

LINGUASAGEM

DISCURSIVIDADES NO NORTE DO BRASIL: PRÁTICAS DE BIOPODER E NORMALIZAÇÃO DAS DIFERENÇAS

Edna Carolina MAYORGA-SÁNCHEZ¹
Nilsa Brito RIBEIRO²

Resumo

O trabalho tem como objetivo analisar o funcionamento discursivo do biopoder, na produção de subjetividades indígenas no norte do país, particularmente na Amazônia Oriental Brasileira. As análises procuram apreender como técnicas da racionalidade do Estado se manifestam como forma de normalização das diferenças, entendendo que, em meio às linhas de forças hegemônicas, as resistências compõem como a condição de manifestação do poder. O *corpus* da pesquisa é formado de entrevistas realizadas com profissionais de instituições de saúde localizadas nas regiões Sul e Sudeste do Pará.

Palavras-chave: Norte; Discursos; Biopoder; Diferenças.

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo analizar el funcionamiento discursivo del biopoder, en la producción de subjetividades indígenas en el norte del país, particularmente en la Amazonía oriental brasileña. Los análisis buscan comprender cómo las técnicas de racionalidad del Estado se manifiestan como una forma de normalizar las diferencias, entendiendo que, en medio de las fuerzas hegemónicas, las resistencias emergen como una condición de manifestación del poder. El *corpus* de investigación consiste en entrevistas realizadas a profesionales de instituciones de salud ubicadas en las regiones Sur y Sureste del Estado de Pará-Brasil.

Palabras clave: Norte; Discursos; Biopoder; Diferencias

Introdução

¹ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social no Museu Nacional (MN-UFRJ).

² Doutora em Linguística, professora Associado IV Instituto de Linguística, Letras e Artes, UNIFESSPA. É docente do Programa de Pós-Graduação em Letras e do Programa de Pós-Graduação em Dinâmicas Territoriais e Sociedade na Amazônia, UNIFESSPA.

No domínio da biopolítica, em que “O Estado é ao mesmo tempo o que existe e o que ainda não existe suficientemente [...] (FOUCAULT, 2008a, p. 6), o discurso do biopoder sobre suas políticas públicas deve ser compreendido como efeito de uma prática governamental que se exercita a partir de necessidades determinadas por limites históricos e vontades de saber-poder do próprio Estado. É nesse sentido que, neste trabalho, temos como objetivo analisar o funcionamento do discurso do biopoder na produção de subjetividades, por meio de políticas públicas de saúde mental destinadas a comunidades indígenas que se situam na região norte do país, particularmente na Amazônia Oriental Brasileira. As análises procuram apreender na materialidade discursiva como técnicas da racionalidade do Estado se manifestam como forma de normalização das diferenças, mas, entendendo que, em meio às linhas de forças hegemônicas, as resistências comparecem como a condição de manifestação do poder.

O trabalho se inscreve no domínio teórico da Análise de Discurso (AD) francesa, a partir das contribuições de Michel Foucault, considerando, primordialmente, a relação entre objeto linguístico - na sua ordem própria e sempre sujeito ao equívoco- e o discurso como efeito de inscrição da materialidade linguística na história (PÊCHEUX, 1994). Dessa perspectiva teórica, lembramos, com Foucault (1997), que o trabalho de apreensão do movimento da história no discurso não deve ser feito de uma perspectiva linear, mas, sim, com foco nos deslocamentos, nas descontinuidades e no acontecimento de uma dada prática discursiva, a partir de uma relação com diferentes domínios.

Assim, defendemos que a análise das relações e efeitos do poder deve deslocar qualquer perspectiva centrada nas grandes narrativas e estruturas universais para a exploração do movimento descontínuo dos discursos, como possibilidade de captar na dispersão os efeitos do poder na relação com o saber e na fabricação de subjetividades. A perspectiva arqueológica de Foucault oferece contribuições fundamentais para tal perspectiva teórico-metodológica, na medida em que nos permite desconstruir certas categorias de pensamento e de análises ancoradas em generalidades e linearidades dos acontecimentos, sempre apreendidas numa relação de causa e efeito. Em oposição a esse pensamento, a perspectiva foucaultiana privilegia tanto os discursos quanto os acontecimentos em suas contingências históricas.

O *corpus* da pesquisa é formado de entrevistas realizadas com profissionais de instituições de saúde localizadas nas regiões Sul e Sudeste do Pará. Assim, analisamos os discursos produzidos nos relatos desses profissionais como discursos institucionalmente representados e situados nas *relações de força* (HENRY, 1997)

existentes entre o discurso médico e as práticas discursivas produzidas pelos sujeitos indígenas no domínio da saúde.

Condições de produção do discurso da saúde mental indígena

No contexto das políticas governamentais de cunho neoliberal, na década de 1999 foi construído o Subsistema de Saúde Indígena, cuja legislação prevê a descentralização, hierarquização e regionalização da política de saúde dos povos indígenas (MAYORGA -SANCHEZ, 2019). Com a promulgação da legislação, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA³) tornou-se responsável pela coordenação das ações concernentes à saúde desses povos (MAYORGA-SÁNCHEZ, 2019). Nesse contexto institucional, foi criada uma rede de serviços que abrange as terras indígenas, com foco no atendimento à saúde indígena por meio do acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002).

Trata-se de uma política que atua nos marcos de dispositivos próprios de uma biopolítica que se propõe a irradiar por diferentes domínios da vida de uma população, a partir de tecnologias que reúnem um conjunto de procedimentos voltados para as questões de natalidade, mobilidade, longevidade, saúde mental etc. ou seja, procura atuar sobre uma dada população, mas sem descuidar do governo da vida dessa mesma população. Como postula Veiga-Neto (2017), trata-se de uma tentativa do Estado em equilibrar as tensões geradas pelas contradições próprias do poder.

É dentro dessa estratégia de inserção do poder individual no coletivo da população que, a partir da década de 2000, a política de saúde indígena passa a adotar estratégias de inclusão do tema saúde mental no debate mais amplo sobre a saúde, integrando-o às atividades de atenção básica a alguns povos indígenas, uma vez que, inicialmente, essa decisão governamental não atingiu de maneira geral todos os estados do país.

A partir de 2003, a Saúde Mental passou a ser uma atividade integrada às ações de atenção básica em alguns DSEI⁴. A estratégia adotada pela FUNASA foi integrar as ações de Saúde Mental à Vigilância Epidemiológica, e desta forma, o Programa de Saúde Mental já estava sendo executado em 28 DSEI no Brasil em 2008. O suicídio e o alcoolismo são os principais agravos à saúde inseridos no contexto deste programa (BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012, p. 86).

³ Fundação Nacional de Saúde.

⁴ Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Em 2007, o Estado brasileiro criou diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das populações Indígenas, as quais estabelecem que, além do uso de medicamentos farmacêuticos, devem ser incluídas nas práticas de tratamentos de doenças os saberes tradicionais dos povos indígenas, envolvendo o conhecimento desses povos acerca do uso de plantas medicinais e demais produtos da farmacopeia tradicional no tratamento de doenças (BRASIL, 2002). No entanto, os discursos institucionais analisados na presente pesquisa revelam que, na maioria dos casos, existe, por parte da biopolítica, diferentes procedimentos e jogos de força que levam a interdições do conhecimento indígena. Considerando as postulações de Foucault acerca do modo de funcionamento da biopolítica,

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

É no contexto histórico dos processos territoriais indígenas afetados por grandes problemáticas⁵ que se insere a política de saúde mental indígena no sudeste do Pará. Conforme se pode apreender, a seguir, nas entrevistas dos profissionais de saúde, essa é uma política que está sendo implementada com foco no tratamento da saúde mental ligada ao alcoolismo, a tentativas de suicídio, depressão, dentre outros problemas que, segundo esta política, afeta a saúde mental dos povos em suas aldeias. Portanto, as práticas políticas de saúde mental implementadas pelo Estado governamentalizado remetem, ao mesmo tempo, a uma “politização do biológico” e a uma “biologização do político” (CASTRO-GOMEZ, 2010), gerando uma conservação reprodutiva da vida e uma proteção dos indivíduos e das populações a partir do controle e governamentalidade estabelecidos por meio de uma biopolítica concretizada por programas destinados a gerir a vida dos povos indígenas. Estes, por sua vez, têm suas subjetividades construídas e reconstruídas dentro do que Foucault (2008a) descreve

⁵ Dentre as problemáticas que afetam as comunidades indígenas do norte do país, vale destacar a implementação de políticas de cunho “desenvolvimentista”, durante o regime militar, tais como a construção de grandes projetos, como a Usina Hidrelétrica de Tucuruí-PA, o Programa Grande Carajás – PGC etc., modificando de forma violenta a relação dos povos indígenas com seus territórios e gerando conflitos que se mantêm até os dias atuais.

como racionalidade governamental, embora, nesse processo os sujeitos resistam reinventando rotas de fuga, práticas de liberdade.

Desta forma, entendemos que é fundamental o estudo dessas práticas políticas para identificar as formas como elas se manifestam nas práticas discursivas do Estado, alimentadas por relações de saber-poder, a fim de que se possa identificar outras linhas de possibilidade de existência. Lembra Castro-Gomez (2010) que o Estado não pode ser visto como autônomo e universal, como um objeto que pode ser estudado independentemente das práticas que o constituem. Pelo contrário, deve ser analisado como um *correlato* dessas práticas, devendo ser considerado, portanto, como os dispositivos de poder se atualizam em cada momento histórico e como as políticas públicas se reconfiguram enquanto efeitos do biopoder.

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

Biopoder e governamentalidade: cuidado e condução dos corpos

Foi no interior da reflexão sobre governamentalidade ou nova razão governamental que Foucault (2008a) se dedicou à investigação de certas problematizações como a sexualidade, a loucura etc., através de um certo número de instituições, procurando identificar nas práticas discursivas e não discursivas produzidas no interior dessas instituições como a verdade é desejada e construída.

Lembra Foucault (1995) que o poder não é algo que se possui, mas, sim, algo que se dá na relação com a verdade e o saber. Adverte, ainda, que o poder não está vinculado de forma exclusiva ao funcionamento do Estado ou à administração pública e ao governo. Trata-se de uma questão maior que abrange o modo de governar a população por meio de uma biopolítica que, se efetiva por meio de dispositivos de segurança - como as políticas de educação, saúde, controle de natalidade etc. - que atuam de forma positiva sobre a população ou grupos sociais. Nas palavras de Foucault,

O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber,

produz discurso. Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir (FOUCAULT, 1979, p. 8).

Dessa forma, o biopoder, entendido por Foucault (2008b, p.3) como mecanismos de poder e saber - pelos quais “aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia política geral de poder” -, não atua mais por meio de dispositivos de punição ou de disciplina, como ocorria no poder disciplinar, mas, como um poder que atua antevendo os problemas da população e neles intervindo por meio da biopolítica. Ou seja, o biopoder se caracteriza por reações do poder face a fenômenos sociais a partir de técnicas de governamentalidade. Não se trata mais de negar existências, mas de incluí-las em um campo de governo a partir do controle dos corpos e gestão das vidas.

É nesse sentido que, em sua reflexão acerca do cuidado do Estado com a população, por meio de biopolítica, Foucault explicita como no momento em que a medicina passa para a governamentalidade do Estado, não apenas o corpo doente é objeto de técnicas de cura e de um saber que as patologias requerem, uma vez que a biopolítica passa a envolver também um conhecimento do *homem saudável*, ou seja, passa a construir um saber do homem não doente, a partir de uma racionalidade que define o corpo não doente com os parâmetros de normalidade.

É da perspectiva de um Estado que se exercita como provedor de estratégias de segurança contra as ameaças à vida da população, que no século XVIII começa, por exemplo, o interesse pelo controle das epidemias, das estatísticas sobre saúde, pelos registros de nascimento, pelas análises de natalidade e mortalidade. Não se trata mais de impor uma disciplina, embora ela não desapareça, mas, de técnicas, como diagnósticos, estatísticas, probabilidades de mortes etc. É a esse tipo de poder centrado no controle das relações (físicas e morais) da população que Foucault vai chamar do biopoder.

Nessa nova arte de governar, o poder atravessa o corpo social, modifica-o, determina formas de pensamento, constrói verdades, produz discursos. O saber seria o conjunto de elementos formados por uma prática discursiva exercitada no domínio de um dado campo do conhecimento, mas, é, também, o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em um dado campo do saber, ou seja, é o domínio constituído por objetos que podem adquirir ou não um status científico.

É no domínio dessa relação entre saber e poder que Foucault analisa as formas como o saber médico passa a referir-se às noções positivas de saúde e de normalidade. Lembra o autor que no século XVIII falava-se mais da saúde do que da normalidade, uma vez que os estudos se concentravam no vigor da pessoa, ao passo que no século XIX a medicina centra sua atenção muito mais na normalidade, lançando o olhar sobre um tipo de funcionamento da estrutura orgânica. Assim, o conceito de anormal foi fortalecido com os parâmetros de normalidade produzidos pela modernidade ocidental.

Interessam-nos as problematizações levantadas por Foucault acerca do funcionamento discursivo da normalidade/anormalidade, uma vez que sentidos de normalidade parecem ser um objeto que comparece com regularidade nas práticas discursivas da biopolítica, ao tomarem a saúde indígena como um campo do saber. Nesse sentido, o corpo é representado quase sempre como o centro do exercício da normalização, embora, como adverte Foucault, a atuação do poder sobre o corpo não é mais enquanto corpo biológico que sofre interdições físicas como castigos, prisões, queima etc. É preciso compreender o corpo em uma dimensão política, em que as interdições permanecem, mas, a partir de novos dispositivos de poder.

Sentidos de normalização no discurso da biopolítica

Como referimos na introdução deste trabalho, as entrevistas que geraram o *corpus* para as análises, a seguir, foram realizadas com sujeitos que atuam em instituições públicas de saúde, em que o tema da saúde mental de comunidades indígenas da região sul e sudeste do Pará comparece como objeto de discurso. Nesses discursos institucionais da saúde mental, a normalização é desejada e buscada por meio de medicação, sem que entre na racionalidade da arte de governar processos culturais outros das alteridades indígenas. É o comportamento esperado como normal que orienta as técnicas de governação do corpo do outro.

Técnicas produtoras de poder-saber da biopolítica

Como reflete Foucault (2008a), na biopolítica, a população é concebida, ao mesmo tempo, como um problema político-científico e como um problema de poder. Decorre dessa concepção o emprego de técnicas de regulação e governo das condutas (mecanismos de previsões, estimativas de riscos etc., indicadores de mortalidade etc.) cuja finalidade é governar as condutas humanas dentro de padrões de normalidade e potencializar o saber político do Estado sobre a população. É nesse

sentido que destacamos, a seguir, a sequência discursiva 1, extraída de uma entrevista realizada com um profissional que atua em uma instituição de saúde a qual acompanha algumas comunidades indígenas na região.

SD 1⁶

Então, o primeiro significado é assim, enquanto político, né? A gente tem a política de saúde mental que é uma política dentro do Sistema Único de Saúde brasileiro, então é uma política que tem suas bases na política da saúde mental da Itália, mas também da França. Então, a gente se baseou muito na italiana, é a que a gente vem construindo desde os anos 70 né? uma política antimanicomial e que baseou todos os outros programas né, serviços, por exemplo, CAPS, né?, As residências terapêuticas e consultório nas ruas, tudo foi baseado nessa política de saúde mental que tem um cunho extremamente antimanicomial. Inclusive, a política de drogas também é dentro da política de saúde mental e a gente, também, tem esse cunho antimanicomial. Então, como política ela é assim. Eu acho que o outro sentido é no sentido de filosofia mesmo né? de filosofia de cuidado mesmo, baseado na liberdade, baseado na autonomia dos sujeitos e baseado no protagonismo dos usuários também. Então, acho que são basicamente esses dois, esses dois significados aí. Mas é claro que saúde mental, enquanto objetivo mesmo, ela é algo inalcançável, e a gente tem que buscar, mas sabendo que a gente não vai alcançar uma saúde plena mental né? Nem física, nem mental, nem social. É algo que é pra gente buscar, mas a gente sabe que a gente não vai alcançar. (Entrevista 1).

Nessa sequência discursiva, o sujeito descreve o funcionamento da política de saúde mental desenvolvida pelo Estado, por meio da política mais ampla do Sistema Único de saúde (SUS). Ocupando a posição de quem detém um dado saber, o sujeito trabalha discursivamente, por um lado, na definição de saúde mental, no âmbito da política estatal (*a gente tem a política de saúde mental que é uma política dentro do Sistema Único de Saúde brasileiro*); por outro, circunscreve sentidos de saúde mental ao campo filosófico (*Eu acho que o outro sentido é no sentido de filosofia mesmo né? de filosofia de cuidado mesmo, baseado na liberdade, baseado na autonomia dos sujeitos e baseado no protagonismo dos usuários também*). Tem-se, no funcionamento desse discurso, a repartição do saber em duas práticas discursivas que, no imaginário do sujeito, tomam a saúde mental como objeto: uma situada na esfera do poder político e outra situada no domínio do conhecimento filosófico. No que concerne à representação do sujeito circunscrita ao campo do poder político, comparecem no discurso diferentes técnicas que potencializam a relação saber-poder, integrando a rede social de saberes otimizada de efeitos de verdade que o poder produz (FOUCAULT, 2005): ... *então é uma política que tem suas bases na política da saúde mental da Itália, mas também da França*. A legitimidade da política pública de saúde mental adotada pelo Estado é

⁶ Sequência Discursiva.

atestada pela sua gênese, que são as políticas originadas na Itália e França. Esse funcionamento discursivo opera como primeiro movimento de efeito de verdade da política pública brasileira. Ou seja, trata-se de uma política que entra em conexão com outros saberes da medicina produzidos em outros países, o que confere uma acumulação positiva ao saber-poder dessa política.

Mas, como ressalta Foucault (2005), em oposição a uma análise do poder derivada da soberania, é preferível apreender nas práticas discursivas e não discursivas as relações de poder e os operadores de dominação traduzidos em técnicas por meio das quais os sujeitos são fabricados na relação com micropoderes que se espraiam em todas as relações sociais. Procurando apreender como essas técnicas do micropoder se manifestam nesse discurso, na sequência discursiva 1, tem-se no discurso da “política antimanicomial” mais um efeito de verdade da biopolítica de saúde que se opera por meio de diferentes técnicas produtoras de subjetividades. Assim, vejamos a sequência, sobretudo, os sintagmas em destaque: *...uma política antimanicomial e que baseou todos os outros programas né, serviços, por exemplo, CAPS, né?, As residências terapêuticas e consultório nas ruas, tudo foi baseado nessa política de saúde mental que tem um cunho extremamente antimanicomial.*

Nessa sequência enunciativa, materializa-se um discurso que nos faz retomar uma observação de Foucault segundo a qual, em nossa sociedade, coexistem, paradoxalmente, no âmbito das estruturas políticas, máquinas de destruição da vida e máquinas de proteção da vida. Nesse sentido, podemos situar as *redes terapêuticas e consultório na rua* como dispositivos de poder pertencentes a um dos polos identificados por Foucault como o polo em que se localiza a máquina de proteção da vida, uma política que decorre de tomadas de posição de resistências, como se pode acompanhar nos discursos de movimentos antimanicomiais: “Nossa loucura é mais lúcida que o seu preconceito⁷; “Saúde não se vende, loucura não se prende, por políticas públicas antimanicomiais⁸. No entanto, como na biopolítica, nenhum dispositivo de poder deixa escapar produções de subjetividades, é no interior mesmo desses dispositivos que os sujeitos são instados a se confessarem em consultórios públicos e em sessões coletivas, assim como a se integrarem a redes terapêuticas. Dessa forma, as *redes terapêuticas e o consultório nas ruas*, entendidos como técnicas da biopolítica,

⁷ <https://www.dionisiocerqueira.sc.gov.br/noticias/ver/2020/05/18-de-maio-dia-nacional-da-luta-antimanicomial>

⁸ <https://www.dionisiocerqueira.sc.gov.br/noticias/ver/2020/05/18-de-maio-dia-nacional-da-luta-antimanicomial>

funcionam, ao mesmo tempo, como dispositivos de verdade que alimentam a força do biopoder e produtores de subjetivação do sujeito indígena que deve confessar-se como forma de objetivação de um corpo que deve ser modificado. Ou seja, na medida em que esses dispositivos se voltam sobre si mesmos na produção de verdades organizadas no domínio de um campo do saber, otimizando a força política de um saber sobre o outro (indígena), também, atuam na produção de subjetividades, na medida em que captam os sujeitos indígenas por meio de técnicas de proteção e regulação da vida. É no exercício de um discurso de sujeito coletivo de direito (um *cunho extremamente antimanicomial*) que Estado escamoteia a sua força centrada na relação saber-poder.

Embora Foucault não aceite a ideia de que o indivíduo seja um subproduto do poder, ele adverte sobre a mudança histórica das relações entre poder e indivíduo. Ou seja, não se tem mais a centralidade das forças disciplinares e coercitivas, mas uma arte de governar em que o poder passa a se ocupar dos indivíduos como seres que vivem. Daí porque interessa ao autor saber como constituímos nossas identidades por meios de técnicas que se desenvolvem desde a antiguidade até nossos dias. (FOUCAULT, 2006).

Observamos, ainda, nessa SD, como por meio de um ideal de normalidade a biopolítica se instaura nas práticas de seguridade social através de técnicas que levam ao autogerenciamento, à ação do indivíduo sobre si mesmo. Na sequência, *Eu acho que o outro sentindo é no sentido de filosofia mesmo né?.. De filosofia de cuidado mesmo, baseado na liberdade, baseado na autonomia dos sujeitos e baseado no protagonismo dos usuários também*, sob lógica da separação entre filosofia e política, a ideologia trabalha, novamente, o escamoteamento da relação saber-poder. No entanto, a contradição faz comparecer no discurso o modo como o biopoder funciona com suas técnicas de cuidado de si, baseada na suposta liberdade e autonomia do indivíduo. O discurso de normalização se evidencia no deslizamento parafrástico entre “política de saúde mental” e “política de droga” (*As residências terapêuticas e consultório nas ruas, tudo foi baseado nessa política de saúde mental que tem um cunho extremamente antimanicomial. Inclusive, a política de drogas também é dentro da política de saúde mental e a gente, também, tem esse cunho antimanicomial*). Nesse sentido o léxico “usuário” reforça o funcionamento discursivo da saúde mental indígena na deriva, produzindo relações parafrásticas com o uso de drogas. O efeito de normalização, correção se reforça nesse deslizamento de sentidos.

Ainda na perspectiva da normalização pretendida pela biopolítica, o enunciado a seguir se insere em um discurso de normalização da diferença. Como lembra Veiga-Neto, para Foucault, as forças do poder atuam no que temos de mais concreto e material: nossos corpos. É da perspectiva da atuação do poder sobre o corpo que

Foucault se volta para a análise microscópica do poder onde ele se manifesta. “O efeito desse micropoder é a produção de almas, produção de ideias, de saber, de moral” (VEIGA-NETO, 2017, p.116). Sob esse funcionamento, o poder entra na relação submetendo o outro a sua ação, tomando-a como natural, necessária.

Técnicas específicas de controle e normalização dos corpos

SD 2

As índias eram agressivas pra gente, assim uma parte. Elas chegam com muita agressão pra gente falando assim: “Eu quero meu remédio”. Agressiva, dava murro e só botar pra estrangular. Aí o doutor M. chegou e botou assim: “Olha, ela tem que ter um controle, eu vou passar Carbamazepina de 200 mg. Um comprimido à noite”. Aí, se injetava, calma, tranquila, aí elas chegavam: “Oi, bom dia!” É... Bom Dia! Agora está a mesma agressividade porque foi suspenso. Porque o doutor Marcos ele passava, mas ele não é médico pra passar remédio controlado. Ele não é da área, assim, ele não é psiquiatra, não é psicólogo, não é, não é nada. Ele é um neurologista endocrinologista, mas ele conhece os índios tal e qual eles são. (Entrevista 2).

Nessa sequência, as mulheres indígenas são representadas pela profissional de saúde como agressivas, comportamento que levou o médico que atua na aldeia a prescrever a medicação: *Olha, ela tem que ter um controle, eu vou passar Carbamazepina de 200 mg. Um comprimido à noite.* São práticas discursivas e não discursivas que deixam entrever manifestações do poder que atravessam, conformando os corpos dos sujeitos indígenas às normas pretendidas pelas determinações do poder. Nesse imaginário social, o controle do outro através da normalização do corpo requer a atuação da economia política do poder com suas técnicas específicas conformadoras de normalidade (*Olha, ela tem que ter um controle vou passar Carbamazepina de 200 mg. Um comprimido à noite*). A normalização social, política e técnica do sujeito indígena se faz pelo apoio do Estado às suas instituições, cujo efeito, no domínio da medicina, é o governmento do corpo, da alma, com base no ideal de corpo normal.

Desse modo, como lembra Foucault (2001), a norma traz consigo a dimensão da correção e da qualificação por meio de uma técnica positiva de intervenção e transformação. É o que podemos depreender do discurso que se materializa na SD 2, em que se manifesta na representação dos sujeitos profissionais da saúde, a positividade de resultados normalizadores do sujeito a partir da prescrição de remédios controladores de condutas indesejadas: *Aí, se injetava, calma, tranquila, aí elas chegavam: “Oi, bom dia!”* Esse enunciado coloca em cena o efeito normalizador do sujeito indígena obtido e desejado pela biopolítica, com a intervenção da técnica. Corpo controlado, calmo, tranquilo é a maior evidência dos efeitos esperados do corpo sadio, sem discrepância!

Ao se deparar com o corpo desviante da norma (*Agora está a mesma agressividade porque foi suspenso*), o sujeito representa a agressividade como o retorno do corpo desviante e a contínua necessidade de correção através da técnica normalizadora que é a prescrição de remédios. Assim, o desvio da norma instituída pelas esferas de poder político é sempre contornado pelo próprio poder em sua vontade de verdade, por isso mesmo, o discurso médico se impõe como um saber universal e homogeneizante: *Ele é um neurologista... endocrinologista, mas ele conhece os índios tal e qual eles são*. Ou seja, a diferença é desambiguizada pela evidência da transparência da linguagem de um sujeito que imaginariamente conhece o corpo que deseja corrigir e normalizar.

Os sentidos produzidos nesse discurso remetem à produção discursiva da loucura, lembrando, com Foucault (2001) que o surgimento da psiquiatria enquanto um campo de saber só foi possível, em meados do século XIX, com a codificação da loucura como doença. Foi necessário defini-la como patologia, assim como foi necessário proceder a análises que pudessem se ocupar de um saber médico específico. A essa codificação foi necessário também fazer aparecer a loucura como algo perigoso e, com ela, “a norma, entendida como regra de conduta, como lei informal, como princípio de conformidade; a norma a que se opõem a irregularidade, a desordem, a esquisitice, a excentricidade, o desnivelamento, a discrepância” (FOUCAULT, 2001, p. 204). Desde então, as condutas mais comuns, mais familiares que adquirem estatuto de irregularidade em relação a uma norma, adquire, ao mesmo tempo estatuto de disfunção em relação também à norma.

Essa correlação indissociável entre comportamento social, supostamente anormal, e disfunção patológica anormal é sugerida no discurso da SD 2, em que comportamentos indesejados são assumidos como um perigo ameaçador da normalidade e fundamento para o investimento técnico e político da razão do Estado, como sugere o enunciado: *“Agressiva, dava murro e só botava pra estrangular”*. Na medida em que o comportamento social esperado (*Oi, bom dia!*) é contrariado por outro comportamento indesejado, este adquire estatuto de loucura, evidenciando como a relação loucura-perigo é estabelecida externamente ao sujeito objeto de saber.

Nesse sentido, a positividade da ciência se reveste de mecanismos de controle dos corpos, interditando-os na medida em que são medicados para atender a um ideal de comportamento ou mesmo a uma definição de *humano modelo*, como refere Foucault (1977). O olhar médico passa a ser um olhar que domina os corpos, exercendo um

investimento político e obtendo alcance imediato sobre ele, atravessando-o, modificando-o, enquanto objeto de normalização dentro de uma arte de governo das condutas: a biopolítica.

Práticas divisoras na relação com a diferença

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. Em oposição ao enfoque biológico dado ao corpo por muito tempo, o autor opta por compreendê-lo como um campo político, como o espaço em que as relações de poder se manifestam, marcando-o, dirigindo-o, sujeitando-o a certas práticas produtoras de subjetividades. Essas práticas de produção de força do corpo estão relacionadas com a sua utilização econômica, a qual define as relações de poder, sejam físicas ou simbólicas. Assim, a dominação exercida sobre o corpo atua nele de forma calculada através de um saber definido por Foucault como tecnologia política do corpo.

Sob essa perspectiva, analisamos a sequência discursiva 3, parte do relato de uma profissional da saúde pública que atua em comunidades indígenas. Nesse discurso, interessa-nos apreender no funcionamento discursivo como são construídas representações de sujeitos indígenas a partir de interdições de seu imaginário social, de sua cosmologia. Ou seja, o corpo é subjetivado como o lugar de produção de práticas divisoras, de posições imaginárias de recusa à diferença, numa relação binária entre falso X verdadeiro.

SD3

...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, eram raras até, sabe? Mas, as situações como o índio chegava tipo assim, **meio louco**, então **isso** assim acontecia muito. Então, eles diziam que **aquilo** era **doença do índio**, que ele adquiriu de um **caboclo da mata**, ou de **alguém das águas**. E eles falavam assim: “Olha, foi **o bicho da água** que bateu nele; ou foi o **bicho do mato** que atrapalhou a cabeça dele”. Então, quando chegavam pessoas, **assim**, por incrível que pareça, por isso que eu digo, tem assim muita psicologia, é muito o **psicológico deles**, porque quando chegavam pessoas **assim** o Pajé chegava assim: “Marina, **isso** não é pra você. **Isso** é só pra mim, não precisa dar nada de remédio”. Levava pra lá e daqui a pouco ele voltava bem. (Entrevista3)⁹

⁹ Uma outra análise dessa SD foi feita em MAYORGA-SÁNCHEZ E RIBEIRO (2020)

Nesse discurso é possível captar a partir de diferentes posições representações que remetem à problemática do reconhecimento da diversidade e das diferenças. Ou seja, é um discurso em que a identificação do outro se faz mais pela homogeneização do sujeito em categorias essencializadoras. Identificamos como possibilidade de entrada no funcionamento da materialidade discursiva, processo de designação que, ao mesmo tempo que permitem delimitar posições do sujeito que enuncia, remetem a representações sobre as práticas sociais dos povos indígenas. É nessa relação entre posição e produção identitária do outro que o discurso institucional produz efeitos de sentido de interdição da diferença.

No discurso da SD3, a designação “doença de índio” não se situa em um campo de verdade possível tal como se situa a “doença de branco” cuja designação tem como referentes: gripe, sarampo, catapora, diarreia, malária. Contrariamente ao funcionamento da designação “doença de branco” que trabalha discursivamente a evidência de uma palavra que designa uma coisa no mundo, a designação “doença de índio” tem como referente um objeto produzido no deslizamento parafrástico, ou seja, *doença de índio* tem como paráfrase possível *índio... meio louco*. Assim, se doença de índio tem como referentes doenças que transitam no domínio da medicina ocidental, doença de índio tem como referente a loucura. O objeto loucura sofre, no discurso, um efeito de estabilização por coordenadas dêiticas (*então isso assim acontecia muito; Então, eles diziam que aquilo era doença do índio*) que, no jogo das evidências de um já-lá, saturam sentidos produtores de subjetividades essencializadas e estabilizadas. Se, “doença de branco” pode ser uma designação possível para malária, sarampo, catapora etc., “doença de índio” só pode ser recategorizada pelo esgarçamento e retorno **ao mesmo: isso, aquilo**, essa doença, submetida a critérios de falso e verdadeiro. Assim, a repartição social se opera na linguagem sob o efeito da negação da diferença histórica. Nas palavras de Oliveira Júnior.

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

É dessa forma que a racionalidade da biopolítica produz subjetividades dos sujeitos indígenas a partir da oposição loucura X razão. É no funcionamento de práticas divisoras que as práticas culturais indígenas são representadas pela profissional de saúde como práticas de pessoas desarrazoadas: *Então, quando chegavam pessoas, assim, por incrível que pareça, por isso que eu digo, tem assim muita psicologia, é muito o psicológico deles.* O outro é subjetivado como quem está fora da analítica da ciência enquanto verdade única, fazendo intervir o limite estabelecido entre o saber indígena e o saber biomédico.

A referência ao domínio da loucura ainda pode ser identificada no processo de designação: *caboclo da mata* e *alguém das águas* e nos seus correlatos *bicho do mato* e *bicho das águas*. Nesse funcionamento discursivo, tais processos de designação remetem a uma perspectiva binária e dualista de conhecimento, peculiar ao imaginário eurocêntrico que expurga para as margens aquilo que não entra nas suas grades interpretativas.

Conclusão

Como anunciamos na introdução deste trabalho, estabelecemos como objetivo central de nossos estudos objetivo apreender o funcionamento discursivos do biopoder atuando na produção de subjetividades indígenas no norte do país, particularmente na Amazônia Oriental Brasileira. A partir de problematizações foucaultianas acerca da relação poder-saber, as análises procuraram apreender na materialidade discursiva o funcionamento de técnicas da racionalidade do Estado, ou seja, procura analisar como essas tecnologias de individuação e de generalização se manifestam como formas de normalização das diferenças.

Com base nessa relação entre a verdade, o saber e o poder, problematizamos como é fabricada a subjetividade do sujeito indígena, em que o corpo é quase sempre o centro do exercício da normalização, embora, como adverte Foucault, a atuação do poder sobre o corpo não seja mais enquanto corpo biológico que sofre interdições físicas, como castigos, prisões etc. É preciso compreender o corpo em uma dimensão política em que as interdições permanecem, mas, a partir de novos dispositivos de poder. Na sociedade contemporânea, a norma traz consigo um princípio de qualificação e um princípio de correção, na medida em que ela se constitui através da mudança de certas subjetividades por meio de certos dispositivos normalizadores. A doença como

algo negativo, adquire no biopoder a feição positiva, passando a conviver com a pessoa sã porque a positividade do Estado está mais nem em deixar morrer, nem em fazer viver, mas em fazer viver com qualidade.

As análises sugerem a existência de uma objetivação do outro (indígenas) a partir de uma verdade médica que os vê como corpos doentes, despojando-os das suas próprias epistemologias. Assim, a normalização se traduz na regulação da vida, tanto dos indivíduos como das populações, na medida em que as tecnologias do biopoder atuam de forma individual e coletiva, na condução e governo dos corpos. A apreensão mais geral dessa análise nos permite compreender que os discursos das políticas públicas de saúde indígena - implementadas no domínio de uma biopolítica ancorada em princípios neoliberais - atuam fortemente na fabricação de subjetividades homogêneas e na interdição das diferenças.

REFERÊNCIAS

BASTA, Paulo Cesar; ORELLANA, Jesem Douglas; ARANTES, Rui. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: GARNELO, L.; PONTES, A. L. (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.

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

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

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

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

FOUCAULT, M. **Em defesa da Sociedade**: Curso dado no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes. 2005.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva. 1978.

FOUCAULT, M. I A tecnologia política dos indivíduos. In: **Ética, Sexualidade e Política** (Ditos & Escrito V). 2. ed. Trad. Elisa Monteiro; Inês Autran Dourado Barbosa. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p 301-318, 2006.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica:** Curso dado no Collège de France (1978-1979). Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder, *in* H. Dreyfus e P. Rabinow. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica:** para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p. 231-249.

FOUCAULT, M. **Os Anormais:** Curso dado no Collège de France (1974-1975). Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FOUCAULT, M. **Segurança, Território, População:** Curso dado no Collège de France (1977-1978). Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

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

GORDON, Cesar. **Economia selvagem:** Ritual e mercadoria entre os índios Xikrin-Mebêngôkre. São Paulo: Editora da UNESP/ ISA; Rio de Janeiro: NUTI, 2006.

HENRY, P. Os fundamentos teóricos da “Análise Automática do Discurso” de Michel Pêcheux (1969). In: GADET, F. & HAK, T. (Orgs.) **Por uma Análise Automática do Discurso:** Uma introdução à obra de Michel Pêcheux. Trad. MARIANI, B. [et al.]. Campinas, S.P.: Editora da UNICAMP, 1997, p. 13-38.

MAYORGA-SÁNCHEZ, Edna Carolina. **Discurso canibal, entre tornar-se o outro ou inventá-lo: crítica decolonial aos processos de subjetivação de indígenas no domínio da saúde mental.** Programa de Pós-Graduação em Dinâmicas Territoriais e Sociedade na Amazônia/UNIFESSPA, 2019.

OLIVEIRA JUNIOR, O. L. de. **Etnografia em quadrinhos:** subjetividades e escrita de si Tembé-Tenetehara. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação Comunicação, Cultura e Amazônia. Universidade Federal do Pará, Belém- PA., 2016.

PÊCHEUX, M. Ler o arquivo hoje. In: ORLANDI, E. P. (Org.). **Gestos de leitura:** da história no discurso. 2 ed. Campinas, S.P: Editora da UNICAMP, 1994, p. 55-66.

VEIGA-NETO, A. **Foucault & a Educação.** 3 ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.

Submetido em: 01/07/2021.

Aprovado em: 07/09/2021.

Como referenciar este artigo:

MAYORGA-SÁNCHEZ, Edna Carolina e RIBEIRO, Nilsa Briito. Discursividades no Norte do Brasil: práticas de biopoder e normalização das diferenças. **Revista Linguasagem**, São Carlos, v.40, Norte em análise: discursividades. 2021, p. 22-38.