



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE – FACES
CURSO DE PSICOLOGIA

SAÚDE MENTAL INDÍGENA: UM DESAFIO
INTERDISCIPLINAR

MARIANNA QUEIRÓZ BATISTA

BRASÍLIA
JULHO / 2010

MARIANNA QUEIRÓZ BATISTA

SAÚDE MENTAL INDÍGENA: UM DESAFIO
INTERDISCIPLINAR

Monografia apresentada como requisito para conclusão do curso de Psicologia do UniCEUB – Centro Universitário de Brasília. Professor (a) orientador (a): Prof. Dr. José Bizerril.

Brasília - DF, Julho de 2010

MARIANNA QUEIRÓZ BATISTA

SAÚDE MENTAL INDÍGENA: UM DESAFIO
INTERDISCIPLINAR

Aprovada em: _____/_____/_____

Banca Examinadora:

Prof. Dr. José Bezerril
Orientador

Profa. Dra. Valéria Mori
Examinadora

Profa. Dra. Tatiana Lionço
Examinadora

Menção Final: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiríssimo lugar, aos meus pais, Angélica e Galileu, que me proporcionaram todas as condições favoráveis possíveis para realizar esse trabalho, com direito a guloseimas especiais e muitas demonstrações de carinho e cumplicidade nos intervalos de produção.

Agradeço, igualmente, à minha nova família – não tão nova assim – João, Dona Lindaura, Seu Jorge, Yara e Davis ao contribuírem profundamente à otimização desse trabalho, me oferecendo suas casas “na cidade” como suporte físico e emocional e assim, permitindo um processo muito mais saudável e confortável ao longo desse processo.

Agradeço, especialmente, ao meu companheiro João Antônio pela cumplicidade, paciência, carinho, atenção e tranqüilidade ao longo desse processo. Compartilhar esse momento fortaleceu o que já era sólido, além de ter tornado tudo mais agradável e aconchegante.

Agradeço aos meus pequenos afilhados, Luís Eduardo e Sofia, pelos momentos gostosos e divertidos, pelas gargalhadas espontâneas, leveza e alegria de viver que nos contagia.

Agradeço ao meu orientador, José Bizerril, por seu comprometimento, dedicação, estímulo e pelas inúmeras trocas importantes para a confecção desse trabalho. À professora Tânia Inessa, a quem cultivo um enorme carinho, por ter me despertado para a saúde mental e por sua sobriedade e sabedoria nas supervisões tão intensas de estágio. À professora Valéria Mori, por sua leveza e gentileza nas supervisões do cenfor, e as constantes conversas (re) construtivas da clínica psicológica.

Aos colegas de curso, Rodrigo, Dani, Miguel, Diego, Nana, Cíntia, com quem construí uma importante amizade, agradeço por tantas trocas construtivas, tantos trabalhos suados em conjunto, tanta coisa chata e tanta coisa importante que dividimos diariamente ao longo desses anos. Espero continuarmos nossos projetos fora da faculdade prezando pelo cuidado que sempre sentimos falta nos serviços de atenção à saúde mental.

Agradeço aos amigos de tantos anos, alguns tão longe, Dudu, Roger, Domi, Isolda, Manu, Sandro, Perê, Marculino, Alice, pela solidariedade e por me tirarem do

ritmo frenético para bate papos descontraídos, risadas deliciosas, séries “perdidas”, e cervejas relaxantes.

Agradeço a Rubem Thomaz de Almeida e Julia Paiva pelas orientações e bibliografias.

Agradeço aos colegas da FUNAI pelo incentivo e interesse nos diálogos entre psicologia e antropologia, e principalmente pelo conhecimento e experiências “tensas” que compartilhamos ao longo desse tempo.

Por fim, um agradecimento especial a todos e todas da Inverso, por momentos fantásticos de aprendizado e descontração. Por me mostrarem uma forma possível de atenção e cuidado diferenciados, longe da violência do modelo hospitalocêntrico. Uma atenção baseada na convivência, na produção, na ocupação dos espaços, buscando autonomia no lugar de silenciamento. Devo grande parte da minha formação a vocês.

À todos e todas vocês, meu muito obrigada!

A consciência de que a forma como nós fazemos as coisas não é a única forma de fazê-las pode causar um salutar abalo em nosso etnocentrismo, forçando-nos a perguntar por que as coisas são como são hoje em dia.

(Guacira Lopes Louro)

RESUMO

O presente trabalho visa traçar um panorama da atuação em saúde mental indígena no país e a diversidade de fatores que permeiam esse campo de pouca visibilidade tanto nas políticas públicas de saúde, quanto na formação dos agentes de saúde. Dentro dessa discussão, tento trazer possibilidades de contribuição do campo da psicologia e os desafios que precisam ser superados para um diálogo e uma atuação eficaz na área. Considerando a psicologia como um campo que reflete uma construção sociohistórica de um saber normatizador, e que pouco dialoga com questões de alteridades étnicas, é vital um estreito diálogo com outras áreas do saber que priorizem essas questões. Dessa maneira, tenho a antropologia como uma constante interlocutora, por ser uma disciplina que se destaca pela importância destinada às questões culturais presentes em todo e qualquer grupo social, principalmente quando se trata de povos indígenas. O tema de saúde mental indígena, por sua própria complexidade, indica a necessidade dessa reflexão interdisciplinar, que não se pode limitar exclusivamente à dimensão individual ou cultural, e sim tratar de ambas, na medida em que se mostram complementares e indissociáveis. Partindo dessa premissa, da qual o saber antropológico e o psicológico se fazem fundamentais nas intervenções de saúde mental indígena, e considerando que antropólogos e psicólogos são profissionais de pouquíssima representação nas referentes equipes encarregadas, existe uma urgência em se discutir o papel de ambas as disciplinas nas equipes. Para acrescentar essa importante discussão trago a necessidade de pensarmos os ajustes na formação profissional, principalmente na psicologia, foco desse trabalho, para fazer frente a este desafio contemporâneo.

Palavras Chave: Saúde Mental, Interdisciplinaridade, Povos Indígenas.

SUMÁRIO

Agradecimentos.....	IV
Epígrafe.....	VI
Resumo.....	VII
INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO 1 – CONCEPÇÕES DIFERENCIADAS: VISÃO DE SAÚDE ENTRE OS POVOS INDÍGENAS	11
1.1 RELATIVIZANDO CONCEITOS	11
1.2 – CORPO/ PESSOA: DIFERENTES PERSPECTIVAS	14
CAPÍTULO 2: A ASSISTÊNCIA DE SAÚDE MENTAL INDÍGENA NO PAÍS E AS DIFICULDADES EM APRIMORÁ-LA.....	18
2.1 – PROMOÇÃO DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL.....	18
2.2. SUICÍDIO: UM ÍNDICE QUE CHAMA ATENÇÃO.....	23
2.3 – A PIOR DAS BARREIRAS: A INABILIDADE EM LIDAR COM A ALTERIDADE.....	27
CAP 3 – CONSTRUÇÃO DE SAÚDE ENTRE OS GUARANI E INTERLOCUÇÕES COM A PSICOLOGIA.....	32
3.1. OS GUARANI – SAÚDE E RELIGIOSIDADE	32
3.2. DIÁLOGOS COM A PSICOLOGIA	35
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45

INTRODUÇÃO

Este trabalho visa trazer reflexões acerca da saúde mental indígena no Brasil e pensar possibilidades da atuação psicológica dentro deste campo, visto ser uma temática de pouco peso dentro das políticas públicas de saúde e da formação acadêmica em psicologia. De maneira geral, propostas voltadas para o benefício dos povos indígenas nunca foram prioridade para qualquer gestão governamental no país.

Dessa forma, estamos diante de um trabalho que busca enriquecer um tema de pouca voz dentro da psicologia, se propondo a refletir o que este campo do conhecimento tem a contribuir para tal discussão¹.

Em se tratando de povos indígenas, o campo de conhecimento que historicamente mais tem pensado o tema é a antropologia, com quem dialogarei freqüentemente ao longo das próximas páginas. Há quem discorde, antropólogos e psicólogos, da possibilidade de se pensar um trabalho teórico que envolva sociedades indígenas e que não seja exclusivamente um trabalho antropológico. Quanto a mim, graduada em ciências sociais e graduanda em psicologia, não restam dúvidas de que este é um trabalho para a psicologia, porém o diálogo com a literatura etnológica se faz imprescindível, pois sugere conteúdos teóricos para se pensar uma lacuna do pensamento psicológico.

A psicologia, por ter se solidificado num contexto especialmente ocidental, dentro de uma lógica voltada para o indivíduo, pouco produziu acerca de um atendimento de saúde mental pensado para um grupo étnico diferenciado. Por outro lado, a antropologia, especificamente a etnologia, se construiu na direção oposta, tendo como foco primordial de reflexão, a diferença cultural entre grupos sociais.

Dessa forma, exercitar um diálogo entre ambas as áreas de conhecimento se faz essencial, na tentativa de preenchermos lacunas tanto na psicologia, como na antropologia, esta partindo de um olhar para o coletivo, e aquela, de um olhar para o indivíduo.

Dessa forma, tento articular ambos espaços de conhecimento, em todos os capítulos, sendo que no primeiro trarei uma reflexão sobre as diferentes representações de saúde/doença, normal/patológico, corpo/pessoa entre a sociedade moderna e

¹ Na busca sobre trabalhos de saúde mental indígena nas plataformas de pesquisa de periódicos, como o *Scielo*, *CAPEL*, *Index Psi Periódicos*, *Google Acadêmico*, as referências a trabalhos realizados por profissionais da psicologia foram ínfimos, praticamente inexistentes.

populações tradicionais². Por conta da imensa diversidade das populações tradicionais brasileiras, darei ênfase à visão de mundo dos índios Guarani, povo com o qual tive mais acesso durante o tempo que trabalhei na Fundação Nacional do Índio – FUNAI.

No segundo capítulo tentarei traçar temas referentes à promoção de saúde, especialmente saúde mental indígena no Brasil, com ênfase no seu histórico, nos altos índices de suicídio que permeiam as populações indígenas, principalmente os Guarani, e ainda questões que dificultam a atuação eficaz nessa área.

No capítulo três, trago referências à cosmologia Guarani e suas formas de promover saúde, numa tentativa de interlocução com as formas ocidentais de tratar questões relativas a saúde mental, refletindo sobre mediadores simbólicos comuns e a possibilidade de intercâmbio entre eles.

Por fim, gostaria de enfatizar que este trabalho refere-se a uma monografia de graduação em psicologia e, portanto, merece mais aprofundamento em todas as discussões levantadas, que pretendo realizar em pesquisas futuras.

² Por sociedade moderna, me refiro a sociedade ocidental, capitalista característica das grandes metrópoles urbanas que segue cada vez mais uma dinâmica guiada pela lógica de consumo, autonomia, e individualização. Por populações tradicionais, nas quais se incluem os índios brasileiros, me refiro a descrição do Decreto Nº 6.040 , de 07 de fevereiro de 2007 que institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, os considerando como aqueles grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição.

CAPÍTULO 1 – Concepções diferenciadas: visão de saúde entre os povos indígenas

1.1 Relativizando conceitos

Este trabalho visa levantar algumas questões relativas à saúde mental indígena no contexto brasileiro, sendo assim, inicialmente, será necessário problematizarmos alguns conceitos e categorias que perpassam as noções de saúde, doença e sofrimento.

Tais noções referem-se a fenômenos complexos que associam fatores biológicos, sociológicos, econômicos, ambientais, culturais e individuais. Para Laplantine (1986) as maneiras pelas quais as questões de doença são representadas de uma sociedade para outra são extremamente diversas, e até numa mesma sociedade, em certo momento da sua história, “as correntes médicas, os sistemas de pensamento, as escolas, os comportamentos sociais são extremamente variados e a essas variações sociais acrescentam-se as variações individuais” (p.11)

Nesse sentido, diante da complexidade que permeia o universo indígena brasileiro, composto por vários povos, cada um com suas referências, crenças e experiências quanto à saúde e doença, mais ainda, quanto a *ser e estar* no mundo, observamos como o universo social e cultural constitui as percepções e ações diante dos aspectos da vida. Dessa forma, quando nos voltamos para a perspectiva de um grupo étnico diferenciado, emergem múltiplos discursos coexistentes acerca da saúde, cada um privilegiando diferentes fatores, elaborando diferentes significados e estratégias de intervenção.

Dentro da saúde mental, foco desse trabalho, não é diferente. As percepções acerca de saúde e adoecimento psíquico também são percebidas pela população de acordo com seu modo de vida e seu universo social e cultural.

Dessa maneira, levando-se em conta que o atendimento em saúde indígena (saúde básica e saúde mental), quando não é passível de tratamento dentro da comunidade, é direcionado a uma equipe de saúde composta pela população envolvente, todo o sistema étnico de crenças entra em choque com o sistema médico convencional, encontro no qual se desenvolve uma série de problemas de tradução cultural.

Por mais que o órgão responsável pela saúde indígena no Brasil – Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) – tenha como proposta um atendimento diferenciado de saúde para as populações indígenas, ainda está muito aquém de uma atuação e resultado efetivo. Esse descompasso se dá por diversas razões, como falta de vontade política,

precariedade de recursos, despreparo técnico, entre outros fatores. Porém, o que gostaria de ressaltar neste momento diz respeito à dificuldade de diálogo entre os discursos biomédicos, ou seja, os que são considerados científicos, e o saber indígena local.

Um diálogo desequilibrado entre os saberes pode ter conseqüências desastrosas para a comunidade, pois, como já colocado por Bizerril (2007), o profissional de saúde que, diante de uma situação de alteridade tão aparente, ignora aquela realidade cultural, incorre num grande risco de conferir um significado psicopatológico a fenômenos que possam ter outro status dentro daquele grupo. Dessa forma, nesse contexto “é preciso ter em mente que a ciência não é o único sistema de classificação e nem o principal agente de explicação da realidade” (BIZERRIL, 2007, p.4).

Sendo assim, a atuação de uma equipe que leve em conta apenas o saber biomédico, em detrimento do conhecimento indígena, tende a não produzir resultados e ainda corre o risco de gerar danos para a comunidade.

Desde que os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) foram criados (1992), raramente contaram com a presença de psicólogos ou psiquiatras, porém, levando em consideração os altos índices de suicídio e abuso de álcool e drogas dentro das aldeias, tais encontros acabam acontecendo, seja por meio de pesquisas etnográficas que querem explicar tais fenômenos³, seja por atendimentos ambulatoriais a alguma tentativa frustrada de suicídio. Dessa forma, um atendimento que *considere a ciência como um fim em si mesma* (JASPERS, 2003), corrobora a interpretação de Foucault (1961, 1999) em seus vários escritos sobre o poder médico, segundo o qual o agente de saúde serve a um sistema de normatização social com padrões rígidos de normalidade e moralidade.

Quando entendemos que representações como as de normalidade, doença e transtorno, bem como práticas de cura e auto-cuidado variam culturalmente, há que se pensar imediatamente na articulação das concepções e práticas de saúde indígena com as do sistema oficial de saúde.

Ressaltar essas questões é demasiado importante, pois no contexto indígena, mais especificamente no contexto Guarani, inúmeros aspectos que permeiam seu universo,

³ A maioria das pesquisas etnográficas tem sido realizada por antropólogos, porém na investigação do suicídio contamos com alguns profissionais *psi* em campo, como é o caso do psiquiatra Levcovitz (1998), no seu livro *Kandire: O paraíso terreal*.

como a religiosidade, a intensa relação com a natureza⁴, com a música e os rituais xamânicos, são fontes de significação para suas enfermidades e sofrimentos diversos.

Uma intervenção que desconsidere todo esse *ethos* e se restrinja à problemática de saúde *versus* doença, anormal *versus* anormal é capaz de tornar sintomáticos, fenômenos que são da ordem da normalidade no grupo. Nesse sentido, é preocupante pensar que marcadores de diferença étnica podem ser vistos como sintomas dentro de um espaço biomédico sem abertura para os valores e significados indígenas. Por exemplo, como problematiza Bizerril (2007), existe um campo de discussões sobre a similaridade entre experiências religiosas e a psicose descrita em manuais diagnósticos como o DSM-IV⁵. Dessa maneira, dependendo da concepção teórica da qual parte o observador, há o risco de se caracterizar uma experiência legítima e importante para o grupo, como uma vivência de sofrimento psíquico que não encontra sentido algum naquele espaço.

Sendo assim, ao pensar uma atuação de saúde mental dentro do universo indígena, é necessário problematizar quaisquer classificações psicopatológicas, tendo em vista que são construídas dentro de um contexto sócio-histórico específico, em que a ciência médica ocidental possui uma legitimidade incontestável perante outras referências de explicação dos fenômenos sociais e individuais.

O fenômeno do suicídio – do qual tratarei melhor no capítulo três – entre as populações indígenas, cujos índices altíssimos dentro de alguns grupos demandam intervenção de saúde, ilustra bem a dificuldade de se pensar o fenômeno a partir de um referencial teórico apenas *psi* ou exclusivamente cultural. A própria complexidade e multiplicidade deste fenômeno indica a necessidade de uma reflexão interdisciplinar.

A discussão que farei a seguir, sobre a concepção diferenciada de pessoa/corpo nas sociedades indígenas, ressalta a necessidade de um viés teórico e uma atuação interdisciplinar que priorize tanto as questões de cunho individual quanto as questões culturais e sociais que perpassam as representações indígenas.

⁴ No capítulo 4 desenvolverei melhor a concepção e relação Guarani com a natureza.

⁵ Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Quarta Edição, publicado pela Associação Psiquiátrica Norte-Americana. Juntamente com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10), manual elaborado pela Organização Mundial de Saúde, constituem as principais referências de diagnóstico de doenças mentais utilizados no Brasil.

1.2 – Corpo/ Pessoa: diferentes perspectivas

A reflexão sobre corpo/pessoa pretende trazer um olhar diferenciado sobre o tema, visto se tratar de conceitos que perpassam e estruturam a concepção de saúde de um grupo. Dessa forma, atuações em saúde indígena que desconsiderem essa divergência de percepção tendem a falhar ou, pior, causar danos à população em questão. As noções de corporalidade e construção da pessoa dentro da concepção indígena indicam o caminho para a compreensão adequada da organização social e cosmologia destas sociedades.

Nosso sistema ocidental de pensamento pressupõe um corpo como organismo biológico, separado e fragmentado da pessoa. Dentro dessa lógica das sociedades modernas, construiu-se uma noção de indivíduo em que a vertente interna é exaltada e o corpo – que não é pessoa, pelo contrário, é distanciado dela – é tomado como simples suporte da pessoa, um “amontoado de órgãos”, como coloca Le Breton (2003). Essa forma de caracterizar o ser humano obedece a uma lógica freqüente de dicotomias em que se polariza corpo e alma (ou corpo e mente), social e individual, normativo e espontâneo.

Diferentemente dessa lógica polarizada reproduzida dentro do contexto individualista urbano e globalizado, há um predomínio do valor da vida coletiva nas concepções das categorias indígenas, que se apresentam bastante díspares quando comparadas ao modo ocidental de caracterizar o ser humano, principalmente quando tratamos da construção da pessoa.

Nas sociedades indígenas brasileiras, a ênfase na concepção de pessoa recai na noção social de indivíduo tomado pelo seu lado coletivo, como “instrumento de uma relação complementar com a realidade social” (SEEGER ET AL. 1987, p.13). Os autores afirmam que a concepção de pessoa indígena brasileira também aciona polaridades, porém, a natureza da relação entre os pólos está longe de ser estática, aparecendo de forma mais fluida e flexível. Em outras palavras, a comum oposição Natureza/Cultura que se exprime nos dualismos deve ser totalmente repensada. Ao invés de pensarmos a oposição dos binários citados anteriormente, surge a idéia de se pensar sua complementaridade.

Lima (2002) na sua etnografia com os Juruna (povo localizado na reserva do Rio Xingu) coloca que, enquanto em contextos modernos apenas os seres humanos podem ser *pessoas*, para o povo tupi *ser uma pessoa* não é, com efeito, uma condição distintiva

da humanidade. Da mesma forma, o que um corpo é, depende intrinsecamente de uma perspectiva. A autora explica: “pessoas, vermes, urubus, rio, pedra e assim por diante, existem antes de tudo como perspectivas humanas e, *enquanto tais*, são corpos fundamentalmente distintos em outras perspectivas” (p.13). Para exemplificar essa perspectiva, Lima pega o urubu como exemplo e coloca que ele, como qualquer outra espécie animal, é humano *para si mesmo*, e é urubu *para os humanos*, mostrando que os corpos que não são humanos fazem parte de um jogo de perspectivas que se diferenciam naquilo que são para os humanos e naquilo que são para pessoas de outra espécie.

Diante dessa perspectiva da construção da pessoa, considero importante pensar num alerta feito por Seeger et al. (1987) para um movimento freqüente na atuação dentro das populações indígenas: o de considerar a concepção (dos índios) sobre a pessoa como ideologia enquanto nossas pré-concepções, não analisadas, constituem a base das teorias científicas. Ao pensar um movimento como esse numa atuação de saúde mental indígena, há possibilidades de gerar uma grande desestabilização social, se pensarmos os índios como indivíduos dicotomizados em corpo e mente, elaborando sua vivência social solitariamente – ou em seus divãs – como os indivíduos da sociedade envolvente.

Dentro dessa reflexão os autores também trazem a idéia de corporalidade indígena vista como espelho do corpo social, ou seja:

o corpo não é tido por simples suporte de identidades e papéis sociais, mas sim como instrumento, atividade, que articula significações sociais e cosmológicas; o corpo é uma matriz de símbolos e um objeto de pensamento. Na maioria das sociedades indígenas do Brasil, esta matriz ocupa uma posição organizadora central. A fabricação, decoração, transformação e destruição dos corpos são temas em torno dos quais giram as mitologias, a vida cerimonial e a organização social (SEEGER ET AL., 1987, p.20).

De acordo com o conteúdo levantado pelos autores, é possível perceber que existe uma ordenação da vida social a partir da linguagem do corpo⁶, lembrando que pensar tais categorias dentro das sociedades indígenas brasileiras é ainda mais complexo, pois, por mais que a corporalidade assuma um aspecto primordial para se

⁶ Ao contrário do sentido deste termo para a psicologia, habitualmente concebido como expressão mais ou menos inconsciente da *psique*, na perspectiva de uma antropologia das sociedades indígenas falar em linguagem do corpo implica considerar as marcas culturais sobre a superfície dos corpos, e como as instituições sociais e representações culturais se expressam por meio de produções específicas da corporalidade. Sobre essa corporalidade, Seeger et al (1987, p24) explica: “É essa penetração gráfica, física, da sociedade no corpo que cria as condições para engendrar o espaço da corporalidade que é a um só tempo individual e coletivo, social e natural.”

entender o funcionamento desses grupos, “o corpo físico não é a totalidade do corpo; nem o corpo a totalidade da pessoa” (IDEM, p.22).

A constituição de corpo para os povos indígenas, mais especificamente para o povo Tupi (tronco em que estão contemplados os Guarani), pouco se aproxima da nossa, como é colocado por Lima (2002), na medida em que seu universo simbólico não é constituído por corpos separados uns dos outros e do mundo, “separados justamente pelo princípio de isolamento, fixação, autonomia e individuação que nos é peculiar” (p.11).

Dessa forma, ao retornarmos à saúde mental indígena, podemos vislumbrar o impacto que pode ser gerado a partir de uma intervenção que tem como concepção de pessoa/corpo o saber científico (ou biomédico), que se distancia abismalmente da concepção indígena, ao tratar o indivíduo baseado na concepção de pessoa ocidental, na qual muitas vezes o indivíduo é visto como um dado. Isso corrobora a idéia de Bizerril (2007), ao dizer que essa concepção individual de pessoa é a mesma que tem servido de base para a “maioria das teorias psiquiátricas e psicológicas acadêmicas e conseqüentemente a suas definições de normalidade” (p.3). A partir disso, me parece óbvio o risco de se aplicar um modelo cultural sobre o que seria ser humano em contextos diferenciados, onde tal modelo não encontra sentido. O choque de sentidos e significados oriundos de concepções diferenciadas sobre a construção da pessoa pode facilmente adquirir um caráter sintomático e psicopatológico, no qual provavelmente não encontrará respaldo algum pela população em foco, em nada contribuirá para as condições de saúde estabelecidas, e na pior das hipóteses, poderá causar um grande prejuízo para a organização social daquele grupo⁷.

⁷ Exemplos acerca desses danos foram amplamente discutidos na II Reunião de Monitoramento dos Projetos de Medicina Tradicional Indígena, organizado pela FUNASA e ocorrido em 2007, em Brasília. Pesquisadores contratados pela FUNASA para atuarem nas terras indígenas relataram intervenções no combate ao alcoolismo e nos projetos envolvendo neonatais e partos indígenas, sendo que em ambas as situações houveram projetos mal sucedidos por conta da incompatibilidade do modelo de intervenção médica oficial com o indígena. No primeiro caso, uma tentativa de intervenção medicamentosa falhou e gerou inúmeros efeitos colaterais, na medida em que se propôs a ingestão de dois comprimidos de cores diferentes por dia (o método das cores diferentes foi criado para facilitar a manipulação do medicamento), indicação que não foi seguida pela maioria dos integrantes do grupo pelo fato de considerarem a cor de uma das cápsulas do remédio, um alerta para alimentos venenosos. Dessa forma, muitas dessas pessoas deixavam de tomar uma das cápsulas recomendadas, fato que foi observado apenas num segundo momento do projeto, cujo resultado terminou em vários efeitos colaterais não esperados. No segundo caso, na tentativa de evitar contaminações e infecções nos partos realizados nas aldeias, muitas mães foram (e ainda são) levadas aos hospitais para terem seus bebês, local onde muitas delas se depararam com um enorme estresse no processo de parto por não ser permitido a presença do pajé nem de sua família, nem tampouco a alimentação que considera adequada antes do parto.

Por este motivo, as etnografias envolvendo as populações indígenas contribuiriam para essa reflexão dentro da intervenção em saúde, principalmente, ao mostrar como a construção diferenciada da pessoa indígena requer também uma intervenção diferenciada, visto a relação direta que há entre sua visão de ser humano e as possibilidades de mantê-lo fisiológica e mentalmente saudável – o que para eles não são “saúdes” tratadas separadamente.

Considerando as reflexões discutidas nesse capítulo, trato a seguir da assistência de saúde dada aos povos indígenas desde sua regulamentação pelo Ministério da Saúde, seguida pelos altos índices de suicídio indígena ocorridos nos últimos anos, e por fim, sobre as limitações e dificuldades dentro do campo da psicologia para se pensar numa atenção de saúde mental marcada pela diferença étnica.

CAPÍTULO 2: A assistência de saúde mental indígena no país e as dificuldades em aprimorá-la

2.1 – Promoção de saúde indígena no Brasil

Os dados sobre a população indígena total no Brasil são discrepantes e variam conforme a fonte utilizada. Segundo dados de 2009 do IBGE ⁸ cerca de 730 mil índios habitam o país. Já dados da FUNASA falam da presença de 538 mil no ano 2008, enquanto a FUNAI e o Museu do Índio tratam de um contingente populacional entre 315 e 360 mil índios. As estatísticas são menos contraditórias quanto a número de povos e línguas indígenas⁹.

Segundo a antropóloga e demógrafa Marta Azevedo (2000), em publicação para o Instituto Socioambiental – organização Não Governamental voltada para as questões dos direitos indígenas no Brasil – não há um consenso entre os diferentes atores que trabalham no levantamento da população indígena. Como as datas e os critérios censitários variam bastante, existem povos sobre os quais não há informação e sabe-se muito pouco sobre as populações indígenas urbanas. Mesmo em menor medida, até o número de povos varia – em torno de 220, segundo dados da FUNAI – seja porque índios isolados passam a ser conhecidos, seja porque novos povos passam a reivindicar a condição indígena. Apesar de serem numericamente poucos quando se considera a população total do país (de 0,2 a 04% da população brasileira), caracterizam-se por uma multiplicidade de grupos e línguas, sendo este último quesito talvez o único praticamente invariável entre as diferentes fontes, referindo-se a um número em torno de 180 línguas.

Os grupos indígenas se encontram em estágios diferentes de contato com a sociedade envolvente: de um lado, os grupos isolados ou semi-isolados e de outro, os índios em permanente contato com a população não indígena. Segundo dados apresentados pelo antropólogo Carlos Alberto Ricardo (2000), esta última abrange mais da metade da população indígena brasileira e encontram-se numa situação sanitária e

⁸ O censo de 1991 do IBGE foi o primeiro a colocar a variável indígena como item no questionário da amostra relativo ao quesito “Cor ou Raça”, juntando-se as quatro já existentes (branca, preta, amarela e parda). É nesse contexto, portanto, que os índios estarão representados como população diferenciada.

⁹ Para maiores informações acesse: www.funai.gov.br; www.funasa.gov.br; www.ibge.gov.br; www.museudoindio.org.br.

epidemiológica semelhante aos grupos pobres da população geral: desnutrição, tuberculose, alcoolismo, mortalidade infantil, AIDS, entre outras. Um indicativo alarmante, do qual falarei mais adiante, refere-se a um índice altíssimo de suicídio dentro dos grupos indígenas, com uma média anual em algumas aldeias 40 vezes maior do que a média nacional. Pode-se especular que estes índices tenham relação com o caráter destrutivo do contato inter-étnico com a sociedade envolvente, decorrente do processo de colonização. Este processo, que se iniciou há cinco séculos, ocasionou inclusive a desapareição de vários grupos étnicos, a diminuição da população indígena e a degradação das condições de vida dos grupos que sofreram contatos mais intensos e por período mais prolongado.

Quando se trata de índices relacionados à saúde dos povos indígenas, levantamentos bibliográficos mostram que as coletâneas dedicadas ao tema vêm sendo publicadas desde o início dos anos 1990¹⁰ mas, como explica Langdon (2004), ainda não existe um livro direcionado à promoção de uma reflexão teórica e prática sobre essa intervenção.

Segundo a autora, a intervenção em saúde indígena não está consolidada, nem com objetivos e metodologias bem delimitadas e compartilhadas. Neste caso, ela se refere à intervenção em saúde de maneira geral, não se restringindo à saúde mental. Tendo em vista que se as questões da atenção básica em saúde, ou seja, atendimento voltado para questões de ordem fisiológica, estão neste nível tão primário de planejamento, não surpreende que as questões voltadas para a saúde mental deixem ainda mais a desejar, visto ser uma área secundária aos olhos dos gestores de saúde do país, e mais ainda por se tratarem de áreas raramente pensadas como interdependentes e inseparáveis.

Atualmente a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é regulamentada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Contudo, o modelo de atenção em saúde indígena no Brasil consiste num eterno processo em construção que foi posto em movimento da década de 1980, esbarrando-se em outros fatores históricos e políticos como a implantação do Sistema Único de Saúde

¹⁰ A autora faz referência aos estudos de Buchillet 1991, Coimbra 1991, Santos e Coimbra 1994, Coimbra e outros 2003

(SUS), a Constituição Brasileira de 1988¹¹ que reconhece o caráter pluriétnico do país, e o crescimento das organizações indígenas (LANGDON, 2004)¹².

Desde a 1ª Conferência Nacional em Saúde Indígena (IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2007), o Ministério da Saúde tenta estruturar um subsistema de saúde indígena diferenciado, porém integrado ao SUS, levando em conta os princípios de participação comunitária do órgão e as especificidades étnicas dos grupos atendidos. Diante de tamanho desafio, não é uma surpresa saber que esse modelo tem sofrido diversas alterações, principalmente quando consideramos a extensa diversidade étnica do país, e os habituais entraves políticos e orçamentários para um bom atendimento em saúde, seja ele indígena ou não.

Até 1991 a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) estava encarregada da saúde indígena. A grande parte dos problemas de saúde deveria ser resolvida nos Postos de Saúde mantidos nas Áreas Indígenas por equipes volantes de saúde e auxiliares de enfermagem. Os casos que precisassem de tratamento mais sofisticado deveriam ser encaminhados a hospitais ou serviços com os quais a FUNAI mantivesse convênio (LANGDON, 2004). Contudo, os serviços caracterizavam-se por uma intensa carência de infra-estrutura e profissionais preparados para lidar com a especificidade cultural dos povos indígenas.

Afinal, como lidar com um corpo adoecido, que não concebe sua cura apenas pela intervenção fisiológica? Mais que isso, que não registra no seu código simbólico a separação de corpo/pessoa, que não concebe um adoecimento desvinculado de sua espiritualidade, da relação com a sua coletividade e com a natureza?¹³

As reformulações das políticas de saúde para os povos indígenas a partir da década de 1980 fazem parte da reforma sanitária que vem sendo implantada no Brasil,

¹¹ Aos índios, a Constituição de 1988 reconhece sua identidade cultural própria e diferenciada (organização social, costumes, línguas, crenças e tradições), assegurando o direito de permanecerem como índios, e explicita como direito originário (que antecede a criação do Estado) o usufruto das terras que tradicionalmente ocupam. Segundo a CF/88, cabe ao Estado zelar pelo reconhecimento destes direitos por parte da sociedade. Dessa forma, o papel do Estado passa então da tutela de pessoas à tutela de direitos. Houve avanços também no papel exercido pelo Ministério Público que se tornou referência fundamental nos processos judiciais referentes, mobilizando os órgãos administrativos competentes. Apesar das mudanças promovidas pela CF/88, o *Estatuto dos Povos Indígenas* de 1973, que possui uma perspectiva muito retrógrada do Estado Nacional perante os índios – nos quais não se reconhece sua plena capacidade civil – ainda permanece inalterado, tramitando no Congresso Nacional desde 1994.

¹² Inclusive, também é necessário lembrar que a política de saúde no Brasil é guiada pelos *Princípios da Tolerância*, aprovados pela UNESCO em 1995. Este documento define tolerância como “o respeito, a aceitação e o apreço da riqueza e da diversidade das culturas [...]” (UNESCO, 1997).

¹³ Sobre relação natureza e cultura entre os povos indígenas, há um longo debate na literatura antropológica acerca da concepção de natureza como formulação cultural.

sendo um de seus produtos o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual é norteado por dois princípios independentes de grupos ou classes particulares: a garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços para a prevenção e manutenção da saúde e a participação da comunidade conhecido como “controle social”¹⁴. Ambos são considerados direitos de cidadania no estado democrático (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004).

Como consequência dessas diretrizes, o Estado brasileiro delegou à FUNASA a responsabilidade de coordenar a saúde indígena e organizou para os povos indígenas um subsistema de atenção básica nas áreas indígenas, reforçando o respeito às práticas culturais e saberes tradicionais das comunidades, lembrando que a atenção básica oferecida deve ser vista como complementar, e não como substitutivo das práticas tradicionais (IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2007). Percebe-se, desse modo uma preocupação da legislação brasileira em articular as práticas oficiais com aquelas indígenas específicas, contudo, como percebemos em inúmeras referências à nossa exemplar legislação, a dificuldade está na sua execução, fiscalização e aplicação das sanções previstas em lei no caso do seu descumprimento.

Para a implantação do subsistema de atenção básica para os Povos Indígenas, em 1992, a II Conferência de Saúde Indígena consolidou e aprovou como política pública o modelo de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), cujo conceito circulou como solução para garantir uma atenção diferenciada aos povos indígenas. Só em 1999, porém, a Lei nº 9836 viabilizou a implantação do subsistema baseado em Distritos Sanitários (IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

Os Distritos Sanitários são organizados independentemente das divisões estaduais e municipais, e variam em relação a tamanho e composição étnica, contabilizando um total de 34 DSEIs no país e sua principal função consiste em reunir ações de saúde necessárias à atenção básica, articulado com a rede do Sistema Único de Saúde - SUS, composto por equipe mínima necessária para executar suas ações e com controle social por intermédio dos Conselhos Locais e Distrital de Saúde (FUNASA, 2010).

Dentro da legislação prevista, as comunidades também contam com outra instância de atendimento, que são os Pólos-Base. Os Pólos-Base se constituem na

¹⁴ Controle social é um conceito chave na idealização do SUS. Diferente da noção das ciências políticas como mecanismos do Estado que buscam a ordem social, dentro da saúde coletiva no Brasil, refere-se à participação da sociedade civil na gestão das políticas públicas, avaliando os objetivos, processos e resultados, no sentido de *controlá-los* para que atendam os interesses da coletividade.

primeira referência para os Agentes Indígenas de Saúde que atuam nas aldeias. Os Pólos-Base estão estruturados como Unidades Básicas de Saúde e contam com atuação de Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena, composta principalmente por médico, enfermeiro, dentista e auxiliar de enfermagem. As demandas que não forem atendidas no grau de resolutividade dos Pólos-Base deverão ser referenciadas para a rede de serviços do SUS. Além dos Pólos-Base, existem ainda as Casas de Saúde do Índio, localizadas em municípios de referência, que servem de apoio entre a aldeia e a rede de serviços do SUS.

Considerando os DSEIs como base organizacional dos serviços, Langdon (2004) ressalta que durante os anos de sua implantação a política nacional de saúde indígena ocupou pouco espaço no cenário nacional, pois os recursos humanos e financeiros são insuficientes, existem problemas organizacionais, conflitos institucionais, ausência de participação da comunidade no planejamento desses serviços, a situação sanitária continua sendo precária, não há desenvolvimento de dados para entender o perfil epidemiológico, vários surtos de doenças acontecem sem socorros adequados, as recomendações da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI) ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) são praticamente ignoradas, visto que a saúde indígena é algo muito insignificante diante da arena política das grandes decisões nacionais. Os índios mal sabem a quem se dirigir para resolver seus problemas crônicos e emergentes de saúde.

Para além de todas as dificuldades já citadas ainda existe um problema estrutural ligado a proposta de projetos, que na maioria das vezes são bem intencionados, porém são inviabilizados por uma característica decisiva: a insensibilidade cultural¹⁵. Sobre isso há muito que dizer, pois é latente a dificuldade nas mais diversas áreas, sobretudo na área da saúde, em se romper o paradigma dominante de saber, se abrir para concepções diferenciadas de existência, saúde e doença, e a partir das mesmas elaborar projetos específicos que possam, de fato, ser eficazes para os interessados.

¹⁵ Exemplos disso foi dado por vários profissionais contratados pela FUNASA, na II Reunião de Monitoramento dos Projetos de Medicina Tradicional Indígena em 2007 (FUNASA, Projeto Vigisus II). Um deles se refere a grande quantidade de projetos voltados para uma adequação do sistema de parto oficial-hospitalar às formas tradicionais indígenas. Muitos deles sugerem adaptações no atendimento hospitalar visando uma diminuição do choque cultural, porém a maioria das mães não querem sequer sair da aldeia para dar a luz. Elas querem estar perto da família, se utilizando dos seus próprios cuidados (alimentação, preparação, posição) no momento do parto.

Em caráter de exemplo do que foi argumentado acima, explorarei no tópico a seguir aquele que é considerado, ao menos do ponto de vista das estatísticas atuais, um dos mais graves problemas de saúde mental em áreas indígenas: o suicídio.

2.2. Suicídio: um índice que chama atenção

Este tópico voltado para o tema do suicídio justifica-se por ser uma das questões mais discutidas pela FUNASA dentro do campo da saúde mental indígena. Como o suicídio, os problemas associados ao abuso de álcool e outras substâncias também foram priorizados ao serem percebidos em larga escala pelas equipes dos DSEIs (Distritos Sanitários Especiais Indígenas) bem como pelos dirigentes indígenas dentro das aldeias.

O suicídio é um fenômeno social complexo em cuja literatura não se encontra uma unanimidade quanto à sua definição. Com diferentes escalas de valores, representações e significados específicos segundo o ambiente no qual se manifesta, também se relaciona ainda a fatores e motivações pessoais, tornando-se dessa forma, um fenômeno de difícil compreensão em qualquer sociedade.

Nesse sentido, exatamente por se tratar de um fenômeno tão complexo é alvo de discussão de diferentes áreas de conhecimento como a psicologia, a filosofia, a sociologia, a antropologia e as demais ciências sociais e da saúde. Dentro da religião o tema também encontra espaço para as mais acaloradas definições, interpretações e pareceres para aquele que cometer o ato.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2010), o suicídio é a décima causa de morte do mundo e sua incidência aumentou em 60% nos últimos 50 anos. No Brasil, regionalmente, o índice entre a população em geral é semelhante ao de países com as maiores taxas mundiais, principalmente no Rio Grande do Sul e no Mato Grosso do Sul (OMS, 2010).

Segundo dados da FUNASA, foram identificadas algumas etnias em que o suicídio adota uma configuração epidêmica, sendo que a situação mais grave é encontrada na etnia Guarani Kaiowá e Nhandeva, localizados no Mato Grosso do Sul, que apresenta uma taxa 19 vezes mais alta que a taxa nacional e 10 vezes mais elevada que a taxa correspondente à população não indígena do mesmo estado (FUNASA, 2010).

De acordo com Oliveira e Neto (2002), entre todas as comunidades étnicas do mundo, os povos nativos indígenas possuem as piores estatísticas em relação ao suicídio. Já no Brasil, apesar dos poucos recursos destinados à sistematização de uma confiável coleta de dados, a Fundação Nacional de Saúde computou 6.594 casos no território nacional, em 1995, sendo a maior taxa entre a população de 20 a 39 anos (FUNASA, 1998).

Embora a questão tenha passado despercebida até a década de 80, a etnologia brasileira já identificava o hábito entre os Guarani-Apapokuva e os Urubu-Kaapor em meados do século XX (OLIVEIRA E NETO, 2002). Mas, apesar das descrições de casos esparsos posteriormente, em vários grupos, como os Paresi, os Yanomami, (DAL POZ, 1999) e os Ticuna (nestes últimos, com uma taxa de 28% do total de óbitos entre 1994 e 1996) (ERTHAL, 1998), a questão somente ganhou voz quando se detectou um recrudescimento do suicídio entre os Guarani no Mato Grosso do Sul a partir da década de 1980, com ampla repercussão na mídia nacional e internacional. Em 1995, talvez seu ano mais crítico, foram 55 casos para uma população de 25,5 mil habitantes (CIMI, 1996), o que equivaleria, como coloca dal Poz (1999)¹⁶, aproximadamente a uma taxa 40 vezes a média brasileira ou dez vezes as taxas mais elevadas de países como a França e o Japão.

Para Antônio Brand (1995), historiador especialista nos Guarani Kaiowá, os maiores índices de suicídio ocorrem nas reservas que foram demarcadas entre 1915 e 1918, “*em razão de problemas relativos à superpopulação, à sobreposição de aldeias e chefias, à dispersão da mão de obra em usinas e fazendas e à fome*” (p. 49).

Thomaz de Almeida (1996), antropólogo e indigenista, também levanta hipóteses acerca do suicídio Guarani Kaiowá, enfatizando, que nenhuma delas apresenta, entretanto, embasamento e consistência para esgotar o tema e revelar seu significado pela ótica dos índios. De toda forma, coloca que disputas entre grupos familiares, frustração no desempenho dos papéis sociais, impossibilidade de consumir, por não produzir, são algumas das causas usualmente apontadas para explicar o suicídio. Para o autor, outras causas também relacionadas ao fenômeno dizem respeito à presença

¹⁶ **João dal Poz** é Doutor em Ciências Sociais e tem experiência na área de Etnologia Indígena (ritual, economia, suicídio, parentesco e organização social). Escreveu um artigo sobre a prática do suicídio entre os Sorowaha, povo de língua Arawa do médio Purus (AM), por meio da ingestão do sumo da raiz de timbó. A relevância do fenômeno é evidenciada tanto pelas taxas de mortalidade que ali se verificam, cerca de cem vezes as médias ocidentais, como também pela inusitada frequência com que as tentativas, por variados motivos, ocorrem entre eles.

missionária nas aldeias e a falta de terra, este último considerado pelos índios como fator suicidógeno por excelência.¹⁷

Já dentro das áreas de psicologia e psiquiatria, quando se trata do suicídio, especificamente, encontramos algumas publicações de autores que trabalharam o fenômeno dentro das populações indígenas. Um exemplo é o trabalho do psiquiatra e psicanalista Sergio Levcovitz (1998) que questiona fórmulas de análise sociais comumente adotadas por profissionais das ciências sociais e propõe como chave de leitura para o estudo do fenômeno entre os Guarani-Kaiowá (MS), a noção de pessoa Tupi-Guarani e suas referências cosmológicas e sobrenaturais. Segundo o autor, é no espaço mítico, na configuração das rezas, ritos, cantos, espíritos e almas, que estaria o sentido do suicídio Guarani, fenômeno em que predominam as questões subjacentes à noção de alma, como a de religiosidade e a relação com a morte.

Meu objetivo aqui não é defender um viés ou outro, principalmente por ainda não ter um conhecimento profundo sobre os variados conteúdos que perpassam o tema. Contudo, diante do que já entrei em contato, tendo a um posicionamento que defendo desde o início deste trabalho – um posicionamento interdisciplinar – que considere a complementaridade dos fatores causais colocados pelas diversas áreas que o estudam.

Nesse sentido, parece-me importante enfatizar algumas outras questões. Primeiro, ao se discutir um tema como este, acho necessário deixar claro que o fato do suicídio estar contemplado nos estudos de saúde mental justifica-se por se tratar de um fenômeno complexo que envolve questões que vão das culturais às individuais, sendo perpassadas por várias outras. Não há sociedade onde o fenômeno do suicídio não tenha uma dimensão social, sendo ao mesmo tempo a mais íntima e individual das realidades. Dessa forma seria um equívoco traçar uma relação direta do suicídio ao patológico, a uma “afecção mental”, “distúrbio psiquiátrico”, efeito de processo depressivo grave ou qualquer rotulação do gênero. Mesmo porque não há convergência absoluta na psiquiatria e psicologia moderna em relação à classificação da conduta suicida. O fenômeno, portanto, não serve de ponte para diagnóstico de “transtorno mental”,

¹⁷ O Estado brasileiro, a partir de 1910, levou a cabo uma política de aldeamento de índios Guarani dispersos em seu próprio território. A população Guarani foi sendo confinada ao longo do século XX à sistemáticas restrições territoriais e fronteiras fixas, o que desembocou na restrição da sua importante prática tradicional de “circulação” pelo seu território e mais ainda, na imposição de convivência entre grupos macro-familiares que jamais ocorreria por sua escolha própria. O resultado desta política de “aldeamento” pode ser ilustrado pelo exemplo do Posto indígena de Dourados (entre 6 e 7 mil índios em 3.600 hectares), considerada uma das áreas indígenas mais problemáticas do país, onde há um número elevadíssimo de suicídios (Almeida, 2001)

principalmente dentro do contexto Guarani. Ainda mais, por estarmos em um terreno de alteridade marcada, em que o sentido e o valor dado ao fenômeno se estabelece de uma forma diferenciada.

O tema do suicídio tende a causar muita comoção, consternação e constrangimento, pois ao pensá-lo somos tentados a projetar valores que transformam o fenômeno do outro, dando-lhe nossa roupagem e o caráter de algo desastroso e proibido. Dessa forma, são vastas as prévias conclusões em relação aos altos índices de suicídio nas aldeias indígenas, tanto por freqüentemente estarem ligadas à noção de “transtorno mental” ou por tocarem em valores, muitas vezes religiosos, que associam suicídio, desespero, covardia diante da vida e fracasso pessoal.

Ressalto as questões no parágrafo acima para esclarecer que me preocupo com as implicações que permeiam o tema, apesar de não serem o foco dessa discussão. O objetivo, ao tratar do suicídio, foi mostrar o que tem sido foco dentro das propostas de políticas públicas, problematizar a fala dos especialistas que tratam do tema, mostrar o que tem sido produzido na teoria e como isso tem sido articulado com a prática.

Nessa lógica, algo que chama atenção dentro da saúde mental indígena, quando abordamos os temas de suicídio e abuso de substâncias, é o fato de encontrarmos trabalhos acadêmicos realizados por profissionais de diferentes áreas que articulam, no plano analítico, possíveis causas e soluções para estes problemas. Porém, quando retornamos às equipes de saúde que lidam diariamente com tais dificuldades dentro das aldeias, não encontramos essa essencial cooperação, nem tampouco a presença de psicólogos na composição das equipes.

De toda forma, mesmo com certa contribuição das áreas *psi* dentro das temáticas de suicídio e abuso de álcool e drogas, o diálogo ainda é muito restrito, quando observamos sua representatividade nas plataformas de busca de currículos e artigos científicos, participação em congressos e presença nas equipes que pensam as políticas para os índios, bem como naquelas que lidam com os mesmos dentro das aldeias.

Um elemento que poderia ser responsável por esta desarticulação e baixa presença da psicologia no contexto da saúde indígena pode ser encontrado na própria formação acadêmica e profissional oferecida pelos cursos de psicologia. Sobre isso, discutirei melhor no próximo tópico.

2.3 – A pior das barreiras: a inabilidade em lidar com a alteridade

O histórico acerca da assistência a saúde indígena deixa claro as inúmeras dificuldades encontradas para aprimorar aquilo que hoje ainda é muito incipiente. Porém há que se pensar que as dificuldades atingem proporções que fogem dos clássicos problemas de vontade política, recursos financeiros, infra-estrutura, eficiência dos serviços, entre inúmeros outros que facilmente visualizamos na rede pública de saúde e também nas políticas públicas voltadas para povos indígenas.

Dentro deste contexto gostaria de problematizar duas outras barreiras que pude identificar ao longo da construção desse trabalho: a inabilidade dos serviços de assistência em lidar com a diferença e a rasa reflexão sobre o tema dentro da formação dos profissionais que atuam nessa área.

Nesse sentido, vale inicialmente retornarmos à premissa dos *Princípios da Tolerância* (ver nota de rodapé número 12) para observarmos que infelizmente, a prática de profissionais de saúde, em geral, tende a destoar abismalmente dessas diretrizes. A violenta dificuldade em lidar com práticas e pensamentos diferentes dos seus leva os prestadores de serviços em saúde não apenas ao estranhamento, mas à falta de cuidado no manejo com o outro.

O caráter colonial das relações do Estado com suas minorias nos mostra um posicionamento agressivo de dominação, imposição de poder, desqualificação das referências deste *outro* e uma recorrente tentativa de sobrepor e substituir o sistema de conhecimento que lhe aparece como tão exótico, pelo seu. Nesse sentido, poderia levar essa discussão por páginas a fio, pois facilmente estendemos essa inabilidade de lidar com que nos é estranho aos mais diversos contextos. Contudo, o que mais me interessa nesse momento é pensar que a dificuldade histórica em atuar nos serviços que envolvem choques culturais se potencializa quando pensamos como nossos serviços de atenção à população, e a saúde não foge dessa regra, são enrijecidos sem brechas para novas perspectivas ou perspectivas complementares, e mais ainda, a formação dos profissionais que vão ocupar os cargos de gestores e de profissionais de saúde se encontra na mesma situação.

Sobre isso podemos iniciar nossa reflexão na base da formação dos profissionais: o currículo universitário. Na grande maioria das vezes, disciplinas de outras áreas que possuem um diálogo mais estreito com as questões acerca das diferenças culturais são raras nos currículos dos cursos de ciências de saúde. E isto tem

consequências cruciais na falta de recursos para lidar com situações de atuação profissional cuja clientela se caracteriza por níveis mais evidentes de alteridade, não apenas grupos indígenas, remanescentes de quilombos ou populações tradicionais no geral, mas também as classes populares, e toda sorte de minorias religiosas, sexuais, etc. Disciplinas de áreas afins, como a de antropologia, por exemplo, aparecem, habitualmente, em apenas um dos primeiros semestre letivos do curso, sem contudo ser estendida e vinculada de forma consistente às reflexões trazidas por outras disciplinas. Ainda que haja exceções, poucos professores atentam para o problema da diferença cultural nos contextos de prática profissional de psicologia.

A importância, a meu ver, de ressaltar as carências curriculares vem de um trajeto específico, já que antes da psicologia concluí o curso de ciências sociais pela Universidade de Brasília, em 2006 e durante e após esta primeira graduação trabalhei com populações indígenas na Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e na 6ª Câmara (Índios e Minorias) do Ministério Público Federal. Tais experiências, inclusive, foram as responsáveis por motivar e pensar sobre o tema deste trabalho. Ao me deparar, com as altas taxas de suicídio, alcoolismo e violência dentro das aldeias, também me deparei com a raríssima presença dos psicólogos nas equipes de saúde indígena¹⁸. Paralelamente a isso, ao me envolver com as discussões e o estágio de saúde mental dentro da psicologia, foi possível perceber a precariedade da realidade nacional e, particularmente local, dos serviços de saúde mental em geral, ainda mais agravada no caso das políticas para populações indígenas.

Em relação à extraordinária experiência de estágio em saúde mental¹⁹, o que julgo de mais importante para esta discussão é tratar do desconhecimento e a dificuldade dos alunos em lidar com a diferença das pessoas que vivenciam o sofrimento psíquico grave. Dentro do estágio ficou evidente a imensa indisposição de grande parte dos alunos em lidar e discutir sobre a área de saúde mental, principalmente quando é realizado o primeiro contato dentro desse universo, com as visitas obrigatórias às instituições de saúde mental do Distrito Federal, dentro do programa da disciplina de

¹⁸ A própria Portaria que regulamenta a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002 – coloca que *as equipes de saúde dos distritos sanitários especiais indígenas deverão ser compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, contando com a participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas e outros especialistas e técnicos considerados necessários, sem explicitar nenhuma relevância à presença de profissionais da área psicologia.*

¹⁹ O estágio ocorreu no *Inverso* – Centro de Convivência e Recreação do Espaço Social. Para maiores informações: <http://inverso-ong.blogspot.com/>

psicopatologia I. Não acredito de maneira nenhuma que seja uma experiência fácil, desprendida de angústia e sofrimento, porém me admira a alta quantidade de alunos demonstrarem tanta resistência e discriminação a uma área que julgo ser uma das maiores questões de reflexão sobre a atuação dentro da psicologia.

Ainda sobre isso, cabe também relatar a semelhante dificuldade em relação à saúde mental, da parte de professores que atuam em outras áreas da própria psicologia, como se lidar com o sofrimento psíquico grave fosse algo para um grupo específico de profissionais, quase não pertencentes à psicologia em sentido estrito. Meu objetivo não é diminuir as habilidades variadas referentes a cada segmento da psicologia, mas sim tratar do que se faz gritante mais uma vez nesse contexto. Não estamos apenas falando da intrínseca dificuldade em lidar com a “loucura”, termo caro à psicologia e aos seus esforços em desconstruí-lo e problematizá-lo. Estamos falando essencialmente em lidar com a diferença. Sobre isso vale a pena pensar sobre quais seriam os critérios diagnósticos de “sanidade mental” em contextos de alteridade marcada, quando o profissional não tem treinamento na compreensão da diferença cultural?

A frágil reflexão voltada para as questões de alteridade é perceptível nas demais áreas da psicologia, não sendo exclusividade da saúde mental. A experiência clínica, estágio do qual também participei por dois períodos da graduação, se mostrou um ambiente ideal para o enfrentamento de alguns contrastes, visto sua imensa diversidade de pacientes/clientes, cada um com suas próprias percepções e crenças individuais sobre experiências religiosas, sexuais, morais, raciais, entre outras. Acredito que dificilmente lidaremos, no contexto da clínica, com uma presença de alteridade tão marcada, como um indivíduo indígena – embora haja, neste primeiro período de 2010 uma ou duas crianças indígenas sendo atendidas no projeto de psicanálise infantil no CENFOR²⁰ – todavia, ainda que seja raro o encontro de experiências evidentemente diversas, as cotidianas alteridades presentes nas relações construídas na clínica são experienciadas

²⁰ Cenfor: Centro de Formação de Psicólogos, local onde os alunos de Psicologia do Uniceub matriculados em Estágio Supervisionado A e/ou B, no último ano do curso realizam atendimentos psicológicos à comunidade supervisionados por professores-orientadores.

Acerca do atendimento à criança indígena, não participo deste Projeto especificamente, apenas tenho conhecimento sobre algumas etnografias realizadas dentro do seu grupo étnico. Dessa forma, não teria instrumentos para discutir o andamento dos atendimentos e supervisões, porém me surgem alguns questionamentos sobre o trabalho que está sendo realizado: qual a ênfase dada aos conteúdos culturais diferenciados dessa criança? Que importância foi dada ao levantamento bibliográfico acerca do seu grupo étnico específico, crenças e práticas tradicionais? Como é trabalhado o *sentido* que a criança – e também sua comunidade – dão ao seu sofrimento que a levou à psicoterapia? O que significa para ela estar numa cidade, longe de sua aldeia e grupo, submetida a um tratamento diferente de suas práticas tradicionais?

pela maioria dos alunos com imenso estranhamento e dificuldade em entender esse *outro*, cujo viés se diferencia do seu. No lugar do esforço para uma escuta cuidadosa e diferenciada, na tentativa de entender o outro a partir da sua lógica e vivência particular, o que freqüentemente aparece são posicionamentos de ordem contrária ao que se espera na relação terapêutica: julgamentos de valor, hipóteses antecipadas – e a ânsia por comprová-las –, a crença de possuir recursos mais “científicos” para lidar com os questionamentos do outro, resquílios de uma lógica de aconselhamento, entre outras posturas que parecem muito fora de lugar dentro de um espaço cuja finalidade é terapêutica.

Tais reflexões nos trazem indicativos de que embora a psicologia em certa medida se atente para a questão da diferença, sua formação ainda traz essas discussões sem o aprofundamento e articulação necessária com as disciplinas *psi*. Além do mais, muitas vezes, essa diferença com a qual a psicologia se ocupa, trata da diferença individual, de pessoas situadas dentro ou fora da norma, do padrão. Contudo há uma carência de discussões mais consistentes sobre as diferenças coletivas, principalmente as que divergem das normas hegemônicas: populações tradicionais, minorias religiosas, lingüísticas, étnicas, sexuais, entre outras. Isto talvez remeta, como colocaria Foucault (1961), a uma possível atribuição histórica da psicologia como agente de normatização e correção, e apesar das críticas a este papel no interior da própria psicologia, este viés de atuação ainda não foi totalmente extirpado nem da formação e nem da prática profissional em psicologia.

Nesse sentido, a influência da atuação psiquiátrica dentro da psicologia, por maiores que sejam as reformulações a respeito, ainda são muito presentes, na medida em que encontramos com muita freqüência uma tradição de familiaridade com práticas de normalização social. Apesar de raro hoje, no vocabulário *psi*, o termo “ajustamento” reinou soberano nos discursos psicológicos ao longo da primeira metade do século passado – encontramos o termo facilmente em textos de psicologia clínica, do desenvolvimento ou da personalidade dos anos 1940, 1950 – porém, mesmo estando longe dos textos, a lógica do “ajustamento” é ainda bastante presente dentro das mais diversas práticas psicológicas.

Por fim, após o que fora levantado nas páginas acima, volto ao questionamento fundamental dessa discussão: será que a psicologia está preparada para lidar de fato com a diferença? Principalmente uma diferença étnica, em cujo contexto possivelmente as

concepções das mais simples às mais complexas, são organizadas e entendidas de forma distinta?

Cap 3 – Construção de saúde entre os Guarani e interlocuções com a Psicologia

3.1. Os Guarani – Saúde e religiosidade

Neste capítulo pretendo tratar um pouco da cosmologia Guarani²¹ e suas formas tradicionais de promover saúde dentro do próprio grupo, elucidando sua maneira diferenciada de fazê-lo, ao se utilizar de representações de outra ordem, permeadas pela religiosidade e pela estreita relação desse povo com o ambiente e as espécies que o cercam.

Os Guarani são povos indígenas falantes de guarani, uma língua da família lingüística Tupi-Guarani, do tronco Tupi. Segundo Montardo (2009), a partir da confrontação de dados de pesquisas da lingüística, da arqueologia e da etno-história, é consensual afirmar que estes povos saíram da Amazônia há cerca de 3 mil anos.

A partir dali se expandiram²² - em meio a muito esbulho, perseguição, e expulsão de seus territórios – e hoje ocupam as matas subtropicais – que compreendem os estados do sul do Brasil, mais São Paulo e Mato Grosso do Sul, todo o oriente paraguaio e boliviano, o nordeste argentino e o Uruguai (CHAMORRO, 1998).

Os subgrupos Guarani são: Kaiowá, Nhandeva, Mbyá e Chiriguano. Os Chiriguano vivem na Bolívia, sendo que os Kaiowá, Nhandeva e Mbyá estão distribuídos nos estados do sul do país, São Paulo e Mato Grosso do Sul, inclusive na tríplice fronteira brasileira (Paraguai, Argentina e Uruguai) (idem, 1998). A população Guarani no Brasil é estimada em 30 mil pessoas (RICARDO, 2000), sendo que a maioria vive nas reservas do Mato Grosso do Sul.

Os Guarani possuem uma estreita relação com a natureza²³, sendo que as representações que dela emergem perpassam todas as esferas do seu cotidiano, como

²¹ Como já dito na Introdução, escolhi apenas uma população indígena pela inviabilidade de se falar da extensa diversidade dos povos existentes no Brasil. A escolha pelos Guarani se deu pelo fato de ter sido o grupo com o qual mais trabalhei – em gabinete e em campo – ao longo do tempo que estive na FUNAI.

²² Sobre os 3 primeiros séculos de contato com os colonizadores há uma vasta documentação composta por relatos de viajantes e jesuítas, seguida por um século e meio de lacuna bibliográfica acerca desse povo. A partir de Nimuendajú (1987 [1914]), volta-se a contar com registros de sua presença, seguidos por inúmeras etnografias acerca de sua ocupação no país e as conseqüências da colonização naqueles estados. Apesar de grande relevância, não me aprofundo neste histórico por não ser o foco deste trabalho.

²³ Lembrando que falar sobre *natureza* diz de um tema muito mais complexo, já que não se consiste num fato auto evidente. Aqui, trata-se da relação com o ambiente que os cercam (terra, rios, pedras, vento, fogo) e as espécies que dele fazem parte (fauna e flora).

relações de parentesco, religiosidade, entretenimento, alimentação, atividades econômicas.

Como dito no capítulo um, na discussão sobre construção da pessoa entre os índios Tupi, fica evidente como eles estabelecem uma relação diferenciada não só com as outras espécies que os cercam, mas com os mortos, os sonhos e os espíritos. Da mesma forma o universo cosmológico Guarani faz parte de todas as relações estabelecidas no seu *Tekoa* (aldeia) e *Tekoa Guasu* (espaço ideal que englobaria todas as aldeias do povo Guarani), carregando de significados suas ligações com outras pessoas, animais, plantas, formações ou fenômenos da natureza, de maneira que as condutas que seguem baseiam-se primordialmente em suas relações com os deuses e espíritos, buscando sempre transcender sua realidade social (LADEIRA, 2006). É em meio a esse universo de relações e dos significados que delas emergem que os Guarani estabelecem suas representações de saúde e cura, as quais são elaboradas por meio da música, dança, mitos e rituais xamânicos²⁴.

Segundo Montardo (2009), a música tanto no mito quanto no ritual é o que dá sentido à vida dos Guarani e promove sua manutenção pois, proporciona transformações, deslocamentos e comunicação com os seres espirituais. Os cantos e as danças nos rituais cotidianos atuam também nesse sentido, trazem a interação dos corpos e, com isso, bem-estar e saúde. A dança e a música dentro do ritual permitem que o corpo se transforme, se fortifique e seja capaz de lutar contra doenças.

A música executada com instrumentos específicos, simultaneamente “cantada com a alma vinda das regiões divinas e dançada com o corpo adornado” (MONTARDO, 2009, p. 275) tem um papel de superação de obstáculos, principalmente pelo fato de atingirem a escuta dos deuses lá em sua morada. “Ao tocarem os instrumentos, cantarem e dançarem, buscam força, o erguer-se (*opu’ã*), limpar o corpo (*ombopoti*), tornar-se leve (*ivevúi*), estar alegre (*hory* ou *ovy’a*)” (IDEM, 2009, p. 276). A autora reitera a importância da música para a saúde Guarani, ao afirmar que durante os rituais estão limpando os corpos e, conseqüentemente, embelezando-os com a aquisição dos atributos divinos.

²⁴ Segundo Achterberg (1996), o conceito de xamanismo relaciona-se com a prática de qualquer tipo de cura não médica, folclórica ou mental, ou ainda com qualquer sistema de saúde que não incorpore a medicina ocidental. Mircea Eliade, autor de obras antropológicas e teológicas clássicas, considerou o xamanismo como um sistema de cura que compreende técnicas para penetrar e interpretar a paisagem da imaginação durante o êxtase. Xamã é uma palavra derivada do russo *saman* e são aqueles indivíduos que se distinguem por práticas específicas de êxtase ou estados alterados de consciência.

Montardo (2009), bem como Oliveira (2004) chamam a atenção para a importância do sonho entre os Guarani, pois é por meio deles que é possível acessar os conhecimentos xamanísticos, a composição de canções, o posicionamento diante de determinado acontecimento e a tomada de decisões cotidianas. Oliveira (2004) coloca que os sonhos Guarani são uma mediação entre a realidade, o cotidiano e a cosmologia. O sonho faz a ligação entre o mundo invisível e o cotidiano, determinando muitas das ações dos Guarani. Segundo a autora:

Não há dúvida sobre o papel cultural do sonho e da complexa teoria onírica Guarani, que se reporta à ação humana, cujas formas (como as pessoas se apresentam nos sonhos) são sentimentos. O sonho tem grande importância e destaque no seu cotidiano, pois é através dele que o cotidiano se refaz constantemente. Os sonhos não somente prevêm acontecimentos como possibilitam ou evitam determinadas ações cotidianas (...) Os sonhos mostram o contato com outros seres, avisos, possibilitando à pessoa comunicar-se com outros planos e fazer uma intervenção na realidade (p. 68-69).

Essa relevância do sonho para os Guarani e sua influência direta nas ações permeia toda sua concepção de saúde – do se manter saudável, forte e disposto – pois, ao acessar o plano dos deuses por meio do sonho, a pessoa descobre o que deve fazer para se manter equilibrado e se proteger daquilo que pode abatê-lo.

Dessa maneira, é latente que para os Guarani, a relação entre saúde e religiosidade é inseparável, tanto o espaço ritual como o acesso a outros planos por meio do sonho oferecem um espaço de saúde, fortalece e permite que a pessoa se proteja dos males que possam atingi-la. Essa percepção muito se diferencia da concepção de saúde ocidental que fundamenta a ciência biomédica, e dificilmente engloba a percepção religiosa do paciente no tratamento de alguma moléstia. Para os Guarani, participar dos seus rituais seria como vacinar-se contra possíveis males, concepção que pode estabelecer um difícil diálogo com uma equipe de saúde despreparada em atender uma especificidade étnica. Nesse sentido, uma intervenção nos moldes das grandes metrópoles urbanas, desconsiderando esse tipo de crença pode ser extremamente invasiva se não for amplamente discutida com a comunidade e respaldada por ela.

Para que seja possível uma atenção à saúde indígena e a minimização de seus impactos, teço no próximo tópico algumas reflexões sobre essa prática e a interlocução de mediadores de saúde propriamente Guarani com aqueles amplamente utilizados em atendimentos psicoterapêuticos.

3.2. Diálogos com a Psicologia

Como já discutimos anteriormente no capítulo dois, observamos o imenso despreparo na formação da área de psicologia, bem como o despreparo técnico das equipes de saúde em lidar com situações de alteridade marcada.

Dessa forma, este tópico consiste num exercício de se pensar possibilidades de diálogo entre algumas práticas utilizadas pela psicologia e as práticas indígenas. Para isso, antes de qualquer aproximação entre elas, creio ser necessário pensar num certo “perspectivismo teórico”. Não se trata de rejeitar as teorias existentes que muito já contribuíram para se pensar a dinâmica do ser humano, nem relativizá-las arbitrariamente para atingir quaisquer objetivos.

O que quero dizer tem a ver com uma disponibilidade em se repensar conceitos teóricos que foram construídos dentro das grandes metrópoles ocidentais e direcionados ao seu próprio público, como é o caso da maioria das teorias psiquiátricas e psicológicas, cujos referenciais teóricos partem de um “olhar individualista” (FOUCAULT, 1999), e de certa soberania e autonomia *psi* sobre um corpo que tem pouca representatividade nessa supremacia psicológica. Este referencial encontra muitos espaços e possibilidades de sentido numa sociedade na qual se tem como princípio o isolamento, a individuação, a autonomia.

Contudo, numa sociedade indígena brasileira, particularmente quando pensamos nos Guarani, este referencial da sociedade envolvente pouco serve para pensarmos uma atuação *psi* dentro das aldeias. Como discutimos anteriormente, as relações estabelecidas entre esses grupos e o ambiente que os cercam, as diferentes percepções sobre doença, saúde, corpo, pessoa, requerem outro tipo de atuação daqueles que se tornaram responsáveis em oferecê-la.

Acredito que a criação de uma formação com o foco em saúde mental indígena seria um grande avanço no atendimento de saúde indígena. No caso, seria uma formação que tivesse por objetivo especializar equipes técnicas de saúde envolvendo o diálogo das várias áreas do saber que podem contribuir nesse processo, por exemplo: medicina, psicologia, antropologia, serviço social, biologia, entre outros. Entretanto, como essa possibilidade se distancia muito das propostas voltadas para essa área, temos que refletir sobre as possibilidades atuais, possibilidades que podem partir da reflexão da prática de cada profissional, da relativização de seu saber, o qual foi construído

dentro de referências de seu próprio contexto, e que não contempla a referências de um contexto étnico diferenciado.

Dentro da área da psicologia, e das variadas perspectivas teóricas que a constituem, existe um vasto conjunto de técnicas utilizadas em contextos terapêuticos, tanto na clínica individual, como nas terapias comunitárias, nas oficinas de produção, nos centros de convivência. Algumas dessas técnicas vão da simples criação de um espaço de diálogo à análise de sonhos, ou utilização de mediadores terapêuticos como dança, música, artesanato, entre outras.

Como vimos no tópico anterior, todas essas técnicas e mediadores citados estão presentes de alguma maneira na vida dos Guarani (e da grande parte das etnias que habitam o país), sendo possível pensar numa atuação que utilize-as seguindo as especificidades étnicas necessárias.

Ao pensarmos na representação dos sonhos para os Guarani, percebemos que eles atuam como fonte de experiência e conhecimento (OLIVEIRA, 2004) para essas pessoas. A autora coloca que tanto o conteúdo dos sonhos como a sua narração são culturalmente institucionalizados pela sua importância.

A narração (do sonho) costuma acontecer pela manhã, quando a pessoa acorda e conta o sonho (ra'u) para sua família, de preferência, tomando chimarrão. Depois vai para a casa de Nanderu, onde já se encontram vários amigos e parentes tomando chimarrão e também narrando seus sonhos (OLIVEIRA, 2004, p. 7).

Analogamente às práticas ocidentais, a narração dos sonhos para os Guarani encontra um lugar especial no seu cotidiano. Contudo, enquanto a sociedade envolvente o restringe aos contextos psicoterapêuticos, para eles consiste num movimento cotidiano realizado entre os membros do grupo. Embora observando diferenças significativas envolvendo a narração dos sonhos entre ambas as sociedades, arriscaria dizer que também é possível considerar este momento dos Guarani como um momento terapêutico, na medida em que consideramos esse termo como algo que gera espaço de diálogo, reflexão, comunicação e *feedback* diante das ansiedades trazidas pelo narrador.

Por outro lado, diferentemente do pensamento ocidental, mais precisamente da interpretação psicanalítica – a qual traz uma estreita relação entre sonhos e manifestação inconsciente –, os sonhos para as populações ameríndias no geral, inclusive para os Guarani, apontam para uma noção de vivências da alma, que vem atrelada a de duplo da pessoa, como uma corporalidade que se manifesta no sonho, que pode ser vista. O

sonho é da ordem do real. Esta alma faz uma ligação entre o mundo invisível e o cotidiano, se deslocando de um lugar para outro durante o sono (OLIVEIRA, 2004).

Otero (2010) mostra em sua dissertação de mestrado sobre os sonhos ameríndios, como diferentes povos atribuem o sonho a um plano espaço-temporal em que entra em cena esse *duplo da pessoa* cujo condutor da ação é a alma. Ao mesmo tempo tenta colocar essa alma em paralelo ao inconsciente psicanalítico de Freud – sem supor uma equivalência total dos conceitos – apontando para as possíveis soluções inventadas por diferentes pensamentos para explicar esta reflexão, que parece fazer parte da condição humana, de uma certa repartição da pessoa, de uma parte oculta do sujeito da qual não se tem acesso.

Dessa maneira, tanto indígenas como psicanalistas refletem essas questões utilizando-se dos sonhos para elaborarem explicações para este “outro oculto” – a alma, mas entendida em sentidos distintos pelos Guarani e pela psicanálise - que fala em mim. Essa tentativa de revelar a natureza dos sonhos é central para o empreendimento psicanalítico freudiano. É nos mecanismos da elaboração onírica que Freud pode vislumbrar o funcionamento do inconsciente no indivíduo “sadio”. Contudo, coloca Otero (2010) em seu paralelo entre inconsciente e alma: “Se nos sonhos “freudiano-lacanianos” podemos antever o *inconsciente* em operação, nos sonhos ameríndios podemos captar a *alma* em ação” (p. 14).

Jung, assim como Freud, também traz o sonho como uma projeção dos conteúdos inconscientes, porém acrescenta que nesta projeção é possível detectar símbolos arquetípicos e imagens simbólicas que fogem à compreensão consciente. Os símbolos e fatos que emergem nos sonhos podem ser traduzidos como uma tentativa de comunicação inconsciente da pessoa. Os sonhos têm sua significação própria e dizem respeito a questões particulares do sonhador, a análise e interpretação desses símbolos podem traduzir essa forma de comunicação (JUNG, 1961/2008).

Apesar da grande relevância dos posicionamentos dos autores, não pretendo aqui me aprofundar no processo de elaboração onírica pensado por Freud e Jung, e sim mostrar como o sonho – dada sua grande importância tanto na sociedade indígena como na sociedade envolvente – pode ser um mediador terapêutico no contexto de intervenções em saúde mental. Portanto, o que julgo mais importante frisar são as diferentes representações e explicações dadas a esse mesmo evento comum que é o sonho.

Como exemplo, Oliveira (2004) explica que entre os Guarani as imagens que surgem dos sonhos, podem ter duas formas distintas, o sonho verdadeiro (ou sonho bom) e o sonho comum. O primeiro produz a visão, possui um caráter de experiência, de vivência da alma que vagou durante o sono e entrou em contato (real) com aquilo que precisava ser repassado à pessoa. Os sonhos comuns são premonições e explicam algo que alguém possa estar fazendo contra um Guarani. Por exemplo: “Se o Guarani tem um sonho com ovos, pode estar sujeito a confusões, intrigas. Conforme o sonho, os Guarani deixam de ir a cidade, ou de se expor até mesmo entre eles. O mesmo procede caso ele sonhe com um jacaré.” (p. 8)

Vê-se, dessa maneira, que a utilização dos modelos de interpretação de sonhos, tanto de Freud como de Jung²⁵, poderiam entrar em choque com a concepção Guarani, na medida em que seus sonhos não representam um conteúdo obscuro relativo tão somente à pessoa e sua manifestação inconsciente. O sonho, mesmo o comum, diz de uma possibilidade de acontecimento futuro, de uma premonição que terminará por determinar muitas de suas ações cotidianas. Num contexto psicoterapêutico na sociedade envolvente, no caso de uma sessão que envolva análise de sonhos de um indivíduo, certamente teremos um caráter limitado ao relato verbal com objetivo de elaboração e significação dos conteúdos surgidos, não tendo uma função de repercussão imediata e preditiva na ação cotidiana do sujeito.

Ressalto a centralidade da compreensão da cultura do sonhador, na produção de interpretações de fenômenos oníricos, tanto no que diz respeito aos conteúdos simbólicos dos sonhos, quanto a suas implicações existenciais individuais e coletivas. Esta foi a principal conclusão a que chegaram os participantes de um importante simpósio internacional, de caráter interdisciplinar, sobre sonhos e sociedades humanas, ainda nos anos 60 (CALLOIS & GRUNEBaum (org.), 1978).

Assim como a análise dos sonhos, a música, a dança, o canto encontram espaço nas terapias ocidentais como mediadores simbólicos que também provocam transformação e uma produção subjetiva dentro de um contexto terapêutico (LOBOSQUE, 2003). Encontramos freqüentemente a utilização desses mediadores nas oficinas oferecidas por instituições de saúde mental, principalmente aquelas que partem

²⁵ Muitos outros autores do campo da psicologia, representantes de diversas teorias, tratam da temática do sonho e suas implicações na vida do sujeito, porém por não ser o foco do trabalho, me restringi apenas a breves considerações de ambos os autores.

de um paradigma psicossocial, que tem por objetivo a atuação dentro dos preceitos da reforma psiquiátrica²⁶, que segue uma nova forma de atuação em saúde mental.

Assim como na utilização da interpretação dos sonhos, encontraremos diferenças extremas de significados quando pensamos na utilização desses “mediadores” entre os Guarani. Como dito no tópico anterior, eles se utilizam da dança e da música principalmente em contextos relacionados à experiência religiosa, fato que traz representações muito diferenciadas diante dos mesmos eventos. Digo principalmente, pois os Guarani se constituem num povo extremamente musical, fato que traz a presença da música nos mais variados contextos cotidianos.

Para os Guarani, os rituais permitem que eles sejam escutados pelos deuses, também geram fortalecimento pessoal e, podem facilmente ser considerados “terapêuticos” – nos termos ocidentais –, na medida em que se estabelece uma interlocução com o detentor do saber (*Ñanderu*) num espaço diferenciado próprio para tratar questões como fortalecimento, superação, conquista de metas, auto-confiança etc. Reservadas as devidas proporções, essa situação de aproxima, até certo ponto, do contexto clínico psicoterapêutico, já que nele um espaço clínico de diálogo é criado e ao terapeuta é atribuído um saber capaz de mediar as inquietações do sujeito retornando para ele a reflexão sobre a própria vida, com objetivos equivalentes aos buscados pelos Guarani no seu espaço ritual.

O ponto de encontro que quero trazer é bem colocado por Montardo (2009) ao dizer que os rituais musicais, os cantos e as danças propiciam transformações que trazem bem-estar, segurança e fortalecimento, caracterizando esses momentos como geradores de saúde no grupo.

Dessa maneira, os recursos que os Guarani utilizam para se fortalecer, se auto conhecer, se preservar, se valorizar, possuem certa semelhança com técnicas mediadoras muito utilizadas pelos psicólogos em contexto psicoterapêuticos, fato que poderia ser um facilitador no momento de construção de políticas de atuação em saúde

²⁶ Na intenção de romper com o paradigma da instituição psiquiátrica, a reforma psiquiátrica, que surgiu, concretamente, no Brasil na segunda metade dos anos 70, traz a proposta de uma nova visão diante da saúde mental, e a mais relevante é a admissão de serviços substitutivos como o CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), os NAPs (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental), as Terapias Comunitárias, as ONGs em Saúde Mental, as Residências Terapêuticas e demais Programas Governamentais, como o De Volta Para Casa, Atenção Básica, entre outros. A lei federal 10.216, aprovada em 06 de abril de 2001, depois de 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, instituiu a reforma psiquiátrica no Brasil. Porém ainda encontra muita resistência dos que defendem o modelo hospitalocêntrico de atendimento, dificultando intensamente o pleno funcionamento do novo sistema de atendimento no país.

mental indígena no país. A maneira de utilizá-las, sempre respeitando as especificidades étnicas de cada povo, é ainda um ponto que exige muita discussão entre todos os interessados no assunto: índios, equipes de saúde, gestores.

Apesar da inerente dificuldade em se estabelecer aproximações e diálogos entre culturas com referenciais tão diferenciados, a realidade de contato interétnico nos obriga, como futuras profissionais de saúde, a refletir sobre tais possibilidades, que são reais e se fazem urgentes na medida em que somos chamadas a comparecer, tanto pelos indígenas, como pelos órgãos governamentais responsáveis pela saúde dessas populações.

Considerações Finais

Ao se pensar políticas de saúde mental para os índios brasileiros, é necessário considerar, inicialmente, as conseqüências de se utilizar referências teóricas *psi*, pois são maneiras de conceber o ser humano que podem ser eficazes para certos segmentos da sociedade envolvente, mas não para as populações indígenas. Se perguntarem aos índios brasileiros, aos Guarani especificamente, a que instância se referem as questões que nomeamos como de saúde mental, certamente responderão que são problemas que dizem respeito à *alma*, marcando desde já uma diferença nessa representação que deve permear por completo uma proposta que vise uma atuação de saúde mental nesse contexto.

As sociedades indígenas já possuem seus mecanismos e suas representações para questões que nominamos da ordem da saúde mental. Quanto a isso, não cabe transformá-las em questões relativas a uma *psique* que não encontra lugar entre eles. A idéia definitivamente não é encontrar um espaço para a psicologia ocidental inserir categorias nesse *ethos*, que lhe é estranho.

De toda maneira, na medida em que a assistência de saúde aos povos indígenas está vinculada ao SUS e existe um protocolo da FUNASA para se pensar sua saúde mental, em algum momento esse conhecimento *psi* será chamado não só a comparecer, como a sugerir caminhos e soluções para os problemas considerados dessa ordem. Entre os povos indígenas, os problemas levantados como referentes à saúde mental são os suicídios, a violência, o alcoolismo e abuso de outras drogas. Apesar de termos um aumento extremo em todos esses aspectos, a atuação oficial diante dessas questões ainda é extremamente superficial e aquém do desejado, tanto para os índios como para as próprias equipes e gestores de saúde.

Diante da requerida presença de psicólogos e psiquiatras no âmbito da saúde mental indígena, encontramos, no sentido contrário, uma dificuldade histórica dessas áreas em dialogar com questões de alteridade marcada. Vê-se claramente a discreta presença, quando não, a inexistência, das discussões sobre diferenças étnicas na formação desses profissionais de saúde, lembrando que diferenças cotidianas como origens regionais, grau de instrução, presença de sofrimento psíquico grave já se mostram muitas vezes como barreiras e entraves para se pensar atendimento em saúde mental.

A dificuldade em dialogar com as questões de diferenças está presente em inúmeras áreas que não apenas as *psi*, porém como este é o foco deste trabalho, há que se refletir o que essa área, principalmente a psicologia, tem a dizer sobre essas questões e como se posicionará quando chamada a comparecer.

Antes de se pensar qualquer aplicação de conceitos e técnicas psicológicas num contexto étnico, é necessário ter a consciência sobre o poder que o etnocentrismo e que a naturalização das representações sociais exerce sobre as construções teóricas – fato latente no campo da psicologia – e sobre as formas de pensar e agir de cada um de nós. A percepção de que a forma como nós fazemos as coisas não é a única forma de fazê-las sugere um primeiro passo para se pensar a atuação em saúde mental indígena.

O caráter normatizador fundante do pensamento psicológico ainda é bastante presente nos contextos psicoterapêuticos e continua sendo reproduzido nos cursos de formação profissional. Se o profissional de saúde não quer ser um reprodutor dessa lógica, um agente de normatização social que parte de padrões ocidentais de normalidade é vital que conheça as formas de pensar do outro que está em foco. Antes de qualquer intervenção, é essencial entender o impacto que os fenômenos levantados tem para o grupo, como ele é interpretado e sentido, se é considerado um fato de ordem “patológica”, se ofende a consciência comum daquela sociedade e quais mecanismos utilizados pelo grupo para combatê-lo. Ao pesquisar por essas informações, certamente o agente de saúde encontrará muitos indicadores para sua atuação e certamente se deparará com um universo que muito se diferencia do seu.

Dessa maneira, numa atuação dentro de uma sociedade indígena, torna-se vital a relativização das representações de doença, de cura, de saúde, tal como são empiricamente vivenciadas pelos interessados, bem como o conhecimento de sua percepção de mundo e ser humano para que se possa dialogar e encontrar eficácia nas ações. Estaremos diante de um grupo que sugere outros marcadores de sentido e pensar numa prática psicológica clássica como a clínica individual não só pouco contribui para um atendimento eficaz, como é capaz de gerar danos para o grupo, visto entrar em choque com muitas de suas concepções que o caracterizam como humano e indicam suas formas de agir no mundo.

Assim, uma contribuição da psicologia dependeria de estar disposta a lidar com essas diferenças, por mais que a formação não lhe dê preparo teórico e técnico para isso. O conhecimento acadêmico ocidental precisaria ser adaptado para uma utilização

produtiva em situações de alteridade marcada, na medida em que for possível fazer sentido dentro daquele contexto.

Para isso, existem inúmeros cuidados antes de colocar tal idéia em prática. Há que se pensar na contextualização e adaptação necessária de tais procedimentos segundo as especificidades étnicas do grupo. Além disso, existe a necessidade primordial de se ter um conhecimento sobre o universo da sociedade em foco para que seja possível compor pontes que façam sentido e que sejam úteis para a o contexto de saúde daquelas pessoas.

Sobre o conhecimento a respeito do grupo, acredito que, antes do contato com o grupo indígena em questão, caberia uma espécie de “curso de formação” a ser ministrado por pessoas que tenham um estreito contato com aquela população. Por exemplo, integrantes dos Grupos de Trabalho que passam meses em campo a fim de identificar e demarcar terras propícias ao usufruto dessas populações. Essas pessoas, freqüentemente, são estudiosas do grupo indígena em foco e desenvolvem uma estreita relação de confiança com os mesmos, funcionando muitas vezes, como porta-vozes para a sociedade envolvente sobre seus problemas e demandas. Essas mesmas pessoas, por outro lado, em contato com a equipe de saúde e instruídos por elas, seriam excelentes agentes de saúde, pelo fato de já possuírem um respaldo do grupo para uma atuação e por conhecerem as aberturas e os limites que circundam aquele contexto. Dessa maneira, a troca de conhecimentos deve vir de ambos os lados, podendo-se instruir os agentes de saúde sobre o contexto cultural em questão, ou instruindo os representantes da sociedade envolvente que ali atuam e os índios interessados, sobre maneiras de se promover saúde mental.

A participação indígena é uma questão imprescindível em todo o processo de construção para uma atuação nas aldeias, sendo necessário garantir essa participação na formulação, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações e dos serviços oferecidos. Mais que isso, estimular nas comunidades envolvidas a formação de pessoal em saúde em diversos níveis: agentes indígenas de saúde, enfermeiros, psicólogos etc²⁷.

²⁷ Na I Conferência Internacional de Saúde Mental Indígena, realizada pela FUNASA de 22 a 25 de outubro de 2007 em Brasília, e da qual participei, foram ouvidos palestrantes – representantes das populações tradicionais e agentes de saúde – do Brasil, Austrália, Nova Zelândia, Canadá e Estados Unidos, que trataram das temáticas de suicídio, abuso de álcool e outras drogas e violência. Por inúmeros motivos (políticos, sociais e econômicos) que no momento não cabe aqui discutir, o atendimento à saúde mental indígena nesses outros países está muito além da que existe no Brasil, e um dos casos que mais me chamou atenção foi o depoimento de um aborígine Maori da Nova Zelândia

Por fim, penso que estabelecer um estreito diálogo entre os profissionais de saúde, os profissionais já inseridos nas aldeias e os índios seria uma maneira ideal de se (re)construir técnicas já existentes nos saberes *psi* que também soem familiares aos índios, mesmo que por um outro olhar. Aos poucos, acredito na possibilidade de uma apropriação dos índios de certos conhecimentos da sociedade envolvente, readaptados ao seu contexto, que possa se retro-alimentar até se tornar independente, se manerem que eles próprios sejam seus agentes de saúde mental, como aconteceu com os Maori.

Num paralelo entre essa situação hipotética e uma prática comum na psicoterapia individual ocidental, seria a mediação feita entre psicoterapeuta e cliente/paciente, ao influenciá-lo a gerar mudanças até que se torne autônomo nesse processo e receba sua “alta”, tornando suas próprias ações terapêuticas sem a necessidade de um mediador para tal.

que explicou – e foi corroborado por todos os outros representantes indígenas presentes – a atuação em relação às altas taxas de suicídio e violência sexual entre eles. Inicialmente um grupo de pesquisadores e religiosos iniciaram um programa de prevenção do suicídio e violência (*Canterbury Suicide Project, Christchurch School of Medicine & Health Sciences*), que aos poucos foi sendo substituída por integrantes Maori, até se tornar um projeto exclusivamente direcionado por eles. Começaram como voluntários e até aquele momento (2007) trabalhavam da sua forma, sem ajuda governamental, para que tivessem liberdade de atuar exclusivamente da sua forma e no seu tempo, que muito se diferencia dos moldes da sociedade envolvente.

Referências Bibliográficas

IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA, 2006, Rio Quente. **Relatório Final**. Brasília: Funasa, 2007.

BRASIL. Presidência da República: Casa Civil. Decreto N° 6040, de 07 de fevereiro de 2007.

BRASÍLIA (Distrito Federal). Portaria Ministério da Saúde N° 254, de 31 de janeiro de 2002.

ACHTERBERG, Jeanne. **A imaginação na cura: Xamanismo e Medicina Moderna**. São Paulo: Summus, 1996.

ALMEIDA, Rubem Thomaz de. "O caso Guarani: o que dizem os vivos sobre os que se matam?". In: RICARDO, Carlos Alberto. **Povos Indígenas do Brasil**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2000, p. 1-832.

ALMEIDA, Rubem Thomaz de. **Do desenvolvimento comunitário à mobilização política: o Projeto Kaiowa Nãndeva como experiência antropológica**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria e Laced, 2001.

AZEVEDO, Marta Maria do Amaral. Censo Demográficos e "os índios": Dificuldades para Reconhecer e Contar. In: RICARDO, Carlos Alberto (org.). **Povos Indígenas no Brasil - 1996 a 2000**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2000, p. 1-832.

BIZERRIL, José. Dilemas Classificatórios: Fronteiras entre a Experiência Religiosa e a Psicopatologia. In: FREITAS, Marta Helena de; PREREIRA, Ondina Pena (orgs.). **Vozes do Silenciado: Estudos nas Fronteiras da Filosofia, Antropologia e Psicologia**. Brasília: Universa, 2007, p. 129-152.

BRAND, Antônio. **Os Suicídios entre os Guarani/Kaiowá no Mato Grosso do Sul**. Campo Grande: Multitemas, 1996. v.1, p. 45-55.

CAILLOIS, R. & VON GRUNEBAUM, G. E (organizadores). *O Sonho e as Sociedade Humanas*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1966/1978.

CHAMORRO, Graciela. **A Espiritualidade Guarani: uma teologia ameríndia da palavra**. São Leopoldo, Ed. Sinodal, 1998.

CIMI – CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. **A violência contra os povos indígenas no Brasil: 1994-1995.** Brasília, 1996.

COLOMA, Carlos. **Saúde Mental: Subcomponente II - Intervenções Inovadoras na Saúde Indígena.** Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/Web%20Funasa/vigisus/startVigisus/sub2_saudemental_ai.html>. Acesso em: 02 abr. 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. **Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes.** Brasília, 2004.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura.** São Paulo: Perspectiva, 1961.

FOUCAULT, Michel. **Problematização do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999. (Coleção Ditos e Escritos, vol I).

FUNASA. **Projeto Vigisus II: Área de Intervenção: Saúde Mental.** Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/internet/vigSubII_saudeMental.asp>. Acesso em: 02 abr. 2010.

FUNASA. **Distritos Especiais.** Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/internet/desai/distritosEspeciais.asp>>. Acesso em: 14 maio de 2010.

FUNASA – FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Mortalidade: Brasil – 1995.** CENEPI/Ministério da Saúde. Brasília, 1998.

JASPERS, Karl. **Psicopatologia Geral: Introdução.** São Paulo: Atheneu, 2003.

LADEIRA, Maria Inês. **Espaço Geográfico Guarani-MBYA - Significado, Constituição e Uso.** São Paulo:Edusp, 2006.

JUNG, Carl Gustav. Chegando ao Inconsciente: A importância dos sonhos. In: JUNG, Carl Gustav. **O Homem e seus símbolos.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008, p. 18-131.

LANGDON, Esther Jean. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza (orgs.). **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/associação Brasileira de Antropologia, 2004, p. 33-52.

LAPLANTINE, François. **Antropologia da Doença**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

LE BRETON, David. **Adeus ao Corpo: Antropologia e Sociedade**. 3ª ed. Campinas, SP: Papyrus, 2003.

LEVCOVITZ, Sergio. **Kandire: O Paraíso Terreal: O suicídio entre índios guaranis do Brasil**. Belo Horizonte: Té Cora Editora, 1998.

LIMA, Tania Stolze. O que é um Corpo? **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 22, p.9-20, 2002.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Clínica em Movimento: Por uma sociedade sem manicômios**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

MONTARDO, Deise Lucy Oliveira. **Através do Mbaraka: Música, Dança e Xamanismo Guarani**. São Paulo: Edusp, 2009.

NIMUENDAJÚ, Curt Unkel. **As Lendas da Criação e Destruição do Mundo como Fundamento da Religião dos Apapocuva – Guarani**. São Paulo: Hucitec/Edusp, 1987 [1914].

OLIVEIRA, Cleane S. de; LOTUFO NETO, Francisco. Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 30, n. 1, p.4-10, 18 dez. 2002.

OLIVEIRA, Vera Lúcia de. **Aecha ra'u: vi em sonho**. História e Memória Guarani Mbyá. Tellus, Campo Grande/MS, v. 7, n. 4, p.59-72, out. 2004.

OTERO, Julia. **Vagares da Alma: Elaborações Ameríndias acerca do Sonhar**. 2010. 116 f. Dissertação de Mestrado - Curso de Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Departamento de Antropologia, UnB, Brasília, 2010.

POZ, João Dal. – Crônica de uma Morte Anunciada: Do Suicídio Entre os Sorowaha. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 43, n. 1, p.89-144, 2000.

RICARDO, Carlos Alberto. **Povos Indígenas no Brasil, 1996 - 2000**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2000.

SEEGER, Anthony; MATTA, Roberto da; CASTRO, Eduardo Viveiros de. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. In: OLIVEIRA FILHO, João Pacheco de. **Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil**. Rio de Janeiro: Ufrj/editora Marco Zero, 1987, p. 11-29.

UNESCO. **Princípios sobre a Tolerância**. São Paulo: Usp/flch, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental Health: Suicides Prevention**. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/>. Acesso em: 22 maio 2010.