

DA DESTERRITORIALIZAÇÃO A TERRITORIALIZAÇÃO PRECÁRIA: UM ESTUDO SOBRE O ADOECIMENTO MENTAL DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS DA REGIÃO DE SAÚDE CONE-SUL (MS)

FROM DETERRITORIALIZATION TO PRECARIOUS TERRITORIALIZATION: A STUDY ON THE MENTAL ILLNESS OF INDIGENOUS POPULATIONS IN THE SOUTHERN CONE HEALTH REGION OF MATO GROSSO DO SUL (MS)

Naara Siqueira Aragão

Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, MS, Brasil
naaraaragao@ufgd.edu.br

Alexandre Bergamin Vieira

Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, MS, Brasil
alexandrevieira@ufgd.edu.br

Kamila Madureira da Silva

Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, MS, Brasil
kamila_agro@hotmail.com

RESUMO

Este artigo analisa as relações entre os processos de desterritorialização, territorialização precária e o adoecimento mental das populações indígenas da região de Saúde Cone-Sul de, Mato Grosso do Sul. A partir da interface entre a Geografia da Saúde, os estudos territoriais e as epistemologias indígenas, investiga como a violação dos direitos territoriais, as múltiplas formas de violência e a ausência de políticas públicas culturalmente adequadas afetam a saúde mental de povos como Guarani, Kaiowá e Terena. A pesquisa baseia-se na análise de vinte relatos clínicos registrados entre 2021 e 2023 no Hospital Universitário da UFGD, integrando dados qualitativos e territoriais com referenciais da geografia crítica e da saúde coletiva. Os resultados evidenciam a relação entre sofrimento psíquico, precariedade das condições de vida e racismo estrutural. Conclui-se pela urgência de práticas de cuidado pautadas na justiça social, na interculturalidade e na descolonização dos saberes em saúde mental.

Palavras-chave: Saúde mental indígena. Território. Racismo estrutural. Interculturalidade. Descolonização.

ABSTRACT

This article analyzes the relationships between processes of deterritorialization, precarious territorialization, and the mental illness of Indigenous populations in the Southern Cone Health Region of Mato Grosso do Sul. Based on the interface between Health Geography, territorial studies, and Indigenous epistemologies, it investigates how the violation of territorial rights, multiple forms of violence, and the absence of culturally appropriate public policies affect the mental health of the Guarani, Kaiowá, and Terena peoples. The research is based on the analysis of twenty clinical reports recorded between 2021 and 2023 at the University Hospital of UFGD, integrating qualitative and territorial data with theoretical references from critical geography and collective health. The results highlight the relationship between psychological suffering, precarious living conditions, and structural racism. It concludes by emphasizing the urgency of care practices grounded in social justice, interculturality, and the decolonization of knowledge in mental health.

Keywords: Indigenous mental health. Territory. Structural racism. Interculturality. Decolonization.

INTRODUÇÃO

A constituição dos territórios indígenas no Brasil é atravessada por processos históricos de expropriação, confinamento e negação de direitos, cujas consequências se expressam em diversas formas de vulnerabilidade social, econômica, política e simbólica. No Mato Grosso do Sul, em especial na Macrorregião de Saúde de Dourados, tais processos revelam-se com intensidade dramática, refletindo-se no adoecimento mental das populações indígenas que ali residem.

Partindo da intersecção entre a Geografia da Saúde, os estudos territoriais e as epistemologias indígenas, esta pesquisa é resultado da tese desta autora que tinha como objetivo central analisar as correlações entre os processos de desterritorialização e territorialização precária e o adoecimento mental dos povos indígenas da região de saúde Cone-Sul no Mato Grosso do Sul. Para tanto, toma-se como referência empírica o acompanhamento de casos clínicos de indígenas atendidos no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD) entre os anos de 2021 e 2023, associando tais dados às condições socioespaciais dos territórios de origem desses sujeitos.

A hipótese norteadora deste trabalho é de que a vulnerabilidade psicossocial vivenciada pelas populações indígenas da região está diretamente relacionada aos conflitos territoriais, às múltiplas violências (estruturais, institucionais, domésticas e de gênero) e à ausência de políticas públicas culturalmente adequadas, que reconheçam os saberes tradicionais e a centralidade do território para o bem viver indígena.

Este estudo nasce também de inquietações pessoais que atravessam minha prática profissional e minha trajetória como pesquisadora da saúde coletiva e da geografia crítica. Entre os anos de 2010 e 2024, atuei como assistente social hospitalar no HU-UFGD, onde pude observar, cotidianamente, as múltiplas expressões da desigualdade social, especialmente nos atendimentos destinados à população indígena da região. Vivenciei de perto o silêncio das políticas públicas diante de realidades marcadas por exclusão, violência e ausência de garantias territoriais mínimas. Em muitas situações, vi respostas técnicas e paliativas sendo dadas a problemas profundamente enraizados na história da colonização e do racismo estrutural.

A atuação no hospital não foi apenas um espaço de trabalho, mas uma janela que se abriu para ver, ouvir e registrar o sofrimento de um povo que insiste em viver, resistir e preservar seus modos próprios de ser e existir. Os relatos, os olhares e os silêncios que encontrei nos corredores do HU despertaram o compromisso de transformar aquelas experiências em produção de conhecimento crítico, comprometido com a justiça social e com a escuta atenta das vozes indígenas.

Este trabalho, portanto, propõe-se a contribuir com o campo da Geografia da Saúde, trazendo uma leitura situada e comprometida com a justiça social, a equidade e a descolonização dos saberes e das práticas em saúde mental no Brasil. Mas, sobretudo, é um chamado à sensibilidade ética e política: compreender que o adoecimento mental indígena não é apenas uma questão clínica, mas um grito por território, dignidade e pertencimento.

METODOLOGIA

A pesquisa que aqui apresento é de natureza qualitativa e descritiva. Segundo Baruffi (2004) e Cervo e Bervian (1996), pesquisas descritivas visam identificar, analisar e interpretar fenômenos, relacionando-os com suas frequências, causas e consequências. Utilizei como estratégia metodológica o relato de experiência, que Vasconcelos (2016) reconhece como potencializador da formação crítica do sujeito e de sua práxis profissional. Como reforça Almeida (2007, p. 8), a sistematização da prática "favorece uma reflexão contínua de suas respostas socioinstitucionais em suas relações de determinação com a dinâmica do ser social".

Para a realização do relato, foram utilizados diários de campo elaborados entre abril de 2021 e dezembro de 2023. Também utilizei, como instrumento técnico, a ficha de atendimento social, que integra a rotina profissional do Serviço Social hospitalar. Nela, são registradas informações socioeconômicas, familiares e territoriais dos sujeitos, dados posteriormente incorporados ao material analítico da pesquisa. Esses elementos permitiram compreender os determinantes sociais do adoecimento psíquico e as condições concretas de existência dos sujeitos indígenas atendidos.

Foram analisados vinte casos acompanhados entre 2021 e 2023, selecionados por critérios de recorrência, complexidade clínica, gravidade da situação social e presença de múltiplos marcadores de vulnerabilidade. Esses dados foram sistematizados e tabulados, constituindo a base empírica da análise apresentada neste trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Quadro abaixo apresenta todos os indicadores selecionados para observação, juntamente com seus respectivos resultados. Esses indicadores foram previamente discutidos na orientação e considerados relevantes para esta tese. A exposição inicial visa facilitar o acompanhamento do leitor e possibilitar referências diretas aos casos citados ao longo da discussão. Em seguida, cada indicador será analisado separadamente, com suas respectivas interpretações.

Quadro 1 – Resultado Sintético da pesquisa com todos os indicadores aferidos

Cidade/ Aldeia/ Sexo/ Idade	Queixa Principal	Hipótese Diagnóstica	História Progressa
Dourados/ Aldeia Bororo/ Masculino/ 27 anos	Dores na cabeça, dificuldade para dormir, apresenta dificuldade de cognição	Adoecimento mental pós violência	Paciente há 11 anos sofreu grande trauma na cabeça.
Amambai/ Aldeia Amambai/ Feminino/ 22 anos	Dificuldade para dormir, vagando pelas estradas, irmã afirma, a cabeça dela não está boa a 8 meses.	Psicose esclarecer a	Pai assassinado há 8 anos; fez uso de drogas.
Tacuru/ Aldeia Jaguapire/ Feminino/ 22 anos	Se sente triste desde os 4 anos.	Transtorno misto ansiedade e depressão	Diz não ter perspectivas de futuro e não sente vontade de fazer nada, violência intrafamiliar quando criança, triste por descobrir uma gravidez no momento.
Laguna Caarapã/ Aldeia Guaimbe/ Feminino/ 25 anos	Não tenho mais vontade de viver	Depressão com sintomas psicóticos	Violência sexual aos 14 anos, desde então refere-se a tristeza, insônia e pesadelos.
Tacuru/ Aldeia Jaguapire/ Masculino/ 32 anos	Alucinações, vagando pelas estradas, episódios de agressividade.	Esquizofrenia? Psicose após uso de álcool e drogas	Faz uso de bebidas alcoólicas e algumas vezes de crack, último trabalho colheita de maçã. Refere que quer parar de beber, mas não consegue.
Tacuru/ Aldeia Jaguapire/ Masculino/ 17 anos	"Ele tem cabeça variada", humor instável, transtornos psíquicos e comportamento agressivo.	Transtorno misto ansioso e depressivo	Família com histórico de uso e abuso de álcool; paciente sofreu queda de moto com o pai há 2 anos, que piorou o quadro; pai perdeu a mão, ficando impossibilitado para o trabalho.
Paranhos/ Aldeia Pirajui/ Masculino/ 32 anos	Comportamento infantilizado, e agressivo em alguns momentos.	Psicose após uso de álcool e drogas/pós-traumático	Morte do pai há 12 anos; experiência de quase morte há 10 anos; após este trauma, começou a apresentar comportamento inadequado; trabalhou no corte de cana dos 18 aos 19 anos; provável uso abusivo de drogas no passado; irmão mais novo na mesma situação.
Dourados/ Aldeia Bororo/ Masculino/ 27 anos	Conversa sozinho e quadro psicóticos graves (solicita laudo)	Esquizofrenia Paranoide pós uso de drogas?	Recebeu paulada na cabeça aos 13 anos; desde então, apresentou confusão mental e heteroagressividade.
Dourados/ Aldeia Jaguapiru/ Feminino/ 53 anos	Acompanhamento de quadro depressivo	Depressão profunda	Mãe e irmã falecidas; doméstica; 4 filhos; tratando depressão há cerca de 12 anos; piora após perda traumática do filho de 26 anos há 2 meses.
Paranhos/ Aldeia Arroio Corá/ Masculino/ 25 anos	Cefaleia há 4 meses com sintomas depressivos	Episódio depressivo grave	Relata sofrimento por não ter convivido com os pais (separação aos 2 anos); mora com a avó; término recente de relacionamento; 2 tentativas de suicídio nos últimos meses.
Paranhos/ Aldeia Potrero Guassu/ Feminino/ 10 anos	Cefaleia constante há 1 ano e 11 meses e queda de cabelo	Estresse traumático pós-	Há quase 2 anos, presenciou facada em primo, o qual veio a falecer; há 2 meses, presenciou o enforcamento do primo de 9 anos, com intensificação das dores.

Laguna Caarapã/ Aldeia Guaimbe/ Masculino/ 19 anos	Não consegue dormir à noite, fica pensando em se matar	Episódio depressivo grave, uso abusivo de álcool?	Tentou suicídio recentemente; relata uso e abuso de álcool; sem mais informações de contexto social; apresenta alucinações.
Caarapó/ Aldeia Te'yikue/ Feminino/ 22 anos	Estado geral debilitante, emagrecida, confusão mental e condições de higiene precárias	Transtorno conversivo dissociativo	Família desde o começo do adoecimento mental mantém a jovem em uma peça separada, sem condições de higiene, junto com animais, sentada diretamente no chão e alimentação precária; adoecimento iniciou nos primeiros meses do casamento, com suspeitas de violência; esposo fugiu após 2 meses de casada.
Dourados/ Aldeia Bororo/ Feminino/ 24 anos	Encontrada desacordada na rua, confusão mental	Psicose após uso de álcool e drogas	Vítima de violência doméstica; uso abusivo de álcool; vive margeando as estradas.
Dourados/ Aldeia Bororo/ Feminino/ 12 anos	Acompanhamento de quadro depressivo	Episódio depressivo grave	Sofreu abuso sexual pelo vizinho; apresentou sintomas depressivos desde então.
Dourados/ Aldeia Bororo/ Feminino/ 23 anos	Acompanhamento de quadro depressivo	Episódio depressivo grave	Gestante de 5 meses; procura hospital por violência doméstica; possui filho de 5 anos; apresenta choro intenso e falta de perspectiva de vida; família falecida e não possui moradia própria.
Dourados/ Aldeia Jaguapiru/ Masculino/ 19 anos	Agressividade e confusão mental	Psicose após uso de álcool e drogas	Jovem usuário de múltiplas drogas há cerca de 3 anos; apresenta quadro de dissociação mesmo após o uso; família fez boletim de ocorrência pelas violências sofridas; está em situação de rua e abandono.
Dourados/ Aldeia Bororo/ Masculino/ 26 anos	Confusão mental e quadro depressivo	Transtorno misto ansioso e depressivo	Jovem possui déficit cognitivo leve; tinha como cuidadora sua mãe, falecida nos últimos meses; mora sozinho e em condições precárias; familiares ameaçaram retirá-lo da casa; relação hostil com o restante da família.
Japorã/ Aldeia Porto Lindo/ Feminino/ 13 anos	Acompanhamento de quadro depressivo	Episódio depressivo grave/pós-traumático	Jovem sofreu abuso sexual e foi trazida ao hospital para atendimento ginecológico; necessita de cuidados psiquiátricos devido a quadro depressivo após violência.
Amambaí/ Aldeia Amambaí/ Masculino/ 19 anos	Confusão mental e quadro depressivo "sente dor no coração"	Psicose após uso de álcool e drogas/pós-traumático/Episódio depressivo grave	Jovem faz parte de uma família que tem histórico de uso e abuso de álcool; ainda na adolescência, fez uso e abuso de drogas e álcool; sofreu violência física por parte de um tio (paulada na cabeça); família percebeu comportamento diferente após recuperação; relata dor no coração; problemas de vinculação familiar levaram a isolamento e situação de rua; foi a pé até a cidade de Campo Grande.

Fonte: Arquivos de atendimento Social.

A Reserva Indígena de Dourados, que possui a maior população indígena da região, apresenta elevado número de casos atendidos, representando 9 dos 20 registrados. Essa concentração pode estar relacionada à maior densidade populacional, proximidade com a área urbana, e os conflitos territoriais que estão expostos, uma vez que a disputa por terras entre comunidades indígenas, produtores rurais, e agentes do Estado intensifica a instabilidade social, restringindo o acesso a recursos básicos e comprometendo a qualidade de vida dessas populações. Os conflitos fundiários, além de afetarem diretamente a segurança e a posse da terra, aprofundam as desigualdades e dificultam a implementação de políticas de proteção e desenvolvimento para as comunidades indígenas.

Ao analisar outros municípios com expressiva população indígena, mas que não apresentam a mesma visibilidade nos registros, observa-se que a proximidade da reserva de Dourados com o centro urbano, potencializa seu adoecimento pois os expõe a condições de marginalização, como falta de oportunidades de emprego, violência urbana e discriminação. A elevada incidência de casos de depressão, violência doméstica e uso de substâncias reflete a carência de políticas públicas efetivas voltadas a esses povos.

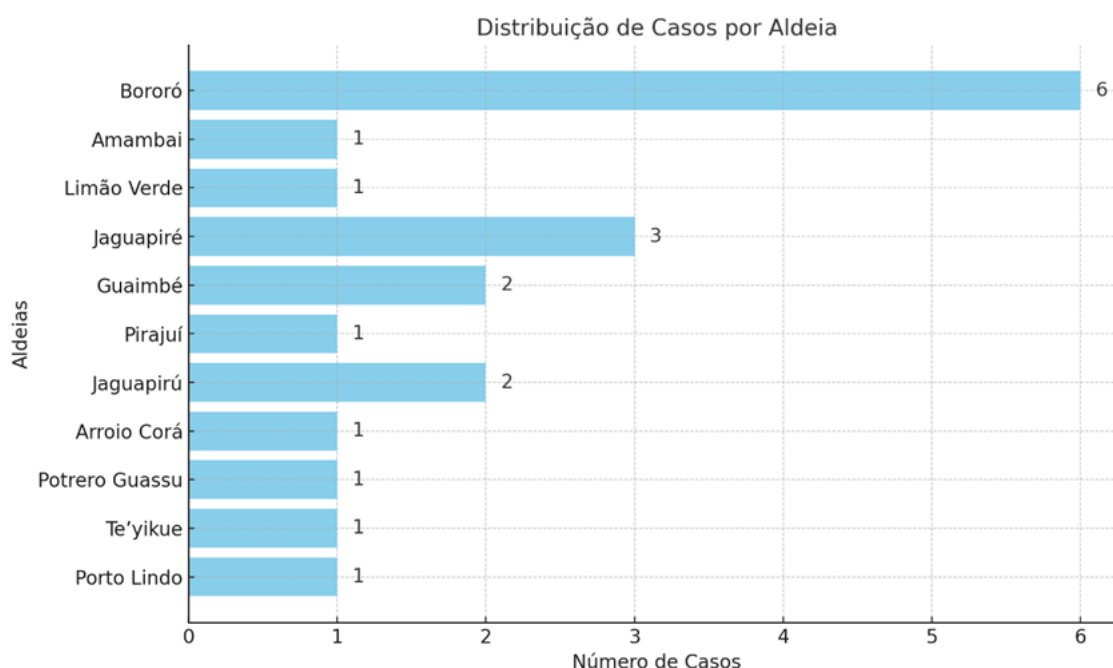
As cidades e aldeias indígenas do Mato Grosso do Sul, como Dourados, Tacuru, Paranhos, Amambai, Caarapó, Laguna Caarapã e Japorã, apresentam desafios comuns e específicos que refletem as condições de vida e saúde dos povos indígenas. O fato de se encontrarem mais a fronteira com o Paraguai se destaca como um indicador de maior vulnerabilidade e quando analisamos similaridades entre essas localidades, emergem aspectos como iniquidades, marginalização e vulnerabilidade social, que contribuem para o adoecimento mental e a precariedade das condições de vida dessas comunidades.

A violência, tanto doméstica quanto comunitária, e o uso de álcool e drogas são fatores recorrentes em várias localidades, como Tacuru e Paranhos. Esses problemas estão frequentemente associados a traumas passados, como perda de familiares, abusos e acidentes, que contribuem para o adoecimento mental e a desestruturação familiar. Em cidades como Caarapó e Japorã, as condições de vida precárias, incluindo falta de água potável, isolamento e insegurança alimentar, são evidentes. A falta de infraestrutura básica e o abandono por parte do Estado agravam a vulnerabilidade social e a saúde mental desses povos.

A perda de territórios tradicionais (Tekoha) e a migração forçada para áreas urbanas ou periferias são fatores que aparecem indiretamente em vários casos. A desterritorialização e a territorialização precária fragilizam a identidade cultural, gera ruptura de vínculos comunitários e aumento da vulnerabilidade social, como evidenciado no caso 20 (Amambai), onde o jovem foi a pé até Campo Grande (distância de 301km) devido ao isolamento. Tacuru, uma cidade menor com uma significativa população indígena na aldeia Jaguapire, enfrenta desafios como a falta de acesso a serviços de saúde mental e a dependência econômica de atividades precárias, como a colheita de maçãs. Os casos de uso de crack e álcool (casos 5 e 6) mostram a falta de oportunidades e a exposição a fatores de risco.

Paranhos, localizada próxima à fronteira com o Paraguai, tem uma população indígena em várias aldeias. A localização geográfica isolada dificulta o acesso a serviços de saúde e educação. Os casos de psicose pós-traumática e uso de drogas (casos 7 e 10) refletem a falta de suporte para lidar com traumas e dependências. Amambai, com uma forte presença indígena, enfrenta altos índices de violência e pobreza. A violência estrutural, como assassinatos e abusos, é um fator recorrente (casos 2 e 20). A falta de proteção do Estado e a impunidade perpetuam esses ciclos de violência. A falta de políticas de proteção social e a exposição à violência aumentam o risco de adoecimento mental.

Figura 1 – Gráfico de Distribuição de Casos por Aldeia



Fonte: Elaborado por Aragão (2025).

Ao observarmos os casos por recorte territorial, chama atenção que, dos oito registros analisados, seis correspondem a moradores da Aldeia Bororo. Esse dado revela que os habitantes dessa aldeia enfrentam condições de marginalização ainda mais severas do que aqueles da Aldeia Jaguapirú, em grande parte devido à menor extensão territorial, ao maior adensamento populacional e às restrições mais acentuadas no acesso a recursos e serviços básicos. A limitação de espaço na Aldeia Bororo agrava os problemas habitacionais, resultando em moradias precárias e superlotadas, enquanto na Jaguapirú há uma distribuição territorial relativamente mais ampla. Além disso, a vulnerabilidade social é intensificada pela escassez de oportunidades de emprego e pela maior incidência de violência urbana e conflitos internos. A precariedade no acesso à saúde e à educação é um fator comum entre ambas as aldeias, mas na Bororo a dependência de serviços públicos subfinanciados é ainda mais crítica, ampliando desigualdades e dificultando a mobilidade social de seus habitantes. Essa realidade reforça um ciclo contínuo de exclusão, no qual a ausência de políticas públicas eficazes perpetua a marginalização dos povos indígenas do local (Oliveira, 2016). A experiência de discriminação nos espaços urbanos também aparece como um fator agravante do sofrimento mental, como revela o seguinte relato de Giovana, 20 anos que mora na aldeia Jaguapirú:

A cidade está chegando aqui né [na Reserva]. A reserva está apertada, está virando cidade, está virando o mundo do branco.... Está ficando violenta. Me desculpa viu professora, mas eu vou dizer, a violência é coisa de branco. Sabe porque eu digo isso? Antes do branco não tinha violência! A gente aqui na Reserva está tudo perdido, a gente está perdido... Tem gente que fala que a Reserva é favela né... não é favela, não acho que é favela. Então eu quero que a professora registra isso daí. O branco precisa saber que está causando violência aqui na Reserva. Quando era criança né eu vendia mandioca com a minha mãe na cidade.... eu gostava porque eu conhecia as coisas da cidade.... A gente batia e perguntava se a pessoa queria comprar. As vezes comprava, as vezes não comprava... As vezes o branco, a mulher branca não atendia a gente... nem olhava pra gente. Isso daí eu sinto porque já trabalhei na casa de branca. Eu sinto tristeza dessa história e eu conto outro dia né. Vou registra aí tá, vou registra pra você, conta né... Eu queria morrer né, eu queria morrer quando trabalhei na cidade... mas aí Deus falou pra mim né, Deus falou pra ir na igreja e eu fui... Depois da igreja a vida ficou mais fácil... mudou tudo.. (Mota, 2019 p. 275).

Essa percepção de não pertencimento e hostilidade cotidiana se insere nos mecanismos de racismo estrutural que reforçam o processo de desterritorialização simbólica e material, afetando diretamente a saúde mental indígena. Outra aldeia que se destaca nos registros é a Jaguapiré no município de Tacuru habitada pelos povos Guarani Kaiowá e Guarani Nandeva. Historicamente, essa região foi marcada pela exploração dos indígenas pela empresa Mate Laranjeira, que utilizava a mão de obra indígena na extração de erva-mate. Geograficamente, a Terra Indígena Jaguapiré é delimitada pelo rio Puitã e seus afluentes, situando-se em uma área de rica biodiversidade, porém cercada por expansões agropecuárias que pressionam o território indígena. Socialmente, as comunidades indígenas de Jaguapiré também enfrentam desafios como a marginalização, acesso limitado a serviços básicos e conflitos territoriais decorrentes da expansão agrícola na região. Esses fatores contribuem para a vulnerabilidade social que potencializam problemas de saúde mental entre os moradores.

É importante destacar que os casos que chegam ao hospital representam apenas uma parcela reduzida da realidade, pois, como discutido nas contextualizações sobre o território em questão, o acesso a serviços especializados de saúde é escasso. Dessa forma, os atendimentos hospitalares oferecem apenas um recorte da situação local, evidenciando as condições precárias do território e levantando questionamentos sobre aqueles que não conseguiram ou não conseguem acessar o cuidado em saúde. Além disso, a análise dos casos revela contextos sociais semelhantes, criando uma percepção de que esses povos vivem em um território contínuo de exclusão.

As áreas onde o adoecimento se concentra com maior intensidade no recorte desta pesquisa possuem proximidade com a fronteira do Paraguai atua como fator potencializador dos casos, dinâmica já discutida por Vieira e Roma (2020), que defendem a necessidade de uma abordagem interdisciplinar capaz de articular geografia, saúde e relações étnico-raciais. Tais regiões de fronteira, marcadas por fluxos migratórios intensos, segregação socioespacial e restrições no acesso a serviços básicos, configuram cenários de desigualdade profunda e vulnerabilidade ampliada.

No Cone Sul de Mato Grosso do Sul, abrangendo municípios como Dourados, Amambai, Caarapó, Ponta Porã, Paranhos, Tacuru, Japorã e Coronel Sapucaia - a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

apresenta-se fragmentada e desigual, refletindo assimetrias territoriais e a insuficiência de políticas públicas culturalmente adequadas. No nível especializado, há CAPS em cidades-polo, como Dourados (CAPS II, CdinizAPSi e CAPS AD III) e Amambai (CAPS I), que concentram o atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Embora funcionem como referência para casos graves e moderados, enfrentam carências estruturais, alta rotatividade de profissionais e ausência de formação continuada que contemple as especificidades culturais indígenas. Os CAPS AD, voltados ao cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao abuso de álcool e outras drogas, também têm dificuldades em articular práticas que integrem saberes tradicionais e abordagens interculturais.

O Ambulatório Municipal de Saúde Mental de Dourados, referência regional em atendimentos psiquiátricos, psicológicos e multiprofissionais, sofre com sobrecarga de demanda, longas filas de espera e restrições para ações itinerantes que cheguem às aldeias. Já o Ambulatório de Psiquiatria do Hospital Universitário da UFGD, integrado à RAPS como ponto de atenção de média complexidade, possui potencial acadêmico e assistencial para desenvolver protocolos voltados à saúde mental indígena, mas enfrenta limitações orçamentárias, alta rotatividade de equipes e baixa articulação com a atenção comunitária. A rede ainda conta com Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), em número insuficiente para atender à demanda, e leitos em hospitais gerais, como o próprio HU-UFGD, que se tornam porta de entrada para casos complexos, sem garantir, contudo, continuidade de cuidado no território de origem.

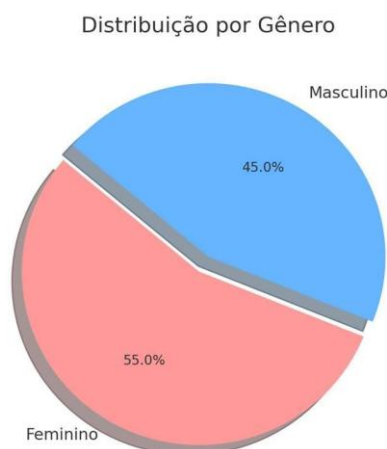
Na atenção primária em saúde, as Unidades de Saúde da Família e as Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI), vinculadas ao DSEI-MS, constituem o contato mais frequente com os povos indígenas. Porém, a articulação entre a atenção básica e os serviços especializados é frágil, especialmente em municípios sem CAPS, o que impõe longos deslocamentos e interrupções no acompanhamento terapêutico. As Casas de Saúde Indígena (CASAI), apesar de essenciais no Tratamento Fora de Domicílio (TFD), atuam predominantemente como alojamentos, sem integração consistente a projetos terapêuticos ou ações pautadas nos referenciais culturais dos pacientes. Em síntese, embora a RAPS no Cone Sul contenha elementos previstos nas políticas nacionais, sua atual configuração revela cobertura insuficiente, distribuição desigual e baixa integração intersetorial. Essa fragilidade favorece a reincidência de crises e a cronificação do sofrimento, alimentando o ciclo de desterritorialização e ausência de alegria identificado nesta pesquisa.

A precarização da saúde pública nessas áreas não se resume à falta de infraestrutura: ela é expressão da marginalização histórica de grupos racializados, como os povos indígenas e comunidades tradicionais. As fronteiras funcionam como zonas de tensão, onde políticas de segurança, controle migratório e exploração econômica aprofundam a vulnerabilidade social. No Cone Sul, essa realidade se materializa de forma aguda entre os Guarani e Kaiowá, que enfrentam disputas territoriais, violências estruturais e barreiras ao acesso a direitos fundamentais. A sobreposição entre ausência de políticas eficazes e avanço de grandes empreendimentos agropecuários intensifica a exclusão social, tornando urgente a formulação de estratégias que promovam equidade, justiça social e cuidado territorializado na região.

Dessa forma, a leitura conjunta da caracterização da RAPS no Cone Sul evidencia que a vulnerabilidade psicossocial observada não é resultado apenas de condições individuais ou episódicas, mas de um arranjo estrutural marcado por desigualdades territoriais, descontinuidade assistencial e ausência de políticas culturalmente situadas. A incidência elevada em áreas próximas à fronteira e em territórios indígenas indica que os fatores geopolíticos, históricos e culturais atuam como determinantes centrais do adoecimento, agravados por uma rede de atenção que, embora formalmente estruturada, permanece incapaz de responder de forma efetiva e integrada às demandas locais. Esse cenário reforça a necessidade de compreender os dados desta pesquisa não apenas como indicadores de saúde, mas como expressão concreta de um processo de desterritorialização e de fragilização das redes de cuidado, cujas implicações se desdobram diretamente nos resultados apresentados a seguir.

Diniz (2015) nos ajuda a pensar nestes indicadores a partir da interseção entre gênero, violência e saúde mental ao evidenciar como as mulheres, especialmente aquelas em contextos de vulnerabilidade, estão mais expostas a diversas formas de violência, o que impacta diretamente sua saúde psíquica. A autora ressalta que a violência de gênero não se limita às agressões físicas, mas inclui também violências estruturais e simbólicas, como a desigualdade no acesso a direitos e recursos.

Figura 2 – Gráfico de identificação de Gênero

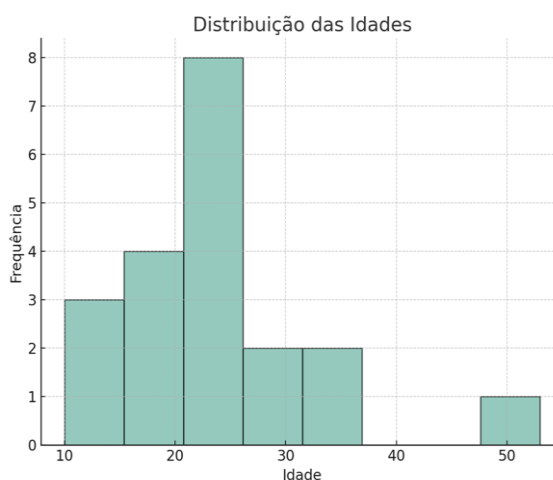


Fonte: Elaborado por Aragão (2025).

Esse cenário contribui para o desenvolvimento de transtornos mentais, como depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático, agravando o sofrimento psicológico das vítimas. Além disso, Diniz (2015) destaca a importância de políticas públicas que reconheçam a interseccionalidade entre gênero e saúde mental, promovendo abordagens integradas de assistência que considerem tanto os fatores individuais quanto os contextos sociais e estruturais que perpetuam a violência.

Outro ponto a se considerar, que nos indicadores nacionais de suicídio de indígenas em sua maioria são homens, marcados principalmente pelos conflitos territoriais e a falta de pertencimento, mas no caso em tela, diante de tantos anos de reservamento e exclusão social a violência comunitária e doméstica, ganha destaque, inclusive apresentando o quanto tem impactado a vida das mulheres indígenas.

Figura 3 – Gráfico de distribuição das Idades



Fonte: Elaborado por Aragão (2025).

As idades dos pacientes variam de 10 a 53 anos, com a maioria concentrada entre 19 e 32 anos. A distribuição é a seguinte:

- Jovens (10-19 anos): 6 pacientes (casos 6, 11, 12, 15, 17, 19).
- Adultos (20-39 anos): 12 pacientes (casos 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 13, 14, 16, 18).
- Adultos acima de 40 anos: 1 paciente (caso 9, 53 anos).

Neste texto, utiliza-se o termo “jovens” em vez de “adolescentes”, considerando que, para diversos povos indígenas, a noção de adolescência como uma etapa autônoma do ciclo de vida não existe enquanto categoria cultural. Entre esses povos, o crescimento é compreendido como um processo relacional e comunitário, em que as transições etárias são vivenciadas de modo coletivo, sem a fragmentação cronológica imposta pela sociedade não indígena. (Mendonça; Grupioni, 2008).

Jovens (10-19 anos) – principais características

Violências e abusos: Os jovens são particularmente vulneráveis a situações de violência, como abuso sexual (casos 15 e 19) e violência doméstica (caso 6).

Uso de substâncias: No caso 12, o jovem de 19 anos relata uso abusivo de álcool e apresenta alucinações.

Depressão e ideação suicida: No caso 17, o jovem de 19 anos vive em situação de rua e abandono, com histórico de violência e uso de drogas.

Condições precárias: No caso 11, a criança de 10 anos presenciou mortes violentas na família, o que pode gerar impactos duradouros sobre a saúde mental.

A juventude é um período crítico para o desenvolvimento emocional e social, e experiências de trauma nessa fase podem desencadear transtornos psicológicos graves, como depressão, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e comportamentos de risco, incluindo uso de drogas e ideação suicida. Mota (2019), Almeida (2019) e Fernandes et al. (2019) destacam que a exposição à violência na infância e juventude é um fator de risco significativo para o adoecimento mental na vida adulta.

Almeida (2019) observa que os jovens indígenas da Grande Dourados enfrentam vulnerabilidades específicas, em um contexto de desterritorialização, violência estrutural e racismo institucional, que ampliam as desigualdades e fragilizam suas perspectivas de futuro. Tais fatores se refletem no ingresso precoce desses jovens em trajetórias de institucionalização, seja no sistema socioeducativo, seja em internações compulsórias ligadas ao uso de drogas ou a conflitos com a lei. Dados oficiais reforçam essa realidade: a Unidade Educacional de Internação Masculina Laranja Doce informou que “dos 56 (cinquenta e seis) adolescentes que cumprem medida socioeducativa de internação nesta Unidade, 11 (onze) são indígenas” (OF/UNEI-LD/SEJUSP/MS/Nº 842/2017, 2006).

A Unidade Educacional de Internação Feminina Esperança comunicou que “atualmente, estamos com o efetivo de 10 adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação, sendo que 3 são indígenas” (OF/UNEI-E/SAS/SEJUSP/MS/Nº 39/17 e OF/UNEI-E/SAS/SEJUSP/MS/Nº 41/17). Esses números referem-se às Unidades Educacionais Laranja Doce (masculina) e Esperança (feminina), ambas localizadas em Dourados, mas que atendem jovens de toda a Região da Grande Dourados (Angélica, Batayporã, Caarapó, Deodápolis, Douradina, Dourados, Fátima do Sul, Glória de Dourados, Guia Lopes da Laguna, Itaporã, Ivinhema, Jardim, Jateí, Juti, Maracaju, Nioaque, Nova Alvorada do Sul, Nova Andradina, Novo Horizonte do Sul, Rio Brilhante, Taquarussu e Vicentina), conforme os ofícios citados.

Adultos (20-39 anos) – principais características

Violência e traumas: Muitos adultos jovens relatam históricos de violência (casos 3, 4, 10, 13, 14) e perdas familiares (casos 2 e 10).

Uso de substâncias: No caso 5 (32 anos), o paciente relata dificuldade em parar de beber; no caso 8 (27 anos), há suspeita de psicose após uso de drogas.

Depressão e ideação suicida: No caso 10 (25 anos), o paciente relata duas tentativas de suicídio; no caso 3 (22 anos), há falta de perspectivas de futuro.

Condições precárias: No caso 13 (22 anos), a paciente vive em condições desumanas, com isolamento e falta de higiene.

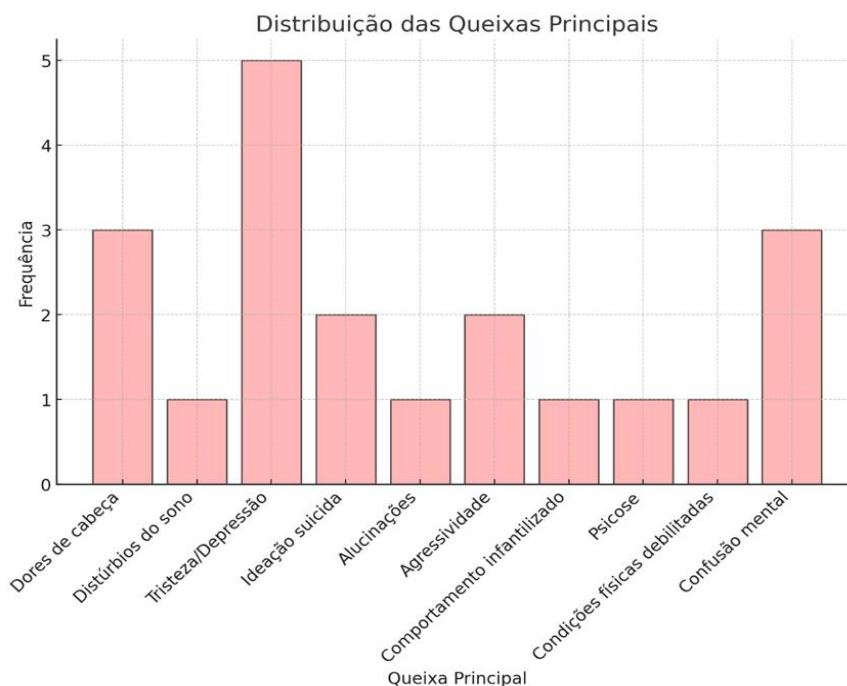
Essa faixa etária é marcada por transições importantes, entrada no mercado de trabalho, formação de família que, quando atravessadas por violências e traumas, potencializam o sofrimento psíquico. Staliano, Mondardo e Lopes (2019) e Pereira (2016) ressaltam que a desterritorialização e a ausência de oportunidades socioeconômicas afetam de modo particular os jovens adultos, resultando em quadros de depressão e uso de substâncias.

Adultos acima de 40 anos – principais características

Perdas e luto: A paciente perdeu o filho há dois meses e trata depressão há 12 anos. **Condições precárias:** Enfrenta sobrecarga de responsabilidades, com quatro filhos sob seus cuidados, além do falecimento da mãe e da irmã.

Nessa fase, o luto e a sobrecarga emocional e familiar tendem a agravar quadros depressivos preexistentes. Pereira (2016) destaca que o luto não elaborado e a falta de suporte social são fatores críticos para o adoecimento mental em adultos mais velhos.

Figura 4 – Gráfico de Distribuição das Queixas Principais



Fonte: Elaborado por Aragão (2025).

A queixa principal é a percepção do próprio indivíduo sobre seu adoecimento, muitas vezes manifestada inicialmente por sintomas físicos. Frequentemente, antes de buscar um serviço de saúde mental, esses indivíduos procuram atendimento médico devido a sensações associadas ao sofrimento psíquico, como dores de cabeça, palpitações, queda de cabelo, entre outros sintomas. No entanto, após avaliação clínica, verifica-se a ausência de uma doença orgânica subjacente, evidenciando a influência de fatores psicológicos.

Cabe ressaltar que para os povos indígenas, a compreensão do adoecimento difere da visão biomédica ocidental, que separa a saúde mental da saúde física. Nas cosmologias indígenas, o ser humano é concebido de forma integral, onde corpo, mente, espírito e território estão interligados. Dessa maneira, sintomas como dores físicas, angústia e sofrimento emocional não são vistos isoladamente, mas sim como manifestações de um desequilíbrio mais amplo, que pode estar relacionado a fatores espirituais, sociais ou territoriais.

Entre os pacientes atendidos, a queixa mais recorrente é a tristeza profunda, sendo um dos principais motivos para a busca por atendimento. Na dissertação *Memórias de suicídio Guarani e Kaiowá na reserva indígena de Dourados: História oral aplicada*, Macena (2021, p. 302), a “quietude prolongada de indígenas defrontes ao sofrimento psíquico demandou modos de acolhimento silentes, respeitosos, considerando a temporalidade própria de quem cala”. Esse silêncio, interpretado pelos psicólogos indigenistas como “um choro étnico para dentro” (SALES, 2021, p. 303), expressa a profundidade do sofrimento e a dificuldade de compartilhar a dor. Em outros relatos, a dor é associada à perda de entes queridos e ao sentimento de esvaziamento existencial: “Apesar de toda adversidade, gostaria, ainda, que os jovens em sofrimento busquem dentro de si algum sonho

perdido [...] pois quando estive na pior fui salva pelas lembranças de já ter sonhado algum dia" (SALES, 2021, p. 193).

Choro bastante, sabe. Não consigo ver o meu povo sofrendo, perdendo o pouco que nos resta. Não tem como não chorar. Gostaria muito de ajudar, mas também não tenho condições... Por mais que se luta, uma hora a gente se sente sem poder para ajudar efetivamente; a gente se sente sem forças. O povo Guarani-Kaiowa está sofrendo em silêncio, e a não fala do índio Guarani e Kaiowa é que leva ao suicídio. O nosso choro é quieto. É um choro silencioso (Macena, 2021, p.160).

Tais narrativas dialogam com o que esta pesquisa identificou como uma prevalência significativa de sentimentos de tristeza e desânimo, articulando a dimensão individual da dor com contextos familiares e comunitários. A desterritorialização e a ruptura com práticas culturais ancestrais resultam em um profundo sentimento de tristeza e desamparo entre os Guarani e Kaiowá. Além disso, o autor aponta que a ausência de políticas públicas eficazes para a saúde mental e a prevenção do uso abusivo de álcool agravam ainda mais esse quadro, o que deixa seus reflexos quando observamos um número grande de queixas relatando confusão mental e agressividade.

Observou-se que, entre os casos acompanhados, a manifestação recorrente de tristeza profunda não se restringe a uma dimensão psicológica individual. À luz das contribuições Olegário e Souza (2022), é possível compreender tal sentimento como expressão da ausência de alegria, conceito que, no contexto Guarani e Kaiowá, ultrapassa a ideia ocidental de estado emocional. A alegria, entendida como prática social, espiritual e corporal produzida cotidianamente pelas mulheres "donas do fogo" e centrais na manutenção da parentela, constitui elemento estruturante do teko porã, o bem viver coletivo.

A ausência dessa alegria, portanto, não é mero vazio afetivo: é um marcador de ruptura nas redes de cuidado, nos vínculos territoriais e nas dinâmicas políticas do grupo. Quando o fogo doméstico e comunitário enfraquece, seja pela violência, perda territorial, luto ou deslocamento forçado, instala-se uma condição de sofrimento que se materializa em corpos e mentes adoecidas. Nesse sentido, a tristeza observada nos relatos clínicos analisados pode ser interpretada como efeito direto da desterritorialização e da fragilização das relações que sustentam a vida social e espiritual indígena. Trata-se, assim, de um fenômeno que não se limita a um diagnóstico psiquiátrico, mas se configura também como um indicador sociopolítico da territorialização precária, revelando o entrelaçamento de determinantes históricos, culturais e territoriais na produção do adoecimento mental.

Nesse sentido, as resoluções da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental (5ª CNSM) oferecem um referencial estratégico que dialoga diretamente com essa realidade. Entre as medidas aprovadas, destaca-se a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família Indígena (NASFI) e do Centro de Atenção Psicossocial Indígena (CAPSI), com equipes multiprofissionais capacitadas para lidar com situações de maior risco social e vulnerabilidade, incluindo abandono, maus-tratos, abuso sexual e outras violências. A proposta prevê a inserção de profissionais de saúde mental especializados em povos indígenas e a valorização de saberes tradicionais, além de fluxos de referência e contrarreferência que garantam transporte, acolhimento humanizado e intérpretes.

Ao correlacionar as evidências empíricas desta pesquisa com essas propostas nacionais, evidencia-se que a efetivação dessas ações não apenas ampliaria a resolutividade e a qualidade do cuidado, mas também fortaleceria a autonomia comunitária e a articulação entre práticas culturais e cuidados clínicos ocidentais. Tal integração é fundamental para que o cuidado em saúde mental indígena deixe de ser episódico, medicalizante e descontextualizado, tornando-se um processo contínuo, territorializado e culturalmente pertinente, capaz de sustentar o bem viver e prevenir o agravamento do sofrimento psíquico.

Entre as hipóteses diagnósticas mais frequentes estão: Psicose após uso de álcool e drogas, Episódio depressivo grave e Transtorno misto ansioso e depressivo. O impacto do uso de substâncias e dos transtornos de humor na população estudada revela-se significativo, sendo possivelmente agravado por fatores como violência e traumas. Nesse contexto, o consumo de álcool entre as povos indígenas configura-se como um fenômeno multifatorial e de grande complexidade, frequentemente associado a condições de vulnerabilidade social, desestruturação familiar e perda de identidade cultural.

O consumo de álcool nessas comunidades não pode ser dissociado dos processos históricos de colonização e territorialização precária. Esses processos fragilizaram as estruturas sociais tradicionais e expuseram os povos indígenas a condições de vida precárias, intensificando o problema do abuso

de substâncias (Troquez, 2019). Staliano, Mondardo e Lopes (2019), corrobora essa perspectiva ao enfatizar que a desterritorialização, ao fragilizar os vínculos com o território e as práticas culturais, potencializa o uso de substâncias como um mecanismo de enfrentamento do sofrimento psíquico e da falta de perspectivas futuras.

Além disso, Coimbra Jr. e Santos (2004) salientam que a ausência de políticas públicas específicas voltadas para o tratamento das dependências químicas e a prevenção do uso abusivo de álcool agrava ainda mais essa problemática. A carência de ações governamentais eficazes contribui para a perpetuação de ciclos de vulnerabilidade e adoecimento mental dentro dessas comunidades. O conceito biomédico de “alcoolismo” frequentemente ignora contextos históricos e culturais específicos, tratando o fenômeno como um problema individual desvinculado das dinâmicas sociais. Moretti (2017) propõe a noção de processos de alcoolização, que busca compreender o consumo de bebidas alcoólicas a partir de sua inserção histórica, cultural e relacional, considerando motivações, significados e formas de uso próprias de cada povo indígena. Essa abordagem evita a imposição de categorias ocidentais descontextualizadas, permitindo análises mais próximas da realidade vivida.

O uso abusivo de álcool entre povos indígenas também está intimamente ligado às transformações nos modos de beber ocorridas ao longo do tempo. Antes, o consumo era regulado por rituais e por lideranças comunitárias, com oferta e uso controlados. Com a introdução e a disponibilidade contínua de bebidas industrializadas, esses mecanismos tradicionais de regulação se enfraqueceram, contribuindo para padrões de consumo mais frequentes e menos controlados (Moretti, 2017).

Lideranças indígenas defendem que o enfrentamento do uso abusivo de álcool passa pelo fortalecimento da autonomia e do controle comunitário sobre o comércio e o consumo de bebidas. Para Moretti (2017), essa perspectiva é estratégica porque desloca o foco do problema de uma visão estritamente biomédica para uma abordagem que reconhece o papel da organização social e da corresponsabilidade coletiva na regulação do uso de substâncias.

Apesar da gravidade do problema, Moretti (2017) aponta que as políticas públicas voltadas ao uso abusivo de álcool em povos indígenas ainda são escassas e descontinuadas. Iniciativas como as desenvolvidas no âmbito do Vigisus II representaram avanços pontuais, mas não se consolidaram como estratégias permanentes. A ausência de ações estruturadas e culturalmente situadas reforça a persistência dos ciclos de vulnerabilidade e adoecimento.

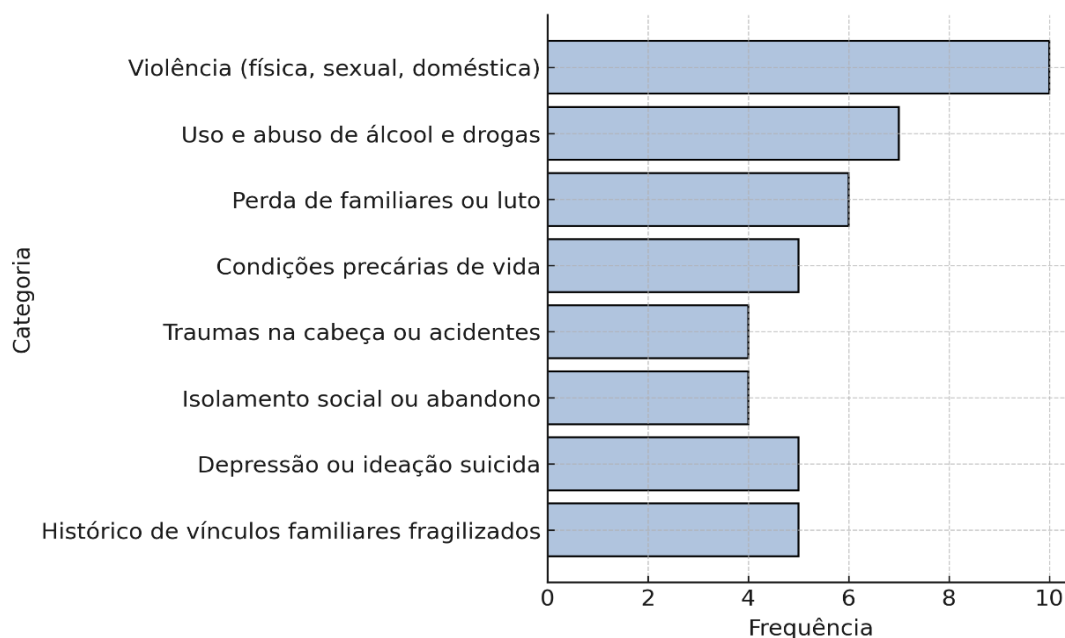
Cabe ressaltar que, para além da análise quantitativa das hipóteses mais frequentes, a forma como tais diagnósticos são construídos e aplicados também merece atenção. Ao analisar as hipóteses diagnósticas levantadas nos atendimentos, é possível identificar a presença de uma “violência do saber” no campo da saúde mental, conceito que dialoga com a crítica de Frantz Fanon à psicanálise e à psiquiatria eurocentradas. Como destacam Sevalho (2022), Fanon denunciou a inadequação dos referenciais clínicos ocidentais para compreender o sofrimento produzido em contextos coloniais e racializados, defendendo uma sociogênese da doença mental que considere dimensões institucionais, sociais e culturais. Para o autor, uma verdadeira desalienação implica “uma tomada de consciência abrupta das realidades econômicas e sociais” e o reconhecimento de que “fatores externos, que não são nem orgânicos nem psíquicos, mas antropológicos, institucionais, sociais e culturais” participam de forma fundamental no processo de adoecimento (Fanon 2008, p. 44; 94).

Observa-se que, em muitos atendimentos, as hipóteses diagnósticas formuladas como, depressão, psicose ou transtornos dissociativos, são elaboradas a partir de referenciais biomédicos que, embora úteis em determinados contextos, mostram-se limitados quando aplicados a sujeitos indígenas. Conforme discutem Assis et al. (2024), a utilização acrítica de classificações universais, como a Classificação Internacional de Doenças (CID), pode conduzir à patologização das cosmologias indígenas, ou seja, à transformação de modos de existência, crenças e práticas espirituais em sintomas clínicos. Essa redução ignora as dimensões coletivas e cosmopolíticas do sofrimento, convertendo experiências espirituais ou vínculos com o território em indicadores de psicopatologia. No contexto deste pesquisa, tal processo reforça a exclusão epistêmica e produz efeitos de violência simbólica, ao negar a validade das ontologias indígenas sobre corpo, espírito e território.

Quando as categorias diagnósticas são aplicadas sem mediação intercultural, há o risco de reduzir experiências complexas a classificações clínicas padronizadas, invisibilizando as determinações históricas e territoriais que as atravessam. Nesse sentido, a patologização de comportamentos e expressões de sofrimento que carregam significados específicos para cada povo indígena não apenas distorce o fenômeno, mas também reproduz um epistemicídio, apagando saberes e práticas tradicionais de cuidado. Incorporar uma leitura decolonial às hipóteses diagnósticas implica, portanto,

confrontar a hegemonia de um saber médico que, ao não se abrir para outros referenciais, pode funcionar como forma de violência simbólica e institucional.

Figura 5 – Gráfico de Distribuição das Categorias de Fatores de Risco



Fonte: Elaborado por Aragão (2025).

O gráfico evidencia que a violência seja física, sexual ou doméstica é o fator mais frequente nos casos analisados, seguido pelo uso e abuso de álcool e drogas e pela perda de familiares ou luto. Esses dados reforçam a necessidade de políticas públicas integradas, que abordem a prevenção de violências, o tratamento de dependências químicas e o suporte psicológico para luto e traumas. A violência, em suas diversas formas, é um fator recorrente nos históricos dos pacientes, sendo apontada por autores como Mota (2019), Staliano, Mondardo e Lopes (2019) como um dos principais determinantes do adoecimento mental em comunidades indígenas e populações vulneráveis. Esses traumas geram consequências duradouras, como depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e ideação suicida, conforme observado nos casos 3, 4, 10, 15 e 19.

A violência sexual, em particular, é destacada por Mota (2019) como um fator devastador para a saúde mental, especialmente quando ocorre na adolescência, como nos casos 4 e 19. A autora ressalta a importância de políticas públicas que garantam apoio psicológico e jurídico às vítimas, visando mitigar os impactos desses traumas. Além disso, o Conselho Indigenista Missionário (CIMI, 2021) aponta que a violência contra indígenas, incluindo assassinatos e abusos, é agravada pela falta de proteção do Estado e pela invasão de territórios tradicionais, contribuindo para o adoecimento mental coletivo.

A desterritorialização e a perda de vínculos com o território tradicional são temas centrais discutidos por Mondardo (2018) e Pereira (2016). Eles argumentam que a expulsão de indígenas de suas terras e a migração forçada para áreas urbanas ou periferias geram um sentimento de desenraizamento, que pode levar a quadros depressivos e de desesperança, como observado nos casos 3, 10 e 20. Mondardo (2018) destaca que a perda do território não é apenas física, mas também simbólica, afetando a identidade cultural e a autoestima dos indivíduos. Isso pode explicar a falta de perspectivas de futuro relatada no caso 3. Pereira (2016) complementa que a desterritorialização muitas vezes leva ao isolamento social e à perda de redes de apoio, como no caso 18, onde o jovem, após a morte da mãe, fica desamparado e em condições precárias.

O uso e abuso de álcool e drogas, presente em vários casos (5, 6, 7, 12, 17 e 20), está frequentemente associado a contextos de vulnerabilidade social e a vínculos familiares fragilizados. Mota (2019) discute como o uso de substâncias pode ser tanto uma causa quanto uma consequência

do adoecimento mental, constituindo, em muitos casos, uma forma de “anestesiá-la” a dor causada por traumas e violências, como no caso 5, em que o paciente relata o desejo de parar de beber, mas não consegue. Além disso, a autora ressalta que, em comunidades indígenas, o consumo de álcool e drogas é agravado pela ausência de políticas públicas de prevenção e tratamento, bem como pela influência de contextos urbanos marginalizados.

As condições precárias de vida, falta de água potável, insegurança alimentar e isolamento social, são evidentes nos casos 13, 17 e 18. Essas condições são agravadas pela falta de acesso a serviços básicos de saúde e assistência social. O CIMI (2021) denuncia que muitas comunidades indígenas vivem em situação de abandono, sem acesso a saneamento básico, saúde e educação, o que contribui para o adoecimento mental e físico. Staliano, Mondardo e Lopes (2019) destaca que o isolamento social e a falta de redes de apoio são fatores que agravam quadros depressivos e psicóticos, como no caso 18, onde o jovem é ameaçado de ser expulso de casa por familiares.

A perda de familiares e entes queridos é um fator recorrente nos históricos dos pacientes (casos 6, 7, 9, 11, 18). Pereira (2016) e Mota (2019) discutem como o luto não elaborado pode levar a quadros depressivos graves e ideação suicida. Pereira (2016) ressalta que, em contextos de vulnerabilidade, o luto é frequentemente negligenciado, sem suporte psicológico adequado, como no caso 9, onde a paciente perdeu o filho há 2 meses e apresenta piora no quadro depressivo. Mota (2019) complementa que, em comunidades indígenas, o luto coletivo por perdas culturais e territoriais também contribui para o adoecimento mental.

A falta de acesso a serviços de saúde mental adequados é um problema central, especialmente em regiões periféricas e comunidades indígenas. O CIMI (2021) e Staliano, Mondardo e Lopes (2019) criticam a ausência de políticas públicas que considerem as especificidades culturais e sociais dessas populações. O CIMI (2021) denuncia que muitos indígenas são atendidos apenas em situações de crise, sem acompanhamento contínuo, como no caso 8, onde o paciente apresenta confusão mental e heteroagressividade após um trauma na cabeça. Staliano, Mondardo e Lopes (2018) defende a integração de práticas tradicionais de cura com a medicina ocidental, como forma de garantir um atendimento mais eficaz e culturalmente sensível.

A violência estrutural e a colonialidade, temas centrais na obra de Santos (2010), ajudam a entender como as desigualdades e a marginalização afetam os povos indígenas e periféricos. Nos dados analisados, a territorialização precária e a perda de territórios tradicionais aparecem como formas de violência estrutural que impactam diretamente a saúde mental dessas comunidades. Santos (2010) argumenta que a colonialidade não é apenas um legado histórico, mas um processo contínuo que se manifesta na exclusão social, na falta de acesso a serviços básicos e na negação de direitos. Isso se reflete em casos como o 3, onde o paciente relata falta de perspectivas de futuro, e o 18, que vive em isolamento social após a morte da mãe, ambos agravados pela ruptura com suas raízes culturais e territoriais.

A perspectiva de Silva e Almeida Filho (2009) sobre os determinantes sociais da saúde é fundamental para compreender como condições de vida, acesso a serviços básicos e contextos socioeconômicos influenciam o adoecimento mental. Nos dados, fatores como pobreza, violência doméstica e falta de acesso a saúde mental são evidentes. Por exemplo, no caso 13, a jovem vive em condições desumanas, com isolamento e falta de higiene, o que reflete a interseção entre pobreza e saúde mental precária. Silva e Almeida Filho (2009) defende que políticas públicas devem abordar esses determinantes de forma integrada, garantindo não apenas tratamento médico, mas também melhores condições de vida e inclusão social.

As condições de saúde dos povos indígenas, discutidas por Coimbra Jr. e Santos (2004), são profundamente afetadas pela desterritorialização e pela falta de políticas públicas. Nos dados, casos como o 6, em que o paciente sofreu uma queda de moto que piorou seu quadro de saúde, e o 20, que vive em situação de rua e isolamento, ilustram como a perda de território e a exclusão social impactam a saúde mental. Os autores defendem a necessidade de políticas que respeitem as especificidades culturais e garantam o acesso a serviços de saúde adequados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados empíricos, construídos com base na sistematização de vinte atendimentos a indígenas no HU-UFGD entre 2021 e 2023, revelaram um quadro alarmante de sofrimento psíquico marcado por episódios depressivos graves, surtos psicóticos, ideação suicida, uso abusivo de álcool e drogas e situações de extrema precariedade social. Chamou atenção o fato de que a maioria dos casos atendidos

eram de mulheres jovens e adolescentes, muitas delas vítimas de violência doméstica, sexual ou institucional. Situações de abuso, abandono, luto precoce, gravidez indesejada e invisibilidade familiar apareceram com frequência nos prontuários, revelando um padrão de sofrimento ancorado em violências estruturais e interseccionais.

Teoricamente, esta pesquisa reafirma a centralidade do território como elemento estruturante das condições de saúde e de vida. Como aponta Haesbaert (2004), “a territorialização precária exprime a violência simbólica e material da negação de pertencimento”, e seu impacto na saúde mental é devastador. No contexto Guarani-Kaiowá, como explica Eliel Benites (2021), o rompimento com o *tekoha* é também rompimento com o *teko porã*, o modo sagrado e coletivo de viver. Sem território, perdem-se os referenciais espirituais, as redes de cuidado e o sentido de continuidade da vida.

A intersecção entre raça, classe, gênero, geração e território produz formas singulares de sofrimento, especialmente entre as mulheres indígenas. Autoras como Rita Laura Segato (2016) e Silvia Federici (2017) já evidenciaram que o corpo das mulheres racializadas é o primeiro campo de dominação em contextos de colonialidade e expropriação. Nesta pesquisa, essa tese se materializa nos dados: entre as pacientes atendidas, o número de meninas com histórico de abuso sexual, depressão grave, automutilação ou ideação suicida foi superior ao de meninos, revelando um cenário de silenciamento e abandono.

Frente a esse cenário, é urgente que as políticas públicas incorporem a interseccionalidade como princípio ético e operativo. A proteção dos territórios não pode estar dissociada da proteção das vidas, especialmente das mais vulnerabilizadas. É preciso romper com o ciclo de medicalização, silêncio e desassistência, e construir políticas de cuidado baseadas no respeito aos saberes indígenas, no fortalecimento das redes comunitárias e na reparação histórica das violências cometidas. Como propõe Pedrana et al. (2018), a interculturalidade não pode ser apenas funcional — deve ser crítica, transformadora e construída com protagonismo indígena.

Como contribuição final, este artigo convida a universidade, os serviços de saúde e a sociedade civil a romperem com os silêncios coniventes. Que possamos ampliar as redes de escuta, de cuidado e de solidariedade, redes que reconheçam a potência dos saberes indígenas e se abram ao desafio de construir um sistema de saúde verdadeiramente plural, inclusivo e descolonizado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAGÃO, N. S. Da desterritorialização à territorialização precária: um estudo sobre o adoecimento mental dos povos indígenas da Região de Saúde Cone Sul – MS. 2025. Tese (Doutorado em Geografia) – Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2025. Disponível em: <https://portal.ufgd.edu.br/setor/biblioteca/repositorio>.
- ALMEIDA, M. G. Fronteiras, territórios e territorialidades. Revista da ANPEGE, v. 2, n. 2, p. 103-114, 2017. Disponível em: <https://ojs.ufgd.edu.br/anpege/article/view/6617>. Acesso em: 20 fev. 2024.
- ALMEIDA, M. A. D. Reserva Indígena de Dourados: Deslocados Internos entre Inimigos e/ou Indiferentes. In: CHAMORRO, Graciela; MOTA, Juliana Grasiéli Bueno; CAVALCANTE, Thiago Leandro Vieira (orgs.). RID – Histórias e Desafios Contemporâneos. Dourados: UFGD, 2018. p. 135-160.
- ASSIS, E. et al. Desafios da Psicologia Indígena no atendimento a estudantes universitários. Estudos de Psicologia (Campinas), v. 41, e230095, 2024. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202441e230095pt>
- BARUFFI, H. Metodologia da pesquisa. 4. ed. Dourados: HBedit, 2004.
- BENITES, E. A busca do Teko Araguayje (jeito sagrado de ser) nas retomadas territoriais Guarani e Kaiowá. 2021. Tese (Doutorado em Geografia) – Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2021. Disponível em: <http://repositorio.ufgd.edu.br/jspui/handle/prefix/4591>. Acesso em: 12/06/2022.
- BENITES, E. Tekoha Ñeropu’ã: aldeia que se levanta. Revista NERA, Presidente Prudente, v. 23, n. 52, p. 19-38, 2020. Disponível em: <https://revista.fct.unesp.br/index.php/nera/article/view/7187>. Acesso em: 14 ago. 2024.
- CIMI – CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil – Dados de 2018. Brasília: 2019. Disponível em: <https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2019/09/relatorio-violencia-contra-os-povos-indigenas-brasil-2018.pdf>. Acesso em: 10 set. 2024.

CIMI – CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil – Dados de 2023. Brasília: 2024. Disponível em: <https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2024/07/relatorio-violencia-povos-indigenas-2023-cimi.pdf>. Acesso em: 15 out. 2024.

CIMI – CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. Violência contra os Povos Indígenas no Brasil – Dados de 2010. Brasília, 2011. Disponível em: https://cimi.org.br/2010/11/31318/?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 14 ago. 2023.

CIMI – CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. Violência contra os Povos Indígenas no Brasil – Dados de 2011. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.cimi.org.br/pub/publicacoes>. Acesso em: 25 set. 2024.

CIMI – Conselho Indigenista Missionário. Relatório Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil – dados de 2022. Brasília: CIMI, 2023.

CIMI - Conselho Indigenista Missionário. Relatório Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil – Dados de 2024 / Conselho Indigenista Missionário. 22.ed. - Brasília: Conselho Indigenista Missionário, 2025. Disponível em: <https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2025/07/relatorio-violencia-povos-indigenas-2024-cimi.pdf>. Acesso em: 04/04/25.

COIMBRA JR., C. E. A; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 125-132, 2000. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100011>

COIMBRA JR., C. E. A; SANTOS, R. V. Saúde indígena: Reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

COUTINHO, C; TOLEDO, L; BASTOS, F. I. Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2019. 27 p. (Série Saúde Amanhã). Disponível em: <https://arca.fiocruz.br/items/8951dd00-7fb6-414f-af1c-a919d074c95c>. Acesso em: 07/10/24.

DINIZ, D. Cadeia: Relatos sobre mulheres. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

FANON, F. Pele negra, máscaras brancas. Tradução de Renato da Silveira. Salvador: EDUFBA, 2008.

FEDERICI, S. Calibã e a bruxa: Mulheres, corpo e acumulação primitiva. São Paulo: Elefante, 2017

HAESBAERT, R. Da desterritorialização à multiterritorialidade. Boletim Gaúcho de Geografia, v. 29, n. 1, p. 11-24, 2003.

HAESBAERT, R. Território e Região numa constelação de conceitos. In: Espaço e Tempo: Anais do ANPEGE. Curitiba: ADEMADAN, 2009. p. 621-634.

MENDONÇA, R; GRUPIONI, L. D. B. Educação e povos indígenas: reflexões sobre as diferenças culturais. Brasília: MEC/SECAD, 2008.

MENÉNDEZ, E. L. El proceso de alcoholización: revisión crítica de la producción socioantropológica, histórica y biomédica en América Latina. Cuaderno de la Casa Chata, v. 57, p. 61-94, 1982.

MENÉNDEZ, E. A doença e o diagnóstico: Perspectivas antropológicas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MOTA, J. G. B. Territórios, multiterritorialidades e memórias dos povos Guarani e Kaiowá: diferenças geográficas e as lutas pela Des-colonização na Reserva Indígena e nos acampamentos-tekoha – Dourados/MS. 2015. Tese (Doutorado em Geografia) – Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, 2015. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/entities/publication/803658ec-34d2-4a05-9693-4b8abdea2f14>. Acesso em: 20 abr. 2024.

MOTA, J. G. B. Geografias Guarani e Kaiowá nas Relações entre a Reserva Indígena e a Cidade de Dourados. In: CHAMORRO, G. MOTA, J. G. B; CAVALCANTE, T. L. V. (org.). Reserva Indígena de Dourados: histórias e desafios contemporâneos. São Leopoldo: Karywa, 2019. p. 263-279. Disponível em: <https://editorakarywa.wordpress.com/2018/12/18/rid/>. Acesso em: 10 fev. 2022.

MELONI, J. N., & LARANJEIRA, R.. Custo social e de saúde do consumo do álcool. Brazilian Journal of Psychiatry, 26, 7–10, 2024. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000500003>

MORETTI, L. L. Modos de beber em áreas indígenas no Mato Grosso do Sul: aproximações entre a Psicologia Social e perspectivas kaiowá e guarani. Dissertação de mestrado em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil, 2017.

- OLEGÁRIO E SOUZA, L. S. As Donas do Fogo: política e parentesco nos mundos Guarani e Kaiowá. 2022. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.
- PEDRANA, L. et al. Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. *Rev. Panam Salud Pública*, v. 42, out. 2018. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.178>
- PEREIRA, L. M. Imagens Kaiowá do sistema social e seu entorno. 2004. Tese (Doutorado em Antropologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- PEREIRA, L. M. O movimento étnico-social pela demarcação das terras guarani em MS. *Tellus*, v. 4, p. 137-145, 2003. <https://doi.org/10.20435/tellus.v0i4.59>
- PEREIRA, L. M. Os Kaiowá em Mato Grosso do Sul: módulos organizacionais e humanização do espaço habitado. Dourados, MS: Editora UFGD, 2016.
- SANTOS, B. S. A cruel pedagogia do vírus. Coimbra: Almedina, 2020.
- SANTOS, B. S. Epistemologias do Sul. São Paulo: Cortez, 2010.
- SANTOS, M. Espaço e Método. 4. ed. São Paulo: Nobel, 1997.
- SANTOS, V. L. Avaliação do grau de implementação do Programa de DST AIDS no Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul Pólo Base de Dourados. 2009. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2298>. Acesso em: 10 mar. 2022.
- SEGATO, R. L. La guerra contra las mujeres. Madrid: Traficantes de Sueños, 2016.
- SEVALHO, G; DIAS, J. V. S. Frantz Fanon, descolonização e o saber em saúde mental: contribuições para a saúde coletiva brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 937-946, 2022. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.42612020>
- SILVA, L. M. V., ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S217-S226, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/3559/1/04.pdf>. Acesso em: 15/03/2022.
- STALIANO, P; MONDARDO, M. L; LOPES, R. C. Onde e como se suicidam os Guarani e Kaiowá em Mato Grosso do Sul: Confinamento, Jejuvy e Tekoha. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 39, 2019. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003221674>
- TROQUEZ, M. C. C. Notas sobre a Presença Terena na Reserva Indígena de Dourados, MS. In: CHAMORRO, Graciela; MOTA, Juliana Grasiéli Bueno; CAVALCANTE, Thiago Leandro Vieira (orgs.). *RID – Histórias e Desafios Contemporâneos*. Dourados: UFGD, 2018. p. 95-110.