

# JURUPARI OU “VISAGENS”: REFLEXÕES SOBRE OS DESCOMPASSOS INTERPRETATIVOS EXISTENTES ENTRE OS PONTOS DE VISTA PSIQUIÁTRICO E INDÍGENAS

*Luciane Ouriques Ferreira<sup>1</sup>*

## RESUMO

Um jovem Waiwai passou a sofrer de “crises” depois de ter encontrado com Jurupari, um ser da floresta, em uma de suas caçadas. Depois de atendê-lo, a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena o encaminhou para tratamento psiquiátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde do município de Santarém, Pará. Para falar sobre o mal que lhe acometeu o jovem índio recorreu ao sistema de significados que opera no contexto sociocultural do qual ele faz parte. Por sua vez, os profissionais de saúde que o atenderam traduziram a narrativa indígena para os seus próprios termos empregando para isso uma linguagem sustentada sobre a racionalidade biomédica. É sobre esse processo de tradução que transforma a narrativa do paciente em categorias diagnósticas universais da psiquiatria que recai o nosso foco de análise deste ensaio antropológico.

**Palavras-Chave:** Antropologia médica. Saúde indígena. Saúde mental. Cultura.

## JURUPARI OR “VISAGENS”: REFLECTIONS OF INTERPRETATIVE MISMATCHES BETWEEN THE PSYCHIATRIC AND INDIGENOUS POINTS OF VIEW

### ABSTRACT

A young Waiwai was afflicted by “crises” after having met with a woodland being, the Jurupari, while hunting. After treating him, the Multidisciplinary Team of Indigenous

---

<sup>1</sup> Professora visitante, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Brasília; Bolsista de Pós-Doutorado - Programa de Epidemiologia em Saúde Pública/ENSP/FIOCRUZ, Brasil. lu.ouriques@yahoo.com.br

Health referred him for psychiatric treatment through the Unified Health System of Santarém's County, state of Pará. To speak about the ill that had befallen him, the young Waiwai used the system of meanings from his socio-cultural context. In turn, the health professionals who cared for him translated the Indigenous narrative to their own terms using a language supported by the biomedical rationality. It's about this translation process which transforms the patient's narrative into psychiatry's universal diagnostic categories, where the focus of this anthropological analysis lies.

**Keywords:** Medical anthropology. Indian health. Mental health. Culture.

**E**nquanto caçava nas matas, um jovem Waiwai se encontrou com um espírito chamado Jurupari. A partir de então passou a sofrer de crises. Contou ele que sentia estar sendo comido por este ser que tem uma enorme boca localizada no meio da barriga. Na Aldeia Mapuera, o jovem foi atendido pela Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) que o encaminhou, a pedido da sua família, para receber tratamento psiquiátrico na rede de atenção à saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Santarém, Estado do Pará.

Ao falar sobre o mal que lhe acometeu, o jovem índio recorreu ao sistema de significados que opera no contexto sociocultural do qual ele faz parte. Por sua vez, os profissionais de saúde que o atenderam traduziram a narrativa indígena para os seus próprios termos empregando para isso uma linguagem medicalizada. É sobre esse processo de tradução, que transforma a narrativa do paciente em categorias diagnósticas universais da psiquiatria, que recai o foco da análise realizada no âmbito deste ensaio antropológico.

Para tanto, tecerei alguns comentários interpretativos sobre o caso do jovem Waiwai, a partir da perspectiva da psiquiatria comparada representada por Yap (1951), que chama atenção para o fato de que o ambiente cultural contribui para a configuração das doenças mentais; da nova psiquiatria cross-cultural apresentada por Littlewood (1990), que busca direcionar o seu foco para as particularidades socioculturais, sem preocupações com as questões de validade universal das classificações de doenças; e de Martinez-Hernández (2000) que defende a ideia de que os sintomas são culturalmente construídos e que para entendê-los precisamos considerar os contextos onde eles acontecem.

Os dados etnográficos aqui analisados foram coletados em fevereiro de 2005, no contexto de uma consultoria prestada ao Departamento de Saúde Indígena/Fundação Nacional de Saúde, para organizar a rede de atenção à saúde

mental indígena em Santarém. O caso do jovem Waiwai atacado por Jurupari emergiu nos diálogos estabelecidos com os profissionais de saúde que atuavam na Casa de Saúde Indígena (CASAI) – local onde ele permaneceu por alguns meses enquanto esteve na cidade para tratamento psiquiátrico. Na ocasião de nossa visita, o jovem já havia retornado para a sua aldeia situada na Terra Indígena Trombetas-Mapuera.

## **YAP E A PSIQUIATRIA COMPARADA**

Ao reconhecer que o ambiente exerce influências sobre o desenvolvimento das sintomatologias psiquiátricas, Yap (1951) pergunta: podemos considerar os conceitos, princípios e conclusões da psiquiatria como universalmente válidos? O autor compartilha com outros pesquisadores da sua época o objetivo de fundar uma ciência psiquiátrica comparada, voltada para investigar como a cultura influencia as manifestações e as formas que as doenças mentais assumem em diferentes grupos sociais.

O eixo central neste debate se centra na definição da anormalidade em contraposição à condição de normalidade. As situações de anormalidade só podem ser definidas como tais a partir do contexto social no qual elas ocorrem. No entanto, uma das dificuldades se encontra, justamente, no fato de na psiquiatria não existir nem certezas e nem clareza quanto aos critérios que identificam tais condições. Até mesmo dentro de um único contexto sociocultural as ideias sobre anormalidade podem variar.

Para estudar a doença mental em outras sociedades, Yap (1951) considera necessário o emprego de termos descritivos que não enquadrem como psicopatológicos os comportamentos aparentemente anormais para os ocidentais. Alguns comportamentos podem parecer insanos aos olhos ocidentais, mas serem culturalmente aprovados nos contextos locais em que ocorrem. Para que o comportamento seja considerado anormal, ele precisa ser pensado pela sociedade na que ocorre como um comportamento inútil, não produtivo e não construtivo. Além disso, a anormalidade também pode estar relacionada a processos de ajustamento ou adaptação do indivíduo ao seu ambiente, sendo definida enquanto um tipo de reação funcional em que o sujeito busca escapar de uma situação difícil. Nesse sentido, ela funcionaria como uma válvula de escape, um mecanismo de alívio das tensões e das ansiedades.

Para descrever as doenças mentais encontradas em outros grupos, Yap (1951) usa critérios e conceitos universais da psiquiatria que possibilitam

enquadrar os fenômenos considerados anormais em taxonomias psiquiátricas estabelecidas a priori. As explicações nativas são consideradas por ele como crenças supersticiosas. “Devemos lembrar que as idéias-folk e as formas supersticiosas de pensamento, bem como o medo, são hábeis a se apegar em torno às doenças mentais mais tenazmente que em torno às doenças corporais” (YAP, 1951, p. 187).

O problema aqui é que, apesar de reconhecer que para identificar um comportamento como anormal é preciso considerá-los em seu contexto cultural, o autor não relativiza a própria noção de doença mental o que o faz incorrer no erro de reduzir comportamentos socioculturais a essa categoria. Neste caso, não há uma compreensão profunda e sistemática sobre os contextos culturais em que esses eventos ocorrem e nem tampouco das cadeias semânticas que a eles estão associadas.

Yap (1951) reconhece que há limites à ambição psiquiátrica de generalizar sobre a incidência de doenças mentais vigentes em outros contextos culturais. Mesmo assim, defende a ideia de que as doenças mentais são universais e generalizáveis e podem ser aprendidas enquanto entidades objetivas. Por exemplo, o quadro esquizofrênico permanece o mesmo onde quer que ele seja encontrado: dissociação do humor, ideias de influência e passividade, alucinações e ilusões. Se a pesquisa não conseguir evidenciar essa verdade é porque existe uma dificuldade de comunicação. Como veremos mais adiante, com o caso do jovem Waiwai aqui apresentado, parece que esse pressuposto ideológico orienta a atenção psiquiátrica prestada aos povos indígenas no Brasil até os dias atuais.

## **A NOVA PSIQUIATRIA CROS-CULTURAL**

Littlewood (1990) tece uma crítica à psiquiatria comparada, que tem em Yap (1951) um dos seus representantes. Desde Kleinman (1973), a noção corrente na psiquiatria de que os sintomas das doenças mentais são idênticos em todas as culturas passou a ser questionada. Os modelos explicativos das doenças são específicos aos contextos locais em que estão inscritos. Com isso, abre-se a possibilidade do desenvolvimento da nova psiquiatria cros-cultural que considera as psicopatologias como doenças que articulam as esferas pessoais, interpessoais e culturais. Essa abordagem busca superar a perspectiva desenvolvida pela psiquiatria comparada, que trata as categorias diagnósticas ocidentais como universais.

A nova psiquiatria questiona a conveniência de transpormos as categorias derivadas da nossa tradição cultural para compreendermos outras culturas. A priori, não podemos presumir que categorias psiquiátricas como depressão, suicídio, esquizofrenia ou psicoses sejam universais. Para Littlewood (1990), os estudos

das psicopatologias realizados em diferentes culturas, ao invés de começar com categorias ocidentais pré-estabelecidas, devem identificar as classificações nativas para daí realizar uma abordagem comparativa. Para tanto, é preciso suspender os julgamentos a priori sobre a universalidade das doenças mentais. O interesse recairia, então, nas analogias entre as categorias diagnósticas da psiquiatria e as categorias locais de doenças inscritas em contextos socioculturais específicos.

No geral, quando os psiquiatras se deparam com pacientes de culturas diferentes reclamam que os fatores culturais obstaculizam o processo de diagnose. Ignorar a variedade dos sintomas e suas relações com as percepções e expectativas do sujeito do tratamento e, ao mesmo tempo, transpor categorias psiquiátricas para entender eventos psicopatológicos que ocorrem em outras sociedades pode comprometer a compreensão mútua entre médico-paciente. Isto porque os comportamentos anormais fazem parte de um sistema de classificação local, com o qual os grupos sociais concernidos no processo de adoecimento operam para gerenciar os diferentes recursos terapêuticos disponíveis na busca da solução para o caso. Portanto, é preciso que o contexto particular da experiência patológica e os significados que a informam sejam levados em conta, ainda que isso nos guie a áreas como a das políticas ou religiões locais o que, num primeiro momento, não pareceria relevante para os psiquiatras.

Outro tema central na abordagem da nova psiquiatria é a categoria de pessoa. A conceitualização da doença, em especial da doença psiquiátrica, se sustenta sobre certa concepção de pessoa e suas relações com os outros. O lócus do eu ocidental é o corpo que, por sua vez, está carregado de símbolos. O lugar da psicopatologia está dentro do corpo individual – aquele que constitui uma pessoa com uma personalidade e uma história particular. Aqui encontramos o foco da intervenção psiquiátrica. Porém, isso não necessariamente ocorre em todo lugar, já que a ideia ocidental da existência de um eu é uma noção construída socialmente (MAUSS, 1974). Dessa forma a noção de pessoa é construída de diferentes modos de acordo com critérios socioculturais distintos.

Ao contrário da perspectiva adotada pela psiquiatria comparada, a nova psiquiatria dá ênfase à especificidade. Não se pode reduzir a diversidade dos fenômenos a uma explicação de causa e efeito, baseada na suposição biomédica da universalidade biológica das psicopatologias. As conclusões sobre generalidades são inapropriadas em psiquiatria, pois o conhecimento biológico não é a representação direta de um mundo natural, na medida em que ele também é um produto construído socialmente. Sendo assim, não existem classificações absolutas: em tempos diferentes e em diferentes lugares um ou outro padrão de comportamento

produz categorias que podem ser compreendidas como imagens que condensam campos de experiências estressantes. Desse modo, o método interpretativo da nova psiquiatria não busca mais a verdade única que explica as psicopatologias, mas sim tenta apresentar as múltiplas perspectivas que se encontram em interação na configuração de determinados fenômenos psicopatológicos.

## **JURUPARI OU “VISAGENS”: O CASO DO JOVEM WAIWAI**

Em conversa com a equipe da CASAI de Santarém tive acesso ao caso de um jovem Waiwai, de 23 anos, residente da aldeia de Mapuera. A Coordenadora desta unidade de saúde nos contou que a EMSI responsável pelo atendimento à saúde nesta aldeia encaminhou o paciente até ali depois de ele ter tido uma “crise”. O jovem falou para os profissionais que ao sair para caçar na mata havia sido atacado por Jurupari – um espírito da floresta que possui uma boca no meio da barriga – que, por sua vez, tentou comê-lo.

Assustada com a crise deste jovem e sem saber como cuidar do caso, a comunidade pressionou a equipe para encaminhá-lo ao hospital na cidade para receber tratamento médico. Aderindo aos pedidos dos familiares do jovem Waiwai, a equipe enviou-o para a CASAI de Santarém para ser referenciado no SUS. Ao chegar lá, mais uma vez o jovem narrou a sua versão sobre o Jurupari para os profissionais de saúde que ali atendiam.

A enfermeira ao preencher o Formulário de Referência e Contra-referência em Saúde para dar a entrada do paciente na CASAI, justificou que a necessidade de referenciar o paciente para outro serviço se devia à falta de recursos para o tratamento do mesmo no âmbito desta unidade de saúde. Na descrição do problema a profissional escreve: “episódios de alucinações, seguidos de espasmos tônicos-clônicos que tiveram início no dia 28 de setembro de 2002”. Para esclarecer ainda mais o ocorrido, ela complementa “paciente relatou ser atacado por “visagens” e depois apresentou espasmos tônicos-clônicos, rigidez na nuca, alucinações e agressividade, há mais de 03 dias”. Na CASAI, para controlar a “crise” o paciente foi medicado com diazepam (10mg).<sup>2</sup>

Depois disso, o paciente foi referenciado no Hospital Mental de Santarém, sendo que o diagnóstico médico nesse momento foi: R – 45.7, que no âmbito

---

<sup>2</sup> O diazepam é um fármaco indicado para o tratamento da convulsões, espasmos musculares e insônia, sendo usado como ansiolítico, anticonvulsivante, relaxante muscular e sedativo (pt. wikipedia.org/wiki/Diazepam).

do sistema de Classificação Estatística Internacional das Doenças (CID-10)<sup>3</sup> é descrito como “estado de choque emocional e tensão, não especificado”, sendo este transtorno situado no Capítulo XVIII - “Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratórios não especificados em outra parte”. Quando controlada a crise e enquanto o tratamento exigiu um acompanhamento mais sistemático, o paciente permaneceu internado na CASAI, sendo atendido na Unidade de Referência Especializada (URES), que funciona em regime ambulatorial. Na URES ele foi avaliado por um psiquiatra clínico que identificou que o paciente sofria de um “distúrbio neurológico” classificado como “transtorno psicótico agudo e transitório não especificado” (F 23.4) previsto no Capítulo V - “Transtornos mentais e comportamentais”. Os medicamentos indicados para o caso foram: clorpromazina<sup>4</sup>, biperideno<sup>5</sup> e carbamazepina<sup>6</sup>.

Diariamente, a enfermeira e técnicas de enfermagem da CASAI acompanham o paciente. A cada momento em que os medicamentos são ministrados, as enfermeiras anotam no prontuário do paciente:

01/10/02, 11h30minh: paciente vítima de DM vindo da aldeia Mapuera, apresentando crises de alucinações, seguidas de espasmos tônicos-clônicos e agressividade há mais ou menos 03 dias após vê (*sic.*) e ser atacado por visagens, como relatou a EMS e ao ser atendido na URES pelo médico. No momento encontra-se sonolento e refere tontura.

18h: em repouso na rede, expressão facial calma, apresenta-se lúcido, aceitou dieta oferecida. Urinou uma vez; evacuou uma vez.

02/10/2002: paciente apresenta-se calmo, aceitou a dieta oferecida, administrada a medicação prescrita. Refere sonolência e tontura devido à medicação. Diurese presente; não evacuou.

---

<sup>3</sup> A CID 10, organizada em vinte e um capítulos, constitui em um consenso médico internacional publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde. ([www.medicinanet.com.br/cid10.htm](http://www.medicinanet.com.br/cid10.htm)).

<sup>4</sup> Indicado para o tratamento dos distúrbios psicóticos, da esquizofrenia e também da fase maníaca da doença maníaco-depressiva ([www.portaleducacao.com.br/farmacia/artigos/50/clorpromazina](http://www.portaleducacao.com.br/farmacia/artigos/50/clorpromazina)).

<sup>5</sup> Indicado para tratar síndrome parkinsoniana, especialmente para controlar sintomas de rigidez e tremor; sintomas extrapiramidais como contorções (torções) musculares agudas, sensação de tremor muscular, inquietação motora ([www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BM\[25229-1-0\].PDF](http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BM[25229-1-0].PDF)]

<sup>6</sup> A carbamazepina é utilizada como antiepiléptico, para prevenir episódios convulsivos na epilepsia (convulsões tônico-clônicas generalizadas e parciais). Também é utilizada para tratar doença bipolar ou maníaco-depressiva, bem como a síndrome de abstinência alcoólica, entre outras coisas ([pt.wikipedia.org/wiki/Carbamazepina](http://pt.wikipedia.org/wiki/Carbamazepina)).

03/10/2002, 12hs: paciente mantém-se sonolento. Aceitou a dieta oferecida. Administrada a medicação prescrita. Continua relatando que vê visagens. Diurese presente; evacuou uma vez.

25/10/2002: paciente retorna ao médico que reduziu dosagem do medicamento.

E assim passou-se a rotina dos dias do tratamento do jovem Waiwai na CASAI, com os profissionais de saúde revezando em seus plantões e sem quadros dignos de notas, pelo menos no ponto de vista das enfermeiras e técnicas de enfermagem que cuidaram do paciente até o dia 06 de janeiro de 2003, quando o mesmo teve alta e retornou para a aldeia. A partir daí o tratamento passou a ser ministrado pela EMSI. Sendo que, de dois em dois meses, o jovem deveria retornar a Santarém para fazer as consultas de reforço na URES, ficando sob os cuidados dos profissionais que atuam na CASAI, onde o mesmo era acolhido.

## **OS WAIWAI E O JURUPARI: COSMOLOGIA E CONVERSÃO**

Os Waiwai, falantes de uma língua karib, vivem na região da Amazônia setentrional, lugar onde a Serra do Acaraí delimita a fronteira entre o território brasileiro e a Guiana.<sup>7</sup> Apesar dos primeiros relatos sobre a existência dos Waiwai datarem do século XVIII (OLIVEIRA, 2010; p. 14), o contato com a sociedade ocidental se tornou contínuo a partir do final da década de 1940, quando missionários norte-americanos da *Unevangelized Fields Mission* fundaram uma missão às margens do alto rio Essequibo, na Guiana. Em 1971, estes missionários acompanhados pelos Waiwai evangelizados se mudaram para o Brasil instalando-se na aldeia Mapuera. Nesta ocasião criaram a Missão Evangélica Amazônica (MEVA) que até hoje mantém nesta aldeia uma missionária atuante (QUEIROZ, 1999).

O processo de conversão evangélica dos Waiwai, que teve início em 1954 quando o influente xamã Ewká se tornou crente, desencadeou uma série de transformações na organização sociocultural e cosmológica deste povo. Queiroz (1999) assim relata a situação encontrada por ele por ocasião do trabalho de

---

<sup>7</sup> O termo Waiwai tem sido empregado para nomear diferentes etnias que vivem nas comunidades waiwai: Parukoto, Taruma, Mawayana, Xerew, Katuena, Tunayana, Karapawana, Yukwaryana, Tikyana, Kaxuyana e Xowiyana (OLIVEIRA, 2010). Em 2005, a população Waiwai perfazia um total de aproximadamente 2.914 pessoas (ISA, 2005). No Brasil, ela está distribuída em três Terras Indígenas (TIs): Wai-Wai, no sudoeste de Roraima; Nhamundá-Mapuera, no noroeste do Pará e norte do Amazonas; e Trombetas-Mapuera situada ao sul de Roraima, norte do Amazonas e noroeste do Pará. Na Guiana os Waiwai habitam uma região chamada Upper Takutu-Upper Essequibo (ISA, 2005).



campo, realizado em janeiro de 1991: “Não mais existia a figura do xamã, os mitos não eram mais contados e no lugar da utilização de plantas medicinais, encontrei uma farmácia cheia de remédios alopatícos” (QUEIROZ, 1999; p. 257).

Devido à dificuldade de acessar junto aos Waiwai evangelizados informações sobre o sistema sociocosmológico que operava antes da chegada dos missionários, vários antropólogos (QUEIROZ, 1999; HOWARD, 2002; OLIVEIRA, 2010) que trabalharam com este povo reconhecem o trabalho de Fock (1963) como uma importante fonte de informação sobre a cosmologia e práticas Waiwai antes do contato.

Três conceitos associados à noção de pessoa são apontados por Fock como importantes para a compreensão da cosmologia Waiwai: o conceito de alma (*ekati*), o de espírito humano (*ekatinbo-kworokjam*) e dos espíritos dos seres ancestrais e/ou animais (*kakenau-kworokjam*) (FOCK apud QUEIROZ, 1999, p. 259). Todas as pessoas possuem uma alma chamada *ekati*. O *ekati* tem substância e é invisível, podendo ser encontrado em qualquer parte do corpo.<sup>8</sup> Quando a pessoa morre o *ekati* se transforma em *ekatinbo* e pode vir a importunar os viventes assumindo a forma tanto de um espírito (*kworokjam*) quanto a de um animal. Os animais, inclusive, também possuem uma alma que pode ser chamada de *ekati* ou *kworokjam*. Outro tipo de seres que habitam o cosmos waiwai são os *kakenau-kworokjam* – foram eles que criaram os primeiros seres humanos.<sup>9</sup> Neste contexto, o termo *kworokjam*, que abarca uma série de seres cósmicos, pode ser traduzido como espírito (OLIVEIRA, 2010, p. 41).

No entendimento cosmológico Waiwai “a causa da doença é quase sempre atribuída à expulsão do *ekati* de uma pessoa e instalação em seu corpo de um espírito maléfico” (QUEIROZ, 1999, p. 261). Isso pode ocorrer no caso da pessoa ser vítima da agressão de um *ekatinbo* ou de um *kakenau-kworokjam*. A simples visão deste último pode fazer com que a pessoa adoença. “Por exemplo, quando a pessoa vê uma espécie de pássaro negro fica com febre, quando vê uma libélula tem epilepsia” (FOCK apud OLIVEIRA, 2010, p. 81). Somente o xamã pode tratar as doenças causadas pela ausência do *ekati* no corpo da pessoa (QUEIROZ, 1999, p. 260).

Os missionários consideravam a cosmologia e o xamanismo waiwai como manifestações do mal com os quais os indígenas deveriam romper por meio

---

<sup>8</sup> Outros estudiosos mencionam que a pessoa Waiwai é constituída também por uma alma-olho (ZEA, 2006; OLIVEIRA, 2010).

<sup>9</sup> “Entre aqueles que possuem *kakenaw-kworokjam* se encontram alguns animais da terra (por exemplo, o tamanduá) e muitos pássaros (como a águia), alguns vegetais (a arvora de bacaba) e alguns sujeitos físicos (o sol, por exemplo)” (QUEIROZ, 1999, p. 260).

da conversão religiosa. Como estratégia para evangelizá-los, os missionários passaram a associar o termo *kworokjam*, que no âmbito cosmológico se refere a uma multiplicidade de seres, ao diabólico (OLIVEIRA, 2010, p. 43).

Contudo, os Waiwai não se mantiveram passivos diante desse processo (QUEIROZ, 1999; HOWARD, 2002; OLIVEIRA, 2010). Ao se apropriarem da mensagem evangélica os Waiwai também exerceram sua agência criativa. Em muitas ocasiões, “os missionários ficavam frustrados quando percebiam que Jesus era mencionado pelos nativos como se fosse mais um *kworokjam*, dentre os muitos outros que já habitavam o seu cosmos” (OLIVEIRA, 2010, p. 91). Apesar de a conversão ter transformado a relação dos waiwai com os *kworokjam*, as doenças continuaram a ser explicadas por eles como uma dificuldade em controlar as relações com os espíritos, sejam o dos animais, sejam os espíritos cristãos (OLIVEIRA, 2010, p. 116).

No que se refere ao Jurupari, a literatura etnológica não faz menção à existência desse espírito como um dos seres que habita o cosmos waiwai. Sabemos que vários segmentos da população do Norte acreditam no Jurupari, o que o torna um ser panamazônico.<sup>10</sup> No âmbito das investigações folclóricas o Jurupari é identificado como uma divindade que integra o panteão de alguns povos indígenas da floresta amazônica, tendo sido transformado pelos missionários que ali atuaram em um ser demoníaco, uma personificação do mal. “Jurupari é uma denominação Tupi para um demônio particular, mas foi usada pelos missionários para designar qualquer demônio; até assumindo o lugar do diabo cristão nos trabalhos de catequese dos índios” (PEREIRA, 2001, p. 44). Porém, se tais estudos nos dão pistas sobre como o Jurupari emerge como um ser demoníaco a partir da influência exercida por missionários, eles também, ao não considerarem os contextos socioculturais em que tais mitos estão inscritos, impossibilitam a compreensão dos significados particulares que os informam

Já no que se refere à etnologia encontramos menção ao Jurupari nos estudos realizados por Saake (1976), no contexto etnográfico do Alto Rio Negro. Saake (1976) remete ao fato de nessa região o Jurupari também ter sido identificado pelos missionários com o Diabo. Porém, para os Baniwa do Rio Içana ele é o ser mitológico que criou as flautas rituais usadas por esse povo (SAAKE, 1976).

---

<sup>10</sup> Para os ribeirinhos da região do Tapajós, por exemplo, o Jurupari é resultado da metamorfose de um ser-humano – no caso um índio velho – em um bicho. Além de fazer os caçadores se perderem na mata, o Jurupari pode afetar a consciência da pessoa e fazer com que ela perca a memória (WAWZYNIAK, 2008, p. 48).

Tudo leva a crer que o ser que atacou o jovem indígena – o Jurupari – foi apropriado pelos Waiwai a partir do contato estabelecido com os missionários e com a sociedade regional. Neste caso, ele passou a integrar o cosmos waiwai como mais um *kworokjam*, sendo submetido a um processo de indigenização ou, para ser mais precisa, de waiwanização. De qualquer forma tal encontro se deu no contexto de relações estabelecidas entre os Waiwai e os estrangeiros – “os de fora”, o Outro. Afinal de contas, “o convívio permanente com agentes diversos da sociedade envolvente trouxe novos valores associados ao conteúdo e à forma de transmissão de saber.” (DIAS JUNIOR. 2008).

Falar do ataque de Jurupari para os profissionais de saúde como causa do seu adoecimento pode significar um esforço de tradução por parte do jovem Waiwai, que recorreu a um símbolo compartilhado na região para se fazer compreender. Se assim for, podemos inferir que há certa continuidade entre as explicações etiológicas com as quais os Waiwai operavam antes de serem convertidos e as que atualmente são acessadas por eles na relação com os serviços de saúde. Todavia, se antes eram os xamãs que poderiam tratar as doenças causadas pelos ataques dos *kworokjam*, hoje os Waiwai recorrem aos serviços de saúde ocidentais em busca de tratamento. Neste espaço sua narrativa, mais uma vez, é traduzida: aqui o Jurupari virou “visagem”.

### **REIFICANDO SIGNIFICADOS: A IMPORTÂNCIA DO CONTEXTO PARA A COMPREENSÃO DOS SINTOMAS**

A descrição de um sintoma deve considerar o contexto no qual ele adquire significado. E, nesse sentido, podemos dizer que há um conflito de interpretações entre a descrição que um antropólogo faz de um evento, como o do jovem Waiwai, e a descrição que os profissionais de saúde são habituados a fazer no âmbito das rotinas dos serviços.

Martinez-Hernández (2000) acredita que um dos problemas enfrentados pela psiquiatria se encontra no fato dela não considerar os sintomas como um conjunto de significados enraizados em um dado contexto sociocultural. Enquanto isso, a antropologia médica interpretativa busca compreender como os sintomas são expressivos das realidades simbólicas da aflição e do sofrimento.

Assim como identificado por Martinez-Hernández (2000), o caso do jovem Waiwai também é exemplar dos conflitos existentes entre a interpretação biomédica e o ponto de vista nativo. Podemos perceber que a estrutura e o estilo narrativo dos profissionais de saúde para descrever a evolução terapêutica do caso aqui focado estão pautados sobre a racionalidade biomédica, o que permite

conformar um gênero próprio de narrar os eventos psicopatológicos no âmbito dos relatórios clínicos. O estilo narrativo empregado pelo paciente, que está ancorado ao seu contexto sociocultural, é distinto daquele que informa os relatórios clínicos, justamente pelo fato deles estarem sustentados por epistemologias radicalmente diferentes. Assim, a história contada pelo jovem Waiwai sobre o encontro com o Jurupari foi traduzida pelos profissionais de saúde como “visagens” e “alucinações”. Em nenhum momento, encontramos referência aos significados culturais que a narrativa do paciente expressa. O Jurupari, finalmente, não foi levado em consideração.

Os profissionais de saúde não buscaram investigar os significados culturais que informavam a experiência do jovem Waiwai e nem tampouco o quê, no contexto comunitário em que ele vivia, poderia estar contribuindo para a irrupção da referida ‘crise’. O discurso psiquiátrico demonstra que as causas e motivos identificados pelo paciente não são relevantes no processo de diagnose e prescrição da terapêutica, tampouco o conjunto de significados associados ao evento – o que permitiria a compreensão do ponto de vista do paciente indígena e de sua família. Aqui a preocupação central é identificar os sintomas e rotulá-lo utilizando-se para isso de um esquema de classificação universal das psicopatologias.

Estamos diante de um processo de reificação das percepções subjetivas – sintomas – que o paciente possui sobre a sua doença, no qual não se considera a trajetória biográfica e cultural do sujeito em sofrimento. O resultado apresentado pela descrição dos profissionais de saúde sobre o processo de desenvolvimento clínico do paciente Waiwai dessa forma configura “uma paisagem psicopatológica a qual parece ter grande coerência interna, mas que, ao mesmo tempo, está isolada da moldura biográfica, histórica e cultural no interior do qual ela adquire um significado específico” (MARTINEZ-HERNÁEZ, 2000, p. 7).

Do ponto de vista antropológico, a análise dos sintomas deve levar em conta a trajetória biográfica e o contexto cultural do paciente através do estudo dos seus significados. Os significados dos sintomas descritos pelo jovem indígena, e que são considerados pela descrição clínica como alucinação e espasmos, estão associados ao contexto sociocultural Waiwai. Os sintomas deste jovem e a forma como ele fala sobre os mesmos são expressivos de um mundo local de significados que devem ser levados em conta na formulação do seu projeto terapêutico. Ao invés de buscar enquadrar esse fenômeno em classificações universais, é preciso restaurar os significados atribuídos aos sintomas e que, por sua vez, são orientados pelo contexto discursivo em que ele é acessado.

Neste caso, para compreendermos o episódio do Jurupari é preciso considerar, por exemplo, que a comunidade Waiwai em que mora esse jovem, encontrava-se em pleno processo de evangelização há pelo menos 50 anos, o que significava a transformação de valores e de condutas sociais e a instauração de novos sentidos para os mesmos símbolos culturais – os *kworokjam*, que passaram a ter uma conotação negativa. Por um lado, o Jurupari aparece como um ser malévolo que, com uma boca na barriga, procura estraçalhar o jovem. Por outro lado, os conhecimentos e as práticas tradicionais de auto-atenção (MENENDEZ, 2003), responsáveis tanto pela reprodução biopsicosocial do grupo, como os rituais xamânicos, responsáveis por manter a ordem e o equilíbrio cósmico entre homens e espíritos, passaram a ser entendidas como “coisas do demônio” – que também não deixa de ser um espírito. Se fossem outros tempos, talvez, este episódio pudesse ter sido interpretado pelos Waiwai como a expulsão do *ekati* do jovem atacado por um *kakenau-kworokjam*.<sup>11</sup> Neste caso, ele teria que ser tratado por um xamã. Mas, ser atacado por Jurupari, espírito que emerge na relação com os missionários, possibilita que o tratamento recomendado seja o medicamentoso.

Sendo assim, é importante considerar que os Waiwai da Mapuera vivem em um contexto intermédico (GREENE, 1998) no qual os recursos biomédicos, principalmente os medicamentos inicialmente introduzidos pelos evangélicos, são bens simbólicos altamente valorizados que foram incorporados pelo grupo passando a fazer parte de seu universo sociocultural. Ao sabermos que as práticas xamânicas não estavam sendo atualizadas no cotidiano da aldeia indígena e do valor que os recursos da medicina do branco possuem para os Waiwai, não é de surpreender que a família tenha encaminhado o jovem em sofrimento para ser tratado no âmbito dos serviços de saúde<sup>12</sup>.

De qualquer forma, os antropólogos não estão interessados em classificar os eventos em normais ou patológicos, na medida em que aqui não existem critérios dados a priori para diferenciar essas duas condições. A diferença entre as interpretações psiquiátricas e antropológicas é que as primeiras percebem sintomas como sinais naturais de uma realidade psicopatológica, enquanto a segunda considera o sintoma como um produto da cultura que está informado por um conjunto de significados.

---

<sup>11</sup> De fato essas são hipóteses, pois os estudos etnológicos disponíveis não nos permitem avaliar o impacto que o processo de evangelização teve sobre a pessoa Waiwai.

<sup>12</sup> Sobre o modo como os Waiwai manipulam os bens ocidentais como meio de controlar a situação de contato, ver Howard (2002).

O que interessa, no segundo caso, é como o paciente e o seu grupo classifica a experiência vivida e como os projetos terapêuticos podem ser construídos a partir de um diálogo intercultural entre realidades sociais radicalmente distintas. Mas, para que seja possível o estabelecimento desse diálogo, é necessário que os profissionais de saúde estejam abertos para se aproximar compreensivamente do universo cultural indígena e preparados para conversar com os sistemas de significados com os quais operam os seus pacientes. É preciso levar os pacientes e suas narrativas a sério!

### **TECENDO CONSIDERAÇÕES: O JURUPARI, A PSIQUIATRIA COMPARADA E A NOVA PSIQUIATRIA**

A psiquiatria comparada, como apresentada por Yap (1950), já reconhecía a necessidade de se considerar o contexto social em que o evento ocorre para só então poder classificá-lo como anormal e patológico. Em termos locais, podemos inferir que o caso do jovem Waiwai foi considerado patológico, pois a comunidade encaminhou-o para ser tratado pela biomedicina. Por outro lado, percebemos que os profissionais de saúde empregaram categorias estabelecidas a priori para classificar a experiência vivenciada por esse paciente. Eles não consideraram a narrativa apresentada pelo jovem como expressiva de um sistema de significados culturalmente compartilhado que informou a experiência da doença. A narrativa do paciente indígena, ao ser usada como uma fonte para a identificação dos sintomas, foi instrumentalizada de modo a dar acesso à verdade psiquiátrica subjacente a esse episódio de sofrimento. Essa é a condição que permite a própria classificação da doença em termos psiquiátricos universais.

Entretanto, nem mesmo o diagnóstico psiquiátrico é definitivo. No decorrer do processo terapêutico do jovem Waiwai, podemos perceber que o diagnóstico mudou em vários momentos. A primeira interpretação realizada pelos profissionais de saúde foi a da enfermeira da CASAI que o recebeu. Ela se detém a identificar na narrativa do jovem os sintomas que podem caracterizar o tipo de transtorno mental do paciente, afirmando que o mesmo havia relado ter sido atacado por “visagens”. Ora, o indígena não afirmou ter sido “atacado por visagens”, mas sim por Jurupari, um ser da floresta. Mas, para enquadrar a experiência deste jovem nas patologias descritas na CID-10, a enfermeira precisou traduzir a narrativa waiwai de modo a descrever os sintomas em uma linguagem (bio) medicalizada.

Como o jovem Waiwai tinha dificuldade em se expressar em português, o que se configurou como uma “barreira de comunicação”, o processo de

classificação e de tradução dos sintomas em categorias universalmente válidas, que orientou o tratamento psiquiátrico prescrito, ancorou-se na descrição dos sintomas realizada pela enfermeira. No Hospital Mental de Santarém, o diagnóstico realizado pelo médico que atendeu ao paciente foi R – 45.7 (“estado de choque emocional e tensão, não especificado”). Já ao ser encaminhado para o tratamento ambulatorial na URES, outro psiquiatra que o atendeu, diagnosticou o problema do paciente como “transtorno psicótico agudo e transitório não especificado” sob o código F 23.4. Esse foi o diagnóstico que prevaleceu deste então e a partir do qual foi prescrito o tratamento para o paciente, que teve como objetivo manter o jovem sob controle: sem as alucinações e sem os espasmos tônicos-clônicos.

Ao desconsiderar o ponto de vista do paciente sobre a sua própria doença e, ao mesmo tempo, transpor as categorias psiquiátricas para classificar a sua experiência, o profissional de saúde ficou impossibilitado de compreender a lógica subjacente que orientou a conduta tanto do paciente, quanto do grupo que participou do evento e atua no gerenciamento de terapias durante os processos terapêuticos. Assim, com o uso de medicamentos psiquiátricos, o Jurupari foi contido e a narrativa cosmológica medicalizada.

As categorias psiquiátricas formuladas em nosso horizonte de tradição, ao serem transpostas para pensar fenômenos que ocorrem em outras sociedades, podem patologizar comportamentos que são socialmente reconhecidos e validados. Em relações históricas de poder e dominação, como as que existem em situações coloniais do contato entre povos indígenas e sociedade ocidental, tal como a vivenciada pelos Waiwai, essa perspectiva sustenta todo um processo de medicalização de corpos, de pessoas e de instituições sociais.

Por outro lado, a noção de pessoa que informa a práxis dos profissionais de saúde está centrada na ideia de indivíduo moderno (DUMONT, 1985) e sustentada sobre um paradigma organicista. Muito provavelmente esse pressuposto não é válido para pensar os transtornos psicopatológicos entre os Waiwai, na medida em que eles operam com uma noção de pessoa particular centrada na existência do *ekati* e nas relações mantidas com os seres espirituais que habitam o cosmos indígena, como podemos vislumbrar anteriormente. Neste caso, seria preciso considerar a trajetória biográfica deste jovem indígena em seu contexto familiar e comunitário para podermos compreender o ponto de vista Waiwai sobre o que ocorreu de fato no encontro dele com o Jurupari e os significados que informam a narrativa contada por ele.<sup>13</sup> Sem considerarmos a especificidade do episódio de

---

<sup>13</sup> Apesar de não termos disponíveis dados que permita a reconstrução da trajetória do jovem Waiwai, o acesso a tais dados é de suma importância e deverão ser coletados em futuros

doença acabamos reduzindo os eventos patológicos a uma causalidade biológica que achata o mundo e não dá conta das diversas possibilidades simbólicas e criativas do humano, comprometendo o próprio diálogo intercultural sobre o qual deve estar pautado a relação médico-paciente no contexto da saúde indígena. Sem que essas condições sejam observadas a psiquiatria pode se tornar um dispositivo do poder-saber biomédico a serviço da patologização e medicalização dos corpos e subjetividades das pessoas indígenas, bem como de colonização de comportamentos e instituições sociais.

Diante desse quadro, podemos antever sobre o perigo de se consolidar políticas de saúde mental para os povos indígenas sustentada sobre os valores psiquiátricos etnocêntricos e hegemônicos, como os apresentados por Yap (1950), e que ainda são vigentes até os dias atuais, como expressados pelo caso exemplar do jovem Waiwai. Ao transpormos as nossas categorias psiquiátricas universais por sobre o universo indígena, corremos o risco de medicalizar áreas do universo cultural do Outro que não são acessíveis a nossa compreensão de forma imediata e que por isso são classificadas como “supersticiosas”. Essa compreensão é acessível apenas por meio do diálogo intercultural e no caso aqui analisado este foi comprometido pelo processo de tradução dos sintomas narrados pelos indígenas nos termos das classificações universais de doenças.

## REFERÊNCIAS

DIAS JUNIOR, Carlos. *Entrelinhas de uma rede: entre linhas Waiwai*. 2005. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo.

\_\_\_\_\_. Trajetórias e construções sociais entre os povos Waiwai da Amazônia Setentrional. *Tellus*, Campo Grande, ano 8, n. 15, 2008.

DUMONT, Louis. *O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.

GREENE, Shane. The shaman's needle: development, shamanic agency, and intermediality in Aguaruna Lands, Peru. *American Ethnologist*, Nova Jersey, v. 25, n. 4, p. 634-658, nov. 1998.

HOWARD, Catherine. A domesticação das mercadorias: estratégias Waiwai. In: ALBERT, Bruce; RAMOS, Rita Ramos (Org.). *Pacificando o branco: cosmologias do contato no Norte-Amazônico*. São Paulo: UNESP, 2002. p. 25-60.

---

trabalhos a ser realizados com este povo indígena.



- ISA. *Povos Indígenas no Brasil*. Brasília, Instituto Socioambiental, 2005.
- KLEINMAN, Arthur. Concepts and a model for the comparison of medical system as cultural systems. *Social Science and Medicine*, Oxford, ano 12, n. 2b, p. 85-95, 1973.
- LITTLEWOOD, Roland. From categories to contexts: a decade of the new cross-cultural psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, London, n. 156, p. 308-327, 1990.
- MARTINEZ-HERNÁEZ, Angel. *What's behind the symptom?* on psychiatric observation and anthropological understanding. Netherlands, Harwood Academic Publishers, 2000.
- MAUSS, Marcel. Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a noção do 'Eu'. *Sociologia e Antropologia*, São Paulo, v. 1, p. 207-239, 1974.
- MENÉNDEZ, Eduardo. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003.
- OLIVEIRA, Leonor Valentino de. *O cristianismo evangélico entre os Waiwai: alteridade e transformação entre décadas de 1950 e 1980*. 2010. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- PEREIRA, Franz Kreüther. *Painel de lendas e mitos da Amazônia*. Belém: Academia Paraense de Letras, 2001.
- QUEIROZ, Ruben Caixeta de. A saga de Ewká: epidemias e evangelização entre os Waiwai. In: WRIGHT, Robin M. (Org.). *Transformando os Deuses: os múltiplos sentidos da conversão entre os povos indígenas no Brasil*. Campinas: UNICAMP, 1999. p. 255-284.
- SAAKE, Guilherme. O mito do Jurupari entre os Baniwa do Rio Içana. In: SHADEN, Egon. *Leituras de etnologia brasileira*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1976. p. 277-285.
- YAP, P.-M. Mental diseases peculiar to certain cultures: a survey of comparative psychiatry. In: LITTLEWOOD, R.; DEIN, Simon (Org.). *Cultural psychiatry & medical anthropology*. London: The Athlone Press, 1951. p. 179-196.
- WAWZYNIAK, João Valentin. *Assombro de olhada de bicho: uma etnografia das concepções e ações em saúde entre ribeirinhos do baixo rio Tapajós, Pará – Brasil*. 2008. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos.
- ZEA, Evelyn Schuler. Antropologia enviesada: rodeios metafóricos e traduções impróprias waiwai. In: COLÓQUIO GUIANA AMERÍNDIA: HISTÓRIA E ETNOLOGIA, 2006, Belém. Anais... Belém, 2006.