

Saúde mental dos povos indígenas: Fissuras necessárias nas concepções hegemônicas

Indigenous mental health: a necessary crack in the hegemonic conceptions

Rafaela Werneck Arenari Martins¹

Aida Brandão Leal²

Mauro Macedo Campos³

Resumo: O Ministério da Saúde afirma que a taxa de mortalidade por suicídio entre indígenas é quase o triplo da média nacional. Movido pelo alarmante número o presente estudo teórico aborda a temática da saúde mental que se apresenta como desafio no contexto dos povos indígenas. Assim, objetiva-se esboçar outras concepções de saúde, forjadas a partir das cosmologias e dos modos de vida dos povos tradicionais. Por meio de pesquisa bibliográfica baseada numa literatura de autores indígenas em diálogo com outros pensadores, buscou-se mapear tais concepções e suas interlocuções com a saúde mental. Numa perspectiva decolonial, reconhecemos a impossibilidade de generalizar este problema, visto a inexistência de uma figura do “índio genérico”, almeja-se uma compreensão plural desse fenômeno, que leve em conta os atravessamentos que o compõem: principalmente a relação desses povos com a terra e a luta por ela. Deste modo, essa problemática se apresenta como grande desafio para os profissionais de saúde, que muitas vezes guiados por uma visão biomédica fecham-se às especificidades desses povos. Mais do que apontar soluções para o problema, propomos a importância de criar espaços que possam fomentar a discussão junto à comunidade, como uma aposta ética que considere as singularidades desses povos.

Palavras-chave: Saúde Mental Indígena. Suicídio Indígena, Epistemologias Decoloniais.

¹ Doutoranda em Sociologia Política pela Universidade do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF), bolsista da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ). Mestra em Psicologia Institucional pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (UNESA). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Docente do Curso de Psicologia da Universidade Estácio de Sá (UNESA).

² Doutoranda em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Mestra em Psicologia Institucional pela UFES. Especialista em Educação, Pobreza e Desigualdade Social pela UFES. Graduada em Serviço Social pela UFES.

³ Professor e pesquisador associado da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF), trabalhando em conjunto com o Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política (PPGSP). Pós-Doutor em Ciência Política pela UNICAMP. Doutor em Ciência Política pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Mestre em Ciências Sociais: Gestão de Cidades. Especialista em Saúde Pública/Auditoria de Sistemas de Saúde.

Abstract: The data provided by the Brazilian Ministry of Health show that the suicidal rate among the indigenous population reached almost the triple of the national average rate. Considering these numbers, this theoretical paper approaches the mental health subject as a challenge with the indigenous. The objective is to present alternative health conceptions, finely wrought from cosmology and traditional lifestyle of the indigenous peoples. Departing from bibliographic research, based on indigenous authors connected to other thinkers, we seek to identify concepts and connections with the mental health. Considering the impossibility to generalize this problem, due the inexistence of an unique indigenous image, this paper aspire a plural understanding, considering the multiple intersections among it, mainly the relation of these peoples with their land and their fight for it. On the whole, this field is considered a great challenge for health workers, which often following a strict biomedical perspective become resistant to the singularity of those people. More than selecting solutions to the problem, it's presented the importance of creating spaces which can promote the debate with community as an ethic behave that consider the singularity of those people.

Keywords: Indigenous mental health. Indigenous suicide. Non-hegemonic epistemologies

1. Introdução

A proposta desse texto é trazer à baila um tema pouco debatido, seja na literatura acadêmica, como nos veículos midiáticos, e que busca abordar os dilemas enfrentados pela população indígena, no que se refere à saúde mental. Esse problema é – como deveria ser –, amplamente evidenciado nos espaços urbanos das grandes às pequenas cidades. A temática da Saúde Mental, portanto, não passa despercebida, e teve como o agravante, a pandemia da Covid-19, que potencializou os casos, os relatos e notícias. As ocorrências deram-se de maneira transversal, atingindo grupos sociais das mais distintas classes. Ou seja, o problema existe, e é visível. Mas, nem tanto, quando pensamos nas populações indígenas. Essa é a discussão que se pretende trazer para análise neste capítulo.

Autores como Batista e Zanello (2016) fazem um levantamento das publicações de saúde mental em contextos indígenas no período de 1999 a 2012, foram levantados 5.510 artigos, sendo apenas 14, ou seja, 0,2% afinados com o tema. Este quadro revela como pesquisas e publicações com essa temática são escassas. Os autores também destacam que os artigos

encontrados demonstraram, em sua grande maioria, pouca reflexão teórica e epistemológica sobre o uso das categorias saúde mental (e correlatos) e indígena.

Trata-se assim de problematizar a saúde mental indígena enquanto política pública, que demanda abertura ao plano das experiências e aos desafios concretos que atravessam os territórios indígenas. Observa-se, porém, que o debate da temática ainda se encontra incipiente, por isso, torna-se relevante fomentar articulações entre práticas cotidianas e produção de saúde.

No último censo do IBGE, em 2010, a população indígena no Brasil foi estimada em 896.900 mil indivíduos, o que corresponde a 0,4% da população do país. De acordo com dados da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e do Instituto Socioambiental (ISA), essa população está distribuída em 240 etnias, 683 terras indígenas (além de algumas áreas urbanas) e falantes de 200 línguas, aproximadamente (BRASIL, 2002). A tabela 1 traz os números da população indígena residente, a partir do domicílio e condição de indígena, considerando os três últimos censos no Brasil.

Tabela 1: População residente, segundo a situação do domicílio e condição de indígena – Brasil 1991/2010⁴

	1991	2000	2010
Total	146.815.790	169.872.856	190.755.799
Não indígena	145.986.780	167.932.053	189.931.228
<i>Indígena</i>	<i>294.131</i>	<i>734.127</i>	<i>817.963</i>
Urbana	110.996.829	137.925.238	160.925.792
Não indígena	110.494.732	136.620.255	160.605.299
<i>Indígena</i>	<i>71.026</i>	<i>383.298</i>	<i>315.180</i>
Rural	35.818.961	31.947.618	29.830.007
Não indígena	35.492.049	31.311.798	29.325.929
<i>Indígena</i>	<i>223.105</i>	<i>350.829</i>	<i>502.783</i>

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1991/2010⁵

⁴ Disponível em: <https://indigenas.ibge.gov.br/graficos-e-tabelas-2.html>

⁵ Nota: Considerou-se como população residente não indígena as categorias de 1 a 4 do quesito da cor ou raça. Para comparação com os Censos Demográficos de 1991 e 2000, deve-se considerar a categoria 'indígena' do quesito da cor ou raça.

Em termos mais específicos, a partir do recorte analítico definido para esse estudo, tem-se que, quando se trata da saúde dessas populações, desde a criação da FUNAI, em 1967, diferentes órgãos governamentais e estabelecimentos ficaram incumbidos dos atendimentos aos indígenas. Em 1999, foi criado o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, como parte integrante do SUS e, a partir de uma política de descentralização do atendimento, a ação direta do Estado foi reduzida, e foram implementados os Distritos Sanitários Indígenas (DSEIs), delimitados a partir de critérios epidemiológicos, geográficos e etnográficos. A partir de demandas do movimento indígena a gestão da saúde, que até o ano de 2010 era gerido pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), passa a ser responsabilidade de uma secretaria específica, vinculada diretamente ao Ministério da Saúde, a SESAI: Secretaria Especial de Saúde Indígena (BATISTA; ZANELLO, 2016).

Porém, uma questão de saúde se apresenta como um grande desafio quando pensamos nas populações indígenas, com as altas taxas de suicídio e o consumo problemático de álcool. O Centro Brasileiro de Estudos Latino Americanos (2014), destaca através do mapa da violência que trouxe como primeira posição do ranking em suicídios o município de São Gabriel da Cachoeira, no estado do Amazonas, com população majoritariamente indígena. A pesquisa aponta que, entre 2008 e 2012, a taxa de suicídios no município foi de 50 casos por 100 mil habitantes, 10 vezes maior do que a média brasileira. Entre aqueles que se mataram, 93% eram índios. Outros municípios com presença massiva de populações indígenas estão nas primeiras posições da lista dos suicídios, como São Paulo de Olivença e Tabatinga, também no Amazonas, além dos municípios de Amambai, Dourados e Paranhos, no Mato Grosso do Sul (BRASIL, 2017).

No Brasil, as discussões referentes a temática dos suicídios outras problemáticas que tocam no campo da saúde mental para populações indígenas se iniciam em apenas em 2001, após a III Conferência Nacional de Saúde Indígena. As propostas de intervenções tinham enfoque nos problemas

denunciados pelas mídias e trabalhos acadêmicos; o consumo de álcool nas aldeias e os altos índices de mortes por suicídio (BRASIL, 2001).

Essas problemáticas debatidas na conferência se apresentam como um desafio para o campo da saúde mental, das políticas públicas, profissionais de saúde e também para os próprios membros dessas comunidades. A dificuldade e delicadeza no tema se dão principalmente pela singularidade dos modos de vida de cada povo, assim como as compreensões próprias de saúde-doença e da questão do uso de álcool. Os históricos confrontos travados para que esses povos possam ter direito as suas terras, vem sendo considerados fatores que influenciam diretamente em um sofrimento mental, uso problemático de álcool e também os suicídios nesses povos (SOUZA; OLIVEIRA; KOHATSU; 2001; LANGDON, 2001).

É diante desse cenário que se mostra a importância de se pensar uma saúde indígena, considerando os enormes desafios de compreender outras concepções de saúde e modos de vidas, que demandam assim, aos profissionais, construir suas práticas com o incremento de novas bases epistemológicas.

Portanto é preciso questionar: o que é saúde para os indígenas? O que é adoecer? Que fatores levam aos índices alarmantes de suicídio? São questões que fogem ao alcance do que se pretende nesse estudo, mas, que merecem ser alçadas como questões de agenda política. A partir de um interesse de problematizar essas questões, como esses modos de vida criam estratégias para dar conta das questões que surgem na produção do território, ou seja, na produção de modos de vida situados e singulares?

2. Concepções de saúde a partir da(s) ótica(s) indígena(s)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. No âmbito brasileiro a Constituição Federal de

1988, o Art. 196 define a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Mesmo com a ampliação do conceito de saúde no bojo do Movimento pela Reforma Sanitária, que se materializou na Constituição brasileira e no processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), a concepção de saúde pautada no saber biomédico se atualiza em práticas de cuidado centradas na medicalização, nos procedimentos cirúrgicos, em equipamentos de tecnologias de ponta. Não se trata aqui de desprezar tais recursos e sim problematizar as práticas colonialista mediadas por tais técnicas, que se pretendem universais e superiores a outros modos de cuidado.

Nesse sentido, Ndlovu (2017) destaca que os valores, as crenças, as práticas cotidianas, as especificidades do corpo indígena ainda são consideradas como questões de importância secundária, à medida que as subalternizam como sendo apenas crendices, fábulas, folclore, minimizando tais questões, tanto do plano dos processos de pesquisa em saúde, quanto dos itinerários terapêuticos.

Ressalta-se que a concepção de saúde biomédica é uma construção histórica. Foucault, em *O Nascimento da Clínica* (2004) discute sobre a constituição da medicina moderna, em fins do século XVIII e início do XIX, que através da ruptura com saberes seculares, gera mudança conceitual, metodológica e de objetos. Com isso, novas formas de conhecimento e novas práticas institucionais surgem e se estabelecem enquanto um poder característico das sociedades capitalistas: o poder disciplinar. Inaugura-se uma nova racionalidade, a biomédica, que hegemonicamente atravessa séculos, cujo percurso é permeado por contradições, dissonâncias, hesitações, mas se apresenta na atualidade de modo naturalizado.

Assim, ao reduzir a complexidade do processo saúde-doença-cuidado ao nível individual, biológico, a medicina pretende-se a-histórica. A incidência

dos aspectos biológicos no campo político, a vida humana no campo biológico se torna objeto de saber e de poder, um poder que não se exerce apenas sobre os sujeitos, mas sobre a vida e sua preservação (FOUCAULT, 1987; PELBART, 2003). Esse biopoder se configura por meio da disciplina encarnada nas instituições, inclusive nos hospitais, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Saúde, muitas vezes se confundido com uma prática de cuidado. Trata-se da base no manejo dos processos biológicos, incididos diretamente na saúde. Assim, é com essa incidência do poder – que é agente transformador da vida – que o saber médico emerge como ator principal e segue afirmando seu lugar predominante nas concepções de saúde. Foucault alia a medicina diretamente a essa biopolítica que incide diretamente nos corpos: “Foi no biológico, no somático, no corporal, que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina, uma estratégia biopolítica” (FOUCAULT, 1979, p.80).

Percebe-se assim que as estratégias da biopolítica se espriam nas relações cotidianas da existência mais básicas, como a alimentação, o repouso, o trabalho, as relações sexuais e afetivas, a manutenção das condições de saúde. O biopoder incide também nas formas de resolubilidade em saúde, tornando-as funcionais a manutenção da ordem do capital, principalmente mediante mecanismos de controle que tencionam a produção de normalidade e anormalidade e, criando critérios gerais e homogêneos na lida com o adoecimento e os cuidados em saúde.

Ao abordarmos o tema da saúde indígena, verifica-se que os altos índices de suicídio são alarmantes, o que põem em xeque modelos hegemônicos de cuidado situados numa lógica muito distinta das cosmologias dos povos indígenas, que por isso, não dão conta da complexidade de suas singularidades. Portanto, criar atenção e visibilidade às concepções de saúde atreladas aos modos de vida próprios dos povos se fazem importante diante desse cenário.

A literatura especializada aponta que após séculos de extermínios através de guerras e epidemias os povos indígenas têm um novo desafio, que se depara com mais um legado colonial dos brancos: o álcool, que desde o início da colonização foi usado como instrumento de submissão desses povos às mãos brancas (PACAYA, 2020) E hoje, seu uso nas aldeias é ainda mais problemático por sua relação com o suicídio, a morte, violência, abusos sexuais nas aldeias indígenas (BARRETO; DIMENSTEIN; LEITE, 2020).

Apesar do fato do consumo de bebidas fermentadas pelas sociedades indígenas ser uma prática de milhares de anos. Eram usadas (são usadas) para construção da coletividade e para reafirmar os valores do grupo, afinando assim sua relação com o universo cosmológico (SOUZA; OLIVEIRA; KOHATSU, 2001). Porém, atualmente o consumo exagerado de álcool destilado tem sido considerado um fator agravante nas áreas indígenas e apontado como importante causador da desagregação social, da violência, suicídios, etc. (LANGDON, 2001; SOUZA; OLIVEIRA; KOHATSU, 2001).

Entre os povos indígenas, seres vivos e não vivos que fazem parte do universo, são dotados de espíritos que habitam o mundo terreno e o mundo cósmico. Desta forma, a maneira com a qual o ser humano se integra à natureza tende a determinar o seu perfil e a sua saúde. O humano compõe a natureza e é composto por ela. Pois, a terra, os rios, as florestas, os animais, entre outros, proporcionam o necessário para a constituição seu corpo físico e etéreo, que são componentes indissociáveis. Ambos possuem elementos da natureza: a água faz parte do sangue; o ar que respira é um dos "alimentos"; o espírito humano tem a energia do fogo. “Essa identidade com a natureza forja o sentimento de pertencimento a ela. Logo, o equilíbrio entre o corpo físico e o corpo etéreo, entre o mundo terreno e o mundo cósmico resulta na saúde” (TEIXEIRA *et al.*, 2016, p. 12).

Kopenawa e Albert (2015) afirmam que a destruição de todas as florestas, implica na morte de seus habitantes, mas também, na morte dos brancos, porque de acordo com o indígena Yanomami, enquanto existir

xamãs, o céu não irá cair, pois eles trabalham incessantemente para segurar o céu que está ruindo. Os autores relatam diversas lutas para defender a floresta, porque desde que os brancos se aproximaram dela motivados para realizar trabalhos missionários, construir estradas, apropriar-se do território para criação de gado, extrair o ouro, por meio dos garimpeiros, chamados pelo Yanomani de “comedores de terra”; os povos acabam morrendo, pelas “fumaças de epidemias” trazidas por esses processos de colonização e exploração do seu território. São, portanto, circunstâncias que impactam diretamente na saúde desses povos, cujas formas cura não encontram precentes na tradição e conhecimento indígena.

As palavras trazidas pelo xamã Yanomami mostram uma outra medicina, com uma prática de cuidado feita pelo trabalho xamânico que se realiza bebendo *yãkoana*, um alucinôgeno que alimenta os espíritos, os *xapiri*, fazendo-os dançar e protegendo o xamã dos espíritos maléficos e todos que precisarem dele. Para construir uma linguagem que possa ser ouvida por não indígenas, o xamã Yanomami afirma que “os *xapiri* eram os médicos de nossos antigos, desde sempre” (KOPENAWA; ALBERT, 2015, p. 176). No entanto, frente as inúmeras doenças trazidas pelos brancos, apenas o trabalho dos *xapiri* não são suficientes para combater e afastar tais doenças, dependendo assim do auxílio de remédios dos brancos.

Os *xapiri* só sabem combater as doenças da floresta, que conhecem desde sempre. Quando tentam atacar os espíritos da epidemia *xawara*, que chamamos de *xawarari*, eles acabam por devorá-los também, como aos humanos. Por isso, apesar de os *xapiri* saberem curar, hoje em dia os xamãs também precisam contar com o auxílio dos remédios dos brancos para manter essas doenças longe de nós (KOPENAWA, ALBERT, 2015p. 176).

As palavras do xamã Yanomami se situam num esforço de tornar conhecida o modo de vida de seu povo e reunir forças em defesa da floresta e seus habitantes. A existência do seu povo depende da proteção da floresta, da não extração mineral, que dentro de sua cosmologia é entendida como

material perigoso, provocador de doenças e males. Por isso, *Omama* guardou nas profundezas da terra quando o primeiro céu caiu. Justifica que as caças sumiram desde a chegada do garimpeiros, não apenas pela contaminação das águas pelo mercúrio, mas também pela interferência em sua cosmologia, no que tange a relação com a caça (KOPENAWA, ALBERT, 2015).

Os autores mostram como a presença colonizadora no território Yanomami, numa busca desenfreada por acúmulos monetário, incidiu nas inúmeras mortes provocadas, especialmente pelas “fumaças de epidemias”, como a malária, a gripe, por exemplo, no rompimento com memórias de seus ancestrais, na morte dos xamãs, nos impedimentos de habitar a floresta, entre outros. São nessas circunstâncias que as condições de potência de vida e existência se tornam ameaçadas.

As palavras do xamã denominam os brancos como povo da mercadoria, que por fixarem seu pensamento nas mercadorias e no dinheiro estão cheios de esquecimentos, pois, têm os ouvidos fechados para as palavras de *Omama*, seu criador, aquele que tem as palavras verdadeiras.

Nesse sentido, tem-se que a saúde entre os povos indígenas se situa na (r)existência e no fortalecimento da memória dos povos, na escuta das palavras sábias, presentes no silêncio da floresta, na capacidade de sonhar, onde as palavras verdadeiras são fixadas no fundo do peito e não em “peles de papel”. O pensamento ameríndio considera a escrita como uma relação frágil com as palavras, pois ao invés das palavras estarem gravadas no papel, pela experiência com oralidade as palavras estão gravadas no fundo do peito (KOPENAWA; ALBERT, 2015; OLIVEIRA; SANTOS, 2016).

Compreender que a potência de vida e saúde dos povos indígenas vinculam-se aos seus mitos, às cosmologias, à memória, à relação com a ancestralidade e à oralidade, significa entender que uma política de saúde indígena, parte de ações integradas e atentas a essas relações que constituem os povos e, principalmente, aberta às estratégias tradicionais de prevenção e cura. O que não diminui, aqui, a importância dos saberes biomédicos,

principalmente, frente a processos de adoecimentos aos quais são desconhecidos aos saberes tradicionais maneiras para remediá-los.

Dessa forma, o desafio consiste na construção de diálogo e de relação entre perspectivas de cuidado, formado por conhecimentos de bases epistemológicas diferentes. Pois legitimar a saúde indígena nesses termos, não implica no rompimento ou deslegitimação dos conhecimentos biomédicos. Trata-se de construir uma política de saúde diferenciada, situada com as particularidades históricas e culturais que constiui cada povo, em que as formas tradicionais de atenção à saúde e a biomedicina são coexistentes e coemergentes.

3. Corpo, terra e produção de saúde indígena

O A força que sustenta os diversos povos indígenas a continuarem lutando pela terra, frente aos interesses políticos e econômicos dos latifundiários e do agronegócio, pode ser analisada como luta pela saúde, pela afirmação e resistência de seus modos de vida, como condições basais para que as memórias vivas não sejam esquecidas.

As memórias são vivas, à medida que se atualizam nas práticas do cotidiano, nos acontecimentos e numa temporalidade que se dá na relação com a terra, com o rio, com as matas, com o território geográfico, ou seja, são memórias situadas, contextualizadas no chão vivo da existência. Deslocados do território existencial, a transmissão oral das histórias perde força, tornam-se descontextualizadas e esvaziadas de sentido.

Viveiros de Castro (2017), diz que “A terra é o corpo dos índios, os índios são parte do corpo da terra. A relação entre terra e corpo é crucial” (p.8). Diante disso, frisamos que a relação com a terra é constitutiva, não sendo possível pensar as condições de saúde e/ou itinerários terapêuticos sem destacarmos as singularidades do corpo indígena.

Segundo o autor, a palavra indígena tem um sentido ampliado, porque

significa ser gerado dentro da terra que lhe é própria, por isso, abrange os quilombolas, camponeses, caboclos, sertanejos, entre outros, porque esses povos sentem-se ligados a um pedaço de terra. No entanto, um quilombola, por exemplo, não se reconhece como indígena. A partir disso, pode-se dizer que o antônimo de indígena seria alienígena, ou seja, desvinculado da terra, de um lugar.

Nesse sentido, destituir os povos de sua profunda relação com a terra, através da invasão às terras indígenas, contaminação do ar, do solo, da água – como o derramamento de dejetos industriais de minério, pela mineradora Samarco, ocorrido em novembro de 2015, na cidade de Mariana (MG) e pela mineradora Vale, em janeiro de 2019, em Brumadinho (MG), tragédias humanas, sociais e ambientais enormes e irreparáveis – formam um conjunto de forças que tencionam para alienigenação desses povos, pois, macula condições fundantes de vida e saúde.

Afinal, não se trata de qualquer relação com terra, os indígenas pertencem-na, o que é diferente de simplesmente possuí-la. Por isso, este pertencimento impulsiona a luta pela demarcação das terras diante da força violenta da propriedade privada, que é legitimada, operada através do Estado. Saez (2015) verifica que o Estado só explica o que é território nacional a partir de suas exceções, com as definições do que são as terras indígenas, quilombolas, por exemplo. Já que a regra, como ressalta o autor, ainda que implícita nas legislações é da propriedade privada da terra.

Portanto, a luta pela demarcação das terras indígenas é uma busca para garantir minimamente essa relação de pertencimento com a terra, dentro do contexto de tensões que envolvem as relações sociais capitalistas operadas através do Estado. Pois, sem suas terras, sem sua história de pertencimento a um povo, são apenas cidadãos, cidadãos pobres, sob forças tutelares e homogeneizadoras do Estado. E isso se relaciona diretamente com a Saúde desses povos.

Todo o massacre contra os índios, os primeiros indígenas do Brasil, é a

luta para transformá-los em pobres, integrados a um projeto de civilização. Para isso, é preciso torná-los alienígenas, despossuídos de seus corpos. Viveiros de Castro (2017) afirma que a expressão índio é uma categoria genérica, criada pelos grandes especialistas na generalidade, os brancos, como forma de universalizar e apagar toda multiplicidade dos povos, para quem sabe, esquecer-se e torna-se apenas cidadãos brasileiros. Porém, os povos (r)existem!

Arturo Escobar (2016) corrobora com o argumento de que os mundos múltiplos só são possíveis em meio a muitas lutas, em face do mundo único, que tem como alvo a produção de invisibilidade dos pluriversos (diferentes e diversas formas de existência). Por isso, a luta pela defesa dos territórios e dos saberes múltiplos é denominado como ontologia política, dimensão constituinte de resistência dos mundos relacionais. O autor aponta para uma diversidade do mundo, que é infinita e esta é uma condição básica das Epistemologias do Sul. A diversidade adquire uma dimensão ontológica quando tratamos de outros modos de vida e de conhecimento, dos saberes múltiplos, de outros mundos. Conhecimentos que são formados pela experiência, saberes e lutas de grupos sociais subalternos.

É na rede de relações entre seres humanos e não humanos que a vida se dá, ou seja, nas relações emaranhadas com todos os seres que habitam a terra. Há grande diferença entre habitar a terra e ocupá-la. Ocupar a terra é possuí-la como um recurso, numa relação objetual, que nos faz acreditar no direito de destruí-la ou espoliá-la com finalidades meramente lucrativas (ESCOBAR, 2016). Por sua vez, habitar a terra trata-se da não separação entre a natureza e o homem, mostrando que os seres humanos e não-humanos existem em relação. Essa dimensão de inter-relação será chamada por Escobar (2016) de ontologia relacional, sendo uma dimensão constituinte dos habitantes da terra, ressaltando, ainda, que nada existe de modo pré-existente, as coisas existem em relação. “Todos os tipos de seres vivos dependem dos outros para a sua existência e eles se entrelaçam em um

imenso tecido que evolui continuamente”⁶ (INGOLD, *apud* ESCOBAR, 2016, p.18). Por essa razão, em uma ontologia relacional os seres não ocupam a terra e sim a habitam.

Os processos de ocupação da terra são atravessados por interesses econômicos, sustentados pelo Estado, que tentem produzir progressivamente uma efetiva destruição dessas relações ontológicas, à medida que ignoram a potência de criação de vida da natureza, transformando-a em recursos, objetos de lucratividade. Dessa maneira, essa destruição pretende tornar invisíveis as relações de coexistência dos povos com a terra, pois entre os indígenas “a terra é uma comunhão de sujeitos, não uma coleção de objetos”⁷ (BERRY *apud* ESCOBAR, 2016, p.28).

Assim, as ontologias relacionais e políticas são fundamentais para situarmos que corpo é esse. Sintonizados com essas dimensões constitutivas do corpo indígena, pode ser possível criar caminhos para produção de *uma saúde indígena* e não *uma saúde para o indígena*. Ou seja, uma saúde que faça sentido para esses povos, que os fortaleça na perpetuação da memória e afirmação cultural, e não práticas que reiterem as violências históricas e exterminadoras dos povos.

A defesa e resistências dos mundos múltiplos se dão na relação com o mundo uno, chamado por Escobar (2016), baseado em John Law, de Mundo Mundial, que luta pela eliminação da diferença e das multiplicidades dos pluriversos, pois o Mundo Mundial parte do pressuposto da separação entre a humanidade e a natureza, dividindo o que pertence a natureza e a cultura. Assim, “esses dualismos (e outros derivados) constituem a base de uma estrutura institucional e de práticas através das quais se põe em ação o Mundo Mundial”⁸ (ESCOBAR, 2016, p.22).

⁶ Original do texto: “todos los tipos de seres vivientes dependen de otros para su existencia y se entrelazan en un inmenso tejido que evoluciona continuamente”.

⁷ Original do texto: “la Tierra es una comunión de sujetos, no una colección de objetos”.

⁸ Original do texto: “Estos dualismos (y otros derivados) constituyen la base de una estructura institucional y de prácticas a través de las cuales se ponen acción el Mundo Mundial”.

Portanto, é preciso romper com perspectivas teóricas dicotômicas para criar processos de abertura às diferenças, condição constitutiva para a criação e existência de outros mundos que superem a racionalidade do Mundo Mundial. Por isso, Escobar (2016) aponta que as teorias sociais modernas também operam a partir dessa base, com princípios de distância objetiva, perseguindo a busca pelo real e pela verdade universal, e com isso, silenciando outros modos de conhecer, viver, como também as lutas desses povos. Assim, o autor orienta que “para revitalizar o pensamento crítico, é preciso aproximá-lo da vida e da terra, incluindo ideias e práticas daqueles que lutam em sua defesa”⁹ (p.30).

Dessa maneira, a produção de saúde com os povos indígenas, partindo da direção de formação de uma saúde indígena e não a despeito dos povos, não pode ser operada com uma perspectiva técnica e instrumental do mundo racional-legal em que vivemos, mas precisa da formação de aberturas às relações constitutivas dos pluriversos, que além das relações entre humanos e não-humanos, envolve também a redescoberta da espiritualidade e do sagrado (ESCOBAR, 2016).

4. Práticas éticas de saúde mental indígena

O processo de saúde se dá no território. Esse território transcende uma dimensão física, e é relacionado com as origens da criação do mundo e com ancestralidade (RODRIGUES, 2014). Vale ressaltar que os confrontos travados para que esses povos possam ter direito as suas terras, são considerados fatores que causam problemas. A perda do território gera implicações que vão muito além da ruptura da relação com o ambiente físico, “remete à perda do referencial de vida e a desestrutura da ordem social e cosmológica”(…) (TEIXEIRA *et al*, 2016, p.8). Essa perda gera diversas

⁹Original do texto: “Para revitalizar el pensamiento crítico, se requiere a cercarlo a la vida y a la Tierra, e incluso a las ideas y prácticas de quienes luchan en su defensa”.

complicações, dentre eles o adoecimento, e até mesmo o suicídio dos povos indígenas.

Neste contexto, tem-se que a temática da saúde mental dos povos indígenas passou a ter o olhar mais atento do Estado no apenas no fim da década de 1990 (LANGDON; GARNELO, 2004). Momento em que questões como o uso excessivo de álcool e substâncias psicoativas, bem como, elevado número de mortes por suicídio ganhou maior visibilidade. Mas é apenas em 2007 entrou em vigor a Portaria nº 2.759 (BRASIL, 2007), a qual estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas.

O que hegemonicamente consideramos doença mental, loucura não é compreendido da mesma forma para os povos indígenas. Nem todo o comportamento classificado como anormal é tratado como uma patologia, mas pode representar um momento passageiro, um movimento de ajuste, ou um mecanismo para aliviar as tensões (PEREIRA *et al*, 2013).

A natureza e os seres que a compõem: mar, rios, astros florestas, animais, seres fantásticos reagem quando existe desarmonia. Esse desequilíbrio é causado pelas ações danosas dos humanos no plano físico e cósmico. Isso aponta que, diferente de uma concepção da biomedicina, as doenças não são naturais, biológicas ou hereditárias, mas atraídas, provocadas (LUCIANO, 2006).

A quebra das normas estabelecidas dentro da cultura, como comer alimentos não benzidos, a inobservância aos ritos de iniciação dos jovens, o resguardo das gestantes, podem ser considerados fatores que desequilibram a ordem social e cosmológica, o que pode vir a trazer desajustes, coletivos e individuais (TEIXEIRA *et al*, 2016).

A instabilidade gerada pelas interferências cósmicas e físicas, que produzem doenças, ganha novas significações no meio social. Um comportamento classificado como "anormal" decorre da avaliação do próprio indivíduo, do seu grupo social de convívio e daqueles que têm o poder delegado

pelo grupo para declarar ou não situações de "anormalidade" (COLOMA *et al*, 2001). Deste modo, o sofrimento mental que leva aos altos índices de suicídio e alcoolismo, que os manuais de doença vão tentar prevenir, diagnosticar, patologizar são em grande parte das vezes, consequências dos históricos confrontos travados para que esses povos possam ter direito as suas terras.

O modo hegemônico de pensar a saúde, na atualidade, se baseia no modelo biomédico que busca os sinais e sintomas no corpo adoecido a fim de fazê-lo retornar à normatividade. Por sua vez, os profissionais de saúde são orientados, em regras gerais, sobre o estado de saúde e doença, aprende-se a detectar sinais e sintomas, traduzir falas sobre a vida cotidiana em potenciais patológicos. Ao entrarem no campo de saúde indígena, os profissionais de saúde se deparam com uma realidade territorial que exige uma atuação diferenciada daquela proposta durante a formação.

Em termos mais formais, segundo o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (2010), a partir de encontros com psicólogos e indígenas, foram levantados como principais demandas no campo da saúde mental indígena intervenções que possam contribuir para redução do índice de suicídio e do uso de álcool e outras drogas. E, em boa medida, a atuação dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado dos povos indígenas deve levar em consideração as premissas acima citadas, principalmente a inexistência da figura um "índio genérico", considerando as especificidades de estrutura e organização social, formação cultural, cosmologias.

Alain Badiou (1995) critica a concepção ética tradicional, de classes abstratas, em virtude de uma "nova" ética que leve em conta processos individuais e as singularidades de cada povo. Quando colocamos em questão uma saúde mental indígena e a relacionamos à importância de uma atuação profissional pautada em uma ética, percebemos que esse conceito definido como universal é insuficiente, reafirma a exclusão, bem como o ideário de racismo e subjugação de um grupo social.

A ética universal provoca uma generalização infeliz, onde é ditado o que é certo e errado, o como se deve ser e agir, sendo, portanto, uma ética omissa às questões que a escapa, às situações desviantes presentes nos acontecimentos cotidianos. É nesse ponto que se faz necessária a atuação dos profissionais de saúde.

É preciso uma nova concepção de saúde que vá além de um sentido de ausência de doença, mas como a possibilidade de criação de estratégias e saídas para as situações que levam ao adoecimento. Assim, a luta por saúde é um exercício ético-político que aponta para uma avaliação permanente das práticas e seus efeitos. Para isso é fundamental que outros modos de constituição de rede e de cuidado sejam pensados, em consonância com os saberes tradicionais. Isso implica em garantir mais que o acesso formal aos equipamentos destinados a esse fim, mas também a participação na definição da perspectiva do cuidado que se atualiza em cada território com suas questões concretas.

5. Conclusão

São inúmeros os desafios políticos, sociais e educativos, provocados pela urgência e consequências dos modos como se tem cuidado da saúde dos povos indígenas. Cada vez mais, as políticas públicas precisam responder às demandas por diversidade cultural dos grupos indígenas. E, a resposta a essas demandas são necessariamente atravessadas pela compreensão dos conflitos produzidos em suas buscas democráticas por direitos.

Aos profissionais de saúde de forma geral, cabe uma atuação coerente com os processos de luta desses povos, em sintonia com a luta por saúde como luta política, pois o desafio consiste em desenvolver uma saúde indígena e não uma saúde para o indígena. Uma saúde indígena, por sua vez, é aquela que se pretende aberta às necessidades e demandas específicas de cada povo,

capaz de construir com eles modos peculiares e criativos de atendimento e acompanhamento. Nesse sentido, uma saúde indígena situa-se com a perspectiva de formação de uma política pública de saúde específica, a qual se constrói na relação com os sujeitos, com suas concepções de mundo, com respeito e legitimação de suas respectivas maneiras e estratégicas de produção de vida e cuidado.

A problemática referente a saúde mental nas populações indígenas se apresenta como um grande desafio para as políticas públicas, profissionais de saúde e também para os próprios membros dessas comunidades. Essa complexidade no tema se dá principalmente pela tentativa de enquadramento desses modos singulares de vida em modelos epistemológicos, concepções de saúde- doença baseadas no modelo hegemônico eurocêntrico de vida.

Esse debate ganha relevo considerando o contexto atual, marcado por grandes tensionamentos e claros retrocessos, o direito à saúde se constitui como uma luta política da maior importância. Principalmente no que tange os desafios e conflitos da política de saúde mental indígena, campo negligenciado a partir de perspectivas generalistas tanto no interior do SUS, quanto nos processos de formação de diversos profissionais da saúde.

Autores como Viveiros de Castro (2008), chama a atenção para o fato de não existir “a” questão indígena. O que pode ser entendido como um “problema indígena” o é somente para olhares ocidentais. Assim, ao olharmos para os índios tentamos enquadrar pseudodemandas dentro de uma perspectiva de classe e etnia dominante. O que de fato pode ser questão para as culturas indígenas, muitas vezes se constitui justamente nessa interferência.

Portanto, qualquer pretensão de uma atuação prática ou teórica que se proponha a tentar dar conta dessa questão, considerando-o como questão indígena de um modo geral, pode acabar sendo problemática. Já que, como apresentado, cada povo apresenta uma concepção própria de saúde e doença, assim como uma visão sobre o uso de álcool nas comunidades. Assim, talvez

uma possibilidade de encontrar caminhos para lidar com essa questão seja antes de tudo verificar as demandas de cada comunidade.

Deste modo, consideramos que não há saber que esteja livre da possibilidade de rotular, enquadrar e diagnosticar e desta forma oprimindo, normatizando, reproduzindo as lógicas hegemônicas tão defendidas como cuidado. Porém, apostamos que uma das estratégias de cuidado seja a afirmação de outros modos de vida, por aquilo que é processo de diferenciação, na potência do vivo e suas singularidades.

A conclusão tem como objetivo principal oferecer um fechamento ao escrito, permitindo que o leitor constate o alcance dos objetivos apontados na introdução. Logo, sugere-se uma recapitulação do objetivo, assim como da pergunta, para que reste demonstrada, de maneira clara e objetiva, a resposta.

Referências

- BADIOU, Alain. **Ética**: um ensaio sobre a consciência do mal. Rio de Janeiro: Relume, 1995.
- BARRETO, Ivan Farias; DIMENSTEIN, Magda; LEITE, Jáder Ferreira. Processos de alcoolização entre povos indígenas da América Latina. **Revista Ciências em Saúde**, v. 10, n. 1, p. 45-51, 25 jan 2020. DOI: <https://doi.org/10.21876/rshci.v10i1.861>.
- BATISTA, Marianna Queiróz; ZANELLO, Valeska. Saúde mental em contextos indígenas: Escassez de pesquisas brasileiras, invisibilidade das diferenças. **Estudos de Psicologia**, v. 21, n.4, p. 403-414, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160039>.
- BRASIL. **III Conferência Nacional de Saúde indígena**. Relatório Final. Brasília: Funasa. 2001.
- BRASIL. **IV Conferência Internacional de Saúde Mental Indígena**. Relatório final. Brasília: Funasa. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio**. 2017. Disponível em: http://clinicadeadolescentes.com.br/cartilha_prevencao_ao_suicidio.pdf.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Fundação Nacional de Saúde, FUNASA. Brasília, 2002.
- CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS LATINO AMERICANOS. **Mapa da violência**. Brasília: Flacso, 2014. Disponível em: www.mapadaviolencia.org.br. Acesso em: 24 ago. 2018.
- COLOMA, M. *et al.* The use of esmolol as an alternative to remifentanil during desflurane anesthesia for fast-track outpatient gynecologic laparoscopic surgery. **Anesthesia & Analgesia**, v. 92, n. 2, p. 352-357, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1213/00000539-200102000-00014>.
- CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA. Grupo de Trabalho Psicologia e Povos Indígenas. **Psicologia e Povos Indígenas**: Objetivos. São Paulo: CRPSP, 2010. Disponível em: <http://www.crpssp.org.br/povos/povos/objetivos.aspx>. Acesso em: 29 ago. 2022.

- ESCOBAR, Arturo. Sentipensar con la Tierra: Las luchas territoriales y la dimensión ontológica de las Epistemologías del Sur. **Revista de Antropología Iberoamericana**, v. 11, n. 1, p. 11-32, abr. 2016. DOI: <https://doi.org/10.11156/aibr.110102>.
- FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense, 2004.
- FOUCAULT, Michel. **O nascimento da medicina social**. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**. Rio de Janeiro: Vozes, 1987.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Características gerais dos indígenas: resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/95/cd_2010_indigenas_universo.pdf. Acesso em: 29 ago. 2022.
- KOPENAWA, Davi; ALBERT, Bruce. **A queda do céu: Palavras de um xamã yanomami**. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.
- LANGDON, Esther Jean. **Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Antropologia, 2001.
- LANGDON, Esther Jean.; GARNELO, Luiza. (org.). **Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Antropologia, 2004.
- LUCIANO, Gersem dos Santos. **O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil hoje**. Brasília: MEC, 2006. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000154565>. Acesso em: 29 ago. 2022.
- NDLOVU, Morgan. Por que saberes indígenas no século XXI? uma guinada decolonial. **Revista Epistemologias do Sul**, Foz do Iguaçu, v. 1, n. 1, p. 127-144, 2017. Disponível em: <https://revistas.unila.edu.br/epistemologiasdosul/article/view/782>. Acesso em: 29 ago. 2022.
- OLIVEIRA, Joana Cabral; SANTOS, Lucas Keese dos. “Perguntas Demais” – Multiplicidades de modos de conhecer em uma experiência de formação de pesquisadores Guarani Mbya. *In*: CARNEIRO DA CUNHA, Manuela; CESARINO, Pedro de Niemeyer. (org.). **Políticas culturais e povos indígenas**. 1. ed. São Paulo: Editora Unesp, 2016.
- PACAYA, Julmer Caisara. **Efeitos do uso do álcool nos modos de existência de povos indígenas do Brasil segundo contextos culturais: uma revisão de literatura**. 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), ISC- Universidade Federal da Bahia, 2020. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/32087>. Acesso em: 29 ago. 2022.
- PELBART, Peter Pal. **Vida Capital: ensaios de biopolítica**. São Paulo, Iluminuras, 2003.
- PEREIRA, Priscilla Perez da Silva *et al.* Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas de Porto Velho/RO: a voz das lideranças. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 131-145, 2013. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1425>. Acesso em: 29 ago. 2022.
- RODRIGUES, Renan Albuquerque. **Sofrimento mental em indígenas na Amazônia**. Manaus: Edua, 2014. Disponível em: <http://ds.saudeindigena.iciet.fiocruz.br/handle/bvs/1437>. Acesso em: 29 ago. 2022.
- SÁEZ, Oscar Calavia. O território, visto por outros olhos. **Revista de Antropologia**, v. 58, n. 1, p. 257-284, 2015. DOI: <https://doi.org/10.11606/2179-0892.ra.2015.102108>.
- SOUZA, Juberty Antonio de; OLIVEIRA, Marlene; KOHATSU, Marilda. O uso de bebidas alcoólicas nas sociedades indígenas: algumas reflexões sobre os Kaingáng da bacia do rio Tibagi, Paraná. *In*: COIMBRA JR, Carlos E. A.; SANTOS, Ricardo Ventura; ESCOBAR, Ana Lúcia. (org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: ABRASCO: Fiocruz, 2005. Disponível em: <https://ds.saudeindigena.iciet.fiocruz.br/bitstream/bvs/5102/2/433040810.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2022.

TEIXEIRA, Diomedia Zacarias. et al. Manifestações e Concepções de Doença Mental entre Indígenas. **Revista Cubana de Enfermeria**, v. 32, n. 4, 2016. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1048>. Acesso em: 29 ago. 2022.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. **Entrevistas (Encontros)**. Rio de Janeiro: Azougue. 2008.

VIVEIROS DE CASTRO. Eduardo. Os involuntários da pátria: elogio do subdesenvolvimento. **Caderno de Leituras**, Belo Horizonte, n. 65, p. 1-9, 2017. Disponível em: https://chaodafeira.com/wp-content/uploads/2017/05/SI_cad65_eduardoviveiros_ok.pdf. Acesso em: 29 ago. 2022.

Artigo recebido em: 17/01/2023.

Aceito para publicação em: 04/07/2023.