

IMPORTÂNCIA DO ATENDIMENTO QUALIFICADO A INDÍGENAS COM TENTATIVA DE SUICÍDIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

The importance of qualified service to indigenous suicidal attempts: experience report

La importancia del servicio calificado para los intentos suicidas indígenas:
informe de experiencia

Milena Nunes de Almeida
Nathália dos Santos Silva
Camila Cardoso Caixeta

RESUMO

Os modelos explicativos tradicionais das sociedades ocidentais não são suficientes para compreender o suicídio no contexto indígena. Evidencia-se a necessidade de práticas de cuidado com afinações conceituais necessárias para uma melhor sintonia às diversas realidades étnico-culturais. Este artigo apresenta um relato de experiência sobre o atendimento de indígenas Karajás acolhidos em um Centro de Atenção Psicossocial por histórico de tentativa de suicídio. Trata-se de um recorte da pesquisa intitulada: “Ações de Cuidado e prevenção ao suicídio em indígenas”, uma investigação qualitativa do tipo descritiva realizada em um Centro de Atenção Psicossocial, de uma capital da região central do Brasil, no período de 2014 a 2018. Foram relatados atendimentos psicológicos aos indígenas, que os auxiliaram na ressignificação do sofrimento mental experimentado, funcionando como um instrumento de mediação interétnica. Ressalta-se como fundamental a necessidade de qualificação dos profissionais de saúde para um cuidado psicossocial, livre de estigmas, baseado no tratamento individual e personificado dos indígenas.

Palavras-chave: Serviços de saúde mental, Tentativa de suicídio, Indígenas

ABSTRACT

The traditional explanatory models of Western societies are not sufficient to understand suicide in the indigenous context. There is an evident need for care practices with the necessary conceptual adjustments for a better harmony with the different ethnic-cultural realities. This article presents an experience report on the care of Karajás indigenous people admitted to a Psychosocial Care Center due to a history of attempted suicide. This is an excerpt from the research entitled: “Care and prevention actions for suicide among indigenous people”, a qualitative descriptive investigation carried out in a Psychosocial Care Center, in a capital in the central region of Brazil, in the period from 2014 to 2018. Psychological assistance to the indigenous people was reported, which helped them to redefine the mental suffering experienced, functioning as an instrument of interethnic mediation. The need to qualify health professionals for psychosocial care, free of stigmas, based on the individual and personified treatment of indigenous people, is essential.

Keywords: Mental health services, Attempted suicide, Indigenous

RESUMEN

Los modelos explicativos tradicionales de las sociedades occidentales no son suficientes para entender el suicidio en el contexto indígena. Es evidente la necesidad de prácticas de cuidado con los ajustes conceptuales necesarios para una mejor armonía con las diferentes realidades étnico-culturales. Este artículo presenta un relato de experiencia sobre el cuidado de indígenas Karajás ingresados en un Centro de Atención Psicossocial por antecedentes de intento de

suicidio. Este es un extracto de la investigación titulada: “Acciones de Atención y Prevención del Suicidio en Pueblos Indígenas”, una investigación descriptiva cualitativa realizada en un Centro de Atención Psicosocial, en una capital de la región central de Brasil, en el período de 2014 a 2018. Se informó la asistencia psicológica a los pueblos indígenas, que les ayudó a redefinir el sufrimiento mental vivido, funcionando como un instrumento de mediación interétnica. La necesidad de capacitar a los profesionales de la salud para una atención psicosocial, libre de estigmas, basada en el trato individual y personificado de los indígenas, es fundamental.

Palabras clave: Servicios de salud mental, Intento de suicidio, Indígena

INTRODUÇÃO

No que tange as demandas da população indígena aos serviços de saúde mental, predominam como casos identificados pelos profissionais de saúde: o suicídio, uso abusivo e prejudicial de álcool e outras drogas, crises psicóticas, depressão e outras formas de sofrimento mental manifestados de forma individual ou coletiva. Estes agravos normalmente são tratados pela psiquiatria clássica, onde o objetivo central é a identificação de sintomas e a classificação universal das doenças psicopatológicas, e o tratamento é feito por meio da administração de medicamentos psicotrópicos (Ferreira, 2011).

Por muito tempo, as pessoas foram tratadas com a restrição de liberdade, por meio da internação em manicômios, por considerar o paciente como dependente e incapaz de discernimento numa perspectiva de dicotomização mente-corpo, desconsiderando a individualidade e contextos sócio culturais. Estas práticas objetificantes reduzem o indivíduo à condição de passivo, estando vulnerável à condução de profissionais e à administração de terapêuticas institucionalizadoras, desconsiderando a complexidade humana (Delgado, 1991).

Tratamentos padronizados em saúde mental coisificam a pessoa, aprisionando-a em um rótulo tornando-a impotente e sem autonomia para optar sobre o seu próprio tratamento. Desconsiderar o fato de que cada ser e sociedade são diferentes é negar a multiplicidade de possibilidades e aspectos de cada um colocando todos na posição de “paciente-objeto” destituindo-os de subjetividade (Delgado, 1991).

Dessa forma, conceito ocidental de saúde mental vinculado à subjetividade individual, quando pensado no contexto indígena, precisa ser questionado, uma vez que na sociedade indígena a dimensão coletiva e social é a que prevalece, sendo que os determinantes culturais e sociais funcionam como um organizador das práticas de cuidado do corpo e do espírito (Oliveira, 2013). O saber e as práticas de cuidado de cada povo e comunidade deve caminhar ao lado da medicina tradicional, sendo esta complementar ao saber e práticas rituais, de pajés, raizeiros e rezadeiras próprios do sistema cosmológico de cada comunidade (Brasil, 2002).

Estudo com índios Xukuru de Cimbres evidenciou uma assistência à saúde mental fragmentada, uma população adulta vulnerável do ponto de vista socioeconômico, um padrão de cronificação do consumo dos psicotrópicos e o distanciamento das práticas de curas tradicionais indígenas, característicos do processo de medicalização da saúde (Barbosa; Cabral; Alexandre, 2019).

O suicídio é um problema que causa impactos de proporções imensuráveis de ordem psicológicas, sociais e financeiros tanto nas famílias quanto nas comunidades, sendo por isso um tema complexo para o qual não é possível atribuir uma razão ou causa única. Assim, ele é o resultado de uma complexa interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais. A maioria dos suicídios podem ser prevenidos sendo este um grande desafio para a Saúde Pública em todo o mundo (Brasil, 2017).

Em 2012, de acordo com o mapa da violência (2014), o suicídio é cinco vezes mais incidente na população indígena em comparação com a população geral. Esta incidência de óbitos chega a ser 12 vezes maior que a média nacional em certas regiões do país como na região do Amazonas e Mato Grosso do Sul (Waiselfisz, 2014).

De acordo com Nunes (2017), os suicídios nunca fizeram parte do universo dos povos Karajás. O primeiro registro de suicídio foi em 2002, antes deste episódio foram registrados duas ou três tentativas, e até 2008 foram 05 casos de óbitos por suicídio. A primeira morte ocorreu por enforcamento em 2010, a partir daí aconteceram sete mortes em 2011, oito em 2012, duas em 2013, seis em 2014, dez em 2015 e seis em 2016. Totalizando, entre 2010 e 2016, 41 suicídios por enforcamento na população, residente na Ilha do Bananal em Tocantins (Nunes, 2017).

O fenômeno do suicídio em populações indígenas compreende uma série de fatores desencadeantes, sendo necessária para sua compreensão, uma interlocução entre as especificidades da organização social e cosmologia indígena, sob a ótica de estudos antropológicos, com o cuidado de não partir de modelos tradicionais explicativos das sociedades ocidentais sobre o suicídio (Nóbrega & Reis, 2012).

Portanto, entender como o suicídio é representado em contextos indígenas específicos é uma dimensão, pouco explorada e relevante em estudos científicos qualitativos, que permite inferir como se explica o fenômeno, e em que bases culturais se constrói essa explicação. Essas questões, são importantes pontos de partida para construção de estratégias de enfrentamento ao suicídio no contexto indígena, menos etnocêntricas (Souza, 2016).

São escassos os estudos sobre saúde mental entre os povos indígenas no Brasil e poucos artigos demonstram reflexão teórica e epistemológica o que pode provocar uma prática sem rigor teórico tornar-se cega e etnocêntrica. Portanto, evidencia-se a necessidade de políticas públicas que incentivem o aumento do número de pesquisas com

afinações conceituais necessárias para uma melhor sintonia às diversas realidades étnico-culturais. Além disso, ressalta-se a demanda por um olhar psi para questões de saúde mental em contextos indígenas (Batista & Zanella, 2016).

Ressalta-se que é imprescindível estudos/pesquisas que contemplem essa construção coletiva de saberes já prevista Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e na Política Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2005) que traz como objetivos, promover cuidados em saúde priorizando o cuidado no território contemplando a vida em comunidade e resgate de direitos e cidadania, agregando a estes princípios outras formas de leitura e compreensão de mundo e de saúde e bem viver próprios dos povos indígenas (Batista & Zanella, 2016).

Frente ao exposto, o objetivo deste artigo é relatar a experiência de atendimento de uma psicóloga, no cuidado à indígenas Karajás, acolhidos em um Centro de Atenção Psicossocial por histórico de tentativa de suicídio.

DESENVOLVIMENTO

Este trabalho nasceu de um processo de cuidado em saúde mental voltado para a prevenção do suicídio na população do Distrito Sanitário Indígena Araguaia. Trata-se de um recorte da pesquisa intitulada: “Ações de Cuidado e prevenção ao suicídio em indígenas”. Uma investigação qualitativa do tipo descritiva que analisou alguns atendimentos, realizados em um Centro de Atenção Psicossocial, de uma capital da região central do Brasil, a indígenas Karajás com tentativas de suicídio e suas famílias, no período de 2014 a 2018.

Os indígenas foram encaminhados para o CAPS pelo Distrito Sanitário Indígena Araguaia (DSEI Araguaia) para acompanhamento psiquiátrico numa perspectiva psicossocial porque tinham diagnóstico médico de transtorno mental. O CAPS em questão, foi inaugurado no ano 2000, mas somente em 2016 iniciou os atendimentos à população indígena. Essa articulação do DSEI Araguaia com o CAPS decorreu de um projeto de Educação Permanente em Saúde e articulação de serviços desenvolvidas pela Coordenação de Equidade em Saúde e Gerência de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás Estado de Goiás (SES-GO), no ano de 2014 (Silva et al., 2015)

Após várias discussões para a elaboração de ações de saúde que atendessem as demandas da população do DSEI Araguaia, surgiu como desdobramento a capacitação de profissionais de saúde do distrito quanto às demandas apresentadas, incluindo agentes indígenas de saúde; pactuação de atendimento a indígenas na rede municipal de saúde mental; início de articulação entre secretarias dos três Estados da região central do Brasil, que compõem o DSEI para divisão de responsabilidades e organização da regulação de pacientes para as redes de saúde.

Para atender a demanda de qualificação em saúde mental, foi elaborado um Projeto de Educação Permanente em Saúde que contava com rodas de equidade e visitas às aldeias para identificar necessidade de ampliação do cuidado em saúde mental aos indígenas deste distrito e propor ações de qualificação, cuidado e articulação de serviços. Portanto, como um dos resultados, foi iniciada uma parceria de atendimento nos serviços da rede de saúde mental de uma capital da região central do Brasil.

O encaminhamento para atendimento no CAPS passou a ser feito de forma direta a uma psicóloga do CAPS, uma vez que, inicialmente, foi a única profissional a se dispor a atender os indígenas, isso porque a maioria dos profissionais se julgavam não capacitados a atender uma demanda tão complexa, preferindo portanto, nem lidar com a situação. O atendimento aos indígenas no CAPS foi realizado de forma individual e familiar, contando algumas vezes com a participação de alguns membros da equipe ou estagiários de psicologia curiosos com a demanda específica.

RELATOS DE CASOS

O primeiro contato da profissional psicóloga com os indígenas Karajá foi por meio da SES-GO, quando atuava como psicóloga da Gerência de Saúde Mental e foi convidada a participar de reuniões para elaborar ações de saúde para a população indígena a partir de demanda trazida à SES-GO pelo DSEI Araguaia, acerca de agravos de saúde desta população.

Ainda, no mesmo período, a profissional também atuava em CAPS de uma capital da região central do Brasil e iniciou, em 2016, o atendimento à indígenas com demandas de saúde mental encaminhados do DSEI Araguaia. Dentre os indígenas atendidos, a maioria encaminhada eram proveniente de uma aldeia localizada no norte do estado de Mato Grosso com demandas referentes às tentativas de suicídio, ideação suicida ou sofrimento mental após perda de familiar por suicídio.

Considerando isto, o atendimento se tornou tão personalizado que, em uma ocasião em que a profissional não se encontrava na Unidade, uma outra pessoa da equipe ligou para ela dizendo: “Seus índios estão aqui. Chegaram e não falaram nada. Você tem que avisar”. Na ocasião, eles tinham consulta agendada com o médico da unidade, mas ninguém perguntou nada a eles ou verificaram na agenda se estavam com consulta marcada, pois a responsabilidade passou a ser da profissional e não do serviço de saúde. Como resultado, o paciente indígena e acompanhante da Casa do Índio (quase perderam a consulta CASAI) por não terem sido indagados sobre o motivo da procura pela unidade de saúde, mesmo sendo rotina dos funcionários da recepção checar o tipo de atendimento

quando algum paciente chega à Unidade. Entretanto, como “eram da psicóloga” só encaminharam para a consulta depois de entrar em contato com ela.

Todos os pacientes atendidos eram jovens ente 15 e 22 anos e relataram não querer morrer, mas que a tentativa se tratava de algo da qual não tinham controle como se entrassem em um estado de transe ou recebessem algum comando que os levavam a tentar se enforcar. A comunicação com os jovens era um tanto difícil, pois falavam muito pouco, às vezes por timidez, vergonha ou desconfiança.

Também foi possível perceber uma questão cultural uma vez que os homens são os que têm a fala. Considerando isto, quando eram feitas perguntas aos mais jovens ou mulheres, estes olhavam para os homens mais velhos presentes e eles respondiam ou autorizavam o jovem ou a mulher a falar. Por isso, foi preciso que a psicóloga desenvolvesse um jeito próprio para se comunicar com eles, fortalecendo primeiro o vínculo, esclarecendo os motivos do atendimento, falando um pouco sobre si e do seu trabalho, garantindo o sigilo do atendimento e se colocando à disposição para ajudar. A profissional utilizou perguntas acerca da procura de atendimento, hábitos pessoais, rotina de vida para aos poucos conseguir estabelecer um diálogo, também fez uso do desenho e pintura como forma de manejo da resistência e expressão de sentimentos e costumes.

Um dos casos atendidos foi de um jovem indígena Karajá de 22 anos, que vamos identificar como K. Ele chegou com histórico de fobia social, autoagressão, tentativas de suicídio, agressão física à familiares, alucinações auditivas e visuais, insônia, má alimentação, tendo parado de frequentar as aulas e de se relacionar com outras pessoas da comunidade. A psicóloga começou apresentando o seu trabalho e se oferecendo para ajudá-lo. Ele concordou com o atendimento por ela e pelo psiquiatra, sendo que este começou a tratá-lo com medicação indicada para o caso.

K chegou com muita dificuldade de se comunicar, pois além de falar pouco, ainda falava muito baixo e apresentava uma timidez extrema. Foi perguntado sobre seus hábitos, queixas e gostos (coisas que fazia e que gostava, mesmo que tivesse agora deixado de fazer). Foi quando disse que gostava de desenhar. A partir daí, em todos os atendimentos oferecia papel e lápis e, enquanto desenhava, psicóloga e usuário iam conversando e aos poucos se conhecendo. K começou retratando elementos da cultura e tinha interesse em relatar e dizer o significado e importância para o seu povo, falava as palavras em *inyrubé* e traduzia para a psicóloga em português, por ter dificuldade com algumas palavras, no que a psicóloga concordou. Em um dos atendimentos foi solicitado que retratasse sua família e, para a sua surpresa, ele desenhava todos os membros da família com os braços interligados como se não tivesse divisão entre eles. Falou da importância da família e comunidade como algo orgânico e vínculo principal na vida de um indígena karajá. Retratou o espírito que povoava as suas visões e que dava a ele os

comandos, era um espírito que fazia parte de sua cultura, mas que era visto de forma negativa e persecutória, uma vez que misturava crenças cristãs, chamando por Jesus para ajudá-lo nas horas de desespero.

Ele e sua família frequentavam a Igreja Adventista que fica dentro da aldeia, percebe-se, por este motivo, a perda e mesmo negação de elementos da cultura de seu povo. Foi trabalhado com ele o reconhecimento de tal espírito como parte de sua história, por meio do desenho, reconhecendo a sua existência, em vez de negá-lo, encorajando-o a olhá-lo como um ser presente e a olhar também para as demais possibilidades de sua vida na comunidade como possibilidades coexistentes, tornando possível o trânsito por essas possibilidades sem medo e com a segurança de sua cultura e comunidade. Ele pareceu aliviado com a possibilidade de conviver com esse aspecto que fazia parte dele, uma vez que a fuga e negação geravam angústia e ansiedade pela impossibilidade de eliminar tal presença intrínseca à sua história e cosmologia. K passou a desenhar e a pedir que a psicóloga desenhasse junto com ele, melhorou a comunicação com ela e retratou os dois juntos. Agradecia a amizade, voltou à escola e a fazer amigos e até a namorar. Teve alguns momentos difíceis e ainda apresentava dificuldade em lidar com frustração, porém já conseguia pedir ajuda e se organizar com maior facilidade, relatou à psicóloga que acreditava estar crescendo.

Outra jovem, que vamos identificar com L, foi atendida no CAPS por apresentar ideação suicida após perda da irmã de 15 anos por enforcamento. L parou de estudar, apresentava insônia, ansiedade e dificuldade de se alimentar e foi atendida, pela primeira, vez junto com a mãe que relatou o quadro da filha que se manteve calada. Foi solicitado pela jovem, que fosse atendida sozinha e, nos dois primeiros atendimentos, ela falou muito pouco só respondendo às perguntas de forma monossilábica. Foi perguntado sobre projetos de vida, desejos, coisa que ainda queria realizar e ela respondeu que não tinha nada, nenhum desejo. Se mostrava apática e sem vontade como se desistisse mesmo da vida, sem perspectiva de futuro como se não valesse à pena sonhar. A profissional perguntou queria continuar os atendimentos e ela respondeu que sim. No terceiro atendimento, para sua surpresa disse que agora queria falar e começou dizendo que se sentia quebrada por dentro desde a morte da irmã e que era como se faltasse parte dela. Disse que estava mesmo muito triste e que tinha perdido a vontade de viver, mas que tinha resolvido transformar agora o sofrimento em alegria e que ia tentar novamente retomar a sua vida, que estava decidida. Nos atendimentos seguintes já trouxe planos de voltar a estudar, voltou a sorrir e da última vez que foi atendida, disse estar muito feliz e namorando um rapaz. Referiu ter sido importante o acompanhamento terapêutico.

Outro atendimento foi de um jovem, vamos identificar como M, também muito tímido e levado pelo seu pai por ter apresentado ideação e tentativa de suicídio. O pai

entrou junto para atendimento e falou de seus conflitos familiares desde a separação da mãe de seus filhos, e novo casamento e de como isso afetava a vida dos filhos, devido à mãe deles estar fazendo alienação parental. Foi solicitado, como de costume, para atender o jovem de 16 anos sozinho. A psicóloga informou sobre o trabalho terapêutico e fez algumas perguntas às quais eram respondidas brevemente, mas com ênfase naquilo que o agradava ou não, usando advérbios de intensidade, tais como muito ou bastante. Mas, demonstrou interesse na conversa, apesar das respostas curtas. M manifestou desejo de retornar e dessa vez verbalizou um pouco mais sobre a falta do pai e do desejo de estar mais próximo. A psicóloga procedeu, com M, uma avaliação do vínculo paterno, que permanecia forte apesar da separação e falas contrárias da mãe. Focando em atitudes, M ficou feliz em perceber o vínculo que o pai ainda mantinha com ele. Ao terminar esse atendimento o pai questionou a psicóloga se o filho conversava com ela no consultório e, ao ser confirmado, ele disse se mostrando surpreso: “Ele não conversa como ninguém”.

Em outro momento, a psicóloga foi solicitada na CASAI para atender uma moça que havia tentado suicídio lá. Ela queria falar somente com um psicólogo. Tinha chegado recentemente da aldeia onde se consultou com um pajé e iniciou um tratamento para se livrar de um espírito de pajé que a estava perseguindo, querendo levá-la com ele incentivando-a a se matar. Também relatava ter visto o espírito de uma prima que também a chamava para ir com ela. O espírito do pajé dizia que ela não servia para nada e que tinha que ir com ele. O pajé curador disse que ela foi vítima de um feitiço e iniciou o tratamento com chás que passava em seu corpo. Ela parou de ver e ouvir o espírito, mas continuou com dores de cabeça e pensamentos de morte. Deveria ter ficado na aldeia para completar o tratamento, mas como o marido tinha que voltar para Goiânia para retomar as aulas na faculdade, ela voltou com ele para a cidade. Quis conversar com um psicólogo, pois continuava com sintomas à noite como dores de cabeça e sentia raiva de si mesma, além de sentir medo de atentar novamente contra a própria vida, pois achava que não conseguiria resistir ao impulso, por isso, pediu ajuda. Na consulta relatou problemas conjugais devido a ciúmes do marido e sentimento de culpa por não estar criando os filhos dos casamentos anteriores. Disse que antes não acreditava em pajé, mas que agora acredita, sempre foi tratada em hospitais e foi a primeira vez que procurou a ajuda do pajé. A psicóloga ressaltou que seria importante retomar o tratamento com o pajé uma vez que aqui na cidade tratávamos de outra forma. Foi oferecida a ela, pela psicóloga, a possibilidade de acompanhamento psicológico e psiquiátrico devido ao risco de suicídio, enfatizando que se caso fosse possível continuasse o tratamento iniciado com o pajé.

Em todos os casos atendidos, foi observado que o suicídio nunca era algo premeditado ou planejado com antecedência, e nem um desejo de morte. Pelo contrário, era sempre uma reação a uma questão pessoal que atingiu o seu estopim, como uma briga

conjugal ou familiar, mesmo parecendo aos outros algo irrelevante ou um desejo repentino como se num estado de transe que acometesse a pessoa e a levasse a tentar se matar ou pelo comando de algum espírito ou memória de um parente morto. A falta de perspectiva, isolamento social e apatia, também foram observados em alguns jovens que pareciam ter mesmo desistido da vida não vendo sentido em nada ou apresentando um quadro de “despersonalização” pelo fato de não se verem nem como índio e nem como branco ou como parte dos dois, *iny* e *tori*, conflito do ser branco, ser índio.”

DISCUSSÃO

Nunes (2014), em seu estudo sobre a hibridez, traz uma reflexão de como a mistura dos povos Karajá com os brancos possibilita a coexistência de duas formas de vida no povo Karajá de Buridina, ressaltando que essa mistura não se trata de uma perda cultural uma vez que não se “deixa de ser índio e sim traz a possibilidade de “ser ambos” sendo, portanto uma anti-hibridez e possibilitando a incorporação de outros pontos de vista”.

O lugar de fala pareceu trazer uma possibilidade de vínculo e de empoderamento a esses jovens. Percebeu-se que a possibilidade de manifestar os medos e desejos promoveu aos indígenas atendidos um espaço curador, de ressignificação de identidade e de diferentes pontos de vista. (Reflexão da psicóloga)

Lévi-Strauss (1975) faz uma comparação entre o xamanismo e a psicanálise onde ressalta que a cura xamanística se situa a meio caminho entre a medicina orgânica (ocidental) e as terapêuticas psicológicas onde o xamã ou feiticeiro, predecessores da psicanálise, estabeleceriam uma relação imediata com a consciência e mediata com o inconsciente do doente, fazendo um papel de duplo onde ao provocar a experiência reconstitui o mito que o doente precisa viver ou reviver, trazendo a este uma significação.

Os indígenas tem os seus próprios sistemas e são especialistas em cura por meio de sua fauna e flora medicinal, conhecimento este passado por gerações, e mesmo assim não rejeitam formas outras, como a biomedicina que considera apenas o biológico, sem englobar o sentimento das pessoas em relação ao adoecer, sendo necessário pensar formas outras de medicina como um sistema cultural considerando aspectos sociais e psicológicos (Kleiman, 1980).

Nos sistemas xamânicos, o acesso a mundos outros e seres espirituais, possibilitam a relação com outros mundos e seres permitindo transformações desejáveis e processos de cura de enfermidades, podendo o xamã acessar outros pontos de vista em segurança (Viveiros de Castro, 2002).

A complexidade das redes de relações envolvendo índios e não índios são focos centrais para a discussão coletiva, relações estas marcadas por violação de direitos, e de relações coloniais que provocaram grandes transformações na organização social das

populações nativas fazendo emergir diversos problemas associados à saúde mental como o uso abusivo de álcool, aumento das taxas de suicídio e situações de violência. (Reflexão da psicóloga)

No contexto da saúde indígena, repensar constantemente a prática se apresenta como estratégia principal para enfrentar o imenso desafio dos profissionais em lidar com as demandas de saúde mental, álcool e outras drogas, uma vez que, ultrapassa o saber puramente biológico, aos quais os profissionais de saúde estão acostumados, em virtude da formação biomédica e por ser necessário conhecimentos ligados à cultura e a vida em comunidade, bem como o lidar com situações adversas à sua prática habitual de cuidado (Gomes, 2008).

Para atender a integralidade do cuidado em saúde mental para pessoas com sofrimento mental, transtorno mental ou com demandas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, foi proposta a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) que é composta por dispositivos de atenção à saúde variados e de diferentes complexidades (Brasil, 2011).

Dentre os serviços da RAPS, destacam-se o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diversas modalidades, os serviços de atenção hospitalar e a atenção básica, como pontos de atenção da RAPS, que estão em articulação mais intensa com os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) no cuidado em Saúde Mental Indígena, com ações específicas no cuidado e prevenção em saúde mental e promoção do bem viver no contexto da comunidade indígena (Brasil, 2007; Albuquerque, 2015; Nóbrega 2016).

Em consonância, a PNASPI orienta o desenvolvimento de ações de cuidado em saúde mental considerando as especificidades culturais e a concepção do processo saúde doença viabilizando a construção coletiva e democrática dos cuidados aos agravos existentes integrando os saberes indígenas aos saberes técnico-científicos (Brasil, 2007).

Embora as políticas de saúde mental e indígena apresentem objetivos em comum, muitos ainda são os desafios em realmente estabelecer um diálogo intercultural uma vez que mesmo se propondo claramente a uma “perspectiva integracionista” e prevendo uma relação entre os saberes tradicionais e os serviços do sistema socio médico, a forma como será realizada a integração não está definida na PNASPI (Ferreira, 2015).

O que caracteriza uma atenção diferenciada é o fato de os profissionais de saúde considerarem as especificidades culturais das comunidades indígenas e respeitarem suas práticas de saúde tradicionais. Atenção diferenciada, segundo Langdon (2004), é conceituada não como uma introdução de práticas tradicionais de cuidado aos serviços de atenção saúde, e, mas como uma interlocução entre estes serviços e as práticas de auto atenção específico de cada comunidade.

De modo geral, na prática psiquiátrica, profissionais quando, diante de culturas outras, acreditam que elementos culturais dificultam o fechamento do diagnóstico clínico e ignoram a relação dos sintomas com a realidade do paciente, sujeito de relações e crenças ímpares se mantendo fiel às categorias psiquiátricas generalistas, categorizando todos numa mesma “caixinha” de sintomas psicopatológicos comprometendo a percepção dos fenômenos apresentados e a proposta terapêutica apropriada (Ferreira, 2011).

Segundo Ferreira (2011), esta generalização acontece porque os comportamentos anormais fazem parte de um sistema de classificação local, com o qual os grupos sociais concernidos no processo de adoecimento operam para gerenciar os diferentes recursos terapêuticos disponíveis na busca da solução para o caso. Por isso, é necessário que a realidade particular da manifestação psicopatológica e os significados que a revelam seja considerada, por todos os profissionais que lidam com populações indígenas.

A psiquiatria pode ser caracterizada também como uma prática colonizadora, uma vez que reduz o sujeito à condição de objeto manipulável por um campo eurocêntrico e precisaria passar por um processo de descolonização de suas práticas e pressupostos no cuidado e promoção de saúde mental dos povos indígenas, incorporando para isso práticas pautadas na troca de saberes e construção coletiva. A abertura por parte dos profissionais de saúde para o aprendizado de saberes indígenas, práticas xamânicas e formas tradicionais de cada povo, numa construção dialógica e coletiva de saberes complementares pode proporcionar formar outras de cuidado em saúde mental indígena numa perspectiva interétnica e intercultural (Macdowell, 2015).

Langdon (2004) ressalta a necessidade de os profissionais de saúde serem capacitados para compreender as formas de existir específicas das pessoas que atendem, identificando as diversas formas de auto atenção praticadas pelas comunidades atendidas por seus serviços, onde lutam pelo reconhecimento de seus saberes diante de serviços formais e informais de cuidados de saúde.

É de suma importância compreender como temas relacionados à saúde mental e à psicologia têm sido contemplados e discutidos nas produções acadêmicas brasileiras referentes a povos indígenas (Batista & Zanello, 2016). Uma doença ou sofrimento mental envolve sempre uma duplicidade de experiências, na medida em que na perspectiva do indivíduo enfermo a realidade se torna distorcida, muitas vezes sendo sua condição atribuída a um agente externo envolvido. Nos casos de suicídio entre indígenas, este agente externo se manifesta geralmente na forma de feitiçaria, sendo o xamã o único capaz de travar uma ação restituidora de equilíbrio. O xamã ou pajé tem uma função essencial na medicina tradicional indígena devendo ser considerado como primordial para a compreensão dos processos de saúde-doença dos povos indígenas participando das ações de saúde indígena propostos pelas políticas públicas, relações estas entre sistemas de

cuidado tradicional e governamental ainda inexistente na saúde indígena no Brasil (Macdowell, 2015).

Considera-se importante, ainda, analisar como a medicalização do sofrimento pode impactar os povos indígenas já que o conceito de saúde para esses povos considera elementos fundamentais à saúde, como: autonomia, cidadania plena, propriedade da terra, uso exclusivo dos recursos naturais e integridade dos ecossistemas específicos. Assim, caso os profissionais de saúde não detenham essa compreensão poderão incorrer no equívoco de considerar o processo de sofrimento mental dos indígenas como transtorno mental indistintamente (Barbosa et al., 2019).

Entender a subjetividade dos povos indígenas, a partir de leituras etnológicas numa relação com o conceito ocidental de subjetividade seria uma tentativa de tradução entre o universo indígena e o conceito ocidental de saúde, sendo o Bem Viver ou a possibilidade do “Devir” o que melhor aproxima estes dois universos. A tradução Antropológica como possibilidade de entendimento e negociação é o que nos permite repensar os nossos pressupostos e apreender conhecimentos de outros mundos nos trazendo estratégias para agenciar diferentes pontos de vista e possibilitar a convivência de ambos (Macdowell, 2015).

É importante se atentar para não cair no erro de propor ações de saúde para povos indígenas baseadas em pressupostos psiquiátricos etnocêntricos e hegemônicos comumente reproduzidos por profissionais de saúde ainda nos tempos atuais (Ferreira, 2011).

Para os autores de um estudo evidenciou altas taxas de suicídio entre crianças e adolescentes em algumas reservas indígenas, particularmente em comunidades pobres, sendo que quase metade dos suicídios de crianças ocorre em grupos de famílias; esses achados enfatizam a necessidade de amplas intervenções em saúde pública e intervenções focadas em saúde mental em domicílios após um suicídio (Lazzarini et al., 2018).

Este estudo pode contribuir com a qualificação dessas intervenções por meio de estratégias de educação continuada e permanente dos profissionais que atuam em serviços de saúde mental, especialmente em CAPS. Entretanto, pela escassez de relatos de experiências de atendimento como essa, consideramos que esta experiência é limitada em apenas uma etnia e um CAPS, sendo, portanto, necessária a ampliação da discussão e publicização destas experiências em outros serviços e etnias para compor o debate e adaptação de práticas profissionais como prevenção do suicídio indígena.

Finalmente, destaca-se que a psicologia pode aportar contribuições importantes para atuação no contexto indígena, por meio de uma escuta qualificada do sofrimento/aflição, em uma clínica redimensionada por um perspectivismo cultural e considerando a necessária interdisciplinaridade neste campo, com profissionais

sensibilizados e capacitados para a promoção de um diálogo intercultural (Batista & Zanello, 2016; Nóbrega, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado em saúde mental aos indígenas revela-se potente, a medida que houver investimento na qualificação dos profissionais de saúde visto que ainda o cuidado é permeado por estigma e baseado no tratamento personificado e individual. Portanto, a qualificação dos profissionais deve envolver o acolhimento, a garantia de acesso e integralidade do cuidado que é dispensado aos indígenas com risco de suicídio.

Estudos relacionados às formas de organização e de auto atenção dos sistemas de saúde próprios das comunidades indígenas que consideram a interculturalidade e o Bem Viver dos povos indígenas são essenciais como estratégias altamente úteis na formulação de abordagens de saúde mental para estas populações. Evidencia-se, portanto, a necessidade de investimento em estudos/pesquisas que contemplem a construção de saberes em saúde coletiva, já prevista PNASPI e na política de saúde mental que valoriza o cuidado no território contemplando a vida em comunidade, resgate de direitos e cidadania, agregando a estes princípios outras formas de leitura e compreensão de mundo e de cuidados em saúde e bem viver próprios dos povos indígenas.

Considerando esta experiência, destaca-se a psicologia neste contexto ocupa um lugar de ressignificação, possibilitando diálogo e a expressão de sentimentos, sugestões, descobertas e possibilidades, funcionando como um instrumento no campo de mediação interétnica.

Ainda, a Antropologia, por abranger formas distintas de concepções de pessoas, comunidades e práticas de atenção e cuidado característicos de cada população, é sugerida neste relato como uma contribuição para o campo da saúde mental por meio de estudos de formas outras de noção de pessoas, objetos e terapêuticas nativas que compõem a noção do Bem Viver dos povos indígenas.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, F. P. (2015). *Análise do acesso de populações indígenas a pontos de atenção da RAPS e articulação com o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena*. Trabalho de Conclusão de Curso. Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-Fiocruz), Brasília, DF.
- Barbosa, V. F. B., Cabral, L. B. & Alexandre, A. C. S. (2019). Medicalização e Saúde

- Indígena: uma análise do consumo de psicotrópicos pelos índios Xukuru de Cimbres. *Ciência Saúde Coletiva*, 24(8), 2993-3000. Doi: 10.1590/1413-81232018248.22192017
- Batista, M. Q. & Zanello, V. (2016). Saúde mental em contextos indígenas: Escassez de pesquisas brasileiras, invisibilidade das diferenças. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 21(4), 403-414. Doi:10.5935/1678-4669.20160039
- Brasil (2002). Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2.ed. Brasília, DF.
- Brasil (2005). Ministério da Saúde. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília, DF.
- Brasil (2007). Ministério da Saúde. *Portaria nº 2757 de 25 de outubro de 2007*. Estabelece as diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas. Brasília, DF.
- Brasil (2001). Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF.
- Brasil (2017). Ministério da Saúde. *Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde*. Brasília, DF.
- Delgado, J. (1991). Reflexões na cidade sem Manicômios. In Delgado, J. (Org.). *A Loucura na sala de Jantar*. São Paulo, SP: Resenha.
- Ferreira, L. O. (2011). *Jurupari ou visagens: reflexões sobre os descompassos interpretativos existentes entre os pontos de vista psiquiátrico e indígena*. Londrina-PR: Mediações.
- Ferreira, L. O. (2015). Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras. In Langdon, E. J.; Cardoso, M. D. (Orgs). *Saúde Indígena - Políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis, SC: Ed. da UFSC.
- Gomes, J.S. (2008). *"Casas de Saúde" e Assistência Farmacêutica: desafios da Saúde Indígena em Belém e Macapá*. Dissertação. Universidade Federal do Pará, Belém-PA.
- Kleiman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley, University of California Press.
- Langdon, E. J. (2004). Uma avaliação crítica e diferenciada e a colaboração entre a antropologia e profissionais de saúde. In Langdon, E. J.; Garnelo, L (Org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro, RJ: ABA.
- Lazzarini, T. A., Gonçalves, C.C. M., Benites, W. M., Silva, L. F., Tsuha, D. H., Ko, A. I., Rohrbaugh, R., Andrews, J. R. & Croda, J. (2018). Suicide in Brazilian indigenous communities: clustering of cases in children and adolescents by household. *Revista de Saúde Pública*, 52, 56. Epub. Doi: 10.11606/s1518-8787.201805200054.
- Lévi-Strauss, C. (1975). Eficácia Simbólica. In Lévi-Strauss, C. *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Macdowell, P. L. (2015). *Sujeito e subjetivação no pensamento ameríndio, ou por um diálogo entre a etnologia e a saúde mental*. Monografia. Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Nóbrega, L. S. (2016). A atuação da psicologia na atenção psicossocial em contextos indígenas. In Calegare, M.G. A.& Higuchi, M. I. G. (orgs), *Nos Interiores da Amazônia: leituras psicossociais*. Curitiba, PR: CRV.
- Nóbrega, L. S. & Reis, R. A. C. (2012). Ministério da Saúde. *Relatório da Situação da Saúde Mental nas Comunidades Karajá – DSEI Araguaia*. Brasília, DF.
- Nunes, E. S. (2017). Nó na Garganta. In Beto,R & Fany, R. (Org.). *Povos Indígenas no Brasil 2011-2016* (pp. 682-685). São Paulo, SP: Instituto Socioambiental.
- Nunes, E. S. (2014). O constrangimento da forma: Transformações e anti-Híbridez entre os Karajá de Buridina (Aruanã-GO). *Revista de Antropologia*, 57. Doi: 10.11606/2179-0892.ra.2014.87762
- Oliveira, R. N. C. & Rosa, L. C. S. (2013). Saúde Mental Indígena: Os desafios para uma ressignificação do conceito e da política. In *VI Jornada Internacional de Políticas*

- Públicas*. São Luís do Maranhão, MA/Brasil.
- Silva, N. S.; Almeida, M. N.; Barbosa, S. V. A.; Duarte, Rozy-Mayry. O.S.; Belém Júnior, L.; Macdowell, P. L. & Nóbrega, L. S. (2015). Formação sobre saúde mental em contexto indígena no DSEI Araguaia: relato de experiência. In *Anais do 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*. Goiânia – GO.
- Souza, M. L. P. (2016). Narrativas indígenas sobre suicídio no Alto Rio Negro, Brasil: tecendo sentidos. *Saúde e Sociedade*, 25, 145-159. doi: 10.1590/S0104-12902016145974
- Viveiros de Castro, Eduardo. (2002). O nativo relativo. *Mana*, 8(1), 113-148. Doi: 10.1590/S0104-93132002000100005
- Waiselfisz, J. J. (2014). *Mapa da Violência 2014 – Os Jovens do Brasil*. Brasília, DF: UNESCO.

Nota sobre os autores

Milena Nunes de Almeida - Psicóloga. Aluna do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás. Goiânia-Goiás-Brasil
E-mail: nunesmilena54@gmail.com

Nathália dos Santos Silva - Enfermeira. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Goiânia-Goiás-Brasil
E-mail: nathaliassilva@ufg.br

Camila Cardoso Caixeta - Enfermeira. Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Goiânia-Goiás-Brasil
E-mail: camilaccaixeta@ufg.br

Recebido em: 29/04/2020

Aprovado em: 05/09/2020