa de rapto do princípio vital da pessoa.

* “*mudar a visão* (“*weamõte*” “*nivoi oma’e*”)¹²⁵ = a pessoa passa a ver o mundo através da visão daquele que o agrediu. Isso implica em enxergar os parentes como inimigos e o agressor como parente. Por isso vê os alimentos de seu *reko* como não-alimentos e por isso se recusa a comer.

* “*ouve vozes*” (“*nivoi ojapyaka*”, “*nikatui ojapyaka*”) = a pessoa passa a escutar vozes (dentro e fora de si) de outras gentes que compõe o *reko* do seu agressor e que são inaudíveis aos humanos.

* “*sente cheiro muito ruim* (“*nikatui ipije*”) = passa a sentir os cheiros do seu *reko* como fedorentos, ruins.

* “*sentir fraqueza*” (*manõtarã*) = essa sensação de fraqueza ou leveza ocorre devido à captura ou devoração de seu -’ã.

* “*ficou escuro*” (*ereaypatonusu*) = o escurecimento da visão é uma estratégia do agressor para capturar o -’ã da pessoa. Antes do escurecimento a pessoa costuma ver uma luz muito forte que se aproxima e a “cega” momentaneamente.

* “*desmaiar*” (*manomano*) = manifestação passageira de tentativa de captura do -’ã de uma pessoa [*raramente bem-sucedida*] (Gallois:1988:260). Produz a “*perda dos sentidos*”, considerado como uma “*quase morte*” (idem:258).

* “*enrolar a cabeça*”, “*fazer girar*”(-*awyry*) = manifestação que marcadamente define o estado; a pessoa enxerga tudo girando, porque o -’ã da pessoa está com -*jarã* que o faz rodar (nos domínios da água, do ar, etc); as pessoas relatam que ao olharem veem tudo invertido: ‘a rede é vista no teto da casa e o chão no céu’; a pessoa não consegue ficar em pé sem cair, também se às vezes se vê toda enrolada em fios; sente tontura.

* “*notekokuwai*” = por ter seu -’ã capturado ou canibalizado, a pessoa “não sabe nada, esqueceu tudo”, não entende; “*opiwarã tá comendo o conhecimento dela, a memória*”¹²⁶.

¹²⁵ Segundo Oliveira (2012:145) “*O termo usado, oeamõte, que eles traduziram como ‘mudar de visão’, pode ser decomposto da seguinte forma: o = 3ª pessoa, -ea = olho, amõ = outro, -te = marca de ênfase (mesmo); literalmente ‘ele ficou com outro olho’. Trata-se, pois, de ter sua percepção modificada, de ver o mundo pelos olhos de outrem*”.

¹²⁶ Compreendo aqui conhecimentos e saberes tal como definido por Oliveira (2012:18) inspirada em Carneiro da Cunha e Almeida (2002:15). Segundo Oliveira, o termo saber “se refere a conteúdos específicos

*“falar besteira” “ijayvu teitete” “oporegeta nikatui” = não é a pessoa que fala besteira, é aquele que a agrediu que faz ela falar besteira para os parentes, para o pajé;

A pessoa também pode apresentar manifestações corporais semelhantes àqueles que a estão agredindo: sua postura se altera, o corpo pode ficar enrijecido como uma carapaça, as mãos apresentarem forma de garra, seus ossos ficarem tão duros a ponto de apresentar uma força desmesurada, etc.

A apreensão isolada e destituída da explicação wajãpi de algumas dessas manifestações pela biomedicina, tem fornecido elementos para a elaboração de diagnósticos de transtornos mentais e sua intensa medicalização junto aos Wajãpi. De forma a ilustrar essa afirmação, apresento uma tabela que indica os diagnósticos preferidos para cada um dos casos selecionados, os comportamentos destacados nos prontuários dos mesmos e uma extensa lista de medicamentos prescritos.

do conhecimento, como, por exemplo, o saber ligado à confecção de um utensílio (não só as técnicas manuais, mas a escolha do material, suas histórias de origem, eventuais resguardos para a confecção, etc.). Já “conhecimento” denota um âmbito mais abrangente, um feixe de saberes. O saber é a parte de um conhecimento que se efetiva, que se realiza”. Já a memória, guardada no *py’á*, refere-se a um acervo de conhecimentos que ganham potência quando colocados em prática. Para os Wajãpi, saberes, conhecimentos e memória são indissociáveis da noção de -’ã, por isso muitas vezes são acionados de maneira quase indistinta e simultânea.

Tabela 3 – Diagnósticos biomédicos

Casos	Diagnósticos		Sintomas*	Medicamentos
1	<p><i>“Psicose não-definitiva”/</i> <i>“Surto psiquiátricos”.</i> (2009 -2017)</p>		<p>Precordialgia (dor c/ angústia), astenia (fraqueza), insônia, inapetência, agressividade, alucinações, vertigens, fala desconexa, dificuldade de concentração, pensamentos constantes</p>	<p>2009- Clorpromazina, imipramina. 2010- Cloridrato.de biperideno, imipramina. 2011–internação: diazepam, biperideno, haloperidol. 2012 – diazepam, biperideno, haloperidol. Nov.2012 – citalopram, diazepam. 2013 – internação: midazolam, haloperidol 09/2013 – nortriptilina, pipoliazina, ?. 09/2015 – liberado s/ medicação 11/2015, 2016 e 2017 – haloperidol.</p>
2	a)Ta.	<p><i>“Surto psicótico”</i> (2012,2013,2014). <i>“Esquizofrenia”</i> (2015, 2016). <i>“Depressão”</i> (2017)</p>	<p>Transtorno comportamental, agressivo, falas desconexas, estado atônito, inapetente, imprevisível; dor de cabeça e agitação, insônia</p>	<p>2012- Risperidona 2013 – risperidona, prometazina 2014- haloperidol 2015 – haloperidol, carbamazepina 09/2015 – haloperidol, risperidona, prometazina 12/2015- clorpromazina, levomepromazina, prometazina.. 2016-levomeprometazina, prometazina 11/2016- levomeprometazina 2017 – fluoxetina, rivotril.</p>
			<p>Dor de cabeça, torácica e epigástrica; crises</p>	<p>02/2013 - diazepam</p>

	b) K.	<i>“Depressão”</i>	convulsivas rápidas, insônia, astenia, tremores	09/2013 – rivotril e fluoxetina 2014 – fluoxetina, clonazepam 2016 - ?
3	a) To.	<i>“Suspeita de depressão”</i> <i>“Transtorno mental c/ uso de anti-psicótico”</i>	Pensamento suicida (2007) Comportamento estranho, medo, frustração, ouve vozes (2011). Tontura, náuseas, dor de cabeça, alucinações auditivas e visuais, mal estar, desmaios, desorientação, insônia, agressividade, fraqueza, tremores após med.	06/2011 – haloperidol, amitriptilina 07/2011 - nortriptilina 10/2011 – haloperidol, amitriptilina, prometazina 2012 – haloperidol, amantadina 08/2012 - bromazepam 12/2012 – santiazepam 12/2012 – haloperidol, carbamazepina, diazepam 2013-... – carbamazepina, diazepam
	b) J.	<i>“Depressão profunda e tentativa de suicídio”</i>	Estado letárgico, olhar distante, fraqueza, desorientação no tempo e espaço, irrequieto, falas desconexas, não reconhece os parentes, agitado.	11/2014 – oxazepam, cyamemazine 27/11/2014 – cyamemazine, clorpromazina 3/12/2014 – haloperidol 19/12/2014 – oxazepam 22/12/2014 – clorpromazina, haloperidol 01/2015... – clorpromazina, haloperidol
4		<i>“Síndrome de pânico”</i> <i>“Comportamento depressivo”</i> <i>“Surto psicótico”</i>	Astenia, insônia, agitação, alucinações, cefaleia, inapetência, (já tentou suicídio), agressiva, não faz higiene	07/2013 – bromidrato de citalopram, amitriptilina 17/07/2013 – bromidrato de citalopram, amitriptilina, prometazina. 20/09/2013 – prometazina, risperidona 25/09/2013 – amitriptilina, risperidona 2016 – risperidona

			2017 – rivotril, risperidona
5	sem diagnóstico (ref. crises convulsivas)	Vômito, crises convulsivas constantes, dificuldade de deambular, falar e se alimentar, astenia	2009 – fenobarbital 2010 – clobazam, fenitoína, valproato de sódio. 2011 – Ácido Valpróico 01/2012 – clobazam 02/2012 - Valproato de sódio, fenobarbital, clobazam 12/2013 – Valproato de sódio, fenobarbital, fenitoína, carbamazepina. 2014-2016-Valproato de sódio, fenobarbital, clobazam 11/2016 – Valproato de sódio, fenobarbital.

* Apresentei aqui os sintomas mais prevalentes nos documentos que compõem os prontuários dos pacientes que ficam armazenados na CASAI. Vale ressaltar que estes sintomas aparecem dissolvidos e relacionados a notações específicas da equipe de enfermagem e técnicos de enfermagem, bem como nos pareceres dos médicos.

Vale notar que em pelo menos cinco casos, o diagnóstico diz respeito a apreensões médicas extremamente subjetivas dos estados dos pacientes, que se traduzem por: “*Depressão*”, “*Depressão profunda com tentativa de suicídio*”, “*síndrome de pânico*”, “*comportamento depressivo*”¹²⁷. É importante ressaltar que tanto o processo de escuta do paciente, quanto o de comunicação, são extremamente precários¹²⁸. Por outro lado, a literatura médica aponta que o termo depressão tem sido correntemente empregado tanto para designar “sintomas” de um determinado um vasto quadro clínico¹²⁹, quanto para configurar “síndromes” (composta de vários sintomas específicos) ou “doenças” (Del Porto; 1999:6). Dentre os aspectos gerais que caracterizam um estado depressivo tem-se que:

“Embora a característica mais típica dos estados depressivos seja a proeminência dos sentimentos de tristeza ou vazio, nem todos os pacientes relatam a sensação subjetiva de tristeza. Muitos referem, sobretudo, a perda da capacidade de experimentar prazer nas atividades em geral e a redução do interesse pelo ambiente. Frequentemente, associa-se à sensação de fadiga ou perda de energia, caracterizada pela queixa de cansaço exagerado. Alguns autores enfatizam a importância das alterações psicomotoras, em particular referindo-se à lentificação ou retardo psicomotor” (idem:7).

As indicações para diagnóstico e sintomas, na tabela acima, indicam um processo de universalização de sentimentos (como sensação de estar vazio, tristeza, etc.) e de sintomas (como cansaço e fadiga), além do recurso à compreensões muito específicas do que seja o desinteresse da pessoa pelas atividades cotidianas. Mostram ainda uma apreensão singular do que sejam alterações psicomotoras e cognitivas. Enfim, os psiquiatras acabam produzindo traduções simplificadoras ou mesmo equivalências

¹²⁷ Pretendo em uma etapa posterior da pesquisa (pós-defesa), continuar analisando juntamente com alguns médicos os prontuários, exames, diagnósticos e medicalização referentes a cada um dos pacientes, de forma a compreender com maior exatidão quais dados específicos permitem ao médico derivar algumas conclusões e desencadear determinados processos de medicalização.

¹²⁸ Voltarei a esta temática no capítulo III, quando for abordar os tratamentos médicos e seus efeitos.

¹²⁹ Segundo Shorter (2009) apud Uhr (2014:108) “(...) a publicação do DSM III é a chave para o entendimento da difusão abusiva do diagnóstico de depressão na atualidade na medida em que ela se tornou uma categoria clínica autônoma”.

superficiais entre noções biomédicas e as noções wajãpi às quais tem acesso no decorrer das consultas.

Porém, os diagnósticos médicos não interferem nas procuras que as famílias fazem a outras possibilidades terapêuticas, como foi possível verificar nas narrativas a respeito dos casos, e que passo agora a analisar.

“Para poder normalizar”

Gallois (1988:229) já chamara atenção que a identificação do “por quê” um malefício se processa é realizada “(...) normalmente, através de diagnósticos proferidos sucessivamente pelo próprio doente, por seus parentes próximos, por parentes distantes e, finalmente, por um xamã”. Estes diagnósticos vêm acompanhados de tentativas de resolução do problema - em âmbito familiar, através do tratamento de um pajé ou ainda procurando os serviços de atenção à saúde. Gallois (idem:230) ressalta que

“Os dois tipos de intervenção – pela via profana ou pela via xamanística – não devem ser vistos como etapas rigidamente separadas. De fato, o xamã pode intervir a qualquer momento do processo e, paralelamente, as terapias familiares não são necessariamente interrompidas com a intervenção do especialista. O mesmo pode ser dito em relação à medicação dos “brancos”, cuja aceitação não invalida nem elimina as etapas consequentes do processo de diagnóstico e cura”.

O que podemos observar é que o conceito de itinerário terapêutico apresentado por Gallois continua válido, contando atualmente com alguns incrementos tais como: a incorporação de novas práticas terapêuticas e a constituição de múltiplos e variados caminhos para resolução. Apesar dos casos analisados não seguirem rigidamente as etapas do processo de diagnóstico e cura, tal qual observadas pela autora no momento de sua pesquisa, tem-se que em quase todos eles as alternativas apontadas por ela nos anos 1980 se fazem presentes até hoje, passados 40 anos.

De forma a fornecer uma percepção dos múltiplos caminhos terapêuticos apresentados nas narrativas dos Wajãpi, produzi a tabela a seguir. Vale ressaltar que se

trata apenas de uma aproximação as tais trajetórias, já que estes estão submetidos a memórias e ênfases diferentes, a depender de quem está proferindo o relato. Chamo atenção também que, para os dois casos mais antigos, não obtive um detalhamento maior dos processos.

Tabela 4 – Itinerários terapêuticos

Caso 1	T.	Medicamento* calmante (recusou tratamento) » pajé » pajé » medicamento calmante » pastor (exorcismo) » internado/medicamento psicotrópico » curandeiro » medicamento psicotrópico
Caso 2	Ta. (a)	Família (<i>omõsimo 'ã, sipy, urucum</i>) » pajé » medicamento psicotrópico » pajé » medicamento psicotrópico » medicamento psicotrópico (alteração da medicação)
	K. (b)	Remédio de malária » medicamento psicotrópico » pajé
	Pai de Ta. (c) Avó mat de Ta. (d)	Pajé
Caso 3	To. (a)	Medicamento psicotrópico » pajé » medicamento psicotrópico » curandeira » medicamento psicotrópico (nunca parou de tomar remédios)
	J. (b)	Internação/medicamento psicotrópico » medicamento psicotrópico (alteração da medicação)
Caso 4	T.	Família (<i>omõsimo 'ã</i>) » medicamento psicotrópico (ela não quis ir no pajé)
Caso 5	M.	medicamento anticonvulsivante » pajé » família

*Todas as indicações referentes a medicamentos podem ser lidas como assistência à saúde fornecidas pelas diversas esferas que compõem o subsistema de atenção à saúde indígena.

Ao invés de fazer uma análise caso a caso – o que seria bastante interessante também - optei por destacar, de forma transversal, o que foi mobilizado dentro de cada possibilidade terapêutica e os resultados obtidos.

Práticas terapêuticas familiares

Dos casos apontados, somente em quatro deles o recurso às práticas e cuidados familiares foi relatado explicitamente. Isso não significa que nos outros casos não houve tentativa de resolução por essa via. Nos dois casos que são apontados como agressão dos *karaikō* (caso 2b e 3b) não aparecem tentativas de resolução familiares, já que uma vez que os malefícios foram imputados aos *karaikō*, estes tornam-se responsáveis por sua resolução. Isso já ocorria quarenta anos atrás (Gallois;1988,1991,1993).

Foram apontadas basicamente três tipos de práticas terapêuticas familiares:

1. *Omōsimo'ã* – uma técnica de retaliação da agressão que tem como veículo o vapor. Foi explicada da seguinte forma pelos parentes de Ta:

“Primeiro a gente pega pedra branca e esquento no fogo; tira também taboca quando pequena e espinho [jō] e mistura com água em uma panela. Depois a gente coloca panela debaixo da rede da pessoa. Daí a gente pega a pedra que esquentou no fogo e joga na panela; quando coloca a pedra e sai fumaça que passa pela pessoa e mata quem fez mal para a gente”.

Essa técnica age especificamente sobre o -*ã* da pessoa, fazendo com que os *opiwarã* que o atacaram voltem para quem os enviou. Ao adentrar de forma brusca o corpo do agressor, provocam sua morte. Para tal, são utilizadas diferentes plantas agentivas, denominadas de modo genérico -*pōa*. Tanto no caso 2, quanto no caso 4 com a realização do *omōsimo'ã* houve uma melhora do problema, mas não sua resolução. É interessante notar que no caso 4 a família faz referência a um elemento específico do *omōsimo'ã* que só os *tamōkō* conhecem: uma pedra branca que só existe em uma determinada montanha nos limites da TIW. A família levantou a possibilidade de que talvez a utilização dessa pedra específica com as plantas agentivas talvez resolvesse o problema de T..

2. *Japōanō* – práticas de proteção, dissimulação e resolução, feitas através de -*pōa* (de plantas, de animais, etc. agentivos). Nos casos que apontei, há vários exemplos de uso de *uruku* (urucum), *sipy* (resina cheirosa) e *jamaratãe* (um tipo de gengibre) que tem por ação impregnar o -*ã* das pessoas com um odor que afasta ou agrada o agressor. Em relação a essa segunda situação, o agressor retira a agressão.

Ouvi de várias famílias que, se um banho com *jamarãtae* não consegue reverter o estado alterado de seu parente, é porque não se trata de agressão do dono da água, *yyjarã*. Vejamos a explicação que recebi acerca da ação das plantas agentivas.

“(...) a planta, quando a gente banha a criança, não é que vai curar, não é que vai tirar a doença, i'ã da criança vai ficar cheiroso igual guariba, perfumado no perfume do guariba, então o guariba que atacou pensa 'esse aqui é etarã [parente], como eu vou matar então?'. Então retira opiwarã. As plantas transformam, mudam o cheiro; não é do nosso corpo, é do i'ã da pessoa; igual jacu também, não é que é remédio. Eu vou banhar a criança com uma planta e planta vai tirar a flecha do jacu. Não! I'ã dela vai ficar com cheiro do jacu, aí jacu vai gostar e pensar 'não vou matar o meu parente'; só o cheiro que vai mudar; também por exemplo quando sucuri vai me matar, a gente explica pro karaikõ que piri-piri, kwã ou jamarãtae vai espantar sucuri, aí não é não, porque é perfume da sucuri, então a gente passa na pessoa para ficar com perfume de sucuri, cheiroso, aí sucuri vai gostar e não vai matar.”

Vale reforçar que *-poã* não é remédio, tal qual concebemos. Sua ação é responsável por inverter, devido a experiência olfativa, os sinais de uma relação: de agressão para sedução e proximidade.

Outro aspecto importante de se ressaltar é a importância do tempo quanto se vai tentar reverter situações através de *-põa*. Não se deve esperar muito tempo para tratar uma pessoa que foi agredida, de forma a evitar que os *opiwarã* fiquem fortes e a agridam ainda mais seu *i'ã*, enfraquecendo-o, e abrindo caminho para que outras agressões de outros agressores sejam processadas.

“Se eu matar um jacu quando criança é pequena ela vai ficar awyry. Como é que eu vou fazer tratamento dessa criança? Antes de acumular muito, eu pego uma planta do jacu, vou fazer remédio, vou dar para ela e esse aí vai resolver, porque i'ã dela vai ficar igual perfume de jacu e jacu vai tirar o que ele fez pra ela; se eu matar um guariba também vai fazer mal para a criança, daí não demora, eu pego planta do guariba, faço remédio, eu dou banho nela, e i'ã dela vai ficar cheiroso para o

guariba, que vai tirar aquilo que ele mandou atacar. Cada povo tem seu perfume, tem seu remédio; não existe um povo que não tem remédio, todos têm: tajau, pako, vamos dizer, planta também tem, todos tem. Também mani'o”.

Há também outras ações de elementos agentivos. No caso 5, depois de M. passar por um pajé, a família compreendeu o que havia ocorrido com seu filho. Pelo fato de o pai de M. matar uma cobra, *yyjarã* (dono das águas) revidou e agrediu a criança entupindo seu -ã com veneno. Como não conseguiram cumprir o resguardo, a criança voltou a ficar ruim. Após várias tentativas de uso de remédios anticonvulsivantes, resolveram tentar tratar com *kopi'i mōa*, remédio feito a partir de cupinzeiro que dá no cajueiro vermelho (“o que tá no amarelo não funciona”).

“A gente faz igual mel de abelha, grosso, cozinha, depois tira água, amassa, depois, cozinha, cozinha e fica tomando, tá melhorando. Ele está três meses já sem omano mano (desmaio). Ele começou a falar, pescar, normalizou, anda, ele até fez até uma casinha lá. Ele amanheceu na festa aqui. Antigamente ele no meio do barulho sempre estava omano mano. Agora amanheceu no ano novo aqui e não deu nada, ele até tomou uma cuia [de kasiri] pra amanhecer. A gente ficou com medo de dar pra ele, mas não deu nada. Aí a gente explica (...), i'ã do cupim (...) pode cavar o caminho, pode ir cavando, o cupim pode desentupir, o i'ã do cupim pode desentupir o [caminho do] i'ã do M., vai liberando pra respirar bem para normalizar”.

Essa família contou sobre uma combinação de *japōanō* com *jirojĩga*.

3. *Jirojĩga* – cantos que convocam *opiwarã* para proteger, “resolver problemas”, provocar malefícios, etc. Nas palavras de um interlocutor,

“(...) tem jirojĩga bom que a gente canta para chamar opiwarã para fazer tratamento, jirojĩga que faz -jarã ficar longe da gente e outro que faz ficar próximo; também tem jirojĩga ruim faz problema na pessoa, que faz para pessoa separar, também para ficar doente. Existe jirojĩga para dormir, para não ser atacado, através dessa canção a gente faz um barulho que a gente deixa junto com nosso i'ã, aí outro não vem atacar,

não vai se aproximar dele, vai ficar longe, vai se espantar, vai ficar com medo, tipo uma segurança da gente; muito inimigo por aqui e ele que vai afastar pessoa, não vai deixar chegar perto, então faz jirojîga, a gente faz isso; quando a gente vai atravessar o rio, então jirojîga, então a gente passa tranquilo para yyjarã não vir atacar a gente; se a gente não respeitar isso, não valorizar isso, não transmite isso para nossa família, não vai saber, daí família vai ficar doente, criança vai nascer mal, criança nasce bem e depois fica doente, aí fica dependendo de só remédio da cidade”.

O que parece ser mais importante das técnicas processadas pelas famílias é que elas promovem uma autonomia das mesmas para não ficar dependendo de outras famílias, dos pajés e, também, e no limite, da assistência à saúde dos não-índios.

“porque quando pessoa sabe bem jirõjiga, não faz muito resguardo, porque vai fazer jirõjiga pra não atacar filho dele, para não atacar ele mesmo... ele faz jirõjiga pra se proteger, ele faz tudo, uma autonomia de proteger o corpo, se a pessoa não sabe vai ficar dependente do outro, tem que fazer resguardo, por isso que o conhecedor sempre tem que andar com a sua família; eu não dependo muito de meu papa não, eu dependia, agora eu aprendi e cuido dos meus filhos, meus netos... agora precisa meus filhos ou genros se interessarem para aprender, para eu poder passar pra eles, aí vai ser uma autonomia pra defesa das famílias, senão fica todo mundo grudado na minha família, porque não tem proteção”.

Tratamento com o pajé

Continua sendo percebido como a alternativa de resolução mais eficaz. Com exceção de dois casos - o do rapaz que sofreu agressão dos não-índios (3b) e o caso de T. que já se encontra muito agredida por *opiwarã* - todas as outras pessoas fizeram tratamento com pajé. É interessante notar que ainda que as pessoas continuem apresentando estados

alterados, em algum momento, quando realizaram tratamento com o pajé, tiveram seus problemas resolvidos. Vejamos:

Caso 1 – O pajé em uma primeira atuação, conseguiu trazer o -'ã de T. de volta, em uma circunstância que o rapaz já estava considerado falecido (sem qualquer sinal de -'ã em seu corpo). Ao retornar à vida, T. não quis mais ficar próximo do pajé, o que resultou, em um primeiro momento, em uma desistência de tentar fazer o tratamento. Os parentes explicam que não é T. que não quis fazer o tratamento, são os *opiwarã* que o capturaram que não querem que o tratamento seja feito e por isso provocaram reações exacerbadas (falar mal, agredir) e de repulsa. Em um segundo momento, quando T. já se encontrava em sua aldeia, o pajé foi convocado novamente pela família. Para que este pudesse processar suas ações, amarraram T. na rede. O pajé conseguiu trazer o -'ã dele que estava com *jurupari*, mas esse se despreendeu e voltou para o agressor. Segundo a família T. “*melhorou um pouquinho*”. Mas segundo o pajé, para resolver o problema ele precisaria continuar tratando.

Caso 2a – Iniciou um tratamento com o pajé, logo que voltou da CASAI. Estava fazendo uso de um antipsicótico. O pajé verificou que o problema do rapaz era que os *opiwarã* haviam agredido sua cabeça e seu coração e, por isso, ele não estava conseguindo olhar, pois sua vista escurecia. O pajé o tratou e ele “*melhorou um pouquinho*”, mas depois os *opiwarã* que o capturaram começaram a agredir o pajé que desistiu de tentar resolver o problema. Nas palavras do filho de Ta: “Ele (Ta.) não gosta pra ficar perto assim do pajé... o pajé também não...”. Por causa disso Ta. “*não ficou bom*”.

Caso 2c – Nessa história mais antiga, o pajé conseguiu resolver o problema, mas o pai de Ta. não fez resguardo e espantou os *opiwarã* fornecidos pelo pajé. Depois de um tempo o pai de Ta. acabou falecendo.

Caso 3 – To. antes de iniciar o tratamento com pajé estava medicada com antipsicótico e antidepressivo. Passou no pajé que fez tratamento verificando que ela estava agredida por vários agentes agressores. Ela ficou bem, mas o pajé solicitou que ela não voltasse logo para a aldeia. Segundo a família, não havia condições físicas (alimentação) para ela se mantivesse no Aramirã. Ao voltar para a aldeia, To., sem ter quem a ajudasse, precisou preparar alimentação quebrando assim o resguardo solicitado pelo pajé. Dessa forma, o problema voltou a se manifestar.

Caso 5 – A criança fez tratamento com um pajé do Oiapoque que verificou que seu -ã estava entupido com veneno de cobra. O pajé o tratou e ele ficou bem, mas como a família não respeitou o resguardo, ele voltou novamente a apresentar problemas.

A partir destas narrativas é possível inferir que:

1. Muitas famílias consideram que o pajé mais atuante na TIW atualmente é forte e consegue resolver os problemas de seus parentes. Somente uma família disse que o pajé não era forte, denominando-o de *pajé ranã*, *pajé sã* [‘falso’(parecido com) pajé, pajé fino, numa alusão à fragilidade dos componentes de sua potência xamanística].
2. A não resolução - ou o “*melhorar um pouquinho*” - aparece fundamentalmente vinculada ao fato das pessoas não conseguirem mais fazer resguardo como no passado, se concentrando, mantendo e fortalecendo os *opiwarã* fornecidos pelo pajé.
3. Às vezes o pajé não quer tratar a pessoa, porque esta “*fala muita besteira, quer bater, corre para o mato*”. Como explicam as famílias, não é a pessoa que não quer fazer tratamento, são os *opiwarã* que atacaram que não querem que ela faça tratamento, o que resultaria em sua expulsão.
4. Casos de agressão muito violentos e antigos dificilmente são reversíveis. É o caso antigo da avó de Ta. que abortou e não fez resguardo.
5. O pajé não consegue resolver agressões perpetrados pelos não-índios, como no caso 2b (contaminação via medicamentos) e 3b (venenos, drogas, somados à violência física).

Tratamento com pastor

Dentre os casos que apresentei, somente em um deles (caso 1), a família resolveu procurar um pastor, de uma igreja evangélica, para tentar resolver o problema. Ainda que os agentes religiosos venham ganhando cada vez mais espaço e força junto aos Wajãpi,

ainda são pouco mobilizados para resolução dessas situações. Quanto a T, depois de duas idas à igreja, “ficou bom mesmo”¹³⁰. Após esse processo, passou a reconhecer o pai, a mãe e os parentes. Também chorou muito, algo que não acontecia quando ele estava em estado alterado. Quando voltou para a aldeia conseguiu relatar, com detalhes, o que aconteceu com ele em Macapá, ao acompanhar seu filho juntamente com sua esposa. O rapaz permaneceu um bom tempo sem apresentar quaisquer comportamentos alterados, mas acabou não respeitando o resguardo e bebeu *kasiri*. Como Gallois (1988:219) já chamara atenção “o estado –kao, provocado pela ingestão de caxiri (...) altera o equilíbrio da pessoa”, tornando-a leve ou pesada. Estando o -ã de T. ainda bastante fraco, quando ele bebeu *kasiri*, ficou novamente vulnerável às agressões dos não-humanos.

Tratamento com curandeiros

A relação com os não índios do entorno é bastante antiga e tem-se intensificado e diversificado cada vez mais, a despeito dos preconceitos e tensões locais. Muitas famílias wajãpi moram em Pedra Branca do Amapari e Macapá. Já no assentamento vive, por enquanto, somente uma família que habita provisoriamente um terreno da MNTB. Devido a essa intensificação de relações os curandeiros têm surgido como uma alternativa para tentativa de resolução de problemas. Pelo menos dois dos casos apresentados (caso 1 e caso 3a) houve uma experimentação de tratamentos ofertados por curandeiros não-índios que atuam nos assentamentos e cidades próximas à TIW.

Em um dos casos, T, após sair de um processo de internação compulsória, voltou para aldeia e em seguida e teve seu quadro de manifestações intensificado, voltando a desmaiar e “ficar duro”. Seguindo a indicação de uma família conhecida do assentamento Tucano II e de um funcionário da Funai, foram até a cidade de Pedra Branca, levar T. para um renomado curandeiro tratar. T. permaneceu desmaiado durante todo o processo de tratamento, acordando somente quando já havia retornado para a aldeia. Segundo a família, ele acordou “bonzinho” e voltou ao normal. Porém o curandeiro alertou que seria necessário mais algumas sessões para que ele “afastasse bem o problema”. Porém a família, devido a diversos fatores acabou não retornando ao curandeiro, até mesmo porque

¹³⁰ No capítulo 3 irei apresentar de forma detalhada o processo do tratamento de T. experimentado na Igreja do Evangelho Quadrangular em Macapá, a partir de uma longa pesquisa que realizei junto ao pastor.

T. se mostrava bem. Depois de um certo tempo, T bebeu *kasiri* e voltou a apresentar um estado alterado.

O segundo caso de procura de curandeiro foi de To. Seus parentes, seguindo as sugestões de conhecidos no assentamento, procuraram uma curandeira local. Ela os atendeu, mas “*olhando*” To., explicou que o *ajã* que a havia agredido era muito forte, e que, portanto, não ia conseguir matá-lo sozinha. Precisaria da ajuda de outras pessoas [curandeiros] e pelo fato de no momento não ter ninguém com ela, não conseguiria resolver o problema.

O interessante aqui é que, enquanto um caso bem-sucedido e diz respeito ao curandeiro cujo ancestrais são provavelmente negros fugidos (*bushinenge*) do Suriname (conforme biografia do próprio), o outro é mal-sucedido pelo fato da pajé *karai-kō* (uma curandeira mulher) não ter força suficiente para lidar com os agentes agressores e expulsá-los de To. Os parentes de To enfatizaram que talvez, de fato, ela não aguentasse afastar os agentes agressores. Voltarei a essa questão quando for apresentar a narrativa dos dois curandeiros no capítulo 3.

Tratamentos com medicamentos psicotrópicos

Todos os casos levantados apontam várias idas e vindas a CASAI, resultando numa grande quantidade de prescrições de psicotrópicos. A tabela que apresentei anteriormente, acerca dos diagnósticos médicos, fornece um panorama do processo intenso de medicalização dos pacientes wajãpi. Ainda que eu não vá fazer neste momento uma análise mais cuidadosa deste processo de medicalização – para o qual eu necessitaria de mais tempo e parceria médica, chamo, ao menos, atenção para alguns aspectos¹³¹.

1. Em todos os prontuários dos pacientes psiquiátricos wajãpi, existe uma grande variabilidade de medicamentos, tanto de uma mesma classe, quanto de classes distintas. Vejamos: no caso 1, o paciente já teve prescrição das seguintes classes de medicamentos: antipsicóticos, antidepressivos e ansiolíticos; no caso 2a.: antipsicóticos, anticonvulsivantes, ansiolíticos e antidepressivos; no caso 2b:

¹³¹ Para realizar a análise preliminar destes dados contei com a ajuda de uma médica com experiência de pesquisa em saúde mental.

ansiolíticos e antidepressivos; no caso 3a: antipsicóticos, anticonvulsivantes, ansiolíticos e antidepressivos; no caso 3b: antipsicóticos e ansiolíticos; no caso 4: antidepressivos, antipsicóticos e ansiolíticos; no caso 5: anticonvulsivante e ansiolíticos.

2. Através dos prontuários é possível afirmar que houve momentos que alguns pacientes chegaram a ter prescrição de dois antipsicóticos concomitantes [(clorpromazina e levomepromazina (caso 2a) / cyamemazine e clorpromazina (3b) / clorpromazina e haloperidol (3b)/ prometazina e risperidona (caso 4)] e outro com prescrição de quatro anticonvulsivantes simultâneos [valproato de sódio, fenobarbital, fenitoína e carbamazepina (caso 5)]. De acordo com a médica que me apoia nesta pesquisa, somente em situações consideradas muito específicas (agressividade extremamente exacerbada, agitação extrema e muitos sintomas psicóticos) é que se prescreve mais de um antipsicótico. Considerando, na melhor das hipóteses, que seja um caso específico, nada justifica a prescrição juntamente com os dois antipsicóticos de um anti-histamínico (prometazina), também indutora do sono, gerando um caso de sedação extrema. Segunda a médica, ela não considera, de maneira geral, uma prescrição muito usual e adequada. Quanto aos 4 anticonvulsivantes, ela considera bem pouco usual, mas ressalta que seria necessário estudar melhor a situação e as classes dos medicamentos prescritos. Em alguns casos mais intensos é comum a prescrição de dois anticonvulsivantes associados a um ansiolítico, que age como um coadjuvante na questão das crises convulsivas. A hipótese que ela sugere referente a esta última situação é que talvez esteja havendo um problema relativo à questão da adesão, não tão perceptível ao médico que, com a continuidade das crises convulsivas, vai intensificando as qualidades e quantidades de anticonvulsivantes.
3. Outro aspecto bastante relevante quanto ao uso de psicotrópicos pelos Wajãpi - e em geral ignorado pelo médico no momento da prescrição - é o aparecimento de efeitos colaterais. São vários os casos de pacientes que após o uso dos psicotrópicos relatam sintomas que não possuíam anteriormente. É por exemplo o caso de Ma., que, com 65 anos relatou ao médico que estava com lombalgia, zumbido no ouvido e cefaleia. Voltou para a TIW com prescrição de nortriptilina, um antidepressivo,

que acabou intensificando seu problema de problema do zumbido no ouvido (relato bastante comum dos usuários que utilizam este medicamento), somado a uma sensação de ansiedade e insônia anteriormente inexistentes. A justificativa médica para prescrição do antidepressivo para Ma é que este relatou que estava com medo de dormir e morrer enquanto dormia. Atualmente Ma está com 70 anos e tem reclamado além dos antigos, dos novos sintomas que ele não associa diretamente ao uso da medicação.

4. Um segundo aspecto a ser apontado é o das contraindicações. Como os medicamentos psicotrópicos interferem nas funções do Sistema Nervoso Central (SNC), sua associação com o uso de álcool pode trazer efeitos bastante danosos para a pessoa, piorando ainda mais seu estado. Especificamente sobre isso, e, mobilizando um estigma bastante comum de que os índios costumam beber muito, os médicos os orientam a não beber. Porém, como vimos é muito difícil para os Wajãpi evitar ou negar *kasiri* ou bebida dos *karaikō*: “[T. que já estava com prescrição de psicotrópico] *acabou tomando cerveja escondido com um parente [na CASAI]*”; *“toma cerveja em cima do remédio, aí fica muito ruim (...) Porque bebida mexe com iã também, quando iã tá fraco, aí doença aproveita”*; sobre o estado de To., o marido ressaltou que *“não era para ela ter tomado kasiri, só que mesmo assim ela tá tomando, mas como o médico falou pra ela: ‘não pode tomar kasiri, esse remédio é muito forte’. Aí marido tá pensando assim que, por causa disso, vai dar problema nela também, por causa do remédio”*.
5. Segundo manuais de psiquiatria a interrupção abrupta de um medicamento psicotrópico ou de um anticonvulsivante, pode fazer com que a pessoa apresente respectivamente crises psicóticas e convulsivas. Isso parece ter ocorrido com os filhos de J., que suspendeu os medicamentos dos filhos – pelo fato de não terem apresentado uma melhora efetiva – e as crises convulsivas (que não haviam cessado por completo com a medicação) passaram a ocorrer com mais intensidade. Também no caso 5, pelo fato de terminar o anticonvulsivante de M. na aldeia, a criança ficou um tempo sem utilizar remédio (3 meses) passando a apresentar novamente crises convulsivas intensas, que o levaram a quase se afogar no rio.

6. Há um “des-controle” generalizado quanto ao acompanhamento do uso dos medicamentos nas aldeias da TIW. Em geral os técnicos de enfermagem costumam entregá-los na mão dos pacientes e seus familiares, sem verificar se existem condições da família realizar a dosagem e cumprir o horário de utilização corretamente (“*O técnico trazia e deixava para dar para ela, mas ela não quis mais. Daí piorou. Não sabe bem*”).¹³² Forneço aqui o exemplo do caso 3a. relatado por um parente no qual a jovem que fica responsável pela entrega da medicação para To., é uma neta de 14 anos.

“(...)ela [a neta] - uma jovem de 14 anos – deu só um desse para a avó; à noite deu só esse (diazepam). De manhã esse (carbamazepina). Receita do médico é dois [medicamentos] por dia, mas ela deu só um (diazepam). Isso que ela [neta dela] falou, por isso que To.[avó dela] não consegue dormir. Se ela tomar esse (carbamazepina) dorme. Ela não deu esse (...) carbamazepina, só esse diazepam. Tá difícil porque a neta dela não sabe se é esse mesmo [carbamazepina], porque mudou a capa (embalagem)”.

Os medicamentos são diferenciados pelos Wajãpi não pelo nome e por sua concentração e sim pela cor dos comprimidos¹³³, seu tamanho e formato, bem como por sua embalagem¹³⁴. No caso descrito, a mudança de embalagem produziu uma dúvida na jovem, que não sabia se aquele era o mesmo medicamento que estava acostumada a fornecer para sua avó. A falta de um acompanhamento dos pacientes nas aldeias pelos técnicos de enfermagem, é conectada com a falta de acompanhamento médico. Há casos de pacientes com prescrição de psicotrópicos, que ficaram de meses a anos sem acompanhamento médico. Também é bastante raro o processo de diminuição das doses dos medicamentos, em geral preconizado para os psicotrópicos. O que é possível verificar é que os médicos consultados na cidade, via de regra, mantêm as prescrições, mudam as medicações ou ainda aumentam sua quantidade.

¹³² No Anexo V é apresentado um quadro com os principais remédios controlados prescritos para pacientes wajãpi, junto com seus efeitos e contra-indicações.

¹³³ Ver no ANEXO IV imagens de alguns dos remédios controlados prescritos.

¹³⁴ Diehl (2001:135-139) realiza uma discussão importante acerca das diferentes modalidades de apropriação e uso de medicamentos em diversos contextos sócio-culturais, destacando as racionalidades presentes em tais usos. A autora nos apresenta inúmeras situações envolvendo os entendimentos que os Kaingang possuem a respeito dos medicamentos. Dentre tantas passagens passíveis de diálogo com essa tese, gostaria de destacar uma delas bastante análoga ao modo como os Wajãpi fazem a seleção de medicamentos: “*Entre os Kaingang, não foram raros os momentos em que já pediam pelo nome ou característica organoléptica [características que podem ser percebidas pelos sentidos humanos - cor, o brilho, a luz, o odor, a textura, o sabor], sem relatar sintomas*” (idem:152).

“Nunca mudou, remédio dela é 2 tipos de remédio. Um que não sei qual é o nome, quase resolve. Ela tomou junto vitamina, quando ela tá tomando esse fica bem (...) só que ela não dorme, mas anda, não fala mais, não tá escutando falar no ouvido dela. Ela não consegue dormir, mas ela tá bem” (relato da família de To., caso 3a).

Dessa forma, o que observei é que na falta de um acompanhamento médico mais estrito, tem-se que os próprios pacientes wajãpi e suas famílias, a partir de suas experiências, vão manejando a utilização dos medicamentos.

“Ela deu, parece que semana passada, por aí, pra ela dormir. O outro (diazepam) quando toma não dorme. Só para acalmar” (relato família de To., caso 3a).

“(...) ela não quer tomar o remédio, porque dormiu muito, não conseguiu trabalhar, deu muito sono. Só sono que é muito, ela entende o que a pessoa fala, consegue comer, mas dá muito sono, de dia e de noite. Daí parou” (relato da Família de T, caso 4).

“(...) ele tomou e não passou... ele não quer nem tomar... porque antes passava rápido, três dias que toma, passa... depois quando ele voltou aqui na aldeia, tomou, e segundo [comprimido] não resolve, terceiro não resolve, aí ele não quer tomar mais” (relato família de Ta., caso 2).

Vale enfatizar que a prescrição de um medicamento não significa necessariamente sua utilização, conforme vimos a partir casos apresentados. Foram vários os exemplos nos quais o remédio é queimado, escondido no teto da casa, guardado na bochecha para ser posteriormente cuspidado, etc.

O que pude por fim apreender a partir dos diversos depoimentos é que para os meus interlocutores os remédios psicotrópicos não resolvem os estados alterados de seus parentes, pois não se trata de “doença de *karaikō*” (*karai ra’yry*). Por mais que os não-índios tentem detectar causas orgânicas através de suas tecnologias e exames, na maioria dos casos não conseguem verificar qualquer alteração física. Segundo as famílias, os únicos agentes capazes de reverter essa situação são os pajés, que em parceria com seus

opiwarã, retiram as armas dos agressores e trazem de volta o -'ã da pessoa, restituindo seu estado de normalidade.

Mas se os medicamentos de *karaikō* não curam, porque os pacientes wajãpi continuam procurando os técnicos de enfermagem, encaminhando seus parentes ao médico e tomando os medicamentos? Um dos efeitos realçados pelas famílias wajãpi e pelos próprios acometidos é que os medicamentos psicotrópicos “acalmam um pouco” as manifestações da agressão.

“Em 2017 ele melhorou, calçou um pouco, porque ele tá tomando injeção uma vez por mês”

“Melhorou um pouquinho... dava sono, tonteira, mas foi bom tomar remédio”.

Se por um lado os medicamentos comuns - que não são tarja-preta - são percebidos pelos Wajãpi como agindo fundamentalmente sobre as carnes, os ossos e o sangue, por outro os medicamentos psicotrópicos, especialmente os antipsicóticos, acalmam as manifestações porque agem sobre o -'ã das pessoas. Eles alteram momentaneamente a visão das pessoas, porém não atuam sobre os *opiwarã*, que continuam ali, neutralizados.

“Mexer também, mexer no i'ã também, remédio controlado que mexe. Agora remédio que é só pra gripe não mexe não. Porque esse controlado ele faz mudança, muda a visão da pessoa para ficar bom, mas não resolve, não resolve” (relato da família de T., caso 1).

“E daí ele disse que a coisa mal que fez mal para ele saiu, que estava dentro da cabeça dele, diz que ele não está enxergando mal não. Antes diz que ele enxergava o morto. Agora diz que foi embora coisa ruim que ele tinha. Se parar de tomar o remédio volta, volta de novo” (relato da família de T., caso 1).

Além de alterar a visão, o medicamento ajuda a controlar a dor de alguns casos, como de T. que está tendo seu -'ã comido por *kusikusirã*.

“(...) remédio de karaikō só faz controlar a dor que i'ã dela tá sofrendo, i'ã dela sofre muita dor, mas pra cá você vê ela diferente, então remédio

ajuda i'ã dela, ajuda aliviar a dor porque kusikusirã tá comendo i'ã dela, para aliviar a dor e para não sentir dor na carne, só isso (...) não cura não, porque i'ã tá tudo estragado. [Se tivesse tratado] Logo que acontece daí tem como resolver”.

As famílias ainda que tentem pensar em alternativas – um pajé muito forte, a pedra *tasĩ* de uma determinada montanha - ficam preocupadas e tristes com a situação de seus parentes. Mas ao mesmo tempo é quase como se soubessem de antemão, que alguns casos, devido ao tempo de captura são bastante difíceis de reverter. Resta a todos nós levar adiante as reconfortantes palavras de um interlocutor:

“Quando a gente está vivo, está transmitindo -'ã pros filhos, então por isso que a gente não se preocupa quando a gente vai morrer, porque já transmitiu para outro, pros filhos, para continuar...”.

Nesse capítulo espero ter demonstrado que apesar do intenso processo de medicalização ao qual estão submetidos os Wajãpi, e considerando ainda suas experimentações em várias dimensões do mundo dos *karaikõ* (alimentação, religiosidades, vida nas cidades, uso de drogas etc), o sistema cosmológico continua a ser acessado com uma vitalidade expressiva, articulando a noção de pessoa (tal qual apresentados no capítulo 1), domínios cosmológicos e modelos de causalidade (contágio e agressão) tal qual apresentados na década de 80 por Gallois (1988) e mobilizados até os dias atuais.

Capítulo III – Entre pajés, médicos, curandeiros, pastores e missionários

Neste capítulo pretendo inverter a lógica e compreender melhor os agentes com os quais algumas famílias wajãpi estabelecem relações, em busca de soluções – concomitantes ou isoladas, paliativas ou efetivas – para lidar com parentes que apresentam comportamentos alterados.

As possibilidades de resolução que surgiram a partir dos relatos de meus interlocutores no decorrer desta pesquisa foram: tratamentos familiares, tratamentos com pajé, tratamentos médicos, atendimento por pastores, acompanhamento por missionários e tratamentos por curandeiros. Em um segundo momento, com os relatos sistematizados, procurei entrevistar os vários agentes envolvidos nos diferentes tipos de tratamento, evidenciando a percepção dos outros atores acerca dos estados alterados vivenciados pelos Wajãpi.

Quanto aos tratamentos familiares, por tê-los abordado de maneira detalhada no capítulo anterior, não pretendo retomá-los aqui. De qualquer forma, vale mais uma vez enfatizar sua importância em praticamente todos os casos pesquisados.

Dedico o primeiro item deste capítulo a uma reflexão um pouco mais aprofundada acerca da atuação dos pajés, imprescindíveis em quase todas as trajetórias de resolução dos estados alterados que recolhi junto às famílias wajãpi. A importância destes se faz presente inclusive nas famílias que não conseguiram que seus parentes realizassem tratamento com eles e, também, na expectativa de que no futuro haja pajés tão fortes como houveram no passado.

No item seguinte, abordo as relações estabelecidas entre famílias wajãpi e a assistência à saúde, expressas por meio de consultas médicas, relações com enfermeiros e técnicos de enfermagem, realização de exames, conversas com psicólogos, prescrições de

remédios controlados e registros em prontuários. Todos estes dados apontam para uma intensa diversidade presente no campo da atenção à saúde wajãpi.

Em um terceiro item, foco na atuação dos curandeiros que moram na região do Amapari e que fazem benzimentos, rezas, ‘afastam coisas ruins como espíritos da mata’, produzem ‘garrafadas’, ‘colam ossos’, ajudam em partos e fundamentalmente recuperam o ‘pensar bem’ das pessoas. Por indicação de não índios conhecidos, algumas famílias resolveram experimentar o tratamento destes curandeiros, que também foram indicados na região do Curiaú (comunidade quilombola distante alguns quilômetros de Macapá).

Em um penúltimo item, procuro compreender a atuação de pastores evangélicos, de uma igreja específica em Macapá, na tentativa de resolução de estados alterados, não somente, mas especialmente dos Wajãpi.

No item final, procuro, por meio de relatos de missionários vinculados à Missão Novas Tribos do Brasil (MNTB) e dados de prontuários, mostrar o espaço de atuação institucionalizado destes junto a CASAI e a atenção à saúde de maneira mais ampla, bem como seus posicionamentos (pessoais) quanto aos casos de estados alterados. Um dos missionários que entrevistei chegou a acompanhar em área uma situação de uma wajãpi que apresentava comportamentos alterados na década de 80, mas que acabou falecendo.

O que estes múltiplos caminhos revelam é uma abertura das famílias wajãpi no sentido de dialogar e experimentar práticas de agentes não indígenas que possuem suas próprias composições com outros não-humanos (remédios, Deus, diabo, etc), ao mesmo tempo um processo de afetação dos múltiplos agentes – ainda que pouco perceptível aos mesmos - a partir do estabelecimento de relações com os Wajãpi.

3.1. Relações negociadas: em busca dos pajés

Durante minhas pesquisas de campo realizei muitas conversas a respeito da atuação dos pajés. Este tema foi acionado pelas famílias tanto para tratar das tentativas de resolução específicas para os parentes que apresentam estados alterados, quanto para problematizar a intensificação do aparecimento de outros problemas na TIW. De certa

forma, o que apresento aqui, apenas ilustra, em alguns casos, ou atualiza, em outros, o que Gallois (1988; 1996) escrevera sobre o assunto.

Início a discussão pela atuação dos pajés em relação aos estados alterados. Em quase todos os casos que levantei – com exceção de um, específico, interpretado enquanto resultado da contaminação e da violência dos não índios - as famílias já haviam levado seus parentes para fazer tratamento com pajé.

Ainda que reconhecidamente existam vários pajés, as famílias que entrevistei – que são basicamente de duas regiões da TIW – concentraram a procura em apenas um pajé específico. Esta situação contrasta com a encontrada por Gallois (1996:60) na década de 1980 na qual *praticamente todos os grupos locais possuíam um xamã*. Porém,

“Entre os 18 xamãs em atividade naquela área, apenas três tem capacidade para transferir o –paie – dependendo deles a manutenção destes princípios na comunidade”. (idem:59)

A questão apontada pela autora e que percebi também em minha etnografia diz respeito essencialmente à intensidade dos pajés e, conseqüentemente, a sua capacidade de transmitir os *opiwarã*. Quanto à intensidade, um interlocutor sintetizou em palavras gerais que

“(...) quanto mais forte o pajé, mais opiwarã tem dentro dele... a gente explica que quando acumula muito opiwarã dentro dele, pessoa fica barriguda, se for pajé mais forte, mais bola na barriga... às vezes outro também pode ser pajé, mais tem pouco opiwarã, não é muito forte”.

Gallois (ibidem) distinguiu três estágios (de intensidade) em relação ao que denominou enquanto *“hierarquia do poder xamanístico”*:

“- paie roviã: “pajé chefe”, com pleno controle de sua força; são os únicos que podem transferir paie aos xamãs iniciandos;

-paie uman: que os Wajãpi traduziram como “pajé gasto” ou “fraco”, referindo-se aqueles que já foram paie-rovinã mas “perderam” a maior parte de suas substâncias;

- paie py'au: “pajé novo” ainda “fraco” e portanto dependendo de reforços regulares de –paie; entre estes xamãs recém-iniciados, alguns já procedem à cura de patologias específicas, embora sua situação seja ainda precária”.

Em minha pesquisa de campo, mediante uma conversa com uma determinada família, surgiram algumas classificações que incluem, de potencialidades das pessoas em convocar *opiwarã*, às categorias de intensidade de parcerias. Muito possivelmente parte destas classificações possa ser abarcada nos estágios descritos por Gallois. As classificações que surgiram foram: *ijuru paie*, *jirojĩga kwaparã*, *arapoea*, *paje ranã (sĩ)*, *paje wasu (ai)* e *paje akuma'y movyarã*.

“ (...) a gente explica que pessoa comum é ijurupaje, consegue pela canção chamar opiwarã para vir aqui, por isso que tem uma música certa pra cantar, pra opiwarã vir olhar, às vezes consegue afastar o problema, mas quando problema muito forte não resolve; tem jirojĩga kwaparã que sabe muito jirojĩga, aprendeu mesmo, aprendeu bem daí consegue resolver; wryrypete'arapoea, arapoea enxerga só um pouquinho, enxerga, só vê, mas não cura e nem mata; paje ranã ou paje sĩ sopra e só faz olhar, tem lente, mas não tem opiwarã para tirar aquele que está fazendo mal, enxerga, vê o que está acontecendo, mas não tem muito opiwarã (...) não pode fazer nada, só avisa, avisa pra pessoa o que que ela tem, mas não vai fazer tratamento, se souber jirojĩga, sopra, olha, faz jirojiga, faz tratamento através de jirojiga, mas não é através do pajé não; pajé wasu faz tratamento com opiwarã, chama outro pra ajudar, se esse não dá jeito chama outro opiwarã para tirar aquele problema que está atacando a pessoa; tem também paje akuma'y movyarã, este último pajé é o mais forte, esse daqui resolve rápido... pajé akuma'y movyarã também faz cachorro aparecer, faz kurupira aparecer,

faz tipo bomba akuma’y cheia de opiwarã para atacar as pessoas. Pajé wasu se ele quiser só jirojĩga ele pode, se ele quiser só olhar, ele pode e não vai tratar, se ele quiser aqui tirar problema que está atacando ele tira, depende; ele tem muita parceria com outro opiwarã, muito, tem espelho bom e forte, tem espelho que é olho dele, tem lente, espelho que eu tô chamando, pra olhar onde tá problema que não dá pra pessoa em geral ver; só pajé wasu e pajé akuma’y movyarã que resolve, porque se não conseguem resolver eles chamam outro opiwarã mais forte pra tirar. Se pessoa arapoea, paje ranã, paje sã tentar tirar aquilo, paciente vai morrer”.

O que estas classificações parecem explicitar é que existe uma diferença, já percebida por Gallois (1988;1996) entre ter *opiwarã* (todas as pessoas os têm, seja porque receberam de seus pais por meio de *jirojĩga* quando pequenas, ou no decorrer de sua vida, por meio de tratamentos de pajé, etc.)¹³⁵ e manter os *opiwarã* fortes e potentes dentro de si, produzindo um contexto favorável para aquisição de mais parcerias. Esta última situação é que implica necessariamente em possibilidade de resolução por meio do poder xamanístico¹³⁶.

“Se tornar um xamã implica na manutenção de uma quantidade de substâncias que podem diminuir ou mesmo desaparecer, dependendo do comportamento de seus depositários e da natureza dos alimentos que ingerem. Inversamente, esse acervo pode aumentar, pode ser fortalecido pelo aporte regular de novos elementos, através de técnicas apropriadas” (idem; 1996:51)

¹³⁵ “Todos podem ‘ter pajé’: homens, mulheres, crianças, qualquer que seja a origem étnica, inclusive não-índios (*karai ku*). Na verdade, todos podem ser contaminados, em algum momento de sua vida, pelo contato com alguma entidade sobrenatural. Por isso, todos adquirem um pouco de *-paie*” (Gallois;1996:51).

¹³⁶ Gallois (1996:42) aponta que o poder xamanístico é expresso pela formulação *i-paie* (ele-xamã) e que o “ter pajé”, “se refere a uma situação privilegiada de comunicação com o mundo sobrenatural, através de determinados processos de locomoção e acesso às forças xamanísticas”, por outro lado a “um conjunto de substâncias e armas(...)” designadas coisas do pajé (*paie ma’é*). Para uma descrição a respeito de *paie ma’é*, ver Gallois (idem:47-50).

As distinções entre intensidades de potências xamanísticas, evidenciam que a despeito do fato de haver muitos pajés na TIW, existe uma limitada atuação frente aos casos de agressões aqui estudados. Na maioria dos casos que levantei, as famílias vêm recorrendo a um pajé específico, que, apesar de reconhecido por alguns pelo seu poder xamanístico – como apontei na análise dos casos no capítulo 2 –, é questionado por outros, ainda que de forma discreta e indireta, a respeito da baixa efetividade na resolução dos casos de agressão e da constatada dificuldade de transmissão¹³⁷ – via iniciação deliberada - de suas substâncias para outras pessoas.

“pajé canta, canta muito, ijurupaie, ele assopra, canta e vê mais não cura, às vezes cura, espanta, mas volta de novo, não consegue tirar mesmo...” (relato de E. e A.).

“Não é forte não, pouquinho pajé, muito pouco pajé, muito pouco, tá fraco”. (relato de A.)

“Eu não sei se ele é pajé forte, eu não sei se ele é pajé fraco. Então se você tem dois pajés, outro pajé é que iria falar, responder isso”. (relato de J.)

“(…) pajé ranã não resolve”. (relato de J.)

Este pajé, pelo fato de ter vindo do Camopi, é bastante controverso, porém as críticas sobre ele não diferem, de certa forma, das demais, proferidas em relação a outros pajés. Resolvi tentar entender, junto à família que o denominou de *ijurupaie*¹³⁸, porque S., com todo histórico de aprendizagem com pajés fortes no Amapari, não havia permanecido *pajé wasu*.

¹³⁷ Durante a pesquisa não faltaram exemplos de pessoas que tentaram obter *paie* junto a este pajé específico, mas não foram bem-sucedidas. As explicações são múltiplas: desde um descumprimento de resguardo por parte do iniciado, até o fato dos *-jarã* não estarem gostando mais dos jovens, que “*são bonitos*”, e das pessoas que costumam usar as coisas dos não-índios: perfume, desodorante, roupa, óculos, tênis, sabonete, shampoo, maquiagem, etc. Nas palavras de J., “*Antigamente os nossos antepassados são feios mesmo. Por isso que o dono gosta mais assim. Aquela pessoa que é feia, parecido com eles, eles gostam. Também a pessoa quando se enfeita, coloca akãnytarã, pena de arara, -jarã gostam. O cheiro da floresta também eles gostam porque é parecido com cheiro deles. Não quer mais a gente, porque hoje em dia pessoa passa sabonete, shampoo, batom, tudo tem cheiro... tem cheiro diferente, para eles é fedorento isso*”. Nesse sentido, confirma-se a tese de Gallois (idem:52) de que o “*processo inicial de eleição ao xamanismo praticamente não depende das aspirações do indivíduo*”.

¹³⁸ Reproduzo do relato já citado: “*a gente explica que pessoa comum é ijurupaje, consegue pela canção chamar opiwará para vir aqui, por isso que tem uma música certa pra cantar, pra opiwará vir olhar, às vezes consegue afastar o problema, mas quando problema muito forte não resolve*”.

“Porque outro pajé roubou opiwarã dele... quem ensinou ele foi o meu avô, aí depois ele foi pra Guiana, lá outro pajé roubou e ele não aumentou a capacidade... não adianta ele tentar, ele não vai ensinar porque ele não tem, não consegue ficar mais forte, porque outro pajé cortou o tupãsã, como se fosse cortou um açazeiro, não vai crescer mais galho nem nada, fica parado ali... só aquele pajé que cortou topasã¹³⁹ que pode emendar pra ele. Antigamente muito paje wasu, hoje em dia tem O., K., J., T., A., mas arapoea tudo arapoea. A. é arapoea também, ele me contou que é arapoea, por isso, ele sabe o que aconteceu com o filho (T.), ele vê, mas não consegue fazer nada”.

Antes desse processo de enfraquecimento, várias famílias relatam que quando S. chegou ao Amapari, os pajés começaram a diminuir, ou melhor, ter o seu poder diminuído. É o caso, por exemplo, de todos aqueles que hoje são classificados como *arapoea*: O., K., J., T. e A.

“Para mim eu lembro ainda quando eu era criança, meu tio era pajé, todo mundo falava aquele é pajé, outro é pajé. Aí, depois que chegou esse pessoal do C., S., aí começou a todo mundo cair. Eu acho que alguém que tem pajé forte... pajé forte... foi tirando o deles, você sabe... daí começou outro diz não sou pajé, outro não sou pajé. Perdemos tudo”.

Apesar da recorrência dessa versão, tem-se que as tensões já estavam dadas de antemão, considerando que os pajés existentes naquele momento na TIW eram de diferentes *wanãkõ*. A presença de mais um pajé, originário de outro *wanã*, só fez incrementar ainda mais as tensões e acusações.

Outro aspecto a ser levado em conta, já ressaltado por Gallois (idem:59), é que “a manutenção do prestígio de um pajé”, está diretamente relacionada ao “sucesso de suas

¹³⁹ Como Gallois (1996:42) explica, há “dois elementos essenciais que estabelecem comunicação com o mundo sobrenatural: *warua*, o espelho, e *tupãsã*, os caminhos. São estes recursos de clarividência que permitem ao xamã localizar-se no universo, sendo assim elementos indispensáveis para todas as suas atividades”.

operações e da moderação de seus honorários”. A própria procura pelo pajé S. é um indicador robusto da existência de um reconhecimento do sucesso de seus tratamentos. Já, o fracasso é geralmente relacionado às quebras de resguardo por parte do paciente. Mas a maioria das críticas se concentra no valor de seus honorários. É sabido que, em geral, não há pajé que trabalhe de graça. Como há tempos Gallois evidenciou, *“Os serviços de um xamã são sempre remunerados, após o reestabelecimento do doente ou da situação de infortúnio. O pajé ‘pede o que ele quer’, na quantidade que ele deseja: redes, urucu, taquaras, adornos plumários, miçangas, cuias, etc.”*. (ibidem:59)

Um relato que recolhi confirma essa distinção que os Wajãpi fazem em relação aos “honorários” do pajé:

“Antigamente minha mãe pedia para o pajé soprar porque o filho dela não está bem. Aí pajé ia olhar, fazia trabalho dele. No outro dia a minha mãe mesmo fala assim: ‘porque ele fez isso pra você, vou mandar beiju, uma coisa assim para ele’. Dava para ele ficar feliz. Outras vezes pagava com uruku, panakõ (cesto cargueiro feito de folhas de palmeira) de mandioca, koaky (farinha), akãnytarã (cocar), sipy (resina cheirosa), makure (tabaco)... quando uma criança muito mal, então pajé também fica triste. Então não cobrava, ninguém pagava para ele. Ele também é gente”.

A autora também anteviu algo que estava começando a ocorrer, que era “a entrada de dinheiro como “honorário” no lugar dos bens de uso comum que são de acesso coletivo” e que isso, necessariamente, traria algum impacto para relação entre “pajé e comunidade”. De fato, 20 anos após este anúncio, o processo de monetarização das relações com o pajé S. tem provocado uma desigualdade de acesso quanto aos tratamentos dos pajés. Ainda que atualmente quase todas as famílias que vivem na TIW tenham pelo menos um membro assalariado, aposentado ou com algum tipo de bolsa fornecida pelo governo, as rendas familiares são bastante desiguais e nem sempre possuir uma renda, significa ter dinheiro. Muitos assalariados ou beneficiários possuem seus cartões nas mãos dos agiotas ou dívidas incomensuráveis junto ao banco.

Meus interlocutores não se furtam em dizer que o pajé nunca acha suficiente o pagamento fornecido para o trabalho. Em uma atitude pouco valorizada, o pajé fica sempre solicitando mais dinheiro para continuar a resolver o problema da pessoa.

“Esse pajé muito difícil para nós... porque tem que ter dinheiro para pagar... se for dinheiro, se for 50 [reais], [pajé] não dá nada [opiwarã, substâncias capazes de curar] pra ele...você: ‘toma 50’, ‘Não, mais... daí eu cura mais!’. O S. dava 2000 reais para ele, pra ser pajé, não conseguiu, só gasta dinheiro... tem que pagar mais pra ele, mais dinheiro, mais dinheiro, mais dinheiro... por isso também o T. tá aí né... pagamos o pajé, ele falou mais, tem que pagar mais, tem que pagar mais, mais, mais, mais... ninguém aguenta isso... por isso muito difícil conversar com ele... antes pajé não era assim não...”

“Esse pajé muito diferente do nosso pajé antigo, ele cobra pra gente dinheiro, se dinheiro é pouco ele não cura”.

Estas situações têm intensificado uma rede de ‘fofocas’ acerca da atitude do pajé em pessoas de diferentes grupos políticos (wanã).

“Camopi wanã é assim... só quer saber de dinheiro, dinheiro”.

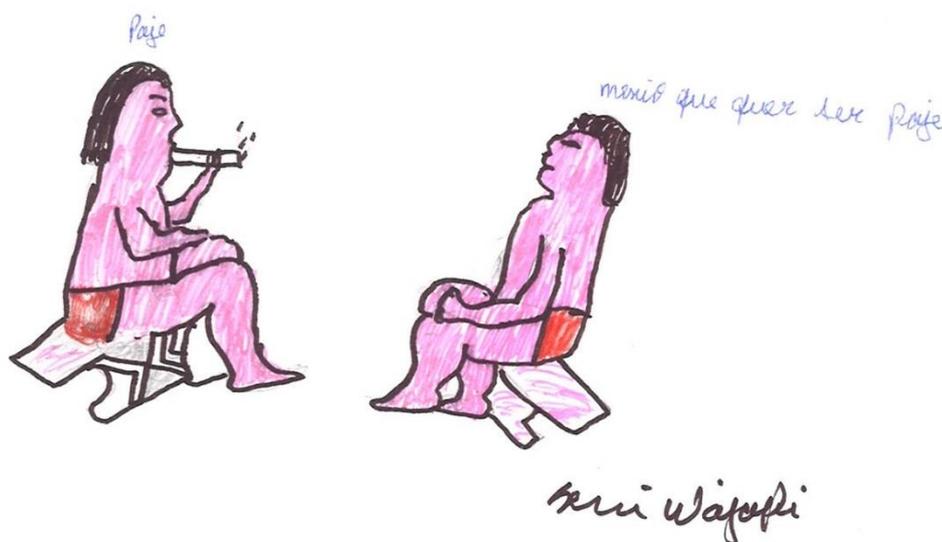
“pessoal diz que o pajé faz mal pra pessoa para ele ganhar, para ganhar, ganhar mais... ninguém sabe...”

Porém, se há crítica do pajé por parte de alguns, há defesa por parte de outros, especialmente daqueles que são parentes.

“não é muito... cada vez ele cobra, não sei quanto, deve ser 100, 200, 300”

“por que às vezes pessoa pensa que vai curar rápido e pessoal começa a pagar logo 400, 300, aí depois não deu certo, aí pessoal começa a falar dele né”

O pajé cobra um valor a partir das relações (de aliança ou dissensão) que possui com determinada família ou *wanã*. Também não se trata aqui de saber se de fato este pajé provoca malefícios ou não para se beneficiar da situação. As acusações fazem parte do processo de manter em movimento a diferenciação entre os grupos políticos wajãpi. Se não podemos afirmar categoricamente que o dinheiro provoca uma desigualdade de acesso aos pajés – por enquanto trata-se de uma hipótese -, sabemos ao menos que é mais um elemento a agudizar as tensões entre os grupos políticos. Essa situação tem, no mínimo, provocado discussões nas famílias e intensificado a busca por novas possibilidades de tratamentos com outros atores que não os pajés.



Desenho 5 – Pajé e menino que quer ser pajé

3.2. Entre prontuários, médicos e medicamentos controlados

“Nas falas dos caipiras deprimidos, o diagnóstico de depressão não enseja a produção de uma narrativa sistemática sobre o sofrimento. Ao contrário, na maior parte dos casos, a enunciação da depressão interrompe a circulação da palavra. Premidos por dores sem localização e angústias sem formulação, os caipiras-deprimidos vão ao posto médico mais próximo, marcam consultas com o clínico-geral, descrevem seus sintomas, saem de lá com uma classificação: “depressão”, “síndrome do pânico”, “esquizofrenia”. Dirigem-se à farmácia local com a receita em mãos, compram as pílulas prescritas, voltam para suas casas. Antes de dormir, abrem as caixas dos medicamentos cruzadas com suas tarjas vermelhas ou pretas, retiram as cápsulas das cartelas cor de prata, ingerem o comprimido e deitam em suas camas. Nas semanas seguintes, aguardam ansiosamente os efeitos dos remédios que, contudo, são imprevisíveis. Eles podem elevar o humor, mas também induzir ansiosos difusos; podem apaziguar aflições, mas fazer “os olhos estalarem”; podem “dar ânimo” do mesmo modo que provocar “prostração”. Suas regras não são claras. Seu modo de operação não é transparente. Seus poderes são misteriosos. Uma batalha invisível acontece no universo microscópico dos neurotransmissores. São suas relações, retrações, propulsões que interessam – e não a dos seus portadores, os seres humanos. Todo o tratamento incide sobre o ser que vive; nada se demanda do ser que fala. Pressupõe-se que este não tem nada a dizer”.
(Côrtes, 2017:243)

Esta epígrafe foi retirada de uma obra recentemente publicada, que teve como objeto de estudo a relação entre depressão e o uso de psicotrópicos entre “pregadores-pentecostais-itinerantes” e caipiras, e que revela a figura do diabo e da fluoxetina enquanto elementos centrais nas novas formas da ‘gestão da diferença’ e da ‘construção da ordem’ (Côrtes, 2017). Ao analisar o fenômeno de medicalização entre tais segmentos sociais, a autora demonstra o quanto sua expansão está associada à lógica do empreendimento capitalista de dominação dos corpos, seja pela religião (mercado religioso), seja pela biomedicina (mercado dos neurolépticos). Sem deixar de levar em conta o processo macrossocial de expansão do pentecostalismo e da psiquiatria no mundo contemporâneo, vale ressaltar que existem outras formas de se perceber e vivenciar estes processos. Quanto aos Wajãpi, o que procuro demonstrar é que existe uma intensa experimentação que questiona o tempo todo esse macro-processo de “gestão de diferenças”. Em outras palavras, esse processo não passa necessariamente por uma lógica de submissão, seja em relação às narrativas e práticas religiosas (os não-humanos pertencentes a universos religiosos distintos – Deus, diabo, anjos, Jesus, etc.), seja em relação às da biomedicina e

da medicalização por psicotrópicos. O que ressalto a partir da análise dos meus dados, é justamente o protagonismo, a abertura ao diálogo e a experimentação propostos pelos Wajãpi, afinal são eles que procuram a assistência à saúde, os pastores e os missionários. Como irei mostrar, esse processo incide involuntariamente também sobre os agentes do campo da saúde e religiosos, provocando novas reflexões e produzindo maiores ou menores alterações em suas práticas.

Se até o momento dei ênfase às explicações das famílias wajãpi acerca das prescrições, uso e efeitos dos medicamentos (psicotrópicos), passo agora a apresentar uma etnografia mais cuidadosa a respeito da assistência à saúde (mental) fornecida aos Wajãpi. Longe de ser homogênea, esta é composta por múltiplas categorias profissionais (psiquiatras, neurologistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e psicólogos) e seus agentes (detentores de biografias próprias que explicitam diferenças de formação, de classe social, de crenças religiosas, etc.), por percepções e práticas por vezes contraditórias, por ações valorosas mas também por ações preconceituosas e estigmatizantes. Antes de adentrar neste universo, apresento um panorama geral da lista de pacientes considerados pela assistência à saúde enquanto psiquiátricos e neurológicos sob os quais essa atua.

Recupero aqui os dados apresentados em meu primeiro relatório de pesquisa em 2015, para contrastá-los aos dados atuais do DSEI AP (outubro de 2016).

Atualmente há cerca de 20 pessoas medicadas com remédios controlados voltados a saúde mental, dentre eles imunodepressores do Sistema Nervoso Central (SNC), anticonvulsivantes, ansiolíticos, antidepressivos e antipsicóticos. Destas pessoas medicadas, 14 moram em aldeias ao longo da estrada – um trecho da Perimetral Norte que adentra a TIW – e cinco em aldeias mais afastadas. Na lista apresentada pela SESAI há somente uma pessoa sobre a qual não há informações. Das 20 pessoas com prescrição, nove são mulheres e 11 homens. Dos pacientes oito são bastante jovens, tendo nascido a partir de 2001. Já dois pacientes nasceram na década de 1940, cinco pacientes entre as décadas de 1960, 1970 e três na década 80. Há ainda dois pacientes que estão medicados, mas que não há informações relativas à idade. É preciso salientar que

assim como ocorre em outros levantamentos oficiais, a subnotificação não deve ser descartada.

A lista mais recente do DSEI ¹⁴⁰ que tive acesso, data de outubro de 2016 e tem por base os prontuários da CASAI, sendo atualizada de acordo com as consultas e prescrições médicas. Essa lista apresenta uma relação de 25 “*pacientes que fazem uso de medicação controlada na área waiãpi*”. No entanto, um desses pacientes faleceu em janeiro de 2017 e outros dois tiveram sua medicação suspensa. No levantamento que fiz nos prontuários, juntamente com a pessoa responsável pelos arquivos, encontrei 30 pessoas classificadas como pacientes psiquiátricos, sendo que três destes apresentam suspensão do uso dos psicotrópicos formalizados nos prontuários, conforme apresento na tabela a seguir.

A tabela fornece um retrato da notificação de pacientes considerados psiquiátricos desde 1991 até os dias de hoje. Procuro, após a tabela, sistematizar algumas informações de forma a produzir uma compreensão dos dados.

¹⁴⁰ Ver Anexo 3.

Tabela 5 Pacientes com transtornos psiquiátricos e neurológicos

número	nome	sexo	nascimento	ano da primeira medicalização com remédio controlado	idade da medicalização	sintomas iniciais/ano(+ diagnóstico inicial quando houver)	sintomas posteriores (descritos nos prontuários durante a medicalização)	exames realizados /outras observações/	diagnóstico associado à medicalização com remédio controlado	Lista de medicamentos prescritos (em destaque, remédios controlados)	Classes de medicamentos prescritos: 1- antidepressivos; 2 - ansiolíticos; 3 - antipsicóticos ; 4 - anti-convulsivantes; 5 - anti-hipertensivo	aldeia
1	Ma.	M	1948	2013	65	lombalgia , zumbido no ouvido/2012	ansiedade, insônia "medo de dormir e morrer" (2013)	raxi X, tomografias/ solicitação de avaliação psiquiátrica (2013)	"quadro psiquiátrico"	vertex - captopril - nortriptilina	1, 5	Mi.
2	Pr.	M	1954	2014	60	mãos contraídas e cefaleia difusa/2009 (Contratura de Dupuytren)	insônia/2012	2009-tomografia indica "cisto aracnoide" ou "megacisterna magna" / 2012 -picada de cobra /2014- passa a tomar amitriptilina	sem diagnóstico nos prontuários	amitriptilina	1	Mk.
3	Ta.	M	1959	2012	53	surto psicótico / 2012	delírios, tontura, fraqueza, sonolência	2013-tomografia normal	"paciente psiquiátrico"	haloperidol/amitriptilina/carmabazepina /prometazina/clorpromazina/fluoxetina/ clonazepan	1, 2 e 3	Ky.
4	Ks.	M	1960	2013	53	mialgia, artralgia, cefaleia, astenia, epigastralgia, dificuldade de deambular, dorsalgia/2013.	irritação, ouve barulhos e tem medo dos sonhos	2003- "Estudo eletroneuromiográfico evidenciando padrão de comprometimento polineuropático"	"doença neurológica irreversível no sistema nervoso periférico"	captopril/carbamazepina/	4, 5	My.
5	To.	F	1962	2008	49	algia (dor num órgão do corpo), astenia (perda da força física), medo, ouve vozes/2011	insônia, desmaios, agressividade	2003 - dor no ventre e 2008- diagnóstico equivocado de malária	"paciente psiquiátrico"	haloperidol/nortriptilina/carmabazepina /diazepan	1,2,3,4	My.
6	Tk.	M	1944	1991	47	em 1991 medicado com halopiridol (antipsicótico), sem referências a diagnósticos ou sintomas	1997 em diante: alucinações/estado neuro-vegetativo/insônias	"Em 2017 paciente consultou com Dr. - que avaliou e observou que diminuiu os tremores, não havia mais necessidade de medicação controlada"	"esquizofrenia atípica"	haloperidol/diazepan /fenorbabil/ olanzapina/	1,2,3,4	Jk.
7	Kw.	M	1969	2012	43	dor lombar e cervical	insônia, "dói o coração",	Tomografia e EEG normais	"depressão"	fluoxetina, diazepan, clonazepan, amitriptilina	1, 2	Ky.
8	Ok.	F	1967	2011	41	2007 -convulsão, alteração visual e olfativa, enrigecimento do corpo (não há indicação de remédios)	2011-tontura, algia, desmaios, náuseas, astenia, insônia	Tomografia e EEG normais	2011- uso de antipsicóticos sem diagnóstico	amitriptilina, respridona, alprazolam	1,2,3	Cch.

9	Mo.	M	1982	2013	31	2011-febre (diagnóstico de leptospirose)	2013- queda - desmaios, tonturas, visão turva, cefaleia e crise convulsiva	Tomografia e EEG normais	sem diagnóstico nos prontuários	fenitoina	4	Pt.
10	Nw.	F	1985	2016	31	2005-desmaio, insônia, inapetência (sem diagnósticos ou prescrição de remédios);	2016-fraqueza, insônia, perturbações nervosas	atendida por psicólogo / "medo de ver o que acontece no hospital com outros pacientes"	"depressão pós-parto"	2016: diazepam, maracugina, amitriptilina, paroxina(pondera), bromazepam	1,2,3	Ty.
11	T.	M	1982	2009	27	2009-desorientação, agressividade;	2012- astenia, inapetência; 2017- ve vultos e escuta vozes	2009-internado psiquiatria /2012- tomografia e EER normais /2013 psicóloga/2017-psiquiatria	"paciente psiquiátrico"	prometazina, clorpromazina, imipramina, diazepam, sertralina	1,2,3	Ou.
12	JK.	M	1990	2014	24	tentativa de enforcamento, alteração no comportamento	estado letárgico, olhar distante, fraqueza	"Exame físico orgânico: negativo"	"depressão severa e quadro psicótico"	seresta (oxazepam), clorpromazina, haloperidol	1,2,3	My.
13	Mt.	M	1992	2015	23	histórico de crises convulsivas	-	Tomografia normal/ EEG:identifica disfunção paraxista	sem diagnóstico nos prontuários	fenobarbital	4	Mh.
14	Kr.	F	1989	2013	22	2012-cefaléia intensa, fechamento da glote, desmaios	cefaleia intensa, tontura	1989-traumatismo craniano quando bebê; 2013-EEG normal	sem diagnóstico nos prontuários	1989 - prescrição de fenobarbital; 2013- fenobarbital (Gardenal); 2014- Vertix	4	Oy.
15	Tp.	F	1985	2013	21	2013-insônia, astenia, síndrome de pânico, agressividade	depressão, surto psicótico	2010- fez implante na Guiana e hemorragia;	quadro psicótico	valeriana (calmante fitoterapico), procimax, amitriptilina, rispirdona;	1,2,3	JK.
16	Nr.	F	1995	2016	21	crise convulsiva, desmaio	-	Tomografia e EEG normais	sem diagnóstico nos prontuários	fenobarbital, ansiopax, aprax	2,4	Aã.
17	Mj.	M	2001	2009	8	desmaio, fraqueza	-	EEG normal	epilepsia	fenobarbital, , clobazam, fenitoina, valproato de sodio	2,4	My.
18	Rn.	F	2000	2006	6	crises convulsivas	agitação após tomar remédio prescrito	Tomografia e EEG normais	sem diagnóstico nos prontuários	fenobarbital	4	Mh.
19	Jw.	M	2003	2007	4	infecção respiratória, crise convulsiva	-	Em 2004- administra-se cefalexina/antibiotico que dá tontura, cefaleia.	sem diagnóstico nos prontuários	valproato de sodio , epilênil	4	My.
20	Lc.	F	2011	2015	4	crises convulsivas	-	2011-EEG e tomografia normais ("sem necessidade de medicação; retornar quando fizer 1 ano") -2012 - novo EEG: disfunção cortical difusa	microcefalia (diagnóstico somente em 2016)	fenobarbital, valproato de sodio	4	Yu.

número	nome	sexo	nascimento	ano da primeira medicalização com remédio controlado	idade da medicalização	sintomas iniciais/ano(+ diagnóstico inicial quando houver)	sintomas posteriores (descritos nos prontuários durante a medicalização)	exames realizados /outras observações/	diagnóstico associado à medicalização com remédio controlado	Lista de medicamentos prescritos (em destaque, remédios controlados)	Classes de medicamentos prescritos: 1- antidepressivos; 2 - ansiolíticos; 3 - antipsicóticos ; 4 - anti-convulsivantes; 5 - anti-hipertensivo	aldeia
21	At.	F	2009	2012	3	convulsão, febre	-	EEG anormal:disfunção paraxística irritativa temporal esquerda	sem diagnóstico nos prontuários	fenobarbital, valproato de sódio	4	My.
22	Nk.	M	2002	2004	2	crise convulsiva	-	EEG - Anormal	paralisia cerebral e epilepsia sintomática	fenobarbital/carbamazepina	4	Ky.
23	Kl.	F	2012	2013	1	rigidez na nuca, vômitos, cefálea	-	exames para meningite - negativo	sem diagnóstico nos prontuários	valproato de sódio	4	My.
24	Tp.	M	2008	2009	1	insuficiência respiratória	-	exames cardiovasculares constatam anormalidade	cardiopatía congênita e s. de down	captopril	5	Yt.
25	Lr.	F	2009	2009	9 meses	crise convulsiva/ problema cardiovascular	-	-	sem diagnóstico nos prontuários	captopril/carbamazepina/ fenobarbital	4,5	Yu.
26	Ek.	M	2012	2013	7 meses	desmaios	-	-	sem diagnóstico nos prontuários	carbamazepina	4	Mh.
27	Mr.	F	2005	2005/	6 meses	infecção, tratamento com antibiótico;	convulsão	2012-Eletroencefalograma digital anormal -"leve disfunção irritativa parietal pré-rolândica à direita"	sem diagnóstico nos prontuários	fenobarbital	4	Mh.
28	Jk.	M	2013	2013	5 meses	diarréia, vômito, tremores	-	"diagnóstico encéfalo revela megacísterna magna associada a cisto aracnoide da fossa posterior. "	sem diagnóstico nos prontuários	fenitoína, risperidona	3,4	C.
29	Nk.	M	2010	2010	2 meses	convulsões	-	eletroencefalograma anormal - disfunção irritativa parietal pré-rolândica à direita	sem diagnóstico nos prontuários	fenobarbital	4	Mh.
30	Jw.K.	M	2014	2014/	1 mês	convulsão, peso abaixo do normal	-	2016 - constatado que menor apresenta evidência patologia neurológica	2014-patologia neurológica transtorno motor	fenobarbital	4	Aã.

Para uma melhor apreensão do perfil desses pacientes e de sua relação com o processo de medicalização, optei por separá-los em dois conjuntos cobrindo duas faixas de intervalos etários. Começo ressaltando algumas características do conjunto de casos.

I - Aspectos gerais dos 30 casos

1. 18 homens e 12 mulheres;
2. 16 adultos (21 a 65 anos) e 14 crianças (1 mês a 8 anos);
3. 10 casos foram diagnosticados anomalias em tomografias, encefalogramas e outros exames (3 adultos e 7 crianças); 5 deles não apresentam diagnósticos fechados, apesar da identificação das anomalias;
4. 25 casos com prescrição de remédios controlados com ação sobre o Sistema Nervoso Central (SNC) a partir de **2008**; 5 casos de prescrição de remédios controlados com ação sobre o SNC **antes de 2008** [1 adulto com prescrição de psicotrópico (1991); 4 crianças com prescrições de anticonvulsivantes (2004; 2005; 2006 e 2007)];
5. Dos 25 casos pós-2008: 14 apresentam prescrição de psicotrópicos (antidepressivos, antipsicóticos e ansiolíticos), 9 prescritos exclusivamente anticonvulsivantes e 2 associando anticonvulsivante e anti-hipertensivos;

II – Análise a partir da separação dos dados em dois grupos

Grupo 1 – 16 pessoas com prescrição de medicamentos (psicotrópicos e anticonvulsivantes) - adultos de 21 a 65 anos.

- a) 10 homens e 6 mulheres;
- b) 9 casos com diagnósticos fechados de transtornos mentais (“quadro psiquiátrico”, “depressão”, “depressão severa”, “esquizofrenia atípica”, “quadro depressivo pós-parto”), com prescrição intensa de psicotrópicos (antidepressivos, antipsicóticos, ansiolíticos); 2 casos sem diagnósticos fechados de transtorno mental, mas com prescrição de psicotrópicos; 5 casos prescritos somente anticonvulsivantes e sem diagnósticos fechados;
- c) 15 casos a partir de 2008 e apenas um iniciado em 1991;

Grupo 2 – 14 pessoas com prescrição de medicamentos (psicotrópicos e anticonvulsivantes) - crianças de 1 mês a 8 anos.

- a) 2 casos têm diagnóstico de epilepsia explicitado no prontuário (um deles associado à paralisia cerebral);
- b) 1 caso foi diagnosticado como síndrome de down e cardiopatia congênita;
- c) 1 caso de microcefalia;
- d) 1 caso patologia neurológica e transtorno motor;
- e) Há 9 casos de crises convulsivas com prescrição de anticonvulsivantes e antiepiléticos. Desde subconjunto, em 4 casos foram constatadas anomalias (“disfunção paraxista irritativa temporal”) nos exames de eletroencefalograma (EEG), mas sem diagnósticos conclusivos; 5 casos não possuem qualquer diagnóstico ou indicativos de anomalias em exames;
- f) Os psicotrópicos mais usados são antiepiléticos e anticonvulsivantes: fenobarbital é o mais prescrito, seguido da carbamazepina e do valproato de sódio (ácido valpróico).

Vale notar que são raros os casos notificados antes de 2007. Tem-se apenas um diagnóstico de transtorno mental (“*esquizofrenia atípica*”), dois sem diagnósticos conclusivos e um caso de uma criança com “*paralisia cerebral e epilepsia sintomática*”. Em 2017 o psiquiatra suspendeu o uso dos psicotrópicos (antipsicótico e antidepressivo) deste primeiro caso de transtorno mental, considerando que o paciente havia reduzido os tremores¹⁴¹.

Em ambos os grupos a maioria dos casos foi notificada a partir de 2008. Considerando que a instituição da política de saúde mental ocorreu em 2007, após um período de implementação, é possível verificar uma intensificação de um processo de encaminhamento de pacientes para psiquiatras e neurologistas ou para ambos

¹⁴¹ Os documentos referentes a este primeiro caso considerado de transtorno mental são bastante precários em relação às informações. Não há qualquer referência aos sintomas e/ou ao diagnóstico que explique o porquê da prescrição de um antipsicótico (haloperidol). Anos depois, em 1994, tem-se um quadro de “*dores generalizadas pelo corpo*”. Em 1997, após anos de antipsicótico, somado a um antidepressivo, o paciente retornou ao serviço com sintomas de alucinação, delírio e insônia. O serviço de saúde o continuou fazendo uso dos psicotrópicos, até que em 2012 um psiquiatra o diagnosticou com “*esquizofrenia atípica e alcoolismo crônico*”, prescrevendo um medicamento para tratamento agudo e de manutenção voltado à esquizofrenia (olanzapina). Juntamente a esse medicamento foi prescrito biperideno (para diminuição dos tremores e rigidez) e um remédio para diabetes.

especialistas. Os neurologistas funcionam como uma espécie de filtro¹⁴², pois os casos sem alteração neurológica vão ser encaminhados aos psiquiatras. Estes por sua vez, acabam por considerar determinados sintomas isolados¹⁴³ – crises convulsivas ou insônia ou alteração visual - enquanto elementos significativos de síndromes, que só poderiam ser abordadas de forma mais integral e detalhada¹⁴⁴ enquanto reveladores diagnósticos de transtornos mentais. A falta de um detalhamento dos sintomas, de uma observação mais cuidadosa do paciente – seja na TIW ou na CASAI – somadas às dificuldades relativas à comunicação, ao desconhecimento sobre seu modo de existir, a falta de domínio de sua história (“anamnese”, no vocabulário biomédico) e a falta de confiança, são fatores que, no mínimo, prejudicam as hipóteses diagnósticas. Não por acaso 13 deles aparecem sem diagnóstico fechado, mas com prescrição de medicamentos.

Esta realidade não passa despercebida por alguns técnicos, que inclusive refletem sobre estratégias de resolução.

“Os técnicos que estão em área, que convivem com eles [Wajãpi] lá no dia a dia... né? Eles poderiam fazer uma referência mais detalhada. Um histórico deles detalhado, para facilitar o atendimento, para quando nós levarmos ao médico: “Olha doutor, ele está apresentando isto, isto, isto e isto. É o que veio de lá, de área”. Tem que começar lá, né? Tem que vir de lá. Por exemplo, se tem um AIS, o técnico lá tem que perguntar para o AIS lá, que conhece a pessoa [que está apresentando problema] no dia a dia, né? E o AIS relatar para o técnico. Porque também não fica só um técnico lá. Tem

¹⁴² Os pacientes que apresentam alterações neurológicas recebem prescrição dos próprios neurologistas. Há casos que o neurologista encaminha para uma avaliação psiquiátrica para além dos seus diagnósticos e prescrições.

¹⁴³ Da mesma forma que o psiquiatra isola uma manifestação específica, retirando-a de seu contexto e fornecendo a ela outros significados, o médico isola um sintoma de seu próprio quadro de referência, o supervaloriza, e a partir disso produz fecha um determinado diagnóstico de transtorno mental. Porém, quando o médico não se arrisca a fechar o diagnóstico, ele passa a prescrever remédios para os sintomas. Assim, não é raro ver um paciente com prescrição de 3 ou mais medicamentos e sem qualquer diagnóstico fechado.

¹⁴⁴ Um exemplo bastante elucidativo, diz respeito às crises convulsivas. Na literatura médica estas se classificam primeiramente como crises parciais e crises generalizadas. As parciais se subdividem em simples, complexas ou secundariamente generalizadas (grande mal). Já as generalizadas em tônica, clônica, tônico-clônicas, atônicas, miocloniais e ausência (pequeno mal). E estados de mal epilético. Cada tipo possui características e terapias específicas.

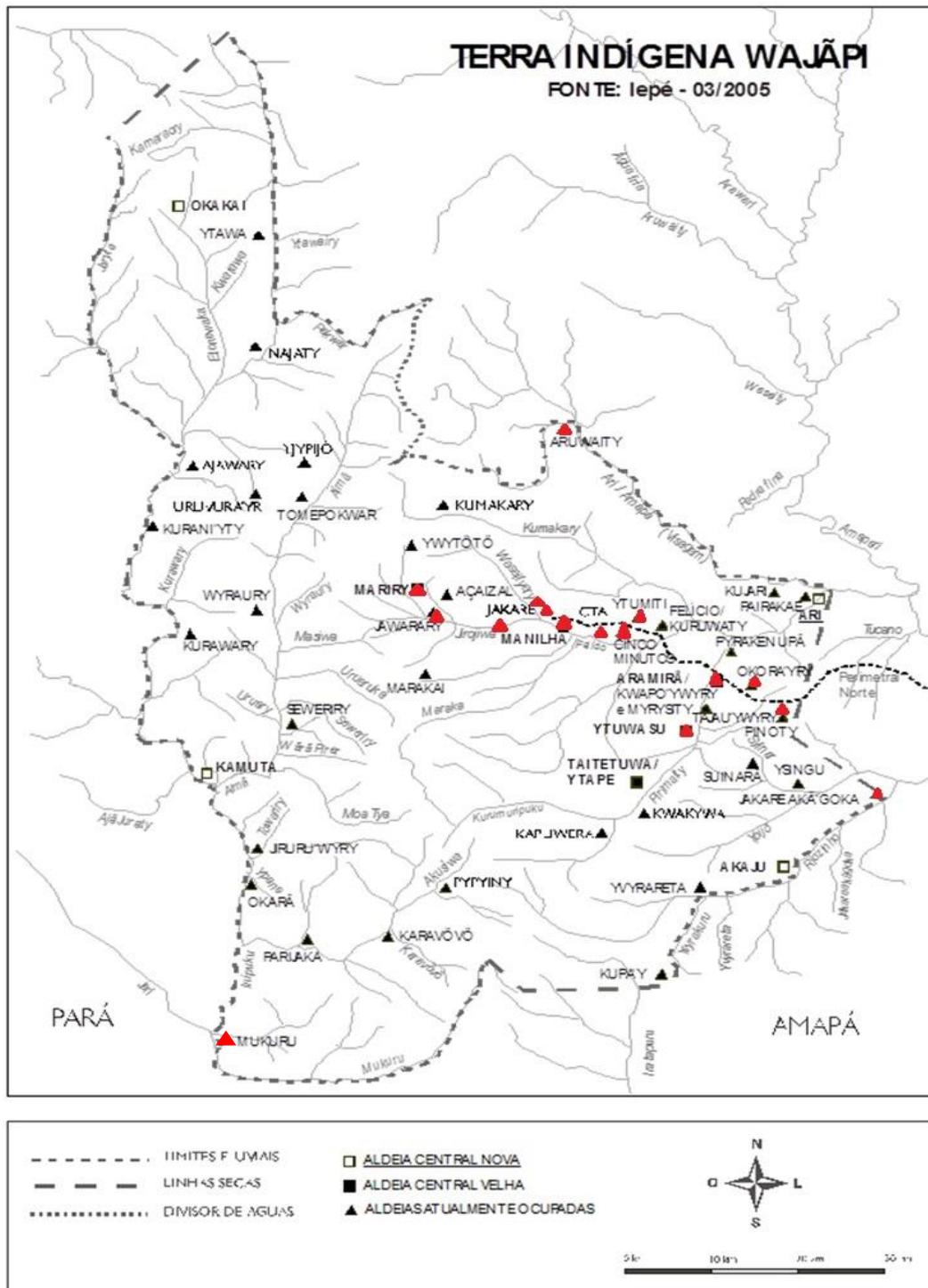
outros técnicos, né? Quando sai um, vem outro, sai um, vem outro, né? Não são exatamente de lá, né? No caso, eu... vou lá uma vez ou outra, daí difícil. Eles não contam, são fechados. Aí que eles seguram mesmo. Não falam nada. Não passa informação nenhuma”.

De 18 casos referenciados como crises convulsivas e medicalizados com remédios controlados, 3 vieram a ser considerados com transtornos psiquiátricos; 4 apresentam algum tipo de alteração neurológica perceptível através de exames, mas sem diagnósticos fechados; 2 são casos com diagnóstico fechado de epilepsia; 3 correspondem a crianças com necessidades especiais e 6 não possuem qualquer diagnóstico fechado ou anormalidade detectado em exames.

Há 6 casos (Ma., Ka., Pr., K., Jw., Mr.) em que os pacientes não apresentaram no encaminhamento inicial sintomas que pudessem configurar quadros de transtornos mentais ou neurológicos (dentre estes, os casos de K. e de Ma. que apresentei no capítulo II). Após a prescrição de psicotrópicos começaram a apresentar sintomas antes inexistentes. Em 9 dos 11 casos de prescrição de antidepressivos, houve composição desse medicamento com ansiolíticos e antipsicóticos.

Quanto à localização dos pacientes na TIW, 18 encontram-se concentrados na região da estrada, 7 na região do Mariry, 3 na região do rio Onça, 1 na região do Riozinho e 1 na região do Mukuru. Alguns fatores parecem contribuir para que estes casos estejam concentrados na região da estrada: transformações no modo de viver wajãpi (rotina alterada por cursos, reuniões, ‘políticas dos não-índios’, etc.) que passam fundamentalmente pela educação escolar, oficinas de diversos agentes não-governamentais, sedentarização, intensificação do consumo de produtos industrializados (alimentos, chinelos, roupas, perfumes, desodorante, sabonetes, maquiagens, etc.), estar sob área de influência intensa e de fácil acesso aos missionários, inserção em políticas partidárias, trânsito intenso às cidades, etc.

O mapa que apresento a seguir mostra – por meio dos marcadores vermelhos - a distribuição dos casos pela área.



Desenho 6 – Mapa de distribuição de casos de estados alterados na TIW

Uma análise mais precisa e detalhada do quadro dos pacientes, bem como dos inúmeros documentos que compõem seus prontuários, é tarefa a ser realizada pós-tese,

uma vez que demanda um tempo específico de dedicação, além de uma parceria com especialistas de outras áreas.

De qualquer forma, é possível extrair dessas breves considerações que esse intenso processo de prescrição de medicamentos em curso entre os Wajãpi sugere, no mínimo, um descompasso profundo entre as concepções biomédicas e as concepções wajãpi de pessoa, do sistema de agressão xamanístico, do modo de vida específico (seus ritmos, suas ênfases, etc.), da percepção específica de sentimentos (angústia, tristeza, “medo dos sonhos”, etc.), das sensações (“dor no coração”, “escurecimento da visão”, etc) e seus significados. Em síntese, sem uma compreensão cuidadosa das concepções wajãpi, torna-se bastante arbitrário fechar diagnósticos generalizantes como, por exemplo, de depressão ou depressão pós-parto pautando-se exclusivamente por marcadores considerados universais (prostração, sensação subjetiva de tristeza, perda de energia, etc.)¹⁴⁵.

A partir desse diagnóstico do universo de atuação da assistência à saúde “mental” indígena, passo a seguir a analisar de que forma a equipe de saúde lida com os pacientes wajãpi que apresentam estados alterados. Longe de dar conta de uma análise de todo o material obtido na pesquisa (entrevistas, prontuários, acompanhamento de consultas, observação da atuação da equipe na CASAI, hospital e TIW), seleciono alguns tópicos de forma a ressaltar aspectos recorrentes e fundamentais da relação entre as famílias e pacientes wajãpi e os profissionais e instituições de saúde.

3.2.1. Biografias e experiências dos profissionais de saúde

Antes de adentrar propriamente em uma análise do perfil dos profissionais de saúde que atuam na TIW e na CASAI, apresento uma tabela, onde sistematizo alguns dados específicos sobre eles, tais como categoria profissional, ano de ingresso na saúde indígena, povos com os quais trabalhou(a) e alguma informação biográfica mais específica sobre o mesmo.

¹⁴⁵ Segundo Wakefield (1997,2010) *apud* Uhr (2014:119), “Os parâmetros diagnósticos para estes dois tipos de transtorno [depressão e TDAH] são amplos demais e falham na distinção entre transtornos mentais e problemas da vida”.

Tabela 6 – Biografias dos profissionais que atuam na saúde indígena

	Categoria profissional	Ano início saúde indígena	Exp. c/ diferentes povos indígenas	Observações
T.1	Técnico de enfermagem	1992	Wajãpi (TIW). CASAI (vários povos)	Trabalhava no Hospital da Criança (pediatria) e pediu redistribuição para a FUNAI. <i>“Porque alguns índios iam internados lá na pediatria, eu gostava deles. Então eu pedi para ir para lá, para ir trabalhar com eles (...) A primeira área que eu entrei foi a Wajãpi, antes de qualquer outra. Tanto que o pessoal aqui na Casai, eles sempre prestam assim atenção porque eu dou assim muita atenção para os Wajãpi”.</i>
T.2	Técnico de Enfermagem Está finalizando a faculdade de enfermagem em Macapá	2006	Oiapoque (vários) (TI Uaçã I e II) Tiriyó (PINTMC) CASAI (vários povos) Wajãpi (TIW)	Saiu de uma cidadezinha do interior do Pará para se casar com um Karipuna, que a incentivou a estudar para se tornar técnica de enfermagem. <i>“eu gostava sim [de morar na aldeia Manga]. Eles são muito parecidos com o meu povo... cidadezinha, eles vêm da roça (...) É igual lá. Lá a gente não tem energia, é motor também, igual dentro da aldeia, né? Então eu já gostava (...) hoje assim, eu atendo como se fosse a minha família. Eu me coloco no lugar. Quando eu vou atender alguém, eu me coloco no lugar. Então é como se fosse a minha família. Tem aquele ditado: não faça com os outros aquilo que não gostaria quer que façam com você. Se eles fossem funcionários e eu fosse paciente, não ia gostar que me tratasse mal. Aliás, ninguém gosta, né?”.</i>
T.3	Técnico de enfermagem	1999	Wajãpi (TIW) Tiriyó, Wayana, Apalai (PINTMC) Oiapoque (vários)	<i>“Para mim é tudo igual o trabalho. A única dificuldade é que em algumas aldeias, têm mais um conforto, tem outras que têm menos conforto. E o difícil mesmo é ficar longe de casa, né? No período em que eu trabalhei lá nos Wajãpi, eu passava 45 dias lá e passava 15 dias aqui. Demora muito. Quando dá 35, a gente já está já cansado. A gente já está um pouco sem paciência, né? Acho que por isso que eles mudaram para... de novo trinta dias, né? É, não é fácil. Tem gente que diz assim: “Ah, acostuma lá.” Acostuma não. Durante todos os anos que eu trabalhava, praticamente todos os</i>

			povos) (TI Uaçã I e II) CASAI	<i>dias eu chorava de noite. Porque olha, para lá eu passava o Natal, passava o ano, passava o meu aniversário, o dia das mães, o dia dos pais. Todas essas datas, que para nós é importante. Mas eu tinha a minha escala e caia...”.</i>
T.4	Técnico de enfermagem	2006	CASAI (vários povos) Oiapoque (vários povos) (TI Uaçã I e II) Idas pontuais para vacinas e coletas de preventivo (PINTMC e TIW)	Trabalhava em UBS e pediu redistribuição para a saúde indígena (CASAI). <i>“Primeiro que eu trabalhava no posto de saúde e eu trabalhava só num horário. Horário da tarde. Eu saía de casa e dobrava a esquina, estava lá o posto, né? Trabalhava de segunda a sexta. Aí eu vim para cá e tinha plantão de doze horas, eu estranhei... Doze horas, assim sem saber nada. O índio falando perto de mim e eu não entendia nada. Meu Deus, porque aqui a gente aprende as coisas no tranco. É no tranco mesmo. Não tenho esse negócio da pessoa sentar e assim: “Olha fulana, é assim, assim, assim.” É no tranco mesmo. E, para mim, foi uma coisa. Quando eu cheguei em casa, por volta das sete e meia da noite, desesperada. Chorando, chorando e chorando. Nessa época, tinha minha mãe ainda... minha mãe já tinha feito uma janta para mim. E minha mãe não sabia o que tinha acontecido. “Minha filha, que foi?”. Meu marido, tudo e eu desesperada chorando. Porque eu não queria voltar para cá mais não, de jeito nenhum. Mas o quê meu Deus, puxa vida. No lugar tão bom como era aquele meu outro trabalho e eu pra esse lugar que eu não sei nada, que eu não conheço nada. É tudo diferente. Eu fiquei desesperada. E depois, pronto. Eu fui me habituando, e hoje em dia, eu não consigo mais viver longe da saúde indígena”.</i>
T.5	Técnico de enfermagem	2000	CASAI Macapá (vários povos). Idas pontuais para vacinas (TIW) CASAI	Tem uma história bastante sofrida. Morou no interior do Amapá, na roça, foi morar com os padrinhos, trabalhou de doméstica e conseguiu fazer curso de técnico de enfermagem . Depois trabalhou 10 anos na pediatria do Hospital Geral, 10 anos no Pronto-Socorro, uns anos em Centros de Saúde e depois pediu redistribuição para a saúde indígena. <i>“Eu vivi muita dificuldade. Eu trabalhei de doméstica num período, não tenho vergonha não de dizer. Eu também já sofri. Nem todo dia eu tinha o que comer, o que beber. Eu</i>

			Oiapoque (vários povos)	<p><i>já passei fome, eu já tomei mingau, né? Eu trabalhava de doméstica e eu pedi para minha patroa que eu queria fazer um curso de atendente. Ela não pagou, eu pagava com meu dinheiro. Com o dinheirinho que eu tinha. Eu trabalhava e estudava à noite. Aí quando eu fui fazer o meu estágio, eu trabalhava de manhã, e eu fazia o estágio à tarde. Era puxado. E trabalhava no pesado de doméstica. Limpava a casa, cozinhava, mas era corrido. Mas consegui. Mas eu graças a Deus eu tive uma pessoa que disse assim: “Você não vai parar de estudar. Eu também fui pobre. O meu pai trabalhava com batedeira de açaí. E eu pensava, que eu vim lá do interior, lá da agricultura (...), eu tinha que fazer alguma coisa... Eu vou ter que ser alguma coisa na vida. Me botei na cabeça e vim (...) fui morar com os meus padrinhos. (Logo que) eu vim para... para trabalhar com índio eu achei difícil. É, porque eu só trabalhava com branco, só no atendimento, era com criança, dez anos eu passei com criança. Eu gostava muito de trabalhar com criança. Mas depois eu achei que eu tinha que mudar um pouco. Aí fui para o pronto-socorro. Lá eu tenho saudade até hoje. Quando eu vim para casa do índio, eu não queria ficar. Eu queria voltar para lá. Aí eu pedi. E o coordenador disse para mim... eu chorando... não vou lhe liberar porque duas pessoas não vão lhe substituir. Aí foi a época que eu fui ficando, e eu me acostumei. Eu só fui cobrir poucas vezes na área, porque eu tinha a minha mãe. Era o começo de leucemia”.</i></p>
T.6	Técnico de enfermagem	1998	Oiapoque (vacina) Wajãpi (TIW) CASAI (vários povos).	<p>[eu gostaria de saber de sua história na saúde indígena, quando começou a trabalhar, o por quê escolheu trabalhar com população indígena...]</p> <p><i>“Você quer saber do político, não das minhas coisas. Mas eu volto a lhe dizer. Quem pode lhe dar essas informações é a enfermeira, tá? Ou o pessoal que trabalha em área. Porque eles vivem lá no dia a dia do índio. Eu estou agora, nesse momento, aqui. Vou para casa e vou passar dois ou três dias, e daí retorno aqui novamente, né? eu sou funcionária do quadro efetivo. Então eu fico mais aqui. Eu só vou para a área, na ausência do pessoal do contrato, né? E aí que a gente vai fazer cobertura. Daí passa 15 dias. Às vezes passa 30. Olha, a última vez que eu fui, era para eu passar 15 dias</i></p>

				<i>e eu passei seis, né? Porque o meu local de trabalho é aqui. [CASAI] É aqui. Na aldeia, a gente vai fazer cobertura na ausência dos profissionais que são designados para estarem lá. Eu ia em campanhas de vacina, mas não era direto”.</i>
T.7	Técnico de enfermagem	2005	CASAI (vários povos). Wajãpi (TIW) Tiriyó (PINTMC) Oiapoque (TI Uaçã I e II)	Trabalhava em um hospital e pediu redistribuição para a Funasa. Chegou na CASAI, mas trabalhou muito em área. “(…) a gente respeitar eles, não tem dificuldade, porque você tem que ter respeito por eles, né? Se tiver respeito não tem dificuldade. Aí tem que saber ler e entender. É chamar ele para ser teu amigo, para eles poderem passar o que estão sentindo. Se eles não tiverem afinidade, não adianta. Não tem assim, achar que eu gosto mais do Tiriyó, ou do Oiapoque. Eu tenho que tratar eles iguais. Todos iguais e ter afinidade com eles. Se não tiver, não adianta. Eu não sei falar a língua de nenhum deles. Mas eu entendo o que eles estão me falando. Entendeu? Eu sei transmitir da maneira deles... O que eu entendo, eu sei transmitir o que eles me passaram. Entendeu?”.
T.8	Técnico de enfermagem	2000	Wajãpi Muduruku Oiapoque (vários povos) PINTMC	[Com os Wajãpi] “Foi o primeiro trabalho com população indígena. Aí quando eu cheguei, eu disse: “Meu Deus, eu acho que eu não vou ficar aqui”. Cheguei à noite, chuva... Mas, no primeiro contato que eu tive com eles logo eu me senti bem, né? eu acho que é nesse que vou ficar mesmo, porque sozinha no Amapá... né? Passava quarenta dias na aldeia, né? E quando eu cheguei, totalmente diferente, muito diferente mesmo trabalhar com o branco, né? Trabalhava só no hospital. É diferente... para estar mais próximo deles, trabalhar com saúde pública, né? No hospital, você fica mais centrada ali no hospital. É só receitinha que o médico manda... E lá não. Lá foi totalmente diferente. Eu tive que sair do posto e... né? E fazer mais domicílio, né?”.
E.1	Enfermeira	2007	Oiapoque (vários povos). Apalai (PINTMC)	“foi bacana, legal, trabalhar diretamente com eles. Conhecer um pouco. Facilitou mais até depois a nossa transferência para a Casai. Que depois disso eu acabei vindo para cá. E até facilitou um pouco, porque eu já conhecia um pouco mais. Aí quando eles vem, eles já tinham... já acabam tendo a gente como referência. E aí acaba facilitando até a questão do contato, das informações,

			Tiriyó (PINTMC) CASAI (vários povos)	<i>entendeu? Da conversa com eles. Que acaba tendo assim mais essa facilidade para o acesso, né? Diferente dos Wajãpi, que os Wajãpi eu não entrei na terra Wajãpi, nunca participei diretamente assim das comunidades lá”.</i>
E.2	Enfermeira	1972	Tapirapé Txucarramã e CASAI	<i>“eu sou do Mato Grosso. Mas só que quando eu terminei a faculdade, eu terminei em 72, eu fui trabalhar em órgão público lá mesmo em Cuiabá. E aí surgiu um convite pra eu fazer um treinamento de agentes lá, na Ilha do Bananal. Eu fui. Quando eu estou em São Félix do Araguaia, eu encontrei com o presidente da Funai, que estava fazendo uma visita lá, ele falou que tinha uma vaga lá e eu aceitei. Acompanhava os pacientes indígenas, fazia o contrato. Então eu fui funcionária da Funai naquele período. Aí fiquei no parque lá do Xingu. Quem trabalhava era o Cláudio Villas Boas. E ele cuidava muito bem daqueles indígenas. Realmente eu aprendi muito lá. Eu ia e vinha. Eu ficava em São Félix do Araguaia e fazia as viagens pra lá. Aí eu trabalhava com os índios de lá do Araguaia e com o pessoal lá do Xingu. Na época, fiquei em Santa Isabel do Morro, que lá tinha o hospital indígena. Eu nem sei se tem ainda mais. Mas lá tinha um hospital indígena, em Santa Isabel do Morro. E aí a gente fazia esse trabalho em Santa Isabel, em São Félix do Araguaia, e a área do Xingu. Eu fiquei em Rondônia até 88. Em julho de 88 que eu vim para o Amapá. Aí eu fiquei trabalhando na secretaria de saúde e nas unidades básicas. Eu vim pra cá [CASAI] 2011”.</i>
F.1	Fisioterapeuta	2011	Xacriabá Tupiniquim Tupinambá CASAI	<i>É de Montes Claros (MG) e quando se formou foi trabalhar com pacientes com câncer em um hospital em Minas. Começou a participar voluntariamente de uma pesquisa da Fiocruz junto aos Xakriabá. Foi trabalhar pela Funasa nos Xakriabá, depois acabou aceitando um trabalho junto aos Tupiniquim (SPDM), e por fim nos Tupinambá através da (Missão Kaiowá). Depois viu a seleção para o DSEI AP e foi Contratada para trabalhar na CASAI. “Aí eu vim assim em 2012. Era contrato de seis meses. Eu vim com uma mochila deste tamanho. Só com a mochilinha.</i>

				<p><i>Eu nunca tive assim bagagem. Porque a minha vida era sempre assim, né? É Minas, depois Espírito Santo, depois Bahia. Aí falei vai para Macapá? Só um computador, o notebook e tal aí eu vim para cá, né? Para ficar seis meses. Na minha mente seria seis meses, né? E acabei, a gente foi prolongando. Só que assim, o lado que eu gostei, Juliana, disso tudo foi trabalhar... é... com povos tão diferentes, né? Com povos diferentes e ter aprendido, a gente tem até umas cartilhas aqui que eu fiz, né? Junto com eles com os professores e no ano passado a gente ganhou um prêmio inclusive. É, de educação popular em saúde. E aí assim um conhecimento que eu nunca imaginei que fosse aparecer assim na minha vida, né? ”.</i></p>
--	--	--	--	---

No decorrer desta pesquisa consegui entrevistar 11 profissionais de saúde, sendo que 8 são técnicos de enfermagem, 2 são enfermeiros e 1 fisioterapeuta. Ainda que cada qual possua uma biografia específica, a maioria das profissionais era de Macapá e já trabalhava em instituições de saúde locais quando resolveu solicitar redistribuição para a saúde indígena. Alguns, porém, vieram de outros Estados ou do interior do Amapá. Todos, de uma maneira ou de outra, ressaltaram que o início do trabalho não foi fácil, mas que foram aos poucos se “*acostumando*”¹⁴⁶. O acostumar-se aqui, assim como para os Wajãpi, diz respeito tanto ao saber fazer autonomamente – sem infraestrutura ou apoio de equipe –, quanto ao aprendizado cotidiano e integral de novas práticas (inclusive, corporais e mesmo emocionais): paciência para ficar nas TIs por longo tempo, caminhar, escutar outras línguas, comer outros tipos de alimento, viver sem as tecnologias da cidade, estar longe dos parentes, etc.

Outro dado que chama bastante atenção nas biografias, é que todos os profissionais que entrevistei possuem experiência em trabalhar com populações indígenas. A mais antiga começou a trabalhar em 1972 ainda na FUNAI, na Ilha do Bananal, enquanto a mais recente já completou 7 anos na saúde indígena. A maioria dos profissionais possui uma média de 12 anos de atuação. Em um primeiro momento, este dado parece ser unicamente positivo, já que nos faz supor que os profissionais possuem não somente um maior conhecimento da diversidade dos povos indígenas, mais também

¹⁴⁶ O termo acostumar-se ou saber fazer por si próprio (*-jipokuwapa*) é muito utilizado pelos Wajãpi para falar de um conhecimento que já foi apreendido pela totalidade do corpo (Oliveira, 2012:171).

uma maior sensibilidade para lidar com eles e com a precariedade da estrutura fornecida pela atenção à saúde. Porém, ao analisar as entrevistas e os prontuários mais demoradamente, vemos que esta conexão não é tão mecânica. Se por um lado existe uma percepção – mais clara para alguns, mais nebulosa para outros - dos problemas estruturais da saúde indígena, por outro, a experimentação da diversidade indígena vem, por vezes, permeada de estigmas e preconceitos. Vale salientar que estes nem sempre impedem os profissionais de constituírem relações de confiança e de afetividade com famílias e pacientes. Sempre lembrando de que nada aqui pode ser generalizado, é inevitável constatar a presença de profissionais que resvalam em posturas arrogantes, e que colocam em prática posturas que beiram, em alguns casos, a falta de ética profissional (negar atendimento, responder mal, não visitar as malocas, não conversar com os pacientes, etc.).

A experiência de trabalho com os povos indígenas produz efeitos muito intensos sobre os profissionais de saúde e suas percepções, especialmente àqueles que atuam nas terras indígenas. Se, por um lado, essas percepções estão muito relacionadas ao “viver em uma TI” e as dificuldades ali existentes (falta de transporte e energia, solidão, equipe incompleta, falta de medicamentos e equipamentos, riscos, etc.), por outro, há relatos muito interessantes, que advêm justamente de uma vivência do cotidiano nas aldeias e que questionam o diagnóstico e a eficácia de algumas práticas biomédicas frente aos casos, por exemplo, de estados alterados.

[casos que “*não são doença psiquiátrica*”]

“Todos os casos não são doença psiquiátrica, não são. Não são mesmo. Tem sim (...) aquele que a gente tem um olhar melhor [biomédico]. Outros que tem que ser trabalhados um pouco na cultura deles. Porque queira ou não [cultura deles] já foi mexida. Tá sendo, como diz, rasgado essa cultura deles bem aí já... entendeu? E está comprometendo” (relato T.8.)

[doença para o qual o médico não deu solução e foi tratada com ‘*remédio caseiro*’, ‘*plantas*’]

“Aí eu resolvi me afastar um pouco [da CASAI]. Aí graças a Deus que eu me curei do meu estômago. Eram quatro anos eu tinha H.

Pylori (...) o médico falou para mim que eu não tinha mais nada a fazer. Eu fiz a dieta, mas eu passei a tomar remédio caseiro. E com a fé em Deus, eu me curei. O ano passado eu fui fazer o exame e eu não estou mais. Eu acho que as plantas resolvem mais do que esses remédios de farmácia. Ah, eu... eu tenho certeza. Às vezes quando eu vou pelos hospitais, os médicos me perguntam assim: 'Não tem mais pajé na área?'. Porque antigamente os pajés curavam muito com plantas medicinais. Hoje em dia é só na medicina. E até mesmo o branco deixou de lado [as plantas]". (relato T.5.)

[“coisa de espírito” que se manifesta igual convulsão]

[Antigamente não havia muita situação dessa, porque os Wajãpi resolviam “lá dentro mesmo”]

“O seu P., ele me contou, diz que era pajé. Ele me contou, que umas moças estavam brincando no negócio de chamar o espírito, o negócio de um copinho. Não tem um negócio que tu faz uma roda? Kumarumã era uma terra de crioulos, antes, muito antes dos índios chegarem lá. Aí nessa chamada, veio o espírito do primeiro crioulo que ficou lá e que ele tinha... que os índios expulsaram ele de lá. Aí diz que é o espírito dele que vinha neles. Que era coisa de espírito. [Começava a pegar] só jovens, só meninas. Uma vez, eu fui passar trinta dias no Kumarumã, aí eu fui numa moça que ela estava lá. Ela estava assim, igual quem tem convulsão, no chão, e vários homens segurando ela e não davam conta. Muita força, muita força. Ah, foi muito psicólogo, diz que foi muito pajé. Veio gente da França, veio de Caiena para lá, para espantar. E eles também viraram quase todos evangélicos, passaram a não acreditar mais nessas coisas. Daí deu uma bagunçada. Porque eu fiquei pensando, né? Antigamente, não sei, já fazem vinte anos que eu estou trabalhando com os Wajãpi. Eu cheguei em 97, né? Naquela época, eu não via muita... muita situação dessa. Eu acho que eles sempre tinham um jeito de lidar lá dentro mesmo. Essas coisas não chegavam muito para cá, né? Mas daí chegou muito missionário, igual no Oiapoque. Os Missionários estão fortíssimos na aldeia, eles traduziram e estão distribuindo a Bíblia”. (relato T.7.)

[“alguma coisa” puxava eles, do fundo de um poço preto]

[quase pegou a técnica que segundo ela, possuía ‘espírito fraco’]

“Oiapoque deu uma coisa geral. Ah, eu estava lá dessa vez. É, até em mim ia pegando. Porque é assim, lá tinha um pajé, um senhor que falava, o seu A.. eu acho que é ele que mexia com o livro de São Cipriano (livro de ocultismo e exorcismo), né? (...) Quando a energia ia embora, você só ouvia assim passar correndo parece que um monte de boi. Aquela pisada de boi para dentro do rio. A gente via eles correndo. Aí teve uma vez que o cacique até pediu ajuda do governador aqui do Estado. Aí ele mandou um muito conhecido pai de santo. (...) Quando chegou, aí fez o trabalho: reuniu foi tudo naquele casarão lá. Sei que deu muita gente. Eram mais meninas. A gente viu, é que na verdade, quem passava eram pessoas. Eram jovens, né? Porque quando a energia ia embora, aí que eles viam os bichos. Aí eles foram lá pro casarão. (...) E eu fui. Quando nós chegamos lá, eles fecharam tudinho. Aí era o seu A. e tinha mais outra senhora que o nome dela era G. também, que ela era pajé. (...) Quando eu vi, no começo eles começaram a cantar e mana, parece que pegou aquilo. Foi uma gritaria. Eles gritavam. sabe assim, aquela coisa forte? Sabe aquela coisa forte que te dói dentro? Aí... começaram a gritar e a família segurava. Teve uma, essa aí eu vi, que ela mordeu o irmão dela bem aqui. Aí depois que ele mordeu aqui, ela pedia: “Sangue!” (...) As famílias lá, eles deixaram de trabalhar para cuidar, porque não podia ficar muito tempo. Quando dava a crise, se não segurasse, eles corriam, né? Aí quando energia ia embora, era triste. Aí então quando veio com a coisa, começou. É porque ficava escuro, diz que vampiro gosta de escuro, né? Era isso que eles mesmos falavam. E depois que passava, eles não lembravam de nadinha. Eles só lembravam, eles falaram de uma coisa que puxava eles, parece que do fundo de um poço preto, e saía muito morcego. ‘Isso uma pessoa que deu’, me falou, né? Aí ele pegou, ele... Aí eu estava sentada lá, aí

quando eu vi, parece aquele negócio porque eu tinha um espírito fraco, né? Aí aquele negócio subiu assim em mim. Senti aquele negócio parece que subiu. Aí eu comecei a me tremer, queria chorar. Aí foi quando meu marido levantou, aí a mulher falou: “Leva ela daqui que vai pegar nela.” Aí a gente foi lá para trás e ele começou a conversar comigo. Aí foi, foi, foi, foi. Aquilo foi tirando. Aí pronto. Eu senti”.

O primeiro relato aponta a limitação da biomedicina para diagnosticar alguns estados alterados que ocorrem na TIW. A técnica que explicitou essa percepção trabalha na TIW há 18 anos e passou por um processo seletivo e capacitações bastante específicas no Programa de Saúde Wajãpi (PSW), anterior a instituição do DSEI. Na segunda narrativa, a técnica que atua na CASAI afirma, a partir de uma experimentação própria, que a eficácia terapêutica das plantas é superior a dos medicamentos alopáticos. Vale ressaltar que esta técnica morava no interior do Estado, na ‘roça’, o que parece dialogar com os saberes indígenas e a experimentação por ela empreendida. Os dois últimos relatos apontam para o fato que os fenômenos ocorridos no Oiapoque, ainda que guardem semelhanças com crises convulsivas – como sugere uma das técnicas -, são manifestações relacionadas a determinados tipos de agressão (dos “espíritos dos crioulos kumarumã” ou dos “bichos”)¹⁴⁷. Se na primeira situação a técnica somente assistiu ao evento, na última a outra técnica experimentou em seu próprio corpo - manifestações visuais e auditivas, corporais (tremores e choro) – a possibilidade de ser quase “capturada”. Ainda que ela tenha explicado o fenômeno a partir de uma

¹⁴⁷ Pereira (2014:173) apresenta uma narrativa bastante semelhante à do Oiapoque, vivenciada por uma médica, Daniela, junto aos Kayapó e aponta que “*Daniela não consegue compreender nem intervir nos casos de ‘convulsão’ nos Caiapó. Sequer soube o que havia acontecido ou como foi resolvido. Apenas repete, sem compreender, a história da intervenção de outros pajés que teriam solucionado os distúrbios na aldeia. Sua tentativa por identificar a enfermidade revelou-se inócua. Embrenhada numa cosmopolítica ameríndia, na qual o medo dos ‘espíritos’, somado a manifestações corporais identificadas (mal traduzidas) como convulsões, em meio a rituais de cura, conflitos entre etnias, presença de garimpeiros, a médica – que sonhava com índios antes da medicina e pensava a medicina como forma de ação – descobre a fragilidade tanto para compreender como para encontrar equivalência em sua gramática cultural. Chegou a um ponto em que a medicina a abandonou*”.

característica subjetiva “espírito fraco”, em nenhum momento colocou em dúvida – via ciência – os acontecimentos que vivenciou na T.I.Uaça¹⁴⁸.

No entanto, é preciso lembrar, que submetidos a regras, burocracias e hierarquias, estes profissionais de saúde muitas vezes têm que relativizar ou mesmo renunciar a suas percepções em relação a determinados casos vivenciados in loco, o que acaba contribuindo para o aumento do saldo de notificações oficiais. Assim, se optarem por não-encaminhamentos - respeitando muitas vezes solicitações das próprias famílias -, correm o risco de sofrer desde pequenas retaliações (por exemplo, não poder mais dar assistência em uma aldeia em que mantinha boas relações) até a de responderem processos relativos a omissão de atendimento (um fantasma que ronda a multiplicidade de condutas contraditórias por parte dos técnicos). Pressionados por todos os lados - pelas famílias wajãpi e pelo sistema de atenção à saúde -, a reação dos técnicos é ambígua: abrem pequenas brechas para que os wajãpi possam ter algum protagonismo em relação a procedimentos adotados em relação a um “paciente” (por exemplo, permitir a intervenção do pajé), mas ao mesmo tempo são pressionados por seus superiores sobre a demora a dar entrada na Casai em Macapá. De forma a responder a pressão institucional, acabam por “culpabilizar a cultura wajãpi” pelo atraso, alegando para tanto, justamente, a intervenção do pajé!. Esses detalhes de extrema relevância, surgem timidamente nos encaminhamentos e prontuários.

Já os enfermeiros que entrevistei, apesar de possuírem experiências pregressas de atuação em TIs, mostraram-se bastante afastados destas realidades. Há um esforço destes profissionais em ‘traduzir’ para os pacientes os diagnósticos e prescrições médicas (que nem sempre são suficientemente inteligíveis e autoexplicativos). Este esforço redundava, por um lado, em simplificação do nosso conhecimento biomédico e, por outro, em considerar as diferenças culturais enquanto barreiras cognitivas. Ao retornarem para as aldeias, é bastante comum as famílias e os pacientes wajãpi não saberem explicar qual foi o diagnóstico médico, nem dizer para que foram prescritos os medicamentos. Na fala do parente de T.,

¹⁴⁸ Como nos lembra Pereira (2014:173) *“Estranhos profissionais estes que, quando instados a falar sobre seu ofício, acabam por discorrer não sobre seu alcance e sua potência, mas sobre seus limites”*.

Não explicou não, falou assim pra nós: é só problema da cabeça dele... eu perguntei qual problema, mas não contou não ... aí difícil... tomou 20 dias de medicamento para lá, aí depois recuperou um pouco e mandou de volta”.

Esse comentário evidencia o descuido com os pacientes wajãpi e seus parentes, para os quais nem se procura elaborar uma explicação biomédica. Detectei a mesma atitude entre os médicos.

Um último aspecto a ser salientado, a respeito dos profissionais da saúde indígena, é que as diferenças de formação e socioeconômicas parecem produzir efeitos bastante diretos nas relações destes com os Wajãpi. Alguns médicos e enfermeiros, que possuem um grau de escolarização mais elevado, revelam um maior distanciamento em relação aos pacientes e suas famílias. Já àqueles com menor formação e nível socioeconômico mais baixo (e muitos declaradamente evangélicos), se mostram mais abertos, por vezes mais compreensivos (ainda que por vezes etnocêntricos) e solidários. Porém há exceções em ambos os grupos, assim como ações valorosas e diferentes graus de preconceitos e estigmas.

3.2.2. Profissionais de saúde do SUS (atendimento secundário)

Neste item pretendo apresentar alguns profissionais do SUS que se veem envolvidos enquanto especialistas – clínicos gerais, psiquiatras, neurologistas e psicólogos - nos atendimentos aos pacientes wajãpi. Ainda que eu tenha conseguido entrevistar somente quatro especialistas (dois psiquiatras, um neurologista e uma psicóloga), apresento, a partir dos dados contidos nos prontuários, de que forma os clínicos gerais participam ativamente deste processo.

Os clínicos gerais, apagados nestes processos de construção de doenças – especialmente por não serem hiper-especializados - são estruturalmente muito importantes porque, se por um lado, preservam a possibilidade de pensar o paciente de forma menos fragmentária, por outro, vão ser aqueles que fornecem base e espaço para a atuação dos especialistas (psiquiatras e neurologistas). Na maioria dos casos, falta escuta da história do paciente e sobram exames e encaminhamentos. Retomemos o caso de K. que tomou o anti-malárico sem qualquer necessidade e foi encaminhada à CASAI

com fortes dores abdominais e tonturas. O clínico geral identificou na paciente, segundo o prontuário, dois sintomas: dor epigástrica e cefaleia intensa e então fez o seu encaminhamento a um gastroenterologista. Segundo este especialista, as dores que ela apresentava na ocasião *“não são características de problemas no estômago e sim provavelmente de cálculos na vesícula ou nos rins”*. Acompanhando o prontuário, percebe-se um inacreditável distanciamento do problema. Após a consulta, K. ficou hospedada na CASAI aguardando consultas a novos especialistas. Porém, é levada ao Hospital de Emergência apresentando fortes dores de cabeça, torácica e epigástrica e relatando que não consegue dormir. Após a análise de novos exames o clínico geral sugere que *“há um cisto no fígado, mas que não é preocupante e nem é para ser levado a sério”*. Diagnosticou então anemia e *“problemas de stress”*, encaminhando-a para um psiquiatra. Já neste último especialista a paciente relata, segundo as anotações da enfermagem, que *“não dorme há vários dias, não sabe ao certo, queixava-se de ‘crise’ que é um choque, dói o coração e treme o estômago e sente dor de cabeça. O médico disse que ela está com depressão. A mesma apresenta-se triste”*. Por fim, o médico prescreve um antidepressivo (cloridrato de fluoxetina) e um ansiolítico (rivotril) para melhorar o problema da insônia. Tem-se aqui a constituição de um paciente psiquiátrico, com um amplo apoio dos clínicos gerais, ainda que estes se apresentem timidamente nas narrativas dos Wajãpi, como se o diagnóstico dependesse unicamente dos especialistas.

Os clínicos gerais vão ser acessados em vários contextos e situações experimentadas pelos Wajãpi: 1) nas consultas junto à equipe de saúde que atua na TIW. Quando presente na equipe, o clínico-geral¹⁴⁹ costuma fazer um primeiro atendimento do paciente no polo e, se necessário, o encaminha à um especialista em Macapá; 2) na UBS da cidade de Pedra Branca do Amapari. Quando a equipe de saúde na TIW conta somente com técnicos de enfermagem, estes encaminham o paciente para UBS de Pedra Branca onde ele será atendido por um clínico geral. Se necessário, o clínico fará um novo encaminhamento a um especialista em Macapá; 3) nas UBS ou hospitais em Macapá. Alguns pacientes passam pelo clínico já em Macapá e este realiza o encaminhamento aos especialistas. Estes três tipos de situações aparecem descritas nos prontuários.

¹⁴⁹ Somente a partir de 2013, com a implantação do Programa Mais Médicos, é que a equipe multidisciplinar que atua na TIW passou a dispor de um clínico geral.

Já os psiquiatras, como vimos, são acionados a partir dos encaminhamentos e, geralmente, realizam os atendimentos em Macapá. Há algumas poucas exceções de atendimento psiquiátrico fora do estado – em Belém ou Caiena¹⁵⁰. Dentro da psiquiatria há também sub-especializações e no caso do H.E., há médicos que tratam especificamente de transtornos da ansiedade e depressão e outros de transtornos mentais. Os neurologistas, por sua vez, recebem fundamentalmente encaminhamentos de pacientes wajãpi com queixas de desmaio/crise convulsiva ou cefaleia intensa e persistente com astenia e, por vezes, quadros mais complexos (crianças com necessidades especiais) que precisam ser avaliados juntamente com um psiquiatra ou mais especialistas. Os neurologistas são responsáveis, em geral, pela solicitação de exames (RX do crânio, tomografia), e análise dos mesmos, produção de diagnósticos e, também, pela prescrição de medicamentos.

É preciso ressaltar que entrevistar os médicos tem sido um grande desafio, que passa tanto pela indisponibilidade de tempo para uma conversa, somada a um *modus operandi*¹⁵¹ específico e uma recusa por parte de alguns de ‘desestabilizar’ seus próprios pressupostos. Seguindo Nathan, podemos afirmar que, de maneira geral:

Ils décrètent l’existence d’un objet qu’ils sont seuls à percevoir; ils fabriquent seuls les instruments destinés à décrire l’objet et le rendent opaque à tout étranger; ils valident eux-mêmes l’adéquation de leur instrument. La boucle est donc bouclée – elle est même cadenassée. Il s’agit d’une pensée sans aucun risque (Nathan; 2004[1995]:29).

Passo agora a analisar alguns aspectos específicos das entrevistas com três médicos que atuam no Setor de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de Macapá¹⁵². Finalizo essa seção com a entrevista que realizei com a psicóloga do SUS, que atende

¹⁵⁰¹⁵⁰ O tratamento ou atendimento médico nas instituições de saúde em Caiena é restrito aos Wajãpi da região do Amapari que são casados com Wayãpi que vivem na Guiana Francesa.

¹⁵¹ Esse *modus operandi* está relacionado não somente ao cumprimento de rotinas preconizadas pela instituição, mas especialmente por uma dificuldade de pensar a multiplicidade – de corpos, de doenças, de significações de sentimentos, etc.

¹⁵² Após um investimento junto a outros profissionais da área de saúde mental obtive, em agosto de 2017, o contato de mais quatro médicos que atuam no CAPs Gentileza – Centro de Atenção Psicossocial - de Macapá, mas não tive tempo hábil de realizar novas entrevistas.

índios do estado em uma Unidade Básica de Saúde do Marabaixo, e que faz alguns contrapontos interessantes à atuação biomédica de modo geral.

Assim como ocorre com os técnicos de enfermagem e enfermeiros, existe uma gradação que vai de médicos mais atentos e, portanto, sensíveis, aos mais apressados e menos sensíveis. Quanto a isso, é interessante notar que os dois psiquiatras com os quais conversei - a despeito de suas práticas¹⁵³ - se mostraram preocupados tanto com a falta de informação (nos encaminhamentos e prontuários) e de acompanhamento dos pacientes em área (pelos técnicos de enfermagem), quanto com os riscos (propriamente ditos) e as condições mentais de seus pacientes.

“Alguém já vem indicando geralmente [o que eles têm]... eles têm dificuldade de externalizar isso... tem a dificuldade com a língua, de expressar realmente o que eles sentem, com certeza... (...) porque a gente não tá na aldeia também, geralmente não vem familiares, (...) geralmente vem o índio e o agente ou o técnico, então você não tem referência de grupo social dele, é só a queixa, mas eu não sei se lá na aldeia ele está passando por alguma coisa com a mulher dele, é uma coisa muito mais complexa, né? É de difícil atendimento, é uma dificuldade”. (M.1.)

“A falta de acompanhamento [em área pelos técnicos] é que faz com que os pacientes não consigam sair do quadro [de crise]” (M.2.)

“Sempre tem [riscos], porque é longe, é diferente do paciente que você atende aqui, [aqui] você entra com medicação em uma semana ou duas ele piora ele pode ir ao hospital, ao pronto socorro, aí é acionado o psiquiatra, o índio não, mais difícil né? Aí tem que novamente vir aqui, às vezes não acha o profissional, demora, tem uma série de fatores que complicam esse tipo de

¹⁵³ Ainda que os dois médicos, que acompanhei em consulta, tenham criticado a falta de informações a respeito do paciente, diagnosticaram e medicalizaram os mesmos.

assistência. Sempre tem risco doença mental, doença mental é que implica em risco”. (M.1)

O que há em comum na fala dos médicos é que existe, de fato, um problema de comunicação que se reflete nos documentos (encaminhamentos e prontuários) e especialmente no desenrolar das consultas. Para os médicos, o problema está centrado fundamentalmente no fato do paciente indígena não falar bem português. Não descartando a relevância desse fator, há outro, tão ou mais importante, que é a não percepção por parte dos profissionais de saúde de que determinados termos, ainda que explicitados em português - fraqueza, dor no coração, desmaio, etc. -, possuem outros significados para os Wajãpi¹⁵⁴, pois se encontram fundamentalmente associados, como tenho tentado demonstrar, a manifestações de agressão xamanística. Se por um lado os médicos não se aventuram a “correr riscos”, por outro, vários técnicos se orgulham de conseguir se comunicar com os pacientes wajãpi, ainda que não se deem conta de que comunicação não implica necessariamente em entendimento.

Já nas consultas que acompanhei, essa questão ganhou outros contornos. Os pacientes seguiram todos juntos para a ala de psiquiatria do hospital, acompanhados por uma técnica de enfermagem da CASAI, devidamente munida com um conjunto de prontuários¹⁵⁵. Durante as consultas, tudo se passou como se os pacientes apenas ilustrassem uma situação por eles protagonizada, mas sobre a qual não são instados a falar. Em todos os atendimentos, o médico iniciou questionando a técnica sobre a situação atual e a história pregressa do paciente, ao que essa respondeu utilizando os dados do prontuário¹⁵⁶, como se ele ali não estivesse. Vez ou outra, o médico tentou checar algumas informações pontuais com o paciente: “está dormindo bem?”, “está se alimentando bem?”, “continua vendo coisas?”. O silêncio ou as respostas monossilábicas foram mais significativos que as falas propriamente ditas. A única exceção à regra, foi a consulta de T., que, conhecido pelos profissionais de saúde por

¹⁵⁴ Esta discussão não é recente na etnologia e ganhou uma densidade e visibilidade maior através da noção de “equivocidade” proposta por Viveiros de Castro (2002).

¹⁵⁵ Às vezes o parente que está como acompanhante vai também à consulta. Somente em uma situação específica houve o acompanhamento de um missionário da MNTB que atua cotidianamente na CASAI.

¹⁵⁶ A princípio preconiza-se que o técnico responsável por acompanhar os pacientes nas consultas, deva conhecer a história do paciente através de uma leitura de seu prontuário, bem como procurar levantar junto a ele e ao acompanhante mais informações a respeito de seu estado atual. Porém, o que pude perceber, ao menos nas consultas que assisti, é um descuido em relação a isso e uma falta de domínio dos dados contidos no prontuário.

“falar bem português”, respondeu às perguntas solicitadas com um pouco mais de detalhamento.

Ainda que possamos entrever algumas brechas, a percepção geral é de que não existe um esforço efetivo por parte dos médicos em melhorar a comunicação com os pacientes e estabelecer relações de confiança. O tempo restrito da consulta (cerca de 15 minutos) e a pressuposição de que esses pacientes não entenderiam explicações biomédicas acabam por legitimar esta forma de atuação.

“Não estou entendendo qual o problema [do porquê realizar a pesquisa]. Não tem dificuldade nenhuma [de atender pacientes indígenas]. Se eles precisam de consulta é só marcar e a gente atende. Eles não falam nada, não sabem se expressar com coerência. Quem fala são as atendentes e os prontuários”. (N.1.)

Este depoimento de um neurologista bastante experiente, apesar de sucinto, é bastante revelador. A apreensão dos pacientes indígenas é realizada por meio da negação: ‘não falam’, ‘não sabem se expressar com coerência’¹⁵⁷.

Se os médicos podem negar aos pacientes indígenas a possibilidade de dialogar, isso se deve ao fato de poderem recorrer, inevitavelmente, a dois outros agentes fundamentais nesse processo: as *atendentes* (técnicas de enfermagem) e os *prontuários*.

Um outro aspecto que me chamou atenção é que o próprio encaminhamento do paciente a um especialista específico parece determinar a classificação de seu transtorno (psicótico, da ansiedade, etc). Isso é bastante distinto do que ocorre com as outras especialidades médicas, que se pautam em exames para fornecer pareceres. Segundo o M.1.,

“Aqui como é um Ambulatório de Depressão e Ansiedade, os pacientes chegam com essas queixas, de depressão mesmo, né? de

¹⁵⁷ Como já apontara Clastres (2003[1934-1977]:208), por trás das formulações modernas, o velho evolucionismo permanece, na verdade, intacto “*quase sempre, as sociedades arcaicas são determinadas de maneira negativa, sob o critério da falta: sociedades sem Estado, sociedades sem escrita, sociedades sem história. Imagem antiga, sempre eficaz, da miséria dos selvagens*”.

depressão, de isolamento, uma tristeza persistente, às vezes uma tentativa de ação suicida né? E a gente caracteriza em si um tratamento...”.

Segundo um dos psiquiatras entrevistados,

“Qualquer pessoa que fica em nesse estado, independente da etnia ou não é muito difícil de detectar a causa, tem aspectos genéticos, familiares... tem famílias que tem tendência à depressão e ansiedade e tem também os aspectos de vida, né? situações de vida: um luto, uma separação, um trauma psicológico que a pessoa que nunca teve depressão e ansiedade na vida começa a desenvolver um quadro, aí fica difícil de caracterizar... o índio não tem os fatores estressores de uma cidade, um trânsito (...) lá na aldeia tem outros graus de estresse: o relacionamento com a hierarquia, a aceitação e tem tendências genéticas mesmo, depressão e ansiedade tem características genéticas também, então tem índios - como tem pessoas normais - que tem tendência a depressão e não tem nenhum fator estressor, a vida tá muito bem, obrigado, mas as pessoas desenvolvem uma depressão, um quadro de ansiedade” (M.1)

Mesmo diante de todas as dificuldades apontadas – da comunicação e da escuta do paciente -, a grande maioria dos psiquiatras e neurologistas prescreve psicotrópicos e anticonvulsivantes a partir, especificamente, dos sintomas obtidos de forma indireta (via prontuários, técnicos ou encaminhamentos) e nem sempre compreendidos em sua significação específica. Vejamos no caso de K. (o caso referente ao anti-malárico): a insônia, ao que tudo indica, parecia ser advinda de dores físicas bastante específicas, e a tristeza inclui no mínimo a não-escuta por parte dos profissionais de saúde, o prolongamento do problema por anos a fio, as dores (no mais diversos sentidos) e o se ver “obrigada” pelo sistema de saúde a cuidar de seu filho com necessidades especiais. Essa situação da paciente, invisível para o médico, acaba sendo percebida enquanto um quadro depressivo. Se este, de fato, passa a existir, grande parte da construção do

mesmo advém do próprio sistema (neste caso específico de K. poderíamos dizer quase que integralmente...).

“Os sintomas, uma insônia, um quadro depressivo, geralmente a gente trata a síndrome né? A síndrome são os sintomas e os sinais, o conjunto, e vai acompanhando na medida do possível pela dificuldade da distância, né?(...) não dá para avaliar baseado em sintomas isolados, tem que olhar como um todo, tristeza é algo muito subjetivo, né? Agora na medida que esta tristeza persiste e prejudica a vida da pessoa e ela é persistente e causa prejuízo funcional, aí já é diferente né?”. (M.1.)

Este mesmo psiquiatra que fez a colocação acima também explicitou que o ideal seria existir uma rede de apoio composta por profissionais da psicologia que pudessem identificar em área, os casos com necessidade de avaliação psiquiátrica.

“Precisava de uma rede de apoio com profissionais da psicologia... psicólogos que possam ir lá periodicamente, fazer um levantamento, porque o psicólogo vai e reconhece, não dá o diagnóstico, mas ele faz um levantamento da situação e identifica pessoas que tem alguma susceptibilidade ou estão passando por situações que requerem uma avaliação psicológica e quem sabe psiquiátrica, está faltando mais isso. Não adianta o psiquiatra ir lá, tem que ir o psicólogo fazer um levantamento global né? Identificar estes novos casos, para depois dar uma atenção maior aqui na capital”.

Quanto a essa questão da rede de profissionais, percebi que há uma interlocução bastante tímida com o campo da psicologia. Em certo momento do DSEI, houve a presença de uma psicóloga na equipe multidisciplinar, que atuava fundamentalmente junto aos pacientes na CASAI. Com a saída desta profissional, a vaga não foi coberta. Atualmente, quando os médicos psiquiatras ou neurologistas - bem como as enfermeiras da CASAI - acreditam ser importante à intervenção deste profissional, recorrem à

psicóloga que atua Unidade Básica de Saúde do Marabaixo, como por exemplo, no caso abaixo:

Às 10:30 comunicação de desmaio da indígena por parentes. A paciente encontra-se com o corpo todo distendido, mãos espalmadas, cileos em batimentos frequentes. Não queixou-se de dor. Não apresenta sialorreia. DA 110x60 mmHg. Sugiro acompanhamento com psicólogo. (enf. CASAI)

No caso mencionado, a sugestão do acompanhamento pelo psicólogo decorreu do fato que a enfermeira responsável pelo plantão no qual houve a comunicação do desmaio, não ter verificado qualquer sinal físico que pudesse caracterizá-lo, dando a entender que o problema seria mais de cunho psicológico do que físico. E a partir de então, a paciente foi encaminhada para duas consultas na UBS. Destas consultas, algumas anotações retornaram a CASAI e passam a compor o prontuário dos pacientes.

Às 14:00 levada à UBS do Marabaixo onde conversou com a psicóloga e a paciente relatou que não quer retornar para a aldeia por medo, segundo ela há mais ou menos dois meses estava no rio e viu o “espírito” de um parente já falecido e desde então sente dores de cabeça e sensações de desmaio, então a psicóloga sugeriu que ela conversasse com uma pessoa religiosa [da comunidade] a qual conhecesse a cultura deles e a religiosidade [deles]; Para tentar ajudar a superar esse medo.

É interessante notar que, entre idas e vindas aos profissionais de saúde, somente a psicóloga conseguiu acessar informações significativas para a paciente, ainda que ela própria reconheça limitações de sua atuação pelo fato de não conhecer o que ela denomina por ‘religiosidade wajãpi’. Poderíamos aqui fazer uma crítica ao uso equivocado pela psicóloga do conceito de religiosidade, mas o que é mais importante é que ela conseguiu constituir um diálogo com a paciente e buscou uma solução, não a partir de seus conceitos religiosos, mas justamente reencaminhando a paciente à sua comunidade, que possui outros instrumentos e práticas para lidar com a situação. O que ela fala, ainda que indiretamente, é que existem outros conhecimentos e outros conhecedores para além dos psiquiatras e psicólogos. Isso vai ao encontro do que Nathan afirma:

“Car ne sont pas seulement les psychiatres et les psychologues qui s’occupent des patients, mais aussi les guérriseurs, les chamans, les pausteurs des groupes de prière charismatiques... la proposition théorique que je défends pourrait ici se résumer à tout mettre en œuvre pour que cetype de techniciens ne soit pas exclu du champ de l’analyse” (2001:50).

Intrigada que estava com os dados encontrados nos prontuários, no início de fevereiro entrevistei a psicóloga da UBS Marabaixo. O que pude perceber ao longo da entrevista é que mesmo sem se filiar a uma linha específica da psicologia, há elementos na narrativa da psicóloga que sugerem uma proximidade com a abordagem da etnopsiquiatria clássica de Georges Devereux [Carvalho (1988); Laplantine (1998)] e mesmo da antropologia médica [abordada nesta tese especialmente através dos trabalhos de Helman (2009)]. As passagens abaixo ilustram como ela procura articular a compreensão de fenômenos culturais específicos com o arcabouço teórico universalizante da psicologia e da psiquiatria.

“Tento entender a dor emocional que estão vivendo”.

“Ela tem que falar sobre esse luto do fim da separação”.

“Você está deprimido, porque aconteceu... você teve perdas na tua vida, e você não deu conta de lidar com estas perdas. Então a gente vai agora aqui conversar para você desabafar. Você tem que falar para mim o que você sente, para a gente conseguir elaborar esse luto.”

“Às vezes eles chegam aqui com alucinações, quadro de alucinações. ‘Ah, eu estou vendo espíritos que o meu avô disse que apareciam lá na aldeia e tal...’ Eu não vou... é... eliminar essa história deles. Isso é dele. Eu tenho é que respeitar (...) Eu não vou falar para ele que isso é uma alucinação visual e que é isso é da cabeça dele. Eu não vou quebrar o que ele acredita. Eu só tenho que orientar ele com algumas técnicas, entendeu?”.

“Na verdade, muitos desses sintomas que eles sentem, eles não entendem que depressão é porque os neurotransmissores lá do

cérebro não estão tendo aquela química. Então eles fantasiam muito as coisas. Que eles trazem, que às vezes o espírito tirou alegria deles... Que alguém tirou a alegria deles. Aí eu tenho que ter um recurso para lidar. Mas também na nossa vida é assim”.

Apesar de demonstrar sensibilidade e respeito e promover uma escuta bastante cuidadosa dos relatos de seus pacientes e familiares¹⁵⁸, a psicóloga não se desprende da percepção dos fenômenos enquanto doença, mas considera em alguns casos o processo de medicalização é desnecessário.

“Eu entendo assim. Tem alguns casos que não precisa de medicamento. Casos de... episódios simples de depressão, não precisa. No caso de ansiedade leve, também não precisa. Tem alguns casos que não precisa de medicação. Tem outros casos que a medicação é essencial. Como uma fobia, um pânico, um quadro de esquizofrenia, que eu já vi. Então precisa, não tem jeito. (...) a terapia é essencial, para ele retomar a vida. Para ele tomar consciência desses sintomas, do quadro de vida dele. Para orientar a família a lidar com ele. Para família entender o que está acontecendo. Porque nenhuma pessoa que tenha transtorno mental, dá conta sozinha. Tem que ter suporte da esposa, da mãe, do pai, do irmão. Como um todo tem que acolher. Tem que cuidar. Tem que entender. Então eu preciso muitas vezes que a família venha com ele, para eu explicar o que está acontecendo”.

Vale apontar algumas considerações mais gerais que apreendi da entrevista. A primeira é que a psicologia é considerada como um *último recurso* de tratamento de um paciente. A psicóloga atribui a isso uma *cultura de conduta* existente na saúde, que privilegia a psiquiatria em detrimento da psicologia. Por outro lado, chama atenção para o fato que

¹⁵⁸ A psicóloga criou uma metodologia para o atendimento, baseada nas experiências com pacientes indígenas. A respeito disso relatou: “(...) no início, logo que eu cheguei aqui, vinha uma técnica e o paciente. Então eu tinha muita dificuldade na comunicação com o paciente. Tinha dificuldade com o histórico, porque às vezes ele não conseguia me dar todas as informações. Então eu comecei a ter uma exigência. Eu só comecei a atender o paciente [se esse viesse] com um familiar. A técnica sempre vem. Eu escuto primeiro a técnica, depois eu escuto familiar, e por último o paciente. Separadamente. Aí eu consigo ter um olhar global da situação emocional dele. E aí eu faço uma leitura do prontuário. Eu uso esses quatro recursos, assim, para que a gente possa entender um pouco”.

“Nem todo psicólogo consegue fazer esta intervenção com os indígenas, por conta da fala... às vezes nós chegamos aqui e a fala é difícil... por conta também da metodologia que é diferente... você tem que ter uma base para entender a cultura, você tem que ler um pouquinho, você tem que entender que hoje está chegando a bebida alcoólica lá dentro, que hoje a cultura deles está muito disseminada, que já tem a intervenção do branco, acho que é esse o termo que fala.”

E, por fim, que há uma dificuldade em realizar e concluir os atendimentos psicoterapêuticos, já que a CASAI reluta – por diversos motivos - em continuar levando os pacientes para consulta.

“Eu não consigo concluir nenhum trabalho com os pacientes da Casai. Nenhum, eu nunca concluí. Não voltam. Eu (re-agendo), eu tenho agenda aberta para eles. Não voltam. Eu não sei o que acontece. Porque assim, eu sempre oriento os técnicos: “Olha, a terapia é um processo lento. Não é o tempo da família. Não é o teu tempo do técnico. Não é o tempo da instituição Casai. É no tempo do paciente. Então temos que trabalhar essa percepção. Eu não sou médica que veio aqui uma vez, toma o remédio, veio para o retorno e alta. Eu não trabalho a dor física, eu trabalho a dor emocional. E a dor emocional é um outro tempo. Então eles têm essa dificuldade em ter este entendimento. “Ah, mas tem que trazer de novo”. “Tem”. “Mas por que que tem que trazer de novo?”. “Porque ele veio comigo três vezes, e agora que a gente estabeleceu um vínculo”. É, e agora que vai começar, porque eu sou estranho na vida dele. Então eu vou com cativando, e ele vai falando, e eu vou cativando. E eu vou buscando mais recursos. É natural para qualquer pessoa desse processo de confiar. E aí onde eu bato... assim, o meu maior desafio. É a não adesão. Não adesão dos técnicos porque não depende dos pacientes”.

A psicóloga chamou atenção para o fato de que vários pacientes solicitaram que ela retirasse a prescrição dos medicamentos feita pelo psiquiatra, uma vez que estavam

apresentando muitos efeitos colaterais. A impossibilidade de alterar a prescrição ou de problematizar ao médico revelam fundamentalmente, o lugar ocupado pela prática psicoterápica: apartada e complementar a todo processo terapêutico.

“Eles reclamam, falam assim: “Doutora, dá para senhora tirar? Porque eu fico tonta, durmo demais”. “Não, eu não consigo fazer nada...”. Eu sempre oriento que a medicação, ela tem que ser aquela bengala. Mas quem anda são as suas pernas, ela é só para você se apoiar, em casos mais graves, né? Ela não pode dopar demais. Ela não pode fazer a pessoa perder a rotina de vida”.

A contribuição mais significativa desta profissional tem sido justamente propiciar um espaço de escuta para os pacientes, intervindo, ainda que timidamente, nos processos terapêuticos e chamando a atenção da equipe de saúde no sentido de dar mais legitimidade às narrativas indígenas.

“Eu vejo que existe uma dificuldade da escuta da história do paciente. É, existe essa dificuldade. E eu penso que os técnicos precisam passar por uma capacitação, de parar de ver o índio como matéria, como físico. O índio, ele não é só isso, ele é emocional, ele é um ser humano, então ele tem todas as dimensões, né? Física, social, espiritual, emocional. Então tem que parar de ver somente como físico”.

3.2.3. Espiral de interpretações a respeito da dificuldade em atender os Wajãpi

Neste item pretendo apresentar alguns preconceitos e estigmas que foram expressos tanto no decorrer das entrevistas com os profissionais de saúde quanto nos relatos existentes nos prontuários dos pacientes. Em geral, os Wajãpi são percebidos pelos técnicos de enfermagem e enfermeiros enquanto “*resistentes à cultura*”, “*carentes*”, “*mais difíceis para lidar*”, “*desconfiados*”, “*reservados*”, “*ciumentos*”, “*bravos*” e “*agressivos*”. Eu poderia tentar fazer aqui uma discussão acerca dos contextos de uso de cada um desses termos, mostrando como revelam a consolidação de uma espiral de interpretações a respeito das dificuldades de relacionamento com os Wajãpi, que se perpetuam regionalmente. Porém, optei por apresentar outros enunciados

depreciativos que apareceram em meio às conversas sobre os pacientes que apresentam estados alterados. Passo agora a pontuá-los.

- 1) *Fingir, mentir, omitir, enganar, agir interessadamente.* Segundo alguns profissionais de saúde em determinados contextos o paciente finge estar passando mal, mente sobre o que está sentindo, omite informações consideradas delicadas para os não-índios, “*muda muito de opinião*” e realiza performances para obter algo (carona no carro da saúde, para ir para a cidade, para sair da CASAI, obter aposentadoria por invalidez, etc.).

Vejamos os relatos que ajudam a ilustrar estas percepções:

“Tem paciente que, a partir do momento que tu está aqui presente, é uma coisa. Está mal, mal, mal. Virou as costas, está super bem. Então como é que é isso? Entendeu? Quer dizer, só na tua presença que está passando mal? Quando você vira, ela está super bem, tá conversando e tudo?”

“O que a gente faz nessa ocasião, independente de estar fingindo ou não, a gente leva para o hospital”

“Então às vezes você... Você chega perto da paciente e ela está só... piscando os olhos. Você conversa com ela, você nota que ela está percebendo, sabe? Mas você vê que ela está fazendo força, que ela mesmo está fazendo muita força. Que não é crise. Não é crise. Nós temos uma situação de uma outra moça aqui também...quando o pai dela está por perto, ela finge essas coisas. Quando o pai está afastado, ela fica tranquila, tranquila, tranquila”.

“É gozado, ele disse que ela veio desmaiada de lá [da TIW] até aqui [Macapá]. Isso não foi verdade. Ela só ficou algumas horas desmaiada. Eu cheguei, eu tive a oportunidade de levar essa moça na maternidade. E ela se entortando toda, e eu já agoniada: “Doutora, pelo amor de Deus...” Ela disse: “Calma”. A obstetra lá da

maternidade disse: “Calma”. “Ela não está aqui desmaiada, não está nada. Uma pessoa que está desmaiada, não faz o que ela faz”. Pegou no olho dela, olha aqui. Ela veio olhando normal para ele, sabe? O caso dessa moça, quando já chegava no hospital, não tinha mais o quê... quando olha no prontuário dela assim... exames que ela tinha feito estavam normais. E quando eu chegava lá no hospital, a médica dizia: “Não tem nada. Essa pessoa não tem nada.”

“Porque agora eles não se cuidam mais com o pajé? Por que o dinheiro entrou na vida deles. Deu uma desorganizada... porque daí aqui, se tiver doente, se tiver doido, vai ser aposentado. É, o benefício deles. Aí o pajé não vai dar laudo, não vai dar nada. Olha, o Ta., ele chega aqui, ele quer um laudo. Já vem na cabeça dele o laudo. Tanto que ele já pegou o laudo, já deram o laudo para ele, o médico já deu essa semana o laudo. Ontem ele já queria saber quanto ele ia receber. Ele pode até se aproveitar, mas ele tem problema. Ele pode até se aproveitar num momento porque ele é induzido por alguém, eu acho. Não sei se pelos filhos, alguma coisa, mas ele tem um problema.”

Estas percepções são perigosas e às vezes produzem efeitos bastante sérios. O terceiro e o quarto relato dizem respeito a uma jovem que vinha apresentando sistematicamente crises convulsivas. Ao ficar grávida, seu estado piorou. Ficou meses na CASAI, até nascer o filho, mas nesse ínterim, apresentou inúmeras crises, sendo que algumas foram interpretadas pela enfermeira enquanto “fingimento”. O pai dessa jovem chegou a abrir um processo junto ao Ministério Público por omissão de atendimento e para tentar encaminhá-la a um serviço especializado. Porém, a enfermeira não reviu sua posição. Uma boa resposta a essa situação e as demais foi fornecida pela psicóloga que entrevistei.

“A princípio eu levo tudo em consideração. Se a pessoa está falando que está sentindo, é porque está sentindo. Mas daí você tem alguma dificuldade dos técnicos na Casai e tal, de pensar... Às vezes eles acham que é um exagero. Às vezes eles acham que a pessoa está fingindo uma determinada situação, um determinado sintoma, quando

na verdade, eu acho que ela não está fingindo. De repente tem um processo de medo. Quem está precisando mais de ajuda é o técnico do que o paciente, sabe? Porque a partir do momento em que você não acredita na fala do paciente, você está falando o quê? Você está dizendo para ele: “Olha, eu não posso te ajudar porque eu não acredito em você”. Então assim, o meu trabalho é com a fala. Tudo o que ele me trazer, eu vou acreditar e vou tentar cuidar disso. Ninguém alimenta um desmaio por muito tempo, então tem aí um sofrimento”.

- 2) *Violência doméstica.* O que pude observar em alguns casos, sobre os quais levantei documentação nos prontuários, é que existe uma predisposição dos técnicos em interpretar certas situações como decorrentes de violência doméstica, ainda que fundamentalmente não o sejam ou que não o sejam nos termos habitualmente mobilizados pelos profissionais da saúde. Muitas vezes essas interpretações acabam constituindo versões oficiais institucionais e gerando diagnósticos de “depressão”. Vale ressaltar que ocorrem casos episódicos de violência doméstica entre os Wajãpi, mas de forma alguma isso pode ser naturalizado como fazem alguns relatos. O aumento desse tipo de violência parece estar relacionado à ingestão mais frequente de bebidas alcoólicas dos não-índios, mas para comprovar tal afirmação seria necessária uma pesquisa específica e cuidadosa. Os Wajãpi se protegendo dos preconceitos vigentes, costumam se manter bastante discretos sobre seus modos de beber. Mas, quando fortemente indagados, respondem que isso faz parte da cultura (reforçando a interpretação equivocada da naturalização). O que parecem dizer através dessa justificativa é que “a cultura” é ainda um lugar de amparo e resguardo frente aos julgamentos morais e interferências dos não-índios. Se por um lado, os Wajãpi se resguardam, por outro sofrem duras críticas dos profissionais de saúde que justificam que os médicos acabam optando por condutas equivocadas pelo fato de desconhecerem o que ocorreu de fato com o paciente, conforme apontam os dois relatos abaixo.

“Quando chega aqui a mulher já está tão machucada, que ela chega aqui e ela não vai falar. Ela vai contar uma história que caiu, que bateu. Mas aí quando a gente vê que a situação não é só um baque,

que não é só uma queda, aí a gente vai começar a indagar. Que foi isso mesmo, conta logo, conta a verdade, a gente precisa saber. Porque quando chega no médico, se o médico ver ele também vai achar que não é. Então, para que o médico faça o trabalho direito dele, a gente precisa dizer o que está acontecendo. Porque senão depois ele vai fazer um trabalho errado e você vai dizer que a gente que não prestou assistência que deveria”.

“Nesse ponto eles ainda tem a cultura deles, entendeu? Então eles ainda batem muito nisso. Que é a cultura deles e a cultura precisa ser respeitada. Mas assim, para nós quando chega, a gente teve um caso recente de agressão física que houve fratura de crânio, tudinho. Assim, o paciente veio de lá contando uma história, que era uma árvore que tinha caído na cabeça, só que veio duas agredidas. Para uma árvore cair na cabeça, para bater as duas... Então a história foi furada. Levamos para o hospital com essa história, que eles chegaram contando. Chegou lá o médico também achou que não era. Mas como a gente que acompanha, a gente que diz, e ele acabou acreditando no que a gente fala, mas por trás ele tem as suas dúvidas, né? Depois a história dele veio à tona, aí o médico depois que fez o procedimento, ele disse: “Olha, como... como vocês já falaram que realmente foi uma agressão, foi uma... foi uma paulada, fazendo corte, provavelmente esse procedimento que a gente fez, ele vai abrir. Essa sutura que a gente realizou vai abrir. Porque já tinha passado o tempo da sutura; então se eu soubesse que era isso, eu já não tinha mais feito o procedimento. Teria tido outra conduta”.

“A mulher, ela não admite que foi agredida”

“O pessoal brinca que na cultura do índio, se o indígena, se o marido, o índio não bate na esposa, é porque ele não ama ela. Entendeu? Então o pessoal até brincar por conta disso”.

“Tem vezes assim, quando chega espancada pelo marido. Me revolta, me revolta, me revolta mesmo. Às vezes eu chamo elas: “Não deixa ele te bater, dá porrada nele.” Mas para mim, eu não acho que seja a cultura, a pessoa ter que apanhar e dizer que é normal”

- 3) *Gravidez na adolescência, baixo peso das crianças e atraso no desenvolvimento infantil.* Os três elementos mobilizados, bem como suas conexões, parecem contribuir para uma apreensão bastante equivocada de aspectos que compõem o modo de vida wajãpi. Os Wajãpi não consideram uma jovem que já menstruou pela segunda vez como uma adolescente e sim como uma jovem adulta. Quando os jovens se casam *“devem possuir conhecimentos suficientes à sua sobrevivência e ser capazes de constituir seu próprio grupo de substância”* (Rosalen, 2005:76). A crítica de que os jovens não estão preparados para assumirem suas novas responsabilidades, parece dizer respeito mais a nossa sociedade – e sua extensão da adolescência – do que a dos Wajãpi. O baixo peso é bastante pontual e aparece, em geral, diretamente relacionado a crianças que possuem problemas de má formação ou necessidades especiais. Esses dois problemas podem vir a ter efeitos sobre a questão do desenvolvimento da criança que passa a apresentar baixo peso. A fala desta profissional de saúde inverte a lógica, para realizar fundamentalmente uma crítica a dois aspectos da cultura wajãpi: o exercício da sexualidade e o casamento de jovens. Vale ressaltar que a fala dessa profissional surgiu em meio à discussão de alguns casos de crianças que apresentam quadros complexos de má formação e que possuem prescrição de psicotrópicos.

“E a gente nota que nos Wajãpi, esse retardo no desenvolvimento ele também é influenciado muito pelo baixo peso. Tem crianças que não conseguem andar, que não consegue iniciar essa fase... essa fase de engatinhar, de começar a andar, devido ao baixo peso que eles apresentam. E aí essa fase para eles demora a chegar, entendeu? Por que para nós é uma fase naquela faixa da entrada de um a dois anos, aquela criança, ela precisa começar a ter esses primeiros passos de engatinhar, para passar para o andar e tudo mais. E a gente nota que

nos Wajãpi, esse... esse processo demora um pouco mais. Então quando eles vêm para cá, a gente observa muito isso. A criança vem com baixo peso e a gente vai conversar com a mãe, vai conversar com o pai. Ela disse que a criança não anda. Ela disse que a criança não... até não senta. Entendeu? E aí a gente nota esse atraso. São casos pontuais. A gente vai buscar a história e nota que a mãe que é muito novinha, que ficou grávida muito cedo e acabou tendo que assumir uma responsabilidade de mãe que ainda não tinha. E o marido que também acabara não ajudando. Porque é novo e não quer ter essa responsabilidade”.

- 4) *O sistema de agressão xamanística wajãpi é percebido, em geral, como crença.* Em vários relatos dos profissionais de saúde e, também, nos prontuários é comum verificar referências às manifestações provocadas pelos estados alterados enquanto “fantasias”, “histórias criadas”, “crenças”, “medo da cabeça deles”, etc. Há, portanto, não somente um desconhecimento da cosmologia wajãpi, mas essencialmente uma desvalorização – e infantilização - da mesma em contraposição ao que é considerado real (objetivo) e racional. O mais interessante é que muitos profissionais de saúde são evangélicos e têm seus não-humanos (não objetificáveis) compondo diariamente e produzindo efeitos sobre suas vidas da mesma maneira que ocorre junto aos Wajãpi. Os comentários que aponto abaixo acabam fazendo com que os Wajãpi evitem explicar seus problemas em seus próprios termos.

“Tem umas histórias aí que eles criam, né? Que eles pensam que é... é espírito, que é não sei o quê. Tem outras histórias também que eles falam, quando estão doentes, né?”.

“Agora eles têm umas histórias, né? Um medo. Umas coisas assim que de vez em quando a gente ouve também. Tem medo de alma, tem medo de não sei de quê, sabe? Isso é complicado na cabeça dele também, né? Eu acho que... gera mais tensão na cabeça deles, né?”.

“Então eles fantasiam muito as coisas... que às vezes o espírito tirou alegria deles... que alguém tirou a alegria deles”.

- 5) *Suposição de que problemas que ocorrem em algumas famílias específicas podem estar relacionados ao fato que os “Wajãpi casam com parente”.* Ainda que os Wajãpi já tenham incansavelmente explicado que existe uma classificação para parente (*etãrã*) e não-parente (*etãrã rowã*) e que eles não casam com parente, a saúde continua insistindo nesta tese. Em uma das situações levantadas, um casal possui 4 filhos e todos apresentam crises convulsivas. Ao conversar com o pai dessas crianças, mais uma vez ele explicou que sua esposa não é sua *etãrã*.

“Então chama para meu sogro ‘irmão’. Na verdade, não é nem irmão. Por que não conhece o pai, a mamãe dela é diferente, é outra. Karaikõ não sabe. Acha que é irmão, por isso que o pessoal fala você casou com filha do irmão da sua mãe, por isso nasceu a criança assim. O jeito de karaikõ explicar isso aí. Doença para mim é quando aparece uma dor de cabeça, uma tonteira, aí é doença. Já é outra coisa. Que não é nem de doença. A pessoa que faz para o outro, pode ser o dono da água, dono da terra que faz uma coisa assim”.

“A filha do irmão da nossa mãe não é parente, então a gente pode se casar com ela. Com a filha do irmão do nosso pai não podemos casar, porque sabemos que é parente.” Assim que um grupo de pesquisadores wajãpi, com a colaboração de alguns professores wajãpi, explicou em seu livreto *“Jane reko mokasia. Organização social Wajãpi”* anos atrás, essa questão para os não-índios. A despeito disso, continua sendo posta em pauta e até em proposta de investigação científica.

“Nos Wajãpi, agora que eu estou vendo, tá tendo, está aumentando o caso de Down, Síndrome de Down, você já percebeu? Tá aumentando... são várias patologias... Então, o que o médico associou que há a possibilidade de ter alguma coisa a ver com grau de parentesco. Até ele falou, algum médico falou que pode ser genético... o pessoal veio aqui fazer um estudo com a família do J.. Porque eles

[ele e a esposa] eram irmãos, né? Por isso que os filhos deles nasceram com problema. Olha, eu sei boato que ela era filha do T. né? Mas eu não sei, mas era isso que eles iam investigar”

- 6) *Não são dotados de racionalidade ou que a cultura é mais “primitiva”. Ainda que isto tenha aparecido mais fortemente no relato de um médico, resolvi apresentar. É interessante notar que esse tipo de declaração da irracionalidade costuma vir das mesmas pessoas que consideram os Wajãpi “primitivos”, orientados que estão por um paradigma evolucionista do séc XIX. A “perda da cultura” na fala deste médico aparece como um fator desorganizador, assim como o consumo desmedido de bebidas alcoólicas. Foi este mesmo médico que declarou que os pacientes indígenas não sabiam se expressar com coerência e que não havia nenhuma diferença em atender pacientes indígenas e não-indígenas. Talvez, de fato, para ele não haja. Os pacientes que vi entrar em seu consultório não levavam mais do que 10 minutos para sair com uma receita ou pedido de exame em mãos. Gente simples, que antes das 6 horas da manhã já estava na fila para pegar uma senha de atendimento.*

“Quando a pessoa está desorganizada ela faz as necessidades em qualquer lugar, anda nua, apesar que lá eles já fazem assim. Também tem o problema de perda de cultura e que bebem muito. Talvez esses problemas sejam desencadeados por isso. Porque todas as vezes que eu encontro eles na rua estão alcoolizados”. (N1)

- 7) *Atendimentos médicos preconceituosos.* Com certa relutância resolvi apresentar estes dados. Relatados a mim por uma técnica que trabalha há bastante tempo na TIW, serviu para me preparar para enfrentar o campo médico. Os dois exemplos apresentados não estão relacionados aos especialistas voltados à saúde mental, mas fiquei a pensar que não seria difícil encontrar profissionais descompromissados, antiéticos e com preconceito de atender pacientes indígenas. Não são poucos os relatos dos Wajãpi, nos mais diferentes atendimentos, que explicitam esse tipo de postura. A narrativa abaixo dispensa legenda.

Tem médico, que ele não suporta índio. Ele atende por que é obrigado a atender, sabe? Outro dia eu ouvi um absurdo a respeito de uma paciente que foi levada ao hospital de emergência para fazer a retirada de um pino. Ela tinha fraturado o braço e tinha ficado com esse pino um tempo, e já era para ele retirar. E quando eu cheguei, a médica disse: “Ah, tá, é uma índia, isso daí a gente tira sem anestesia mesmo. Não é verdade que índio não sente dor?”. Eu disse: “Não, doutora. A senhora está muito enganada. Porque índio é um ser humano como eu e como a senhora.” Ela ficou toda sem jeito. Que ela achava que era índia e tinha que tirar sem anestesia. Então tem coisas assim. Outra vez foi um médico, um médico até conceituado, que disse que não atendia, que não ia atender o paciente. “Mas doutor, por que o senhor não vai atender? Eu quero que o senhor explique, no prontuário do paciente, porque que o senhor não vai atender”. “Não vou atender. Você já ouviu essa expressão: ‘É muito fácil foder com o pau dos outros?’”. Ele usou essa expressão como eu estou te falando. Nesses termos. “Mas doutor por incrível que pareça estou ouvindo isso do senhor, um médico. Nunca tinha ouvido um doutor, como o senhor, como médico falar isso, mas o senhor não pode fazer isso. Isso é omissão. O senhor está sendo omissos para atender o meu paciente”. “E se o senhor não colocar aqui no prontuário dele porque o senhor não vai atender, eu vou sair daqui e eu vou até uma delegacia registrar uma ocorrência contra o senhor.” Ele ficou demais sem jeito, demais sem jeito. Aí ele falou pra mim: “Não, sabe o que é? Esse procedimento que teve esse paciente, foi um outro médico que fez. Quer dizer, eu vou ter que corrigir o que ele fez?” “Não, doutor. Eu não estou pedindo para corrigir, eu só estou pedindo para o senhor relatar aqui porque que o senhor não vai atender o paciente. Eu tenho que ir na chefia, eu tenho que prestar contas lá desse paciente. O que eu tenho que fazer com ele e porque que não foi feito”. Daí ele anotou, ele anotou que ele não estava podendo atender, porque ele não sabia da história do paciente e tal. Que era uma desculpa dele, porque o histórico do paciente já vinha

na hora. A gente encontra muita dificuldade. Eu já encontrei colegas, assim, técnicas de enfermagem que trabalham na parte do hospital, dizendo: “Eu não suporto índio”.

3.2.4. Entre arquivos e prontuários

“O prontuário, ele é muito objetivo e técnico. O que eu sinto um pouco é que é muita medicação, exames. E não tem uma coisa que eu acho essencial, que eu também já sugeri, que é a anamnese. A anamnese é a história de vida do paciente. Se não tem uma anamnese, é muito difícil a gente conseguir fazer um estudo daquele prontuário. Então tem que ter uma anamnese” (psicóloga).

Este relato revela exemplarmente o que compõe os prontuários: são conjuntos de documentos onde são registrados todos os cuidados de saúde prestados a um determinado paciente no decorrer de sua vida. Através destes é possível perceber inúmeras narrativas e interpretações de diferentes profissionais de saúde acerca de uma determinada situação. Não tive tempo hábil de realizar uma análise cuidadosa dos mesmos, nem de aprofundar um estudo da bibliografia já existente a esse respeito, mas ainda assim posso dizer que, o pouco que pude me apropriar, foi fundamental para subsidiar as análises que realizo nesta tese.

Entre 2016 e 2017, realizei um levantamento minucioso dos prontuários de pacientes wajãpi nos arquivos da CASAI Macapá. Busquei os casos considerados psiquiátricos e com transtornos neurológicos. Em realidade, estas duas classificações aparecem indistintas tanto nos arquivos, quanto na lista fornecida pelo DSEI de pacientes que fazem uso de medicação controlada. Para realizar tal levantamento, obtive apoio de vários funcionários. Devido a uma autorização formal da gestora do DSEI AP e, também, estando autorizada pelas famílias dos pacientes, pude fotocopiar parcialmente cerca de 30 prontuários. Nestes procurei levantar as referências (ou encaminhamentos) dos pacientes elaboradas pelos técnicos de enfermagem que atuam na TIW e as contra referências da CASAI que voltam para a equipe de saúde na TIW, as fichas de evolução e registros de enfermagem, os encaminhamentos médicos, as fichas

de controle de medicamentos, exames e laudos médicos e ainda documentos referentes a tratamentos fora de domicílio (TFD) e processos que circularam entre o DSEI e o MPF.

Em uma primeira sistematização desse material, criei tabelas específicas por paciente apresentando as seguintes informações: paciente, aldeia, médico, diagnóstico, data, medicamentos, exames e observações. As tabelas me forneceram um panorama geral da situação de cada paciente, mas também me possibilitaram apreender informações mais específicas. Por exemplo, o caso de um paciente com 5 anos de tratamento, que foi avaliado por 7 especialistas. A construção das tabelas se mostrou extremamente trabalhosa, já que as informações encontram-se pulverizadas, desconstruídas e por vezes interrompidas, nos vários documentos consultados. Algumas anotações que parecem meramente detalhes são de extrema relevância para o entendimento do percurso do paciente. Cito alguns exemplos desses pequenos detalhes com fortes implicações: a falta do remédio por 30 dias na aldeia, a demora na reavaliação médica; a recusa do paciente de ir à consulta ou tomar os medicamentos e o fato do médico prescrever injetável ao invés de medicamento VO (via oral).

O processo de intensa medicalização está presente de forma ostensiva em todos os prontuários referentes tanto a transtornos psiquiátricos quanto a transtornos neurológicos. Há raríssimos casos de suspensão dos medicamentos pelos médicos (como já apontei no início deste item). Este é um dado importante que revela a falta de acompanhamento dos pacientes, bem como de seus tratamentos. O mais comum são os próprios pacientes alterarem a posologia ou suspenderem a medicação. Outra consideração interessante a se fazer, é que para os pacientes o desconhecimento do diagnóstico não coloca em xeque o uso dos medicamentos. Dessa forma, os diagnósticos quando são fechados, ficam bastante restritos aos prontuários e, pouquíssimas vezes aparecem nas contra referências. Vale ressaltar que o que subsidia o fechamento dos diagnósticos são fundamentalmente as informações contidas nos prontuários, mas estas são bastante específicas e se limitam a apreensão dos sinais vitais e a descrição de comportamentos considerados ‘patológicos’. Nos prontuários, há pouquíssimas anamneses, ou seja, há poucas informações acerca da história dos pacientes. Procurei através de entrevistas com alguns profissionais da saúde entender porque isso ocorre. As respostas, para além de um determinado *modus operandi* local, reportam as dificuldades com a língua e a deficiência das traduções, o desconhecimento de aspectos da cultura wajãpi, bem como a presença insistente estigmas e preconceitos.

No entanto, é importante dizer que o prontuário apresenta também um recorte bastante seletivo da fala dos pacientes. A atenção se volta, fundamentalmente, às queixas acerca dos sintomas. Ainda que haja esta seleção, outros elementos aparecem discretamente. É o caso, por exemplo, das explicações para a recusa de medicamentos ou ainda os pedidos de retorno para a aldeia, uma vez que o cônjuge não está acompanhando o paciente na CASAI.

Outros dados a serem melhor explorados nos prontuários são as composições realizadas pelos profissionais de saúde, mesclando informações advindas dos pacientes e seus familiares e suas próprias interpretações das situações. De forma a ilustrar esse tipo de procedimento reproduzo abaixo duas anotações a esse respeito.

Segundo informação confidencial de sua esposa este paciente tentou assassinar sua filha hoje á tarde, por este motivo encaminhei o mesmo para avaliação psiquiátrica no HE; foi avaliado, trouxe receita, realizou ECG, administrado Prometazina IM, relata problemas culturais em sua aldeia, por isso agride sua filha e esposa, solicito avaliação da psicóloga M.;

(...) No dia 26/08/2014 com consulta agendada para atendimento no Centro de Apoio Psicossocial (CAPS III), o indígena se recusou a ir para o atendimento e por várias ocasiões o mesmo fica exposto ao sol por longo período, recusando-se a sair quando lhe é solicitado, no período noturno fica exposto à lua, sempre em posição de adoração e com isso causa transtornos aos indígenas da mesma etnia no momento de voltar à maloca e, de acordo com os acompanhantes, o mesmo recusa a alimentação oferecida e joga fora o medicamento que lhe é dado.

Se o paciente (ou a família) pudesse interferir no texto do técnico, refutaria certamente a afirmação de que tentou ‘assassinar’ a filha. Diria ele, que o que vira naquele contexto não era sua filha, e sim ‘jurupari’. E, também, contestaria a noção genérica de ‘problemas culturais’, porque, não se trata culpabilizar a cultura pela presença do malefício. Explicaria que estava tendo seu princípio vital roubado ou

canibalizado por algum pajé (-jarã ou humano). Ainda sobre essa mesma situação, um parente desse paciente explicou:

“Ele não vê a gente como a gente, vê muito diferente, como se fosse jurupari, aí ele falou [para esposa]: não você está trazendo minha comida... ele diz que quando mulher dele dá comida pra ele no prato, diz que tá levando tapuru, que é larva... então por causa disso que não quer mulher dele... aí começa a falar mal da mulher dele... Aí mulher dele falou: cadê tapuru não tem na comida. Tá aqui e jogou [a comida], começou a bater, queria bater né, diz que vê comida dele como se fosse estragada, aí começa a discutir, aí quer bater mulher dele, aí ele quer pegar filha dele também...”

Na segunda fala, o fato do paciente estar exposto ao sol e a lua, não significa que esteja ‘em posição de adoração’. De qualquer forma, é com esses elementos díspares e confusos que são produzidas as informações e interpretações que compõem o histórico do paciente e subsidia a construção dos diagnósticos das doenças e seus tratamentos.

Além deste conjunto de anotações, têm-se também os exames – tomografias, raios X, eletroencefalograma, etc. – que ocupam grandes porções dos prontuários. Uma primeira impressão é que esses exames vão, de fato, poder dizer algo ‘objetivo’ – através de indicadores, números, gráficos, imagens – a respeito dos comportamentos anormais do paciente. Porém ao folheá-los as respostas são quase sempre as mesmas: “resultados dentro dos parâmetros de normalidade”. Um dos médicos ao ser questionado sobre isso esclareceu que

“Este tipo de transtorno aí, de natureza mental, psicológica, psiquiátrica, não tem exame de laboratório ou de imagem que dê um diagnóstico. O diagnóstico é eminentemente clínico, entendeu? com acompanhamento dos sinais, dos sintomas, dos comportamentos, dos pensamentos, né? das reações, do funcionamento da pessoa, então o diagnóstico é clínico mesmo, não tem nenhum exame que detecte; os exames são para você excluir outros problemas, outras situações, que poderiam estar causando um quadro desse” (grifos meus).

Se segundo o psiquiatra acima, os exames, não determinam os diagnósticos, para os pacientes wajãpi, tais exames operam outros sentidos. As máquinas que os produzem são percebidas, como Oliveira (2012) ressalta, não apenas como meros artefatos tecnológicos, mas como extensões do corpo do médico e que possibilitam uma magnificação de sua visão.

“O microscópio (e tantos outros objetos) opera uma mudança substancial na percepção, e, portanto, no corpo do sujeito cognoscente, que pode ser entendida como análoga à aquisição e manutenção dos opiwarã e dos espelhos do pajé wajãpi. Trata-se de fazer um sujeito adequado à prática do saber científico por meio de extensões e modulações de um substrato corporal. Nesse caso, o microscópio deixaria de ser um intermediário tecnológico, para ser entendido como um elemento acoplado ao corpo, que possibilita uma magnificação da visão. Assim, em ambos os casos, sugiro que a construção das capacidades para conhecer, passa por uma construção de um sujeito apto a conhecer. (Oliveira, 2012:67)

De fato, quando os exames não detectam nada, os pacientes wajãpi costumam dizer que os *karai kō* não sabem [ou: não são capazes de saber] o que a pessoa tem. Tem-se que exames e máquinas podem revelar tanto (bio)poder, quanto limitações de nossa ciência e de nossos modos de conhecer. Isso, sem dúvida nenhuma, tem gerado inúmeras reflexões nos pacientes que a eles se submetem.

Por fim vale dizer que os prontuários estão sempre em construção, fornecem novas pistas e sugerem várias composições e interpretações. Revelam inúmeras narrativas, ainda que algumas ganhem mais relevâncias que outras. E por mais inertes que pareçam, são atores fundamentais para o entendimento do processo de elaboração dos diagnósticos, dos tratamentos, da construção de doenças e dos efeitos disso tudo sobre o viver.

3.3. Perseguições e benzimentos: os curandeiros regionais

Neste item, pretendo discutir a opção encontrada por algumas famílias wajãpi de tentar resolver os estados alterados de seus parentes através da atuação dos curandeiros regionais¹⁵⁹. Vale notar que esta possibilidade foi considerada após algumas famílias tentarem práticas de tratamento mais convencionais (pajé e biomedicina), mas não obterem sucesso. De fato, as famílias têm, pouco a pouco, ampliado seu acervo de possibilidades, através da incorporação dos curandeiros, pastores e missionários.

A opção pelos curandeiros regionais foi ativada a partir das relações com os não-índios em diferentes contextos: nas cidades (Macapá, Pedra Branca do Amapari, Serra do Navio, etc), nos assentamentos e vilas da Perimetral e também na própria Terra Indígena (via funcionários da FUNAI, SESAI, etc.). Estas trajetórias são explicitadas nas falas de vários interlocutores.

“(...) Aí um cara da FUNAI falou que tem um curandeiro na Pedra [Branca] (...) Ele diz que ele cura muitas pessoas alucinadas, ele falou que curandeiro curou... diz que sobrinho dele curou, diz que estava muito agitado, gritando, caindo no chão, aí levaram para ele amarrado ainda, todo amarrado, chegou lá, fez tratamento e depois passou isso”.

“(...) Lá em Macapá tem uma mulher que ela mora lá no Curiaú, é negra... eu tava conversando com dono do hotel sobre minha filha (...) aí ele falou, lá tem curandeira, só que agora ela tá meio idosa já, ele falou, quando ela é assim jovem, ela curava muito rápido, diz que quando pessoal desmaia, ela cura rápido... diz que vê pessoa longe assim, ah esse espírito mal tá fazendo isso... tira logo e a pessoa começa a ficar boa”.

¹⁵⁹ Langdon (2012:68) ao analisar um contexto específico de relação entre xamanismo, curandeirismo e práticas biomédicas –povos Sibundoy e Siona na Colômbia –, ressalta que o fenômeno do *curandeirismo* é resultado de uma articulação entre diferentes práticas terapêuticas ‘mestiças’ construídas historicamente na interação com conhecimentos indígenas. Apesar da distância cultural e processos históricos distintos, é possível sugerir a existência desse mesmo tipo de articulação conceitual entre o sistema xamânico wajãpi e os dos curandeiros.

“Lá no Tucano (assentamento próximo a TIW), uma mulher diz que curou outra coisa assim, se não é ajã muito forte”.

É interessante notar que para além da intensa rede de relações que tecem com os não-índios, os interlocutores wajãpi acessam um conjunto expressivo de malefícios tratados pelos curandeiros (alucinação, desmaios, espíritos, etc). Estes, por si só, mereceriam um estudo específico, algo que não tive tempo de realizar nesse momento. Ainda assim, consegui entrevistar dois dos três curandeiros indicados pelos Wajãpi em Pedra Branca e no assentamento Tucano II. Já a curandeira do Curiaú, por não ter sido acessada por famílias wajãpi, não incorporei a pesquisa. Acredito que a não procura por essa curandeira se deve especialmente pela dificuldade de locomoção até o Curiaú, comunidade quilombola próxima a Macapá.

Início o relato com o curandeiro que vive em uma pequena cidade, que fica há 2 horas de distância da Terra Indígena Wajãpi. Em 2016 juntamente com o irmão de T., contatei o Sr. J. Nascido em Saint-Georges (Guiana Francesa), filho de mãe branca da Guiana e pai negro vindo do Suriname, imigrou ainda criança para Macapá, e foi obrigado pelo pai a largar os estudos e ir *para mato* trabalhar nos garimpos da região. Aprendeu a arte de curar observando o pai, desde quando era muito jovem.

“(...) Meu pai era bom de curar as pessoas, mas ele não me ensinava nada... ele não dizia nada... ficava só me olhando, rapaz tu vai saber de muita coisa ainda... aí eu ia só olhando (...) isso eu trouxe já é um dom que Deus me deu (...)”.

Atualmente Sr. J. mora em uma pequena casa na cidade de Pedra Branca do Amapari, onde cultiva suas plantas no quintal e atende quem o procura, sem distinção.

“Olha, eu já tenho tratado de muita gente aqui... desde [quando eu era] jovem mesmo, olha tem vez que chega gente aqui com braço, com coisa tudo fora do lugar, só corre aqui comigo”.

Nem todos os trabalhos ele cobra para fazer, como é o caso dos benzimentos em crianças que choram muito e se assustam facilmente.

“Pra criança assim, isso aí já é diferente, quando vem criança assim pra mim fazer isso, eu não cobro, aí a pessoa me dá um agrado sabe,

mas eu não posso cobrar...isso eu trouxe já é um dom que Deus me deu”.

Segundo Sr. J. há dias específicos da semana para se realizar os tratamentos, o que parece revelar um diálogo mais próximo com outras religiões: originárias de vertentes africanas (na qual os dias da semana estão relacionados aos orixás)¹⁶⁰, com o cristianismo (que têm na Sexta-Feira da Paixão ou Sexta-Feira Santa a lembrança da crucificação e morte de Jesus Cristo no Calvário) ou até mesmo com o Islã (para o qual a sexta-feira – Jummah – é considerada um dia abençoado, de congregação e de festa – Eid – para os muçulmanos) .

“Trabalho bom mesmo só é dia de sexta-feira, eu faço trabalho dia de sábado, domingo, mas trabalho melhor é dia de sexta”.

Para realizar trabalhos mais difíceis e com adultos, ele costuma fixar um valor por todo o tratamento que recobre um determinado período de tempo e precisa ser realizado até o final.

“Eu faço logo o trabalho, a coisa já vai mudando, faço primeiro, depois torna a fazer mais outro [trabalho], aí usa 3 banhos que eu dou na pessoa pronto, pra acabar mesmo (...) tem que marcar pra ele retornar aqui de novo(...) aí, por exemplo, [se faz] na sexta-feira agora, aí passa na outra [sexta-feira], aí se der para trazer na outra sexta-feira, aí é bom não dá muito tempo [entre os trabalhos] ...já vem de novo ... 3 vezes (...) [depois] difícil disso voltar, não volta não, depois que faz, que afasta tudo, não pega mais não”..

Segundo o irmão de T, o Sr. J. foi procurado pela primeira vez. após uma tentativa de tratamento com o pajé na TIW. Já outros familiares relataram que a procura pelo curandeiro se deu após uma fase de internação compulsória de T. em Macapá, da qual saiu e logo teve seu estado profundamente agravado. Independentemente do momento, T. já havia, de fato, passado tanto no pajé, quanto no psiquiatra. De forma a

¹⁶⁰ Segundo Prandi (2001:47) “Os afrodescendentes assimilaram o calendário e a contagem de tempo usados na sociedade brasileira (...) Cada dia da semana, agora a semana de sete dias, é dedicado a um ou mais orixás, sendo cada dia propício a eventos narrados pelos mitos daqueles orixás, por exemplo, a quarta-feira é dia de justiça porque é dia de Xangô”.

justificar a procura pelo curandeiro e, ao mesmo tempo, não deslegitimar o trabalho do pajé, o irmão de T. explicou que

“(...) o pajé não vê essa doença, doença que o curandeiro karaikõ cura e vê... pajé não vê não... só o curandeiro que vê isso, é outro tipo de doença (...) curandeiro pajé enxerga é outra forma (...) Agora o pajé vê outra forma também, é muito diferente desse curandeiro do karaikõ, então ele não consegue acompanhar esse”.

Diante de minha insistência em compreender melhor essa distinção entre as diferentes visões do curandeiro e do pajé, o irmão de T. procurou definir os domínios específicos de relação: os curandeiros *karaikõ* tratariam de alguns malefícios provocados por *jurupari*, *taywerã*, *tipo de ajã*, enquanto o pajé resolveria outros tipos de agressão enviados por *-jarã* e pajés humanos ou provocados por *taywerã* (espectro de mortos).

“(...) eu acho esse, do pajé karaikõ, curandeiro, ele tá cuidando pessoa muito grave, é diferente de awyry... (...) pode ser jurupari, nós chamamos, é esse que tá fazendo mal pra pessoa, esse taywerã que faz mal pra pessoa, esse curandeiro karaikõ cuida, trata aliás... outro tipo de ajã (...) outro tipo de taywerã que o pajé wajãpi cura (..) de quando a pessoa morre (...) agora o pajé do curandeiro ele vê é outro ajã, jurupari, pode ser jurupari faz mal pra pessoa (...) pode fazer mal pra pessoa morrer, até pra levar”

Após chegarmos a casa do Sr. J., e durante a conversa, esta distinção foi aos poucos se dissolvendo. Foram surgindo aproximações e continuidades entre os conhecimentos e lógicas em diálogo (xamanismo wajãpi e curandeirismo) e que passaram a fornecer pistas da inteligibilidade e da legitimidade emprestada pelas famílias wajãpi aos tratamentos empreendidos pelo curandeiro¹⁶¹.

Entretanto, também apareceram descontinuidades importantes.

¹⁶¹ Langdon (2012:69) ressalta que “é difícil delimitar uma fronteira clara entre xamanismo e curandeirismo; ambas as tradições partilham conceitos etiológicos similares, os mesmos pacientes e, amiúde, os mesmos métodos”.

“(...) até ele [curandeiro karaikō] contou que tem uma árvore grande Sapopemba, ele falou, até a gente pelo que ele falou, a gente percebe, é o kurupira... até ele falou, tem a árvore Sapopemba é muito grande, que faz barulho a noite, então esse pegou alma do T, ele falou... aí já pensamos, árvore grande é yvyrapirã (...) então diz que esse que pegou a alma do T (...) é forte, diz que não quer largar ele, isso que ele falou... logo quando nós estava carregando e levamos [o T] na sala, ele [curandeiro] percebeu, aí eu sei que esta árvore, dono do Sapopemba pegou ele, falou (...) até o T. depois falou quando ele ficou bom, lembrando um pouco que ele matou uma caça, né? Por causa da caça que [dono da Sapopemba] fez mal pra ele”

Vale destacar que esta explicação foi fornecida pelo Sr. J. ao irmão de T, quando foi realizado o primeiro tratamento. Em nossa conversa posterior, foi extremamente discreto acerca de seus conhecimentos, designando para nós, em termos bastante genéricos, o problema do jovem:

“(...) olha, ele não tá com boa coisa não, tem uma coisa que tá perseguindo ele, negócio mal... olha eu fiz assim, fiz um banho pra ele, dei uma benzida com tudo, banhei ele todo, aí eu disse, bora vê rapaz, o negócio já tá afastado (...) ele já saiu melhor, mas ainda falei pra ele, eu disse: olha você tem que vir mais aqui para eu acabar de tratar bem, mas num veio... uma vez afasta, fica melhor, mas não afasta de uma vez (...) olha essa coisa ruim, é uma coisa mau mesmo (...) olha é de lá mesmo lá da mata... é um espírito mau”

Quando questionado acerca da designação fornecida ao *espírito mau da mata* Sr. J. respondeu que não poderia explicitar: *“tem [nome], mas eu não falo”*.

Já a respeito da possibilidade de acontecer este estado com outras pessoas, inclusive com não-índios, Sr. J. foi enfático: *“(...) isso aí não é só porque é índio não, qualquer pessoa pode dar isso aí”*, coincidindo mais uma vez com o que me disseram as famílias wajãpi sobre o poder dos não humanos em agir sobre todos, sem distinção.

O irmão de T. estava interessado em saber se o Sr. J. via *“espírito, dono da água, dono do rio, das árvores”*.

“ olha eu vejo isso sim... vejo... tem tempo que a sexta-feira, tem o dia, na sexta-feira eu vejo tudo, eu não falo nada...olha, teve uma vez aqui neste rio aqui, pessoal vinha, eu fazia um banho sabe, um banho pra mim mesmo e levava turma lá no rio pra banhar, quando foi numa vez, pessoal vinha de Macapá quando tava pessoal viajando, ah meu Deus fulano sumiu e agora, o pessoal reviravam tudo, caiu bem aqui, foram achar ele no outro dia... aí quando foi uma vez veio o dono desse rio e teve muito negócio comigo, ele me disse: olha nós vamos conversar um negócio... eu disse ‘vambora’. Ele disse: ‘olha eu sou o dono aqui, esse rio aqui quem manda nele sou eu... eu digo, você não tá fazendo boa coisa’. Eu disse: ‘não, mas eu vim aqui pra a gente acertar negócio, tu vai ficar com esse pé desse milho aqui, pra cá, eu não mando nada... agora daqui pra lá, você não vem prá cá’ foi aqui que aconteceu isso... aí meu amigo depois eu dei uma rezada e coisa mudou, pessoal vinha aí, tomava o banho, pulava dentro d’água, difícil pra dizer que morre mais gente, [antes] estava morrendo gente aí direto afogado...aí conversei, aí passou”.

Ficou claro para o irmão de T. que, assim como os pajés, o curandeiro também era capaz de negociar com os donos de outros domínios. Questionou também, quando o Sr. J. curava as pessoas, ele passava seu dom para a pessoa, em uma comparação explícita com o que ocorre no processo de reparação das agressões xamanísticas. Ao que o Sr. J. respondeu: *“olha nós vamos ver isso aí”*, revelando por fim que nunca havia acontecido de curar uma pessoa e ela ficar com *“dom”*. Entretanto, também deu a entender que o ‘dom’ poderia talvez ser transmitido, até pelo fato do rapaz já *“ver muita coisa”*.

O tratamento fornecido a T. pelo Sr. J. foi considerado bom, tanto pela família, como pelo curandeiro, pois conseguiu afastar o agente agressor. Segundo os mesmos, este só não se mostrou completamente efetivo por não ter tido a continuidade necessária, e pelo fato de T. não realizar resguardo.

Além do Sr. J., uma outra família wajãpi me contou acerca da tentativa de tratamento com uma curandeira, que mora em um lote no assentamento Tucano II. Segundo moradores do assentamento, ela é procurada para afastar *“coisas ruins”*,

“resolver problemas de parto”, “fazer garrafadas” e “benzer crianças”. Foi justamente devido a seu prestígio junto à comunidade que a família de To. resolveu procurá-la. Vale assinalar que To., assim como T., já haviam realizado tratamentos com o pajé (bem-sucedidos apesar da quebra das prescrições em ambos os casos). Lembro também que ambos foram medicados com psicotrópicos (“que só fizeram melhorar um pouquinho”). Porém, a *pajé karaikō* explicou que não tinha força suficiente para *matar sozinho ajã*. Nas palavras dos parentes de To.,

“A pajé do karaikō quer curar também ela, só que como ela tá sozinho, a pajé karaikō só olhou ela. Diz que tem um ajã maior que nós, tem ajã muito grande que é forte também, ela não vai conseguir matar sozinho, ela falou. Ela quer matar, mais não vai conseguir porque é muito forte. Disse: ‘esse ajã vai me matar, eu não vou aguentar ele’. Diz que curou outra coisa assim, quando não é ajã muito forte. Quando muito forte tem que três, quatro pessoas pra matar. Só isso que a pajé karaikō falou”.

É interessante notar que a curandeira parece ter utilizado uma linguagem acessível aos Wajãpi para falar da agressão que permitiu a família apreender algo que eles consideram similar a seus conceitos. Essa situação por sua vez, parece não ter surpreendido a família, que explicou o acontecido da seguinte forma: *pajé quando é fraco não consegue resolver o problema da pessoa. Mesma coisa com pajé karai kō*.

Mesmo sabendo que a curandeira não havia conseguido resolver o problema, resolvi, em minha última estadia em campo (janeiro de 2017) ir até o assentamento procurá-la. Não demorou muito para os assentados me indicassem quem era e onde morava essa senhora. Fui até lá, mas a curandeira não se lembrava do atendimento. Depois me contou que havia parado a algum tempo de atender porque estava cansada e também porque trazia muito problema para ela. Reclamou que as pessoas reclamavam e falavam mal de seu trabalho. Enfim, não consegui avançar muito na conversa, seja pela falta de lembrança do caso, seja porque, de fato, ela não estava mais interessada em falar sobre isso.

3.4. Se você crê, tudo é possível: interlocuções e experimentações de famílias wajãpi de narrativas e práticas de uma igreja evangélica em Macapá

Foi com estas palavras que fui recebida em uma das sedes da Igreja Quadrangular em Macapá. Frequentada esporadicamente por algumas famílias wajãpi, tem se apresentado como mais uma alternativa na tentativa de reversão dos estados alterados.

De matriz evangélica pentecostal, este segmento religioso enfatiza basicamente a experiência direta e pessoal com Deus, através do Batismo no Espírito Santo. O batismo representa a salvação e capacita àqueles que foram preenchidos com o poder do Espírito Santo, a servir, testemunhar e experimentar os dons espirituais descritos na Bíblia¹⁶². A designação Quadrangular diz respeito aos quatro pilares fundamentais do *ministério de Jesus na Terra: Jesus salva, Jesus batiza com o Espírito Santo, Jesus cura e Jesus voltará*¹⁶³. Diferentemente das relações com missionários da MNTB – que abordarei adiante – no caso da Igreja Quadrangular, algumas famílias wajãpi começaram a frequentá-la ainda que esporadicamente, quando passavam períodos em Macapá. Os primeiros acessos a esta igreja se deram por intermédio de pessoas que trabalharam na TIW e teceram relações de amizade com os Wajãpi. Segundo o pastor que entrevistei, quando ele assumiu a igreja, há oito anos, algumas famílias já a frequentavam.

“eles já vinham, já conheciam aqui... porque aqui tem 40 anos... aí quando X. foi para a igreja aí falaram eu também vou lá, aquela coisa toda... eles se apegaram muito com X., aí pronto, eles se apegaram, aí criou o vínculo, então assim eles vêm... Estes dois caciques eles vêm, quando eles vêm pra cidade aí eles vêm, trazem os filhos... Teve um

¹⁶² Os dons são citados em Coríntios 1 12:4-11: “A Trindade gera a comunidade – Existem dons diferentes, mas o Espírito é o mesmo; diferentes serviços, mas o Senhor é o mesmo; diferentes modos de agir, mas é o mesmo Deus que realiza tudo em todos. Cada um recebe o dom de manifestar o Espírito para a utilidade de todos. A um, o espírito dá a palavra de sabedoria; a outro, a palavra de ciência segundo o mesmo Espírito; a outro, o mesmo Espírito dá a fé; a outro ainda, o único e mesmo Espírito concede o dom das curas; a outro, a profecia; a outro, o discernimento dos espíritos; a outro, o dom de falar em línguas; a outro ainda o dom de as interpretar. Mas é o único e mesmo Espírito quem realiza tudo isso, distribuindo os seus dons a cada um, conforme ele quer”.

¹⁶³. Para citações bíblicas a este respeito e explicações acerca do símbolo colorido da Igreja Evangélica Quadrangular ver: <http://www.portalgrejaquadrangular.com.br/portalgrejaquadrangular-visao.asp>

dos filhos de um dos caciques que estava com esse problema de querer se matar e tal, aí depois ele veio e não trouxe mais o menino, mas normalmente eles vêm quando o problema está muito grave, quando tá pegando eles vêm”.

O pastor ressalta, contudo, que não existe uma frequência assídua, ainda assim alguns Wajãpi chegaram a participar de rituais, como o Batismo nas águas e experiências de libertação.

“Então, nós temos recebido alguns indígenas, inclusive tem dois caciques que vieram, que sempre vem aqui na igreja, até se batizaram aqui, que a gente tem o batismo nas águas¹⁶⁴... assim que eles vêm aqui na cidade eles me procuram, às vezes eles vem durante a noite, eles vêm durante o dia né e a gente ora... teve o filho de um deles que realmente estava com esse problema, né? Querendo se matar, meio perturbado que a gente chama, nós oramos e ele foi liberto, depois ele até testemunhou que ele foi liberto... Então eles tem uma confiança grande, quando tem algum problema assim que eles vão no médico, toma remédio e não resolve, eles já vem até nós e eles, o indígena, eles tem assim, uma confiança vamos dizer assim, na parte espiritual, porque você sabe, lá, onde eles moram, eles não tem recurso (...) mas eles tem uma vida, dependente de que? Dependendo só da parte espiritual, eles têm o pajé... até porque o ser humano, ele foi feito com essa condição, nós somos um ser que dependemos, nós sentimos a necessidade de algo espiritual”.

Segundo a visão do pastor, somente quando os Wajãpi não resolvem (ou resolvem parcialmente) seus problemas na TIW é que procuram outras possibilidades de tratamento. A seu modo de ver, a resolução do problema passa necessariamente pela libertação da pessoa dos ‘espíritos maus’. Questionei então o que seriam estes espíritos maus, ao que ele me respondeu através de uma história bíblica que narra a expulsão por

¹⁶⁴ Para assistir a um batismo na água ver: <https://www.youtube.com/watch?v=cF4MePpyMf8>

Deus de Lúcifer e da terça parte dos anjos do céu devido à soberba. Os anjos caídos - que odeiam o ser humano uma vez que este foi feito a imagem e semelhança de Deus - é que são denominados espíritos maus. Segundo o pastor, como estes anjos caídos não podem tocar em Deus, tocam em sua criação - nos seres humanos - e provocam muitas perturbações.

“Porém, eles só podem tocar no ser humano, eles só podem matar o ser humano, eles só podem se apoderar do ser humano, se o ser humano estiver desalienado com Deus, se ele estiver longe de Deus, se estiver sem Jesus, sem a presença do Espírito Santo(...)”

Questionei então se seriam estes mesmos ‘espíritos maus’ que causariam ‘perturbações’ nos Wajãpi.

“o que nós entendemos é que esses mesmos espíritos que foram expulsos do céu, eles enganam as pessoas, por exemplo, eles chegam nos indígenas, porque eles não tem muito conhecimento, eles chegam lá e eles se passam por qualquer espírito que eles [Wajãpi] acham que é bom, mas não são (...) a gente sabe que esses espíritos, que não são poucos, vivem perturbando as pessoas e eles são espíritos enganadores, que andam aí, em cada lugar de uma forma...”

Se por um lado o pastor reconhece que há, entre os Wajãpi, algo que ele denomina por ‘espiritualidade’ - o que fornece, através de sua perspectiva, um ponto de aproximação com a religião - por outro, ressalta que eles desconhecem a verdade bíblica. Sendo justamente a falta de aliança dos Wajãpi com Deus que propiciaria a

aproximação e a relação com os espíritos maus ou demônios¹⁶⁵. Questionei então acerca do que ele entendia como “espíritos” no caso dos Wajãpi.

“Olha, existem aqueles mais perigosos e existem os menos, mas todos querem manter a pessoa em uma cegueira espiritual, eles querem fazer com que eles creiam que eles têm poder. Eles até fazem uns sinais, fazem algumas curas para a pessoa ficar ligada, para a pessoa ficar amarrada, crê naquilo ali, entendeu? Mas no fundo, é maligno, tanto é que aí começa a acontecer essas coisas que a medicina não consegue explicar, que remédio não resolve, então a gente entende assim são todos espíritos maus, uma hora eles vão causar um problema (...)”

Almeida já havia chamado atenção de para o fato que as igrejas e missões pentecostais costumam considerar que:

“Qualquer cultura teria uma malignidade camuflada que geraria uma compreensão errônea do mundo, expresso na sua cosmologia, nas práticas rituais e no comportamento. O erro dos indígenas consistiria em não entender que seus espíritos são manifestações de seres malignos – o diabo e seus demônios” (2006:4).

Considerando que os Wajãpi estão possuídos – sendo os indicadores a não eficácia (etiológica e terapêutica) da biomedicina – faz-se necessário libertá-los. A libertação, por si só, é algo já densamente ilustrado pela Bíblia. O pastor enumerou as várias citações que dizem respeito a pessoas ‘perturbadas’ ou ‘possessas por demônios’ e, para as quais, a única maneira de ‘desaliená-las’ ou ‘libertá-las’ é através da intervenção de Jesus. Vejamos aqui dois exemplos apresentados pelo pastor.

¹⁶⁵ Segundo Garcia (2017) a “libertação” não é um evento, mas a manutenção da “caminhada” com Deus. Em suma, trata-se de um percurso que não visa à liberdade e à autonomia do indivíduo, mas sim à aliança com a divindade. Esta incita a violência do demônio, que busca abrir uma “brecha” na “abertura para Deus” que é própria da “libertação”.

“ (...) tem um caso na Bíblia de um homem, que seu filho quando ficava possesso se jogava no fogo, se jogava na água, então ele já não sabia mais o que fazer, ele já tinha levado para os médicos, para tudo que é lugar... chega para os discípulos, os discípulos também não conseguem resolver, aí ele chega para Jesus, Jesus diz a ele: ‘se você pode crê, tudo é possível a quem crê’, ele disse: ‘senhor eu creio, mas ajuda na minha incredulidade’ e Jesus então teve compaixão dele e libertou o filho dele, daquele espírito mal¹⁶⁶... noutro caso também na Bíblia, Jesus chegou em uma cidade chamada Gadara, tinha um homem que ele vivia possesso, por exemplo, se a polícia, vamos chamar assim, a polícia, as autoridades na época o prendiam, ele arrebatava e sumia, então todos tinham muito medo dele, tinha uma força sobrenatural, quando Jesus chega na praia, ele desceu lá, ele foi até Jesus e disse ‘o que tenho eu contigo’? Ele sabia que Jesus era alguém que podia derrotá-lo e Jesus disse: “sai dele”. ‘Então permita que a gente entre nos porcos’, então tinha os porcos e eles entraram nos porcos, porque Jesus permitiu, Jesus era soberano, a decisão dele... aí a pessoa ficou liberta e os porcos ficaram possuídos e se precipitaram no mar, se jogaram no mar¹⁶⁷”

¹⁶⁶ Apresento aqui a versão bíblica referente à citação do pastor. *A força da fé – Eles foram em direção à multidão. Um homem aproximou-se de Jesus, ajoelhou-se, e disse: “Senhor, tem piedade do meu filho. Ele é epilético, e tem ataques tão fortes que muitas vezes cai no fogo ou na água. Eu o levei aos teus discípulos, mas eles não conseguiram curá-lo!” Jesus respondeu: “Gente sem fé e perversa! Até quando deverei ficar com vocês? Até quando terei que suportá-los? Tragam o menino aqui” Então Jesus ordenou, e o demônio saiu. E na mesma hora o menino ficou curado. Os discípulos se aproximaram de Jesus e lhe perguntaram em particular: “Por que nós não conseguimos expulsar o demônio?” Jesus respondeu: “É porque vocês não têm bastante fé. Eu garanto a vocês: se vocês tiverem fé do tamanho de uma semente de mostarda, podem dizer a esta montanha: ‘Vá daqui pra lá’ e ela irá. E nada será impossível para vocês. Somente oração e jejum podem expulsar esse tipo de demônio (Antigo Testamento - Mateus 17: 14-18).*

¹⁶⁷ Reproduzo a versão bíblica referente à citação do pastor... *Jesus desalienta os homens – Quando Jesus chegou à outra margem, à terra dos gadarenos, foram ao encontro dele dois homens possuídos pelo demônio. Saíam do meio dos túmulos e eram muito selvagens, de modo que ninguém podia passar por este caminho. Então eles gritaram: “Que é que há entre nós, Filho de Deus? Vieste aqui para nos atormentar antes do tempo?”. Havia ao longe uma grande manada de porcos que estavam pastando. Os demônios suplicavam: “Se nos expulsas, manda-nos para a manada de porcos; e eis que toda a manada se atirou monte abaixo para dentro do mar e morreu afogada. Os homens que guardavam os porcos saíram correndo, foram à cidade e contaram tudo, inclusive o caso dos possuídos pelo demônio. Então toda a cidade saiu ao encontro de Jesus. Vendo-o começaram a suplicar que Jesus se retirasse da região deles. (Antigo Testamento -Mateus 8: 28 - 34). A nota presente na versão da Bíblia consultada explica que:*

Após ilustrar os fenômenos de libertação, explicou que os casos de possessão podem apresentar intensidades diferentes. Há possessões em que o espírito mal induz a pessoa a se matar e há outros em que só produz lapsos de consciência.

“(...) existe caso da pessoa se matar, em outros casos a pessoa ainda tem uma certa consciência, ela consegue se controlar... mas em alguns casos, tem pessoas que não conseguem se controlar e a pressão é tão grande, e o próprio demônio, o próprio espírito mal, ele vai induzir a pessoa a fazer coisas(...) por exemplo o espírito mal quando vem na vida da pessoa induz a pessoa a abandonar a família, induz a pessoa a fazer coisa errada, induz a pessoa a matar, induz a pessoa a se matar, às vezes”.

Alguns aspectos ressaltados pelo pastor e que dizem respeito ao fenômeno de possessão, podem ser aproximados, ainda que em superfície, a características de manifestações de agressão xamanística. Uma primeira característica a ser destacada seria a *força descomunal* que as pessoas possuídas e as pessoas wajãpi que apresentam comportamentos alterados apresentam. Nas palavras do pastor:

“(...) a pessoa fica possessa, ela tem uma força descomunal (...)eu já vi pessoa pegar um banco num dente e levantar”.

As palavras de um interlocutor wajãpi a respeito do que viu acontecer com o seu parente:

“Ele quer correr pro mato, então nós amarramos braço dele, pé dele, eu não sei, muito estranho... nós amarramos tudo assim em uma vara pra ele dormir, a gente fica ali do lado o que que vai acontecer com ele... amarramos o pé dele numa corda assim ...aí depois daqui meia hora de repente, não sei

“Para desalienar os homens, não existe limite de espaço (“aqui”) e de tempo (“antes do tempo”). Mateus mostra que Jesus realizou sua ação libertadora, mesmo que para isso tivesse que ‘invadir’ áreas pagãs, consideradas propriedade do demônio”.

como que desmancha todo essa corda, saiu tudo, como se fosse alguém foi lá e desamarrou (...) depois fizemos um tapiri, fechamos tudo com madeira (...) ele como se fosse encosta a mão dele na parede, tac, parede pula, pregada, tac, abre sozinha, fazer tac, parede cai, pá, pá pá pá”.

Uma segunda característica que poderia ser traduzida por ‘*não saber o que faz*’. Nas palavras do pastor

“o demônio toma a consciência dela, por isso que às vezes a pessoa, acontece da pessoa matar alguém ou a pessoa fazer alguma coisa ou a pessoa briga dentro de casa, daqui a pouco ela diz não, não sei, não vi nada”.

Já, para os Wajãpi, uma pessoa em estado alterado, em geral, *notekokuwai*, não lembra ou esqueceu tudo em virtude do processo de agressão sofrido. Como no caso acima, a pessoa pode chegar a cometer ações bastante violentas. Como os parentes de T. relatam,

“(...) porque ele mesmo quase matou a mulher dele... ele queria pegar mulher dele, queria bater mulher dele... por que ele não consegue ver mais normal... ele diz que quando tá muito agitado ele não vê a gente como a gente, vê muito diferente, como se fosse jurupari”.

Uma terceira e última característica seria a que relaciona, por vezes, os comportamentos anormais a ‘erros de comportamento’, ou quebra de regras sociais por seus parentes no passado. O pastor mais uma vez utiliza uma passagem bíblica para ilustrar esta possibilidade:

“existem casos que, por exemplo, o pai cometeu muitos erros e a gente chama de maldição e a Bíblia fala que Deus visita a maldição dos pais e dos filhos até a quinta geração, mais abençoa até mil

gerações¹⁶⁸... então, por exemplo, um pai que foi alcoólatra, o filho tem tendência de ser, não é nem só pelo exemplo, pelo mal exemplo, mas porque por trás do alcoolismo, por trás das drogas existem espíritos maus induzindo a pessoa.... porque é algo assim que não é normal, né? então quando o pai morre, aquele espírito que fazia o pai beber, usar droga, vem perturbar o filho.”

Um interlocutor wajãpi também explicou que um comportamento anormal pode ser consequência de quebras de regras tanto por parte dos pais quanto da própria pessoa. A retaliação pode recair sobre os pais ou seu filho. No caso específico de que falávamos, a explicação foi a seguinte:

“É porque talvez os pais fizeram besteira, pai que fez coisa ruim ou a mãe que fez coisa ruim, ou próprio ele que fez coisa ruim, jurupari pega ele, alma dele, i'ã dele”.

Estas possibilidades de comunicação se consolidam ainda mais, quando se passa das palavras às experiências propriamente ditas. Tive acesso, via pastor, às narrativas de duas experiências. A primeira de um rapaz que, segundo os Wajãpi, queria *amarrar o pescoço* (como se reportam aos suicídios). Depois da experiência de libertação, ou seja, a ação com oração e óleo ungido, ele passou a se sentir bem e não pensar mais nisso. A segunda narrativa se reporta ao caso de T., comentado pelo pastor como segue:

“(...) no culto T. ficou um pouco agitado (...) então a gente terminou o culto e foi atender eles [a família] em particular... T. veio umas três vezes: a primeira, a segunda e na terceira vez eu já senti uma grande melhora nele (...) o rapaz é muito quieto, quase não fala é difícil (...) porque quando a pessoa se abre aí a gente vai fazendo um mapeamento, como foi, aonde ela foi, o histórico do pai, da mãe e tal e tal, porque tem uns casos que você ora uma vez e pronto, tem outros

¹⁶⁸ A citação proferida pelo pastor encontra-se no Êxodo 20: 5,6: “...Deus visita a iniquidade dos pais nos filhos até a terceira e quarta geração daqueles que o aborrecem e faz misericórdia até mil gerações daqueles que o amam e guardam seus mandamentos”.

casos que tem que fazer um mapeamento espiritual da vida da pessoa para ver os envolvimentos que ela teve, envolvimento sentimental e talvez em outros lugares, um certo espiritismo e tal, pra gente mapear e ver o que foi que pode ter sido, só que eles são muito fechados... então a gente ora e conta com a graça de Deus, com a misericórdia de Deus na vida deles... nós fizemos oração, nós unguimos, porque nós temos um óleo unguido ou seja, um óleo consagrado que a gente unge, isso é bíblico (...) se alguém estiver doente, enfermo, chama o pastor, unge com óleo e vai salvar o doente, nós unguimos ele e eu até dei um vidrinho de óleo para ele levar, mas depois ele não voltou mais, mas ele ficou de certa forma perturbado e depois ele se acalmou”.

A família de T. ressaltou que depois desses procedimentos, o rapaz ficou bem e até conseguiu falar um pouco sobre o que havia se passado com ele. Porém, tanto a família do jovem wajãpi, quanto o pastor, parecem concordar que para resolver efetivamente o problema seria necessário um tratamento mais longo.

“Ele veio pouco (...) se ele ficasse por aqui pelo menos um tempo, com certeza ele ficaria bom... a pessoa recebe a libertação e ela precisa ter consciência do que aconteceu com ela e ela precisa se armar contra aquela coisa, porque, como eu disse para você, esses espíritos maus eles vão, se eles voltam e se a pessoa não tá firmada com Jesus, não preencheu o vazio com Jesus, tá o vazio, eles podem entrar novamente”.

A família explicou que, quando o rapaz retornou à TIW, permaneceu bom por um longo tempo. Isso fez com que os familiares achassem que ele já havia normalizado completamente e por isso mesmo podia voltar a tomar *kasiri*. Porém, ao beber, retornou ao estado anterior.

É interessante notar que embora os não-humanos mobilizados pelos curandeiros e pastores não sejam necessariamente os mesmos dos Wajãpi, alguns elementos são comparáveis, possibilitando o diálogo e a efetividade das práticas. Em ambos os casos, as palavras são dotadas de agência, porque convocam os não-humanos a atuar sobre a

pessoa. As experiências de banhos com ervas, batismos nas águas e massagens com óleo ungido fornecem continuidade aos processos de consubstanciação, tão caros à sociabilidade wajãpi.

3.5. “Nesse tipo de situação, o que a gente pode fazer é orar”: entre missionários, Bíblias e rezas

Neste item trago uma reflexão acerca da atuação dos missionários da MNTB frente aos fenômenos dos estados alterados. Tive a oportunidade de entrevistar dois missionários, Mi.1., que atua especificamente na cidade – especialmente na CASAI – e Mi.2. que atuou na TIW na década de 1980. Antes de adentrar especificamente nesse tema, apresento uma rápida síntese sobre o histórico da missão e também de sua atuação junto aos Wajãpi.

A Missão Novas Tribos (MNTB) é considerada uma *missão transcultural de matriz evangélica-fundamentalista* (Almeida, 2007:5). Esta Missão americana chegou ao Brasil nos anos 50 e nas décadas seguintes iniciou seu trabalho de evangelização no que denominava como ‘*confins da terra*’. Em um artigo publicado em 1999, Gallois e Grupioni narram os primeiros contatos dos Wajãpi com um casal missionário que vivia na cidade de Serra do Navio, local para onde eram encaminhados os pacientes wajãpi. Com o passar do tempo e com o estreitamento das relações, algumas lideranças convidaram o casal a residir em uma aldeia.

“Apoiados por missionários do SIL que atuavam na área e que se incumbiram da formação linguística e ‘antropológica’ dos agentes da MNTB, o casal entrou oficialmente na aldeia Ytuwasu em 1984. Tinham sido convidados por índios daquela aldeia para ali montar uma escola. Além disso, dispunham-se a prestar serviços de saúde. O sertanista João Evangelista de Carvalho, então responsável pelo posto, aprovou a solução, sem questionar” (1999:81).

Ainda que na década de 90 eles tenham sido impedidos pela Funai de continuar atuando nas aldeias, permaneceram próximos e constituíram suas bases bem perto dos limites da TIW. De uns anos para cá os missionários têm procurado formar pastores

wajãpi. Em abril 2016 finalizaram a tradução do Novo testamento em língua wajãpi – com a ajuda de muitos jovens -, concluindo assim mais uma etapa do processo de evangelização. Fiam-se ao propósito primordial de pregar o Evangelho por todo o mundo e a todas as criaturas. Anos atrás um missionário da MNTB forneceu uma explicação para Gallois sobre a diferença entre cristianizar e evangelizar.

“Cristianizar em contraste com evangelizar seria a transmissão de formas moralistas e estereotipadas de como “deve” se comportar um cristão... O Evangelho genuíno é diferente... Ele traz em si mesmo a dinâmica divina. Por meio dele, o homem vai descobrindo um novo relacionamento com Deus e ajustando sua maneira de viver livre e espontaneamente. O Evangelho não reprime, liberta. Ele propicia ao homem o conhecimento da liberdade do espírito que é a verdadeira liberdade” (1999:112).

A distribuição de bíblias em língua wajãpi e a formação de jovens para ajudar nas explicações sobre o Evangelho têm sido as estratégias de evangelização para que as pessoas construam o que eles denominam por um relacionamento direto com Deus. Existe ainda uma especificidade relativa à atuação do missionário transcultural: *o missionário que evangeliza em uma cultura diferente da sua, principalmente aquele que se instala na nova cultura, aceita as transformações que fazem parte desta vivência* (<http://semeadorespentecostais.blogspot.com.br/>). Quando questionei Mi.1. a esse respeito, ele esclareceu que:

“a gente tenta enxergar os índios pelos olhos deles, a gente faz um treinamento, a nossa missão é uma missão diferenciada, é diferente das outras, é diferente de uma outra igreja que não tem essa compreensão de que os conceitos são diferentes em cada cultura e de que eles precisam ser respeitados, a gente estuda antropologia também e a gente entende que a gente tem que ter respeito pela cultura deles obviamente... então a gente tenta fazer isso, a gente tenta ter este respeito diferente... por exemplo, conceito de nudez, se for uma igreja tradicional que não tem entendimento, essas coisas, vai chegar e dizer: poxa, mais eles andam pelados ainda, isso é pecado e

tal, mas a gente entende que a Bíblia fala que a vestimenta tem que ser com ordem e decência, só que ordem e decência é diferente de uma cultura para outra, só para você entender como nossa missão pensa ordem e decência (...) agora tem algumas coisas negociáveis que a Bíblia coloca e que são universais [servem] para todas as culturas, os valores, os princípios, só que a gente entende que o que é certo e errado também difere de uma cultura para outra. Então a gente vai olhar dentro daquilo que é, dentro da visão deles, que que é pecado aqui no seu mundo, porque no nosso mundo lá pecado é isso. agora tem coisas que são universais, que vão ser problemas em qualquer lugar, só que muda a forma, é diferente de uma cultura para outra, mas tem coisas que são universais, então a gente trabalha olhando isso daí”.

O que a fala nos mostra é que enquanto aspectos culturais podem ser flexibilizados e negociados, como por exemplo, ‘ordem e decência’, outros são inegociáveis, universais, como a existência de um Deus único, criador do universo, onisciente, onipresente e onipotente. Insisti um pouco mais sobre esse assunto e Mi.1. continuou explanando:

“as pessoas de fora acham que a gente vai lá para proibir o índio de tomar a bebida fermentada dele que é o kasiri né? o que a gente sabe é que o kasiri, cachaça, cerveja, todas elas têm um teor alcoólico... e a Bíblia relata situações de pessoas, trata desse assunto desde o início, pessoas que bebiam. Noé ficou bêbado, tirou a roupa, ficou pelado lá e tal... o que a gente ensina para eles é um equilíbrio, eu particularmente ensino para eles é um equilíbrio no beber o álcool, por que se você tem equilíbrio, se você bebe com equilíbrio, olha que joia, eu bebo kasiri deles, eu vou com eles pra aldeia só que eu só tomo uma ou duas cuias porque eu não quero ficar bêbado, a gente quando está bêbado a gente não sabe o que está fazendo, tal, tal tal,....então a gente tenta ensinar para eles um equilíbrio e não que a bebida é errada e aí infelizmente as pessoas acham que a gente

proíbe...o que acontece em relação ao que a gente passa esse posicionamento da Bíblia, talvez alguém vai, as pessoas vão interpretar diferente, mas a gente ensina o equilíbrio, é o que a gente ensina para eles”.

A ideia de comedimento no consumo de *kasiri* sugerido por esse missionário confronta diretamente com noção wajãpi do *-kao*, do embriagar-se para “ficar pesado”, configurando um estado de “alegria e plenitude da pessoa” (Gallois,1988:217). M.1. procura reforçar que existe entre os diferentes missionários evangélicos uma multiplicidade de interpretações da Bíblia e que a postura deles junto aos Wajãpi é mais no sentido de promover o que eles denominam por ‘aconselhamentos’, do que necessariamente fundamentada em termos de ‘proibições e punições’.

“Só terminando esta história do moço [wajãpi], é um moço que tem ouvido os conselhos da Bíblia, os conselhos de provérbios, tem um livro muito sábio que ensina formas de proceder em relação a várias situações da vida e ele ouviu os conselhos e provérbios, conselhos da Bíblia e ele disse, olha eu vinha, eu fazia isso, eu acabava minha grana num dia, aí o pouco dinheiro que me sobrava alguém corria atrás de mim ainda, para tirar aquele pouco trocado que eu tinha e eu dormia aqui, num banco nesta praça, muitas vezes, sem nem um dinheiro, sem dinheiro para comprar o que eu vim comprar na cidade, e eu voltei para o mato sem nada, hoje graças a Deus que eu estou ouvindo estes conselhos sábios de provérbios, da Bíblia, e isso tem me mudado a minha vida, então se eu posso falar de um tipo de mudança boa, positiva, que eu não acho que é mudança cultural, isso para mim não é uma mudança cultural, é uma mudança que pode ocorrer no âmbito de qualquer cultura, que é necessária, não é mudar o costume, é trazer um equilíbrio, sabe”.

Vale notar primeiramente que Mi.1. não distingue – de forma proposital ou por pura indiferença - o consumo de *kasiri* do consumo de bebidas dos não índios. Com isso, desconecta a prática wajãpi de suas relações profundas e estruturantes com a cosmologia. Se limitar a beber *kasiri* “com equilíbrio” pode vir a produzir efeitos danosos para a coletividade,

que se expressa nesses momentos pela indiferenciação (domesticação, resolução de conflitos) e reafirmação de sua condição humana¹⁶⁹. Percebendo ou não estas conexões, e de forma a aproveitar a abertura fornecida pelo consumo intenso da bebida dos *karaiikō*, Mi.1. rechaça o problema do excesso no consumo de bebidas, reiterando para isso o mantra da antropologia missionária, de que a “cultura é dinâmica”. E conclui:

“A gente jamais vai dizer para vocês deixarem de tomar o alimento de vocês, que vocês tomam para sair para o mato, para caçar, é o equilíbrio.... então esse equilíbrio quem tem que achar é vocês, vocês tem que olhar para suas dificuldades, que esse consumo do álcool em geral, tanto faz se é do kasiri ou da bebida na cidade..., vocês tem que procurar um equilíbrio, porque a bebida deles, o kasiri, tem um teor baixíssimo de álcool? tem, mas dependendo da quantidade que você toma... você pode ter problemas biológicos em decorrência disso... você pode ser acometido de um aneurisma pelo uso exagerado do álcool? pode...ou do kasiri? pode... como pode com a cerveja, a cerveja também tem um teor baixo, mas a cachaça, uísque, estas bebidas destiladas e que entram muito também.... por isso que eu tenho pensado será que estes problemas estão relacionados, ou podem estar relacionados ao uso do álcool ?”

Mi.1. levanta a hipótese de relação entre o consumo exacerbado de álcool e a incidência de problemas de pessoas que apresentam comportamentos alterados, mobilizando para isso elementos da biomedicina. Essa é uma diferenciação bastante perceptível entre o discurso de Mi.1. e o discurso do pastor. O primeiro utiliza a potência do discurso biomédico e sua capacidade explicativa, talvez pelo fato da atuação da MNTB estar desde o início construída na articulação entre evangelizar e prestar atendimento à saúde. Já o pastor possui um discurso estritamente religioso a este respeito.

Além do uso exagerado do álcool, Mi.1. têm refletido se os Wajãpi não poderiam estar fazendo uso de algum entorpecente nas cidades.

¹⁶⁹ Ver Gallois (1988:220).

“Eu tenho pensado em várias possibilidades (...) mas não é nada que eu posso provar né? Mas eu tenho pensado que isso pode ser algo que esteja relacionado ao uso de algum tipo de entorpecente ou de algum tipo de droga de fora (...) esse é um pensamento particular meu lá na missão, que pode ser algo relacionado ao álcool, porque você sabe muito bem que o consumo de álcool às vezes é exagerado entre eles, ainda mais agora com o contato com a bebida de fora que a gente já ouviu que às vezes eles levam também, a gente sabe que levam pra qualquer lugar, infelizmente os bares próximos não tem nenhum controle, não tem nenhum respeito às leis; eu penso que esse tipo de consumo exagerado, às vezes, do álcool pode causar algum tipo de dano, sei lá (...) eu gostaria de ver uma pesquisa, um estudo que pudesse dar a resposta sobre isso, porque a gente gostaria muito de ajudar eles, porque a gente tem visto aparecer esses tipos de situação, de caso de pessoas assim; tem o Ta.,T., Tu. e teve outros casos... eu fico pensando, meu deus que que pode ser isso... eles saem correndo para o mato, parece que tão loucos e eu sinceramente não sei o que é, mas gostaria de saber”.

E afirma que, ao longo dos quase 20 anos de atuação pessoal junto aos Wajãpi, ele tem percebido uma intensificação destas situações somente nos últimos 10 anos. Ao ser questionado se os Wajãpi citados por ele sofreriam todos do mesmo problema, respondeu:

“É parecido, pelo menos parece que eles vivem em um mundo irreal, parece que paranoico, irreal (...) eu saí com o Ta. uma vez e ele vendo coisas (...) eu tenho visto e tenho ouvido o pessoal da CASAI dizer que ele fica parado por horas olhando para o sol né? Então alguma coisa na parte da psique, do cérebro, pode estar acontecendo alguma coisa ali, alguma coisa pode estar ocasionando isso, que eu não sei o que é”.

O mundo irreal ao qual se refere o missionário é justamente a possibilidade perigosa, de se transformar ou se metamorfosear, de viver junto a outras gentes. É interessante notar que os evangélicos e os missionários da MNTB se relacionam intensamente com suas próprias ‘irrealidades’, só que habitadas por anjos caídos (demônios), apóstolos, Deus, Espírito Santo, etc. Dando continuidade ao diálogo, reformulei minha pergunta de uma forma mais direta: “em seu entender, os problemas apresentados pelos Wajãpi são fisiológicos ou espirituais?” E obtive a seguinte resposta:

“Particularmente pensando, eu acho que é uma coisa mais fisiológica, (...) eu acho que pode ser, na minha opinião, pode ser algo em decorrência do consumo de álcool, não acho que seja algo trato espiritual”.

Fiquei surpresa com a resposta - porque talvez estivesse esperando outra –, mas levei a sério o que meu interlocutor dizia e questionei então de que forma procediam quando eram procurados por pessoas que se encontravam nessa situação. Sugeriam um encaminhamento para um psiquiatra ou neurologista?

“Olha, nesse tipo de situação, o que a gente pode fazer é orar, pedir a Deus que ajude a pessoa a se libertar desse tipo de problema, que a medicina ou alguém, descubra alguma fórmula de ajuda-lo... realmente algumas vezes o pessoal me chama, às vezes as pessoas chamam o missionário, o pastor, o padre, porque acham ‘ah é problema de cunho espiritual’ e a Bíblia relata problemas, situações, de cunho espiritual, mais eu particularmente acho que a situação dos Wajãpi não é um tipo de problema espiritual, né? a gente tem visto aparecer, eu não sei o que é, gostaria de saber também, se é álcool, se é algum uso de algum outro entorpecente, droga, ou se é algum problema, resultado de algum tipo de pressão emocional que eles sofrem na aldeia, são só hipóteses,

cogitações, do que eu acho que seja, mas ter uma resposta para isso, eu gostaria de ter para poder ajudar eles melhor”.

Apesar de a resposta ser bastante cuidadosa o que o missionário faz é fundamentalmente orar para ‘ libertar’ a pessoa do problema. Questionei se havia algum tipo de procedimento específico voltado à libertação dessas pessoas.

“Não, não que eu... não fizemos nenhum tipo de coisa não, o que a gente pode fazer é andar com eles, conversar com eles, tentar entender o que estava acontecendo, sair para passear em dias que estavam muito agitados na CASAI, dar uma volta para ver uma coisa diferente, para ver se arejava a cabeça e tal”.

De forma a não abandonar a noção de libertação, perguntei se depois de orar ele percebia uma melhora destes pacientes.

“Não, tenho visto eles do mesmo jeitinho, nas mesmas situações ainda... T. parece que estava melhor, eu tinha visto ele melhor de um tempo para cá, mas ele tem feito o uso de algumas medicações, que o médico tem receitado para ele e parece que quando ele toma estas medicações ele parece que apresenta uma melhora, então por isso a gente pensa que pode ser algo físico, fisiológico.... o T. também, os relatos que eu ouço pessoal falar, que quando ele toma medicação dele, ele sente uma melhora, ele fica um pouco melhor, mas quando ele não toma aí ele fica mais agitado e tal”.

Ainda que percebam uma efetiva melhora na situação de quem toma medicação, em alguns outros casos pontuais, os Wajãpi têm constatado uma eficácia das orações, especialmente por conta de experiências pessoais vivenciadas em momentos específicos de suas vidas. Vejamos o depoimento de um Wajãpi:

“Eu comecei acreditar porque aconteceu comigo, com meu filho. Ele estava muito doente, o médico disse que ele estava muito mal mesmo,

quase morre no hospital. A mãe só chorando. Daí eu peguei a bíblia e orei, orei forte e aconteceu, meu filho graças a Deus, melhorou, e agora está aqui na aldeia”.

Ainda que Mi.1. não forneça um papel de destaque à sua própria atuação em relação a esses casos, a descrição de suas práticas inverte seu discurso. O acompanhamento em uma consulta psiquiátrica, os passeios para a pessoa não ficar pensando na sua doença somado ao apoio emocional disseminado a todos aos enfermos que se encontram na CASAI¹⁷⁰, revela uma inserção maior do que a apresentada em sua fala. Mas vejamos agora o que me foi dito por Mi.2, que atuou de 1987 a 1995 na TIW. A conversa foi menos longa, mas extremamente densa, pelo fato de Mi.2. ter mais tempo e intensidade de convívio com os Wajãpi. Vale dizer que depois que expliquei minha pesquisa e meu interesse em pesquisar esse assunto, Mi.2. fez uma fala na qual, independentemente de minhas tímidas tentativas de colocar algumas questões, encadeou diversos temas. Procuro aqui trazer alguns dos elementos apresentados que me parecem mais frutíferos para as discussões que estou fazendo nessa tese.

O primeiro tema sobre o qual discorreu foi à existência, no passado, de casos diagnosticados pela biomedicina enquanto transtornos mentais. É importante dizer que Mi.2. não era somente missionário, mas também formado em enfermagem. Reproduzo abaixo a fala que fez a esse respeito.

“Existiam problemas mentais no passado, existiam. Eu me lembro de trabalhar com um rapaz depressivo, chegava todo dia em casa pra me dizer: estão querendo me matar, estão querendo me matar e era claro, um tipo de depressão que ele estava passando, não sei qual era exato o problema dele, mas ele ouvia pessoas falando com ele e era, já naquela época, antes de todas as coisas de fora. Nome dele era K., eu não sei se ele continua com problemas mas, naquela época era um problema sério, muita conversa para ele ficar calmo, para não ele fazer besteira e era assim resolvendo com conversa, mas era todo dia, aparecia pra conversar, a gente conversava e tentava assim,

¹⁷⁰ A presença deste missionário na CASAI é quase que cotidiana, além das visitas que faz àqueles que estão internados nos hospitais. No fim de semana costuma levar os pacientes e seus acompanhantes para a igreja.

encorajá-lo como pessoa, dar um apoio... eu já vi outro, talvez foi caso de depressão forte eu vou tentar descrever o que foi, não sei, mas foi durante a menopausa e foi nessa fase da vida dela e eu não sei quanto você conhece da crença deles, mas pra eles a alma se foi, estava lá uma assombração (...) não vou entrar nisso tudo, mas é uma situação muito difícil, ninguém queria me acompanhar pra leva-la em uma consulta; eu queria, mas só consegui leva-la até o Taitetuwa, mas ninguém queria me acompanhar e eu não podia levar uma pessoa assim, sozinho, não tinha como, aí ir para Serra [Serra do Navio], mas ela não passou de Aramirã; o chefe do posto mandou ela de volta, pediu uma conversa particular com eles, não entrei na conversa, e foram comunicado que iam dar baixa, você sabe o que eu quero dizer”.

Em seu depoimento (não somente neste recorte que fiz) são inúmeras as passagens que Mi.2. classifica os “*problemas mentais*” do passado enquanto fundamentalmente depressão e melancolia. Caracterizou também dessa maneira as situações relacionadas a tentativas de suicídios.

“Naquela época tinha várias histórias de suicídios também, outro tipo de depressão, eu posso até dizer como, quem, etc., mas isso também era uma coisa que me antecipou todas essas histórias... eu cheguei em 87, até antes disso já haviam histórias. Vários casos eram ligados com bebida, mas alguns casos não eram, era simplesmente uma pessoa depressiva, cujo filho hoje em dia tem o mesmo sintoma... então eu vejo a mesma coisa e concebo que alguns casos não são vinculados com a bebida, existe alguma predisposição; agora quanto a bebida deles o efeito é diferente da bebida lá fora, talvez é o tipo, não sei, mas o que eu tenho presenciado muito é uma melancolia forte, não em todos, porque o primeiro efeito não é melancolia, é a euforia, então eu não sei avaliar bem isso... mas sempre que uma pessoa depressiva bebia, como enfermeiro eu estava muito atento... já reavivamos várias pessoas depois da bebida, não vou dar nomes, mas passou de três, (...) já reavivamos vários, então isso é uma coisa que desde que eu me lembro já tinha esta tendência. Então eu, como um

enfermeiro tentava ficar atento, encorajar a pessoa e ficar de olho quais que gostavam mais de beber... eu posso falar de três casos [de tentativa de suicídio] e um que eu não cheguei em tempo, então são fatos do passado”.

Em relação ao questionamento acerca da intensificação destas situações, Mi.2. ponderou, muito prudentemente, que não poderia afirmar tal coisa, já que não possui dados suficientes.

“Uma coisa é certa, [hoje] temos mais conhecimento deles como um todo. Antigamente a comunicação era difícil. Hoje se tem problema em uma aldeia, todo mundo sabe, então nesse sentido intensificou, porque todo mundo sabe (...) eu não tenho dados para dizer que piorou, isso eu tenho que ser sincero... temos que avaliar é se esses números não são efeito de ter assistência, que no passado ninguém reconhecia, tem esse fator que tem que avaliar”.

Mi.2. chama atenção para dois aspectos importantes: a questão da notificação e a da comunicação que, de fato, podem alterar as notificações. No passado, segundo ele:

“A assistência era precária, você só evitava a morte das pessoas, fazia tudo o que podia para evitar a morte” (...) maior trauma da minha vida levar uma pessoa no hospital, gritavam comigo pra levar, aí eu apanhava dos dois lados, leva ou não leva, por isso eu não mexo mais com isso, não mexo mais com remédio mais não”.

Sobre os acometimentos de hoje em dia sua apreensão é um pouco parecida com a de Mi.1.:

“Acho que passa de 5 casos de pessoas drogadas, bêbados ou em transtorno mental tremendo, até onde a interferência de fora contribuiu pra isso, não sei, né, mas para mim de alguma forma está vinculado, porque aconteceu neste momento.(...) eu não tenho nem números para avaliar, mas que tinha e que eu tenho mais conhecimento de mais caso hoje em dia, isso é verdade (...) agora que tinha e continua sendo um problema difícil para eles, com certeza...”.

Questionei o porquê destes problemas serem difíceis. Mi.2. organizou sua resposta apontando para duas dimensões: uma mais voltada aos conflitos pensados por ele como “internos” à sociedade wajãpi e outra relacionada à situação de contato com os não-índios. Quanto à primeira dimensão afirmou que:

“o conflito natural deles com o sobrenatural já existia, é uma coisa que eu mesmo orientei muito nossos missionários pra avaliar sua mensagem do prisma da cultura deles, para evitar excessos ou desequilíbrio, porque se você conhecer os membros wajãpi, já existe uma predisposição a temer o fim do mundo, por um ato do criador; já existe uma preocupação que ele não dê continuidade nos seus atos de criação (...), então existia já uma preocupação com um sobrenatural, eu sempre tive muita preocupação, eu só posso falar assim, plenamente da minha parte, eu acho que viver é muito importante (...)eu tomei muito cuidado com isso (...)nesse fator do Criador, do criador deles né? não existe só uma criação para eles, a criação wajãpi não é uma, é um ato transformador não só do Criador, mas de vários rumos e influências ... foi importante para eu conhecer (...) então, da minha parte estou muito seguro que eu ajudei, mas não vou representar minha equipe”.

Já em relação à segunda dimensão, elencou alguns fatores que têm transformado mais intensamente o modo de viver dos Wajãpi, como dinheiro, consumo, mudanças nos padrões reprodutivos, intensificação das idas para as cidades, desvalorização do conhecimento das pessoas mais velhas, mudanças na atuação dos pajés, etc. Interessante destacar aqui que Mi.2. refutou veementemente uma acusação de que eles, missionários, contribuem para a intensificação dos problemas que os Wajãpi atravessam.

“Pessoas recentes falaram que os missionários que provocaram isso aí, não foi não, e eu tava naquela época de histórias do fim do mundo, muito ao contrário eu avisei o perigo dessas coisas... eu não sei como ilustrar mas nós que somos ocidentais e expostos a muitas cosmovisões e prismas, nós somos mais ambivalentes sobre crenças, enquanto eles tendo certas crenças, são muito sérios sobre isso e não

dá para falar sobre coisas sérias de forma descuidada... eu como ocidental posso avaliar isso bem, quando pra outra pessoa já é uma coisa muito séria, isso é uma das falhas clássicas, então eu tomei muito cuidado nessa área... não deve sair citando coisas que pra eles são apavorantes (...) algumas das pressões que eles sofrem que podem levar a isso e até pode ser piorado por falta de cautela de abordar estas áreas, de abordagem destes fatores das culturas deles; eles tem pavor sim, agora, isso está mudando na nova geração, eles estão rearticulando sua cosmovisão o que é normal, mas pra vários continua sendo isso aí e não deve abordar isso aleatoriamente [de uma forma leviana?] leviana, isso”.

Mi.2. fez nessa fala, e ainda que de maneira indireta, uma crítica às pesquisas sobre cosmologia wajãpi, como estas fossem responsáveis por aforar “sensações” de pavor e medo, que sempre existiram e são vivenciadas pelos Wajãpi. Reforçou que estes problemas ou estados (“de depressão”, “melancolia”) são, em realidade, multicausais, já que associam elementos destas duas dimensões “interna” e “externa”. Por vezes deu a entender que estes estados que não estão diretamente relacionados à doença.

“Esse fator doenças mentais ou alguma coisa assim eu acho que geralmente não é, a não ser que seja um fator genético ou de predisposição, eu acho que são mais complexas, não acho que tem uma causa, eu acho que é multicausal, então, eu não tenho estudo pra provar isso, mas pelo conhecimento que eu tenho, eu sei o que pressiona as vidas deles”.

Para finalizar, tento aqui articular as falas de Mi.1 e Mi.2., percebendo aproximações e distanciamentos. Em muitos momentos da conversa ressaltaram que há uma diversidade de posições dentro da MNTB, sendo que cada um acaba tendo legitimidade para falar somente sobre sua própria atuação. A missão me pareceu neste sentido bastante heterogênea, ainda que partilhe das mesmas premissas religiosas. Essa diversidade de posições reflete na forma como os missionários abordam tanto a questão dos estados alterados e também em suas práticas junto aos Wajãpi. Ambos enfatizaram, cada qual a sua maneira, o quão foram afetados pela convivência com os Wajãpi, o que lhes fez rever posições pessoais e revisão de determinados preceitos bíblicos.

Um último aspecto a ser enfatizado é que ambos ressaltaram que a atuação dos missionários está pautada fundamentalmente na ideia de aconselhamento e não de repressão. Mi.2. trouxe então uma reflexão acerca dos pajés e seu papel, que ele considera que foi se perdendo no decorrer do tempo. Neste ponto especificamente é possível perceber claramente uma distinção entre a forma de atuar dos dois missionários e seus posicionamentos frente aos pajés:

“Um dos papéis do pajé era aconselhamento, ele não só soprava, assegurava um bom sucesso, um bom resultado, aconselhava quanto ao comportamento passado o que tinha que fazer para melhorar, e o que que tinha que deixar de fazer, isso traz muito segurança para o indivíduo como um ser total, completo. Então, isso é uma coisa que a medicina condena, trata separadamente, vai lá e divide a pessoa (...). Eu creio que uma coisa que perdeu é esse lugar de aconselhamento, e não só de aconselhamento, mas de encorajamento: ‘não fique preocupado, isso vai melhorar’ (...). Onde que o Estado vai entrar com esse apoio mental, de encorajamento? Nós não sabemos fazer isso, nós deixamos isso pro pastor ou psicólogo, e separamos isso da saúde... sabemos que psiquiatra já passa mais as fronteiras e envolve remédio com psicólogo e até nisso tem coisas pra serem consideradas... estou deixando isso com você, veja o pajé como completo e não como aquele dedicado a cura (...) ele tem que zelar por aqueles ajãzinho que ele recebeu do moju e ele não pode assim desrespeitar, até quando ele quer ajudar você, você tem que ouvir, porque isso pode criar problema pra ele... em tratamento eu não posso me descuidar, porque eu estou colocando ele em risco, então as pessoas querem ver só assim, mas o trabalho do pajé era maior do que isso, ele entrava nessa área da psicologia”

Enquanto Mi.2. é capaz de perceber a importância do pajé para a manutenção de uma rede de cuidados mútuos que enreda a todos, não se questiona acerca dos efeitos de seu próprio trabalho junto ao grupo. Mi.1 apesar de não fazer referência direta a questão dos pajés, enfatiza a ideia de “aconselhar”. Os missionários ao deslegitimarem a atuação dos pajés – negando a existência de outras gentes e o relacionando ao diabo -, têm buscado ocupar justamente esse papel de aconselhadores, função para o qual o Estado

através de suas políticas de saúde se mostra incompetente para realizar. Acreditam, com isso, estar contribuindo para que os Wajãpi possam ter uma vida equilibrada e comedida, sem excessos e “pressões culturais” que podem levar pessoas a apresentarem estados alterados. A manutenção de alguns elementos culturais específicos é fundamental para que elementos, mais universais, sejam frutificados

Considerações finais

Esta tese procurou demonstrar que os estados alterados - diagnosticados pela assistência à saúde como doenças psiquiátricas e/ou neurológicas – são interpretados pelas famílias wajãpi como processos de captura e de transformação da pessoa perpetrados pelas diversas gentes que habitam o cosmos.

Visando entender de forma mais cuidadosa como ocorrem estes processos de captura, retomei no capítulo 1 a noção de pessoa wajãpi e seus componentes, dentre estes a categoria nativa - *ã*, traduzida de forma aproximada por Gallois (1988) como princípio vital. A ênfase atribuída por meus interlocutores a esta categoria, parece estar relacionada ao fato de que os movimentos de composição e transformação da pessoa são percebidos pelos Wajãpi essencialmente como processos de consubstanciação. Dessa forma, vivenciar um estado alterado - de transformação - implica necessariamente em trocar substâncias em um modo de existir (*-reko*) que não o próprio.

Ao realizar o levantamento e análise dos casos, percebi que uma noção imprescindível é a de multiplicidade. As narrativas destacam múltiplas tensões sócio-cosmopolíticas, variadas acusações, diversos agentes agressores, inúmeras interpretações e várias possibilidades de resolução do problema. Esta multiplicidade procurei apresentar no capítulo 2.

Vale salientar que os estados alterados não são um fenômeno recente, mas sua intensificação nos últimos anos tem sido percebida pelos Wajãpi com preocupação. Essa intensificação tem produzido reflexões e análises tanto nos Wajãpi, quanto nos agentes que vem intercedendo na tentativa de resolução desses problemas. Um elemento que perpassa todas as reflexões é a questão da “mudança”, da “transformação”. Porém cada qual aborda esse processo a partir de seus próprios referenciais. No caso dos agentes da biomedicina, um dos fatores enfatizados, muitas vezes de maneira discreta, são as “mudanças culturais” (“índios bêbados na cidade”, “estresse”, “morar na cidade”, etc). Estas mudanças permitem, inclusive, justificar a extensão do processo de medicalização da vida – incrementado por manuais e psicotrópicos – que ganhou predominância e visibilidade a partir da institucionalização de uma política de saúde mental indígena.

Para os curandeiros, o acometimento cada vez mais intenso de indígenas e não-indígenas decorre fundamentalmente de descuidos, de mudanças, na forma de se relacionar com os diversos domínios e seus donos. Já o processo de intensificação a partir da ótica dos agentes religiosos (missionários e pastores), está relacionada a ação de “invisíveis” (anjos decaídos, diabo) que, devido à falta de uma vida mais regrada, comedida e aliançada com Deus, retaliam os homens. Estes agentes apontam fortemente para as desordens e “desequilíbrios” provocados pelas ações dos jovens wajãpi que não escutam mais os conselhos dos mais velhos (e deles próprios, missionários). Por fim, considerar este mesmo fenômeno a partir das explicações wajãpi, significa necessariamente aludir a comparações com um passado considerado mais controlado, no qual os pajés eram vários e fortes, as pessoas respeitavam as regras de comportamento e resguardos e também conheciam – por praticar – formas de cuidados como cantos-reza, pinturas corporais, etc. Se as comparações sugerem uma crítica às ações dos mais jovens, também apontam para explicações específicas sobre a incrementação do fenômeno.

A primeira explicação diz respeito à agressão indiscriminada dos humanos aos diferentes domínios cósmicos. Esta agressão é perpetrada principalmente pelos não índios - esquecidos e descuidados - que através de suas ações inconsequentes - desmatamentos, poluição dos rios, contaminação da terra com venenos, asfaltamentos, construções etc. – produzem danos por vezes irreparáveis.

“Em todo lugar, mesmo lá na cidade tem jarã (...) jarã sofre muito na cidade, yvyjarã[donos da terra] respira também, tem lugar certo pra respirar, se coloca alguma coisa lá na terra, pesado, asfalto, veneno, se tiver espaço jarã vai se afastar daquele lugar (...) se a terra toda [estiver] asfaltada, vamos dizer que uma terra grande asfaltada, ele vai morrer porque não tem respiração, vai tampar, não tem como respirar, quando morre não vai nascer mato, não vai nascer nada, ele morreu (...) na cidade não tem muito jarã [vai morrendo], yyjarã que tem [no rio Amazonas], onde tem mata sobrando, museu por exemplo, tem jarã, na praça da CASAI tem jarã, mas na cidade pobre de jarã (...) jarã fica bravo e quer matar pessoa, porque ojimorypa, fica bem bravo mesmo, porque tá sozinho não tem outro jarã junto, fica triste e aí mata pessoa”.

Por isso os donos (-jarã), agredidos e com raiva, vingam-se indistintamente dos humanos, sejam eles quais forem: Wajãpi, outros povos indígenas e não-índios. Somam-se a isso, descuidos específicos por parte dos Wajãpi quanto às regras de comportamento, responsáveis por manter a boa convivência entre as gentes dos vários domínios. A sedução das coisas dos não índios – alimentos industrializados, sabonetes, shampoos, batom, chinelos, tênis, roupas, desodorantes, maquiagens, “*espírito de Deus*” – vêm produzindo, especialmente nos jovens, um relaxamento quanto aos cuidados recomendados tanto nas aldeias, quanto na cidade.

“Na cidade acontece isso, porque [tem] muita água, por isso yyjarã[dona da água] fica brava com ele, porque pessoa tem filho pequeno, por isso ataca pessoa, yyjarã (...) na cidade (...) tá com muita raiva, muito pajé falou [isso]; pega i’ã, ataca mesmo, porque na cidade não usa sipy[resina perfumada], usa só perfume (...) se usa sipy aí não ataca”.

Uma segunda explicação diz respeito à intensificação das situações de convivência entre diferentes gentes nas cidades e na TIW. Estas gentes assumem posições ambivalentes nas relações com os Wajãpi – ora apresentam-se como aliados, ora como inimigos¹⁷¹. Dessa forma, se intensificam tanto as possibilidades de cooperação (assistência à saúde, parcerias no movimento indígena) quanto de agressão (tensões com outros povos na CASAI, com os não-índios, etc.). Gallois já ressaltara que

“Pode-se conviver com a alteridade, mas à distância. A aproximação entre categorias distintas provoca a retaliação, que se manifesta no efeito añã” (1988:241).

¹⁷¹ Apesar de iniciar sua descrição especificamente a respeito dos moradores da clareira – “sejam eles homens, animais ou plantas que se apresentam ora como inimigos, ora como amigos; ora cooperam, ora agridem” -, amplia essa “ambivalência” para as “relações dos homens com todos os domínios do universo” (Gallois;1988:122).

Os não índios, apesar de não serem, em geral, incriminados pelo viés do sistema de agressão xamanística¹⁷², são caracterizados por sua “violência, poder de contaminação e potencial tecnológico” (idem: 348).

Uma terceira explicação diz respeito às dificuldades, cada vez maiores, de se precaver do contato com os *taywerã*, espectro dos mortos. O aumento da frequência dos Wajãpi nos hospitais e na CASAI estabelece novas possibilidades de relações e de agressão. Na TIW, o fato do polo central de assistência - que concentra a escola, o posto de saúde e a sede da FUNAI - estar bem próximo a uma aldeia antiga, abandonada há mais de 20 anos em consequência do falecimento de um importante *jovijã* e que atualmente serve de cemitério coletivo, tem produzido efeito semelhante. A frequência dos Wajãpi nessa região por conta de cursos, reuniões políticas ou para tratamento no posto de saúde, tem aumentado significativamente as chances de um encontro involuntário com estes espectros.

Diante deste processo de intensificação, as famílias têm recorrido aos mais diversos agentes para tentar reverter os estados alterados de seus parentes: pajés, curandeiros, pastores, missionários e médicos. O capítulo 3 dessa tese é dedicado a compreender tanto o protagonismo wajãpi na experimentação de alternativas de cuidados, quanto as interpretações que esses variados agentes possuem a respeito das situações de estados alterados. Mais uma vez verifiquei uma grande diversidade de posicionamentos (morais, políticos e técnicos) existentes em pessoas que atuam em uma mesma instituição ou categoria profissional, uma multiplicidade de práticas, intencionalidades, valorações, mas também de preconceitos e estigmas.

Um dos aspectos mais importantes a se ressaltar é que nesses processos de experimentação todos os atores são necessariamente afetados. Apesar de haver uma ênfase na literatura antropológica que realça diferenças radicais, quando não intransponíveis, entre cosmovisões, este trabalho procura justamente salientar as possibilidades de diálogos e de conexões entre diferentes modos de conhecimentos, saberes e práticas. Porém, isso não significa relativizar os ruídos e os descompassos que se fazem presentes nestas relações.

Há ainda duas outras considerações a serem feitas a respeito do fenômeno dos estados alterados.

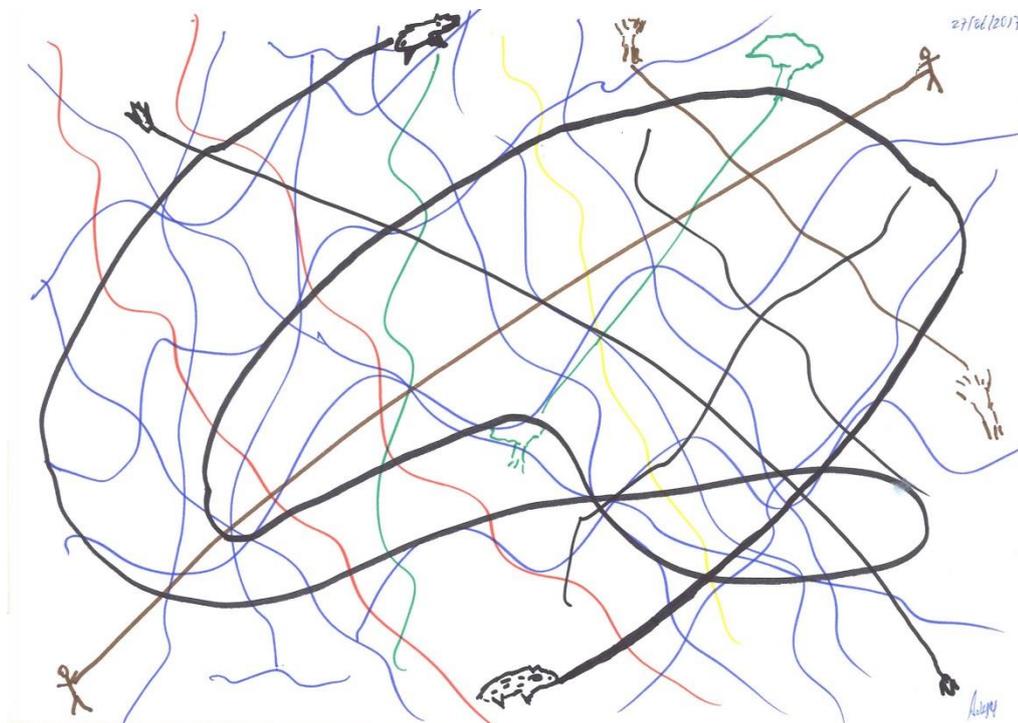
¹⁷² Os não-índios, a princípio, também têm possibilidades de adquirirem *-paie*, “de serem contaminados, em algum momento de sua vida, pelo contato com alguma entidade sobrenatural” (Gallois, 1996:51). Aliás, as famílias wajãpi com as quais conversei chamaram minha atenção, que os *karaikõ* (não-índios) também apresentam estados alterados, ou seja, manifestações de agressões, ainda que não o saibam.

A primeira é que dos 30 casos mapeados, somente dois são imputados aos não índios. Isto significa que os estados alterados não vêm sendo classificados enquanto “doenças de branco” (mesmo quando existe um diagnóstico) e interpretados a partir do signo do “sofrimento mental ou psíquico”. Os dois casos relacionados aos não índios servem para reiterar mais uma vez a violência (física) e o poder de contaminação (“veneno no copo” e “remédio para malária”) dos *karaikõ*. Ainda que haja um intenso processo de experimentação de medicamentos psiquiátricos e neurológicos, não há, no momento, por parte das famílias envolvidas, qualquer expectativa a respeito da possibilidade de reversão do estado de seus parentes via biomedicina.

A segunda consideração a ser feita é que adotei nesta tese a posição de tentar *não enxergar apertado*, procurando alargar o meu olhar a partir de meus dados de campo e das fortes falas dos meus múltiplos interlocutores. Com isso, percebi que os estados alterados são uma das possibilidades do viver wajãpi: patologizar seus efeitos é fundamentalmente patologizar diferentes modos de existir. Dessa forma, a opção das famílias wajãpi pela recusa da patologização – que se expressa, dentre outras maneiras, pela reiteração do seu sistema de agressão e captura – impede os demais agentes não-indígenas de imporem suas perspectivas sobre o fenômeno e permite, portanto, a existência de um espaço de diálogo, experimentação e negociação entre distintas formas de conhecimento. Este alargamento do olhar também me permitiu assumir posicionamentos críticos: não somente em relação à institucionalização de uma política de saúde mental indígena, mas especialmente frente ao intenso processo de medicalização pouco criteriosa e (des)controlada dos povos indígenas.

Por fim, os Wajãpi nos ensinam que aceitar os medicamentos dos ‘*karaikõ*’ não significa necessariamente aderir a hegemonia da biomedicina (etiologia, patologias, fisiologia, etc); portar uma prescrição de medicamentos, não consiste em aderir ao tratamento; possuir um diagnóstico de ‘doença mental’ não significa ser portador de uma ‘doença mental’. As equações não são diretas ou mecânicas, e isso pode ser observado também nas relações que os Wajãpi estabelecem com inúmeros agentes: frequentar uma igreja evangélica não significa se converter ao evangelho; ler a Bíblia não implica em deixar de se proteger das relações perigosas com diferentes gentes que compõem o cosmos wajãpi e assim por diante. Se há algo que é possível afirmar, é que todas essas relações/experimentações trazem para dentro do cosmos wajãpi mais agentes para compô-lo. E assim como os novos agentes – pastores, bíblias, missionários, protocolos, remédios, psiquiatras etc. - passam a constituir o cosmos

wajãpi, os Wajãpi também passam a constituir o universo desses novos agentes, problematizando-os e obrigando-os a expandirem seu próprio mundo.



Desenho 7 – Enredamento de *tupã'sã*

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, Ronaldo. "A expansão pentecostal: circulação e flexibilidade". In: TEIXEIRA, F.; MENEZES, R. (orgs.). **As religiões no Brasil: continuidades e rupturas**. Petrópolis: Vozes, 2006, p. 111-122.

ANDRADE, Ugo Maia. **O real que não é visto: xamanismo e relação no Baixo Oiapoque (AP)**. Tese de doutorado. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, 2007.

AZIZE, Rogerio Lopes. "Antropologia e medicamentos: uma aproximação necessária". In: LIMA, C. M.; SARTORI, L. **Dossiê: Antropologia e Medicamentos**. Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS – UFSCar, São Carlos, v.4, n.1, jan.-jun. 2012, p.134-139.

BATISTA, Marianna Queiróz. **Saúde mental em contextos indígenas no território brasileiro: análise da produção bibliográfica e reflexões epistemológicas**. Dissertação de mestrado. Brasília: Universidade de Brasília, 2014.

BRASIL. **Portaria do Ministério da Saúde 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.

BUCHILLET, Dominique. "A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde". In: BUCHILLET, D. (org). **Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia**. Belém: Edições CEJUP, 1991.

CAIUBY NOVAES, Sylvia. "Corpos sem vida - diagnose e prognostico: sobre a transformação das relações sociais entre os bororo". **REVINDI: Revista Indigenista Latinoamericana**, Budapest, n. 1, 1989, p. 69-75.

CAPIBERIBE, Artionka. "A língua franca do suprassensível: sobre xamanismo, cristianismo e transformação". **Mana**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, ago. 2017, p. 311-340. Disponível em: < <https://goo.gl/M4ki6u> >. Acesso em 07/10/2017.

CAPONI, Sandra. “O DSM-V como dispositivo de segurança”. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, set. 2014, p. 741-763.

CARVALHO, José Carlos de Paula. “Georges Devereux, o projeto etnopsiquiátrico e algumas ilações educativo-organizacionais”. **Revista da Faculdade de Educação**, São Paulo, 14 (1), 1988, p. 23-34.

CASTRO, Rosana. “Antropologia dos medicamentos: uma revisão teórico-metodológica”. In: LIMA, C. M.; SARTORI, L. **Dossiê: Antropologia e Medicamentos**. Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS – UFSCar, São Carlos, v.4, n.1 jan.-jun., 2012, p. 146-175.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO – **Povos Indígenas e Psicologia: a procura do Bem-Viver**. São Paulo: CRP-SP, 2016.

CORDIOLI, AV (organizador) et al. **Psicofármacos. Consulta Rápida**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.695p.

CÔRTEZ, Mariana. **Diabo e fluoxetina: pentecostalismo e psiquiatria na gestão da diferença**. Curitiba: Apriss, 2017.

DIAS, Laércio Fidelis. “As práticas e os cuidados relativos à saúde entre os Karipuna do Uaçá”. **Cadernos de Campo** – Revista dos alunos de Pós-Graduação em Antropologia Social da USP, São Paulo, (9), ano 10, 2000, p. 59-72.

_____. **O bem beber e a embriaguez reprovável segundo os povos indígenas do Uaçá**. Tese de doutorado. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, 2006.

DIEHL, Eliana Elisabeth. **Entendimentos, Práticas e Contextos Sociopolíticos do Uso de Medicamentos entre os Kaingang (Terra Indígena Xaçepó, Santa Catarina, Brasil)**. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, 2001a.

_____. “Agravos na saúde Kaingáng (Terra Indígena Xaçepó, Santa Catarina) e a estrutura dos serviços de atenção biomédica”. **Cadernos de Saúde Pública** (FIOCRUZ). Rio de Janeiro, v. 17, n.2, 2001b, p. 439-445.

DIEHL, Eliana Elisabeth; ALMEIDA Ledson Kurtz de. “Medicamentos em contexto local indígena: A farmácia caseira Xokleng, Santa Catarina”. In: LIMA, C. M.; SARTORI, L. **Dossiê: Antropologia e Medicamentos**. Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS – UFSCAR, São Carlos, v. 4, 2012, p. 189-206.

DIEHL, Eliana Elisabeth; GRASSI, Francielly. “Uso de medicamentos em uma aldeia Guarani do litoral de Santa Catarina, Brasil”. **Cadernos de Saúde Pública** (ENSP. Impresso), Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, ago. 2010, p. 1549-1560.

EHRENBERG, Alain. “Depressão, doença da autonomia? Entrevista de Alain Ehrenberg a Michel Botbol”. **Ágora (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, jan. 2004, p. 143-153. Disponível em: < <https://goo.gl/yjPQnH> >. Acesso em 02/10/2017.

ERTHAL, Regina Maria de Carvalho. “O suicídio Tikúna no Alto Solimões: uma expressão de conflitos”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, mar. 2001, p. 299-311. Disponível em: < <https://goo.gl/ZUQFre> >. Acesso em 05/10/2017.

FLEISCHER, Soraya. “Uso e circulação de medicamentos em um bairro popular urbano na Ceilândia, DF”. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, n. 2, jun. 2012, p. 410-423. Disponível em < <https://goo.gl/7B84mi> >. Acesso em 03/11/2017.

FOTI, Miguel Vicente. “A morte por *jejuvy* entre os Guarani do sudoeste brasileiro”. **Revista de Estudos e Pesquisas**, FUNAI, Brasília, v.1, n.2, dez. 2004, p.45-72.

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. “O DSM-V e a fabricação da loucura”. **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Cebes**, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em < <https://goo.gl/FG553n> > Acesso em 24/07/2015.

GALLOIS, Dominique Tilkin. **O movimento na cosmologia wajãpi: criação, expansão e transformação do universo**. Tese de doutorado. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, 1988.

_____. “A Categoria Doença de Branco: Ruptura ou Adaptação de um Modelo Etiológico Indígena”. In: BUCHILLET, Dominique (org.). **Medicinas tradicionais e políticas de saúde na Amazônia**. Belém: Mpeg, 1991, p. 175-205.

_____. “Xamanismo Waiãpi: nos Caminhos Invisíveis, a Relação I-Paie”. In: LANGDON, Jean (org.). **Xamanismo no Brasil: Novas Perspectivas**. Florianópolis: UFSC, 1996.

_____. “Traduções e aproximações indígenas à mensagem cristã”. **Cadernos de Tradução**, Florianópolis, v. 2, n. 30, 2012, p. 63-82.

GALLOIS, Dominique Tilkin; GRUPIONI, Luís Donisete Benzi. “O Índio na Missão Novas Tribos”. In: WRIGHT, Robin (org.). **Religiões indígenas e cristianismo no Brasil**. Campinas: Editora da Unicamp, 1999, p. 77-130.

GIL, Laura Pérez. “Cuerpos en transformación: sobre la noción de persona y el control alimentar entre los Yaminawa”. **Tellus**, Campo Grande, ano 10, n. 19, jul./dez. 2010, p. 53-82.

GONGORA, Majoi Favero. **Ääma ashichaato: replicações, transformações, pessoas e cantos entre os Ye'Kwana do rio Auaris**. Tese de doutorado. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, 2017.

GRASSI, Francielly. **A Atenção à Saúde em um Contexto Indígena: os Medicamentos entre os Guarani de uma Aldeia em Santa Catarina**. Dissertação de mestrado. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde da UFSC, 2009.

GUIMARAES, Liliana A. M.; GRUBITS, Sonia. “Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira”. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, 2007, p. 45-51.

HEALY, David. **Le temps des antidépresseurs**. Paris: Les Empêcheurs de penser en rond, 2002 [1997].

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HENRIQUES, Rogério Paes. “A medicalização da existência e o descentramento do sujeito na atualidade”. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 12, n. 3-4, dez. 2012, p. 793-816.

JOSÉ, Ermelinda do Nascimento Salem. **Encontro com o povo Sateré-Mawé para um diálogo intercultural sobre a loucura**. Tese de doutorado. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, 2010.

LANGDON, Esther Jean. “A doença como experiência: o papel da narrativa na construção sociocultural da doença”. **Etnográfica**, Vol. V (2), 2001, p. 241-260.

_____. “Redes xamânicas, curanderismo e processos interétnicos: uma análise comparativa”. **Revista Mediações** (UEL), Londrina, v. 17, 2012, p. 62-82.

_____. “O que beber, como beber e quando beber: O contexto sociocultural no alcoolismo entre as populações indígenas”. In **Anais do Seminário sobre Alcoolismo e DST/AIDS entre os Povos Indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, p. 83-97.

LAPLANTINE, François. **Aprender etnopsiquiatria**. São Paulo: Brasiliense, 1998.

LÉVI-STRAUSS, Claude. “Introdução à obra de Marcel Mauss” In: MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac & Naif, 2003, p. 11-46.

_____. “A Eficácia Simbólica”. In: **Antropologia Estrutural**. São Paulo: Cosac & Naify, 2008, p.265-292.

_____. “O feiticeiro e sua magia”. In: **Antropologia Estrutural**. São Paulo: Cosac & Naify, 2008, p. 237-264.

LIMA, Tania Stolze. “O que é um corpo?” **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 2002, p. 9-19.

LISBOA, Felipe Stephan and ZORZANELLI, Rafaela Teixeira. “Metáforas do cérebro: uma reflexão sobre as representações do cérebro humano na contemporaneidade”. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 24 [2], 2014, p.363-379.

MANICA, Daniela Tonelli. “A vida social dos medicamentos: etnografias e escolhas”. In: LIMA, C.M.; SARTORI, L. **Dossiê: Antropologia e Medicamentos**. Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS UFSCar, São Carlos, v.4, n.1, jan.-jun. 2012, p.176-188.

MACEDO, Valéria Mendonça de. **Nexos da diferença. Cultura e afecção em uma aldeia guarani na Serra do Mar**. Tese de doutorado. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, 2009.

_____. “Jepota entre os Guarani. Tramas de querer e corpos”. Relatório PT. *Redes Ameríndias*, 2012.

_____. “De encontros nos corpos guarani”. **Ilha Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 15, n. 1,2, 2013, p. 180-210.

MAUSS, Marcel. “Relações reais e práticas entre a psicologia e a sociologia”. In: **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2003, p. 319-348.

MENDONÇA, Sofia. “Saúde Mental e Povos Indígenas: Experiência de Construção Coletiva no Contexto do Projeto Xingu”. **Cadernos Humaniza SUS. Volume 5 - Saúde Mental**, Brasília, Ministério da Saúde. 2015, p. 441-459.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. “Explorando a relação mente-cérebro: reflexões e diretrizes”. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 40, n. 3, 2013, p. 105-109.

NATHAN, Tobie. **Nous ne sommes pás seuls au monde. Les enjeux de l’ethnopsychiatrie**. Paris: Édition Points, 2007 [2001].

_____. “L’héritage du rebelle Le rôle de Georges Devereux dans la naissance de l’ethnopsychiatrie clinique en France” . *Ethnopsy. Les mondes contemporains de la guérison*. N°1, 2000. <http://www.ethnopsychiatrie.net/GD .htm> = Acesso em 15.10.2016.

NATHAN, Tobie; STENGERS, Isabelle. **Médecins et Sorciers**. Paris, Les Empêcheurs de penser en rond/Le Seuil, 2004.

NOGUEIRA, Pedro Lourenço de Luna. **Enterre meu coração nos limiares do outro ocidente: insumos epistêmicos para o pensar das psicoterapias no Brasil, oriundos do diálogo interdisciplinar entre a etnopsiquiatria de Tobie Nathan e a gnosiologia liminar de Walter Mignolo**. 2015. 143 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura)—Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

ORTEGA, F.; VIDAL, F. “Mapping the cerebral subject in contemporary culture”. *RECIIS: Revista eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*. Rio de Janeiro, v. 1, n.2, p. 255-259, 2007.

OLIVEIRA, E. & BARROS, V. – “Do plausível ao provável: um breve ensaio histórico”. *Ciências & Cognição*, 2007; Vol 11: 184-191

OLIVEIRA, Cleane S. de; NETO, Francisco Lotufo. “Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro”. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo: vol.30, nº 1, 2003, p. 4-10.

OLIVEIRA, Joana Cabral de. **Entre plantas e palavras. Modos de constituição de saberes entre os Wajãpi (AP)**. Tese de doutorado. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, 2012a.

_____. “Vocês sabem porque vocês viram!': reflexão sobre modos de autoridade do conhecimento”. **Revista de Antropologia** São Paulo: USP, v. 55, 2012b, p. 51-74.

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

PAULA, Camila Galan de. **Num mundo de muitos corpos: um estudo sobre objetos e vestimentas entre os Wajãpi no Amapá**. Dissertação de mestrado. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, 2015.

PESQUISADORES WAJÃPI. **I'Ã – para nós não existe só “imagem”**. São Paulo: Apina, Awatac e Iepé, 2008. Disponível em: < <https://goo.gl/d7Fovk> >. Acesso em: 04/11/2017.

PEREIRA, Pedro Paulo G. **De corpos e travessias: uma antropologia de corpos e afetos**. São Paulo: Annablume, 2014.

PESSOTTI, Isaias. **Os nomes da loucura**. São Paulo: Editora 34, 1999.

PIGNARRE, Philippe. **O que é o medicamento? Um objeto estranho entre a ciência, mercado e sociedade**. São Paulo: Ed. 34, 1999.

_____. “A Revolução dos antidepressivos e da medida”. In: LIMA, C. M.; SARTORI, L. **Dossiê: Antropologia e Medicamentos**. Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS – UFSCar, São Carlos, v.4, n.1 jan.-jun., 2012, p. 140-145.

PRANDI, Reginaldo. “O candomblé e o tempo: concepções de tempo, saber e autoridade da África para as religiões afro-brasileiras”. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 16, n. 47, 2001, p. 43-58.

PUCCI JR, Alberto. “O estudo da relação mente e corpo segundo o pensamento funcional de Wilhelm Reich”. In: Convenção Brasil Latino América, Congresso Brasileiro e Encontro Paranaense de Psicoterapias Corporais. 1., 4., 9., Foz do Iguaçu, Centro Reichiano, 2004. CD-ROM.

RAMOZZI-CHIAROTTINO, Zelia; FREIRE, José-Jozefran. “O dualismo de Descartes como princípio de sua Filosofia Natural”. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 79, jan. 2013, p. 157-170. Disponível em: < <https://goo.gl/rxy1fk> >. Acesso em: 22/10/2017.

RODRIGUES, Renan Albuquerque. "Sofrimento mental de indígenas na Amazônia". **Revista Eletrônica Mutações**, [S.l.], Manaus, v. 5, n. 8, fev. 2014. Disponível em: < <https://goo.gl/2kVW8D> >. Acesso em: 19/10/2017.

ROSALEN, Juliana. **Aproximações à temática das DST junto aos Waiãpi do Amapari: um estudo sobre malefícios, fluidos corporais e sexualidade**. Dissertação de mestrado. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, 2005.

SEEGER, Anthony; DA MATTA, Roberto; VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. "A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras". **Boletim do Museu Nacional**, Rio de Janeiro, n. 32, 1979, p. 2-19.

SOUZA. Maximiliano Loiola Pontes de. “Reação Esquizofrênica em paciente indígena”. **Casos clínicos em psiquiatria**, Brasil, 4 (1-2), 2002, p. 30-32.

TAYLOR, Anne-Christine. “O corpo da alma e seus estados: uma perspectiva amazônica sobre a natureza de ser-se humano”. **Cadernos de Campo**, São Paulo, n. 21, 2012, p. 213-228.

TAYLOR, Anne-Christine; VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. “Un corps fait de regards”. In: BRETON, Stéphane (org.). **Qu’est-ce qu’un corps? Afrique de l’Ouest, Europe occidentale, Nouvelle-Guinée, Amazonie**. Paris: Musée du Quai Branly/Flammarion, 2006, p. 148-199.

TEIXEIRA, Lumena. “Aproximações da Psicologia à Saúde dos Povos Indígenas”. **Cadernos Humaniza SUS. Volume 5 - Saúde Mental**, Brasília, Ministério da Saúde. 2015, p. 461-469.

TESTA, Adriana Queiroz. **Caminhos de saberes Guarani Mbya: modos de criar, crescer e comunicar**. Tese de doutorado. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, 2015.

TOLA, Florencia. "Eu não estou só(mente) em meu corpo" A pessoa e o corpo entre os Toba (Qom) do Chaco argentino. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, out. 2007, p. 499-519. Disponível em: < <https://goo.gl/GMRJZm> >. Acesso em 10/10/2007.

UHR, Débora. **O apagamento do sujeito na clínica contemporânea**. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica, 2014.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. "Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio". **Mana**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, out. 1996, p. 115-144. Disponível em: < <https://goo.gl/UCNdAc> >. Acesso em 15/11/2017.

_____. "A propriedade do conceito". ANPOCS 2001 / ST 23: Uma notável reviravolta: antropologia (brasileira) e filosofia (indígena).

_____. "O nativo relativo". **Mana**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2002, p. 113-148. Disponível em: < <https://goo.gl/iZDhZw> >. Acesso em: 01/12/2017.

WELCH, Gilbert; SCHWARTZ, Lisa; WOLOSHIN, Steven. "O que está nos deixando doentes é uma... epidemia de diagnósticos". **Jornal do Cremesp**, São Paulo, edição 245, 2/2008 [2007], p. 12. Disponível em: < <https://goo.gl/jXrHm5> >. Acesso em: 15/11/2017.

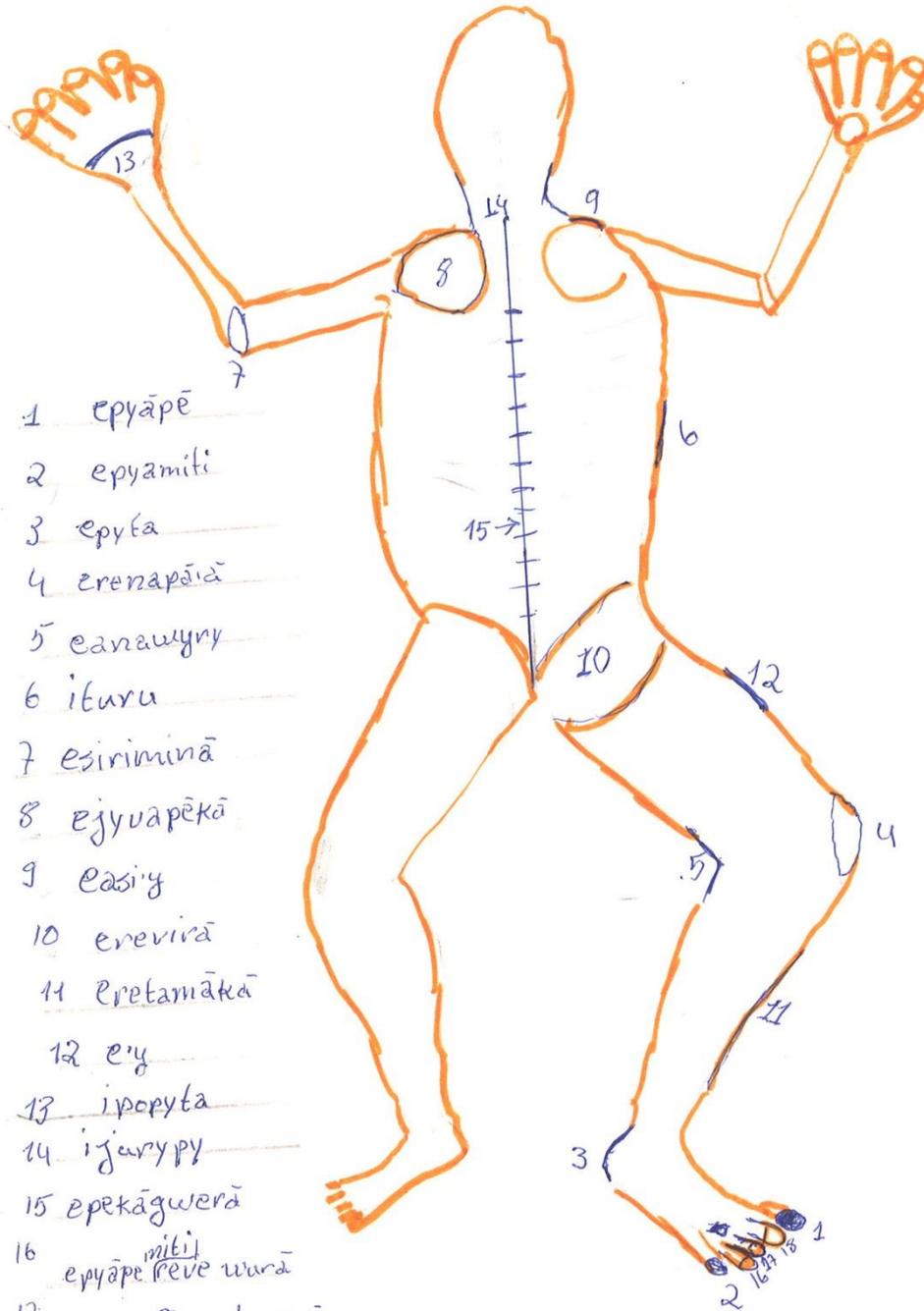
YANO, Ana Martha Tie. **Carne e tristeza - sobre a culinária caxinauá e seus modos de conhecer**. Tese de doutorado. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, 2015.

ANEXOS

Anexo I

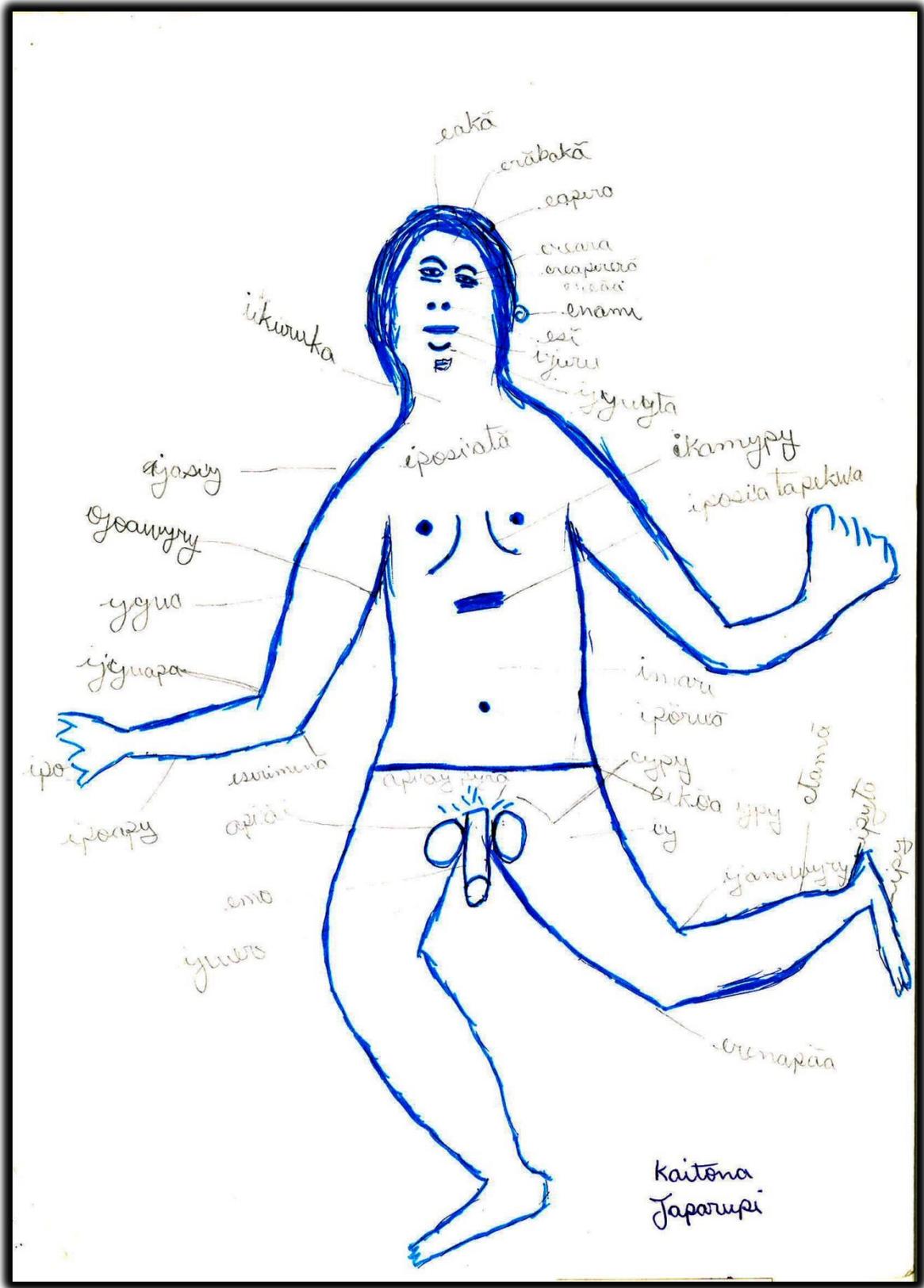
Desenhos – Oficina Professores Wajãpi

Japacop:

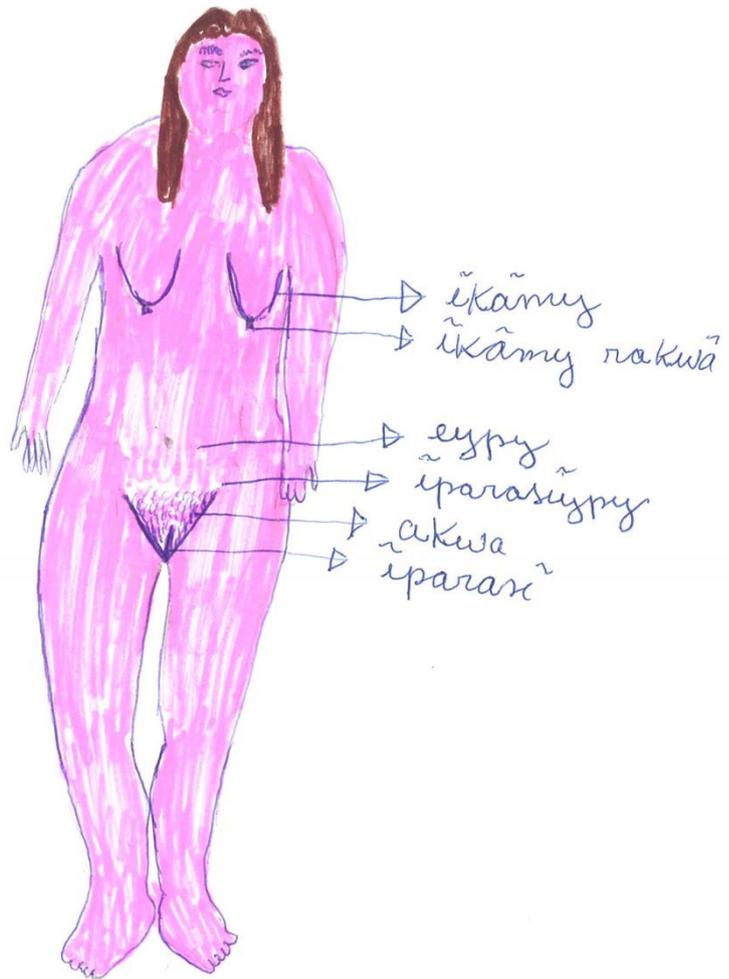


- 1 epyāpē
- 2 epyamiti
- 3 epyta
- 4 erenapāiā
- 5 eanawyny
- 6 ituru
- 7 esirimina
- 8 ejuvapēkā
- 9 easiy
- 10 enevirā
- 11 eretamātkā
- 12 eiy
- 13 ipopyta
- 14 ijurypy
- 15 epekāgwera
- 16 epyāpē ^{miti} rēve wura
- 17 epyāpē myteperā
- 18 epyāpē rēve wura

13



Seni



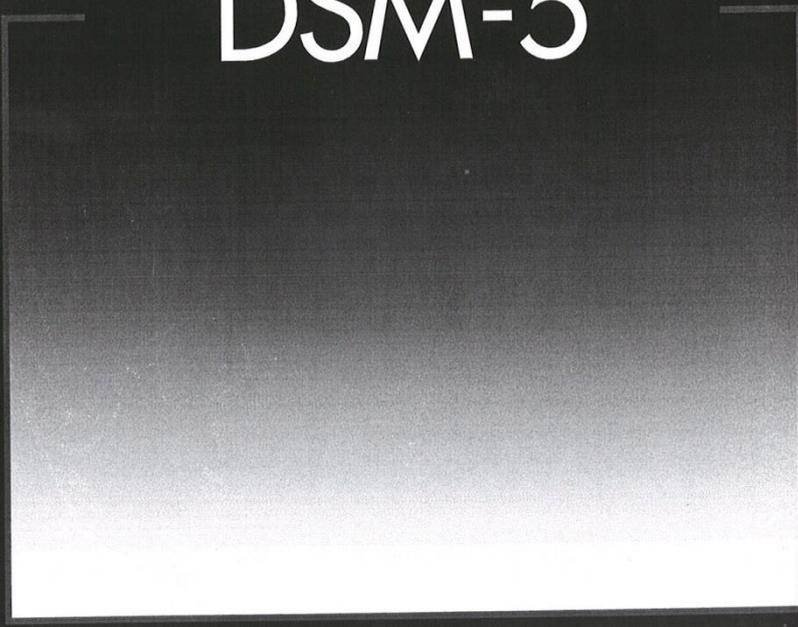
Anexo II

Glossário de conceitos culturais de sofrimento (DSM-5)

**MANUAL DIAGNÓSTICO
E ESTATÍSTICO DE
TRANSTORNOS MENTAIS**

5ª EDIÇÃO

DSM-5[®]



AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION



Glossário de Conceitos Culturais de Sofrimento

Ataque de nervios

Ataque de nervios ("ataque de nervos") é uma síndrome que ocorre entre indivíduos de origem latina caracterizada por sintomas de perturbação emocional intensa, incluindo ansiedade aguda, raiva ou sofrimento; gritos e berros descontrolados; ataques de choro; tremores; calor no tórax irradiando-se para a cabeça; agressividade física e verbal. Experiências dissociativas (p. ex., despersonalização, desrealização, amnésia), episódios de desmaio ou semelhantes a convulsões, além de gestos suicidas, são proeminentes em alguns *ataques*, porém ausentes em outros. Um dos aspectos centrais do *ataque de nervios* é uma sensação de descontrole. Os ataques ocorrem frequentemente como resultado direto de um evento estressante relacionado à família, como a notícia da morte de um parente próximo, conflitos conjugais ou parentais, ou em função de presenciar um acidente envolvendo um familiar. Para uma minoria dos indivíduos, nenhum evento social em particular desencadeia seus *ataques*; em vez disso, sua vulnerabilidade à perda de controle advém da experiência acumulada de sofrimento.

Não foi observada uma relação direta entre o *ataque de nervios* e qualquer transtorno psiquiátrico específico, embora diversos transtornos, incluindo transtorno de pânico, outro transtorno dissociativo especificado ou transtorno dissociativo não especificado e transtorno conversivo, tenham sobreposição sintomática com o *ataque*.

Em amostras comunitárias, o *ataque de nervios* está associado a ideação suicida, incapacidade e utilização de serviços psiquiátricos ambulatoriais, depois do ajuste para diagnósticos psiquiátricos, exposição traumática e outras covariáveis. Entretanto, alguns *ataques* representam expressões normais de sofrimento agudo (p. ex., em um funeral) sem sequelas clínicas. O termo *ataque de nervios* pode se referir também a um idioma de sofrimento que inclui algum paroxismo similar a um acesso de emoção (p. ex., riso histérico) e pode ser usado para indicar um episódio de perda de controle em resposta a um estressor intenso.

Condições relacionadas em outros contextos culturais: Indisposição no Haiti, "apagão" no sul dos Estados Unidos e desavença nas Antilhas.

Condições relacionadas no DSM-5: Ataque de pânico, transtorno de pânico, outro transtorno dissociativo especificado ou transtorno dissociativo não especificado, transtorno conversivo (de sintomas neurológicos funcionais), transtorno explosivo intermitente, outro transtorno de ansiedade especificado ou transtorno de ansiedade não especificado, outro transtorno relacionado a trauma e a estressores especificado ou não especificado.

Síndrome de dhat

Síndrome de dhat é um termo criado no sul da Ásia mais de meio século atrás para designar apresentações clínicas comuns de pacientes jovens do sexo masculino que atribuam seus sintomas diversos à perda de sêmen. A despeito do nome, não se trata de uma síndrome bem definida, e sim de uma explicação cultural de sofrimento para pacientes com queixas de sintomas diversos, tais como ansiedade, fadiga, fraqueza, perda de peso, impotência, outras múltiplas queixas somáticas e humor depressivo. O aspecto central é ansiedade e sofrimento relacionados à perda de *dhat* na ausência de qualquer disfunção fisiológica identificável. O *dhat* foi identificado por pacientes como uma secreção esbranquiçada observada na defecação ou na micção. As ideias a respeito dessa substância estão

relacionadas ao conceito de *dhatu* (sêmen), descrito no sistema de medicina hindu, Ayurveda, como um dos sete fluidos corporais essenciais cujo equilíbrio é necessário para manter a saúde.

Embora a *síndrome de dhat* tenha sido formulada como um guia cultural para a prática clínica local, foram observadas ideias correlatas acerca dos efeitos nocivos da perda de sêmen na população em geral, sugerindo uma disposição cultural para explicar problemas de saúde e sintomas por meio da referência à *síndrome de dhat*. Pesquisas em ambientes de assistência médica geraram estimativas diversas da prevalência da síndrome (p. ex., 64% dos homens atendidos em clínicas psiquiátricas na Índia com queixas sexuais; 30% dos homens atendidos em clínicas de medicina geral no Paquistão). Apesar de a *síndrome de dhat* ser mais comumente associada a homens jovens de origens socioeconômicas mais baixas, homens de meia-idade também podem ser afetados. Preocupações semelhantes acerca de secreções vaginais esbranquiçadas (leucorreia) também foram associadas a uma variante do conceito em mulheres.

Condições relacionadas em outros contextos culturais: *Koro* no sudoeste da Ásia, particularmente em Cingapura, e *shen-k'uei* ("deficiência renal") na China.

Condições relacionadas no DSM-5: Transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de sintomas somáticos, transtorno de ansiedade de doença, transtorno erétil, ejaculação prematura (precoce), outra disfunção sexual especificada ou disfunção sexual não especificada, problema acadêmico.

Khyâl cap

"Ataques de *khyâl*" (*khyal cap*), ou "ataques de vento", é uma síndrome encontrada entre cambojanos nos Estados Unidos e no Camboja. Sintomas comuns incluem os de ataques de pânico, como tontura, palpitações, falta de ar e extremidades frias, bem como outros sintomas de ansiedade e excitação autonômica (p. ex., zumbido e dor no pescoço). Ataques de *khyâl* incluem cognições catastróficas centradas na preocupação de que *khyâl* (uma substância similar ao vento) possa surgir no corpo – em conjunto com o sangue – e desencadear uma série de efeitos graves (p. ex., comprimir os pulmões, causando falta de ar e asfixia; penetrar no crânio, causando zumbido, tontura, visão borrada e uma síncope fatal). Ataques de *khyâl* podem ocorrer subitamente, mas com frequência são desencadeados por preocupações, pelo ato de levantar-se (i.e., hipotensão ortostática), por odores específicos com associações negativas e por situações agorafóbicas, como entrar em lugares cheios de gente ou andar de carro. Ataques de *khyâl* normalmente satisfazem os critérios de ataques de pânico e podem assemelhar-se à experiência de outros transtornos de ansiedade e relacionados a trauma e a estressores. Ataques de *khyâl* podem estar associados a incapacidade considerável.

Condições relacionadas em outros contextos culturais: Laos (*pen lom*), Tibete (*srog rlung gi nad*), Sri Lanka (*vata*) e Coreia (*hwa byung*).

Condições relacionadas no DSM-5: Ataque de pânico, transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada, agorafobia, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de ansiedade de doença.

Kufungisisa

Kufungisisa ("pensar demais" em Shona) é um idioma de sofrimento e uma explicação cultural entre os Shona do Zimbábue. Como explicação cultural, é considerado causador de ansiedade, depressão e problemas somáticos (p. ex., "meu coração está doendo porque penso demais"). Como idioma de sofrimento psicossocial, é indicativo de dificuldades interpessoais e sociais (p. ex., problemas conjugais, não ter dinheiro para cuidar dos filhos). *Kufungisisa* envolve ruminação de pensamentos angustiantes, particularmente preocupações.

O *kufungisisa* está associado a uma série de psicopatologias, incluindo sintomas de ansiedade, preocupação excessiva, ataques de pânico, sintomas depressivos e irritabilidade. Em um estudo de uma amostra comunitária aleatória, dois terços dos casos identificados por uma medida de psicopatologia geral eram dessa queixa.

Em muitas culturas, “pensar demais” é considerado prejudicial à mente e ao corpo, podendo causar sintomas específicos, como cefaleia e tontura. “Pensar demais” também pode ser um componente-chave de síndromes culturais, como “fadiga mental”, na Nigéria. No caso da fadiga mental, “pensar demais” é atribuído principalmente ao estudo excessivo, considerado prejudicial particularmente ao cérebro, com sintomas que incluem sensações de calor ou formigamento na cabeça.

Condições relacionadas em outros contextos culturais: “Pensar demais” é um idioma de sofrimento e uma explicação cultural comum em muitos países e grupos étnicos. Foi descrito na África, no Caribe e na América Latina, bem como entre grupos do leste asiático e americanos nativos.

Condições relacionadas no DSM-5: Transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno do luto complexo persistente (ver “Condições para Estudos Posteriores”).

Maladi moun

Maladi moun (literalmente “doença causada por humano”, também conhecida como “doença enviada”) é uma explicação cultural em comunidades haitianas para diversos transtornos médicos e psiquiátricos. Nesse modelo explanatório, inveja e maldade interpessoais fazem as pessoas atingirem seus inimigos enviando doenças como psicose, depressão, insucesso acadêmico ou social e incapacidade de cumprir as atividades da vida diária. O modelo etiológico considera que a doença pode ser causada por inveja e ódio alheios, provocados pelo sucesso econômico da vítima em virtude de um emprego novo ou uma aquisição cara. Presume-se que o ganho de uma pessoa cause perda para outra, de maneira que o sucesso ostensivo torna uma pessoa vulnerável ao ataque. Atribuir o rótulo de “doença enviada” depende mais do modo de início do quadro e do *status* social do que dos sintomas apresentados. O início agudo de novos sintomas ou uma mudança comportamental abrupta levanta suspeitas de um ataque espiritual. Uma pessoa atraente, inteligente ou rica é percebida como especialmente vulnerável, e até mesmo crianças pequenas e saudáveis encontram-se em risco.

Condições relacionadas em outros contextos culturais: Preocupações a respeito de doenças (em geral doenças físicas) causadas por inveja ou conflitos sociais são comuns entre culturas e com frequência expressas na forma de “mau-olhado” (p. ex., em espanhol, *mal de ojo*, em italiano, *mal'occhio*).

Condições relacionadas no DSM-5: Transtorno delirante do tipo persecutório; esquizofrenia com sintomas paranoides.

Nervios

Nervios (“nervos”) é um idioma de sofrimento comum entre latinos nos Estados Unidos e na América Latina. *Nervios* refere-se a um estado geral de vulnerabilidade a experiências de vida estressantes e a circunstâncias de vida difíceis. O termo *nervios* inclui uma ampla gama de sintomas de sofrimento emocional, perturbação somática e incapacidade funcional. Os sintomas mais comumente atribuídos a *nervios* incluem cefaleias e “dores no cérebro” (tensão cervical occipital), irritabilidade, perturbações estomacais, dificuldades de sono, nervosismo, choro fácil, incapacidade de concentrar-se, tremores, sensações de formigamento e *mareos* (marejamento, tontura com exacerbações ocasionais do tipo vertigem). *Nervios* é um idioma de sofrimento amplo que abrange uma faixa de gravidade desde casos sem nenhum transtorno mental até apresentações que se assemelham a transtornos de adaptação, de ansiedade, depressivos, dissociativos, de sintomas somáticos ou psicóticos. “Ser nervoso desde a infância” parece ser um traço e pode preceder o transtorno de ansiedade social, enquanto “estar doente dos nervos” está mais relacionado do que outras formas de *nervios* a problemas psiquiátricos, especialmente dissociação e depressão.

Condições relacionadas em outros contextos culturais: *Nevra* entre gregos na América do Norte, *nierbi* entre sicilianos na América do Norte e *nerves* entre brancos nos Apalaches norte-americanos e Newfoundland (Terra Nova, uma grande ilha canadense).

Condições relacionadas no DSM-5: Transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade social, outro transtorno dissociativo especificado ou transtorno dissociativo não especificado, transtorno de sintomas somáticos, esquizofrenia.

Shenjing shuairuo

Shenjing shuairuo ("fraqueza do sistema nervoso" em Mandarim Chinês) é uma síndrome cultural que integra categorias conceituais da medicina tradicional chinesa com o diagnóstico ocidental de neurastenia. Na segunda edição revisada do *Chinese Classification of Mental Disorders* (Classificação Chinesa de Transtornos Mentais [CCMD-2-R]), *shenjing shuairuo* é definido como uma síndrome composta por três dentre cinco grupos de sintomas não hierárquicos: fraqueza (p. ex., fadiga mental), emoções (p. ex., sentir-se contrariado), excitação (p. ex., exacerbação de recordações), dor nervosa (p. ex., cefaleia) e sono (p. ex., insônia). *Fan nao* (sentir-se contrariado) é uma forma de irritabilidade misturada a aflição e sofrimento acerca de pensamentos conflitantes e desejos não satisfeitos. A terceira edição do CCMD mantém *shenjing shuairuo* como um diagnóstico somatoforme de exclusão. Os principais desencadeantes de *shenjing shuairuo* incluem estressores relacionados ao trabalho ou à família, perda de prestígio (*mianzi, lianzi*) e uma sensação aguda de fracasso (p. ex., no desempenho acadêmico). *Shenjing shuairuo* está associado a conceitos tradicionais de fraqueza (*xu*) e a desequilíbrios de saúde relacionados a deficiências de uma essência vital (p. ex., a depleção de *qi* [energia vital] subsequente à sobrecarga ou à estagnação de *qi* em virtude de preocupações excessivas). Na interpretação tradicional, *shenjing shuairuo* resulta quando os canais corporais (*jing*) que conduzem as forças vitais (*shen*) tornam-se desregulados em virtude de diversos estressores sociais e interpessoais, tais como a incapacidade de mudar uma situação crônica de frustração ou angústia. Vários transtornos psiquiátricos estão associados a *shenjing shuairuo*, principalmente transtornos do humor, de ansiedade e de sintomas somáticos. Entretanto, em clínicas médicas na China, até 45% dos pacientes com *shenjing shuairuo* não satisfazem os critérios de nenhum transtorno do DSM-IV.

Condições relacionadas em outros contextos culturais: Idiomas e síndromes do espectro da neurastenia estão presentes na Índia (*ashaktapanna*) e no Japão (*shinkei-suijaku*), entre outros cenários. Outras condições, como síndrome da fadiga mental, síndrome de esgotamento e síndrome da fadiga crônica, também estão fortemente relacionadas.

Condições relacionadas no DSM-5: Transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de sintomas somáticos, transtorno de ansiedade social, fobia específica, transtorno de estresse pós-traumático.

Susto

Susto ("susto") é uma explicação cultural para sofrimento e azar prevalente entre alguns latinos nos Estados Unidos e entre pessoas no México, na América Central e na América do Sul. Não é reconhecido como uma categoria de doença entre latinos no Caribe. *Susto* é um mal atribuído a um evento assustador que faz a alma deixar o corpo e resulta em infelicidade e doença, bem como em dificuldades de funcionamento em papéis sociais importantes. Os sintomas podem surgir a qualquer momento, desde dias até anos depois da experiência de susto. Em casos extremos, *susto* pode resultar em morte. Não existem sintomas definidores específicos para *susto*; entretanto, sintomas relatados com frequência por pessoas com *susto* incluem perturbações do apetite, sono inadequado ou excessivo, sono ou sonhos agitados, sentimentos de tristeza, desvalia ou sujeira, sensibilidade interpessoal e falta de motivação para fazer as coisas. Sintomas somáticos que acompanham *susto* podem incluir mialgias e dores, frio nas extremidades, palidez, cefaleia, dor de estômago e diarreia. Os eventos desencadeantes são diversos e incluem fenômenos naturais, animais, situações interpessoais e agentes sobrenaturais, entre outros.

Três tipos sindrômicos de *susto* (conhecido como *cibih* na linguagem local dos zapotecas, um antigo povo mexicano) foram identificados, cada qual com relações diferentes com diagnósticos psiquiátricos. Um *susto* interpessoal caracterizado por sentimentos de perda, abandono e não ser amado pela família, com sintomas concomitantes de tristeza, autoimagem negativa e ideação suicida, parecia estar fortemente relacionado ao transtorno depressivo maior. Quando o *susto* resultava de um evento traumático com um papel determinante nos sintomas e no processamento emocional da experiência, o diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático parecia mais apropriado. O *susto* caracterizado por diversos sintomas somáticos recorrentes – que levavam a pessoa a procurar assistência de saúde de diversos profissionais – era, então, considerado mais associado a um transtorno de sintomas somáticos.

Condições relacionadas em outros contextos culturais: Conceitos etiológicos e configurações sintomáticas similares são encontrados em todo o mundo. Na região andina, *susto* é conhecido como *espanto*.

Condições relacionadas no DSM-5: Transtorno depressivo maior, transtorno de estresse pós-traumático ou outro transtorno relacionado a trauma e a estressores especificado e transtorno relacionado a trauma e a estressores não especificado, transtornos de sintomas somáticos.

Taijin kyofusho

Taijin kyofusho (“transtorno do medo interpessoal” em japonês) é uma síndrome cultural caracterizada por ansiedade e evitação de situações interpessoais em razão de pensamento, sentimento ou convicção de que a aparência pessoal e as próprias atitudes nas interações sociais são inadequadas ou ofensivas aos outros. Nos Estados Unidos, a variante envolve ter um odor corporal ofensivo e é conhecida como *síndrome de referência olfativa*. Indivíduos com *taijin kyofusho* tendem a se concentrar no impacto de seus sintomas e comportamentos nos outros. Variantes incluem preocupações importantes acerca do rubor facial (eritrofobia), ter um odor corporal ofensivo (síndrome de referência olfativa), fixar os olhos nas outras pessoas de forma inapropriada (demasiado ou muito pouco contato visual), expressão facial ou movimentos corporais rígidos ou estranhos (p. ex., rigidez, tremores) ou deformidade corporal.

Taijin kyofusho é um conceito mais amplo do que o transtorno de ansiedade social no DSM-5. Além de ansiedade de desempenho, *taijin kyofusho* inclui duas formas relacionadas à cultura: um “tipo sensível”, com sensibilidade e ansiedade social extremas acerca de interações interpessoais, e um “tipo ofensivo”, no qual a principal preocupação é ofender os outros. Dessa forma, como uma categoria, *taijin kyofusho* inclui síndromes com aspectos de transtorno dismórfico corporal, bem como transtorno delirante. As preocupações podem ter um caráter delirante, sendo refratárias a medidas simples de tranquilização e contraexemplos.

Os sintomas típicos de *taijin kyofusho* ocorrem em contextos culturais específicos e, até certo ponto, com ansiedade social mais grave pelas culturas. Síndromes semelhantes são encontradas na Coreia e em outras sociedades que enfatizam fortemente a manutenção autoconsciente de um comportamento social apropriado em relações interpessoais hierárquicas. Sintomas similares a *taijin kyofusho* também foram descritos em outros contextos culturais, incluindo Estados Unidos, Austrália e Nova Zelândia.

Condições relacionadas em outros contextos culturais: *Taein kong po* na Coreia.

Condições relacionadas no DSM-5: Transtorno de ansiedade social, transtorno dismórfico corporal, transtorno delirante, transtorno obsessivo-compulsivo, síndrome de referência olfativa (um tipo de outro transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado especificado). A síndrome de referência olfativa está relacionada especificamente à variante *jikoshu-kyofu* de *taijin kyofusho*, cujo sintoma central é a preocupação de que a pessoa emite um odor corporal ofensivo. Essa apresentação é vista em diversas culturas fora do Japão.

ANEXO III

25 Casos de pacientes controlados

DSEI-AMAPÁ

NOME	ALDEIA	MEDICAÇÃO
Ja.	Jw.	CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA 100MG ½ CP V.O, 6HS, 14HS, 22HS +HALOPERIDOL 2MG ÁS 22HS.
Mj.	My.	VAPROATO DE SODIO 500MG 1CP V.O 12/12HS FENOBARBITAL 100MG 1CP V.O 12/12HS+CLOBAZAN 1CP 1X DIA.
At.	My.	FENOBARBITAL 40MG 35GTS V.O 12/12HS
K.	At.	VAPROATO DE SODIO 50MG 5ML V.O 1X DIA.
T.	Ok.	PACIENTE CONSULTO DIA 21/11/16 MANTERA A MESMA MEDICAÇÃO HALOPERIDOL 5MG 2AMPOLAS IM,A CADA 28 DIAS,FOI FEITA 02 AMPOLA NO DIA 24/11/2016,SENDO SUSPENSO MEDICAÇÃO VIA ORAL PELO MEDICO.
JW.	Ar.	FENOBARBITAL 40MG 13GTS 12/12HS.
Tw.	Jw.	CARBAMAZEPINA 200MG+ DIAZEPAN 1CP 1X AO DIA
L.	Yw.	PACIENTE É CARDIOPATA E NÃO FOI ENCONTRADA

		NENHUMA RECEITA DE FENOBARBITAL, SOMENTE A QUE FAZIA USO QUE ERA P/ PACIENTE CARDIOPATA.
Mo.	Py.	FENOTOINA 100MG 1 CP 12/12HS
N.	Ar.	FENOBARBITAL 100MG 1CP 12/12HS.
J.	P.	1-SILDENANAFIL 50MG DILUIR 1CP P/10 DE AGUA E DAR 2;5ML 8/8HS 2-CAPTOPRIL 25MG DILUIR 1CP P/10 ml DE AGUA E DAR 3 ml 8/8HS 3-FUROSEMIDA 40MG DILUIR 1CP P/ 10 ml DE AGUA E DAR 5 ml 12/12HS
Jk.	P.	1-DIGOXICINA 0,25MG 1CP V.O 1X DIA 2-HIDROCLOROTIAZIDA 25MG 1CP 1X DIA. 3-CAPTOPRIL 25MG 1CP V.O 12/12HS. 4-SILDENAFILA 50MG 1CP V.O 8/8/HS
Ks.	My.	NÃO HÁ RECEITA NO PROTUARIO DO PACIENTE, SOMENTE AS QUE JÁ FORAM FEITAS E USO SUSPENSO.
E.	ML.	CABARMAZEPINA 200MG 3 ml 12/12 HS.
Na.	Mi.	FENORBABITAL 40MG 25GTS V.O 12/12HS
M.	Mi.	FENOBARBITAL 40MG 12GTS 1X DIA ÀS 20HS.
Nk.	K. OBS:MEDICAÇÃO FOI ALTERADA PELO MÉDICO	1-CARBAMAZEPINA 200MG 7,5ML V.O 12/12HS. 2-FENOBARBITAL 40MMG 30GTS V.O 12/12HS

	DE 20GTS PRA 30 GTS 12/12HS	
Tw.	Ky. OBS:O MÉDICO SUSPENDEU A MEDICAÇÃO ANTERIOR, MANTENDO SOMENTE A QUE ESTÁ AO LADO.	-LEVOZINE 100MG 1CP V.O Á NOITE,CONTINUO. FOI LIBERADA E COMPRADA PELO SENHOR GARCIA TRATAMENTO PRA 80 DIAS.
Km.	Ky.	1-FLOXETINA 20MG 1CP V.O 12/12HS. 2-CLOMAZEPAM 25MG 16GTS V.O 1X DIA. 3-RIVOTRIL 25MG 1CP V.O 12/12HS.
Jk.	C.	FENITOINA 100MG ½ V.O Á NOITE.
Tk.	Jk.	1-BIPERIDENO 2MG 1CP V.O Á NOITE. 2-GLIBENCLAMIDA 1 CP V.O 1X DIA.
Rn.	Mi.	FENOBARBITAL 100MG 1CP V.O 12/12HS
Ok.	C.	PROTUARIO NÃO ENCONTRADO.
Ma.	Mt.	NORTRIPILINA 25MG 2CP 1X POR SEMANA
Mt.	Mt.	FENOBARBITAL 100MG 1CP V.O 12/12HS.
Nw.	Jk.	1-BROMAZEPAM 6MG 1CP V.O NOITE. 2-CLORIDRATO AMITRIPTILINA 25MG 1CP V.O NOITE. 3-PANDERAIS 15MG 1CP V.O MANHÃ.
Tp.	Pa.	RESPIRIDONA 2MG 1 CP V.O PELA MANHÃ.

ANEXO IV

Imagens de alguns psicotr3picos

(Extraído de CORDIOLI, 2005 et al)

▶ ÁCIDO VALPRÓICO/VALPROATO



Depakene
250 mg



Depakene
300 mg



Depakene
500 mg



Depakote
250 mg



Depakote
500 mg

▶ ALPRAZOLAN



Frontal
0,25 mg



Frontal
0,5 mg



Frontal
1 mg

▶ AMINEPTINA



Survector
100 mg

▶ AMISULPRIDA



Socian
50 mg



Socian
200 mg

▶ AMITRIPTILINA



Amitriptilina BASF
25 mg



Amytril
25 mg



Tryptanol
75 mg

▶ APOMORFINA



Uprima
2 mg

▶ ARIPIPIRAZOL



Abilify
15 mg

▶ BIPERIDENO



Akineton
2 mg



Akineton
4 mg



Akineton
5 mg/mL

▶ BROMAZEPAM



Bromazepam BASF
3 mg



Bromazepam BASF
6 mg



Lexotan
3 mg



Lexotan
6 mg



Lexotan
2,5 mg/mL CR

FLUOXETINA



Daforin
20 mg



Fluxene
20 mg



Prozac
20 mg



Prozac
20 mg



Prozac Durapac
90 mg



Psiqual
20 mg



Verotina
20 mg



Verotina
90 mg



Verotina
gotas

FLURAZEPAM



Dalmadorm
30 mg

GABAPENTINA



Gabapentina
300 mg



Neurontin
400 mg

HALOPERIDOL



Haldol
1 mg



Haldol
5 mg



Haldol
5 mg/mL em amp/1 mL



Haloperidol Furp
5 mg

HIPÉRICO



Hiperex
300 mg

IMIPRAMINA



Tofranil
10 mg



Tofranil
25 mg



Tofranil
75 mg



Tofranil
150 mg

LEVOMEPROMAZINA



Neozine
25 mg



Neozine
100 mg



Neozine
25 mg/amp

LÍTIO



Carbolim
300 mg



Carbolitium
300 mg



Carbolitium CR
450 mg



Neurolithium
300 mg

ANEXO V - Posologia dos medicamentos prescritos para os 30 casos de pacientes wajãpi. (CORDIOLI, 2005 et al)

Classe de medicamento	Medicamento	Indicação	Contra-indicação	Reações adversas e efeitos colaterais
Antidepressivos	Amitriptilina (Amytril, Cloridrato de Amitriptilina)	Depressão maior; enurese noturna; fibromialgia; dor na neuropatia herpética e diabética; profilaxia de cefaleias.	Hipersensibilidade ao fármaco; infarto agudo do miocárdio recente; distúrbios de condução cardíaca; prostatismo ou retenção urinária; íleo paralítico; glaucoma de ângulo estreito.	Boca seca, constipação intestinal, fadiga, ganho de peso, hipotensão postural, sedação, tonturas e visão borrada.
	Bromidrato de Citalopram			
	Citalopram (Procimax)	Depressão maior; transtorno do pânico; transtorno obsessivo-compulsivo; fobia social.	-	Anorgasmia, boca seca, cefaleia, constipação, diarreia, diminuição da libido, fissura por doces, ejaculação retardada, insônia, náuseas, sonolência, sudorese, tonturas, tremores finos.
	Biperideno (Cloridrato de Biperideno)	Reações distônicas agudas; parkinsonismo; sintomas extrapiramidais provocados por antipsicóticos.	Obstrução intestinal (história de); glaucoma de ângulo fechado; hipersensibilidade ao fármaco.	Boca seca, constipação, visão borrada.
	Fluoxetina (Cloridrato de Fluoxetina, Prozac)	Depressão maior; distímia; transtorno obsessivo-compulsivo; bulimia nervosa; transtorno do pânico; transtorno do corpo dismórfico;	Pacientes com hipersensibilidade ao fármaco.	Anorexia, ansiedade, cefaleia, diarreia, diminuição do apetite, fadiga, inquietude, dor abdominal, insônia, náuseas, nervosismo,

		transtorno de stress pós-traumático; fase depressiva do transtorno bipolar.		sedação, sonolência, tonturas.
Antidepressivos	Imipramina	Depressão maior; distímia; transtorno do pânico; enurese noturna; transtorno de ansiedade generalizada.	Infarto agudo do miocárdio recente; bloqueio de ramo; hipersensibilidade ao fármaco; prostatismo ou retenção urinária; íleo paralítico; glaucoma de ângulo estreito.	Boca seca, constipação intestinal, hipotensão, tonturas, visão borrada.
	Nortriptilina (Cloridrato de Nortriptilina)	Depressão maior; depressão maior no idoso; cessação do tabagismo.	Hipersensibilidade à droga; infarto agudo no miocárdio recente; bloqueio de ramo.	Boca seca, constipação intestinal, hipotensão, tonturas, visão borrada.
	Ansiolíticos	Bromazepam	Ansiedade aguda; transtorno de ansiedade generalizada; no controle de ataques de pânico; na fobia social; insônia; como medicação pré-anestésica.	Glaucoma; drogadição; insuficiência respiratória ou DBPOC; miastenia gravis; hipersensibilidade a benzodiazepínicos; primeiro trimestre da gravidez e lactante.
Clobazam (Frisium)		Ansiedade aguda; crises parciais complexas ou crises motoras focais com posterior generalização; crises mioclônicas juvenis; como fármaco coadjuvante em pacientes epiléticos refratários aos fármacos tradicionais.	Hipersensibilidade aos benzodiazepínicos; insuficiência respiratória grave.	Diminuição da atenção, fadiga, impulsividade, irritabilidade, sedação, sonolência.
Clonazepam (Rivotril)		Transtornos psiquiátricos: transtorno do pânico; fobia social; Uso em	Hipersensibilidade aos benzodiazepínicos; miastenia gravis; doença de Alzheimer; esclerose múltipla;	Ataxia, déficit de atenção, fadiga, sedação, tonturas, sonolência.

		<p>problemas neurológicos: epilepsia psicomotora; convulsões tônico-clônicas generalizadas; ausências típicas e atípicas (síndrome de Lenox); crises mioclônicas; crises parciais com sintomatologia complexa; síndrome de West; neuralgia do trigêmeo.</p>	<p>primeiro e terceiro trimestres de gravidez; paciente com dependência química ou potencial de abuso.</p>	
<p>Ansiolíticos</p>	<p>Diazepam (Valium, Santiazepam)</p>	<p>Ansiedade aguda situacional; insônia; transtorno do pânico; transtorno de ansiedade generalizada; tratamento das complicações da retirada do álcool; espasticidade decorrente de doenças neuromusculares; tétano; espasticidade da esclerose múltipla; tratamento e prevenção do estado de mal epilético ou de repetidas convulsões; mialgias pós-anestésicas decorrentes do uso de succinilcolina; cardioversão; como pré-anestésico; ansiedade situacional presente ou desencadeada por doenças físicas; em procedimentos de endoscopia; como</p>	<p>Glaucoma ângulo fechado; drogadição; insuficiência respiratória ou DBPOC; doença hepática ou renal grave; miastenia gravis; hipersensibilidade aos benzodiazepínicos.</p>	<p>Abstinência, ataxia, déficit de atenção, dificuldades de concentração, fadiga, sedação, sonolência.</p>

Ansiolíticos		coadjuvante no tratamento da discinesia tardia.		
	Midazolam	Insônia; sedação antes de procedimentos cirúrgicos ou diagnósticos; indução e manutenção da anestesia; sedação prolongada em CTI; no controle do estado de mal epilético.	Hipersensibilidade aos benzodiazepínicos; miastenia gravis.	Abstinência, amnésia anterógrada, ataxia, confusão, déficit de atenção, déficit de memória, disartria, insônia de rebote, relaxamento muscular, inquietude, irritabilidade, sonambulismo.
	Oxazepam	Ansiedade aguda; pré-cirurgia.	Esclerose múltipla; drogadição; insuficiência renal, respiratória e hepática graves; miastenia gravis; hipersensibilidade prévia ao oxazepam.	Abstinência, ataxia, cefaleia, déficit de atenção, fadiga, sedação, sonolência, tonturas.
	Rivotril – ver Clonazepam			
	Santiazepam – ver Diazepam			
Antipsicóticos	Clorpromazina (Amplictil)	Na esquizofrenia (episódios agudos e tratamento de manutenção); na mania aguda grave com sintomas psicóticos como co-adjuvante dos estabilizadores do humor; depressão psicótica com antidepressivos; transtorno esquizoafetivo; transtorno	Hipersensibilidade a derivados fenotiazínicos; antecedentes de discrasias sanguíneas; estados comatosos ou depressão acentuada do SNC; transtornos convulsivos; doença cardiovascular grave.	Aumento do apetite, boca seca, constipação, aumento dos níveis séricos de prolactina, ganho de peso, hipotensão postural, sedação, sonolência, taquicardia, tonturas.

Antipsicóticos		delirante; psicoses breves; agitação em pacientes com retardo mental; psicoses na infância; usos não psiquiátricos: soluços intratáveis; náuseas e vômitos; anestesia e analgesia; porfiria; coréia de Huntington.		
	Cyamemazine (obs: não está presente na lista do manual de psicotrópicos, pois trata-se de um medicamento ministrado na Guyana Francesa. As informações aqui apresentadas foram extraídas da Wikipedia).	Estados ansiosos e psicóticos (tanto em adultos como em crianças); Neuroses obsessivas de evolução grave, como as que ocorrem durante o período de abstinência em pacientes dependentes de Álcool e Drogas; Estado elevado de agressividade; Tratamento das depressões graves (associado a um antidepressivo)	A associação da Ciamemazina com alguns antiarrítmicos (como quinidina, amiodarona, ibutilida, sotalol) pode provocar uma complicação conhecida como <i>torsades de pointes</i> . Pode potencializar o efeito de medicamentos anti-hipertensivos, como o captopril, aumentando o risco da ocorrência de uma hipotensão ortostática. Já o uso concomitante com a guanetidina pode inibir o efeito anti-hipertensivo da mesma. O uso com substâncias de ação depressora sobre o Sistema Nervoso Central (álcool, barbitúricos, derivados morfínicos, ansiolíticos benzodiazepínicos, anti-histamínicos H1 de primeira geração, tranquilizantes etc) pode intensificar os efeitos de sonolência, hipotensão e astenia, por exemplo.	Sonolência; astenia; apatia; hipotensão ortostática; taquicardia; secura na boca; obstipação e diminuição da libido. Já as mais raras ou menos comuns foram: convulsões, colapso respiratório; enterite necrosante e priapismo

Antipsicóticos	Haloperidol (Haldol)	Esquizofrenia; transtorno esquizoafetivo; episódios maníacos agudos, como adjuvante da terapia com estabilizador de humor; agitações em quadros demenciais ou outros transtornos mentais orgânicos; quadros que cursam com sintomas psicóticos na infância; transtorno de Gilles de la Tourette.	Alergia ao fármaco; DBPOC (diminui as secreções pulmonares); síndrome de Sjögren (xerofthalmia, xerostomia e artrite); transtornos convulsivos (diminui o limiar convulsionante); câncer de mama (aumenta os níveis de prolactina); bexiga neurogênica (retenção urinária); hipertrofia da próstata (retenção urinária); uso de lentes de contato (diminui o lacrimejamento); gravidez e amamentação; doença de Parkinson.	Acatisia, distonias, parkinsonismo, rigidez muscular, síndrome extrapiramidal, sedação, tremores finos.
	Levomepromazi na (Neozine)	Na esquizofrenia (episódios agudos e tratamento de manutenção); na mania aguda psicótica grave como co-adjuvante aos estabilizadores de humor; depressão psicótica, com antidepressivos; transtorno esquizoafetivo; transtorno delirante; psicoses breves; agitação em pacientes com retardo mental; uso não psiquiátrico: em anestesia geral (potencializar os efeitos anestésicos) e aumentar a sedação e a analgesia; alívio da dor pós-infarto agudo do	Gravidez e amamentação; hipersensibilidade ao fármaco; antecedentes de dicrasias sanguíneas; estados comatosos ou depressão acentuada do SNC; epilepsia; doença cardiovascular grave.	Aumento de apetite, boca seca, constipação, fotossensibilidade cutânea, hipotensão postural, salivação, sedação, taquicardia, tonturas.

Antipsicóticos		miocárdio.		
	Pipotiazina (Piportil)	Esquizofrenia (crises agudas e manutenção); esquizofrenia (manutenção); episódio maníaco agudo psicótico grave, como adjuvante do estabilizador de humor; depressão psicótica; psicose induzida por drogas; episódios psicóticos em geral; transtorno de tiques; em psicóticos com pouca adesão ao tratamento (depot); transtorno esquizoafetivo; delirium; transtorno delirante paranoide; doença de Huntigton.	São relativas, devendo ser avaliado o risco/benefício. Alergia ao fármaco; DBPOC (diminui as secreções pulmonares); síndrome de Sjögren (xerofthalmia, xerostomia e artrite); epilepsias (diminuem o limiar convulsivante); câncer de mama (aumenta os níveis de prolactina); bexiga neurogênica (retenção urinária); hipertrofia da próstata (retenção urinária); uso de lentes de contato (diminui o lacrimejamento); gravidez e amamentação; doença de Parkinson.	Aumento do apetite, boca seca, constipação, hipotensão postural, sedação, síndrome extrapiramidal, taquicardia, tonturas.
	Risperidona	Esquizofrenia e transtornos esquizoafetivos; demências (nos sintomas psicóticos, de agitação ou agressividade).	Hipersensibilidade ao fármaco; gravidez e lactação; insuficiência renal ou hepática grave.	Acatisia, agitação, ansiedade, aumento do apetite, aumento do peso, cefaleia, disfunções sexuais, ejaculação retrógrada, hipotensão

				postural, inquietude, insônia, sedação, parkinsonismo (em doses maiores de 10 mg/dia), sonolência, taquicardia, tremores.
Anticonvulsivantes	Ácido Valpróico/ Valproato de Sódio (Depakene)	Episódio de mania aguda;	Absolutas: insuficiência hepática severa; hipersensibilidade ao fármaco; gravidez (é teratogênico). Relativas: hepatopatia leve.	Diarreia, ganho de peso (que é nível sérico-dependente) náuseas, queda de cabelo (maior em mulheres e nível sérico-dependente), sedação, tremores finos.
	Biperideno já está como antidepressivo			
	Carbamazepina	Em diversas apresentações de crises convulsivas; episódios de mania aguda.	Absolutas: existência de problemas hematológicos; insuficiência hepática; Relativas: em pacientes com bloqueio cardíaco.	Ataxia, diplopia, dor epigástrica, náuseas, purido, sedação, sonolência, tonturas.
	Fenitoína não encontrado			
	Fenobarbital não encontrado			
Anti-histamínicos	Prometazina (Fenergan) [Bloqueia receptores histamínicos centrais.	Insônia; potencialização dos efeitos sedativos dos antipsicóticos em situações de agitação psicomotora; náuseas e vômitos; alergias.	Absolutas: hipersensibilidade ao fármaco. Relativas: hipertrofia prostática; glaucoma de ângulo fechado; asma.	Boca seca, dor epigástrica, retenção urinária, sonolência, tonturas, visão borrada.