

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS IMPACTOS EM SAÚDE, NO CONTEXTO DO DESLOCAMENTO FORÇADO DE RIBEIRINHOS EM BELO MONTE

Ilana Katz (USP) Lavínia Oliveira (UNIFESP)

O Brasil tem uma significativa tradição sanitária. O protagonismo das políticas de saúde, notadamente as do SUS, como promotoras da redução das iniquidades sociais é internacionalmente reconhecido (Gadelha, 2011). Do ponto de vista da saúde de povos culturalmente diferenciados e das comunidades tradicionais que se reconhecem como tal existem várias experiências exitosas e dispositivas legais para o acesso aos serviços de saúde de qualidade e adequados às suas características socioculturais, necessidades e demandas com ênfase nas concepções e práticas da medicina tradicional.

É com esse engajamento que este grupo se propôs a analisar o panorama de saúde da população afetada pela construção da UHE de Belo Monte e propor algumas medidas de reparação.

O ponto inicial do trabalho foi a reunião realizada na SBPC no dia 11 de agosto de 2016, em que os participantes desse grupo puderam aproximar seus propósitos, articulando as disposições entre a equipe de sanitaristas do Projeto Xingu da UNIFESP e a equipe de psicólogos e psicanalistas da Clínica de Cuidado do Instituto de Psicologia da USP. Antes disso, a equipe do IP/USP havia feito duas visitas diagnósticas à Altamira (janeiro e julho /2016) e os dados ali coletados foram utilizados e discutidos neste relatório. Depois do encontro na SBPC seguiram-se encontros na sede do Projeto Xingu da UNIFESP em 1º de setembro de 2016, uma visita à Altamira realizada pela equipe da UNIFESP na segunda quinzena de setembro, que visou a retomada de contatos com técnicos da área da saúde do município e ainda uma intensa troca de e-mails e estudos entre os grupos do IPUSP e da UNIFESP. Neste mês de outubro foram feitos contatos com os técnicos de saúde de Altamira. Dentro desta dinâmica o grupo foi sendo ampliado e está envolvendo as pessoas com experiência e pertinência no trato desta questão. A despeito de uma prática arraigada do pensar e agir especializado, no conforto de

diferentes áreas de conhecimento, nos dispusemos a juntar, misturar e produzir uma visão integrada da saúde ribeirinha em Belo Monte. Este movimento está em curso. A premissa inicial desta análise é que o SUS dispõe de instrumentos jurídicos que podem contribuir para a reparação da saúde dos ribeirinhos afetados pela UHE de Belo Monte e que o Decreto 6040, de 7/2/2007, que institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais também contribui nesta direção.

Potencializar as experiências já desenvolvidas na região, dar voz e acolher os ribeirinhos e apoiar tecnicamente os profissionais de saúde locais, principalmente no que tange ao desenvolvimento de ações de educação permanente em saúde direcionadas ao trabalho com a população afetada parecem ser medidas impulsionadoras de um debate que de modo crítico e consciente deve produzir mudanças positivas e permanentes.

1. CONTEXTO

2.1 O passado

Atualmente a maioria dos moradores ribeirinhos da região de Altamira é nascida na região. Seus antepassados são oriundos do Nordeste, principalmente dos estados do Ceará, Rio Grande do Norte e Maranhão que foram atraídos para a região entre o final do século XIX e a primeira metade do século passado, para servirem de mão-de-obra para os empresários seringalistas. Com a queda do preço da borracha, o crescente desinteresse em sua comercialização e o abandono dos seringais por parte dos seringalistas, seus descendentes permaneceram na região, vivendo em pequenas comunidades ao longo dos rios, desenvolvendo um modo peculiar de viver baseado no extrativismo e na agricultura de subsistência.

A partir da década de 1970, os governos militares fomentaram a ocupação da região, com a construção das rodovias amazônicas no contexto do Plano de Integração Nacional e o incentivo e financiamento de projetos de colonização e agropecuária. O processo desordenado de ocupação regional que sucedeu a essas iniciativas não levou em consideração a economia extrativista, levando várias

famílias de ribeirinhos, antes moradores das beiradas dos rios Xingu, Riozinho do Anfrízio e Iriri, a deslocaram-se em direção ao núcleo urbano de Altamira (mais próximos da “rua”, como dizem os ribeirinhos) em busca de melhores condições de vida. Essas famílias, das RESEX e das beiradas mais próximas a Altamira guardam, possivelmente, certas relações de parentesco, corroborando o achado da pesquisadora Ana de Francesco:

“Outro ponto interessante é que a maioria das famílias mais tradicionais viveram anteriormente nos seringais do alto - Riozinho, Iriri e Xingu - conforme a borracha "fracassava" se aproximavam da cidade. Os seringais mencionados perderam sua vitalidade na década de 1980, desde então a pesca se tornou uma importante fonte de renda para estas famílias.”.

Os movimentos de vida e saúde na região se compõem em torno do rio e das famílias e assim devem ser compreendidos.

2.2 O presente

O empreendimento Usina Hidroelétrica Belo Monte detém Licença Prévia em 2010 (LP342/2010) e Licença de Instalação em 2011 (LI 795/2011). Data que marca o início das obras na região e seus consequentes efeitos sobre o território - tanto no que diz respeito ao meio ambiente físico, quanto sobre a população atingida pelos deslocamentos que se fizeram necessários para viabilizar a instalação da usina. A região começou a ser alagada no final de 2015, a partir da concessão da Licença de Operação (LO 1317/2015), ainda que as condições mínimas de reparação das perdas ambientais e aquelas sofridas pela população atingida não estivessem cumpridas.

A primeira e incontornável questão que se coloca para toda e qualquer análise de impacto no campo da saúde é bastante objetiva e profunda: as ações relativas ao campo da saúde pública no Brasil, no que diz respeito à especificidade da construção de políticas públicas de atenção e também de financiamento do Sistema Único de Saúde são reguladas pelo XII Censo Demográfico, realizado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) em 2010. Este Censo, que usou tecnologias avançadas de diagnóstico e análise pretendeu se constituir um "grande

retrato em extensão e profundidade da população brasileira e das suas características socioeconômicas e, ao mesmo tempo, na base a qual deverá se assentar todo o planejamento público e privado da próxima década" (<http://censo2010.ibge.gov.br/sobre-censo.html>).

A década referida pelo Censo 2010 é a que vivemos- entre os anos de 2010 e 2020. A região atingida pela construção da usina de Belo Monte, como referimos, absorveu os impactos transformadores do território a partir do ano seguinte à conclusão do Censo, em 2011. Esse fato tem consequências sérias e que se encadeiam em vários âmbitos da experiência humana nesta região.

É o próprio IBGE que, ao apresentar o Censo 2010 formula que trata-se de "um retrato de corpo inteiro do país com o perfil da população e as características de seus domicílios, ou seja, *ele nos diz como somos, onde estamos e como vivemos.*"(grifo nosso)

No caso específico da região que abordamos é absolutamente necessário questionar a fidedignidade desse retrato, pois trata-se de um território que sofreu impactos violentos que transformaram profundamente suas condições socioambientais principalmente nos últimos cinco anos. Estas condições abrangem transformações muito objetivas, como o aumento populacional significativo e fora da curva regular de crescimento e migração, o crescimento significativo da população urbana, a mudança da relação da população com os agentes e os dispositivos de saúde presentes no local, e transformações outras, que são vistas mais lentamente, mas que nem por isso são menos violentas, como o desencadeamento de intensa experiência de sofrimento entre os habitantes, que se tornaram *refugiados em seu próprio país*¹.

É possível antever a dificuldade inerente à articulação entre financiamento de operações e retratos de territórios realizados em um espaço de tempo de dez anos. E por esse motivo há instrumentos disponíveis a serem construídos para mitigar esses efeitos, e que podem ser utilizados com alguma segurança, na condição de que as transformações territoriais obedeçam a uma lógica padrão de acontecimento e desenvolvimento. A amplitude da transformação territorial nesta região do Xingu,

¹ A condição 'refugiados de seu próprio país' é uma expressão cunhada pela jornalista Eliane Brum para descrever a experiência da população ribeirinha no Xingu, e será discutida mais adiante neste relatório.

por sua vez, não pode ser alcançada pelos instrumentos em uso no Brasil hoje. Estava prevista para o ano de 2015 uma Contagem Populacional da região, que considera idade e sexo da população, porém, sua efetivação entrou nos cortes orçamentários do Governo Federal e não foi realizada². Essa ação seria fundamental para o planejamento efetivo das ações de saúde.

Os problemas decorrentes deste fato atravessam toda a produção deste relatório. Como acessar os dados objetivos das transformações no campo da saúde antes e depois de Belo Monte? O Censo é um instrumento que não se reduz à Contagem Populacional (que inclui apenas idade e sexo), e também ultrapassa a abrangência da Contagem Migratória, procedimento que, nas margens do Xingu, já fazia diferença significativa na análise de vários aspectos da Saúde. O Censo retrata o modo de vida, pretende informar *"como somos, onde estamos e como vivemos"*. E hoje, toda e qualquer avaliação de impacto na região atingida por Belo Monte deve se servir dos dados produzidos em 2010, mas necessita que o mesmo retrato seja feito depois da transformação violenta do território, é necessário que se use instrumentos de pesquisa que acessem as condições de vida da população no território. Nossa análise de saúde está sendo focada a partir de duas experiências centrais: aquela realizada pela equipe Clínica de Cuidado, (que entrevistou lideranças, gestores dos dispositivos e de saúde, e a população ribeirinha atingida por Belo Monte), e outra, realizada com os ribeirinhos das reservas extrativistas da região, entre os anos de 2010-13, período de início de intensas transformações. Ainda assim a análise mantém seu potencial diagnóstico justamente devido à abordagem clínico epidemiológica específica da realidade ribeirinha do sul do Pará e guarda condições bastante semelhantes a da população alvo deste estudo.

A condição de sujeito de direito foi gravemente suspensa pela desarticulação da rede de hábitos, pela destruição do cotidiano e das referências simbólicas da população ribeirinha do Xingu. O impacto social e psicológico gerado nas comunidades de moradores sem bairro, famílias sem vizinhança e pescadores sem rio é objeto e razão para a intervenção clínica e análise, sobretudo porque os

² a esse respeito ver: <http://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,apos-cortes-no-orcamento-ibge-cancela-contagem-da-populacao,1657895> e <http://odia.ig.com.br/noticia/economia/2015-03-27/ibge-cancela-contagem-da-populacao.html>

impactos em saúde mental não foram sequer mencionados nas condicionantes de instalação do empreendimento, mas, ao contrário do que lhes foi possível antever, os impactos de saúde são articulados à experiência psíquica, e esta, por sua vez, condiciona toda a experiência de pertencimento e engajamento à nova condição do território.

É fundamental considerar ainda que o Plano Estadual de Saúde do Pará (PES 2012-2015), documento oficial que se constituiu no período de instalação da UHE Belo Monte, e traça as diretrizes da saúde para o Estado no período designado, ao apontar para os Determinantes Sociais da Saúde situa o impacto ambiental da hidrelétrica de Belo Monte nesse espectro. O primeiro e extenso capítulo do PES (2012-2015) discorre sobre as relações dos homens com o ambiente e os efeitos do impacto de implementação da usina. Citamos o texto oficial: “Os benefícios econômicos do potencial energético da Amazônia superam no jogo político e na tomada de decisões os custos sociais e ambientais. Assim os grandes projetos ao mesmo tempo em que contribuem para o avanço e reprodução de diversos capitais que degradam o meio ambiente e impactam direta ou indiretamente a população da região”. Nesse sentido Lemos (2004) assinala, no mesmo relatório, que “a abundância de recursos hidro energéticos na Amazônia converteu-se em 'uma maldição' para a sua população, já que a exploração desses recursos em nome do progresso vem, ao longo dos anos, transformando-se em geradora e reprodutora de pobreza.”.

De acordo com a compreensão de Saúde que está presente na Constituição Federal para a instituição do Sistema Único de Saúde, o SUS, saúde não é o oposto de doença, de enfermidade. **Saúde é condição de vida.**

“Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Parágrafo único. **Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à**

coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (lei 8080/1990/ Art. 3º Grifo nosso)".

Nesse sentido, **o impacto ambiental de Belo Monte é um problema de Saúde Pública.** O impacto que se expressa sobretudo na experiência comunitária e na relação do sujeito com o território que habita é um problema de Saúde Mental, que deve ser compreendida no âmbito psicossocial.

O cuidado com a experiência de sofrimento dessa população está negligenciado no território. Não é, e nunca foi, uma preocupação da empresa Norte Energia e, se é preocupação da gestão local de saúde, esta não conta com equipamento e equipe adequada e suficiente para gerir a atenção. É o que relata o secretário de saúde³ do município, Valdecir Maia, na gestão desde 2013.

QUADRO SANITÁRIO E PROJEÇÕES SOBRE O PERFIL DE SAÚDE DOENÇA

Obtenção dos dados

Dada à dificuldade do grupo do Projeto Xingu/Unifesp desenvolver neste momento uma pesquisa de campo optamos por revisitar os achados a respeito do perfil epidemiológico encontrado por nós quando avaliamos as condições de saúde dos moradores das RESEX do Xingu, Iriri e Riozinho do Anfrízio, entre 2010 e 2013, inferindo que aquele perfil identificado guarda relação com os atuais moradores da área em questão.

Procurou-se fazer atualizações das informações de saúde pela web, sabendo-se de antemão da precariedade e desatualização desta via. Outro aspecto que valorizamos no delineamento deste quadro de saúde foi o contato e informações obtidas com a Sra. Gracinda Lima Guimarães ex- secretária municipal de saúde de Altamira e com o enfermeiro Ney Carvalho Silva, técnico da Secretaria Municipal que tem ampla experiência no atendimento aos ribeirinhos na região.

As questões da saúde mental, traduzidas no sofrimento psíquico e que estão sendo trabalhadas na Clínica de Cuidado são pano de fundo a toda questão da saúde. Seu detalhamento encontra-se no item dois. É importante destacar que esses quadros se sobrepõem e compõem juntos o panorama da saúde local.

³ em entrevista a equipe Clínica de Cuidado em janeiro de 2016.

Dados populacionais, estrutura e organização do SUS Municipal e Regional

O município de Altamira, com 159.695.938 km² de área, é o maior município do mundo em extensão territorial. Está localizado no estado do Pará, a 740 quilômetros de Belém e 458 quilômetros de Marabá. Altamira tem seu vasto território cortado de norte a sul pelo rio Xingu. Os dados censitários e de saúde aqui reunidos sofrem das distorções já mencionadas, mas optamos por utilizá-los criticamente, a fim de oferecer alguns subsídios para o diagnóstico da saúde local.

A população de Altamira estimada em 2016 é de 109.938 habitantes, sendo a densidade demográfica de 0.62 habitantes/km² (IBGE estimativa para 2016). Seu índice de desenvolvimento humano médio (IDHM) é de 0.665, ocupando a 2776ª posição entre os 5565 municípios brasileiros. A dimensão que mais contribuiu nesta composição é a longevidade, seguida da renda e finalmente da educação. No entanto, em termos absolutos, a dimensão de maior peso foi a educação. Neste setor, fica evidente a ampliação do acesso ao ensino para a população mais jovem, porém há uma grande inércia na composição dos dados relativos a educação dos adultos, o que compromete o todo, a despeito dos grandes avanços. A população universitária de 18 a 24 anos passou de 0.11% em 1991 para 6.54% em 2010, refletindo a dinâmica de uma intensa “urbanização”. O número de adultos com ensino superior completo passou de 5.9% a 11,2% no mesmo período. Mas o índice de analfabetos em 2010 continuava alto, abrangendo 16.04% da população.

Entre 2000 e 2010 a população cresceu a uma taxa de 2.49%, para 1.17% no Brasil como um todo. A taxa de urbanização passou de 80.43 para 84.88 na última década. A taxa de envelhecimento (população com 65 anos e mais) passou de 4.83 em 2000 para 7.36 em 2010. A esperança de vida ao nascer é de 73.6 anos, consonante com a média nacional. A razão de dependência, que verifica os menores de 15 e maiores de 65 anos diminuiu de 64.22 em 2000 para 53.8 em 2010, indicando que o número de crianças foi reduzido.

As taxas de fecundidade também reduziram-se expressivamente, acompanhando a

média nacional: de 5,0 em 1991 para 2,4 em 2010.

Já a mortalidade infantil passou de 27.6/0000 para 17.2/0000 na última década, estando de acordo com a média nacional. A mortalidade infantil até os 5 anos reduziu de 64,5/0000 em 1991 para 18.6/0000 em 2010, o que pode demonstrar facilidade no acesso aos serviços de saúde.

De acordo com o IBGE em 2010, a população economicamente ativa era de 68%. Dos inativos constavam 25.7% e 6.4% estavam desocupados. As condições de trabalho e renda modificaram-se bastante nos últimos anos, sendo necessária uma investigação atual para precisar um quadro.

O índice de Gini, usado para medir a concentração de renda e as diferenças entre os mais pobres e os mais ricos é de 0.56, sendo que o mais próximo de 0 evidencia igualdade absoluta e o mais próximo de 1 demonstra desigualdade extrema.

É interessante notar que mesmo em um município com as dimensões de um país, prevalece a lógica municipalista e urbana para os serviços prestados e a atenção da saúde como um todo e com ênfase aos serviços de medicina especializada. Será imprescindível nesta investigação discutir o modelo de atenção à saúde a ser adotado, tendo como referência os indicadores de saúde e o contexto sócio cultural da intervenção.

Dados sobre a oferta de serviços de saúde

O município de Altamira é vinculado ao SUS na forma de Gestão Plena da Atenção Básica. Tem implantados o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Programa de Saúde da Família (PSF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB), conforme o quadro:

Quadro 1. Programas relacionados à atenção básica à saúde existentes em Altamira/PA, comparativo de dezembro de 2009 e dezembro de 2014.

Modalidade de atenção	% da população coberta	% cobertura pré-natal	média mensal de visitas por família
-----------------------	------------------------	-----------------------	-------------------------------------

	2009 e 2014	2009 e 2014	2009 e 2014
PACS	13.1 74	65.8 ND	0.08 0.6
PSF	50.9 62	85.6 ND	0.1 0.7
ESB	ND	ND	ND

Fonte: SIAB: Situação da base de dados nacional em 22/02/2010, em Cadernos de Saúde MS e site www.indicadoresbelomonte.org.br/saude. Consulta em 22/10/2016.

O quantitativo de profissionais de saúde atuantes na região, se comparados com a realidade da região Norte, estão em condições mais favoráveis, mas ainda deixam a desejar. O número de médicos por mil habitantes é de 1.83, sendo a média nacional de 3,1(dados do IPEA, 2009). Porém a média da região Norte é bastante inferior, de 0.8/0000 habitantes. No território nacional como um todo, nesta época, 29% dos municípios perfazia menos de um médico por habitante, ou seja, não possuíam atendimento médico regular. Na Amazônia esse número chega a 69%.

Quanto aos profissionais de enfermagem, a recomendação da OMS é de 1:500 habitantes, preferencialmente enfermeiros. No caso de Altamira os profissionais de enfermagem totalizam 426, compondo a proporção de 1:1937 habitantes. Para além do déficit quantitativo, deve-se refletir sobre o modelo de atenção e a qualidade do trabalho desses profissionais. Mesmo no maior município do mundo a dispersão dos profissionais é muito baixa. Eles se concentram nos hospitais da região central, praticando um modelo de saúde médico centrado e especializado, sendo a atenção básica, onde os ribeirinhos seriam contemplados, muito precária. São poucos os investimentos na formação dos profissionais técnicos e agentes comunitários de saúde, potenciais trabalhadores das comunidades ribeirinhas e a elas vinculados socialmente.

Quadro 2- Profissionais de saúde atuantes em Altamira, PA. Dezembro de 2015.

Profissional	Quantitativo
Médicos	59
Enfermeiros	43
Odontólogos	19
Fisioterapeutas	9
Bioquímicos	4
Nutricionistas	3
Psicólogos	6
Técnico de saúde bucal	1
Técnico de radiologia	6
Veterinário	1
Auxiliar de enfermagem	14
Técnicos de enfermagem	383
ACS	135
TOTAL	682

Fonte: www.indicadoresbelomonte.org.br. Consulta em 16/10/16.

Quadro 3. Estabelecimentos Públicos de Saúde em Altamira, abril de 2010 e dezembro de 2015.

Tipo de estabelecimento	2010	2015
Central de Regulação de Serviços de Saúde	1	1
Centro de Atenção Psicossocial	2	2
Centro de Apoio a Saúde da Família	2	2
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	12	16
Clinica Especializada/Ambulatório Especializado	3	5
Farmácia Medic Excepcional e Prog Farmácia Popular	1	0
Hospital Geral	2	5

Unidade Mista Hospitalar	-	1
Posto de Saúde	20	15
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	2	2
Unidade de Vigilância em Saúde	1	1
Unidade Móvel Terrestre	1	0
Total	47	16

Fonte: CNES, abril de 2010 e blogbelomonte.com.br, consulta em outubro de 2016.

Existem dois hospitais públicos: o Hospital Municipal São Rafael, de gestão dupla (estadual e municipal) que funciona em uma antiga unidade da Fundação SESP, e o Hospital Regional Público da Transamazônica, de gestão estadual, terceirizada com uma Organização Social (OS) do Estado do Pará (PRO SAUDE, Decreto Estadual nº 1.838/05 – Lei 5.980/96 e Lei 773/05).

Os dois hospitais atendem a demanda espontânea porém o acesso ao Hospital Regional é controlado pela Central de Regulação da Secretaria de Estado da Saúde do Pará (SESPA), o que limita o acesso a determinados procedimentos desde que disponíveis em outros serviços da rede municipal.

Em 2010 foi inaugurada a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Altamira, serviço estadual de pronto atendimento e internação breve (24 horas). Esta unidade ainda não tinha equipe completa e estava em fase de estruturação. Infelizmente não obtivemos informações atualizadas sobre este serviço.

Existem ainda dois hospitais privados conveniados ao SUS, o Hospital de Clínicas de Altamira e o Hospital Santo Agostinho, e outros dois hospitais privados que não atendem ao SUS.

Quadro 4. Oferta de serviços públicos de saúde de média e alta complexidade, Altamira/PA, abril de 2010.

Nome	Administração	At. Ambulatório	SADT	Leitos SUS	Leitos SUS UTI
Hospital Municipal São Rafael	Município/Estado	sim	sim	87	0
Hospital Regional Público da Transamazônica	Estado	sim	sim	118*	20
Hospital de Clínicas de Altamira	Privado conveniado	sim	sim	79	0
Hospital Santo Agostinho	Privado conveniado	sim	não	86	0
Total Leitos				370	20

Fonte: CNES, abril de 2010.

* Leitos de referência para a região, regulados pela central de regulação da SESP em Altamira

As referências internacionais sobre a disponibilidade de leitos preconizam a oferta de 3 a 5 por mil habitantes. No ano de 2014, havia 3,17 leitos/habitantes, próximo do mínimo recomendado sendo que o acesso à internação é muito difícil. Cabe assinalar que houve uma evolução significativa do número de leitos públicos, se comparados os anos de: 2205- 171; 2010- 3030 e 2014- 346.

Os atendimentos especializados estão concentrados no Hospital Regional, que oferece as seguintes especialidades médicas:

- Cirurgia Vascular
- Atenção ao pré-natal, parto e nascimento
- Cirurgia reparadora
- Anatomia Patológica e Citopatologia
- Diagnóstico por Imagem (incluindo tomografia computadorizada)

- Laboratório Clínico
- Métodos Gráficos
- Endoscopia
- Fisioterapia
- Hemoterapia
- Nefrologia
- Urologia
- Suporte Nutricional
- Traumatologia e Ortopedia
- Urgências e Emergências
- Videolaparoscopia

Ao analisarmos a estrutura dos serviços públicos de saúde de Altamira, nos deparamos com o modelo, que se repete em várias regiões do país, caracterizado por uma maior oferta de serviços médicos hospitalares. Isso fica evidente ao compararmos a disponibilidade de leitos hospitalares, exames subsidiários e especialidades médicas com a baixa cobertura de serviços de atenção básica e promoção da saúde (quadros 1 e 2).

Nesse modelo, os ribeirinhos, quando em Altamira, são atendidos pela rede pública de serviços de saúde, especialmente por serviços hospitalares e de pronto atendimento. Segundo os técnicos da SESMA, busca-se agilizar os procedimentos para encurtar o período de permanência em Altamira.⁴ Durante o tratamento ficam hospedados na casa de conhecidos e parentes. Existem ainda duas “casas de apoio” uma da Resex Riozinho do Anfrízio e outra do Iriri. Essas casas são muito precárias, especialmente a do Iriri. Certamente, em várias ocasiões, transformam-se em locais de transmissão de doenças.

⁴ . A Secretaria Municipal de Saúde de Altamira dando continuidade à assistência, vem garantindo o acesso aos serviços de saúde para os moradores das comunidades que se encontram na sede do município, em ocasiões aonde estes vêm à cidade e têm total prioridade para a realização de consultas, exames laboratoriais e exames diagnósticos como ultrassonografia e raio-X e fornecimento de medicações. **Relatório do Comando de Saúde, SESMA, 2007.**

A necessidade de casas de apoio para população ribeirinha e indígena quando sua presença nas cidades deve ser incluída no momento de saúde. É essa a realidade das duas populações, cujo perfil epidemiológico é semelhante e característico de populações em situação de exclusão social, com pouco acesso a serviços de saúde e saneamento, vivendo em áreas de transmissão de doenças endêmicas como a malária e a leishmaniose que se relacionam ao lugar e à forma de viver das pessoas. Somam-se a isso a ausência de saneamento, doenças infecciosas e parasitárias e a coexistência com doenças crônicas não transmissíveis, desnutrição infantil e uso abusivo de bebidas alcoólicas e outras drogas.

Seu acesso aos serviços de saúde continua limitado a ações campanhistas em área, esporádicas e descontínuas. O modelo de atendimento prevalente em Altamira é o chamado do tipo “queixa-conduta”, altamente medicalizante, pouco resolutivo e pouco eficaz no que se refere ao controle das principais doenças que afetam a população.

A população ribeirinha como um todo é uma população bastante jovem. Metade das pessoas tem menos de 15 anos de idade e apenas 10% da população tem mais de 50 anos de idade. Mesmo sem dados disponíveis sobre a mortalidade nas Resex e população rural, a estrutura etária da população indica altas taxas de fecundidade, situação diferente da área urbana do município, e as entrevistas com os moradores sugerem alta mortalidade infantil e em maiores de 50 anos de idade. A quase totalidade das mulheres entrevistadas haviam perdido pelo menos um filho. As causas mais comuns foram as febres, pneumonias e as diarreias. Entre os adultos, várias pessoas citaram a perda de parentes por “derrame cerebral” o que é compatível com as altas taxas de hipertensão arterial encontradas.

Vale ressaltar que nenhum dos hipertensos ou diabéticos examinados, mesmo sabendo serem portadores das doenças, desconheciam os cuidados mínimos necessários para seu controle e a maioria, quando usam alguma medicação, o fazem de forma irregular, ficando vários períodos sem medicamentos e mesmo diminuindo a posologia por conta própria *“para o remédio durar mais, pois aqui é muito difícil de*

se conseguir medicamentos". Nenhum deles estava sendo acompanhado regularmente por qualquer profissional ou serviço de saúde.

Outro aspecto que deve ser analisado em profundidade é a segurança alimentar destas famílias tendo em vista a perda de seu território de plantio, caça e pesca, além dos pomares, hortas e plantas medicinais. Esta questão está profundamente relacionada à saúde e à doença, tanto para a desnutrição como para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis.

Podemos concluir que o quadro epidemiológico encontrado demanda cuidados e intervenções na esfera da atenção básica. Tem alguns de seus determinantes no modo de viver das pessoas e na dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Na maioria das vezes são doenças e condições crônicas que demandam acompanhamento adequado, mudança de hábitos, segurança alimentar, saneamento ambiental e acesso à informação.

Para além do quadro epidemiológico que caracteriza a população ribeirinha antes da instalação da hidrelétrica, somam-se agravos de outra ordem que dizem respeito à mudança no modo de viver, à insegurança alimentar, à falta de saneamento básico, ao sofrimento psíquico, gerando adoecimento. Para dimensionar este novo cenário e perfil epidemiológico será necessário um diagnóstico participativo a ser proposto ao final deste relatório.

Para garantir acesso ao SUS, obedecendo a seus princípios de universalidade, integralidade e particularmente de equidade, é preciso pensar em uma organização de serviços diferenciada, que reconheça as especificidades socioculturais dos moradores da região, seu perfil epidemiológico, sua territorialidade, dispersão populacional e dificuldades de acesso a serviços de saúde.

Essa organização deve partir do pressuposto que os serviços de atenção básica à saúde devem ser interiorizados, estarem presentes nas comunidades e constituídos como parte de uma rede de atenção e linha de cuidados, adaptando-se as estratégias bem sucedidas dos programas de agentes comunitários de saúde e de saúde da família, incluindo os cuidados de saúde mental. O (re)conhecimento dos

ribeirinhos quando da sua presença nos serviços municipais e indo mais além, conhecer os itinerários terapêuticos que percorrem são aspectos importantes e que devem ser debatidos com os participantes desta ação.

O SOFRIMENTO PSÍQUICO COMO CATEGORIA DE ANÁLISE

A violência cometida na instalação da hidrelétrica constituiu uma experiência traumática no campo do sujeito. Porém, a tomada do trauma como síndrome/transtorno produz outra violência: a patologização da experiência que "fratura a compreensão do traumático, alienando-o no sujeito psicologicamente particularizado, circunscrevendo-o em torno de seus sintomas e de seus tratamentos" (ENDO, 2013, p. 44). O sujeito, nessa condição, é tomado fora da contingência que o determina, fica desarticulado de todo o seu contexto e da sua pertinência social e simbólica.

O processo de produção de diagnósticos psiquiátricos (depressão, ansiedade, estresse, além de desencadeamentos psicóticos) e de clínica geral (Acidentes Vasculares Cerebrais, cardiopatias, hipertensão) realizado em torno da experiência de Belo Monte adquire uma conotação política, com um contorno bastante específico.

Este pode ser usado para desresponsabilizar o sujeito e desimplicar o Estado na construção de um modo específico de adoecer. Como formulou Dunker (2015, p.33), o diagnóstico assume a propriedade de ser um meio de determinação e reconhecimento do sujeito. Isso pode legitimar afirmações problemáticas que recolhemos em nosso estudo piloto em Altamira, tais como: *"Seu João não sofre os efeitos da perda do seu modo de vida, ele é psicótico"*; *"Dona Antônia não sofre por ter se separado de toda a comunidade, ela é cardíaca, ou está deprimida"*. É desta maneira que os sintomas de cada um adquirem reconhecimento social e lhes conferem um lugar, mas, no mesmo movimento discursivo, aliviam as responsabilidades do Estado e da Empresa na constituição do cenário em que o adoecimento dos corpos acontece.

A eliminação da complexidade etiológica na constituição das modalidades de sofrimento de uma época é um processo ideológico relevante, que "cumpr

função decisiva de neutralizar o potencial crítico que os sintomas psicológicos trazem para a compreensão de determinado estado social". (DUNKER. 2015, p.35)

Esclarecemos ainda que a categoria "Transtorno do estresse pós traumático" descrita pelo Manual de Psiquiatria (DSM-V), ou mesmo a categoria do "Transtorno de ajustamento", são insuficientes para calcular a experiência de sofrimento nas margens do Xingu.

Endo (2013), psicanalista e professor do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, corrobora essa ideia ao afirmar que: "Em muitos sentidos, a nosografia psiquiátrica propõe o oposto do que se formula nas investigações sobre a memória no campo das humanidades, isso porque sua "sindromização" permitiu um uso do conceito de trauma que abre o caminho para a individualização, a patologização e a judicialização da experiência do trauma como doença mental e, conseqüentemente, propôs formas de atenção e tratamento que tendem ou, ao menos, suportam ignorar a situação social e política que engendra a situação traumática, e a reproduz (ENDO, 2013, p.44)".

A proposição da categoria SOFRIMENTO PSÍQUICO para analisar a experiência dos ribeirinhos atingidos por Belo Monte visa ampliar a possibilidade de cuidado e tratamento, incluindo em seu espectro toda a experiência de sofrer. Entende-se que a desarticulação do sujeito da contingência reguladora da sua experiência é um ato violento de desimplicação social. O modo de compreender o que está em jogo no adoecimento condiciona o modo de tratar, e a conseqüente proposição da ordenação simbólica do espaço público.

O sofrimento psíquico se articula etiologicamente tanto a constituição do adoecimento do corpo, quanto aos processos melancólicos, que, se não obedecem aos critérios para diagnóstico do Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) ou não configuram quadros classificáveis como depressões pelo manual de psiquiatria, devem ser tratados e contornados em experiências amparadas de luto para conter os desencadeamentos sintomáticos, que são as doenças de expressão notadamente corporal.

SOFRIMENTO E OS REFUGIADOS EM SEU PRÓPRIO PAÍS

Os refugiados de Belo Monte foram arrancados do mundo ao qual

pertenciam e lançados em territórios aos quais não reconhecem nem se reconhecem. A maioria recebeu indenizações e cartas de crédito, cujo valor não lhes permitia recompor a vida. Uma parcela menor foi confinada em unidades padronizadas de conjuntos urbanos distantes de sua cultura, com os laços de vizinhança e de afeto fragmentados. Acompanhando a história desse procedimento verificamos que **a experiência comunitária, instituidora de processos identificatórios e vinculantes para o sujeito, nesse território, foi propositalmente desarmada.** As negociações com a população ribeirinha foram conduzidas individualmente, em procedimento decidido da concessionária Norte Energia para desfazer e desmobilizar os laços comunitários, potencial fonte de resistência e solidariedade entre os *atingidos*.,

O filósofo da comunicação e pensador da cultura Vilém Flusser, em '*Habitar a casa na apatridade*' (2007), apresenta a ideia de pátria para além dos limites geográficos. Para ele, a pátria é uma rede de ligações comuns, que podem ser impostas pelo nascimento em um determinado território, mas também podem se constituir por laços de amizade e amor eleitos em uma experiência de liberdade em relação ao acontecimento biológico (2007, p.302-3).

Nesse sentido, **a população ribeirinha de Belo Monte foi expatriada.** Seus hábitos e suas redes relacionais foram destruídos, mesmo que tenham continuado a viver na mesma cidade, seu contorno cultural foi ameaçado e violado.

É também a partir desta proposição que usamos o termo '*refugiados em seu próprio país*', para referirmo-nos aos ribeirinhos do Xingu atingidos por Belo Monte.

A ACNUR, agência da ONU para refugiados, entende que "Os **refugiados** são pessoas que escaparam de conflitos armados ou perseguições. Com frequência, sua situação é tão perigosa e intolerável que devem cruzar fronteiras internacionais para buscar segurança nos países mais próximos, e então se tornarem um 'refugiado' reconhecido internacionalmente, com o acesso à assistência dos Estados, do ACNUR e de outras organizações. São reconhecidos como tal, precisamente porque é muito perigoso para eles voltar ao seu país e necessitam de um asilo em algum outro lugar."(<http://www.acnur.org/portugues/noticias/noticia/refugiado-ou-migrante-o-a-cnur-incentiva-a-usar-o-termo-correto/>).

Nesta pesquisa, o termo *refugiado* se faz acompanhar de um predicado: "refugiados em seu próprio país" para marcar a diferença de que, mesmo permanecendo sobre o mesmo solo, sem cruzar fronteira geográfica, a experiência de pátria foi corrompida para essas pessoas, num vasto processo de **violação de direitos**, que opera desconfigurações importantes do campo simbólico. **É a fronteira da cultura, do território simbólico, que é atravessada aqui.** É esta a violência em curso: uma população tradicional não tem mais acesso às condições que garantem o exercício de seu modo de vida. E para estas pessoas, 'refugiadas em seu próprio país', o direito internacional não veio -ainda- em seu socorro.

É novamente Flusser que faz uma diferença e uma articulação entre os termos pátria e moradia, e que nos auxilia na leitura dos acontecimentos com esta população.

"em geral, considera-se a pátria como um ponto de referência relativamente permanente e a habitação como um ponto de referência mutável, apto a ser migrado. O oposto disso é correto: pode-se mudar de pátria, ou simplesmente não tê-la, mas é sempre preciso morar, não importa onde. Os mendigos parisienses moram sob pontes, os ciganos, em cavernas, os agricultores brasileiros em cabanas, e por mais horrível que isso possa soar, morou-se também em Auschwitz. Pois, sem moradia, literalmente, morre-se. **Esse morrer pode ser formulado de diversos modos, mas o formulemos do modo menos emocional possível: sem habitação, sem proteção para o habitual e o costumaz, tudo o que chega até nós é ruído, nada é informação e, em um mundo sem informações, no caos, não se pode nem sentir, nem pensar, nem agir.**" (FLUSSER, 2007, p.309)

Os atingidos por Belo Monte sofreram drásticas alterações sobre isso que se chama o costume e o hábito: é de seu modo de vida que se trata aqui. **Tudo aquilo que fazia a proteção para o habitual foi retirado:** a casa, os laços de vizinhança, as atividades de sustento. Não há mais território subjetivado.

TRAUMA E SOFRIMENTO PSÍQUICO

A população ribeirinha atingida pela instalação da UHE de BELO MONTE sofre impactos nas mais diversas ordens da experiência humana. O modo de execução do processo de remoção produziu efeitos catastróficos: vitimadas pelo impacto, adoecem e recebem diagnósticos médicos de doenças físicas e de *transtornos* psiquiátricos. **Como não entra em jogo a relação entre o adoecimento e o sofrimento psíquico presente em sua causa, esta população segue sem a necessária oferta do tratamento ao sofrimento e ao mal-estar sentido**, e como se pode facilmente deduzir, os processos de adoecimento do corpo persistem.

Nas duas incursões pelo território que a equipe 'Clínica de Cuidado' realizou, em janeiro e em julho de 2016, constatou-se, em todas as entrevistas realizadas com a população atingida, que eles, os atingidos por Belo Monte, operam uma **articulação temporal entre os processos de expulsão da casa e perda dos vínculos comunitários e o adoecimento com sintomas de expressão corporal, tais como as hipertensões e cardiopatias, além de quadros referidos a sintomas de expressão psíquica, como as depressões.**

A contiguidade temporal entre esses acontecimentos, presente no discurso dos ribeirinhos, nos fez levantar a hipótese clínica de que os efeitos psíquicos referidos a experiência dos atingidos por Belo Monte (a perda da casa e da destruição da rede de hábitos) configuram para muitos o que se chama de trauma psíquico.

A noção de trauma que atravessa este relatório é aquela proposta pela Psicanálise e implica um acontecimento que excede a capacidade de elaboração simbólica da experiência pelo sujeito. Um acontecimento que não alcança contorno e assume um caráter repetitivo vivido como eternamente presente. Não "vira memória", insiste como repetição (Birman, 2014; Endo, 2013). E, exatamente por esse caráter de acontecimento eternamente presente, impede o sujeito de se engajar e investir em novos e outros objetos que sustentem a consecução de sua vida.

O processo traumático impede o sujeito de investir energia no devir da vida, regula toda a sua economia psíquica e com isso mantém suas possibilidades circunscritas nos limites do próprio trauma. É por esse motivo que, **ao não se**

considerar os danos em saúde mental, se impõe aos *atingidos* uma saída muito pouco efetiva em termos de recuperação e reparação. O desamparo insiste. Os efeitos traumáticos devem ser tratados no âmbito da saúde mental para que os ribeirinhos construam disposições de investimento de energia psíquica na nova configuração de sua vida, no presente, e no futuro.

FORMAS E NOMES DO SOFRIMENTO

O material que se segue apresenta a leitura clínica do sofrimento nomeado em termos próprios pelos ribeirinhos atingidos por Belo Monte que entrevistamos em duas incursões ao território, nos meses de janeiro e julho de 2016. Por entendermos que a nomeação do sofrimento é uma experiência subjetiva e subjetivante as entrevistas realizadas respeitaram esta prerrogativa e toda a significação ficou do lado de quem fala.

a) PERDER A CASA

O impacto na rede de hábitos, na palavra dos ribeirinhos, aparece entorno das formulações sobre a casa. Um morador nos explica: "aqui na Amazônia a casa é sempre da família. Podem imaginar o que é não poder receber a sua família? Ter que dizer pro seu pai que não tem lugar pra ele na sua casa?"

A casa, para essa população tradicional é uma ideia muito mais ampla do que a que se experimenta em outras organizações culturais. A casa se abre numa ampla experiência com o território, que inclui a floresta e o rio. A casa inclui ainda a vizinhança, os laços comunitários, o trabalho, a produção do alimento e a possibilidade de acolhida da família que não habite o mesmo território ou que eventualmente cresça com o casamento dos filhos. A casa é o território em que se organiza o hábito, onde o ribeirinho se veste de suas identificações que instituem pertencimento.

Há ainda algo bastante particular que caracteriza a rede de hábitos dessa população: a casa se abre em um registro de dupla moradia, uma "na rua"- que é usada como apoio na cidade, e outra na ilha, ou nas margens do rio, onde se vive e de onde se retira o sustento.

Sempre que um ribeirinho falou-nos sobre a perda da casa foi possível escutar que ele referia a bem mais do que aquilo que nós, numa outra cultura, referimos como casa. Era bem mais do que um lugar de morar. A rede de hábitos em torno da experiência da casa é o contorno de sua estrutura simbólica, sua referência de pertencimento. Neste sentido, as expressões "perda da casa", "expulsão de casa", e outras, configuram um nome do sofrimento comum a todos aqueles que tiveram que sair de casa, e que refere a esse desordenamento bastante complexo do campo de inscrição simbólica do sujeito.

Um ribeirinho, já assentado, refere a perda da sua casa fazendo alusão a todo o seu circuito comunitário, que contou como perda: "Queria ter ido todo mundo pro mesmo local. Queria sair no grupo"

b) SOU UM PESCADOR SEM RIO

Homens e mulheres ribeirinhos apontam para a relação com o rio como orientadora da sua pertinência à comunidade. A atividade de sustento dessas pessoas se fez em torno do rio, de lá tiram o alimento e ali se organizam coletivamente. É também na relação com o rio que vivem sua experiência de saber. Um ribeirinho nos diz textualmente a esse respeito: "Eu sou sabido [sobre o rio e a pesca], eu tenho meu saber", para completar aludindo a sua impossibilidade de viver "na rua" [cidade] porque ali não tem recursos (de conhecimento e de saber, recursos simbólicos) para situar-se: "Achei que tinha vencido na vida. Eu tinha pra ajudar, hoje é o contrário. Como vou recomeçar? Eu não vejo pra onde vou..."

A condição identitária, fundamental para que um possa se apresentar diante de outro, fica profundamente abalada quando um sujeito não tem acesso a um saber próprio (subjetivado) para usar na sua relação com o mundo que o cerca.

A experiência em torno do sustento também depende do rio. E esta é um elemento fundamental da constituição identitária nesta comunidade.

c) PERDIDOS

Os ribeirinhos entrevistados acusam a sensação de estarem "perdidos": "Tem sempre [gente] doente, é consequência da desorientação". Perdidos é um significante que se usa para nomear a situação do ribeirinho seja por ele mesmo,

seja pelos os agentes sociais que com eles se relacionam. É um termo que se abre em duas vertentes: perdido em relação a origem e também em relação ao futuro. Os atingidos, expulsos de suas terras e de suas casas, ao perderem o modo de vida, não tem mais para onde voltar. Sua casa (na extensão aqui apontada) não existe mais. Os atingidos também não tem recursos para organizarem-se na nova configuração da vida que se lhes apresenta: eles não tem para onde ir.

d) A GENTE NÃO SABIA: DESINFORMAÇÃO.

Do ponto de vista do ribeirinho, a empresa não oferece informações suficientes para que a população atingida conheça o cenário da negociação. Lembrando aqui que, neste caso, informação seria o que permitisse ao ribeirinho situar-se no novo cenário, mesmo que este seja o da negociação. Informação não é elencar dados e palavras que não tornem o conhecimento compartilhável ou que **conduzam exclusivamente a processos alienantes.**

A desinformação faz referência tanto ao campo de direitos quanto ao domínio da própria vida. Os ribeirinhos foram conduzidos a negociar com a empresa sem nenhum mediador que não fosse um enviado da própria empresa. A Defensoria Pública, como é de conhecimento de todos, só chegou em Altamira em 2015, quando a maior parte dos direitos já estava violada.

Então, quando um ribeirinho diz que não sabe o que estava escrito no papel que assinou, isso quer dizer bem mais do que a referência a sua condição de analfabeto. Eles não conhecem as condições de negociação e nem participaram da escolha da área de reassentamento, ou são informados da data de seu realojamento. Não há acesso a qualquer recurso que os tire da sensação de **injustiça**, entendem que estão sendo roubados/violados, mas não conhecem, não estão informados sobre os recursos de resistência e contestação que o Estado deveria lhes oferecer.

e) VIOLÊNCIA

Os ribeirinhos que passaram a viver na cidade acusam os impactos da violência urbana: assaltos, assassinatos e violência contra as mulheres.

É digno de nota que todos os entrevistados tenham referido a percepção do aumento da violência como **fator decisivo para o encurtamento das experiências comunitárias**. O medo, nome de sofrimento referido a violência, passou a fazer parte das relações de vizinhança, pois o desconhecimento do semelhante somado a uma nova configuração territorial deixou o ribeirão desprovido de traços de reconhecimento a partir dos quais articular o convívio.

A presença dos *barrageiros*, trabalhadores da construção civil que estão no Xingu para a construção da usina, também é apontada como fator de aumento da violência e sobretudo da violência contra as mulheres.

f) AS DROGAS

Os entrevistados acusam a percepção de aumento significativo de consumo e de tráfico de drogas, sobretudo o crack, e que isso afeta principalmente o jovem, em situação de extrema pobreza, que não sabe se situar na nova experiência de cidade. A relação com o tráfico repete aqui sua expressão mais violenta, que é o aumento significativo de assassinato de jovens.

g) BEBIDA

O álcool -"a bebida"- é também citado pelos entrevistados como uma tentativa de lidar com o sofrimento relacionado as perdas vividas, mas muitos também referem ao alcoolismo próprio ou de familiares como um modo de sofrer em si mesmo. "Nossa vida foi esartejada (...) A gente começou a beber pra conseguir dormir"

h) OS DIREITOS

Direitos na expressão dos ribeirinhos atingidos por Belo Monte faz referência aquilo que deveria estar garantido e legitimado legalmente, mas não está. No Xingu, a população atingida pela instalação da usina de Belo Monte não acessa os direitos civis que sua condição de cidadão brasileiro deveria lhe garantir. Os ribeirinhos entrevistados referem o entendimento de que a Norte Energia propõe que esses direitos seriam fruto de uma negociação bem conduzida, nos termos que consideram adequados a seus propósitos.

Diante da vista da barragem um 'pescador sem rio', que faz parte da colônia de pescadores do Xingu, conta a história da perda dos direitos e nos deixa ver a estratégia da desarticulação das comunidades organizadas. Ele fala sobre as negociações com a Norte Energia: "Eles disseram que os primeiros que foram lá conversar, nosso presidente [da associação de pescadores] chegou pra brigar e é por isso que perdemos tudo. Se eles tivesse ido conversando aí tinha muito mais direitos". Fica clara a estratégia da empresa de dividir os grupos, desfazer os movimentos, particularizar as negociações. Isso vai se confirmar em todos os outros depoimentos de Atingidos que escutamos. Mas, se direitos civis são conquistas já consolidadas, e portanto garantias legais, não deveriam ser fruto de negociação.

i) ENGANADOS/ TRAÍDOS

Enganados é nome para referir as promessas feitas pela Norte Energia e pelo Governo Brasileiro para a população do Xingu que não se cumpriram: o enriquecimento, a manutenção dos vínculos comunitários, a reorganização da vida no novo território. O "progresso". "Prometeram o progresso, chegou a desagregação das comunidades e a pobreza" ; "Foi mudança só pro pior. Tivemos um ano de ilusão. E a ficha caiu (...) Perdi o direito de viver"

Parte dos Ribeirinhos entrevistados fazem referência a TRAIÇÃO para dar nome a essa mesma forma de sofrer.

j) CANSAÇO

O cansaço está presente na fala de todos e é referido as perdas produzidas no caminho da luta pelos direitos. A luta não alcançou seu objetivo, o território original está desfigurado e não reconstituído. O discurso reivindicatório que sustentou para muitos o último elo de pertencimento ao território não foi capaz de impedir a operação de Belo Monte e o enchimento do lago.

Os ribeirinhos que acusam cansaço referem sobretudo ao fato de não encontrarem interlocução, contam histórias de longas peregrinações em busca do que entendem ser seu *direito*, em busca de alguma restituição das perdas: tentam as instâncias indicadas pela Empresa, tentam os órgãos governamentais, tentam as instituições jurídicas. A lei parece não vir ampará-los. Não encontram. O efeito é

devastador para o sujeito. "Qual o pai de família que fica satisfeito com um problema desse? Pra quem vou apelar?" / "Tive força, mas agora cadê a força? Com 64 anos? Pra onde eu vou? Pra quem eu apelo?"

O cansaço aparece no discurso de todos os ribeirinhos que entrevistamos, ainda que seja referido com mais clareza por aqueles que tem uma leitura mais ampliada da situação vivida, e que estão engajados nos movimentos sociais locais.

k) ADOECER

Os ribeirinhos entrevistados descrevem adoecimentos no corpo que consideram efeito de Belo Monte. Eles descrevem acometimentos físicos como consequência da desconfiguração territorial. Citam problemas cardíacos, acidentes vasculares cerebrais, diabetes, crises hipertensivas e depressões como doenças que acometeram a si e a população ribeirinha depois da chegada da Usina. Adoecer, em seu modo de entender o que acontece consigo é uma forma de sofrer os impactos da experiência de perda.

CONSIDERAÇÕES SOBRE SOFRIMENTO e o ADOECIMENTO:

A partir dos testemunhos ofertados pelos ribeirinhos e através da nomeação que produzem do seu sofrimento é possível entender que a experiência de desagregação comunitária ocupa um lugar central entre as fontes de adoecimento. É preciso ter claro que não apontamos para a desagregação em si como causa direta do adoecimento, mas sim a experiência de sofrimento psíquico a ela articulada.

A perda dos laços e a destituição do sistema de identificações são efeitos diretos da desorganização do pertencimento ao território para essa população tradicional. Vivem a experiência de morar exclusivamente na cidade e longe do rio com absoluto estranhamento e sem nenhum amparo para constituir uma nova experiência circunscrita a seu modo de vida. **A oferta que foi imposta é de um outro modo de vida, e a isso, essa população não sabe responder.** É a isso que as formulações em torno da experiência de sofrimento nomeada como "**perder a casa**" acima apresentadas estão relacionadas.

Os modos de ocupação do espaço geográfico podem se dar de diversas maneiras, mas, o modo que isso se efetiva para cada sujeito relaciona-se ao que, do ponto de vista da Atenção Psicossocial, referimos como *território*, ou seja, os modos de subjetivação, de atribuição de sentidos particulares a um determinado espaço físico, a forma de uso deste espaço e as relações que ali se estabelecem.

É com base no entendimento que o sujeito deve fazer de seu espaço físico de circulação uma morada territorializada, para que possa ali se constituir em seu modo de vida, que apontamos para a necessidade de que toda e qualquer incidência sobre o espaço físico ocupado por uma população, se faça acompanhar da atenção para que o sujeito não seja desterritorializado. E que caso isso ocorra, de apoiá-lo na invenção de uma nova forma de territorializar-se, entendendo tal intervenção como uma forma de produção de saúde .

É importante considerar que, assim como a morada, também foram afetadas as atividades em torno das quais se organizavam o sustento dessas pessoas – atividades que sustentavam também o lugar desses sujeitos na cultura. A pesquisa realizada sugere, nas palavras de Ana de Francesco que, "apesar da centralidade da pesca há uma diversidade de arranjos econômicos na história recente, muitas famílias têm um vínculo forte com atividades agrícolas e extrativistas, no modelo pluriatividades”.

Tal qual o trabalho assalariado realiza nas culturas urbanas, a atividade dos ribeirinhos confere a eles um lugar diante do outro, além de regular sua relação com o rio e com a floresta. Trata-se portanto de um fazer identitário, que confere lugar ao sujeito no laço social de maneira ampla. Ser pescador, por exemplo, arma todo o enredamento simbólico do sujeito em sua comunidade. Ser pescador é um elemento central no modo de viver ribeirinho: significa uma determinada forma de morar, de se ausentar da casa, de se relacionar com o rio, com a floresta e com as outras pessoas da mesma comunidade.

Se esta atividade não é mais possível, não se trata simplesmente de perder um trabalho e conseguir um outro. Não é o mesmo que deixar de ser médico em um hospital para trabalhar na indústria farmacêutica – o que também não ocorreria sem

algum efeito psíquico. Porque não é meramente de uma outra atividade ou um outro trabalho que se trata, mas de um outro território, um outro ser/estar no mundo, uma determinada forma de pertencimento, de se reconhecer e ser reconhecido. Não há, para essas pessoas, *outro rio*. A identidade do ribeirinho se impacta se este deixar a pesca para ser pedreiro, por exemplo. Há uma alteração sistêmica no ritmo da vida, na forma de encontrar pessoas, no pertencimento, e sobretudo no reconhecimento conferido pelos pares.

Assim, entende-se que "pescador", nas margens do Xingu, define um modo de vida e de pertencimento. **"Pescador sem rio" quer dizer de um sujeito sem a contingência que regula seu pertencimento.** A ideia de que "O rio é nossa vida", recolhida em muitos depoimentos, aponta para o incontornável presente: viver e relacionar-se com o rio é o que põe em funcionamento todo o sistema de identificações nesta comunidade, institui a identidade do ribeirinho.

O fato de o ribeirinho nomear seu sofrimento com a expressão "pescador sem rio" deve ser pensado com muito cuidado.

"Pescador" não quer dizer a mesma coisa para o ribeirinho e para o empreendedor. A condição de localizar a atividade econômica no centro da experiência humana leva o empreendedor a encontrar no ribeirinho um trabalhador da pesca. Neste ato, de assim nomear o outro, de impor sua lógica (neoliberal) de compreensão a outra realidade cultural, o empreendedor assume o caráter colonizador de seu gesto. "Pescador" para o ribeirinho não é um profissional da pesca, ou não é simplesmente um profissional da pesca. Na cultura do ribeirinho o significativo "pescador" assume outro significado, e entra numa outra lógica de significações. **"Pescador" é uma das modalidades que o modo de vida ribeirinho pode assumir no cenário das pluriatividades que, articuladas, compõe a relação dessas pessoas com o rio e com a floresta. Trata-se aqui de uma ocupação de território, de pertencimento.**

Se **"pescador sem rio"** nomeia o sofrimento dos ribeirinhos atingidos por Belo Monte, é ainda preciso guardar lugar para o sofrimento fruto deste esforço do ribeirinho de ter que se dizer na lógica do outro para fazer a entrada no campo dos direitos civis. Um acontecimento complexo e paradoxal, uma vez que para entrar no

campo dos direitos civis, o ribeirinho perde o direito de nomear-se em seus próprios termos; e junto com isso opera uma redução importante da compreensão de seu modo de vida.

Há outro ponto importante de destacar no que tange a isso que chamamos de **desagregação comunitária**. Este processo de desfazer laços historicamente instituídos em uma população tradicional é um outro fator que incide sobre a condição do ribeirinho, pois, com as comunidades desfeitas, o lugar social e político do cidadão é desconfigurado. Esses lugares, que constituíam para o ribeirinho sua posição na comunidade, são também o que podemos chamar de *lugar de fala*. A partir do reconhecimento conferido pelo grupo a um de seus membros este pode se apresentar, ele é reconhecido. Este ato, articulado ao sistema das identificações, lhe confere a condição imaginária e simbólica para posicionar-se, deslocar-se e agir sobre o território.

A promessa de progresso e melhoria na qualidade de vida impacta e faz parte do horizonte de sofrimento desta população. Ele piora na medida em que os ideais são decepcionados sem qualquer encaminhamento reservado a esta insatisfação. Isso tende a destruir a confiança no diálogo, na participação e na capacidade comunitária de fazer frente as suas próprias dificuldades. A individualização do sofrimento, quer pela via jurídica, quer pela via da produção é um dos efeitos mais difusos e mais nocivos de uma violação de um modo de vida como a que se verificou neste caso.

Entendemos que a desagregação comunitária está na base da desarticulação de todo o sistema de identificações dessa comunidade: não há mais casa, vizinhança, território. Não há mais reconhecimento através das atividades de sustento, não há traço na experiência cotidiana que constitua pertencimento. O efeito da ausência de pertencimento é a experiência nomeada pelo termos "**perdidos**", "sem saber para onde ir", "**sem informação**".

A contingência de vida desta população sofreu alterações em todos os seus eixos: geográfico (não estão no mesmo lugar), relacional (não encontram mais as pessoas que faziam parte de sua vida), econômico (inviabilização de suas atividades de sustento). Isso quer dizer que todos os fatores que compunham a base da

experiência de reconhecimento no campo do sujeito, sua condição de reconhecer-se e ser reconhecido pelo outro foi abalada. -

A situação de vulnerabilidade social (SIQUEIRA, 2015) permite inferir que estamos diante de sujeitos em devastação (*ravage*), ou seja, que se sentem desprovidos dos recursos para enfrentar a situação que se lhes apresenta. Esta condição joga o ribeirão atingido por Belo Monte numa condição psíquica de sofrimento. A ideia de Trauma, discutida acima neste relatório, circunscreve parte decisiva do sofrimento da população. Como dissemos, um acontecimento traumático é aquele que incide no campo do sujeito com a violência necessária para retirar daquele que vive a possibilidade de elaboração. Isso quer dizer que o vivido não assume a condição de experiência do sujeito.

O trauma retira a possibilidade de que o acontecido se encadeie no curso da vida e da experiência, produz uma ruptura e com isso desarticula os recursos do sujeito para lidar com o acontecimento. É nesse sentido que se diz do trauma como algo sempre presente. A ruptura que produz, em termos psíquicos, por conta do excesso violento sobre a estrutura subjetiva, destitui a capacidade elaborativa. O evento não se encadeia na rede simbólica, não ganha lugar no curso da história do sujeito. Introduce uma ruptura na série histórica, e não permite, pela força de seu impacto, que esta série seja retomada.

Dito de outro modo: diante de uma experiência que excede a capacidade de nomeação dos envolvidos - trata-se de uma experiência que não pode se inscrever, que fica referida ao registro do Real (Dunker, 2015, p.34)- caracterizada em psicanálise pela noção de mal-estar, é frequente que sobrevenha um déficit narrativo, ou seja, o recurso a formas predelineadas de expressão e reconhecimento do sofrimento.

Este desenraizamento entre a experiência e sua narrativização dá margem à emergência de sintomas com acentuada inflexão de egodistonia. Sintomas egodistônicos são sintomas que implicam elevada disruptividade narcísica, formações de angústia e propensão a atos impulsivos e passagens ao ato.

Vem deste acontecimento clínico os **adoecimentos** que são citados pela população, referidos nesse relatório com a nomeação direta de "**adoecer/doença**" feita pelo ribeirão: as cardiopatias, os acidentes vasculares cerebrais (AVC),

hipertensões e diabetes. As depressões, de maneira geral, são também referidas pela população como efeito no corpo do acontecimento de Belo Monte.

O problema deste tipo de torção é que o acontecimento sintomático no corpo se desembaraça da complexidade de sua etiologia e elimina o sofrimento psíquico da condição de causa do adoecimento. Este procedimento destituiu as formas de tratamento indicadas para os eventos traumáticos, e faz persistir o modo de adoecer, não criando condição para que o sujeito possa se deslocar da posição em que o trauma promoveu.

O consumo de **álcool** e **outras drogas** também é referido pela população como efeito da descomposição territorial promovida pela UHE Belo Monte. Este modo de adoecer, absolutamente relacionado as experiências de **violência** (como causa e como consequência), é tratado no âmbito da saúde pública como acometimento de saúde mental.

Referem a experiência do sofrimento psíquico de modo mais direto, e, assim como as outras formas de adoecer devem ser tratados no âmbito da saúde. Sabe-se que o consumo de álcool e outros entorpecentes é bastante antigo, e, no mérito da questão que investigamos, cabe notar o incremento deste desde que a Usina incidu sobre o território. **A população refere ao uso do álcool como experiência de lazer** possível na cidade, para os adultos, sobretudo os homens: "não tem mais praia" "não tem pra onde ir", são falas recorrentes. O uso do álcool é também uma resposta direta à impossibilidade de lidar com o vivido, com a transformação radical e violenta de suas vidas.

Já o uso de **drogas ilícitas**, especialmente o Crack, é referido como novidade produzida a partir de Belo Monte. É importante notar que, muito embora do ponto de vista das classificações técnicas no campo da saúde mental o consumo de álcool possa ser incluído no espectro do consumo de drogas, diferenciando-se apenas por sua condição legal (seu consumo é lícito e as outras drogas não o são), nas formulações discursivas a respeito do tema a população ribeirinha faz diferenças importantes na relação com o álcool e com as outras drogas, que aqui, inclusive, é quase que exclusivamente citada como o crack.

O tráfico, por sua vez, apareceu como oportunidade para aqueles que estavam inseridos em uma outra lógica cultural, em que o consumo e as regras

(capitalistas) do mercado não orientavam diretamente seu modo de vida. A **violência** e o uso de drogas parecem contar como efeito da sedução que o tráfico promove, sobretudo para a juventude do Xingu. "Belo Monte trouxe pra nossa juventude como política a droga, o crime e a morte".

Como não possuem elementos para se situarem na nova configuração territorial, compor a rede do tráfico, que muito rapidamente se anuncia como possibilidade, é uma saída cada vez mais comum para essa população arrancada de seu modo de vida, e sem recursos objetivos e subjetivos para habitar de outro modo.

O acontecimento em curso no território não oferece alternativas e dispositivos de amparo ao sofrimento. Isso implica numa cronificação da posição do sujeito em sua experiência, e o adoecimento se apresenta como resposta a este estado. Como vimos, o processo de instalação da usina, na ótica da população que habita o território se fez acompanhar de **quadros melancólicos e depressivos, alcoolismos e outros sintomas que podem ser classificados como Transtornos Psiquiátricos, assim como os adoecimentos de clínica geral. Este é um grave dano causado pelo modo de ocupação de um território, que não estava vazio.**

Outro ponto importante de ser considerado ao se tratar dos efeitos em saúde mental para a população atingida é que a articulação controvertida entre o **direito** civil e a necessidade de sua negociação constitui a ausência da garantia do acesso ao *direito* e desencadeia uma série de sofrimento para o sujeito. Na condição de cidadão, se entende desprotegido pelo Estado, o que, somado a desagregação de sua comunidade de pertencimento, o reduz ao próprio corpo.

Se, ao falarmos de dano imediatamente pensamos na sua reparação, será preciso considerar aqui o que o ribeirinho atingido diz de seu sofrimento. O processo de luta por direitos civis tem sido longo e desgastante. Muitos, senão todos, falam de **cansaço** e esgotamento como resultado da luta, sob muitos aspectos, inglória. Cansaço e esgotamento são modos de sofrer. É preciso considerá-los nesta dimensão para que não retornem como doenças no corpo. É a esse tipo de construção que esse relatório quer chamar atenção.

As pessoas adoecem, sintomas físicos tomam conta da experiência. Tais eventos parecem responder a formas comuns de sofrimento, mas, resistem aos

tratamentos convencionais das doenças no corpo, permanecem com o agravamento da repetição pela via da reincidência e, apesar de claramente ligados a uma experiência psíquica de sofrimento (estamos falando de vítimas de uma catástrofe que se reconhecem nessa condição), não encontram o tratamento necessário ao sofrimento psíquico em curso na constituição do adoecimento.

2. MEDIDAS DE REPARAÇÃO DE DANO SUGERIDAS: o futuro

Encaminhamentos possíveis:

1. Sugerimos inicialmente, a efetivação de um levantamento de saúde na região atingida por Belo Monte para que seja possível avaliar a transformação do território e suportar o planejamento das ações em saúde de maneira satisfatória. É urgente um diagnóstico das condições de vida⁵ para a produção do Perfil de Saúde da população. Esse levantamento supriria em parte as deficiências censitárias já apontadas.

Iniciar, a partir dos desdobramentos da audiência de novembro, um diagnóstico participativo das condições de vida e saúde e também de acesso aos serviços de saúde e saneamento, que seria realizado no formato de oficinas com a participação da comunidade e técnicos da SESMA no primeiro semestre de 2017. Para tal indicamos a coordenação da Dra. Selma Nunes. Este diagnóstico trataria de um perfil de saúde da população, indicadores de cidadania e propostas para resolução dos problemas de saúde mais evidentes, dentre os quais as violências.

A partir desse diagnóstico seriam propostas medidas organizativas da rede de atenção dos serviços de saúde capazes de garantir o acesso de qualidade e a integralidade do cuidado. Esse modelo poderá ser uma extensão do que está em desenvolvimento nas RESEX.

2. Outro desdobramento seria a formação de profissionais de saúde, incluindo agentes comunitários de saúde com preparação para o atendimento da população ribeirinha para operacionalização dos serviços. É necessário que estes profissionais recebam formação interdisciplinar que inclua a saúde mental para qualificar seu atendimento e incluir a ideia de sofrimento no campo de atuação.

⁵ "O objetivo da pesquisa [de condição de vida] é fornecer informações adequadas para planejamento, acompanhamento e análises de políticas econômicas e programas sociais em relação ao seus impactos nas condições de vida domiciliar, em especial nas das populações mais carentes. Por este motivo, as informações devem estar integradas e disponíveis o mais rápido possível para uso de estudiosos e formuladores de política. Substantivamente, a pesquisa proporciona um panorama do bem-estar dos moradores dos domicílios e possibilita o estudo de seus determinantes. Partindo da premissa que quantificar e situar um problema não é suficiente, a pesquisa busca explicações que permitam indicar soluções."(IBGE, 1998)

3. Entendemos que medidas de reparação de danos em saúde mental são urgentes. O sofrimento psíquico, além de se anunciar através das diversas formas de adoecimento descritas, está também articulado aos impedimentos relativos a adaptação e reconfiguração da nova experiência de território, conforme descrição realizada em torno da noção de trauma.

O processo traumático impede o sujeito de investir energia no devir da vida, regula toda a sua economia psíquica e com isso mantém suas possibilidades circunscritas nos limites do próprio trauma. Para que seja possível ao ribeirinho situar-se no novo território um processo de cuidado deve ser instituído. É necessário apoio técnico na invenção de uma nova forma de territorializar-se, entendendo tal intervenção como uma forma de produção de saúde mental.

Entende-se que tais medidas devem ser promovidas a partir do **fortalecimento dos dispositivos da rede de atenção em saúde** presentes no território e da implementação de programas e serviços capazes de promover o cuidado com as pessoas, de acordo com o proposto na portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial no SUS – RAPS (republicada em 31.12.2011).

São diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial:

- Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania.
 - Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde.
 - Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar.
 - Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares.
 - Organização dos serviços em RAS regionalizada, com estabelecimento de ações Inter setoriais para garantir a integralidade do cuidado.
 - Desenvolvimento da lógica do cuidado centrado nas necessidades das pessoas com transtornos mentais, incluídos os decorrentes do uso de substâncias psicoativas.
- (http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_psicossocial)

Entre as ações a serem promovidas encontra-se a **ampliação** da rede e **qualificação** do cuidado, através de **programas formativos** voltados aos trabalhadores de saúde, prioritariamente aos profissionais da rede de Atenção Básica, com enfoque nos cuidados em saúde mental neste âmbito da atenção. É fundamental que tais programas **considerem a especificidade cultural no trabalho com populações tradicionais, como os ribeirinhos que vivem no Xingu.**

4. Recomenda-se ainda que sejam realizadas **ações de articulação intersetorial** que envolvam os campos da educação, cultura, habitação, transporte, trabalho, lazer, dentre outros, a fim de **apoiar a reconfiguração dos modos de vida dos ribeirinhos**, entendendo que a saúde mental se sustenta na organização dos modos de vida de cada pessoa, e essa disposição de reorganizar o pertencimento é incontornável para o êxito de toda e qualquer ação de cuidado com essa população.

Durante as viagens de reconhecimento do território e a realização do projeto-piloto da equipe 'Clínica de Cuidado'/USP, constatamos o estabelecimento de uma relação de cuidado entre lideranças dos movimentos sociais e a população. Além de lutar pelos direitos dos atingidos, estas lideranças tornam-se referências na vida os ribeirinhos, passam a ocupar um lugar expressivo na rede de relações e convertem-se em potentes articuladores na construção de novas formas de pertencimento.

Assim, sugere-se que **as ações de articulação intersetorial considerem também os movimentos sociais**, as lideranças locais e a proximidade destes com a realidade dos ribeirinhos atingidos. Faz-se necessária uma ação específica de investimento e cuidado naqueles que a comunidade reconhece no lugar de cuidadores.

Há muito o que fazer. E ainda muito que se compreender para querer fazer melhor.

3.1 Cronograma e orçamento

Ação	Data	Responsáveis
------	------	--------------

Organização do diagnóstico de saúde	Outubro/16	Ilana e Lavínia
Oficina de saúde em Altamira	Não foi realizada	Não foi realizada
Audiência Pública	Novembro/16	Sônia, Thais, Manuela
Oficinas de diagnóstico participativo	Março e abril de 2017	Selma e Ney
Elaboração do diagnóstico e relatório final	Mai de 2010	Equipe Unifesp e IPUSP

Orçamento: a ser definido de acordo com a aprovação do cronograma, desdobramentos da audiência e equipe envolvida.

4. Equipe

IPUSP

Ilana Katz

Christian Dunker

Cassia Pereira

André Ricardo Nader

Projeto Xingu/Unifesp

Douglas Rodrigues

Sofia Mendonça

Lavinia Oliveira

Selma Nunes

Clayton Coelho

Secretaria Municipal de Saúde de Altamira

Ney Carvalho Silva

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANCUR (Agência da ONU para Refugiados). **Refugiados ou Migrantes?** Disponível em:

<http://www.acnur.org/portugues/noticias/noticia/refugiado-ou-migrante-o-acnur-incentiva-a-usar-o-termo-correto/>

BIRMAN, J. (2014) **Caos e trauma no mundo contemporâneo**. Instituto CPFL, 13/08/2014. disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=52Kcf0EjYdE> ,2014

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Decreto 6040/2007. Dispõe sobre a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável para povos e populações tradicionais. Brasília, 7/2/2007.

BRASIL, Secretaria de Estado e Saúde Pública do Pará. **Plano de Saúde Estadual do Pará PES-PA 2012-2015** Disponível em: <https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/37/P%20E%20S%20-%2012-2015.pdf> Belém, 2012

_____, Ministério da Saúde. portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial no SUS – RAPS (republicada em 31.12.2011). Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria_3088_Rede_de_Atenca.pf

BRUM, Eliane.

http://brasil.elpais.com/brasil/2015/02/16/opinion/1424088764_226305.html

http://brasil.elpais.com/brasil/2015/09/22/politica/1442930391_549192.html

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da reforma psiquiátrica- contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva**. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

_____ ; LUZIO, C. A.; YASUI, S. **Atenção Psicossocial: rumo a um novo**

paradigma na Saúde Mental Coletiva. Em: Amarante, P. (Org.). Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p.13-44.

DUNKER, C. **Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros.** São Paulo: Boitempo, 2015.

_____. (2016). Para introduzir o conceito de sofrimento em psicanálise. in: Krammers, M. (org) **Psicanálise no hospital.** São Paulo: PRELO

ENDO, Paulo. Pensamento como margem, lacuna e falta: memória, trauma, luto e esquecimento. **Revista USP**, Brasil, n. 98, p. 41-50, aug. 2013. ISSN 2316-9036.

Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/69224/71688>>.

Acesso em: 01 may 2016.

doi:<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i98p41-50>.

FLUSSER, V. **Bodenlos. Uma autobiografia filosófica.** São Paulo: Anablume, 2007.

GADELHA, P. A Saúde no Brasil: editorial. A saúde no Brasil: The Lancet, 2011. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Living Conditions Measurementt in Brazil. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/poverty/pdf/s31ecaillauxandrpbarros.pdf>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. <http://censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em outubro de 2016.

IPEA. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Indicadores de Saúde no Brasil. Acesso em outubro de 2016. <http://ipea.gov.br> Acesso em outubro de 2016.

RODRIGUES DA. **Relatório de consultoria das condições de saúde dos moradores das reservas extrativistas do Riozinho do Anfrísio e do Rio Iriri e Subsídios para Organização dos Serviços de Saúde para essas comunidades.** ISA/Unifesp. São Paulo, 2010.

SIQUEIRA. A. L. T. **Os processos de recuperação e reconstrução de memória histórica na Guatemala**: Um recorte a partir das memórias das resistências. 2015. 192 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.