

# DISPOSITIVOS COLONIAIS NA AMAZÔNIA ORIENTAL BRASILEIRA: BIOPOLÍTICA E CONTROLE DOS CORPOS

## COLONIAL DEVICES IN THE EASTERN BRAZILIAN AMAZON: BIOPOLITICS AND BODY CONTROL

Edna Carolina Mayorga Sánchez 1  
Nilsa Brito Ribeiro 2

**Resumo:** O presente trabalho tem como objetivo analisar discursos produzidos em esferas institucionais da área de Saúde no Sul e Sudeste do Estado do Pará – Brasil, com o propósito de compreender como se configuram os processos de subjetivação dos povos indígenas, no domínio de práticas discursivas da saúde mental. Para desenvolver nossas reflexões, mobilizamos o estudo da produção de subjetividades a partir dos os conceitos formulados por Michel Foucault, sobretudo em sua fase de investigação denominada de arqueogenealógica. Nesse sentido, os conceitos de biopolítica, biopoder e verdade são mobilizados em nossas análises para apreendermos o funcionamento dos discursos institucionais sobre a saúde dos povos indígenas situados na Amazônia Oriental Brasileira. O corpus é formado por entrevistas realizadas com funcionários de instituições de saúde voltadas para os povos indígenas, nesta região. Nossas análises enfatizam como as práticas discursivas sobre os indígenas produzem efeitos de verdade, no domínio de uma biopolítica de controle dos corpos, traduzindo-se em processos colonizadores e imposição de discursos por meio de “dispositivos coloniais”.

**Palavras-chave:** Discurso. Biopolítica. Controle dos Corpos.

**Abstract:** The objective of this work is to analyze discourses produced in institutional spheres by sectors health in the South and Southeast of the State of Pará, Brazil, in order to understand how indigenous subjectivation processes are configured in the domain of discursive mental health practices. For the development of our reflections, we mobilize the study of the production of subjectivities based on the concepts formulated by Michel Foucault, especially in his research phase called archeogeneology. In this sense, the concepts of biopolitics, biopower and truth are mobilized in our analyzes to understand the functioning of institutional discourses on the health of indigenous peoples located in the east of the Brazilian Amazon. The corpus is made up of interviews conducted with officials of health institutions focused on the indigenous peoples of this region. Our analyses show how the discursive practices about the indigenous, produce effects of the institutionalization of truths demarcated in a relationship between power and knowledge, in the domain of biopolitics of control over the bodies, translating themselves in colonizing processes of discourses imposed through colonial appliance.

**Keywords:** Discourse. Biopolitic. Control of bodies.

Mestrado em Dinâmicas Territoriais e Sociedade da Amazônia (UNIFESSPA) e Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Antropologia Social no Museu Nacional (UFRJ). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0174862221829204>. ORCID: <https://orcid.org/00000002-7061-867X>. E-mail: [ednamayorga@gmail.com](mailto:ednamayorga@gmail.com)

Doutora em Linguística pela UNICAMP. Professora Adjunto IV do Instituto de Linguística, Letras e Artes (UNIFESSPA), do Programa de Pós-graduação em Dinâmicas Territoriais e Sociedade na Amazônia (UNIFESSPA) e do Programa de Pós-graduação em Letras (UNIFESSPA). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3143704010808995>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9213-1726>. E-mail: [nilsa@unifesspa.edu.br](mailto:nilsa@unifesspa.edu.br)

## Introdução

O presente artigo tem como objetivo analisar discursos produzidos em esferas institucionais da área de saúde na região Sul e Sudeste do Estado do Pará (Brasil), com o propósito de compreender como se configuram os processos de produção de subjetividades de sujeitos indígenas, no domínio de práticas discursivas da saúde mental.

Para constituição do *corpus* da pesquisa, realizamos entrevistas com funcionários que trabalham no campo da saúde, nas seguintes instituições: Fundação Nacional do Índio (FUNAI), Distrito Sanitário Especial Indígena de Guamá-Tocantins (DSEI), Associações Indígenas e Sistema Único de Saúde (SUS). As entrevistas tiveram como foco a medicalização e atendimento psicológico nas comunidades indígenas, a fim de compreendermos como se elabora um discurso considerado verdadeiro, no sentido foucaultiano, sobre estes povos.

Sempre que falamos de povos indígenas devemos ter em conta que sua forma de conceber o mundo e seus universos de referência nem sempre coincidem com o universo de referência do ocidente. Por exemplo, para os povos Xikrin, a palavra *mekanedjá* significa saúde, mas com referência particular a questões de saúde institucionalizadas pelo Estado, ao passo que *méi*, empregada no sentido de “ter saúde”, remete a “estar bem” ou “ser bom”. Ou seja, refere-se à condição de boa saúde, condição esta que abrange múltiplas dimensões da vida da comunidade, tais como soberania alimentar, relação com o território, relações de parentesco, práticas de rituais etc., estabelecendo, assim, uma distinção entre as referências do Estado sobre a saúde e as referências dos Xikrin, que concebem a saúde como um modo de vida. Essa diferença remete a duas práticas discursivas distintas: a primeira, relacionada às representações institucionais inscritas nas políticas de saúde e a segunda, relacionada ao universo de referência do pensamento indígena Xikrin.

É nesse sentido que problematizaremos neste trabalho representações produzidas por instituições de saúde quando se referem à saúde indígena. Para isso, nos aproximaremos do método arquegenealógico de Foucault, particularmente no que concerne aos conceitos de normalidade, normalização, biopolítica e institucionalização dos corpos, analisando como os discursos das políticas públicas sobre a saúde indígena refletem uma vontade de saber-poder, ignorando as diferenças de concepções de saúde e doença existentes em comunidades indígenas. As análises permitem-nos compreender como os discursos das políticas públicas de saúde indígena implementadas a partir de modelos neoliberais atuam na construção de subjetividades homogeneizadas por regras de uma biopolítica institucionalizadora dos corpos, traduzindo-se em processos colonizadores de imposição de verdades a partir de uma perspectiva de saúde que ignora as tradições e conhecimentos dos povos indígenas.

No item que segue faremos uma breve contextualização da política de saúde no Brasil, pois é a partir das condições históricas de produção de sentidos sobre uma dada realidade que podemos apreender o funcionamento discursivo sobre essa realidade. No entanto, lembramos com Foucault (1997) que o trabalho de apreensão do movimento da história não deve ser feito de uma perspectiva linear, mas, sim, procurando captar os deslocamentos, as discontinuidades de uma dada prática discursiva, a partir de uma relação com diferentes domínios. É dessa perspectiva que procuramos apreender as práticas institucionais na sua dispersão, na discontinuidade e nas relações estabelecidas com outros campos do saber. Ainda que façamos um percurso cronológico de institucionalização das políticas de saúde indígenas, esse percurso só pode ser compreendido se colocado em relação com o movimento da história.

## Contextualização da política de saúde no Brasil

O imaginário construído sobre os povos indígenas no Brasil foram, a partir do século XVIII, difundidos pelo Estado colonial português e pelo Velho Mundo com base na imagem do “Bom Selvagem” que deveria ser submetido à proteção do outro, sempre a partir da ideia de que esses povos encontravam num estado de barbárie, devendo, por isso, ser submetidos a processos civilizatórios.

De acordo com Oliveira e Freire (2006), no século XIX, as imagens dos indígenas começaram a ser figuradas em pinturas e desenhos, expressando processos classificatórios deriva-

dos da observação e comparação das expedições feitas à América do Sul, cujo pensamento etnocêntrico afirmava a necessidade de instaurar padrões de civilização e evangelização dos povos indígenas através das missões realizadas por jesuítas, franciscanos, salesianos etc. Estas missões não só tinham o objetivo de evangelizar, mas, também, de gerar o controle sobre os territórios destes povos, tal como previa a Constituição Brasileira de 1824 a criação de estabelecimentos de catequese e de civilização dos indígenas. (OLIVEIRA; FREIRE, 2006).

De acordo com as autoras, a questão indígena entra na legislação brasileira através da criação do Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais - SPI, posteriormente conhecido como Serviço de Proteção aos Índios - SPI, criado no ano 1910, sob o Decreto nº 8.072, através de uma rede constituída por integrantes do Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio, pelo Apostolado Positivista e pelo Museu Nacional. Oliveira e Freire observam que o surgimento desta instituição ocorreu, em parte, com propostas da criação de urgência indigenista do Estado, cujas finalidades eram:

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

Nesse contexto político, os povos indígenas eram referidos como pessoas de comportamento infantil, a partir de uma perspectiva evolutiva, tendo o Estado como o responsável pela proteção e desenvolvimento dos sujeitos indígenas, levando-os a passarem da condição de selvagens à de civilizados. As pretensões do Estado estavam muito ligadas a uma perspectiva fortalecida pelo pensamento etnocêntrico, segundo o qual o indígena deixaria o suposto estado de barbárie com a participação de práticas ocidentais, principalmente, no que se refere ao manuseio da agricultura para compor a “mão de obra” do país. Nesse sentido, a condição de sujeitos indígenas era transitória, na medida em que o interesse do Estado era transformá-los em trabalhadores que viriam a colaborar com um projeto desenvolvimentista de nação. “Para isso, seriam adotados métodos e técnicas educacionais que controlariam o processo, estabelecendo mecanismos de homogeneização e nacionalização dos povos indígenas” (OLIVEIRA; FREIRE, 2006, p. 113).

Dessa perspectiva, consolidou-se uma definição legal do índio no Código Civil de 1916 e no Decreto nº 5.484 de 1928. Por conseguinte, os indígenas começaram a ser regulados pelo Estado brasileiro, que, por sua vez, passa a reconhecer a condição de “indianidade”, a partir da qual se estabelecem as relações entre os denominados índios, o Estado e a sociedade nacional. “Os regulamentos e os planos de ação estabeleciam uma pedagogia nacionalista que controlava as demandas indígenas, podendo resultar em situações de fome, doenças e de população, contrárias aos objetivos do Serviço” (OLIVEIRA; FREIRE, 2006, p. 114).

No ano de 1986 foi realizada a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio na qual se discutiu sobre a necessidade de garantir a participação indígena nas políticas de saúde sob a criação de um modelo de atenção aos indígenas. Em 1988, foi promulgada a Constituição do Brasil em que se estipularam nos ordenamentos legais do Estado o respeito e o reconhecimento sociocultural dos povos indígenas, conforme destacam as autoras.

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

Foi a partir desse momento que a instituição da tutela, instaurada no início do século XX, tornou-se obsoleta, na medida em que aparece no texto da Constituição a garantia de direitos e o reconhecimento social e cultural aos povos indígenas.

No ano de 1993, com a realização da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas e com a promulgação da Constituição de 1988, criou-se, também, o Sistema Único de Saúde (SUS) destinado à prestação de serviços de saúde para toda a população, em níveis federal, estadual e municipal. Nesse momento, foram estabelecidos os princípios que deveriam ser levados em consideração na formulação de uma política de saúde específica para povos indígenas, com a proposta de um subsistema diferenciado de saúde. Trata-se de um sistema de seguridade social com prioridade para a Atenção Primária em Saúde cujo objetivo é responder pelos principais problemas de saúde da população de forma universal. Apesar de ser uma política construída pelo governo federal, esta foi ampliada para os estados e municípios, como uma estratégia de descentralização das ações de saúde e da política em geral. O governo federal seria o encarregado de regulamentar, acompanhar e avaliar as ações de saúde de grande impacto, deixando para as secretarias municipais de saúde os serviços de atenção às populações locais (GARNELO; PONTES, 2012).

### **Breves considerações sobre a política de saúde mental nacional destinada aos indígenas**

Certamente, ter acesso aos serviços de saúde é um direito, incluindo-se aí o direito das populações indígenas, mas é, também, um direito destes povos terem as suas cosmovisões contempladas nestas políticas. Não basta que tais políticas explicitem em seus textos o reconhecimento da necessidade de se vincular as práticas de saúde indígena ao processo de atenção à saúde pública indígena. É preciso, sobretudo, explicitar uma compreensão das noções e práticas relacionadas à saúde, doença, pessoa e coletividade por estes povos.

Tal como afirma Cardoso (2015), é a partir do encontro das práticas de saúde indígena com os serviços biomédicos que se estabelece um conflito, nesse campo, na medida em que o Estado dispensa maior ênfase à racionalidade biomédica hegemônica e normalizadora, em detrimento dos saberes dos povos indígenas.

O modelo, operacionalizado por um discurso científico autorreferente e pautado em uma pseudorracionalidade “tecnosanitaria” (mas, fundamentalmente, “gestora”), tem produzido como efeito desse mesmo processo o desconhecimento/negação dos princípios cognoscitivos e logico-simbólicos que articulam as práticas e saberes terapêuticos indígenas, que, supostamente, deveriam lhes ser agregados, sem que, ao mesmo tempo, se produzam efetivamente ações em saúde tal como as comunidades indígenas as demandam. (CARDOSO, 2015, p. 100).

A autora afirma que os serviços médicos vêm sendo incorporados às estratégias terapêuticas ameríndias de forma segmentada, a partir de uma lógica classificatória e não de um reconhecimento dos processos interculturais, de modo que o princípio da diferença se estabelece muito mais pela observação do outro a partir do estranhamento do que pela aceitação e respeito à diferença. Nesse sentido, os programas de saúde estariam voltados para a execução de práticas normatizadoras, ignorando as lógicas culturais próprias das populações indígenas. (CARDOSO, 2015).

Outra crítica que se faz às políticas públicas de saúde refere-se à sua incapacidade de abrangência territorial. Nesse sentido, o indígena William Lopes, da etnia *Xakriabá*, faz a seguinte reflexão:

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

Esta problemática está presente, também, na Amazônia Oriental brasileira, onde se situam as comunidades indígenas às quais se voltam às instituições de cujos discursos nos ocupamos, neste trabalho. No que concerne à política de saúde mental instituída para o indígena, de acordo com Castelo e Souza (2013), foi publicada, no Brasil, em 2001, através da lei 10.216, que trata da proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, focalizando, também, o modelo assistencial em saúde mental.

Alguns autores asseveram que o tema de saúde mental foi inserido nas políticas de saúde indígena, em 2003, enquanto atividade de atenção básica a alguns povos, embora não tenha tido alcance nacional, uma vez que foi destinado apenas a algumas regiões<sup>1</sup>. As justificativas do Estado para a ampliação institucional desta política seriam, principalmente, o consumo de álcool, tentativas de suicídio e agressividade por parte de indígenas. (BASTA et al., 2012). E nossas análises, verificamos que esta mesma justificativa está presente em discursos de instituições de saúde na região Sul e Sudeste do Pará.

Assim, a partir de 2003, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) passa a adotar estratégias para incluir o tema da saúde mental no debate mais amplo sobre a saúde, integrando-o às atividades de atenção básica a alguns povos.

A partir de 2003, a Saúde Mental passou a ser uma atividade integrada às ações de atenção básica em alguns DSEI. A estratégia adotada pela FUNASA foi integrar as ações de Saúde Mental à Vigilância Epidemiológica, e desta forma, o Programa de Saúde Mental já estava sendo executado em 28 DSEI no Brasil em 2008. O suicídio e o alcoolismo são os principais agravos à saúde inseridos no contexto deste programa. (BASTA et al, 2012, p. 86).

No ano 2007, estabeleceram-se diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das populações Indígenas, criando o Comitê Gestor, com a participação de etnólogos e comunidade acadêmica, como forma de apoio e respeito às capacidades das etnias em relação a seus costumes, através de um processo de construção coletiva.

Nossas análises se voltam ao funcionamento desta política de saúde mental estendida às populações indígenas da Amazônia oriental brasileira, enquanto um discurso instituído a partir de uma biopolítica elaborada a partir da lógica das políticas públicas neoliberais em que os sujeitos a que tais políticas se dirigem são constituídos a partir de dispositivos de poder próprios normatizadores e normalizadores (VEIGA-NETO; LOPES, 2017). Assim, no item que segue, refletiremos com Foucault o funcionamento da biopolítica, para melhor apreensão de nosso objeto de estudo.

## **Dispositivos de uma biopolítica atuando na saúde dos povos indígenas**

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

---

1 Somente em 2008 o serviço foi ampliado para todo território nacional.

pueden derivarse de él?” (FOUCAULT, 2007, p. 30). O autor procura responder a esta questão a partir da postulação de que um dispositivo de poder é uma instância produtora de práticas discursivas e que para compreendê-lo criticamente é preciso, através de uma arqueologia, fazer a escansão histórica da formação dessas práticas discursivas, seus processos de formação e de transformação, assim como dos elementos que a conformam na relação com o saber.

Para Foucault, o lugar de atuação do poder é, em última instância, o corpo, de modo que todo poder é físico: entre o corpo e o poder político pode se estabelecer uma conexão direta. Além dessa linha de investigação traçada, Foucault sugere seu interesse de análise pelas relações de poder voltadas para os indivíduos e a coletividade e não para as instituições, em si mesmas.

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

Enfatiza, portanto, não a violência do poder, mas, a microfísica do poder. Ou seja, em vez de lançar foco sobre as instituições, ele focaliza em suas análises as práticas e as estratégias de relações de poder, assim como os enfrentamentos produzidos nas resistências, uma vez que, para o autor, não há poder sem resistência, ambos se implicam.

Foucault (1987) postula a existência de três esquemas do sistema penitenciário que podem ser relacionados com outros dispositivos de poder: i) o isolamento que foi muito notório na relação estabelecida com os considerados loucos depois da Renascença; ii) o modelo relacionado com a força de trabalho e iii) o modelo da cura e da normalização, enquanto figura de poder e detentora de verdade.

E para essa operação o aparelho carcerário recorreu a três grandes esquemas: o esquema político-moral do isolamento individual e da hierarquia; o modelo econômico da força aplicada a um trabalho obrigatório; o modelo técnico-médico da cura e da normalização. A cela, a oficina, o hospital. A margem pela qual a prisão excede a detenção é preenchida de fato por técnicas de tipo disciplinar. E esse suplemento disciplinar em relação ao jurídico, é a isso, em suma, que se chama o “penitenciário” (FOUCAULT, 1987, p. 276).

Atendo-nos ao terceiro modelo de dispositivo, vale dizer que há tecnologias de poder que surgem com a definição de categorias como normal e anormal, formadas a partir da relação de poder-saber e de uma estratégia de normalização com base em procedimentos jurídicos tradicionais da punição: o asilo, o hospital etc. Mas, tais dispositivos são ressignificados em outros espaços institucionais. A escola, por exemplo, exercita o dispositivo da normalização através do controle dos corpos, comportamentos, classificações por aptidões, habilidades etc., exercendo sobre os corpos uma pressão constante para que respondam a um mesmo padrão estabelecido com o propósito de que todos sejam normalizados e convertidos em uma massa homogênea.

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

Para Foucault, o poder não se exerce na lei, mas, sim, na norma, e se caracteriza não apenas pela repressão da individualidade, mas, principalmente pela sua construção (CASTRO, 2009). A partir desta compreensão do poder, Foucault (2001) formula os conceitos de poder disciplinar, exercido sobre os indivíduos, e de biopolítica, enquanto poder que se exerce sobre as populações. A conjunção destes dois tipos de poder é o que resulta no biopoder, em que a normalização se traduz na regulação da vida, tanto dos indivíduos como das populações, na medida em que as tecnologias da disciplina e da regulação se instauram na sociedade e regulam os corpos. A doença como algo negativo adquire, aqui, uma feição positiva, passando a conviver com a pessoa sã porque a positividade do Estado não está mais nem em deixar morrer, nem em fazer viver, mas, em fazer viver com qualidade.

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

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

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

Mas o corpo também está diretamente mergulhado num campo político; as relações de poder têm alcance imediato sobre ele; elas o investem, o marcam, o dirigem, o supliciam, sujeitam-no a trabalhos, obrigam-no a cerimônias, exigem-lhe sinais. Este investimento político do corpo está ligado, segundo relações complexas e recíprocas, à sua utilização econômica; é, numa boa proporção, como força de produção que o corpo é investido por relações de poder e de dominação; mas em compensação sua constituição como força de trabalho só é possível se ele está preso num sistema de sujeição (onde a necessidade é também um instrumento político cuidadosamente organizado, calculado e utilizado); o corpo só se torna força útil se é ao mesmo tempo corpo produtivo e corpo submisso (FOUCAULT, 1987, p. 29).

O corpo é ao mesmo tempo produtivo e submisso nas relações de poder: “Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política” (FOUCAULT, 1987, p. 47). O controle sobre os corpos é também o que fortalece a construção do saber médico, de tal forma que a relação que se estabelece entre a procura da objetividade, junto com a ordem disciplinar e o poder psiquiátrico fortalece o controle do corpo. Esse conjunto de fatores atribui poder para que um médico determine quem está doente e quem não está. Como lembra Foucault (1987), o médico se constituiu primeiro mais como uma figura de poder do que como um saber, a partir de seu desenvolvimento como autoridade moral e jurídica.

O biopoder, enquanto convergência do poder disciplinar e da biopolítica, é uma forma de poder, ao mesmo tempo, individualizante e totalizante. Enquanto o poder disciplinar tem como objeto o corpo, a biopolítica se volta para o corpo múltiplo que seria a população, para o homem como parte da espécie biológica. Sua ênfase é sobre os fenômenos em massa e de longa duração, através de mecanismos de previsão, de estimativa estatística, de ponderações globais, procurando um equilíbrio e uma regulação no nível social. Assim, a biopolítica se ocupa dos processos das populações, da demografia, das taxas de reprodução e nascimento, da higiene pública, entre outras.

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

Com a biopolítica, a população é encarada como um problema político e científico e, ao mesmo tempo, como um problema de poder. Por isso, a presença dos mecanismos de previsões estimativas para, por exemplo, baixar a morbidade e estimular a natalidade, tudo com a finalidade de otimizar o estado de vida, dentro de um cálculo estimado pelo saber/poder. Não se trata absolutamente de ficar ligado a um corpo individual, como faz a disciplina. Não se trata, por conseguinte, em absoluto, de considerar o indivíduo no nível do detalhe, mas, pelo contrário, mediante mecanismos globais através dos quais se possa obter estados globais de equilíbrio, de regularidade; em resumo, de levar em conta a vida, os processos biológicos do homem-espécie e de assegurar sobre eles não uma disciplina, mas uma regulamentação. (FOUCAULT, 2005, p. 294).

É da perspectiva de uma biopolítica que procuraremos entender o funcionamento dos discursos produzidos por instituições de saúde sobre a política pública de saúde mental destinada a populações indígenas. No item seguinte, nossas análises se voltam para esses discursos.

## **O funcionamento do discurso na produção de subjetividades**

Nesta seção, dedicamo-nos à análise de excertos extraídos de entrevistas realizadas com profissionais da saúde pública, com o intuito de compreender como, nos discursos do Estado, produzem-se processos de subjetivação do outro a partir da institucionalização de políticas públicas destinadas a um grupo social. Estes discursos se materializam em posições enunciativas de funcionários ou especialistas<sup>2</sup> do campo da saúde os quais atuam em órgãos públicos cuja política se volta à saúde de comunidades indígenas no sudeste paraense.

<sup>2</sup> Para preservar identidades, os entrevistados serão identificados por entrevistado 1, entrevistado 2, sucessivamente.

As entrevistas elegeram como tema central o trabalho realizado na saúde indígena, focalizando, sobretudo a política pública e os programas delas oriundos, assim como a representação desses entrevistados acerca da política implementada e das práticas das comunidades indígenas em que os profissionais atuam. O roteiro de entrevistas foi diferente para cada entrevistado, considerando as especificidades do trabalho realizado por cada um deles.

As análises destas entrevistas foram agrupadas a partir de temas suscitados por regularidades enunciativas. Assim, com maior frequência, surgiram nas entrevistas dois temas de atuação de uma biopolítica: *Práticas divisoras: poder, saber e verdade; Práticas de poder, controle e normalização.*

É importante ressaltar que, embora os efeitos de sentido produzidos nos excertos apontem para outras possibilidades temáticas de análise, o agrupamento deles nos dois eixos acima referido apenas obedeceu a um recorte analítico.

### **Práticas divisoras: poder, saber e verdade**

Analizamos, aqui, como uma verdade ocidental se impõe, silenciando quaisquer outras práticas de organização da vida, do cotidiano dos sujeitos, produzindo dicotomias redutoras, estabelecendo limites entre o verdadeiro e o falso. Nesse sentido, é possível apreender nos discursos que circulam no excerto, abaixo, as formas como se estabelecem fronteiras rígidas entre o saber ocidental e o saber indígena, assim como se instauram jogos de conflitos entre duas práticas de saúde.

Trazemos uma sequência produzida pela entrevistada 1, uma mulher de sessenta anos de idade que trabalha há vários anos em um posto de saúde em aldeias indígenas. Sua narrativa refere-se, portanto, a suas experiências no campo da saúde em uma comunidade indígena.

Sim, por exemplo, nós temos o que eles acham que é a doença de branco. Era gripe que a gente levava pra eles, era sarampo, catapora, diarreia né? Essas doenças eram que a gente levava para eles. A malária eles diziam que não era do branco. A malária era adquirida através de Pajé brabo. Eles chamavam de Pajé brabo aquele Pajé que faz mal. Então, eles diziam que o Pajé brabo fazia uma pajelança na mandioca. Por isso que eles ficavam sem sangue, ficavam branco, mas não era, é porque era a malária. Olha, a doença do índio que eu vi, por exemplo, era rara, até, sabe? Mas, havia situações em que o índio chegava tipo assim, meio louco. Então, isso assim acontecia muito. Então eles diziam que aquilo era doença do índio, que ele adquiriu de um caboclo da mata ou de alguém das águas. Eles falavam assim: “-Olha, foi o bicho da água que bateu nele ou foi o bicho do mato que atrapalhou a cabeça dele”. E quando chegavam pessoas, assim, por incrível que pareça, por isso que eu digo, tem assim muita psicologia, é muito o psicológico deles. É porque quando chegavam pessoas assim, o Pajé chegava assim: “- [nome da entrevistada], isso não é pra você. Isso é só pra mim, não precisa dar nada de remédio”. Levava pra lá, daqui a pouco ele voltava bem. (Entrevistada 1)

No discurso da entrevistada é possível apreender as assimetrias entre duas formas de pensamento: o saber da medicina e as práticas e saberes terapêuticos indígenas. Nessa narrativa, a compreensão dos povos indígenas acerca das práticas de saúde é traduzida pela entrevistada a partir de seu campo de referência que é o saber ocidental, cujo efeito discursivo é de distanciamento e estranhamento do outro. Esse distanciamento está marcado na materialidade discursiva, nas seguintes passagens: *...nós temos o que eles acham que é a doença de branco; A malária eles diziam que não era do branco; Eles chamavam de Pajé brabo aquele Pajé que faz mal.* Todas as referências feitas ao indígena, marcadas na forma pronominal

“eles”, funcionam como a diferença mantida a distância do “eu” (não indígena). As passagens **o que eles acham; eles dizem; eles achavam** colocam o indígena no domínio de uma crença que não encontra ancoragem na racionalidade científica. Ou seja, o discurso da entrevistada narra o que o outro acredita ser, embora não considere a compreensão que o indígena possui um saber aceitável.

Assim, no discurso da entrevistada, há uma referência à compreensão do indígena sobre doenças a partir do estranhamento e a loucura parece ser o dispositivo mobilizado para desqualificar o outro saber: **Mas, havia situações em que o índio chegava tipo assim, meio louco. Então, isso assim acontecia muito.** A remissão de um saber outro para o domínio da loucura reforça o processo de exclusão e produz a separação entre falso e verdadeiro, reforçada por uma vontade de verdade científica ocidental. É lançando o discurso indígena para o domínio da loucura, portanto, para o domínio do falso, que se torna possível falar sobre saberes e práticas indígenas terapêuticos, caso contrário, não haveria outra possibilidade de abordar esse saber.

Atentemos ainda para a seguinte passagem da entrevista: **Então eles dizem que aquilo era doença do índio, que ele adquiriu de um caboclo da mata ou de alguém das águas. Eles falavam assim: “Olha, foi o bicho da água que bateu nele ou foi o bicho do mato que atrapalhou a cabeça dele”. E quando chegavam pessoas, assim, por incrível que pareça, por isso que eu digo, tem assim muita psicologia, é muito o psicológico deles.** Nesse discurso se instauram as quatro formas de experiências sobre a loucura, de que fala Foucault (1987)<sup>3</sup>, com a prevalência da terceira, já que a estrita oposição ocidental entre razão e loucura parece constituir a base da discursividade da entrevista ao fazer referência a comuas compreensões de saúde. Na passagem acima destacada, há um critério de verdade que se coloca como validação do que seria doença. Ou seja, entra nesse discurso um conceito de doença traduzido pelas grades do pensamento ocidental, ao passo que, ao fazer referência a “doença de índio” tem-se um discurso em que o saber do outro é desqualificado, entendido como fantasia, sonho, loucura. Ao dizer: **tem assim muita psicologia, é muito o psicológico deles**, a narradora faz referência a algo muito subjetivo, que não pode ser apreendido pelos parâmetros da ciência. O saber indígena pode se definir, na formulação de Foucault, como um “saber sujeitoado”, em uma hierarquia de saberes, onde a biomedicina se situa no topo da escala como um saber científico e sistematizado:

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

Nesse processo, o outro é subjetivado com base em interpretações produzidas a partir da exclusão, separação e interdição.

### Práticas de poder, controle e normalização

Trazemos neste eixo de análise, passagens das entrevistas que falam da implementação de programas voltados para a saúde mental, a fim de problematizarmos o funcionamento da biopolítica e do biopoder nas políticas públicas de saúde indígena. São conceitos desenvolvidos por Foucault (2005) para referir-se aos poderes totalizantes que exercem controle sobre as populações.

<sup>3</sup> Segundo Foucault (1987), há quatro formas inconciliáveis de consciência sobre a experiência da loucura, todas elas convivendo, ora conjuntamente, ora independentemente, durante toda a existência humana no ocidente, desde a Renascença até a modernidade. São elas: a *consciência crítica*; *consciência prática*; a *consciência enunciativa* e a *consciência analítica*.

*[...] Como eu te falei, quando você exclui determinadas populações, entre elas os indígenas, que são muito excluídos por conta de inúmeras coisas né?, a dificuldade da língua; às vezes, o distanciamento do centro urbano onde está o serviço especializado de saúde mental; a dificuldade com a cultura mesmo né?; a organização social dos índios, essas coisas. Porque a saúde mental se não for muito bem cuidada, ela acaba se tornando uma forma de normatização da vida das pessoas. Então, acaba virando assim: “para que você tenha saúde mental, você tem que ser casado, tem que ter uma casa, um emprego, tem que ter não sei o quê”. E os índios, eles não têm esse padrão de normalidade que é normal pra eles. Mas só que acaba que o nosso padrão de homem branco é o que acaba prevalecendo quando somos nós que operamos as políticas sem escutar essas outras populações. Então, os índios, eles encontram toda essa dificuldade. E aí, o que acontece é que o índio ou fica desassistido ou quando tem algum problema relacionado à saúde mental recorre para o suicídio ou então para o álcool, ou eles são excluídos da aldeia. Também existem os casos em que o índio acaba caindo nas mãos da indústria farmacêutica. Como por exemplo, como tem o caso dos Xikrin de Parauapebas, que até um tempo desse atrás eles tinham um índice muito preocupante de uso de anticonvulsivante prescrito por um médico que tinha uma entrada na aldeia. Ele fazia uma pesquisa, nem era psiquiatra nem nada, ele era nefro, nefrologia. Ele fazia nefrologia. Mas como os índios viam que era médico, consultavam com ele. Ele passava uma medicação e logicamente que os problemas, os sintomas que os índios apresentavam de dor de cabeça, principalmente, que, na tradição deles, eles cuidavam com a pajelança, com as plantas medicinais, ou seja, lá o que for, acaba que eles iam por todo esse processo de contato com nossa cultura. Eles acabam tratando de tudo isso com remédios. E aí a gente tinha 60 índios em uso de anticonvulsivante. Até que a gente começou fazer algumas ações na aldeia e esse número diminuiu bastante. Está na faixa de trinta agora, mas era muito preocupante. E quando a gente olha pra aldeia e olha pra isso a gente vê que não é só a medicação. A índia não quer mais dar o peito pro bebê, por exemplo. Eles tomam muita Coca-Cola. Estão ficando obesos. A própria alimentação deles tem mudado muito e a medicação alopática entra nesse bolo aí. (Entrevistado 2).*

O recorte acima foi extraído de uma entrevista realizada com o entrevistado 2, um profissional do Sistema Único de Saúde. Ele fala de uma política que se efetiva a partir de práticas de cuidado difundidas através de estratégias de controle e de segurança dos corpos e das vidas dos indígenas. Evidencia-se nesse discurso como o poder se vale de dispositivos que normatizam e inserem o outro (diferente) em um domínio de normalização para que possa ser enquadrado nos critérios estabelecidos pelas políticas públicas. Nesse discurso, o indígena, ao ser catalogado como “usuário” ou “paciente”, é despojado de seu caráter diferencial, sua forma de ver e perceber o mundo, sua relação com o corpo, seu universo material e simbólico. Essas subjetividades são silenciadas na abrangência das políticas públicas universalizantes e homogeneizadoras de subjetividades.

A seqüência linguística: **quando você exclui determinadas populações, entre elas os indígenas que são muito excluídos** sugere que o modo como a biopolítica se formula, dentro de uma lógica que não comporta todas as diferenças, produz sempre excluídos do acesso a direitos, justamente os sujeitos que fogem do padrão de normalidade delineado pelo poder.

Estas políticas materializam um tipo de inclusão excludente e de negação de conhecimentos demandados pelo diferente. Nesse relato, manifestam-se diferentes formas de silenciamento de alteridades que reforçam noções de normalidade e anormalidade, justamente porque pela diferença os sujeitos são lançados ao campo da desigualdade e da exclusão, na medida em que a política de saúde tenta colocar todos sob “um mesmo teto”, desde o espaço físico até o espaço simbólico, cultural, de identidade e de classificação diagnóstica (VEIGA-NETO; LOPES, 2007).

Prosseguindo a análise, os argumentos apresentados pelo funcionário para falar das causas da exclusão são a língua, o distanciamento de centros urbanos, a organização social dos povos indígenas, as características próprias destes povos. Como se vê, nesse caso, a exclusão está dada pela diferença; não se fala de uma compreensão das dinâmicas sociais e culturais dos diferentes, mas, sim, da necessidade da inclusão a partir da lógica da adaptação à vida “normal” do outro. Prevalece uma política a partir da qual os indígenas devem se autocorrigir, com a ajuda do Estado: **a saúde mental, se ela não for muito bem cuidada, ela acaba se tornando uma forma de normatização da vida das pessoas**. Tem-se, portanto, um cuidado com a população, dentro de um campo de normatividade, uma vez que a biopolítica não tem peso mas tem custos: **you tem que ter...; ser casado; tem que ter uma casa; um emprego; tem que ter não sei o que**. Esses são alguns custos exigidos da população pela biopolítica, pois se trata de uma forma de política que se estende a todos desde que se enquadrem em uma dada ordem. Ou seja, as condições que o entrevistado menciona como: ter uma casa ou um emprego para que se possa acessar as políticas públicas são dispositivos produtores de padronizações exigidas pela biopolítica enquanto formas de normatização da vida, segundo racionalidades ocidentais baseadas em um ideal de vida e costumes.

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

No discurso analisado, a normalização se traduz na regulação da vida, tanto dos indivíduos como das populações, na medida em que as tecnologias da disciplina e da regulação se instauram na sociedade e regulam os corpos.

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

Assim, as políticas de saúde mental, particularmente as desenvolvidas junto a comunidades indígenas, se materializam através de diferentes dispositivos de exclusão. Ainda que sob o discurso da inclusão, prevalece nessas políticas o controle sobre os corpos, sobre os processos da vida, cujos efeitos econômicos e políticos são de exclusão (ABELÊS, 2017).

[...] aquela situação é uma situação do programa. A questão é assim: o programa não trabalha só, ele não vê só, ele não é um programa de doença mental né?. Ele é um programa de saúde mental porque quando a gente pensa doença a gente pensa em indivíduo. A doença é um problema do indivíduo em geral, né? [...] A patologia, ela ocorre num nível orgânico

*individual e não é de doença mental que a gente tá falando, é de saúde mental. E as questões de saúde mental quase sempre são do coletivo, por mais que se manifeste numa forma de doença numa pessoa, né? Por mais que uma pessoa diz a sério os sintomas, mas, provavelmente, é claro que têm umas situações que realmente são mais orgânicas do que de todos, mas, em geral quando a gente fala de saúde mental, a gente tá pensando em questões coletivas, em questões sociais. Isso significa que tanto em geral as origens dos problemas são sociais, quanto, provavelmente, a forma de resolver ele vai ser também. A gente não vai resolver o problema só medicando a pessoa; a gente vai resolver o problema entendendo aonde que nas relações que ela estabelece com as outras pessoas em volta dela aquilo virou um problema. E como é que a gente pode tentar ajudar a melhorar isso? É uma intervenção complexa, não é uma intervenção só do procedimento de saúde, não é isso. Às vezes são coisas que vão envolver toda a aldeia, toda a comunidade. Isso pode ser botar todo mundo pra sentar e pôr para conversar e ouvir o que cada pessoa tem a dizer, ouvir as queixas. Ouvir tanto no caso da violência, o agressor tá dizendo: “- não, eu bati mesmo, mas foi porque aconteceu isso e isso e isso e tal, enfim, a situação é muito difícil por isso, isso e isso. E os outros vão dizer: “- Não, esse cara é ruim mesmo e não sei o que e tal.” Mas espera aí, vamos tentar entender: “- É ruim por quê? Por que que ele é ruim? Ele sempre é ruim? O que acontece? O que vocês já tentaram fazer pra tentar ter uma situação melhor? Vocês já tentaram alguma coisa, já tentaram conversar com ele?” Tem um lado que é esse de mediação dos conflitos, de conversar, de tentar achar. Porque a questão é: um determinado coletivo de pessoas né? uma comunidade, uma aldeia, uma família, enfim, quando têm problemas internos, quando a questão está ali dentro, não vai ser alguém que vai trazer as respostas para aquilo né? Com certeza o diagnóstico e as respostas, os caminhos pra tentar resolver têm que sair dali de dentro. O que alguém de fora pode fazer é tentar fazer as pessoas identificarem isso porque às vezes estão tão envolvidas no problema... (Entrevistado 4)*

Este recorte foi extraído de uma entrevista realizada com o entrevistado 4, profissional do Sistema Único de Saúde (SUS). Verifica-se, um discurso que ao referir-se ao programa de saúde mental, ancora-se em uma biopolítica, na medida em que, como lembra Foucault, trata-se de uma política que não atua mais sobre o indivíduo, mas, sobre uma população inteira, com ênfase na análise das causas do problema .

Nesse sentido, o entrevistado faz referência a uma política que não se volta para o indivíduo no detalhe, mas a uma população inteira com supostos problemas de saúde mental: **[...] as questões de saúde mental, elas quase sempre são do coletivo, são, por mais que se manifeste numa forma de doença numa pessoa, por mais que uma pessoa diz a sério os sintomas, mas, provavelmente, é claro, tem umas situações que realmente são mais orgânicas do que de todos, mas em geral quando a gente fala de saúde mental a gente tá pensando em questões coletivas, em questões sociais.**

Como se pode depreender nesse discurso, na biopolítica não se trata mais de pensar a exclusão tal como se verificava no poder disciplinar, mas de incluir e fazer viver bem, sob os controles do poder, a partir de certos dispositivos produtores de normalidades. A saúde mental é discursivizada como um caso de saúde coletiva que deve ser introduzida na aldeia indígena enquanto proteção e cuidado do Estado. É um biopoder que, nas palavras de Foucault (1977), não trata mais do doente, mas do *homem saudável* e das práticas necessárias para se

corrigir e atingir esse *homem modelo*. Através de dispositivos de cuidados do outro que biopolítica começa a reger a vida das pessoas, neste caso, os povos indígenas. Numa prática de controle da vida, o profissional aponta o que seria melhor para os indígenas e as formas como devem viver para ter uma boa saúde mental enquanto uma problemática social.

### Considerações finais

Neste trabalho, estabelecemos como objetivo analisar como os discursos institucionais do campo da saúde funcionam como dispositivos de uma biopolítica voltados a comunidades indígenas, particularmente no que concerne aos discursos sobre o tratamento de supostas doenças psiquiátricas dos indígenas. Partimos da hipótese de que esses discursos atuam na construção de subjetividades do sujeito indígena, a partir de regras da biopolítica e da institucionalização dos corpos, traduzindo-se em processos colonizadores de imposição de verdades a partir de uma perspectiva de saúde que ignora, em muitos casos, as tradições e conhecimentos terapêuticos dos povos indígenas.

Nas análises, destacamos dois eixos nos quais se ancoram os discursos analisados: *Práticas divisoras: poder, saber e verdade; Práticas de poder, controle e normalização*. Os discursos veiculados nesses dois eixos apontam para práticas divisoras que estabelecem relações dicotômicas entre duas epistemologias em que o saber indígena é lançado ao mundo da loucura, desprovido de verdades. Apontam, ainda, para o desejo de captura e controle das subjetividades dos povos indígenas através de políticas públicas supostamente capazes de devolver aos sujeitos o verdadeiro bem-estar, embora esteja pressuposta nesse desejo a homogeneização de práticas sociais, tendo a epistemologia ocidental com a referência para tal homogeneização.

Por fim, destacamos a existência de diferentes estratégias discursivas permeadas por controles produtores de subjetividades homogêneas a partir das regras da biopolítica, traduzidas em processos colonizadores de imposição de verdades. No decorrer das análises do *corpus* foi possível observarmos, ainda, que os saberes indígenas foram e continuam sendo representados como *saberes sujeitos*, desqualificados, ingênuos e hierarquicamente inferiores a esses outros saberes “científicos” ou “estatais”.

### Referências

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

BASTA, P. C. et al. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia (Orgs.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI, 2012, p. 60 – 106.

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

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 2.759, de 25 de outubro de 2007**. Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o Comitê Gestor. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 27 de outubro de 2007. Disponível em <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/legislacao.php>. Acesso em: 15 jul. 2017.

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

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault**: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Trad. Ingrid M. Xavier. B.H.: Autêntica Editora, 2009.

DOMINGUES, W. C. L. Saúde indígena e diversidade no Brasil plural. In: BELTRÃO, Jane Felipe; LACERDA, P. M. (Org.) **Amazônias em tempos contemporâneos**: entre diversidades e adversidades. Rio de Janeiro: Mórula, 2017. Parte 6, p. 264-278.

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

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

\_\_\_\_\_. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes. 2001.

\_\_\_\_\_. **A Arqueologia do saber**. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. 5 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Tradução. de Raquel Ramallete. Vozes: Petrópolis, R.J., 1987.

\_\_\_\_\_. **O Nascimento da Clínica**. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1977.

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

OLIVEIRA, J. P. de; FREIRE, C. A. da R. **A Presença Indígena na Formação do Brasil**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006.

VEIGA-NETO, A.; LOPES, M. C. **Educ. Soc.** Inclusão e Governamentalidade. Campinas, v. 28, n. 100, p. 947-963, out. 2007. Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>.

Recebido em 06 de fevereiro de 2020.

Aceito em 15 de junho de 2020.